



World Health
Organization

КЕРІВНИЦТВО 3

САМОТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТА ІНФОРМУВАННЯ ПАРТНЕРІВ

ДОДАТОК ДО ЗВЕДЕНОГО КЕРІВНИЦТВА 3
ПОСЛУГ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

ГРУДЕНЬ 2016 р.



ПОСЛУГИ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ



World Health
Organization

ДОДАТОК

КЕРІВНИЦТВО 3

САМОТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТА ІНФОРМУВАННЯ ПАРТНЕРІВ

ДОДАТОК ДО ЗВЕДЕНОГО КЕРІВНИЦТВА 3
ПОСЛУГ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

ГРУДЕНЬ 2016 р.

#Test4HIV



WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services

I. World Health Organization.

ISBN 978 92 4 154986 8

Subject headings are available from WHO institutional repository

© Всесвітня організація охорони здоров'я, 2016 р.

Усі права захищено. Публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я розміщено на веб-сайті ВООЗ (www.who.int) або їх можна придбати у Відділі преси ВООЗ, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

Запити на отримання дозволу на відтворення або переклад публікацій ВООЗ - як для продажу, так і для некомерційного розповсюдження - слід направляти у Відділ преси ВООЗ через сайт ВООЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Позначення, вжиті у цій публікації, і наведені в ній матеріали не відображають жодної думки Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо правового статусу будь-якої країни, території, міста, району чи їхніх органів влади або щодо делімітації їхніх меж чи кордонів. Пунктирні лінії на географічних картах позначають приблизні кордони, стосовно яких повної згоди поки не досягнуто.

Згадка тих чи інших компаній або продуктів окремих виробників не означає, що Всесвітня організація охорони здоров'я підтримує або рекомендує їх, надаючи їм перевагу порівняно з іншими аналогічними компаніями або продуктами, не згаданими в тексті. За винятком можливих помилок, назви патентованих продуктів наведено з великих початкових літер.

Всесвітня організація охорони здоров'я вжила всіх обґрунтованих заходів безпеки для перевірки інформації, наведеної в цьому виданні. Разом з тим, опубліковані матеріали розповсюджуються без жодної чітко вираженої або уявної гарантії. Відповідальність за інтерпретацію та використання матеріалів лягає на користувачів. Всесвітня організація охорони здоров'я за жодних обставин не несе відповідальності за шкоду, пов'язану з використанням цих матеріалів

Дизайн видання: L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Switzerland.

Надруковано у Франції.

ЗМІСТ

ПОДЯКИ	vi
СКОРОЧЕННЯ	x
ГЛОСАРІЙ	xi
РЕЗЮМЕ	xv
Мета	xv
Методологія розробки керівництва	xvi
Рекомендації	xvii
Значення рекомендацій для розробки та реалізації програм	xviii
1 ВСТУП	1
1.1 Досягнення та проблеми у сфері послуг тестування на ВІЛ	2
1.2 Обґрунтування необхідності розробки керівництва	5
1.3 Тематичне охоплення	5
1.4 Застосування керівництва	5
1.5 Мета та задачі	6
1.6 Цільова аудиторія	6
1.7 Керівні принципи	7
2 САМОТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ	9
2.1 Загальна інформація та обґрунтування	11
2.2 Огляд фактичних даних	13
2.2.1 Систематичний огляд з розробки, оцінки та експертизи ступеня обґрунтованості клінічних рекомендацій (GRADE) з СТ-ВІЛ	13
2.2.2 Додаткові фактори	20
2.2.3 Цінності та вподобання щодо СТ-ВІЛ	21
2.2.4 Вартість та економічна ефективність	26
2.2.5 Систематичний огляд і метааналіз ефективності ДШТ для самотестування на ВІЛ	27
2.2.6 Рекомендація	30

2.3	Комплекс підходів і заходів для успішного впровадження СТ-ВІЛ	31
2.3.1	Стратегічне планування при наданні послуг з СТ-ВІЛ	31
2.3.2	Ключова інформація для користувачів та виконавців програм	37
2.3.3	Нормативно-правова база	38
3	ПОСЛУГИ З ІНФОРМУВАННЯ ПАРТНЕРІВ ПРО ВІЛ	41
3.1	Загальна інформація та обґрунтування	43
3.2	Огляд фактичних даних	46
3.2.1	Систематичний огляд з розробки, оцінки та експертизи ступеня обґрунтованості клінічних рекомендацій (GRADE) щодо послуг інформування партнерів про ВІЛ	46
3.2.2	Цінності та вподобання клієнтів щодо послуг з надання допомоги в інформуванні партнерів	52
3.2.3	Вартість та економічна ефективність	56
3.2.4	Рекомендація	57
3.3	Складові успішного впровадження	57
3.3.1	Законодавча та політична підтримка	58
3.3.2	Навчання працівників для надання послуг інформування партнерів про ВІЛ і зменшення ризиків при наданні послуг	58
3.3.3	Способи зв'язку з партнерами	60
3.3.4	Системи ведення документації, моніторингу та звітності	63
БІБЛІОГРАФІЯ	65	
Резюме та Розділ 1	65	
Розділ 2	66	
Розділ 3	76	

Додатки

Цей документ є додатком до Зведеного керівництва з послуг тестування на ВІЛ. З Додатками 1-15 можна ознайомитися в Інтернеті за адресою <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>. З Додатками 16-33, які стосуються цього документу, можна ознайомитися в Інтернеті за адресою <http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/>.

Додаток 16: Методологія розробки керівництва з послуг самотестування на ВІЛ та інформування партнерів про ВІЛ

Додаток 17: Чи слід пропонувати самотестування на ВІЛ у якості додаткового методу надання послуг з тестування на ВІЛ? Систематичний огляд і метааналіз

Додаток 18: Надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ: систематичний огляд і метааналіз

Додаток 19: Порівняння надійності діагностичних швидких тестів на ВІЛ при самотестуванні, що проводиться самими користувачами та працівниками охорони здоров'я: систематичний огляд і метааналіз

Додаток 20: Аналіз співвідношення ризику-вигоди при самотестуванні на ВІЛ

Додаток 21: Практичні приклади щодо послуг самотестування на ВІЛ та інформування партнерів про ВІЛ

Додаток 22: Аналіз соціальної шкоди, про яку повідомляється при наданні стандартних послуг з тестування на ВІЛ, і шкоди, про яку повідомляється при проведенні самотестування на ВІЛ

Додаток 23: Економічна ефективність різних способів проведення самотестування на ВІЛ в Зімбабве

Додаток 24: Аналіз політики різних країн щодо послуг інформування партнерів

Додаток 25: Звіт щодо цінностей та вподобань стосовно самотестування на ВІЛ в Уганді

Додаток 26: Звіт щодо цінностей та вподобань стосовно інформування партнерів в Уганді

Додаток 27: Звіт щодо цінностей та вподобань стосовно самотестування на ВІЛ у Кенії

Додаток 28: Звіт щодо цінностей та вподобань стосовно інформування партнерів у Кенії

Додаток 29: Звіт щодо цінностей та вподобань стосовно самотестування на ВІЛ у Бразилії

Додаток 30: Звіт щодо цінностей та вподобань стосовно самотестування на ВІЛ та інформування партнерів в Йорданії, Лівані, Марокко та Тунісі

Додаток 31: Звіт щодо цінностей та вподобань стосовно самотестування на ВІЛ та інформування партнерів у Лівані, Марокко та Тунісі

Додаток 32: Звіт щодо цінностей та вподобань стосовно самотестування на ВІЛ та інформування партнерів в Індонезії, Пакистані, на Філіппінах і у Таїланді

Додаток 33: Короткий виклад декларацій про конфлікт інтересів членів Групи з розробки керівництва

ПОДЯКИ

Група з розробки керівництва

(Міністерство охорони здоров'я, Індонезія), **Oliver Anene** (The Pact, США), **Karen Champenois** (Державна установа охорони здоров'я Maison Blanche, Франція), **Kathleen Charters** (Університет Ліверпуля, Сполучене Королівство), **Martin Choo** (Глобальна мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, Малайзія), **Miriam Franchini** (Міністерство охорони здоров'я, Бразилія), (Міністерство охорони здоров'я, Зімбабве), **Bathabile Nyathi** (Центр з вивчення сексуального здоров'я та ВІЛ-інфекції, Зімбабве), **Sabin Nsanzimana*** (Міністерство охорони здоров'я, Руанда), **Carla Makhoul Obermeyer*** (Американський університет в Бейруті, Ліван), **Niluka Perera** (Youth Voices Count, Таїланд), **Archana Sarkar** (Інститут здоров'я матері та дитини МАМТ, Індія), **Jennifer Stuart-Dixson** (Університет Вест-Індії, Ямайка), **Joseph Tak Fai Lau** (Китайський університет Гонконгу, САР Гонконг, Китай), **Willem Daniel Francois Venter*** (Інститут репродуктивного здоров'я та ВІЛ-інфекції Університету Вітватерсранда, ПАР) та **Vincent Wong*** (Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), США).

Технічна робоча група з самотестування на ВІЛ

(Ліверпульська школа тропічної медицини, Malawi Wellcome Trust, Малаві), **Jane Ferguson** (Лондонська школа гігієни та тропічної медицини - Африканський центр, ПАР), **Kimberly Green** (PATH, В'єтнам), **Karin Hatzold** (Population Services International, Зімбабве), **Pham Thi Thu Huong** (Міністерство охорони здоров'я, В'єтнам), **David Katz** (Вашингтонський університет, США), **Agnes Kijo** (Секретаріат Робочої групи з питань африканської гармонізації, Танзанія), **Debbie Lepine** (Health Canada, Канада), **Robin MacGowan** (Центри з профілактики та контролю захворювань (CDC), США), **Elizabeth Marum** (CDC, США), **Peter Mugo** (KEMRI-Wellcome Trust, Кенія), **Anthony Nardone** (Служба громадського здоров'я Англії, Сполучене Королівство), **Zwoitwaho Nevhutalu** (Південноафриканська національна рада з питань СНІДу, ПАР), **Nitika Pant Pai** (Університет Макгілла, Канада), **Trevor Peter** (Ініціатива Клінтона щодо доступу до послуг охорони здоров'я (CHA), Ботсвана), **Praphan Phanuphak** (Тайський Червоний Хрест, Таїланд), **Thierry Prazuck** (Регіональна лікарня Орлеана, відділення інфекційних і тропічних хвороб, Франція), **Alison Rodgers** (Університетський коледж Лондона, Сполучене Королівство), **Tanya Shewchuk** (Фонд Білла і Мелінди Гейтс, США), **Cara Kosack** (Лікарі без кордонів, Нідерланди), **Miriam**

Упорядники систематичного огляду GRADE

(Медичний університет Південної Кароліни, США), **Caitlin Kennedy** (Блумберзька школа громадського здоров'я при Університеті Джонса Гопкінса, США) і **Nandi Siegfried** (незалежний клінічний епідеміолог, ПАР).

Особи, які також увійшли до Технічної робочої групи з самотестування на ВІЛ.

Підтверджувальні фактичні дані надали

(Міжнародна спільнота жінок, що живуть з ВІЛ, Кенія), **Vendula Blaya-Novàkovà** (Регіональне управління охорони здоров'я, Мадрид, Іспанія), **Valentina Cambiano, Andrew Phillips** (Університетський коледж Лондона, Сполучене Королівство), **Niluka Perera** (Youth Voices Count, Таїланд), **Midnight Джонса Голкінса, США** та **Charles Witzel** (Sigma Research, Лондонська школа гігієни та тропічної медицини, Сполучене Королівство).

Особлива подяка всім, хто поділився практичними прикладами.

Зовнішні наукові рецензенти

(FHI 360, Таїланд), **Jared Baeten** (Університет штату Вашингтон, США), **Manju Bala** (Навчальний регіональний центр Арех з вивчення та дослідження ІПСШ, Індія), **Ruanne Barnabas** (Університет штату Вашингтон, США), (CDC, США), **Jacque Calnan** (USAID, США), **Valentina Cambiano, Andrew Phillips** (Університетський коледж Лондона, Сполучене Королівство), **Mohamed Chakroun** (Університетська лікарня Фатума Бургіба, Туніс), боротьби зі СНІДом, ПАР), **Julie Denison** (Блумберзька школа громадського здоров'я при Університеті Джонса Голкінса, США), **Carol El-Hayek** (Інститут Бернета, Австралія), **Tom Ellman** (Лікарі без кордонів, ПАР), **Victoria** координатора зі СНІДу, США), **Bernadette Hensen, Melissa Neuman** (Лондонська школа гігієни та тропічної медицини, Сполучене Королівство), **Yan Jiang** (Національна референтна лабораторія зі СНІДу, Китай), університет, США), **Peter MacPherson** (Інститут Фарра, Сполучене Королівство), **Keletso Makofane** (ANOVA Вітватерсранда, ПАР), **Hendramoorthy Maheswaran** (Медична школа Уорвік, Сполучене Королівство), Уганда), **Sue Napierala Mavedzenge** (RTI International, США), **Anna Osborne** (CHAI, Зімбабве), **Lilian Otiso** (LVCT Health, Кенія), **Roger Peck** (PATH, США), **Supabhorn Pengnonyang, Nittaya Phanuphak** (Тайський Червоний Хрест, Таїланд), **Jillian Sacks** (CHAI, США), **Leslie Shanks** (Inner City Health Associates, Канада), **Petra Stankard** (Північної Кароліни, Китай), **Madhuri Thakar** (Національний інститут досліджень СНІДу, Індія), **Lara Vojnov** (CHAI, Танзанія), **Samantha Westrop** (Фонд НСЗ при Імперському коледжі, Сполучене Королівство), **Charles**

Представники агенцій ООН та інших партнерських організацій

(Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Зімбабве), Rosalind Coleman, координатора США з питань СНІДу, США), Susan Kasedde, Ravi Bhairavabhotla* та Paul Nary (Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), США).

Керівна група Всесвітньої організації охорони здоров'я

Основні члени Керівної групи ВООЗ з розробки керівництва: Rachel Baggaley, Cheryl Johnson, Carmen Figueroa, Shona Dalal (Департамент з ВІЛ) і Anita Sands (Департамент основних лікарських засобів і виробів медичного призначення).

Ч
л

Співробітники та консультанти Всесвітньої організації охорони здоров'я

(Департамент з ВІЛ), Igor Toskin (Департамент репродуктивного здоров'я і наукових досліджень), Phillipa Easterbrook, (туберкульозу), Mercedes Perez Gonzalez, Mark Lanigan, Robyn Meurant, Irena Prat (Програма ВООЗ з прекваліфікації медичних виробів для діагностики in vitro), Frank Lule, Buhle Ncube (Регіональне бюро ВООЗ для країн Африки), Razia (Регіональне бюро ВООЗ), Joumana Hermez (Регіональне бюро ВООЗ для країн Східного Середземномор'я), Ying Ru-Lo (Регіональне бюро ВООЗ для країн Західної частини Тихого океану), Mukta Sharma (ВООЗ, Бангладеш), Leandro Sereno (ВООЗ, Бразилія), Po-Lin Chan (ВООЗ, Китай), Bharat Rewari, Anuj Sharma (ВООЗ, Індія), Christine Kisia (ВООЗ, Кенія),

в
н
о
ї

г
р
у
п
и

*особи, які також увійшли до Технічної робочої групи з самотестування на ВІЛ.

В
О
О
З

з

р
о
з
р
о
б
к
и

к
е
р
і
в
н
и

З боку ВООЗ підтримку надали: з адміністративних питань - Nadia Hilal McDonald і Valerie Amiel, з питань комунікації - Oyuntungalag Namjilsuren.

Редагування документа - Jura Editorial Services.

Особлива подяка Комітету ВООЗ з перегляду керівництв та Секретаріату цього комітету в особі Susan і Myriam Felber.

Загальна координація

Загальну координацію процесу підготовки керівництва забезпечила Rachel Baggaley у співпраці з Cheryl Johnson, ВІЛ, ВООЗ).

Фінансування

Фінансову підтримку цієї роботи, включаючи складання систематичних наукових оглядів, консолідацію фактичних даних, написання, редагування та друк, було забезпечено за рахунок коштів ЮНІТЕЙД, Фонду Білла і Мелінди Гейтс та Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги в боротьбі зі СНІДом (PEPFAR).



СКОРОЧЕННЯ

АРВ	антиретровірусні (препарати)
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГРК	Група з розробки керівництва
ВР	відносний ризик
ДКП	доконтактна профілактика
ДМЧО	добровільне медичне чоловіче обрізання
ДШТ	діагностичний швидкий тест
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КЯ	контроль якості
НІП	насильство з боку інтимного партнера
НУО	неурядова організація
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПКП	постконтактна профілактика
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
СТ-ВІЛ	самотестування на ВІЛ
ТБ	туберкульоз
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй
CDC	Центри з контролю і профілактики захворювань (США)
GRADE	Система оцінки сили і переконливості наукових рекомендацій (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)
ICER	показник приросту ефективності витрат (incremental cost-effectiveness ratio)
PICO	населення/втручання/порівняння/результат (population/intervention/comparison/outcome)
USAID	Агентство США з міжнародного розвитку

ГЛОСАРІЙ

Алгоритм тестування (testing algorithm) - комбінація і послідовність використання конкретних наборів тестів згідно з прийнятими стратегіями тестування на ВІЛ.

ВІЛ-статус (HIV status) - остаточно визначений статус, який повідомляється пацієнту; це остаточний висновок про стан хвороби пацієнта, що базується на сукупності результатів одного або декількох наборів тестів. ВІЛ-статус може бути позитивним, негативним або неоднозначним.

Генералізована епідемія (generalized epidemic) - ситуація, коли ВІЛ-інфекція міцно вкоренилася серед загального населення. Незважаючи на те, що групи підвищеного ризику вносять непропорційно великий внесок у поширення ВІЛ-інфекції, рівень сексуальних контактів серед загального населення достатній для підтримки розповсюдження епідемії. Непрямий кількісний показник: поширеність ВІЛ стійко перевищує 1% серед вагітних жінок, які звертаються до жіночих консультацій.

Гостра інфекція (acute infection) - період, протягом якого людина вже є ВІЛ-інфікованою, але антитіла до ВІЛ ще не виявляються серологічними тестами.

Діагностичний швидкий тест (rapid diagnostic test) - тест in vitro, заснований на імунохроматографії або імунофільтрації, який при діагностиці ВІЛ-інфекції застосовується для виявлення антитіл до ВІЛ-1/2 та/або антигену p24 ВІЛ.

Дотестове інформування (pre-test information) - надання достовірної інформації пацієнту навченим працівником без спеціальної освіти або медичним працівником перед проведенням тестування на ВІЛ.

Забезпечення якості (quality assurance) - складова процесу управління якістю, що передбачає забезпеченню впевненості в тому, що вимоги до якості будуть дотримані.

Індексне тестування (index testing) - також відоме як «тестування за індексним випадком ВІЛ», «індексним пацієнтом» або «індексним партнером» (index case, index patient or index partner HIV testing). Це цілеспрямований підхід до тестування на ВІЛ, при якому тестування на ВІЛ пропонують членам домогосподарства та родини (включаючи дітей) людини, у якої виявлено ВІЛ-інфекцію. Більш детальна інформація про тестування за індексним партнером міститься у визначенні поняття «інформування партнерів із супроводом», «направлення за угодою», «подвійне направлення», «послуги з інформування партнерів», «самостійне інформування», «направлення постачальником послуг».

Ключові групи населення (key populations) - певні групи населення, які в силу специфічних видів високоризикованої поведінки схильні до підвищеного ризику інфікування ВІЛ незалежно від типу епідемії або місцевого контексту. У цьому керівництві у якості ключових груп розглядаються чоловіки, що мають секс із чоловіками; люди, які вживають ін'єкційні наркотики; люди, що перебувають у місцях позбавлення волі та інших закритих установах; секс-працівники; трансгендери.

Контроль якості (quality control) - комплекс процедур з метою відстеження способу та результатів тестування для забезпечення належного функціонування системи тестування. Цей комплекс включає у себе перевірку контрольних матеріалів, складання діаграм результатів і їх аналіз для виявлення джерела помилки, а також оцінку та документальну реєстрацію усіх заходів, вжитих за результатами цього аналізу для виправлення ситуації.

Концентрована епідемія (concentrated epidemic) - ситуація, коли ВІЛ-інфекція стрімко поширюється в окремих підгрупах (таких як чоловіки, що мають секс із чоловіками, трансгендери, люди, які вживають наркотики або перебувають у місцях позбавлення волі та інших закритих установах), але ще не укоренилася серед загального населення. Такий тип епідемії передбачає наявність у межах підгрупи активних спільнот людей з високим поведінковим ризиком. Подальше прогресування епідемії визначається характером зв'язків між підгрупами з високою поширеністю ВІЛ і загальним населенням. Непрямий кількісний показник: поширеність ВІЛ стійко перевищує 5% хоча б в одній з окремих підгруп, однак нижче 1% серед вагітних жінок, які звертаються до жіночих консультацій.

Медичні пристрої для діагностики in vitro (in vitro diagnostic medical devices) - пристрої і матеріали, що застосовуються окремо або у поєднанні з іншими, призначені виробником для дослідження біологічних зразків, узятих з організму людини виключно або головним чином для отримання інформації з метою діагностики, моніторингу або визначення сумісності. Медичний пристрій для діагностики in vitro може використовуватися для наступних цілей: встановлення діагнозу, скринінг, моніторинг, визначення схильності, прогнозу або фізіологічного стану.

Набір серологічних тестів (serology assay) - набір тестів, що дозволяє визначити наявність антитіл у біологічних зразках людини. Як правило, у таких тестах використовується сироватка або плазма крові, а також цілісна капілярна/венозна кров і слина. До таких тестів відносяться, наприклад, діагностичні швидкі тести, тести імуноаналізу та деякі додаткові тести на ВІЛ.

Набір тестів (assay) - повна процедура для виявлення присутності або визначення концентрації аналіту, включаючи всі окремі тести для виявлення антигену p24 ВІЛ або антитіл до ВІЛ-1/2.

Навчений працівник без спеціальної освіти (lay provider) - будь-яка людина, який виконує функції, пов'язані з наданням медичної допомоги, має навички надання конкретних послуг, але не має формальної кваліфікації або диплома про вищу освіту.

Направлення за угодою (contract referral) - спосіб надання послуги з інформування партнера з супроводом, при якому ВІЛ-позитивний клієнт укладає зі спеціально навченим постачальником послуг угоду, що особисто повідомить партнерам про свій ВІЛ-позитивний статус і про можливість їхнього інфікування ВІЛ і в установленні термін направить партнерів на тестування. Якщо у вказаний строк партнери ВІЛ-позитивного клієнта не звертаються за ПТВ або не виходять на зв'язок з постачальником послуг, постачальник сам зв'язується з партнером(-ами) і пропонує йому або їм пройти добровільне тестування на ВІЛ.

Направлення постачальником послуг (provider referral) - спосіб надання послуги з інформування партнера з супроводом, при якому спеціально навчений постачальник послуг, за згодою ВІЛ-позитивного клієнта, особисто та конфіденційно зв'язується з партнером(-ами) клієнта і пропонує їм пройти добровільне тестування на ВІЛ.

Насильство з боку інтимного партнера (intimate partner violence) - поведінка в рамках інтимних відносин, що завдає фізичної, психологічної або сексуальної шкоди партнеру, включаючи насильницькі дії фізичного, сексуального, емоційного або психологічного характеру, а також насильницький контроль.

Негативна прогностична цінність (negative predictive value) - імовірність того, що людина з негативним результатом тесту справді не інфікована ВІЛ (істинно негативне значення).

Нереактивний (негативний) результат тесту (non-reactive test result) - результат серологічного тесту, при якому відсутня реакція, що вказує на наявність аналіту, тобто, у випадку ВІЛ - антигену p24 ВІЛ-1 або антитіл до ВІЛ-1/2.

Період вікна (window period) - період між інфікуванням ВІЛ та виявленням антитіл до ВІЛ-1/2 з використанням серологічних тестів, що позначає кінець періоду вікна у діагностиці ВІЛ-інфекції та завершення сероконверсії.

Підвищення якості (quality improvement) - складова процесу управління якістю, яка стосується збільшення можливостей для дотримання вимог щодо якості.

Підтвердити (ВІЛ-статус) (confirm) - поставити діагноз «ВІЛ-інфекція». Окрім позитивних результатів первинних тестів, вимагає підтвердження відповідно до національного протоколу тестування.

Повторна постановка тесту (repeat testing) - ситуація, коли проводиться ще одне тестування *відразу* після отримання результатів першого тесту; таке тестування проводиться під час одного і того ж діагностичного візиту з використанням тих самих наборів тестів і, якщо можливо, на тому ж зразку.

Повторне тестування (retesting) - проводиться через певний проміжок часу серед: 1) ВІЛ-негативних осіб з недавнім або поточним ризиком інфікування; 2) осіб з невизначеним ВІЛ-статусом; і 3) ВІЛ-інфікованих осіб перед початком лікування та надання медичної допомоги. Підставою для повторного тестування до початку надання допомоги та лікування є необхідність виключення можливих помилок лабораторної діагностики та реєстрації, а також підтвердження або виключення сероконверсії.

Подвійне направлення (dual referral) - спосіб надання послуги з інформування партнера із супроводом, при якому спеціально навчений постачальник послуг особисто супроводжує і підтримує ВІЛ-позитивних клієнтів, коли ті повідомляють партнерам про свій ВІЛ-позитивний статус і про можливість їхнього інфікування ВІЛ. Постачальник також пропонує партнеру(-ам) пройти добровільне тестування на ВІЛ.

Позитивна прогностична цінність (positive predictive value) - імовірність того, що людина з позитивним результатом тесту дійсно інфікована ВІЛ (істиннопозитивне значення).

Послуги з інформування партнера про ВІЛ (partner notification services) - також їх називають розкриттям ВІЛ-статусу або відстеженням контактів; добровільне інформування, при якому спеціально навчений постачальник послуг опитує людину з ВІЛ про її сексуальних партнерів і/або партнерів зі вживання ін'єкційних наркотиків, а потім, за згодою ВІЛ-позитивного клієнта, пропонує цим партнерам ПТВ. Інформування партнерів може здійснюватися клієнтом без супроводу (самостійно) або з супроводом.

Послуги з інформування партнера про ВІЛ з супроводом (assisted partner notification services) - ситуація, при якій спеціально навчений постачальник послуг за згодою ВІЛ-позитивного клієнта супроводжує його під час розкриття ВІЛ-статусу або ж допомагає клієнту анонімно повідомити статевого партнера(-ів) і/або партнера(-ів) зі вживання ін'єкційних наркотиків про можливе інфікування ВІЛ. Потім постачальник послуг пропонує партнеру або партнерам клієнта пройти тестування на ВІЛ. Супровід при інформуванні партнерів реалізується трьома способами: шляхом направлення за угодою, направлення постачальником послуг і подвійного направлення.

Реактивний (позитивний) результат тесту (reactive test result) - результат серологічного тесту, при якому виникає реакція, що вказує на наявність аналіту, тобто, у випадку ВІЛ - антигену р24 ВІЛ-1 або антитіл до ВІЛ-1/2.

Результат тесту на ВІЛ (HIV test result) - результат одиничного тесту з певного набору.

Розподіл обов'язків (task sharing) - раціональний розподіл функцій між медичними працівниками з більш тривалою професійною підготовкою та іншими співробітниками, такими як навчені працівники без спеціальної освіти.

Самостійне інформування/інформування без супроводу (passive referral) - послуга з інформування партнерів, коли спеціально навчений постачальник послуг пропонує ВІЛ-позитивним клієнтам самим розкрити свій ВІЛ-статус своїм сексуальним партнерам та/або партнерам із вживання ін'єкційних наркотиків і, з огляду на імовірність їхнього інфікування ВІЛ, запропонувати їм скористатися ПТВ.

Самотестування на ВІЛ (HIV self-testing) - процедура, при якій людина сама бере у себе зразок для аналізу (нарколясенну рідину або кров), потім проводить аналіз на ВІЛ і розшифровує результат. Як правило, це відбувається у приватній атмосфері, причому аналіз можна проводити як на самоті, так і з кимось, кому людина довіряє.

Самотестування на ВІЛ без супроводу (unassisted HIV self-testing) - ситуація, при якій люди проводять самотестування, використовуючи лише набір для самотестування і надану виробником інструкцію. Як і при всіх інших способах самотестування, користувачам може бути надана контактна інформація для отримання додаткової підтримки, наприклад, номери телефонів гарячих ліній або навчальні відеоролики.

Самотестування на ВІЛ з прямим супроводом (directly assisted HIV self-testing (HIVST)) - ситуація, при якій спеціально навчені постачальники послуг або рівні консультанти наочно демонструють процедуру проведення самотестування й інтерпретації результатів особам, які проходять самотестування на ВІЛ, до або під час СТ-ВІЛ. Такий супровід надається на додаток до наданої виробником інструкції та інших матеріалів, що входять до набору для СТ-ВІЛ.

Серодискордантна пара (serodiscordant couple) - пара, в якій один партнер є ВІЛ-позитивним, а другий - ВІЛ-негативним.

Сероконверсія (seroconversion) - ситуація, коли в інфікованому організмі вперше утворюються антитіла до ВІЛ-1/2 в обсязі, достатньому для виявлення за допомогою певного набору серологічних тестів.

Система управління якістю (quality management system) - система управління та контролю якості, що діє в тій чи іншій організації. Для досягнення цілей щодо забезпечення належної якості слід вживати систематичних заходів, орієнтованих на відповідні процеси. Система управління якістю ґрунтується на таких компонентах, як документи та облікові дані, організація, персонал, обладнання, закупівлі й інвентаризація, управління виробничим процесом, управління інформацією, управління подіями, перевірки та аудити (зовнішні та внутрішні), модернізація технологічних процесів, обслуговування клієнтів, а також забезпечення безпеки на об'єктах.

Сортувальне тестування (test for triage) - методика тестування, коли навчені працівники або особи, що самостійно проводять тестування, роблять одиничний швидкий тест на ВІЛ. Після цього особи з реактивними результатами тесту заохочуються постачальниками послуг чи за допомогою текстової або графічної інформації звернутися до відповідного закладу для підтвердження діагнозу ВІЛ та, у разі його підтвердження - для отримання послуг профілактики, лікування, догляду та підтримки. Осіб з нереактивними результатами тесту інформують, направляють для отримання послуг профілактики ВІЛ; їм рекомендують пройти повторне тестування у разі, якщо вони тестувалися протягом шести тижнів з моменту можливого контакту з ВІЛ або мають поточний ризик інфікування ВІЛ.

Специфічність (specificity) - імовірність того, що набір тестів на ВІЛ дозволить достовірно ідентифікувати зразки, які не містять антитіл до ВІЛ-1/2 та/або антигену ВІЛ-1 р24.

Стратегія тестування (testing strategy) - загальний опис методики і процедури тестування задля вирішення тієї чи іншої конкретної задачі. У контексті ВІЛ стратегія тестування враховує оціночну розповсюдженість ВІЛ серед населення, тобто високу розповсюдженість ВІЛ (5% і вище) або низьку розповсюдженість ВІЛ (нижче 5%).

Тестування на місці статевого акту (point-of-sex testing) - ситуація, при якій люди використовують діагностичний швидкий тест на ВІЛ для самотестування, щоб перевіряти потенційних сексуальних партнерів і визначати свій власний ВІЛ-статус і ВІЛ-статус партнерів.

Чутливість (sensitivity) - імовірність того, що набір тестів на ВІЛ дозволить достовірно ідентифікувати всі зразки, що містять антитіла до ВІЛ-1/2 та/або антигену ВІЛ-1 р24.

Шкода або соціальна шкода (harm or social harm) - навмисне або ненавмисне заподіяння фізичної, економічної, емоційної або психосоціальної шкоди або травми людині іншою людиною або установою, або нанесення такої шкоди або травми самому собі до, під час або після тестування на ВІЛ.

РЕЗЮМЕ

Мета

Щоб досягти поставлених Організацією Об'єднаних Націй цілей 90-90-90 щодо боротьби з ВІЛ-інфекцією і, зокрема, першої мети щодо діагностики 90% людей з ВІЛ, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у 2015 році опублікувала Зведене керівництво з послуг тестування на ВІЛ.

У цьому документі містяться оновлені рекомендації та керівництво ВООЗ з:

1. Самотестування на ВІЛ
2. Інформування партнерів

У першому виданні Керівництва ВООЗ узагальнила існуючі рекомендації щодо надання послуг тестування на ВІЛ (ПТВ) і випустила нові рекомендації для допомоги спеціально навченим постачальникам послуг охорони здоров'я, які не мають медичної освіти, з надання ПТВ з використанням діагностичних швидких тестів (ДШТ).

Крім того, у Керівництві наголошувалося на необхідності використання стратегічних підходів до надання ПТВ. Зокрема, в ньому підкреслювалися широкі можливості самотестування на ВІЛ (СТ-ВІЛ) у контексті підвищення доступності ПТВ, особливо для чоловіків, ключових груп населення¹ та молоді. У ньому також наголошувалося на необхідності збільшення охоплення послугами тестування пар і партнерів, у тому числі шляхом надання ПТВ партнерам людей, які живуть з ВІЛ (1). Крім того, у Керівництві зазначалося, що у країнах з низьким і середнім рівнем доходів спостерігається зростання нерегульованого ринку СТ-ВІЛ, де часто використовується продукція сумнівної якості. З моменту випуску Керівництва у 2015 році все більше країн визнають необхідність сприяння розвитку СТ-ВІЛ у нормативно-правовому полі та використання для самотестування на ВІЛ ДШТ, якість яких перевіряється і контролюється відповідними регулюючими органами або міжнародними організаціями з нормативного контролю.

ВООЗ з 2012 року рекомендує партнерам проходити тестування (2). Не можна не відзначити певні досягнення щодо включення тестування для партнерів у національну політику з тестування (особливо для партнерів вагітних жінок, які відвідують жіночі консультації), але у більшості країн рівень тестування партнерів все ще залишається низьким (3).

З моменту публікації Зведеного керівництва у 2015 році з'явилися нові дані. Відповідно, з метою надання подальшої допомоги країнам, менеджерам проєктів, працівникам охорони здоров'я та іншим зацікавленим особам, які прагнуть досягти цілей боротьби з ВІЛ, визначених на державному та міжнародному рівні (4), було розроблено цей додаток 2016 року, де містяться оновлені рекомендації та додаткові вказівки щодо послуг СТ-ВІЛ і надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ.

Метою цього оновленого керівництва є:

- сприяння реалізації та розвитку етичних, ефективних, прийнятних і заснованих на фактичних даних методів СТ-ВІЛ і надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ;

¹ У цьому документі до ключових груп населення віднесено: чоловіків, що мають секс із чоловіками; людей, що перебувають у місцях позбавлення волі та інших закритих установах; людей, що вживають ін'єкційні наркотики; секс-працівників та трансгендерів. Більш докладні керівні принципи та рекомендації по роботі з ключовими групами населення містяться у «Зведеному керівництві щодо профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування та догляду для ключових груп населення» (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations>).

- сприяння плановому наданню послуг із забезпечення допомоги при добровільному інформуванні партнерів про ВІЛ у рамках підходу охорони громадського здоров'я до надання ПТВ;
- забезпечення рекомендацій щодо включення СТ-ВІЛ і допомоги при інформуванні партнерів в методики тестування на ВІЛ на базі спільнот і установ, а також щодо їх адаптації до потреб окремих груп населення;
- сприяння впровадженню СТ-ВІЛ у якості формального втручання з надання ПТВ із використанням продукції належної якості, схваленої ВООЗ, а також офіційними місцевими та міжнародними органами;
- формування ставлення до СТ-ВІЛ і надання допомоги при інформуванні партнерів як до ПТВ, які сприятимуть розширенню охоплення тестуванням і досягненню цілей 90-90-90, визначених ООН, а також глобальної цілі у галузі сталого розвитку щодо ліквідації СНІДу до 2030 року.

Оновлене керівництво включає в себе питання, пов'язані з наданням послуг з СТ-ВІЛ і наданням допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ таким групам населення:

- загальному населенню;
- вагітним жінкам і породіллям;
- парам і партнерам;
- підліткам (10-19 років) і молодим людям (15-24 років);
- ключовим групам населення;
- уразливим групам населення.

Методологія розробки керівництва

У зв'язку з наявністю нових даних про перспективні переваги послуг з СТ-ВІЛ і надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ незалежні експерти та зацікавлені сторони запропонували підготувати доповнення до Зведеного керівництва ВООЗ з послуг тестування на ВІЛ (1). Таким чином, з листопада 2015 року по серпень 2016 року Департамент ВООЗ з ВІЛ очолив розробку нового керівництва спільно з Керівною групою з розробки керівництва і незалежною Групою з розробки керівництва (ГРК), до складу якої увійшли зовнішні експерти, відібрані з дотриманням принципу географічної та гендерної збалансованості. До цієї групи увійшли вчені, дослідники, керівники проєктів, виконавці та представники громадських організацій та об'єднань на рівні спільнот. Департамент з ВІЛ, Керівна група з розробки керівництва і ГРК сформулювали питання, що стосуються груп населення, втручання, схеми порівняння і результатів (population, intervention, comparator, outcome - PICO), на основі яких було розроблено нове керівництво. Також свій внесок у розробку керівництва внесла Технічна робоча група з СТ-ВІЛ, яка була створена Департаментом ВООЗ з ВІЛ спільно з групою, задіяною у Програмі з прекваліфікації медичних виробів для діагностики *in vitro*, а також Зовнішньою експертною групою.

З січня по квітень 2016 року за ініціативою ВООЗ відбулося чотири віртуальних наради ГРК і Керівної групи ВООЗ з розробки керівництва. У ході цих нарад Департамент ВООЗ з ВІЛ представив огляд процедури з розробки, оцінки та експертизи ступеня обґрунтованості клінічних рекомендацій (GRADE) (5-7), і обидві групи розглянули та допрацювали питання GRADE, результати та стратифікацію по відношенню до всіх систематичних оглядів. За допомогою електронного опитування групи оцінили відносну важливість усіх результатів систематичного огляду на підставі шкали оцінки GRADE (1-9) (5).

З квітня по липень 2016 року за ініціативою Департаменту ВООЗ з ВІЛ відбулося чотири віртуальних та одна очна нарада Технічної робочої групи з СТ-ВІЛ. У ході цих нарад було представлено огляд запропонованих стандартів для прекваліфікації ВООЗ щодо ДШТ для самотестування на ВІЛ, проаналізовано дані про ефективність ДШТ для самотестування на ВІЛ і визначено підхід до оцінки ДШТ для самотестування на ВІЛ, заснований на аналізі співвідношення ризику та вигоди. На базі цього аналізу даних та інших даних, розглянутих на експертних нарадах, ВООЗ сформулювала сукупність технічних параметрів, яким повинні відповідати ДШТ для самотестування на ВІЛ. З цими параметрами можна ознайомитися на сайті Програми ВООЗ з прекваліфікації медичних виробів для діагностики *in vitro*: http://www.who.int/diagnostics_laboratory/guidance/en/.

ГРК і Керівна група ВООЗ з розробки керівництва розглянула і зробила внесок у розробку нових або оновлених визначень, необхідних для інформування про нові керівні принципи і проведення додаткових робіт, таких як: аналіз точності й ефективності, аналіз економічної ефективності, аналіз співвідношення ризику та вигоди, аналіз стратегій на рівні країн, оцінка й опитування щодо цінностей і вподобань, а також аналіз соціальної шкоди.

У липні 2016 року ВООЗ організувала очні збори членів Керівної групи ВООЗ з розробки керівництва та ГРК для обговорення остаточних результатів систематичних оглядів GRADE та інших додаткових робіт. На ці збори також було запрошено представників Технічної робочої групи з СТ-ВІЛ, яка брала участь в обговоренні питань реалізації та плануванні ліквідації прогалин у впровадженні та дослідженнях. На основі представлених даних ГРК винесла рекомендації ВООЗ щодо послуг з СТ-ВІЛ і щодо надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ.

Після завершення цієї процедури Зовнішня експертна група, експерти структур ООН, співробітники Департаменту ВООЗ з ВІЛ, а також інших департаментів і регіональних груп ВООЗ розглянули і доопрацювали це керівництво.

Рекомендації

Нижче коротко викладено рекомендації цього оновленого керівництва:

Нове

Рекомендації

Самотестування на ВІЛ має пропонуватися у якості додаткового способу тестування на ВІЛ *(сильна рекомендація, середня якість доказів)*.

Послуги з супроводу при добровільному інформуванні партнерів мають пропонуватися у рамках комплексного пакету послуг з тестування та надання допомоги для людей, що живуть з ВІЛ *(сильна рекомендація, середня якість доказів)*.

Оновлена рекомендація щодо СТ-ВІЛ повністю відповідає наявним рекомендаціям ВООЗ, спрямованим на розподіл обов'язків, використання допомоги навчених працівників без спеціальної освіти, а також застосування підходу *сортувального тестування (1)*. Використовуючи метод GRADE, ГРК визначила, що дані мають середню якість, і, ґрунтуючись на цих даних, наполегливо рекомендувала ВООЗ пропонувати СТ-ВІЛ у рамках ПТВ.

Рекомендація щодо надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ ґрунтується на існуючих рекомендаціях ВООЗ, що передбачають надання допомоги парам і тестування партнерів, включаючи запрошення членів родини та партнерів ВІЛ-інфікованих людей для здачі аналізів на ВІЛ (1,2). Використовуючи метод GRADE, ГПК визначила, що дані мають середню якість, і, ґрунтуючись на цих даних, наполегливо рекомендувала ВООЗ пропонувати послуги з надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ у рамках комплексного пакету послуг з тестування та догляду для людей, що живуть з ВІЛ.

Значення рекомендацій для розробки та реалізації програм

Це керівництво має допомогти країнам у наданні двох додаткових можливостей ПТВ з метою охоплення тестуванням людей, які в іншому випадку не проходили б тестування на ВІЛ.

Усунення прогалин у тестуванні на ВІЛ та діагностика ВІЛ у 90% інфікованих до 2020 року є найважливішою передумовою успіху глобальних заходів, спрямованих на боротьбу з ВІЛ. Це керівництво покликане допомогти країнам у наданні двох додаткових можливостей ПТВ, які можна використовувати з метою охоплення людей, особливо з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ, які в іншому випадку не стали б здавати аналізи на ВІЛ.

Вони також покликані надати країнам і проектам стратегічні можливості з метою розширення охоплення послугами у регіонах та серед груп населення, що найбільше цього потребують, а також підвищення доступності послуг, тим самим сприяючи досягненню глобальних цілей у сфері ВІЛ.

Для досягнення цих цілей країнам необхідно оцінювати конкретні ситуації, беручи до уваги епідеміологічні умови та групи населення, які найбільше потребують послуг у різних контекстах. Також важливо, щоб прийняті програмні підходи відповідали 5 принципам ВООЗ щодо надання ПТВ («5 С»): згода, конфіденційність, консультування, правильні результати і зв'язок (1). Крім того, підходи, що використовуються у програмах, мають бути спрямовані на усунення соціальних і правових бар'єрів з метою підвищення доступності та розвитку ПТВ, з урахуванням особливостей країни та цільових груп населення.

ВСТУП

1

1.1	Досягнення та проблеми у сфері послуг тестування на ВІЛ	2
1.1.1	Чоловіки досі охоплені тестуванням менше, ніж жінки	2
1.1.2	Підлітки також не отримують послуги у потрібному обсязі	3
1.1.3	Підвищення доступності для ключових груп населення	4
1.2	Обґрунтування необхідності розробки керівництва	5
1.3	Тематичне охоплення	5
1.4	Застосування керівництва	5
1.5	Мета та задачі	6
1.6	Цільова аудиторія	6
1.7	Керівні принципи	7

1.1 Досягнення та проблеми у сфері послуг тестування на ВІЛ

Найважливішим фактором боротьби з ВІЛ у глобальному масштабі є обізнаність людей про свій ВІЛ-статус і статус їхніх партнерів. Головними завданнями надання послуг з тестування на ВІЛ (ПТВ) є постановка діагнозу й ефективне сприяння клієнтам у доступі до послуг з профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ та у використанні таких послуг, включаючи антиретровірусну терапію, добровільне медичне обрізання чоловіків, послуги з профілактики передачі вірусу від матері до дитини, розповсюдження чоловічих і жіночих презервативів і лубрикантів, використання контрацептивів, послуги зменшення шкоди для споживачів ін'єкційних наркотиків, а також доконтактну і постконтактну профілактику. Ці високоефективні заходи дозволяють зменшити рівень передачі ВІЛ, а також захворюваність і смертність у зв'язку з ВІЛ (1,8-10).

Протягом останнього десятиліття спостерігалось особливе розширення охоплення ПТВ. У 2005 році було підраховано, що в Африці лише 10% людей, що живуть з ВІЛ, знають про свій ВІЛ-позитивний статус і що в усьому світі лише 12% людей, які хотіли пройти тестування на ВІЛ, змогли це зробити (11). Для порівняння, у 2015 році було підраховано, що 55% всіх людей, що живуть з ВІЛ, в Африці та 60% людей, що живуть з ВІЛ, у світі знають свій статус (12) і що у 2010-2014 роках у 122 країнах з низьким і середнім рівнем доходу ПТВ були надані більш ніж 600 мільйонам осіб (13). Великою мірою ці досягнення стали можливі завдяки розширенню використання ефективних препаратів для лікування ВІЛ, а також широкій доступності недорогих діагностичних швидких тестів (ДШТ). Зростаюча доступність і використання ДШТ дозволили збільшити перерозподіл обов'язків серед медичного персоналу. Завдяки цьому ПТВ тепер можуть надаватися спеціально навченими постачальниками послуг, які не мають медичної освіти, причому в різних умовах, починаючи від проведення звичайного аналізу у відповідних установах і закінчуючи наданням послуг на місцях.

Багато з тих, хто наражається на найбільший ризик інфікування ВІЛ, залишаються неохопленими ПТВ.

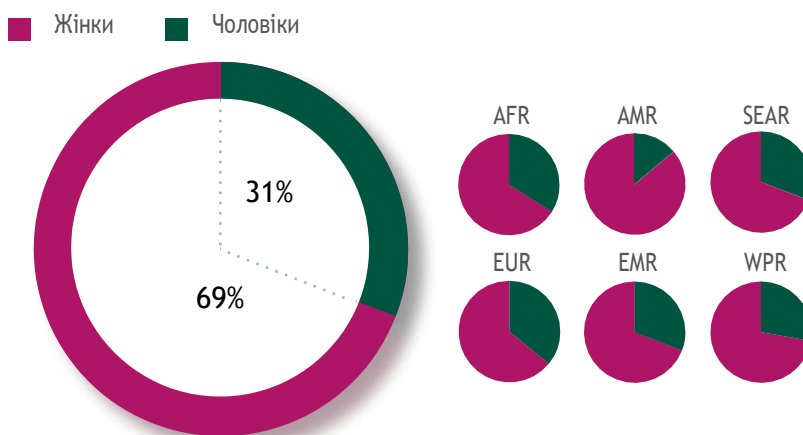
Проте, незважаючи на всі ці досягнення, у тестуванні на ВІЛ, як і раніше, залишається багато прогалин. За останніми оцінками, АРТ отримують 77% людей, яким поставлено діагноз ВІЛ, проте 40% людей з ВІЛ, як і раніше, не знають про те, що вони інфіковані (12). Крім того, незважаючи на щорічне

збільшення кількості тестів на ВІЛ та охоплення тестуванням (13), у багатьох місцях ПТВ надаються недостатньо цілеспрямовано. Багато з тих, хто наражається на найбільший ризик інфікування ВІЛ, наприклад, чоловіки, партнери людей, що живуть з ВІЛ, підлітки та молодь у регіонах з високим поширенням ВІЛ і з числа ключових груп населення, залишаються неохопленими ПТВ.

1.1.1 Чоловіки досі охоплені тестуванням менше, ніж жінки

У світовому масштабі охоплення чоловіків послугами з тестування на ВІЛ залишається нижчим, ніж жінок (3). Так, у 2014 році майже 70% тестів на ВІЛ серед дорослого населення у 76 країнах із середнім і низьким рівнем доходу були зроблені жінками (див. Рисунок 1.1) (13). За даними міжнародних звітів, це пов'язано з тим, що тестування на ВІЛ успішно інтегровано у сферу охорони репродуктивного здоров'я, зокрема у допологове спостереження, але практично не є обов'язковим в інших сферах охорони здоров'я. Крім того, партнерів-чоловіків рідко тестують на ВІЛ, а якщо це і рекомендується, то практично не виконується (3). Станом на червень 2014 року лише половина з 58 досліджених країн з низьким і середнім рівнем доходу керувалися рекомендаціями та встановленими процедурами щодо надання ПТВ парам (14). У менш ніж половині країн ПТВ надавалися більш ніж 20% пар у рамках допологового спостереження, причому імовірність того, що партнеру запропонують пройти тестування на ВІЛ за межами цих медичних установ, практично наближається до нуля (14). У більш ніж половині країн взагалі відсутні вказівки, які б рекомендували пропонувати партнеру пройти тестування на ВІЛ у тій чи іншій ситуації (докладніше див. Додаток 24).

Рисунок 1.1. Частка чоловіків і жінок старше 15 років, яким були надані послуги з тестування на ВІЛ у країнах з низьким і середнім рівнем доходів, за регіонами ВООЗ, 2014 рік



AFR = Африканський регіон; AMR = регіон країн Америки; SEAR = регіон Південно-Східної Азії; EUR = Європейський регіон; EMR = регіон Східного Середземномор'я; WPR = регіон західної частини Тихого океану.

Джерело: ВООЗ, 2015 рік (13)

Бар'єри, що ускладнюють доступ до ПТВ для чоловіків, часто пов'язані з їхнім переконанням у тому, що медичні послуги, зокрема допологове спостереження, не є дружніми для чоловіків (15). Свій внесок у цю ситуацію роблять і інші соціокультурні погляди й особливості поведінки. В результаті багато чоловіків не проходять тестування, а значить ті, хто інфікований ВІЛ, нічого не знають про своє захворювання і не звертаються за необхідним їм лікуванням. Отже, у багатьох регіонах рівень смертності від ВІЛ серед чоловіків вище, ніж серед жінок такого ж віку (16).

Для збільшення охоплення чоловіків ПТВ потрібні спеціальні стратегії, у тому числі спрощення доступу до ПТВ. Також необхідні способи заохочення для розширення тестування серед партнерів-чоловіків у регіонах та у групах населення з високим рівнем розповсюдженості ВІЛ, а також тестування чоловіків, які перебували у відносинах з жінками, інфікованими ВІЛ, у всіх регіонах і групах населення. Як зазначається в останніх систематичних оглядах, особливо перспективними у цьому напрямку є послуги з надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ, СТ-ВІЛ, орієнтовані на чоловіків заходи та аутріч-послуги, такі як тестування на ВІЛ у мобільних амбулаторіях або в домашніх умовах. В окремих регіонах саме вони допомогли збільшити охоплення чоловіків послугами з тестування на ВІЛ (17, 18).

1.1.2 Підлітки також не отримують послуги у потрібному обсязі

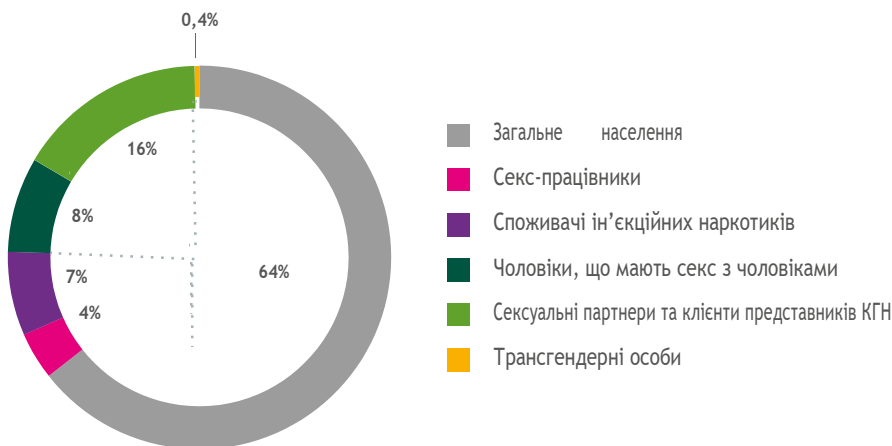
Підлітки, особливо дівчата, також наражаються на високий ризик інфікування ВІЛ. Найвищий ризик спостерігається у країнах Африки на південь від Сахари, де, за оцінками, проживає майже 90% ВІЛ-інфікованих підлітків у світі (віком 10-19 років) (19). Крім того, аналіз ситуації у 19 країнах Африки на південь від Сахари свідчить про те, що, незалежно від статі, підлітки-сироти більше ризикують інфікуватися ВІЛ, ніж їхні однолітки (20).

Незважаючи на нагальну потребу у тестуванні на ВІЛ серед підлітків, охоплення цієї групи населення залишається недостатнім. За оцінками, в Африканському регіоні ВООЗ менш ніж кожна п'ята дівчинка (віком 15-19 років) знає про свій ВІЛ-позитивний статус (21,22). Недостатня доступність і низьке охоплення послугами часто пов'язані з об'єктивно або суб'єктивно низькою якістю послуг, а також з обмежувальними законами та правилами, такими як закони, що встановлюють віковий ценз на тестування, які позбавляють підлітків можливості користуватися ПТВ (23). Зокрема, більш активні зусилля мають бути спрямовані на підвищення доступності ПТВ для підлітків, які проживають у регіонах з високим рівнем захворюваності на ВІЛ, у країнах Африки на південь від Сахари та серед молодих представників ключових груп населення в усіх регіонах.

1.1.3 Підвищення доступності послуг для ключових груп населення

Представники ключових груп населення також наражаються на підвищений ризик інфікування ВІЛ. Вони становлять приблизно 36% від 1,9 млн нових випадків інфікування ВІЛ серед дорослого населення щорічно (8,12) (див. Рисунок 1.2). Незважаючи на те, що все більше країн враховують особливі потреби ключових груп населення при розробці правових норм і вимог до надання ПТВ, реалізація цих норм і вимог, як і раніше, відстає від теорії, і в більшості регіонів охоплення цих груп населення послугами залишається вкрай низьким (13).

Рисунок 1.2. Розподіл нових випадків інфікування ВІЛ за групами населення у світі, 2014 рік



КГН - ключові групи населення

Джерело: ЮНЕЙДС, 2016 рік (12)

Недостатнє охоплення ключових груп населення послугами з тестування на ВІЛ пов'язане не лише з доступністю, але і з прийнятністю таких послуг. Низька прийнятність часто є відображенням непривітного ставлення персоналу при наданні послуг, страху стигми, дискримінації, а також каральних законів і процедур, що криміналізують певні види поведінки і тим самим перешкоджають доступу до послуг охорони здоров'я, зокрема до ПТВ (8).

Ці проблеми вимагають нової спрямованості та нових підходів для охоплення людей з невиявленим ВІЛ. Багато країн і програм шукають інноваційні підходи до надання ПТВ з метою досягнення національних і міжнародних цільових показників тестування на ВІЛ.

1.2 Обґрунтування необхідності розробки керівництва

Це керівництво 2016 року спрямоване на усунення прогалин у Зведеному керівництві з послуг тестування на ВІЛ шляхом надання рекомендацій та вказівок щодо самотестування на ВІЛ (СТ-ВІЛ) і надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ. Особливо часто країни звертаються за рекомендаціями ВООЗ щодо СТ-ВІЛ, оскільки набори для СТ-ВІЛ стають все більш доступними для придбання через неофіційні канали, такі як приватні аптеки та Інтернет, причому якість цієї продукції часто є сумнівною (24-26). Аналогічним чином, у деяких країнах існують норми та правила щодо інформування партнерів про ВІЛ, але на практиці вони все одно часто не реалізуються, навіть незважаючи на те, що інформування партнерів є простим і ефективним методом, який сприяє підвищенню рівня виявлення осіб з ВІЛ-інфекцією. Крім того, побоювання з приводу можливої соціальної шкоди, зокрема насильства у результаті інформування партнерів, не були підтвержені у ході наукових досліджень, проведених до теперішнього часу. Безперечно, спеціалісти, що працюють над розробкою проектів, мають враховувати потенційну шкоду, пов'язану з розкриттям ВІЛ-статусу, але водночас не можна забувати про переваги діагностики ВІЛ-інфекції та переадресації людей на лікування. Надання послуг з допомоги при добровільному інформуванні сексуальних партнерів людей з ВІЛ та їхніх партнерів з ін'єкційного вживання наркотиків збільшує кількість людей, які дізнаються про свій ВІЛ-позитивний статус.

Країни та інші ключові зацікавлені сторони зазначили важливість цього нового керівництва, що дозволить їм приймати рішення про те, чи слід або яким чином слід застосовувати ці два підходи до тестування на ВІЛ для того, щоб підвищити їхні можливості щодо стратегічної орієнтації на ПТВ та їх розширення з урахуванням необхідності досягнення визначених ООН цілей 90-90-90 та прискорення ліквідації ВІЛ до 2030 року (4).

1.3 Тематичне охоплення

У цьому оновленому керівництві представлено два підходи до тестування, які не розглядалися у Зведеному керівництві з послуг тестування на ВІЛ 2015 року (1). Зокрема, у ньому описуються і розглядаються принципи, що забезпечують найбільш етичне, прийнятне й ефективне проведення процедури СТ-ВІЛ і надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ. Детальну методичку розробки цього керівництва описано у Додатку 16. У Розділі 2 детально викладено принципи та рекомендації з проведення СТ-ВІЛ, а у Розділі 3 докладно описано принципи та рекомендації з надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ. Ці рекомендації також представлені у Зведеному керівництві 2015 року в розділах 10 і 11. Крім того, їх можна знайти у вигляді коротких аналітичних довідок за адресою: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/>.

1.4 Застосування керівництва

Це керівництво покликане допомогти країнам у реалізації стратегічного поєднання підходів до ПТВ з урахуванням конкретних епідеміологічних умов. Воно відповідає підходу до надання ПТВ з позиції громадського здоров'я і базується на вимогах дотримання прав людини, визначених у п'яти принципах ВООЗ, що застосовуються при тестуванні на ВІЛ (див. Розділ 1.7)

З довідковими документами, розробленими для обґрунтування цього керівництва, а також систематичними оглядами та таблицями з розробки та оцінки ступеня обґрунтованості клінічних рекомендацій, що наводяться у додатках, зазначених у змісті цього документа, можна ознайомитися за посиланням <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/>.

1.5 Мета та задачі

Основною метою цього керівництва є надання більш ефективної допомоги і доповнення існуючих підходів до ПТВ з метою охоплення тестуванням людей, які в іншому випадку не стали б проходити тестування на ВІЛ.

Основною метою цього керівництва 2016 року є доповнення наявного Зведеного керівництва ВООЗ з послуг тестування на ВІЛ і, відповідно, надання більш ефективної допомоги країнам і національним програмам у спробах охопити тестуванням людей, які в іншому випадку не стали б проходити тестування на ВІЛ.

Задачі, які потрібно вирішити для досягнення цієї мети:

- посилення існуючих рекомендацій щодо ПТВ, які сприяють країнам у наданні пілотних послуг та реалізації демонстраційних проєктів;
- сприяння рутинному наданню послуг з допомоги при добровільному інформуванні партнерів про ВІЛ у рамках підходу громадського здоров'я до надання ПТВ;
- посилення існуючих рекомендацій для розвитку ПТВ для пар і партнерів, особливо щодо пропозиції ПТВ партнерам всіх людей, у яких діагностовано ВІЛ;
- сприяння впровадженню та розвитку етичних, ефективних, прийнятних і науково обґрунтованих методів СТ-ВІЛ і надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ;
- забезпечення рекомендацій щодо інтеграції СТ-ВІЛ і допомоги при інформуванні партнерів у наявній методикі тестування на ВІЛ на базі спільнот і установ, а також щодо їхньої адаптації до потреб тих чи інших груп населення;
- формування ставлення до СТ-ВІЛ і надання допомоги при інформуванні партнерів як до ПТВ, які сприятимуть розширенню охоплення тестуванням і досягненню цілей 90-90-90, визначених ООН.

1.6 Цільова аудиторія

Це керівництво призначене для керівників програм боротьби з ВІЛ на національному і субнаціональному рівні, особливо тих, хто працює в міністерствах охорони здоров'я та відповідає за боротьбу з ВІЛ на рівні країни, зокрема за ПТВ, послуги профілактики, догляду та лікування, а також для посадових осіб на державному рівні, відповідальних за боротьбу з іншими інфекційними захворюваннями, особливо іншими формами інфекцій, що передаються статевим шляхом, туберкульозом і вірусними гепатитами.

Крім того, це керівництво буде корисним іншим постачальникам ПТВ, таким як міжнародні та національні неурядові, громадські організації та організації на базі спільнот. Воно також може використовуватися донорами у якості нормативної бази для ефективного фінансування, планування, реалізації, моніторингу та оцінки ПТВ.

1.7 Керівні принципи

Основними причинами тестування на ВІЛ мають бути як користь для людей, які проходять тестування, так і покращення показників здоров'я населення в цілому.

При наданні ПТВ важливо застосовувати підходи, що враховують пріоритети громадського здоров'я та права людини, зокрема всеохоплюючий доступ до послуг охорони здоров'я, гендерну рівність та захист прав людини у сфері охорони здоров'я, таких як доступність, прийнятність і високу якість послуг. При наданні усіх ПТВ, незалежно від підходу, користь для

здоров'я загального населення обов'язково має бути більше, ніж потенційна шкода або ризик. Окрім того, основними причинами тестування мають бути як користь для тих, хто проходить тестування, так і покращення показників здоров'я населення в цілому. Розвиток і розширення ПТВ мають бути спрямовані не лише на підвищення охоплення населення тестуванням або досягнення цільових показників тестування, але перш за все на забезпечення доступності послуг для всіх людей, які потребують ПТВ належної якості, що пов'язані з послугами профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ. Діагностичне тестування на ВІЛ обов'язково має бути добровільним, а згода клієнтів на таке тестування - інформованою, тому перед початком тестування слід надати клієнтам всю необхідну інформацію.

Усі види ПТВ, включаючи СТ-ВІЛ і послуги з інформування партнерів про ВІЛ, мають відповідати 5 принципам ВООЗ («5 С»): згода, конфіденційність, консультування, правильні результати та зв'язок з наданням допомоги (прив'язка до послуг профілактики, лікування та догляду) (1). У жодному разі не має проводитися примусове або обов'язкове тестування, незалежно від того, чи походить примус від постачальника медичних послуг, партнера, члена родини або будь-якої іншої людини.

П'ять принципів ВООЗ («5 С») щодо послуг з тестування на ВІЛ

Ці 5 принципів в обов'язковому порядку застосовуються до всіх ПТВ.

- **Згода (consent):** люди, яким надаються ПТВ, мають надати свою інформовану згоду на проведення тестування та консультування. Достатньо усної згоди, письмова згода не обов'язкова. Їм має бути надана інформація про процедуру тестування та консультування і про право відмовитися від такої процедури. Не варто виходити з припущення, що люди, які звертаються за послугою самотестування на ВІЛ або повідомляють про його проведення, тим самим надають або вже чітко та недвозначно надали свою згоду. Вкрай важливо, щоб усі люди, що проходять самотестування, знали про неприпустимість обов'язкового або примусового тестування.

Інформована згода також є обов'язковою умовою для проектів, які надають супровід при СТ-ВІЛ. Крім того, вкрай важливо, щоб усі люди з ВІЛ знали про те, що надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ є добровільним, так само як і партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів необхідно повідомити про те, що тестування на ВІЛ є добровільною, а не обов'язковою процедурою.

- **Конфіденційність (confidentiality):** ПТВ мають надаватися із дотриманням вимог конфіденційності. Зміст спілкування між постачальником ПТВ і клієнтом не повинен розкриватися нікому без отримання чіткої згоди особи, що тестується. Слід дотримуватися вимог конфіденційності, але при цьому не має створюватися атмосфера секретності, стигматизації або сорому. Консультанти мають, зокрема, запитувати клієнтів про те, кого вони хотіли б проінформувати і яким чином. Конфіденційний обмін інформацією з партнером або членами родини (яким клієнт довіряє) і медичними працівниками часто приносить велику користь ВІЛ-позитивним клієнтам.

- **Консультування (counselling):** якщо це доцільно, дотестове інформування та післятестове консультування може проводитися в групі, проте всі члени групи повинні мати можливість поставити питання конфіденційно, якщо вони цього бажають. Тестування на ВІЛ завжди має супроводжуватися відповідним якісним післятестовим консультуванням, виходячи з отриманого результату тесту на ВІЛ. Для забезпечення якісного консультування потрібно створювати механізми забезпечення якості (ЗЯ), а також системи супервізії та наставництва.

У контексті СТ-ВІЛ важливо відзначити, що дотестове інформування та післятестове консультування можна проводити як з використанням методу прямого супроводу (наприклад, особистої демонстрації та пояснення процедури тестування спеціально навченим постачальником послуг або рівним консультантом), так і без безпосереднього супроводу (наприклад, шляхом надання інструкції виробника). Крім того, можна використовувати й інші допоміжні засоби, такі як брошури, посилення на сайти, програми або відео в онлайн або автономному режимі, гарячі телефонні лінії, мобільні додатки та служби СМС-повідомлень.

- **Правильні результати (correct):** надавачі послуг тестування на ВІЛ повинні прагнути забезпечити високу якість цих послуг, а механізми ЗЯ мають гарантувати, що клієнт отримає правильний діагноз. Механізм ЗЯ може включати як внутрішні, так і зовнішні заходи, а також мати підтримку з боку національної референтної лабораторії.

Одноразовий позитивний результат самотестування не є підставою для постановки діагнозу ВІЛ. Необхідно здати додаткові аналізи й отримати підтвердження у постачальника медичних послуг, що пройшов спеціальну підготовку. Крім того, всі, кому поставлено діагноз ВІЛ, до початку надання допомоги та лікування у зв'язку з ВІЛ мають пройти повторне тестування для підтвердження діагнозу. Інтерпретація негативного результату самотестування залежить від поточного ризику інфікування ВІЛ. Особи з постійним високим ризиком інфікування або особи, які приймають антиретровірусні препарати для лікування або профілактики, мають проходити повторне тестування.

- **Зв'язок (connection):** прив'язка до послуг профілактики, лікування та догляду має включати ефективне і належне подальше спостереження. Проведення ПТВ за відсутності доступу або за умови незадовільної прив'язки до допомоги, у тому числі до АРТ, має обмежену користь для ВІЛ-інфікованих людей.

У контексті СТ-ВІЛ прив'язка до допомоги також передбачає прив'язку до подальшого тестування на ВІЛ на базі спільнот або установ, де можна перевірити результати тесту і де клієнти можуть отримати діагноз у постачальників медичних послуг, що пройшли спеціальну підготовку, не наражаючись на стигматизацію.

САМОТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

2

Основні положення	10
2.1 Загальна інформація та обґрунтування	11
2.2 Огляд фактичних даних	13
2.2.1 Систематичний огляд з розробки, оцінки та експертизи ступеня обґрунтованості клінічних рекомендацій (GRADE) з СТ-ВІЛ	13
2.2.2 Додаткові фактори	20
2.2.3 Цінності та вподобання щодо СТ-ВІЛ	21
2.2.4 Вартість та економічна ефективність	26
2.2.5 Систематичний огляд і метааналіз ефективності ДШТ для самотестування на ВІЛ	27
2.2.6 Рекомендація	30
2.3 Комплекс підходів і заходів для успішного впровадження СТ-ВІЛ	31
2.3.1 Стратегічне планування при наданні послуг з СТ-ВІЛ	31
2.3.2 Ключова інформація для користувачів та виконавців програм	37
2.3.3 Нормативно-правова база	38

2 САМОТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

- **Самотестування на ВІЛ (СТ-ВІЛ)** - це процедура, при якій людина сама бере у себе зразок для аналізу (нарколясенну рідину або кров), після чого проводить аналіз на ВІЛ і розшифровує результат. Як правило, самотестування відбувається в умовах анонімності, причому людина може проводити тест як на самоті, так і в присутності осіб, яким вона довіряє. Як і інші способи тестування на ВІЛ, СТ-ВІЛ має бути виключно добровільним, а не обов'язковим або примусовим. Хоча скарги на зловживання і соціальну шкоду надходять рідко, слід намагатися уникати відповідних ризиків, контролювати та мінімізувати їх.
- **При отриманні позитивного результату** слід обов'язково провести повторне тестування і отримати підтвердження у спеціалізованій лабораторії, провівши процедуру відповідно до затвердженого державою алгоритму тестування. Потрібно чітко донести до людей, які проводять самотестування, що СТ-ВІЛ не використовується для постановки остаточного діагнозу ВІЛ, а також роз'яснити їм, що слід робити у разі отримання позитивного результату самотестування.
- **Інтерпретація негативного результату самотестування** залежить від поточного ризику інфікування ВІЛ. Особи, які постійно наражаються на високий ризик інфікування, а також особи, які проходять тестування протягом 6-12 тижнів після можливого контакту з вірусом, мають через певний час прийти тестування повторно. СТ-ВІЛ не рекомендується особам, які знають про свій діагноз і приймають антиретровірусні препарати, оскільки це може призвести до отримання неправильного результату (хибнонегативного).
- **СТ-ВІЛ є доступним і прийнятним способом тестування** для багатьох людей з різних груп населення, тому воно дозволяє **підвищити охоплення і частоту тестування на ВІЛ**, особливо серед людей, які постійно наражаються на високий ризик інфікування ВІЛ, у яких менше можливостей для тестування або які проходять тестування рідше, ніж потрібно.
- **Діагностичні швидкі тести (ДШТ) на ВІЛ, які використовуються для самотестування, можуть показувати настільки ж точні результати, як і аналізи, що проводяться у спеціалізованих лабораторіях**, за умови, що вироби для СТ-ВІЛ відповідають усім стандартам якості та безпеки. Ефективність і точність результатів СТ-ВІЛ також підвищується при особистій наочній демонстрації процедури тестування і використанні інших допоміжних засобів, таких як відеоролики.
- **СТ-ВІЛ може проводитися і поширюватися різними способами:** у державному і приватному секторі, у тому числі на базі спільнот, на базі установ і через Інтернет, при цьому в ДШТ для самотестування на ВІЛ може використовуватися як нарколясенна рідина, так і кров. Таким чином, різні групи населення мають можливість скористатися цілою низкою варіантів при самотестуванні на ВІЛ.

Нове

Рекомендація

Самотестування на ВІЛ має пропонуватися у якості додаткового способу тестування на ВІЛ (*сильна рекомендація, середня якість доказів*).

2.1 Загальна інформація та обґрунтування

Самотестування на ВІЛ (СТ-ВІЛ) є інноваційним підходом, що відкриває широкі можливості для глобального сприяння досягненню першої з поставлених ООН глобальних цілей 90-90-90 - щоб до 2020 року 90% усіх людей з ВІЛ знали свій статус (1). СТ-ВІЛ сприяє досягненню цієї цілі за рахунок охоплення людей, що проходять тестування вперше, а також за рахунок створення попиту на тестування та надання такої можливості більшій кількості людей, особливо з числа тих, у кого ще не виявлено ВІЛ, і тих, хто постійно наражається на високий ризик інфікування і повинен регулярно повторювати процедуру тестування (2).

СТ-ВІЛ - це процедура, при якій людина сама бере у себе зразок для аналізу (нарколясенну рідину або кров), після чого проводить аналіз на ВІЛ і розшифровує результат. Як правило, це відбувається приватно, причому людина може проводити аналіз як на самоті, так і з кимось, кому вона довіряє (2). Ідея самотестування не є новою. Воно використовується для діагностики та лікування інших захворювань і станів здоров'я, наприклад, для виявлення вагітності, діагностики раку товстої кишки, а також для відстеження стану людини при діабеті. Таким чином, СТ-ВІЛ забезпечує можливості для більшої самостійності пацієнтів, децентралізації послуг та створення попиту на тестування на ВІЛ серед тих, хто не має доступу до наявних послуг.

СТ-ВІЛ - це зручний метод, що має багато переваг для людей, які не хочуть привертати увагу до тестування і радше віддають перевагу альтернативним способам тестування на ВІЛ. Спостерігається високий рівень прийнятності СТ-ВІЛ серед різних груп населення у різних умовах (2-7), зокрема серед ключових груп населення (4,8,9), чоловіків (10,11), молоді (10,12,13), медичних працівників (7,14), загального населення (10,15,16), вагітних жінок (17) та їхніх партнерів-чоловіків (18,19), а також серед інших пар і партнерів (14,20). З початку 2000-х років медичні працівники у районах Африки з високим рівнем розповсюдженості ВІЛ (14,21-23), а також інші групи населення (24,25) використовували самотестування на ВІЛ із застосуванням наборів для тестування нествореної якості, отримуючи їх через неофіційні канали, такі як приватні аптеки та Інтернет.

Позитивний результат самотестування потрібно перевірити та підтвердити у спеціалізованій лабораторії.

СТ-ВІЛ не є методом встановлення остаточного діагнозу ВІЛ. Це пов'язано з тим, що, як і з будь-яким іншим аналізом на ВІЛ, одноразове використання діагностичного швидкого тесту (ДШТ) не є підставою для постановки діагнозу ВІЛ. Таким чином, СТ-ВІЛ скоріше можна вважати способом «сортувального тестування» (2,6), після якого люди, які отримали позитивний результат, мають здати

аналіз повторно, у спеціалізованій лабораторії відповідно до затвердженого державою алгоритму тестування (див. Рисунок 2.1). Рекомендації щодо стратегій і алгоритмів тестування для постановки діагнозу ВІЛ наведені у Розділі 7 Зведеного керівництва ВООЗ з послуг тестування на ВІЛ (2).

Виконавці проектів, у рамках яких поширюються ДШТ для самотестування на ВІЛ, мають інформувати людей про можливості та обмеження такого способу тестування. Крім того, співробітники програм повинні рекомендувати всім особам, які отримали негативний результат, повторити тестування, якщо є імовірність, що вони контактували з вірусом протягом попередніх 6-12 тижнів або якщо вони постійно наражаються на високий ризик інфікування ВІЛ. Усім людям, які не знають, як правильно самостійно провести аналіз або розшифрувати його результат, мають бути надані необхідні контактні дані та інформація про послуги тестування на ВІЛ (ПТВ) і рекомендовано скористатися ПТВ на базі установ або на базі спільноти (2).

Рисунок 2.1. Алгоритм тестування з використанням СТ-ВІЛ



А0 = Аналіз 0 («сортувальне тестування»)

СТ-ВІЛ допомагає підвищити ефективність і результативність системи охорони здоров'я, направляючи медичні послуги та ресурси на людей з позитивним результатом самотестування, яким необхідне подальше тестування, підтримка та консультація фахівців, що підвищує адресність таких послуг. Особам з позитивним результатом самотестування, які повідомляють про свій результат постачальнику послуг самотестування, слід рекомендувати і допомогти звернутися до закладу охорони здоров'я для проходження додаткових аналізів на ВІЛ, і, якщо ВІЛ-позитивний діагноз підтвердиться, їм слід рекомендувати і допомогти отримати послуги з лікування та догляду. Особам з негативним результатом самотестування, які повідомлять про свій результат постачальнику послуг, потрібно повторно здавати аналізи лише у тому випадку, якщо можливий контакт з вірусом відбувався протягом 6-12 тижнів до самотестування або якщо вони постійно наражаються на високий ризик інфікування ВІЛ (2).

СТ-ВІЛ особливо підходить для людей з високим ризиком інфікування ВІЛ, наприклад, для представників ключових груп населення та серодискордантних пар, які отримують можливість частіше здавати аналізи без частого відвідування медичних установ. Таким чином, СТ-ВІЛ дозволяє зменшити час і тягар тестування на ВІЛ для медичних служб і скоротити витрати людини на часте тестування. Разом з тим, важливо, щоб люди, які проходять самотестування, знали про обмежені можливості ДШТ для самотестування на ВІЛ в період вікна між інфікуванням ВІЛ і виявленням антитіл до ВІЛ-1/2. У більшості випадків осіб з підвищеним ризиком інфікування, які отримали негативний результат самотестування та повідомили про свій результат постачальнику послуг, слід направляти на додаткове тестування, а також забезпечувати переадресацію для отримання послуг профілактики ВІЛ (таких як видача презервативів і лубрикантів, добровільне чоловіче медичне обрізання (ДЧМО), зменшення шкоди та постконтактна профілактика (ПКП)). Перед початком прийому препаратів доконтактної профілактики (ДКП) потрібно здати додаткові аналізи і підтвердити відсутність вірусу в спеціалізованій лабораторії (26).

ВООЗ коротко описала різні способи, за допомогою яких ДШТ для самотестування на ВІЛ можуть розповсюджуватися у державному та приватному секторах. До них відносяться, зокрема, і методи розповсюдження на базі спільнот, установ, через Інтернет і у вільному продажі (2) (див. також Розділ 2.3.1). Підходи можуть відрізнятися залежно від рівня та типу допомоги - це можуть бути методи з прямим супроводом і без безпосереднього супроводу (див. Вставку 2.1).

Вставка 2.1. Визначення СТ-ВІЛ з прямим супроводом і без супроводу

СТ-ВІЛ з прямим супроводом означає, що спеціально навчені постачальники послуг або рівні консультанти наочно демонструють процедуру проведення та інтерпретації результатів самотестування до або під час СТ-ВІЛ.

СТ-ВІЛ без безпосереднього супроводу означає, що люди проводять самотестування, використовуючи лише набір для самотестування й інструкцію виробника.

При **СТ-ВІЛ як з прямим супроводом, так і без супроводу**, можуть використовуватися допоміжні засоби, такі як гарячі телефонні лінії, служби СМС-повідомлень, відео, консультації у соціальних мережах і мобільні додатки, які пропонують технічну підтримку, консультації та направлення на додаткові аналізи на ВІЛ, а також послуги з профілактики, догляду та лікування ВІЛ.

Політика щодо СТ-ВІЛ у різних країнах

У різних країнах нормативно-правова база щодо СТ-ВІЛ розвинена різною мірою. Згідно з оцінкою відповідної політики та звітності країн, проведеною ВООЗ, нормативно-правові акти, що підтримують СТ-ВІЛ, існують у 23 країнах (27).

ДШТ для самотестування на ВІЛ, схвалені до застосування місцевими контролюючими органами, доступні у Франції, Сполученому Королівстві та США (28). Деякі інші країни розпочали впровадження національних стратегій тестування на ВІЛ або стратегічних планів, які дозволяють або підтримують СТ-ВІЛ. Разом з тим, у багатьох з них поки відсутня схвалена для застосування продукція для СТ-ВІЛ, розповсюдження якої контролюється відповідними органами (27).

У багатьох країнах зростають обсяги неофіційних продажів засобів для проведення СТ-ВІЛ через приватні аптеки та Інтернет, зокрема в Австралії (29), Китаї (24), Намібії (25), Перу (9), ПАР (30), на Філіппінах (31) і у Малайзії (32). Наявна інформація поки обмежена, але цілком імовірно, що значний обсяг цих неофіційних і не контрольованих державою продажів включає в себе продукцію сумнівної якості, безпеки та ефективності.

2.2 Огляд фактичних даних

2.2.1 Систематичний огляд з розробки, оцінки та експертизи ступеня обґрунтованості клінічних рекомендацій (GRADE) з СТ-ВІЛ

З 2014 року ВООЗ закликає країни впроваджувати пілотні проекти з СТ-ВІЛ для оцінки можливостей цього методу. Керівництво 2016 року містить наполегливу рекомендацію ВООЗ щодо того, що СТ-ВІЛ має пропонуватися у якості додаткового методу при наданні ПТВ. Група з розробки керівництва (ГРК) оцінила проаналізовані докази з СТ-ВІЛ як докази середньої якості.

Нижче наведено більш докладний розгляд цих рекомендацій, а також коротко викладено результати двох систематичних оглядів і аналіз джерел щодо цінностей та вподобань осіб, що використовують самотестування, й осіб, які потенційно можуть скористатися цим методом, а також постачальників послуг і ключових зацікавлених сторін.

Відповідно до методики GRADE, у цьому аналізі першочергова роль відводиться рандомізованим контрольованим дослідженням, які безпосередньо порівнюють СТ-ВІЛ з існуючими стандартними способами тестування на ВІЛ (такими як, наприклад, ПТВ на базі установ і спільнот). Інші дослідження, включаючи експериментальні та спостережні дослідження, в ході яких були отримані результати, що можуть становити інтерес (наприклад, збільшення охоплення населення послугами, кількості виявлених позитивних результатів і прив'язка до лікування), але які безпосередньо не порівнювали СТ-ВІЛ зі стандартними ПТВ, не були включені в огляд за методом GRADE, а були узагальнені. Також були узагальнені дослідження щодо цінностей і вподобань, а також вартості та економічної ефективності СТ-ВІЛ. Більш детальна інформація про методику і докази, отримані за результатами систематичного огляду, міститься у Додатках 17 і 19.

Пошук видав 638 цитат. Після видалення повторюваних досліджень експерти проаналізували 496 унікальних записів і на початковому етапі виключили 317 з них. Після розгляду повних текстів 179 записів, що залишилися, було виключено ще 174 записи, оскільки вони не відповідали критеріям включення. У кінцевому підсумку було визначено п'ять рандомізованих контрольованих досліджень, які й увійшли до огляду. Усі п'ять виявилися анотаціями доповідей з конференцій, тому додаткові дані досліджень були отримані шляхом встановлення безпосереднього контакту з авторами.

Усі п'ять рандомізованих контрольованих досліджень (33-37) проводилися у чотирьох країнах. Цільовою групою усіх досліджень були чоловіки. Два дослідження проводилися у Кенії, де жінки поширювали набори для СТ-ВІЛ серед своїх партнерів чоловічої статі. Цей підхід порівнювався з використанням спеціальних листів або бланків переадресації із запрошенням партнерів-чоловіків пройти тестування на ВІЛ у клініках (35,36). Інші дослідження проводилися серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, в Австралії (34), САР Гонконг Китайської Народної Республіки (37) і США (33). Усі ці дослідження порівнювали СТ-ВІЛ з ПТВ, що пропонувалися на базі установ.

У ході всіх п'яти рандомізованих контрольованих досліджень пропонувалися безкоштовні ДШТ навколясенної рідини для самотестування на ВІЛ з інструкціями виробника, але дослідження відрізнялися за кількістю наборів, що розповсюджувалися, й обсягом наданої допомоги. У США чоловікам, які мають секс з чоловіками, було забезпечено постійний, безперервний доступ до наборів для СТ-ВІЛ; в Австралії учасникам також забезпечили безперервний доступ і, крім того, кожен з них отримав по чотири набори для СТ-ВІЛ при реєстрації у дослідженні (34). У Кенії жінкам надавалося по два набори для СТ-ВІЛ при реєстрації (один для себе і один для партнера-чоловіка) (35,36). У Гонконгу чоловікам, що мають секс з чоловіками, при реєстрації видавався лише один комплект для СТ-ВІЛ (37). У двох рандомізованих контрольованих дослідженнях комплекти для СТ-ВІЛ поширювалися без безпосереднього супроводу: на додаток до набору для тестування учасникам давали посилання на відео (34,37), а в одному з досліджень учасникам надавалися мотиваційні консультації телефоном, а також до- та післятестові консультації у соціальних мережах (37). В інших трьох рандомізованих контрольованих дослідженнях учасникам надавали безпосередню допомогу, в тому числі наочно демонстрували процедуру проведення самотестування (33,35,36), причому в двох з цих досліджень наочна демонстрація проводилася для жінок, щоб вони могли показати своїм партнерам-чоловікам, як треба проводити процедуру самотестування (35,36).

Вставка 2.2. Основні результати рандомізованих контрольованих досліджень, використаних в огляді GRADE

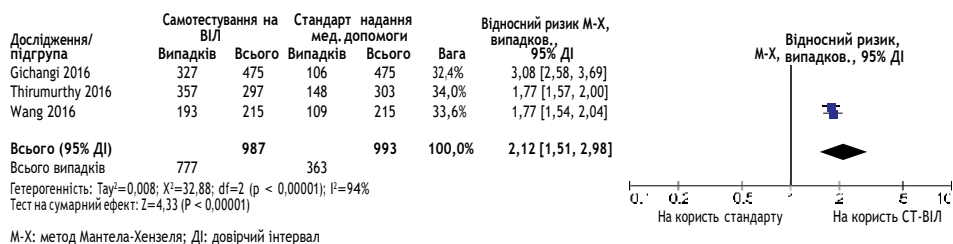
Загалом, у п'яти рандомізованих контрольованих дослідженнях було встановлено, що, у порівнянні зі стандартним тестуванням на базі установ, самотестування на ВІЛ (СТ-ВІЛ):

- сприяє підвищенню рівня використання послуг тестування на ВІЛ серед партнерів-чоловіків вагітних жінок і породіль, а також чоловіків, що мають секс з чоловіками;
- сприяє підвищенню рівня використання послуг тестування на ВІЛ для пар серед партнерів-чоловіків вагітних жінок і породіль;
- сприяє підвищенню частоти тестування на ВІЛ серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, приблизно на два рази на рік;
- не призводить ні до посилення поведінкових факторів ризику (таких як анальний секс без презерватива), ні до збільшення випадків зараження бактеріальними інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ);
- не призводить до зменшення рівня використання послуг тестування на ІПСШ;
- не сприяє підвищенню рівня соціальної шкоди та інших несприятливих явищ (лише в одному випадку спостерігалася соціальна шкода, безпосередньо не пов'язана з СТ-ВІЛ).

Рівень використання послуг тестування на ВІЛ

СТ-ВІЛ сприяє підвищенню рівня використання послуг тестування на ВІЛ. У трьох (35-37) з п'яти рандомізованих контрольованих досліджень повідомлялося про рівень використання послуг тестування на ВІЛ. Метааналіз цих результатів свідчить про те, що СТ-ВІЛ подвоює рівень використання послуг тестування на ВІЛ у порівнянні зі стандартними ПТВ (відносний ризик (ВР) = 2,12; 95 ДІ%: 1,51; 2,98) (див. Рисунок 2.2) (Більш детальна інформація міститься у Додатку 17).

Рисунок 2.2. Метааналіз рівня використання послуг тестування на ВІЛ через три і шість місяців



Два дослідження, проведені у Кенії, у ході яких жінки роздавали комплекти для СТ-ВІЛ своїм партнерам-чоловікам, також продемонстрували збільшення кількості тестувань пар у порівнянні з методом, при якому чоловікам роздавали листи-запрошення або направлення на тестування до клінік (35,36).

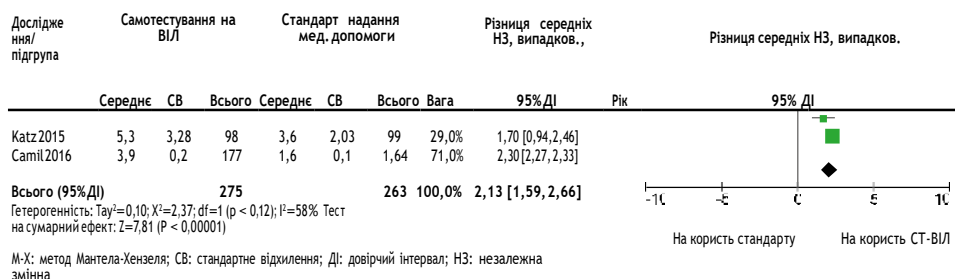
Дослідження у Гонконгу, що проводилося серед чоловіків, що мають секс з чоловіками (37), показало, що рівень використання послуг тестування на ВІЛ у групі, де використовувалося СТ-ВІЛ, був вище, ніж у групі осіб, які проходили тестування на ВІЛ на базі установ, причому як у підгрупі осіб, що недавно проходили тестування на ВІЛ (> 1-2 тестів за 3 роки) (BP = 1,75; 95% ДІ: 1,46, 2,08), так і в підгрупі осіб, які не проходили тестування останнім часом (0 тестів за 3 роки) (BP = 2,22; 95% ДІ: 1,61; 3,08). У цьому дослідженні аналіз рівня використання послуг тестування на ВІЛ також показав, що чоловіки, що мають секс з чоловіками, які при реєстрації у дослідженні заявили, що у них був незахищений анальний секс, також частіше проходили тестування, якщо вони потрапляли до групи СТ-ВІЛ, у порівнянні з групою, що використовувала стандартні ПТВ (BP = 1,75; 95% ДІ: 1,26, 1,81) (37). Такі результати свідчать про те, що чоловіки, що мають секс з чоловіками, з групи підвищеного ризику більше готові скористатися послугою СТ-ВІЛ, ніж стандартними ПТВ на базі установ.

Ці висновки підтверджуються результатами інших систематичних оглядів (4,6,38), експериментальних і спостережних досліджень, які проводилися у Кенії (39,40), Лесото (41), Малаві (10,42) і Зімбабве (16). Вони демонструють такі самі тенденції підвищення рівня використання послуг тестування на ВІЛ у результаті пропозиції послуг СТ-ВІЛ. Наприклад, дворічне кластерне рандомізоване дослідження у Малаві показало підвищення рівня використання послуг СТ-ВІЛ з прямим супроводом на базі спільноти приблизно на 76,5% серед загального населення (загальне збільшення: 84%, 14 004/16 660) при корекції з урахуванням загального обороту населення (10). За два роки 44% людей, які взяли участь у дослідженні, здавали аналіз на ВІЛ вперше. Рівень використання послуг тестування був незмінно високим і у першому, і у другому році дослідження серед підлітків (16-19 років) (95%, 2374/2502 і 2405/2502), молодих людей (16-29 років) (90%, 8333/9315 і 8503/9315), жінок (85%, 6835/7802 і 6445/7802) і чоловіків (68%, 5902/8643 і 5924/8643) (10). Аналогічним чином, дослідження серед ключових груп населення, перш за все чоловіків, що мають секс з чоловіками, і секс-працівниць, також демонструють високий рівень використання послуг тестування на ВІЛ, коли їм пропонується СТ-ВІЛ (4,5).

Частота тестування на ВІЛ

СТ-ВІЛ підвищує частоту тестування на ВІЛ серед чоловіків, що мають секс з чоловіками. У двох з п'яти рандомізованих контрольованих досліджень повідомляється про частоту тестування на ВІЛ серед чоловіків, що мають секс з чоловіками (33,34). В обох дослідженнях чоловіки в групі, де використовували СТ-ВІЛ, в середньому за 12-15 місяців проходили тестування на два рази більше, ніж у групі осіб, що користувалися ПТВ на базі установ (середня різниця = 2,13; 95% ДІ: 1,59; 2,66) (33,34) (див. Рисунок 2.3).

Рисунок 2.3. Метааналіз середньої кількості тестів серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, за 12-15 місяців



В Австралії СТ-ВІЛ дозволило значно збільшити частоту тестування на ВІЛ серед тих, хто останнім часом не проходив тестування на ВІЛ (0 тестів > 2 років або ніколи раніше не проходили тестування) у порівнянні зі стандартами методами тестування (33,34). Співвідношення показників у цій підгрупі показує, що за 12 місяців чоловіки в групі, що використовували СТ-ВІЛ, проходили тестування у 5,54 рази частіше, ніж чоловіки в групі, де використовувалося стандартне тестування на ВІЛ (співвідношення показників = 5,54; 95% ДІ: 3,15; 9,74).

Дослідження у США показало, що СТ-ВІЛ також сприяє підвищенню щоквартального рівня використання послуг тестування на ВІЛ серед чоловіків, що мають секс з чоловіками (76%; 74/98) у порівнянні зі стандартними ПТВ (54%; 53/99) (33).

Звісно, дослідження, результати яких розглянуті вище, нечисленні, але продемонстроване ними підвищення частоти тестування на ВІЛ може мати важливе значення з точки зору громадського здоров'я, особливо при охопленні людей з невиявленою ВІЛ-інфекцією та осіб з груп ризику, які не мають доступу до наявних послуг. Подібне або більше стійке збільшення частоти тестування на ВІЛ, якому сприяє СТ-ВІЛ, серед груп підвищеного ризику допоможе виявити більше випадків інфікування та призведе до зниження рівня захворюваності на ВІЛ, якщо створити умови для забезпечення ефективної прив'язки до послуг профілактики та лікування ВІЛ (43,44).

Поведінкові фактори ризику інфікування ВІЛ внаслідок використання СТ-ВІЛ

У дослідженнях не відзначається посилення поведінкових факторів ризику інфікування внаслідок використання СТ-ВІЛ. В одному з п'яти рандомізованих контрольованих досліджень повідомлялося про поведінкові фактори ризику у зв'язку з СТ-ВІЛ (33). За даними цього дослідження, за 9 місяців подальшого спостереження у ЧСЧ з групи, що використовувала СТ-ВІЛ, не відзначалося збільшення кількості випадків незахищеного анального сексу у порівнянні з чоловіками із групи, що використовувала стандартні ПТВ (BP = 0,94; 95% ДІ: 0,55; 1,61). За даними того ж дослідження, у групі чоловіків, які використовували СТ-ВІЛ, було зафіксовано менше випадків зараження бактеріальними інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), ніж в групі, що використовувала стандартні ПТВ (BP = 0,41; 95% ДІ: 0,15; 1,13).

Крім того, за даними австралійського дослідження, використання СТ-ВІЛ жодним чином не впливало на частоту тестування на ІПСШ серед чоловіків, що мають секс з чоловіками (34).

За даними інших спостережних досліджень, які не увійшли до числа проаналізованих рандомізованих контрольованих досліджень, для деяких людей СТ-ВІЛ може становити інтерес з точки зору тестування потенційних сексуальних партнерів (11,18,45,46). Дослідження свідчать про те, що у цьому випадку позитивний результат самотестування змушує відмовитися від незахищеного статевого акту (18,45). Наявні дані також демонструють, що СТ-ВІЛ може використовуватися для серосортингу (вибору сексуального партнера, виходячи з повідомленого ним ВІЛ-статусу) та прийняття рішення про свої дії, у тому числі щодо профілактики ВІЛ-інфекції, наприклад, про використання презерватива (18,45). Проте у багатьох з цих досліджень користувачі тестів не знали, що через технічні особливості сучасні тест-системи для СТ-ВІЛ мають «період вікна» тривалістю три місяці, а тому не здатні виявляти вірус на ранній стадії.

Тому прийняття рішення про відмову від презервативів може бути доречним у тривалих стосунках, якщо обидва партнери не наражаються на високий ризик інфікування, але експерти не рекомендують відмовлятися від презервативів при обранні за ВІЛ-статусом партнерів з числа груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ (наприклад, секс-працівників та ЧСЧ) на підставі результату самотестування (47). Потрібно доносити до користувачів, особливо з числа ключових груп населення з високим ризиком інфікування, інформацію про можливі ризики використання систем СТ-ВІЛ, щоб вони могли приймати поінформовані рішення та застосовувати відповідні заходи профілактики.

Соціальна шкода

В огляді йшлося лише про один випадок заподіяння шкоди, який не був безпосередньо пов'язаний з СТ-ВІЛ (35). У цьому рандомізованому контрольованому дослідженні описувався один випадок насильства з боку інтимного партнера (НІП), причому як в групі, що використовувала СТ-ВІЛ, так і в групі, де застосовувалося стандартне тестування на ВІЛ (1/297 в групі СТ-ВІЛ; 1/303 в контрольній групі) (35). У групі, де використовувалося СТ-ВІЛ, шкода не була безпосередньо

пов'язана з СТ-ВІЛ: жінка-учасниця повідомила, що інцидент стався, оскільки вона вирішила взяти участь в дослідженні, не порадившись із чоловіком (35). Учасниця зазначила, що пішла з дому на три тижні, а потім повернулася. Через два місяці, під час наступного візиту, вона повідомила дослідникам, що помирилася з чоловіком. У групі, що використовувала стандартне тестування на ВІЛ, одна жінка-учасниця також повідомила про НІП (35).

Це дозволяє зробити висновок про те, що СТ-ВІЛ не призводить до збільшення ризику НІП. Відповідний ризик більшою мірою залежить від умов, ситуації та взаємин пар і партнерів. Отримані результати відповідають даним, отриманим у результаті систематичних оглядів, які оцінюють шкоду в контексті різних видів ПТВ (48), ПТВ для пар (49) і самотестування на ВІЛ та інші захворювання (50), а також інших спостережливих досліджень. Під час дворічного кластерного рандомізованого дослідження, проведеного у містах Малаві, не було зафіксовано жодного випадку НІП, завданого собі шкоди або самогубства у зв'язку з СТ-ВІЛ або іншим способом тестування на ВІЛ на рівні спільноти (10). За результатами дослідження у США повідомлялося, що з 124 випадків, коли чоловіки пропонували СТ-ВІЛ своїм сексуальним партнерам-чоловікам, 7 призвели до словесної конфронтації і жоден з них не спричинив фізичного насильства (45). Інші дослідження також демонструють, що початкові повідомлення про «примушення» до тестування швидше виявлялися «заохоченням» або «закликами» (10,20,51). Наприклад, у Малаві в основному саме чоловіки, які проходили самотестування зі своїми партнерами-жінками, повідомляли про примушення до тестування. При цьому 94,4% з них (252/267) також зазначали, що будуть рекомендувати СТ-ВІЛ своїм друзям і членам родини, а 92,2% (130/141) заявили, що вони дуже задоволені СТ-ВІЛ (10).

Незважаючи на те, що більшість користувачів вважають, що СТ-ВІЛ сприяє розширенню прав і можливостей (20,51), дослідження у Малаві, проведене серед пар, які отримали набори СТ-ВІЛ, показало, що у 2 з 17 пар люди відчували тиск з боку партнера, а також складності при отриманні серодискордантних результатів (20). Аналогічним чином, у Кенії 4 з 265 ВІЛ-негативних вагітних жінок і породіль та секс-працівниць, які роздавали набори СТ-ВІЛ своїм партнерам і клієнтам-чоловікам, повідомили про випадки НІП: два з них відбулися з породіллями, а два - з секс-працівницями (18). Невідомо, чи були ці випадки безпосередньо пов'язані з СТ-ВІЛ, оскільки 41% учасниць дослідження заявили, що вони вже стикалися з НІП протягом 12 місяців до початку дослідження. Дві породіллі, які повідомили про словесні образи під час сварки з чоловіками, розповіли, що це було пов'язано з отриманням позитивного результату тесту (18). Обидві жінки пішли з дому, але пізніше повернулися і помирилися з чоловіками. Одна жінка повідомила, що її чоловік (у якого було виявлено ВІЛ) згодом став на облік у медичному закладі і що тепер вони користуються презервативами під час сексу (18). Викликають занепокоєння два випадки, що трапилися з секс-працівницями, які роздавали тест-системи для СТ-ВІЛ своїм клієнтам і стикнулися з фізичним насильством. Одна з них розповіла про насильницький статевий акт без презерватива (18). Це дає підстави вважати, що не всі способи тестування підходять для будь-яких ситуацій і що в роботі з уразливими групами населення слід проявляти обережність.

Загалом, результати досліджень можна вважати обнадійливими, але при реалізації проектів важливо усвідомлювати важливість і складність процедур моніторингу, звітності та оцінки соціальної шкоди у зв'язку з СТ-ВІЛ. Як і з усіма іншими ПТВ, у таких проектах рекомендується використовувати підходи до впровадження СТ-ВІЛ залежно від контексту і з урахуванням принципів етики, безпеки та прийнятності. Крім того, важливе значення мають стратегії зменшення ризиків соціальної шкоди та створення активних систем моніторингу та звітності.

СТ-ВІЛ та ВІЛ-позитивність

Основною метою ПТВ є максимально ефективне охоплення послугами людей з невиявленою ВІЛ-інфекцією. Про ВІЛ-позитивність повідомлялося в одному з п'яти рандомізованих контрольованих досліджень (33), де зазначалося, що чоловіки, що мають секс з чоловіками, з групи СТ-ВІЛ вдвічі частіше отримують позитивний результат тестування, ніж у групі, де використовується стандартний спосіб тестування (ВР = 1,97; 95% ДІ: 0,37; 10,52).

Таблиця 2.1. Огляд даних про ВІЛ-позитивність на базі досліджень СТ-ВІЛ

Дослідження/ місце проведення	Підхід до СТ-ВІЛ	Група населення	Заявлена ВІЛ- позитивність ^a	Оціночна розповсюджен ність ВІЛ ^b
Thirumurthy et al., 2016 (18); Кенія	Розповсюдження серед партнерів	Чоловіки (старше 18 років)	3% (4/144)	4,8%
Choko et al., 2015 (10); Малаві	На базі спільноти	Загальне населення	11,8% (1257/10614), 95% ДІ: 11,2-12,5%	9,1%
Choko et al., 2015 (10); Малаві	На базі спільноти	Чоловіки (40-49 років)	22,5%, 95% ДІ: 19,4-25,8%	7,1%
Choko et al., 2015 (10); Малаві	На базі спільноти	Підлітки (16-19 років)	2,5%, 95% ДІ: 1,9-3,2%	1,8-3,2%
Napierala Mavedzenge et al., 2016 (52); Зімбабве	На базі спільноти	Загальне населення	8% (47/590)	14,7%
Sibande et al., 2016 (16); Зімбабве	На базі спільноти	Загальне населення	14,3% (1153/8095)	14,7%
Zhong et al., 2016 (53); Китай	Інший/модель соціального підприємництва	ЧСЧ	4,5% (8/178)	0,037% ^c
Tao et al., 2014 (54); Китай	На базі спільноти	ЧСЧ	15% (33/220)	0,037% ^c
Green et al., 2016 (55); В'єтнам	На базі спільноти	ЧСЧ, ТГ, ЛВІН	7% (24/344)	0,5%
Thirumurthy et al., 2016 (18); Кенія	Розповсюдження серед партнерів	Партнери/ клієнти СП	14% (41/298)	4,8%
Cowan et al., 2016 (56); Зімбабве	На базі установ	СП	30% (98/325)	14,7%
Medline et al., 2015 (57); США	По Інтернеті	ЧСЧ	3,5% (2/57)	0,6% ^d
Katz et al., 2015 (58); США	На базі спільноти	ЧСЧ	6,1% (12/197)	0,6% ^d
Mayer et al., 2014 (59); США	Інший з прямим супроводом	ЧСЧ	1,2% (2/161)	0,6% ^d

^a Оцінка ВІЛ-позитивності на базі кількості повідомлень про позитивний результат самотестування та підтверджений діагноз ВІЛ.

^b Поширеність ВІЛ у країні за оцінками ЮНЕЙДС, 2016 р., <http://aidsinfo.unaids.org/>, станом на 10 серпня 2016 р.

^c Поширеність ВІЛ у Китаї у 2015 р. за оцінками ЮНЕЙДС, 2016 р., http://www.unaids.org/sites/default/files/country_documents/CHN_narrative_report_2015.pdf, станом на 23 серпня 2016 р.

^d Оцінка ВІЛ-позитивності у США у 2012 р., <http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/western-central-europe-north-america/usa>, станом на 23 серпня 2016 р.

ЧСЧ = чоловіки, що мають секс з чоловіками

ТГ = трансгендерні особи

ЛВІН = люди, що вживають ін'єкційні наркотики

СП = секс-працівники

В інших рандомізованих контрольованих дослідженнях, включених до аналізу GRADE, нічого не повідомлялося про ВІЛ-позитивність, тобто про частку людей з підтвердженим позитивним результатом самотестування на ВІЛ. Але у низці інших досліджень, присвячених СТ-ВІЛ, які безпосередньо не порівнюють цей спосіб зі стандартними ПТВ, відзначається ВІЛ-позитивність на рівні від 3 до 14% серед населення країн Африки на південь від Сахари в цілому та від 1 до 30% серед ключових груп населення (див. Таблицю 2.1).

Незважаючи на відсутність порівняння зі стандартними ПТВ, ці дослідження описують ВІЛ-позитивність на рівні з показниками, які були отримані при застосуванні багатьох інших підходів до надання ПТВ в аналогічних умовах та групах населення (38).

Важливо відзначити, що існує імовірність того, що збільшення охоплення ПТВ призводитиме до зменшення частки позитивних тестів на ВІЛ та нових діагнозів при застосуванні будь-яких підходів. Таким чином, подальша підтримка таких самих або вищих показників виявлення випадків ВІЛ потребуватиме застосування більш стратегічних та цілеспрямованих методів у рамках будь-яких підходів до надання ПТВ, включаючи СТ-ВІЛ.

2.2.2 Додаткові фактори

Прив'язка до подальшого тестування на ВІЛ, а також послуг профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ

В одному з п'яти рандомізованих контрольованих досліджень повідомлялося про прив'язку до подальшого тестування після СТ-ВІЛ (36). У цьому дослідженні 72% (n = 396) партнерів-чоловіків вагітних жінок, які отримали набори для СТ-ВІЛ, повідомили про те, що вони звернулися до відповідних установ з метою отримання подальших ПТВ (36). Цей показник не можна порівнювати з підходами, які використовують стандартні ПТВ на базі установ, оскільки лише СТ-ВІЛ вимагає прив'язки до подальшого тестування.

У жодних інших дослідженнях, включених до огляду GRADE, не повідомлялося про прив'язку до подальших ПТВ або послуг з профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ. Тому були проаналізовані результати додаткових експериментальних і спостережних досліджень, в яких повідомлялося про показники, що стосуються прив'язки до послуг охорони здоров'я. Нижче наведено огляд цих результатів.

Серед загального населення у країнах Африки на південь від Сахари прив'язка до медичної допомоги становила 50-56%. Серед загального населення Малаві СТ-ВІЛ на базі спільноти разом з обстеженням і початком лікування на дому в три рази збільшили прив'язку до медичної допомоги у порівнянні зі стандартними ПТВ і наданням послуг на базі установ (181/8194, 2,2% проти 63/8466, 0,7%, $BP = 2,94$; 95% ДІ; 2,10; 4,12; $p < 0,001$) (60). Крім того, у Малаві було проведено дворічне кластерне рандомізоване дослідження з використанням того ж підходу до СТ-ВІЛ з супроводом на базі спільноти, але із переадресацією до закладів охорони здоров'я для забезпечення прив'язки до відповідних послуг. За даними цього дослідження, прив'язка до медичної допомоги була забезпечена для 56,3% (524/930) осіб, які отримали позитивний результат СТ-ВІЛ (10). Когортне дослідження у Кенії показало схожий рівень прив'язки до послуг: 50% (2/4) вагітних жінок і породіль повідомили, що їхні партнери-чоловіки звернулися за медичною допомогою протягом трьох місяців після самотестування і отримання позитивного результату (18).

Серед ключових груп населення прив'язка до медичної допомоги становила приблизно 20-100%. Два спостережних дослідження у США показали 100% прив'язку до медичної допомоги серед чотирьох чоловіків, що мають секс з чоловіками (по два у кожному дослідженні). Вони пройшли СТ-ВІЛ і отримали підтвердження ВІЛ-позитивного діагнозу (59,61). У Гонконгу 20% (2/10) чоловіків, що мають секс з чоловіками, які не були впевнені у результатах СТ-ВІЛ або отримали позитивний результат, здали подальші аналізи на ВІЛ або звернулися за консультацією до лікаря, тоді як більшість (8/10) використали ще один комплект СТ-ВІЛ для повторного тестування (62). У В'єтнамі експериментальне дослідження з СТ-ВІЛ на базі спільноти серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, трансгендерних осіб і споживачів ін'єкційних наркотиків показало, що 100% людей, які проходили самотестування на ВІЛ, здали аналізи для підтвердження результату і звернулися за медичною допомогою (55). У Кенії 88% (23/26) секс-працівниць повідомили, що їхні партнери або клієнти-чоловіки, які пройшли СТ-ВІЛ, почали лікування (18). У Зімбабве 99% (97/98) секс-працівниць з позитивним результатом СТ-ВІЛ, які отримали підтвердження діагнозу, звернулися за подальшою медичною допомогою (56).

Хоча ці висновки засновані на невеликій кількості випадків, вони дають підстави вважати, що, як і при інших підходах до ПТВ, показники прив'язки незадовільні, якщо не використовуються науково обґрунтовані заходи для забезпечення прив'язки до медичної допомоги. Проте, отримані результати також свідчать про те, що СТ-ВІЛ у поєднанні з обстеженням або початком лікування на дому може бути особливо ефективним, так само як і інші стратегії з супроводом на базі спільноти, СТ-ВІЛ для пар і партнерів, а також підходи до СТ-ВІЛ на базі установ.

Для забезпечення прив'язки до медичної допомоги потрібен спеціально навчений персонал, здатний надавати такі послуги. Також потрібна подальша оцінка стратегій і підходів, які допомагають забезпечувати прив'язку до медичної допомоги, а також профілактику після СТ-ВІЛ, особливо для ключових груп населення, які менш охоче звертаються за медичною допомогою, особливо в умовах обмежувальних законів і правил.

(Додаткова інформація щодо прив'язки до медичної допомоги міститься у Розділі 2.3.1, присвяченому плануванню надання послуг).

2.2.3 Цінності та вподобання щодо СТ-ВІЛ

При обранні досліджень для аналізу GRADE було знайдено 125 досліджень, у яких повідомлялося про ті чи інші аспекти цінностей, вподобань і можливостей впровадження СТ-ВІЛ серед фактичних або потенційних користувачів послуг самотестування, працівників охорони здоров'я, представників регулюючих органів або інших зацікавлених осіб. Місця проведення досліджень: на території Північної і Південної Америки - Бразилія (63-66), Канада (67-69), Мексика (70), Перу (9,71), Пуерто-Ріко (72), США (12,45, 58,61,73-104); в Африці - Ефіопія (22), Кенія (14,18,23,39,40,105-112), Лесото (41), Малаві (10,19,20,42,51,113,114), Нігерія (115), ПАР (116 -121), Замбія (15,122,123), Зімбабве (16,52,56,124,125); в Азійсько-Тихоокеанському регіоні - Австралія (8,29,126-130), Китай (24,53,54,62,131-140), Індія (17,141), Сінгапур (142), В'єтнам (55); в Європі - Франція (143-145), Італія (146), Голландія (147-149), Іспанія (150-153), Сполучене Королівство (11,154); а також інші дослідження, що охоплювали низку країн (21,46,155-158). В одному з рандомізованих контрольованих досліджень, яке проводилося в Австралії, також повідомлялося про цінності та вподобання щодо СТ-ВІЛ серед чоловіків, що мають секс з чоловіками (34). Цінності та вподобання щодо СТ-ВІЛ також аналізувалися у кількох систематичних оглядах (4-7), у тому числі зведених (159).

Крім того, для підготовки цих рекомендацій було проведено якісне дослідження цінностей та вподобань серед рибальської спільноти, секс-працівників, загального населення та працівників охорони здоров'я в Уганді, а також серед молодих представників ключових груп населення в Індонезії, Пакистані, на Філіппінах і у Таїланді (160,161).

У цьому документі представлено результати цих досліджень для ключових груп населення, загального населення, пар і партнерів, молоді (віком від 15 до 24 років), а також працівників охорони здоров'я та інших зацікавлених осіб.

Ключові групи населення

Як правило, серед ключових груп населення спостерігається високий рівень прийнятності та готовності до використання СТ-ВІЛ (4,18,56,112,131,132), незважаючи на певне занепокоєння щодо недостатньої підтримки, можливої соціальної шкоди, низької точності результатів тестування, а також високих витрат, які перешкоджають доступу до СТ-ВІЛ (4,72,80).

Загалом представники ключових груп населення найчастіше вважають основними перевагами СТ-ВІЛ зручність і можливість збереження конфіденційності, а також відзначають простоту та безболісність цього способу тестування (4,80) разом з відсутністю необхідності спеціально відвідувати заклади охорони здоров'я (112).

Згідно з деякими дослідженнями серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, та секс-працівниць, ці групи населення при СТ-ВІЛ надають перевагу ДШТ з використанням навколясенної рідини, зважаючи на відсутність больових відчуттів при такому способі тестування. Водночас представники інших груп населення зазначили, що вважають за краще при СТ-ВІЛ використовувати ДШТ за зразком крові, оскільки вважають їх більш точними (11,55). Наприклад, дослідження у В'єтнамі показало, що при СТ-ВІЛ споживачі ін'єкційних наркотиків вважають за краще використовувати ДШТ за зразком крові, тоді як більшість чоловіків, що мають секс з чоловіками, та секс-працівниць надають перевагу ДШТ з використанням навколясенної рідини (55).

Незважаючи на широкий діапазон можливих способів і каналів поширення наборів для СТ-ВІЛ, деякі дослідження показують, що чоловіки, що мають секс з чоловіками, трансгендерні жінки та секс-працівниці вважають за краще, щоб набори для СТ-ВІЛ можна було купити без рецепта в аптеках, магазинах або через Інтернет (4). Дослідження в Австралії, Китаї, Бразилії, Перу, Сполученому Королівстві та США показали, що для більшості чоловіків, що мають секс з чоловіками, і трансгендерних жінок найбільш зручним способом отримання наборів СТ-ВІЛ є їх замовлення через Інтернет або онлайн-сайти знайомств для ЛГБТ, які відправляють набори прямо додому або в інше визначене місце (4,9,57,66,100,154).

Приклад. A hora é agora («Зараз саме час»): інтернет-стратегія самотестування на ВІЛ в Бразилії

A hora é agora («Зараз саме час») - це комплексна програма з підвищення рівня тестування на ВІЛ та посилення зв'язку з медичними послугами серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, у місті Куритиба в Бразилії. У програмі використовується безпечна веб-платформа (www.ahoraegora.org/), а також додатки для iOS і Android, які пропонують чоловікам, що мають секс з чоловіками, безкоштовні комплекти для самотестування на ВІЛ (СТ-ВІЛ) з використанням навколясенної рідини (до двох комплектів на пірроку), а також презервативи, лубриканти та допомогу в отриманні медичних послуг.

Чоловікам надається доступ до відеоуроків та мультимедійних інструкцій про те, як правильно використовувати комплекти СТ-ВІЛ і розшифровувати результати. Також вони можуть отримати додаткову підтримку через цілодобову телефонну гарячу лінію. Якщо самотестування дає позитивний або неоднозначний результат, клієнтів направляють до міського Центру консультування і тестування на ВІЛ для проведення повторного аналізу. Там, у разі підтвердження позитивного результату самотестування, людям допомагають отримати необхідне лікування та догляд. Ця програма активно розвивається на базі віртуальних і мобільних ресурсів (соціальних мереж, сайтів знайомств), а також індивідуальних рівних консультацій у рамках заходів громадської/сексуальної спрямованості.

Станом на 31 січня 2016 року в рамках цієї програми було розповсюджено понад 4 000 комплектів СТ-ВІЛ, більшість з яких були надіслані поштою. 17% (432/2527) чоловіків, що мають секс з чоловіками, які звернулися для отримання комплектів для СТ-ВІЛ, повідомили про результати тестування через веб-платформу. З них 4% (19/432) повідомили про позитивні результати самотестування. Загалом у 81% (30/37) чоловіків, що мають секс з чоловіками, які повідомили про те, що вони отримали позитивні результати СТ-ВІЛ і здали повторні аналізи, було підтверджено діагноз ВІЛ.

Джерело: Додаток 21

Крім того, цілком зручними і прийнятними варіантами поширення комплектів для СТ-ВІЛ серед цих груп населення є торгові автомати і розповсюдження на різних заходах (98,99,101). Дослідження у Кенії показало, що секс-працівниці хотіли б отримувати набори для СТ-ВІЛ в аптеках або приватних клініках, а не державних закладах (112). До того ж, вони готові розповсюджувати набори для СТ-ВІЛ серед своїх колег, друзів, основних партнерів і клієнтів (18).

Загальне населення

У проаналізованих дослідженнях СТ-ВІЛ розглядається як великою мірою прийнятний метод з точки зору дорослого загального населення, яке демонструє повну готовність сприяти розвитку і використанню СТ-ВІЛ.

У багатьох африканських країнах спостерігається незмінно високий інтерес до СТ-ВІЛ. У Зімбабве міжгрупове дослідження серед 289 представників дорослого населення показало, що 80% з них готові пройти самотестування і майже 90% готові пройти самотестування за умови його низької вартості (124). Аналогічним чином, у Замбії 76% (1 216/1 600) респондентів заявили, що вони безумовно пройшли б СТ-ВІЛ, якби воно було доступним (122). У Кенії узагальнення результатів низки досліджень показало, що конфіденційність і розширення прав і можливостей є ключовими стимулами для розвитку самотестування на ВІЛ і що користувачі хотіли б мати доступ до комплектів СТ-ВІЛ у клініках або в аптеках (111). Глибинні якісні інтерв'ю з респондентами у ПАР також показали високий ступінь прийнятності СТ-ВІЛ, оскільки ця процедура сприймається як спосіб подолання бар'єрів, характерних для наявних ПТВ, таких як відсутність довіри до медичних працівників і системи охорони здоров'я в цілому (117).

В Європі та у регіоні Північної і Південної Америки дослідження виявили аналогічні рівні високої прийнятності цього методу серед загального населення (76,150,153,154). У США у 2006 році, ще до появи СТ-ВІЛ, 56,2% (95% ДІ: 54,7; 57,7) представників дорослого населення, які брали участь у телефонному опитуванні, зазначили, що СТ-ВІЛ є для них прийнятним методом тестування (76), а дві третини представників груп ризику висловили бажання пройти СТ-ВІЛ (76). В Іспанії 80% (2 699/3 373) осіб, які відвідують мобільні пункти надання ПТВ, висловилися за те, щоб забезпечити доступ до СТ-ВІЛ (153). Окрім того, в Іспанії 84% (174/207) користувачів ДШТ з використанням крові з пальця (СТ-ВІЛ без безпосереднього супроводу) заявили, що вони готові проходити самотестування на ВІЛ і в майбутньому (150). У Сполученому Королівстві серед 555 користувачів ДШТ по крові з пальця 98% заявили, що вони збираються скористатися таким тестом знову, а також відзначили простоту його використання (154).

Можливими перешкодами для використання СТ-ВІЛ серед загального населення є побоювання з приводу ризику насильства, нанесення собі шкоди або самогубства, неправильного використання наборів для СТ-ВІЛ, точності результатів, відсутності супроводу та високої вартості. Наприклад, у Кенії 61% (n = 1 133) людей зазначили, що комплекти для СТ-ВІЛ можуть бути використані неправильно. Крім того, озвучувалися побоювання з приводу можливих самогубств або розголошення результатів самотестування (110). У Замбії спостерігалися ті ж побоювання, хоча і в менших масштабах: хоча 35% (n = 1617) респондентів заявили, що мають певні побоювання з приводу СТ-ВІЛ, 98% з них зазначили, що ці питання не є суттєвими та можуть бути усунені (122). Побоювання з приводу точності СТ-ВІЛ, як правило, стосувалися того, як правильно провести аналіз, а також того, який тест є більш точним - ДШТ по крові з пальця або ДШТ навколяясенної рідини (122). В одному якісному дослідженні, проведеному в ПАР, певна частка респондентів чоловічої статі заявили, що при СТ-ВІЛ вони надали б перевагу ДШТ по крові з пальця, оскільки вважають такий метод більш точним (117).

У деяких дослідженнях висловлювалися побоювання з приводу заподіяння соціальної шкоди, але тут важливо відзначити, що практично всі ці дослідження проводилися серед осіб, які ніколи не проходили самотестування на ВІЛ. І навпаки, у дослідженнях, в яких проводилося СТ-ВІЛ, рідко з'являлися повідомлення про соціальну шкоду (див. Розділ 2.2.1). До того ж, у проаналізованих дослідженнях, незважаючи на різні побоювання, озвучені користувачами, рівень зацікавленості та бажання, щоб СТ-ВІЛ стало доступним, був незмінно високим.

Пари та партнери

У проаналізованих дослідженнях пари та партнери із числа загального населення та ключових груп у Кенії (14,18,40,105), Малаві (20,51) і США (45,58,92,94,95,102,162) повідомили про високий рівень прийнятності та інтерес до використання СТ-ВІЛ.

У США чоловіки, що мають секс з чоловіками, особливо ті, у кого бувають випадкові партнери і хто не користуються презервативами, заявили, що вони зацікавлені у використанні СТ-ВІЛ у якості одного зі способів зменшення шкоди шляхом відбору потенційних партнерів для сексу (45, 92,95,102,162). У двох пов'язаних дослідженнях чоловіки, що мають секс з чоловіками, з групи підвищеного ризику припустили, що СТ-ВІЛ може підвищити чесність при розкритті ВІЛ-статусу (102), і повідомили, що після того, як їхній партнер отримав позитивний результат самотестування, вони надали йому емоційну підтримку і допомогли отримати медичну допомогу (92). Постачальники послуг також повідомляють, що СТ-ВІЛ для пар може служити одним зі способів збереження здоров'я чоловіків, що мають секс з чоловіками (102,162).

Для гетеросексуальних пар, які живуть разом, СТ-ВІЛ може служити як для визначення ВІЛ-статусу, так і для зміцнення стосунків. У Малаві СТ-ВІЛ розглядалося як сприятливий, інноваційний спосіб тестування спільно з партнером, зміцнення стосунків і вирішення питань, пов'язаних з підозрою на невірність (20,51). У малавійському дослідженні для жінок, за їх словами, стимулом для самотестування з чоловіком служили довгострокові цілі збереження здоров'я і «єднання», у той час як чоловіки зазначали, що їх потрібно переконати в необхідності самотестування (хоча й усвідомлювали його безсумнівну користь), і розглядали СТ-ВІЛ як більш гнучкий і менш страшний спосіб тестування, ніж ПТВ на базі медичного закладу (20). СТ-ВІЛ також надавало партнерам у парах можливість розкрити інформацію про ВІЛ-позитивний статус, який вони раніше приховували, щоб розв'язати внутрішні конфлікти (20). Дослідження у Малаві та Кенії також продемонстрували, що поширення наборів для СТ-ВІЛ серед партнерів вважається безпечним і прийнятним способом їх розповсюдження (19,105).

У кенійському дослідженні середискордантні пари, які знали про статус свого партнера і використовували ДКП, високо оцінили прийнятність СТ-ВІЛ (40). У кроссекційному дослідженні за участі 120 пар 92,5% пар відзначили простоту використання СТ-ВІЛ і майже 40% пройшли самотестування зі своїм партнером (40).

Як і у випадку всіх інших ПТВ, важливо брати до уваги потенційні ризики, а також переваги СТ-ВІЛ для пар і партнерів. Проведені на сьогоднішній день дослідження і наведені вище дані вказують на те, що СТ-ВІЛ має багато переваг при мінімальному ризику заподіяння шкоди, але варто враховувати і той факт, що завжди залишається імовірність примусових дій або НІП залежно від ситуації, умов і динаміки відносин. Парам складно впоратися з отриманням середискордантних результатів, незалежно від того, яким чином проводиться тестування на ВІЛ. Деякі партнери, які разом проходять самотестування й отримують негативні результати тесту на ВІЛ, можуть відмовитися від використання презервативів, що може призвести до інфікування ВІЛ або іншими ІПСШ, якщо у них є інші сексуальні партнери. Водночас, інші пари, які разом проходять самотестування і отримують позитивний або середискордантний результат, можуть почати використовувати презервативи та підтримати один одного у процесі подальшого тестування на ВІЛ та отримання послуг з профілактики та лікування ВІЛ, що несе з собою численні переваги, зокрема з точки зору профілактики ВІЛ.

Подібно до інших ПТВ для пар і партнерів, СТ-ВІЛ може не підходити окремим особам або парам, які повідомляють про НІП у своїх стосунках (49). Таким чином, для зменшення потенційних ризиків і отримання максимальної користі парам і партнерам потрібно надавати чітку та зрозумілу інформацію про самотестування. (Детальніше див. підрозділ 2.2.1 вище і Розділі 4, а також підрозділ 5.4 Розділу 5 Зведеного керівництва з послуг тестування на ВІЛ).

Молодь (віком від 15 до 24 років)

Незважаючи на невелику кількість досліджень щодо бажання молодих людей (15-24 років) використовувати СТ-ВІЛ, їх дані свідчать про високий інтерес до СТ-ВІЛ у Канаді (68), Франції (143), ПАР (116) та США (12,80,103,104).

У Канаді опитування студентів показало, що 81% респондентів вважають, що СТ-ВІЛ без безпосереднього супроводу за допомогою ДШТ з використанням навколоясенної рідини є прийнятним способом тестування, незважаючи на деякі побоювання щодо його точності та подальшої прив'язки до медичної допомоги (68). Аналогічні результати були виявлені серед південноафриканських студентів (116), які також зазначили, що СТ-ВІЛ розширює їх можливості, допомагає «нормалізувати» ситуацію з ВІЛ і що пільгові або безкоштовні набори для тестування можуть допомогти людям отримати доступ до СТ-ВІЛ.

За даними трьох досліджень, проведених у США, молодь з груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ демонструє високу готовність використовувати набори для СТ-ВІЛ (12,103,104). Одне з цих досліджень показало, що ключовими стимулами для самотестування на ВІЛ є простота доступу, відсутність необхідності у відвідуванні медичних закладів, швидке отримання результатів, а також той факт, що набори для СТ-ВІЛ можуть використовуватися при немоногамних стосунках (104). Водночас у дослідженні зазначалося, що молоді люди не знали про період вікна (104). Інше дослідження серед молодих афроамериканців також показало, що СТ-ВІЛ є кращим, ніж ПТВ на базі медичних закладів, оскільки воно забезпечує конфіденційність і робить тестування більш зручним, разом з тим пом'якшуючи проблему стигми та підвищуючи готовність користуватися ПТВ (12,103). У той же час молоді люди висловили занепокоєння з приводу доступу до підтверджувального тестування та можливості впоратися із позитивним результатом самотестування, а також висловили сумніви, що люди з низьким соціально-економічним статусом зможуть зрозуміти надані інструкції (12,103). Аналогічні вподобання були відзначені й серед молоді у Франції, особливо за умови, що набори для СТ-ВІЛ видаються безкоштовно або надаються з можливістю отримання допомоги та супроводу (143).

Працівники охорони здоров'я та інші ключові зацікавлені сторони

В умовах широкої поширеності ВІЛ спостерігається високий рівень прийнятності СТ-ВІЛ серед працівників охорони здоров'я для цілей власного самотестування, особливо серед тих, хто раніше не проходив тестування. Рівень неофіційного СТ-ВІЛ серед працівників охорони здоров'я є найвищим у Ефіопії, Кенії, Малаві, Мозамбіку та Зімбабве (7), де медичні працівники розглядають СТ-ВІЛ як спосіб зниження стигми та дискримінації щодо тестування на ВІЛ і як спосіб тестування, яким можуть скористатися члени їхніх сімей (7). В Ефіопії 70% (n = 307) медичних працівників повідомили, що вони неофіційно проходили самотестування на ВІЛ (22). З тих, хто пройшов самотестування, 82% заявили, що зробили це через вищий рівень конфіденційності при такому способі тестування, а 14% зазначили, що вони віддали перевагу самотестуванню, оскільки їм не вистачає часу для отримання стандартних ПТВ (22). У Кенії дані дослідження доцільності СТ-ВІЛ показали, що після поширення наборів для СТ-ВІЛ і проведення ознайомчої бесіди 89% (680/765) респондентів заявили, що вони будуть рекомендувати СТ-ВІЛ іншим медичним працівникам (14).

Медичні працівники та ключові зацікавлені сторони, які забезпечують або сприяють наданню ПТВ, відзначають високу прийнятність СТ-ВІЛ при належному впровадженні цього способу тестування, використанні точних і простих ДШТ, а також за наявності прив'язки до медичної допомоги (69,157,158).

У двох дослідженнях, проведених у Канаді, основні зацікавлені сторони та медичні працівники заявили, що можливість проведення СТ-ВІЛ має забезпечуватися у національному масштабі (67,69). Одне з досліджень у Канаді показало, що третина постачальників послуг хотіли б отримати додаткове навчання у сфері СТ-ВІЛ і вважали б за краще розповсюджувати комплекти для СТ-ВІЛ на рівні спільноти (67). У Зімбабве результати фокус-груп продемонстрували, що працівники охорони здоров'я вважають СТ-ВІЛ ефективним способом охоплення людей з не діагностованою ВІЛ-інфекцією, особливо чоловіків і людей, що живуть у районах з обмеженим доступом до ПТВ, проте їх непокоїть те, як впровадження СТ-ВІЛ може вплинути на їхню роботу і на збереження робочих місць інших працівників охорони здоров'я (125).

(Повний систематичний огляд GRADE, включаючи цінності та вподобання у контексті того, чи потрібно пропонувати СТ-ВІЛ у якості додаткового підходу до ПТВ, див. у Додатку 17).

2.2.4 Вартість та економічна ефективність

Питання потенційних витрат на впровадження СТ-ВІЛ або закупівлю ДШТ для самотестування хвилює як розробників національної політики, так і кінцевих споживачів. Дані про вартість і економічну ефективність розглядалися у трьох дослідженнях (163-165) та одному звіті (28), які були включені до огляду.

Оцінка ситуації на ринку, проведена ЮНІТЕЙД/ВООЗ, показала, що у країнах з високим рівнем доходів ДШТ для самотестування на ВІЛ доступні споживачам приблизно за 7,50-43 дол. США, а у країнах з низьким і середнім рівнем доходу (в рамках досліджень) - за 3-16 дол. США (28,31). Через витрати на додаткове пакування та внесення змін до наборів для тестування, а також невизначеність на ринку ціни на ДШТ для самотестування на ВІЛ наразі вище, ніж ціни на набори для професійного використання (0,50-11 дол. США за набір) (28).

Проводячи оцінку вартості СТ-ВІЛ, важливо враховувати не лише витрати на один набір для тестування, але й фінансові наслідки різних підходів до СТ-ВІЛ у різних умовах і серед різних груп населення.

У США поширення наборів для СТ-ВІЛ без супроводу через додаток для знайомств для геїв показало, що загальні витрати проекту на поширення 455 наборів склали досить велику суму (17 600 дол. США), що було обумовлено вартістю набору для тестування (26 дол. США). Витрати на оплату праці та рекламу становили лише 25% від загальних витрат проекту. Використання менш дорогих наборів для тестування зробило б цей спосіб СТ-ВІЛ без супроводу значно більш рентабельним (163).

Як показало дослідження витрат на впровадження проекту СТ-ВІЛ з прямим супроводом на базі спільноти у Малаві, у рамках якого спеціально навчений постачальник послуг за необхідності надавав допомогу користувачам наборів для самотестування, середня вартість послуг спеціально навченого постачальника для кожного учасника проекту, що пройшов самотестування на базі спільноти, склала 8,78 дол. США, що можна порівняти з витратами в перерахунку на одне тестування з використанням ПТВ на базі установ (7,53-10,57 дол. США) (165). Коли СТ-ВІЛ оцінювалося за точки зору витрат на один виявлений випадок ВІЛ, СТ-ВІЛ на базі спільнот показало більш високу середню вартість послуг, що дорівнювала 97,50 дол. США, ніж ПТВ на базі установ - 25,18-76,14 дол. США (165). Ці результати свідчать про більш низьку розповсюдженість ВІЛ серед тих, хто скористався послугами СТ-ВІЛ на базі спільнот, а також про те, що підхід з використанням СТ-ВІЛ відрізняється більш високими витратами на персонал і системи моніторингу в порівнянні з ПТВ на базі установ. Імовірно, ці витрати можна було б зменшити за рахунок більш цілеспрямованих стратегій і методів, які скорочували б обсяг прямого супроводу, наприклад, за рахунок групових презентацій щодо застосування наборів для СТ-ВІЛ або використання можливостей соціальних мереж і відеороликів для інструктажу та супроводу.

Скорочення витрат також можна досягти за рахунок використання менш дорогих, але ефективних систем моніторингу і оцінки та зменшення вартості одного набору для СТ-ВІЛ.

Згідно з математичною моделлю, заснованою на даних із Зімбабве, СТ-ВІЛ може демонструвати високу економічну ефективність при вартості одного набору для тестування на рівні 3 дол. США за одиницю, і помірному (на 20%) збільшенні обсягу тестування на ВІЛ за рахунок СТ-ВІЛ (164). У цьому контексті модель СТ-ВІЛ на базі спільноти за 20 років дозволить заощадити 75 млн. дол. США на витратах на медичне обслуговування та запобігати втраті 7 000 років здорового життя через настання інвалідності (164). Ця математична модель була доповнена з урахуванням наявних даних для оцінки економічної ефективності різних підходів до СТ-ВІЛ у Зімбабве (на базі спільнот, поширення серед партнерів і на базі аптек). Було встановлено, що, з огляду на високий рівень охоплення тестуванням і той факт, що приблизно 85% людей з ВІЛ знають про свій статус, більшість додаткових підходів до надання ПТВ будуть менш економічно ефективними, ніж СТ-ВІЛ. Однак підхід СТ-ВІЛ довів свою рентабельність (з урахуванням порогу економічної ефективності у розмірі 500 дол. США) лише тоді, коли він використовувався при вторинному поширенні через мережу аптек і секс-працівниць для охоплення партнерів чоловічої статі на рівні спільноти (166).

Імовірно, СТ-ВІЛ може показати більш високу економічну ефективність в умовах більш низького охоплення тестуванням, якщо зросте прив'язка до медичної допомоги після самотестування, якщо буде забезпечено зв'язок ВІЛ-негативних клієнтів з послугами профілактики ВІЛ, такими як ДКП і ДМЧО, і якщо особи, які наражаються на високий ризик інфікування ВІЛ, стануть частіше проходити тестування. З урахуванням того, що все більше країн просуваються у напрямку реалізації політики «лікування для всіх», впровадження СТ-ВІЛ, швидше за все, стане більш рентабельним, оскільки всі пацієнти з діагнозом ВІЛ матимуть право на антиретровірусну терапію (АРТ), що принесе додаткові переваги з точки зору громадського здоров'я. Окрім того, докладається багато зусиль для розробки нових продуктів і зниження цін на набори для СТ-ВІЛ, які наразі коштують більше, ніж ДШТ для професійного використання.

2.2.5 Систематичний огляд і метааналіз ефективності ДШТ для самотестування на ВІЛ

У цьому розділі представлено результати систематичного огляду ефективності ДШТ, що використовуються для самотестування на ВІЛ. (Більш детальну інформацію див. у Додатку 19).

Для виявлення доказів ефективності ДШТ для самотестування на ВІЛ експерти провели пошук у трьох електронних базах даних і шести базах даних з матеріалами конференцій за період до 1 квітня 2016 року. Додаткові публікації, не індексовані у медичних базах даних, було проаналізовано за допомогою інструменту Google Scholar. До огляду включалися лише ті дослідження, що проводилися серед людей, які використовували ДШТ для самотестування на ВІЛ і які повідомили про збіг результатів або чутливості та специфічності цих ДШТ у порівнянні з тестуванням, проведеним навченим медичним працівником.

На попередньому етапі відбору з 2 332 робіт до огляду було включено 25 досліджень, у тому числі два рандомізованих контрольованих дослідження (167,168); інші дослідження були спостережними. Ці 25 досліджень відрізнялися за своєю структурою, але в усіх повідомлялося про відповідність результатів ДШТ для самотестування на ВІЛ і результатів, отриманих спеціально навченим медичним працівником. Дослідження проводилися в основному в містах (n = 20), чотири - у сільській місцевості (17,167,169,170) і одне - і у міських, і у сільських районах (168). У 15 дослідженнях використовувалися лише оральні ДШТ на ВІЛ з використанням навколоясенної рідини (10,17,42,68,96,108,131,167,168,170-175), у 6 використовувалися лише ДШТ по крові (142,150,169,176-178), а у 4 використовувалися зразки як навколоясенної рідини, так і крові (84,85,179,180). У 11 дослідженнях користувачам надавався прямий супровід (10,17,42,68,85,131,167,170, 175,176,178), 13 досліджень проводилися без безпосереднього супроводу у процесі самотестування (68,84,96, 108,142,168,169,172-174,177,179,180), а в одному дослідженні використовувалися обидва підходи (150).

Вставка 2.3. Огляд результатів досліджень щодо ефективності ДШТ для самотестування на ВІЛ

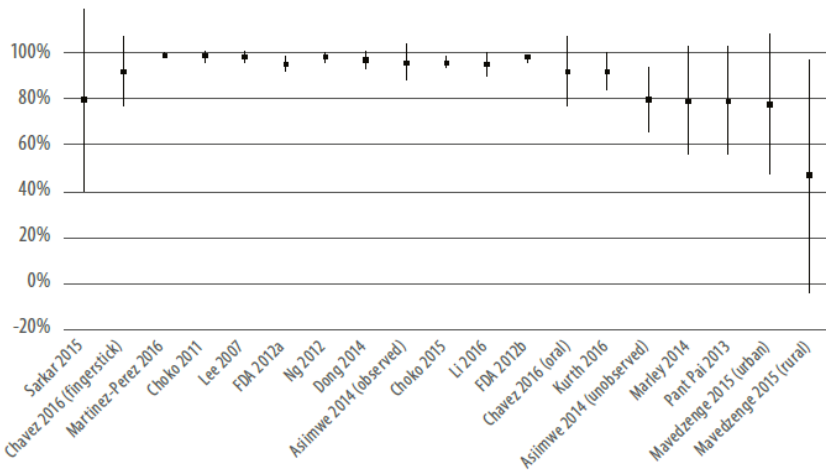
Загалом проаналізовані дослідження дозволяють зробити такі висновки:

- Користувач діагностичного швидкого тесту (ДШТ) на ВІЛ може застосовувати цей тест і розшифровувати його результат настільки ж успішно, як і спеціально навчений медичний працівник.
- ДШТ на ВІЛ при самотестуванні можуть демонструвати прийнятні показники чутливості та специфічності, особливо при використанні належних і якісних пристроїв, а також проведенні презентацій та наданні інших допоміжних засобів, таких як інструкції та відео з використання такої продукції.

Ефективність ДШТ для самотестування на ВІЛ

Користувач ДШТ на ВІЛ може застосовувати цей тест і розшифровувати його результат настільки ж успішно, як і спеціально навчений медичний працівник. Дані 16 досліджень з СТ-ВІЛ як з прямим супроводом, так і без безпосереднього супроводу, а також дані дослідження, в ході якого використовувалися обидва підходи, показали практично однакові результати (при розрахунку коефіцієнта каппа Коена) користувачів наборів для самотестування та спеціально навчених медичних працівників (див. Рисунок 2.4). Не було виявлено відмінностей між користувачами наборів для самотестування та спеціально навченими медичними працівниками з точки зору підходу, спостереження, виду зразка та кількості виявлених випадків ВІЛ (з прямим супроводом: 0,98; 95% ДІ: 0,96-0,99 у порівнянні з підходом без безпосереднього супроводу: 0,98; 95% ДІ: 0,96-0,99; I^2 33%, 95% ДІ: 19,5-98,1).

Рисунок 2.4. Узгодженість результатів тестів, проведених користувачами самотійно, у порівнянні з тестами, проведеними спеціально навченими медичними працівниками (виміряна коефіцієнтом каппа Коена) (n=16)



Джерело: Figueroa et al, 2016 (181).

ДШТ на ВІЛ в руках користувачів, які проводять самотестування, можуть демонструвати високі рівні чутливості та специфічності.

Незважаючи на широкий діапазон заявлених показників чутливості, лише у 2 дослідженнях з 20 повідомлялося про те, що ці показники нижче 80%, причому в одному з цих досліджень не надавалося інформації про те, як інтерпретувати слабкі смужки, що показують позитивний результат (175), а в іншому було висловлено припущення, що довгі інструкції могли заплутали учасників з групи сільських жителів з низьким рівнем грамотності (52). За винятком цих двох досліджень з рівнем чутливістю менше 80%, показники чутливості та специфічності у ДШТ по крові (84,142,169,177) були вище, ніж у ДШТ з використанням навколясенної рідини (10,17,42,108,131,167,168,170,171,173-175) (чутливість 96,2-100% проти 80-100%; специфічність 99,5-100% проти 95,1-100%). Однак загалом не було виявлено відмінностей у чутливості або специфічності між підходами з прямим супроводом і без такого супроводу (181) (див. Таблицю 2.2).

Таблиця 2.2. Чутливість і специфічність ДШТ для самотестування за типом підходу (n=16)

Дослідження	Оціночні показники чутливості (95% ДІ)	ІП/(ІП+ ХН)	Оціночні показники специфічності (95% ДІ)	ІН/(ІН+ ХП)	ВІЛ-позитивність	Група населення
Тип підходу						
З прямим супроводом						
Pant Pai 2013	66,7% (29,9, 92,5)	6/6+3	100% (98,5, 100)	242/242+0	3,6% (9/251)	Працівники охорони здоров'я (100%)
Sarkar 2015	100% (15,8, 100)	2/2+0	100% (98,1, 100)	197/197+0	0,9% (2/202)	Вагітні (100%)
Choko 2011	97,9% (88,9, 99,9)	47/47+1	100% (98,3, 100)	210/210+0	16,9% (48/283)	ЗН (100%)
Choko 2015 ^a	93,6% (88,2, 97,0)	132/132+9	99,9% (99,6, 100)	1507/1507+1	8,6% (141/1649)	ЗН (100%)
Marley 2014 ^b	100% (54,1, 100)	6/6+0	98,6% (95,9, 99,7)	209/209+3	5,8% (13/222)	ЗН (100%)
Asiimwe 2014 (група під наглядом)	100% (75,3, 100)	13/13+0	99,1% (95,0, 100)	109/109+4	10,6% (13/122)	ЗН (100%)
Asiimwe 2014 (група без нагляду)	90,0% (68,3, 98,8)	18/18+2	95,1% (89,0, 98,4)	98/98+5	17,2% (20/116)	ЗН (100%)
Martinez-Perez 2016	98,8% (96,9, 99,7)	323/323+4	100% (99,8, 100)	1860/1860+0	14,9% (327/2187)	ЗН (100%)
Без прямого супроводу						
Gras 2014	96,2% (80,4, 99,9)	25/25+1	Н/Д	Н/Д	100% (26/26)	ЛЖВ (100%)
Lee 2007	98,8% (93,5, 100)	83/83+1	99,6% (97,9, 100)	260/260+1	24,3% (84/345)	ЗН (90%) і КГН (10%)
Dong 2014	97,7% (88,0, 99,9)	43/43+1	99,5% (97,1, 100)	186/186+1	19,0% (44/231)	ЗН (100%)
Chavez 2016 (група тестування за КП/ЦК)	100% (54,1, 100)	6/6+0	100% (99,2, 100)	486/486+0	1,7% (9/515)	КГН (100%)
Chavez 2016 (група за навколяс. рідиною)	88,9% (51,8, 99,7)	8/8+1	100% (99,3, 100)	501/501+0	1,7% (9/515)	КГН (100%)
Li 2016	94,4% (84,6, 98,8)	51/51+3	99,3% (96,1, 100)	139/139+1	28,9% (55/190)	КГН (100%)
Kurth 2016	89,7% (72,6, 97,8)	26/26+3	99,4% (96,8, 100)	173/173+1	14,3% (29/203)	ЗН (100%)
FDA фаза III 2012	91,7% (84,2, 96,3)	88/88+8	100% (99,9, 100)	4902/4902+1	1,9% (96/4903)	ЗН (86,9%) і КГН (13,1%)
Mavedzenge 2015 (група сільського населення)	66,7% (9,4, 99,2)	2/2+1	94,7% (85,4, 98,9)	54/54+3	8% (5/62)	ЗН (100%)
Mavedzenge 2015 (група міського населення) ^c	80,0% (28,4, 99,5)	4/4+1	97,8% (88,5, 99,9)	45/45+1	9% (16/172)	ЗН (100%)
Ng 2012	97,4% (94,0, 99,1)	186/186+5	99,9% (99,3, 100)	791/791+1	19,3% (192/994)	ЗН (63,7%), ЛЖВ (20%), КГН (16,3%)
FDA фаза IIb 2012	97,9% (96,2, 99,0)	470/470+10	99,8% (98,8, 100)	472/472+1	51,9% (526/1013)	ЗН (42,4%), ЛЖВ (51,3%), КГН (6,3%)

н/д - немає даних; ІП - істинно позитивний; ХП - хибнопозитивний; ХН - хибнонегативний; ІН - істинно негативний; КП/ЦК - кров з пальця/цільна кров;

ЗН - загальне населення; КГН - ключові групи населення; ЛЖВ - люди, що живуть з ВІЛ

^a Чотири учасники приймали АРТ; вони отримали негативний результат при самотестуванні та позитивний при підтверджувальному тестуванні.

^b У цьому дослідженні оцінювалася точність у підбірці учасників (229/800).

^c Один учасник приймав АРТ; він отримав негативний результат при самотестуванні та позитивний при підтверджувальному тестуванні.

Гетерогенність: чутливість I² 55,1%; специфічність I² 78,7%. Коефіцієнт кореляції Спірмена -0,259, p=0,285.

Покрові з пальця/цільній крові За навколясенною рідиною

Незважаючи на загалом високі показники чутливості та специфічності, було виявлено типові помилки при проведенні самотестування та інтерпретації результатів, такі як неправильний забір зразка (укол пальця або забір мазка з ясен) (42, 131, 168, 178) і неправильне використання або пролиття буферного розчину (42, 168, 170, 171, 174). Деякі з цих помилок, такі як неправильний забір зразків, призвели до отримання неправильних результатів самотестування, а через інші знижувалася чутливість тесту. Дослідження, що використовують ДШТ на основі крові з пальця/цільної крові (84, 85, 150, 169, 178, 180), показали більш високу частку недійсних результатів у порівнянні з дослідженнями, в яких використовувалися ДШТ на основі навколясенної рідини (0,4-9,5% проти 0,2-4,5%) (17, 42, 84, 85, 131, 167, 168, 170, 171, 173, 174, 179, 180).

Вчені, що проводили дослідження серед сільського населення з низьким рівнем грамотності у Зімбабве, яке показало низьку чутливість тестів (66,7% 95% ДІ 9,4; 99,2), припустили, що помилки користувачів при проведенні самотестування та інтерпретації результатів, імовірно, були пов'язані з труднощами при читанні та розумінні інструкції з використання тестів (168). Крім того, у декількох дослідженнях, у яких брали участь люди з відомим ВІЛ-позитивним статусом, повідомлялося, що у цих користувачів частіше виникали помилки при проведенні самотестування або інтерпретації його результатів (171, 177).

Використання ДШТ для самотестування на ВІЛ особами, які приймають антиретровірусні (АРВ) препарати

У трьох з 25 досліджень, включених до огляду, повідомлялося, чи приймали учасники АРВ-препарати для лікування або профілактики, включаючи дослідження серед учасників з відомим ВІЛ-позитивним статусом. У цих дослідженнях використовувалися ДШТ за навколясенною рідиною. У двох з них учасники, які приймали АРВ-препарати, отримали негативні результати при самотестуванні, але надалі, при проведенні підтверджувального тестування відповідно до затвердженого алгоритму, отримали позитивні результати (10, 168). Водночас у третьому дослідженні як результати СТ-ВІЛ, так і результати підтверджувальних тестів були негативними, оскільки у якості підтверджувального тесту використовувався той самий ДШТ за навколясенною рідиною (179). Незважаючи на обмежені дані щодо впливу АРВ-препаратів на ефективність ДШТ на ВІЛ, деякі дослідження показують, що такі тести часто дають хибнонегативні результати при серологічних дослідженнях (на антитіла), оскільки антитіла до ВІЛ пригнічуються і не виявляються у біологічному матеріалі (2, 182). Це створює ризики при проведенні всіх серологічних досліджень, особливо при використанні ДШТ за навколясенною рідиною. (Див. Розділ 7 *Зведеного керівництва з послуг тестування на ВІЛ*). Саме тому не можна виключати імовірність того, що у дослідженнях, які показали низький рівень чутливості ДШТ за навколясенною рідиною, брали участь особи, які приймали АРВ-препарати.

Незважаючи на високу точність СТ-ВІЛ (до 100% чутливості та до 100% специфічності, особливо при використанні якісних тест-систем і чіткому дотриманні інструкцій із застосування (181)), як і у випадку всіх інших аналізів на ВІЛ, одноразовий позитивний результат ДШТ на ВІЛ не є підставою для постановки діагнозу ВІЛ. Усі позитивні результати самотестування мають бути підтверджені спеціально навченими медичними працівниками відповідно до встановленої на національному рівні процедури проведення аналізу (2). Наразі не рекомендується, щоб люди у приватному порядку проводили підтверджувальне тестування за допомогою СТ-ВІЛ.

(Більш детальна інформація про цей систематичний огляд ефективності ДШТ для самотестування на ВІЛ міститься у Додатку 19).

2.2.6 Рекомендація

Після розгляду доказів, представлених у двох систематичних оглядах, аналізу досліджень, присвячених цінностям і вподобанням, можливості впровадження СТ-ВІЛ та використанню ресурсів, а також огляду державних стратегій і процедур, що діють у різних країнах, Група з розробки керівництва (ГРК) дійшла єдиної думки та прийняла рішення стосовно рекомендації щодо СТ-ВІЛ.

Використовуючи метод GRADE для оцінки якості наявних доказів, ГРК встановила, що ці докази мають помірну якість. Беручи до уваги всі докази, а також потенційні переваги та ризики з точки зору громадського здоров'я, ГРК дійшла висновку, що переваги СТ-ВІЛ істотно переважають можливі ризики. Таким чином, ГРК досягла консенсусу та повідомила, що ВООЗ наполегливо рекомендує сприяти доступності СТ-ВІЛ у якості додаткового підходу до надання ПТВ.

Нове

Рекомендація

Самотестування на ВІЛ має пропонуватися у якості додаткового способу тестування на ВІЛ (*сильна рекомендація, середня якість доказів*).

2.3 Комплекс підходів і заходів для успішного впровадження СТ-ВІЛ

Щоб максимально використовувати переваги СТ-ВІЛ, важливо забезпечити не лише високу якість тест-систем, але й ефективність окремих компонентів програми, таких як підходи до надання послуг, способи вдосконалення прив'язки до медичних послуг, а також наявність систем моніторингу та звітності.

Програми, що включають усі зазначені складові, будуть ще більш успішними за умови, що вони розроблені у співпраці з Міністерством охорони здоров'я та іншими відповідними урядовими і неурядовими організаціями, такими як організації на базі спільнот та організації людей, що живуть з ВІЛ, ключовими групами населення, спільнотами, уразливими до ВІЛ, а також дослідниками.

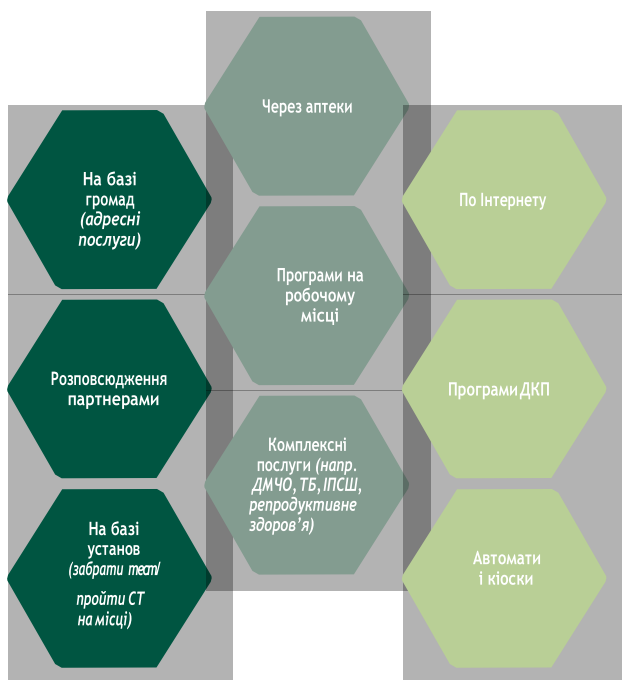
2.3.1 Стратегічне планування при наданні послуг з СТ-ВІЛ

При плануванні програм СТ-ВІЛ слід, перш за все, проаналізувати й оцінити наявні програми з надання ПТВ, а також визначити, де і як краще впроваджувати СТ-ВІЛ, щоб воно доповнювало інші ПТВ і усувало прогалини в охопленні населення наявними ПТВ. За цих умов СТ-ВІЛ може сприяти підвищенню ефективності системи охорони здоров'я. Також важливо відстежувати й оцінювати вплив і результати впровадження СТ-ВІЛ, а також проводити подальші дослідження, щоб визначити найбільш ефективні та прийнятні підходи у різних умовах і для різних груп населення (див. Вставку 2.4).

Підхід СТ-ВІЛ особливо ефективний при охопленні людей з високим ризиком інфікування ВІЛ, які не можуть отримати доступ або їм складно отримати доступ до наявних послуг. В умовах низької поширеності ВІЛ це можуть бути партнери людей з ВІЛ і ключові групи населення. В умовах високої поширеності ВІЛ це можуть бути чоловіки, серодискордантні пари та партнери, підлітки та молодь, ключові й інші уразливі групи населення.

Залежно від умов, місцевого контексту та груп населення, які має охопити програма, може бути використаний комплекс різних підходів до надання послуг з СТ-ВІЛ. Ці підходи можуть більшою мірою спиратися на установи або спільноти, впроваджуватися за допомогою вторинного розповсюдження (наприклад, сексуальними партнерами), інтегруватися з іншими суміжними програмами та заходами охорони здоров'я, а також поширюватися через аптеки, торгові автомати, Інтернет або інші публічні та приватні канали (див. Рисунок 2.5).

Рисунок 2.5. Різні підходи до надання послуг з СТ-ВІЛ



Вставка 2.4. Короткий опис підходів до надання послуг самотестування на ВІЛ

Поширення на базі громад. У Малаві впровадження підходу самотестування на ВІЛ (СТ-ВІЛ) на базі громад серед загального населення призвело до зростання рівня самотестування на 77%. При цьому 44% людей, які пройшли самотестування, здавали аналіз на ВІЛ вперше. Найвищий рівень охоплення СТ-ВІЛ спостерігався серед підлітків і молоді. Серед усіх осіб, які пройшли самотестування, у 11,8% підтвердився діагноз ВІЛ, 56,3% з них почали отримувати необхідну медичну допомогу (10).

Тестування пар і партнерів. У Кенії роздача жінкам у допологовий або післяпологовий період, а також секс-працівницям у дроп-ін центрах наборів для СТ-ВІЛ з метою їх подальшого розповсюдження серед сексуальних партнерів і знайомих чоловічої статі призвела до підвищення охоплення сексуальних партнерів-чоловіків тестуванням на 98%, а партнерів-чоловіків у парах - на 51-83% (18).

Розповсюдження на базі установ. СТ-ВІЛ може покращити охоплення й ефективність тестування на ВІЛ у медичних закладах, особливо в умовах генералізованої епідемії, коли тестування на ВІЛ рекомендується проводити всім людям, які відвідують заклади охорони здоров'я. Особам, які звертаються до медичних закладів, може бути надана можливість самостійно здати аналіз на ВІЛ в очікуванні інших послуг або отримати комплект для СТ-ВІЛ, щоб пройти самотестування вдома або віддати комплект для СТ-ВІЛ своєму партнеру. Наразі цей підхід проходить оцінку в Малаві, Замбії та Зімбабве (183).

Вставка 2.4. Короткий опис підходів до надання послуг з самотестування на ВІЛ (продовження)

Інтегровані послуги й аустріч-робота. У Зімбабве було проведено оцінку надання послуг з СТ-ВІЛ чоловікам на базі спільнот і установ у рамках аустріч-стратегії, спрямованої на підвищення рівня добровільного медичного обрізання серед чоловіків (183). Слід також розглядати можливість інтеграції СТ-ВІЛ з іншими моделями надання послуг у рамках діючих програм громадського здоров'я, наприклад, таких, які спрямовані на боротьбу з туберкульозом, інфекціями, що передаються статевим шляхом, вірусними гепатитами, а також розповсюдження контрацептивів.

Інтернет-аустріч для ключових груп населення. У кількох дослідженнях повідомляється, що чоловіки, що мають секс з чоловіками, отримують комплекти для СТ-ВІЛ через Інтернет і додатки для соціальних мереж. У Китаї завдяки програмі, що пропонує безкоштовне самотестування онлайн і висилає комплекти поштою, були охоплені тестуванням чоловіки з груп підвищеного ризику, 15% з яких отримали позитивний результат самотестування. Усі ці чоловіки згодом здали додаткові аналізи для підтвердження діагнозу (54). У Бразилії працює веб-сайт, який надає чоловікам, що мають секс з чоловіками, інформацію та безкоштовні комплекти для СТ-ВІЛ, причому їх можна забрати в аптеці або отримати поштою (66). Дослідження у США показали, що просування та поширення комплектів для СТ-ВІЛ через Інтернет, соціальні мережі, торгові автомати та програми ваучерів є прийнятним для населення і сприяє підвищенню рівня СТ-ВІЛ серед чоловіків, що мають секс з чоловіками (91, 98, 100).

Поширення через аптеки. У Франції, Сполученому Королівстві та США комплекти для СТ-ВІЛ можна офіційно придбати без рецепта в аптеках та інших роздрібних магазинах. У багатьох інших країнах їх також можна придбати неофіційно (2). У Кенії проводиться рандомізоване дослідження, у рамках якого комплекти для СТ-ВІЛ поширюються через аптеки. Воно покликане оцінити прийнятність такого методу тестування, підвищення рівня використання відповідних послуг, рівень виявлення ВІЛ і забезпечення прив'язки до медичних послуг (39).

Програми ДКП. Оскільки СТ-ВІЛ дозволяє охопити людей з груп підвищеного ризику, воно може стати відправною точкою для впровадження програм доконтактної профілактики (ДКП). При використанні відповідних технологій СТ-ВІЛ можна включити до програм ДКП. Наприклад, дослідження, яке проводилося в Кенії серед серодискордантних пар, у яких партнери приймали ДКП, показало підвищення рівня використання послуг СТ-ВІЛ на 90%, причому 69% учасників розповіли про результат своїм партнерам (у всіх користувачів послуг було підтверджено негативний діагноз ВІЛ) (40). Такий підхід допомагає зменшити витрати на повторне тестування між візитами до медичних установ (184), а також стимулювати використання ДКП (2). Потенційні можливості використання СТ-ВІЛ у рамках надання послуг ДКП є важливою сферою досліджень. Проте, поки не проведено адекватну оцінку використання діагностичних швидких тестів на ВІЛ (ДШТ) для самотестування серед людей, які приймають препарати ДКП, цей підхід слід застосовувати з великою обережністю, оскільки ефективність ДШТ на ВІЛ за таких умов може бути досить низькою.

Програми на робочому місці. СТ-ВІЛ відкриває можливості з проведення тестування на ВІЛ на робочому місці у рамках програм з просування здорового способу життя та охорони праці. Такий підхід допоможе охопити чоловіків, у тому числі з груп підвищеного ризику, в окремих регіонах, таких як шахтарі, рибалки і водії вантажівок, а також працівників охорони здоров'я та їхніх партнерів з метою підвищення ефективності заходів з профілактики ВІЛ. Наприклад, СТ-ВІЛ може бути оптимальним рішенням для медичних працівників, які неохоче використовують наявні послуги з тестування на ВІЛ та постконтактної профілактики після потенційного контакту з ВІЛ через побоювання щодо стигми та дискримінації з боку інших медичних працівників (14). У рамках програм на робочому місці слід підібрати варіанти надання доступу до комплектів СТ-ВІЛ, які будуть прийнятні та достатньо конфіденційні для співробітників, зокрема це може бути доступ через аптеки, Інтернет, додатки для мобільних телефонів і торгові автомати в офісах.

Також слід надавати інформацію про профілактику, лікування та догляд у зв'язку з ВІЛ, зокрема про те, де і як користувачі можуть в конфіденційному порядку скористатися відповідними послугами та гарячими лініями, за якими можна отримати консультацію.

Підходи до проведення СТ-ВІЛ з прямим супроводом і без супроводу

Залежно від групи населення для надання допомоги людям, які проводять самотестування, застосовуються різноманітні способи різного ступеню інтенсивності. Підтримка користувачам може надаватися із прямим супроводом або без безпосереднього супроводу (див. Таблицю 2.3). Наприклад, групам людей з обмеженими можливостями, низьким рівнем грамотності та таким, що проживають у сільській місцевості, може бути потрібен прямий супровід у формі наочних демонстрацій і пояснень до, під час і після самотестування. Однак, незалежно від підходу, користувачі, які мають доступ до Інтернету та соціальних мереж, а також люди, які проходять самотестування часто або повторно, можуть використовувати лише інструкції або також додаткові способи допомоги, такі як консультації з використанням гарячих ліній і текстових повідомлень, відео та інші способи забезпечення підтримки СТ-ВІЛ, що надаються разом із комплектом для тестування.

Таблиця 2.3. Способи забезпечення підтримки СТ-ВІЛ з прямим супроводом і без безпосереднього супроводу

Способи забезпечення підтримки	З прямим супроводом	Без безпосереднього супроводу
Короткі наочні індивідуальні або групові демонстрації того, як правильно використовувати комплекти для СТ-ВІЛ і як розшифрувати результат	✓	
В Інтернеті - демонстрації у соціальних мережах або віртуальні демонстрації того, як правильно використовувати комплект і як розшифрувати результати	✓	✓
Особиста безпосередня допомога під час процедури самотестування	✓	
Інструкція з використання: <ul style="list-style-type: none"> • У графічному/письмовому вигляді • Брошури або листівки з інформацією про місцеві послуги у зв'язку з ВІЛ та контактними даними, наприклад, поліклініки або цілодобової гарячої лінії • Мультимедійні інструкції 	✓	✓
Дистанційна підтримка за допомогою телефону, соціальних мереж, текстових повідомлень, QR-кодів, інтернет-додатків або мобільних додатків для обміну повідомленнями	✓	✓

Прив'язка до інших ПТВ, а також профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ

Окрім визначення оптимального підходу до надання послуг СТ-ВІЛ, при розробці програм потрібно розглянути питання про те, як забезпечити прив'язку до профілактики, лікування та догляду після СТ-ВІЛ. Необхідні подальші дослідження, моніторинг і оцінка стратегій, що полегшують прив'язку до відповідних послуг після СТ-ВІЛ. У Вставці 2.5 узагальнюються підходи до забезпечення такої прив'язки, які наразі застосовуються.

Вставка 2.5. Короткий огляд стратегій прив'язки до послуг після СТ-ВІЛ

Активне спостереження на базі спільноти силами рівних консультантів та/або аустріч-працівників (особисто або за допомогою телефону/текстових повідомлень/додатків для обміну повідомленнями). Зокрема, у тих випадках, коли навчені працівники на рівні спільноти відповідають за поширення комплектів для самотестування на ВІЛ (СТ-ВІЛ), ці працівники можуть також пропонувати подальше та додаткове післятестове консультування, а також підтримку та/або супровід під час направлення на тестування для підтвердження діагнозу.

Обстеження та початок лікування на дому з підтримкою й активним подальшим наглядом з боку організацій на базі спільноти. Цей підхід довів свою ефективність при забезпеченні прив'язки до медичних послуг у Малаві серед загального населення, у тому числі молоді (10,60). Також цей підхід було ефективно використано серед ключових груп населення у В'єтнамі (55).

Брошури та листівки, що поширюються разом з комплектами для СТ-ВІЛ та містять інформацію про послуги тестування на ВІЛ (ПТВ), профілактику, лікування та догляд у зв'язку з ВІЛ, а також інформацію про інші захворювання, такі як туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом, вірусні гепатити.

Гарячі телефонні лінії, якими люди можуть скористатися до або після самотестування для отримання психосоціальної та/або технічної допомоги, також можуть забезпечувати переадресацію та прив'язку до ПТВ і інших послуг у зв'язку з ВІЛ, а також до немедичних послуг, таких як юридична підтримка та програми підтримки жертв насильства.

Служби текстових повідомлень для мобільних телефонів можуть надавати інформацію, нагадування, відеоролики та повідомлення, які сприяють забезпеченню прив'язки до медичних послуг після проведення СТ-ВІЛ.

Онлайн- і автономні комп'ютерні програми та додатки мають широкі можливості щодо надання інформації з метою забезпечення прив'язки до медичної допомоги. Наразі використовуються такі підходи, як інтерактивні текстові, аудіо- або відеоконсультації та програми, що працюють в режимі діалогу, які надають покрокові інструкції про те, що робити у разі отримання позитивного результату самотестування.

Ваучери, купони та компенсаційні виплати можуть полегшити процес прив'язки до медичних послуг, особливо серед груп населення, які для отримання послуг змушені долати структурні перешкоди, такі як віддалене розташування відповідних установ і висока вартість проїзду.

Талони на відвідування лікаря та направлення, що видаються клієнтам, також можуть забезпечувати кращу прив'язку до медичних послуг, якщо на них зазначено конкретну дату і час відвідування лікаря або ім'я та номер телефону контактної особи та установи, куди можна звернутися за допомогою.

СТ-ВІЛ для пар і партнерів може покращувати прив'язку до медичних послуг, як було доведено у ході дослідження в Кенії, коли жінки роздавали комплекти для СТ-ВІЛ своїм партнерам-чоловікам, які, у свою чергу, зверталися за медичною допомогою (18).

Системи моніторингу та звітності

Системи моніторингу та звітності відіграють вкрай важливу роль в усіх підходах до ПТВ, включаючи СТ-ВІЛ. З огляду на приватний, конфіденційний характер СТ-ВІЛ, можуть виникнути певні проблеми зі збором інформації щодо ефективності програми СТ-ВІЛ, збором відгуків користувачів і відстеженням можливої соціальної шкоди. Незважаючи на те, що досі надійшло дуже мало повідомлень про випадки заподіяння соціальної шкоди, вкрай важливо, щоб у програмах використовувалися наявні системи моніторингу та звітності для відстеження соціальної шкоди або інших несприятливих подій, а також вживання коригувальних заходів і подальших кроків для ефективного вирішення інцидентів із заподіянням соціальної шкоди у разі їх виникнення.

Для відстеження результатів програм іноді показники моніторингу і оцінки ПТВ слід адаптувати і включати до них СТ-ВІЛ. Для оптимізації процесу моніторингу СТ-ВІЛ у багатьох програмах ПТВ наразі використовують поєднання інструментів, описаних у Вставці 2.6.

Вставка 2.6 Короткий опис інструментів моніторингу та звітності

Моніторинг і аналіз дзвінків на гарячі лінії з питань самотестування на ВІЛ (СТ-ВІЛ) і текстових повідомлень, включаючи надсилання знімків результатів самотестування, які можуть використовуватися для оцінки кількості позитивних результатів тестування і виявлення повідомлень про проблеми у роботі тестів, несприятливі події або випадки соціальної шкоди.

Системи спостереження на рівні спільнот та опитування домашніх господарств/населення, дослідження впливу на здоров'я та поведінкові дослідження можна адаптувати таким чином, щоб проводити збір інформації не лише про розширення тестування на ВІЛ, а і про підходи до тестування, щоб мати можливість оцінити, яка частка усіх діагнозів поставлена за допомогою СТ-ВІЛ і зафіксувати випадки нанесення соціальної шкоди та несприятливі події.

У реєстраційні журнали пунктів надання послуг/установ можна включити графу про СТ-ВІЛ, де буде, наприклад, зазначатися, що клієнти пройшли самотестування перед відвідуванням установи, що надає послуги з тестування на ВІЛ, а також записуватися, який результат самотестування вони отримали. У таких журналах можна також фіксувати інформацію щодо переадресації для отримання послуг профілактики, лікування та догляду.

За допомогою інструментів та опитувань в Інтернеті та за допомогою мобільних телефонів користувачі можуть висловлювати свою думку щодо наборів для самотестування, а також повідомляти про проблеми у роботі тестів, несприятливі події або випадки соціальної шкоди.

Наявні системи післяпродажного контролю можна використовувати для виявлення та повідомлення про проблеми у роботі діагностичних швидких тестів, що використовуються для СТ-ВІЛ.

Електронні зчитувачі та мобільні додатки, які допомагають користувачам розшифровувати результати самотестування, можна зв'язати з системами медичної інформації. Таким чином, результати тестування та інші дані про пацієнта і показники його здоров'я можуть бути відправлені в електронному вигляді до тих установи, які відстежують ефективність програм СТ-ВІЛ і роботу систем для СТ-ВІЛ.

Грошові чи негрошові стимули можна використовувати для заохочення користувачів, щоб вони повідомляли про свої враження від процедури самотестування на ВІЛ.

2.3.2 Ключова інформація для користувачів та виконавців програм

Усі ДШТ на ВІЛ з використанням як навколясенної рідини, так і крові, які закуповуються або використовуються для СТ-ВІЛ, мають бути схвалені відповідними наглядовими органами, або ж для їх схвалення можуть використовуватися результати міжнародного нормативного контролю.

Повноцінні, перевірені, чіткі та короткі інструкції з використання наборів для СТ-ВІЛ мають вкрай важливе значення для зведення до мінімуму помилок і максимального підвищення ефективності ДШТ на ВІЛ, що використовуються при самотестуванні. Друковані інструкції - письмові та/або графічні - необхідні для правильного використання тестів та інтерпретації результатів. Дуже корисними також є наочні демонстрації того, як використовувати комплекти для СТ-ВІЛ, а також додаткова інформація залежно від конкретної групи населення, особливо у сільських районах або для населення з низьким рівнем грамотності та освіти (10,17,42,68,85,131,167,170,175,176,178). В окремих випадках доцільно використовувати також інші допоміжні інструменти, такі як телефонні або онлайн-служби обміну повідомленнями, які надають інформацію про СТ-ВІЛ і відповідають на питання про те, яким чином провести самотестування та розшифрувати результати, оскільки вони підвищують ефективність процедури СТ-ВІЛ серед окремих груп населення (181).

Дотестове інформування та післятестове консультування мають бути зрозумілими та доступними. Це можуть бути інструкції або брошури, гарячі лінії, служби обміну текстовими повідомленнями, наочні демонстрації, консультації, що проводяться спеціально навченими постачальниками послуг, волонтерами або рівними консультантами, онлайн або автономні комп'ютерні програми, а також відеоролики в Інтернеті.

Необхідно чітко довести до відома користувачів тестів інформацію про те, що позитивний результат СТ-ВІЛ має бути обов'язково підтверджений додатковим аналізом на ВІЛ, проведеним у спеціалізованій лабораторії. Окрім того, вкрай важлива інформація про те, що робити після отримання позитивного результату тесту - куди звернутися, щоб отримати ПТВ, а також послуги профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ без стигми та дискримінації. Доречно також буде інформація про туберкульоз, ІПСШ та вірусні гепатити, оскільки люди з ВІЛ мають високі ризики інфікування супутніми захворюваннями.

При отриманні негативного результату самотестування, як правило, не потрібно здавати додаткові аналізи на ВІЛ. Однак необхідно донести до користувачів тестів інформацію про те, що негативний результат не завжди означає відсутність вірусу. Точність результатів залежить від якості тесту, можливих помилок при проведенні самотестування або інтерпретації результатів, а також від обмежень, пов'язаних з періодом вікна, коли ВІЛ у крові ще не виявляється тест-системою. Як і у випадку з іншими тестами на ВІЛ, особам, які могли контактувати або контактували з вірусом протягом 6-12 тижнів до проведення аналізу, необхідно пройти повторне тестування або звернутися до спеціалізованої установи у відповідні терміни залежно від ризику інфікування та виду тестування.

Постачальникам послуг і користувачам тестів треба пам'ятати, що СТ-ВІЛ не рекомендується людям, які знають свій ВІЛ-статус і приймають АРВ-препарати з метою лікування або профілактики, оскільки це може призвести до невірної результату самотестування (хибнонегативного), особливо при використанні ДШТ за навколясенною рідиною.

Також слід доносити до користувачів тест-систем для СТ-ВІЛ інформацію про те, що результати самотестування не слід використовувати для серосортингу або виправдання поведінки, що підвищує ризик інфікування ВІЛ, такої як незахищений секс, після отримання негативного результату самотестування. Оскільки негативний результат самотестування не завжди вказує на те, що в організмі людини немає ВІЛ, користувачів тестів слід закликати до використання наявних можливостей профілактики інфікування ВІЛ, таких як презервативи та ДКП, незалежно від отриманого результату самотестування.

Як і у випадку з іншими видами тестування на ВІЛ, потрібно пропонувати інформацію та повідомлення щодо розкриття статусу з урахуванням ситуації та цільової аудиторії, щоб зменшити ризики нанесення соціальної шкоди та надати допомогу парам і родинам, які мають впоратися з новиною про позитивний результат або середискордантні результати самотестування. Особам або парам, які повідомляють про НІП, рекомендується розкривати свій статус або проходити тестування спільно з партнером лише у тому випадку, якщо можна гарантувати безпеку обох партнерів. У рамках послуг СТ-ВІЛ у ході консультування з прямим супроводом або з використанням листків-вкладишів/інструкцій при підході без супроводу слід забезпечити прив'язку до подальшого тестування, профілактики, лікування та догляду, а також пропонувати послуги для жертв домашнього та сексуального насильства (2,49).

Інформаційна робота на рівні спільноти - у тому числі серед людей, що живуть з ВІЛ, зокрема з ключових та уразливих груп населення, спеціально навчених працівників, які проводять тестування, та медичних працівників - **з питань СТ-ВІЛ** **вкрай важлива** для розширення самотестування та мінімізації ризиків його некоректного проведення. Також важливо доносити до відома постачальників послуг, що СТ-ВІЛ може служити інструментом створення попиту на існуючі послуги, тим самим підвищуючи їх роль у наданні ПТВ. Крім того, для підвищення розуміння та поінформованості можуть використовуватися такі інформаційні інструменти, як брошури, інструкції та стандартні операційні процедури, особливо у поєднанні з навчальними заняттями й інформаційними сесіями.

Включення СТ-ВІЛ до комплексних програм надання послуг з охорони сексуального здоров'я особливо важливо в регіонах, де спостерігається зростання захворюваності на ІПСШ. Звичайно, СТ-ВІЛ є інноваційним способом підвищення рівня тестування на ВІЛ серед клієнтів, які в іншому випадку могли б не дізнатися про свій ВІЛ-статус, проте можливість проходити тестування без відвідування спеціалізованих установ з охорони сексуального здоров'я може привести до того, що деякі користувачі будуть не так часто користуватися іншими послугами, наприклад рідше здавати аналізи на ІПСШ. Навіть якщо клієнти з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ отримують негативний результат самотестування на ВІЛ, їм потрібно надати інформацію про подальше тестування на ВІЛ та можливе лікування, а також про інші ІПСШ та вірусні гепатити. Крім того, слід порадити їм скористатися усім комплексом послуг з охорони сексуального здоров'я.

Можливо у майбутньому користувачі послуг з СТ-ВІЛ матимуть доступ до електронних зчитувачів та/або мобільних додатків, які будуть допомагати їм розшифровувати результати та виявляти помилки при проведенні тестування. І виробники тест-систем, і зовнішні постачальники наразі займаються розробкою цілої низки таких інструментів. Однак для використання цих інструментів потрібно вирішити ще чимало проблем, таких як захист даних, точність і забезпечення рівного доступу (наприклад, доступність мобільних технологій і смартфонів істотно відрізняється у різних регіонах світу та серед різних груп населення, а для правильної роботи додатків потрібно, щоб смартфони відповідали встановленим технічним вимогам).

2.3.3 Нормативно-правова база

Наразі СТ-ВІЛ використовується у багатьох країнах, у яких відсутня офіційна нормативно-правова база, яка б повною мірою регулювала процедури контролю якості, продажу, розповсюдження та використання наборів для СТ-ВІЛ. Для оптимізації впровадження СТ-ВІЛ потрібно переглянути, розробити й узгодити цілу низку законодавчих і правових норм. Зокрема, розробники політики, регулятори та виконавці мають проводити спільну роботу для розгляду аспектів, що зазначені нижче (185).

Необхідно переглянути або розробити закони і нормативні акти, що дозволяють продаж, поширення, рекламу та використання СТ-ВІЛ для діагностики у лабораторних умовах. Країни мають забезпечити чіткі механізми державної перевірки та реєстрації наборів для СТ-ВІЛ. Тим країнам, де ДШТ для СТ-ВІЛ доступні неофіційно, може знадобитися розробка додаткових механізмів для вирішення цієї проблеми шляхом інформування споживачів про те, як визначати відповідність наборів для СТ-ВІЛ стандартам якості, а також шляхом впровадження правових заходів з метою недопущення на внутрішні ринки товарів сумнівної якості.

Для того, щоб населення мало можливість проводити самотестування на ВІЛ, може знадобитися перегляд або розробка політики щодо доступу до тестування на ВІЛ. Зокрема, така політика може передбачати особливий віковий ценз для СТ-ВІЛ, щоб підлітки також могли проходити самотестування на ВІЛ з подальшою прив'язкою до необхідних додаткових послуг. Ця політика має передбачати, зокрема, захист від тестування неповнолітніх без згоди опікунів, наприклад у школах.

Для захисту людей, що проводять самотестування, може знадобитися перегляд або розробка законів, норм та правил, спрямованих на боротьбу з неналежним використанням самотестування та відповідними зловживаннями (такими як примусове тестування, насильство, дискримінація та переслідування). Крім того, може бути важливо також розробити канали повідомлення про зловживання та неналежне використання самотестування, а також моніторингу та вирішення відповідних питань.

Може знадобитися перегляд або розробка норм і правил у сфері охорони здоров'я та управління, національних стратегій та затверджених алгоритмів тестування і включення до них СТ-ВІЛ. Для цього може знадобитися внесення змін до існуючих нормативних документів, щоб забезпечити визнання СТ-ВІЛ у якості *тесту для сортування*, який не замінює собою першочергові аналізи. Такі зміни можуть включати перегляд норм щодо того, кому дозволено проводити тестування на ВІЛ і розшифровувати отримані результати. Працівникам охорони здоров'я і співробітникам національних програм може знадобитися інструктаж, технічна підтримка та навчання з питань інтеграції СТ-ВІЛ до існуючої моделі надання ПТВ.

Може знадобитися перегляд і зміна механізмів контролю якості з урахуванням СТ-ВІЛ. Може виникати потреба у впровадженні та/або перегляді механізмів післяпродажного контролю для виявлення і повідомлення про проблеми щодо ДШТ, що використовуються для СТ-ВІЛ. Крім того, для реєстрації, моніторингу та вирішення можливих питань, пов'язаних з заподіянням соціальної шкоди, можна використовувати системи моніторингу на базі спільнот та інші механізми.

У країнах, де чинне законодавство вимагає розкриття ВІЛ-позитивного статусу, необхідно переглянути правові питання, пов'язані з розкриттям результатів СТ-ВІЛ іншим людям (у тому числі сексуальним партнерам). Потрібно чітко визначити, що СТ-ВІЛ не забезпечує постановку остаточного ВІЛ-позитивного діагнозу, а отже розкриття позитивного результату не має жодного сенсу, поки його не підтвердить постачальник медичних послуг належної кваліфікації. Поширення інформації про ПТВ має вирішувати цю проблему, роз'яснюючи правові наслідки СТ-ВІЛ щодо розкриття його результатів з урахуванням того, що розкриття результатів має заохочуватися тоді, коли це безпечно і корисно, але не має бути обов'язковим.

Додаткова література

- Technical specifications for WHO prequalification - Human immunodeficiency virus (HIV) rapid diagnostic tests for professional and/or self-testing. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/diagnostics_laboratory/guidance/en/).
- Operational research note on HIV self-testing. Geneva: Global Fund; 2016 (https://www.theglobalfund.org/media/5723/core_opresearchimplementationhivselftesting_briefingnote_en.pdf).
- Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>).
- March 2014 supplement to the consolidated HIV guidelines on the use of antiretroviral therapy - a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_march2014/en/).
- A short technical update on HIV self-testing. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2603_self-testing_en_0.pdf).
- WHO/UNITAID HIV self-testing technology landscape - 2nd edition. Geneva: UNITAID; 2016 (http://unitaid.org/images/marketdynamics/publications/UNITAID_HIV_rapid_diagnostic_tests_for_self-testing.pdf).

ПОСЛУГИ З ІНФОРМУВАННЯ ПАРТНЕРІВ ПРО ВІЛ

3

Основні положення	42
3.1 Загальна інформація та обґрунтування	43
3.2 Огляд фактичних даних.....	46
3.2.1 Систематичний огляд з розробки, оцінки та експертизи ступеня обґрунтованості клінічних рекомендацій (GRADE) щодо послуг інформування партнерів про ВІЛ.....	46
3.2.2 Цінності та вподобання клієнтів щодо послуг з надання допомоги при інформуванні партнерів.....	52
3.2.3 Вартість та економічна ефективність.....	56
3.2.4 Рекомендація.....	57
3.3 Аспекти успішного впровадження	57
3.3.1 Законодавча та політична підтримка	58
3.3.2 Навчання працівників для надання послуг інформування партнерів про ВІЛ і зменшення ризиків при наданні послуг	58
3.3.3 Способи зв'язку з партнерами	60
3.3.4 Системи ведення документації, моніторингу та звітності	63

3 ПОСЛУГИ ІНФОРМУВАННЯ ПАРТНЕРІВ ПРО ВІЛ

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

- Інформування партнерів про ВІЛ є **добровільним** і здійснюється спеціально навченими працівниками охорони здоров'я, зокрема постачальниками послуг без спеціальної медичної освіти, які запитують людину, у якої діагностовано ВІЛ, про її статевих партнерів або партнерів з ін'єкційного вживання наркотиків і, **за згодою такої людини**, пропонують їй партнерам пройти добровільне тестування на ВІЛ. Інформування партнерів здійснюється з прямим супроводом або без такого супроводу.
- Надання допомоги при інформуванні партнерів (направлення постачальником послуг, за згодою, подвійне направлення) **збільшує охоплення послугами тестування серед партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів**, що дозволяє **виявити більше ВІЛ-інфікованих людей** і надати їм догляд і лікування.
- **Повідомлення про соціальну шкоду та інші несприятливі явища при такому способі інформування партнерів реєструються рідко.** Спеціально навчені постачальники послуг мають пропонувати допомогу з інформування партнерів у тих випадках, коли це доцільно і не заподіє шкоди клієнту. Щоб зменшити потенційну шкоду або ризик, можна використовувати служби підтримки або психологічної допомоги, такі як гарячі лінії та інструменти для виявлення насильства з боку інтимного партнера.
- **Слід пропонувати ВІЛ-позитивним клієнтам кілька варіантів допомоги при інформуванні партнерів** (направлення постачальником послуг, за угодою, подвійне направлення) і обирати підхід, якому віддає перевагу клієнт. Також клієнт може відмовитися від супроводу.
- **Допомога при інформуванні партнерів має надаватися лише за згодою клієнта.** Обов'язкове або примусове інформування є неприпустимим. Клієнту слід повідомляти про переваги та ризики інформування про ВІЛ, щоб він міг прийняти інформоване та безпечне рішення.
- **Не припускається інформування будь-кого, окрім партнерів ВІЛ-позитивних осіб.** До інформування партнерів, особливо коли йдеться про ключові групи населення, чия поведінка переслідується за законом, не повинні залучатися судові та правоохоронні органи, а також постачальники послуг, не пов'язаних з охороною здоров'я.
- **Успішне та безпечне впровадження програм з інформування партнерів про ВІЛ неможливе без підтримки з боку держави.** Країни мають провести аналіз свого законодавства, щоб визначити, що можна зробити для надання більшої підтримки людям, що живуть з ВІЛ, наприклад, переглянути практику обов'язкового або примусового сповіщення партнерів, яка може призводити до стигматизації, кримінального переслідування або дискримінації людей з ВІЛ і людей, що належать до ключових груп населення.

Нове

Рекомендація

Послуги зі сприяння у добровільному інформуванні партнерів про ВІЛ слід пропонувати у рамках комплексного пакету послуг з тестування та надання допомоги для людей, що живуть з ВІЛ (*сильна рекомендація, помірна якість доказів*).

3.1 Загальна інформація та обґрунтування

За даними на кінець 2015 року, у світі нараховувалося більше 36 мільйонів людей, що живуть з ВІЛ, при цьому у 40% з них ВІЛ не було діагностовано (1). Щоб збільшити число людей, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, та досягти цілей тестування та лікування ВІЛ, визначених ООН - зокрема, першої цілі щодо встановлення діагнозу 90% людей з ВІЛ до 2020 року (1) - потрібно розробити нові підходи для підвищення ефективності та збільшення охоплення тестуванням. Одним з таких підходів є добровільне інформування партнерів про ВІЛ: воно допомагає збільшити охоплення тестуванням і виявити людей, які не знають про свій ВІЛ-статус.

Надання допомоги в інформуванні партнерів вже кілька десятиліть є важливим методом боротьби з інфекційними захворюваннями та застосовується у програмах з туберкульозу й інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Різні методики інформування партнерів про ІПСШ довели свою ефективність у контексті діагностики та лікування таких захворювань, а також профілактики повторного інфікування (2). Відстеження контактів і добровільне тестування членів сімей хворих з відкритою формою туберкульозу також є ефективними і стандартними методами, що успішно застосовуються в спільнотах з високим рівнем поширеності туберкульозу та ВІЛ (3).

Якщо у людини виявлено ВІЛ, то є висока вірогідність того, що його статеві партнери та партнери з ін'єкційного вживання наркотиків також можуть бути інфіковані ВІЛ (4-10). Однак послуги з тестування партнерів, зокрема інформування партнерів про ВІЛ, широко не пропонуються і не впроваджуються, внаслідок чого охоплення населення тестуванням залишається низьким (11). У той же час переваги ПТВ для пар і партнерів добре відомі. Це взаємна підтримка в отриманні доступу до послуг профілактики, догляду та лікування, вищий рівень прихильності та утримання в програмах лікування, а також профілактика передачі вірусу від матері до дитини (12,13). Тестування партнерів також призводить до того, що серодискордантні пари відповідальніше ставляться до профілактики ВІЛ: користуються презервативами, відразу починають антиретровірусну терапію (АРТ); ВІЛ-позитивні партнери приймають медикаменти, а ВІЛ-негативні дотримуються заходів доконтактної профілактики (ДКП) (12,13).

У 2012 році ВООЗ було розроблено вказівки, відповідно до яких парам і партнерам рекомендується ПТВ і взаємне розкриття ВІЛ-статусу та підкреслюється важливість тестування партнерів людей з діагнозом ВІЛ незалежно від епідеміологічної ситуації (12) (див. Вставку 3.1). У 2013 році ВООЗ також було опубліковано рекомендації з тестування на ВІЛ на базі спільнот, згідно з якими членам сімей ВІЛ-позитивних осіб пропонується надавати ПТВ на дому (див. Вставку 3.1).

Вставка 3.1. Рекомендації ВООЗ щодо послуг тестування на ВІЛ

- Особам з відомим ВІЛ-статусом і їхнім партнерам слід пропонувати послуги з тестування на ВІЛ для пар і партнерів, а також заохочувати взаємне розкриття ВІЛ-статусу (*сильна рекомендація, низька якість доказів для всіх осіб з ВІЛ в будь-яких епідеміологічних умовах*) (*умовна рекомендація, низька якість доказів для ВІЛ-негативних осіб залежно від рівня поширеності ВІЛ у конкретній країні*).
- На додаток до планового тестування та консультування з ініціативи медичних працівників ВООЗ рекомендує пропонувати послуги з тестування на ВІЛ на базі спільнот у комплексі з послугами профілактики, лікування та догляду (*сильна рекомендація, низька якість доказів для всіх груп населення в умовах генералізованої епідемії ВІЛ і ключових груп населення в умовах концентрованої епідемії ВІЛ*).

Джерело: ВООЗ, 2015 (14)

Низка досліджень (5-7,9,11,14-16), систематичних оглядів (2,17), а також оцінок і моделей економічної ефективності (18-21) вказують на переваги надання ПТВ партнерам людей з діагнозом ВІЛ. Допмагаючи ВІЛ-позитивним людям пропонувати ПТВ своїм близьким, можна сприяти тестуванню партнерів і охопити послугами з діагностики, лікування та профілактики ВІЛ людей, які можуть мати потребу у таких послугах. Партнерам, у яких виявлено ВІЛ, можна пропонувати послуги з лікування, а партнерам, чий результат виявиться негативним - належні та ефективні способи профілактики. Однак тестування пар і партнерів досі не є пріоритетом і не отримало широкого застосування, незважаючи на рекомендації ВООЗ і на те, що у багатьох країнах таке тестування передбачено національними стратегіями з подолання ВІЛ.

Вставка 3.2. Визначення інформування партнерів з супроводом та без нього

Інформування партнерів про ВІЛ (розкриття ВІЛ-статусу, відстеження контактів) - це добровільні дії, коли спеціально навчений постачальник послуг опитує людину з ВІЛ про її сексуальних партнерів та/або партнерів з ін'єкційного вживання наркотиків, а потім, за згодою ВІЛ-позитивного клієнта, пропонує цим партнерам ПТВ. Інформування партнерів може здійснюватися клієнтом без супроводу (самостійно) або з супроводом.

Послуги з інформування партнерів про ВІЛ без супроводу (самостійне інформування) - ситуація, коли спеціально навчений постачальник послуг пропонує ВІЛ-позитивному клієнту самому розкрити свій ВІЛ-статус статевим партнерам та/або партнерам з ін'єкційного вживання наркотиків і, з огляду на імовірність інфікування таких партнерів ВІЛ, запропонувати їм ПТВ.

Послуги з інформування партнерів про ВІЛ з супроводом - ситуація, коли спеціально навчений постачальник послуг за згодою ВІЛ-позитивного клієнта супроводжує його під час розкриття ВІЛ-статусу або ж допомагає клієнту анонімно інформувати статевого партнера(-ів) та/або партнера(-ів) з ін'єкційного вживання наркотиків про можливе інфікування ВІЛ. Після цього постачальник послуг пропонує партнеру або партнерам клієнта пройти тестування на ВІЛ. Супровід при інформуванні партнерів надається трьома способами: шляхом направлення за угодою, постачальником послуг або подвійного направлення.

Направлення за угодою: ВІЛ-позитивний клієнт укладає зі спеціально навченим постачальником послуг угоду, що особисто повідомить партнера(-ів) про свій ВІЛ-позитивний статус і про можливість їхнього інфікування ВІЛ і у встановлений термін направить партнера(-ів) на тестування. Якщо у визначені строки партнер(-и) ВІЛ-позитивного клієнта не звертаються за ПТВ або не зв'язуються з постачальником послуг, постачальник послуг сам зв'язується з партнером(-ами) і пропонує йому або їм пройти добровільне тестування на ВІЛ.

Направлення постачальником послуг: спеціально навчений постачальник послуг, за згодою ВІЛ-позитивного клієнта, особисто та конфіденційно зв'язується з партнером(-ами) клієнта і пропонує їм пройти добровільне тестування на ВІЛ.

Подвійне направлення: спеціально навчений постачальник послуг особисто супроводжує і підтримує ВІЛ-позитивного клієнта, поки той повідомляє партнерам про свій ВІЛ-позитивний статус і про можливість їхнього інфікування ВІЛ. Постачальник також пропонує партнеру(-ам) пройти добровільне тестування на ВІЛ.

Політика країн щодо інформування партнерів про ВІЛ

Наразі нормативно-правова база щодо інформування партнерів про ВІЛ діє у 67 країнах.

У різних країнах нормативно-правова база суттєво відрізняється за рівнем опрацювання процедури надання послуг інформування партнерів про ВІЛ. Країни, де процедура інформування партнерів пов'язана з тестуванням на ВІЛ, є в усіх регіонах ВООЗ.

Як випливає з проведеного у 2016 році аналізу публічних національних нормативно-правових документів щодо ПТВ, 54% (67 з 123) країн рекомендують послуги з інформування партнерів про ВІЛ, однак лише у 20 з них передбачене поточне впровадження такого підходу (22). Зазначені нормативно-правові документи рекомендують інформувати партнерів різних груп населення, включаючи пари, підлітків, вагітних жінок, споживачів ін'єкційних наркотиків, однак інформування усіх статевих партнерів рекомендується лише у 43% (29 з 67) країн (див. Рисунок 3.1а) (22). У нормативно-правових документах зазвичай ідеться про інформування партнерів самими клієнтами з подальшим інформуванням постачальником послуг; у декількох випадках ідеться виключно про інформування постачальником послуг або інформування за угодою (див. Рисунок 3.1b). Жодною з проаналізованих нормативно-правових баз не передбачені заходи, спрямовані на захист ВІЛ-позитивних осіб від можливої шкоди, яка може їм загрожувати при розкритті ВІЛ-статусу та інформуванні партнерів. У 19 країнах надання інформованої згоди на ПТВ не передбачено нормативно-правовими документами, а у 21 країні інформування партнерів про ВІЛ тим чи іншим чином є обов'язковим. ВООЗ не підтримує обов'язкове інформування партнерів про ВІЛ. У цьому документі пропонуються альтернативні підходи, спрямовані на те, щоб клієнт міг прийняти рішення добровільно, які передбачають надання інформованої згоди і право на відмову.

Рисунок 3.1а. Групи, яким рекомендується інформування партнерів про ВІЛ у 67 країнах

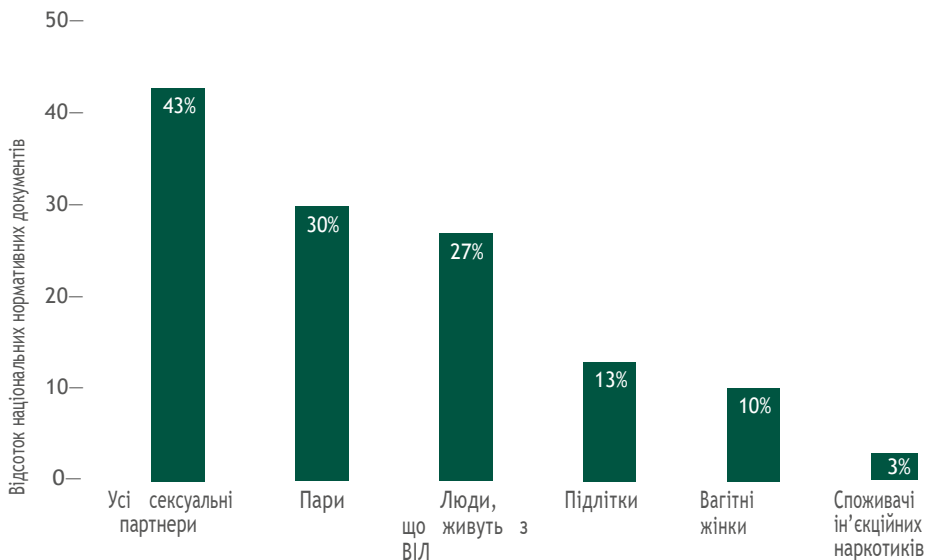
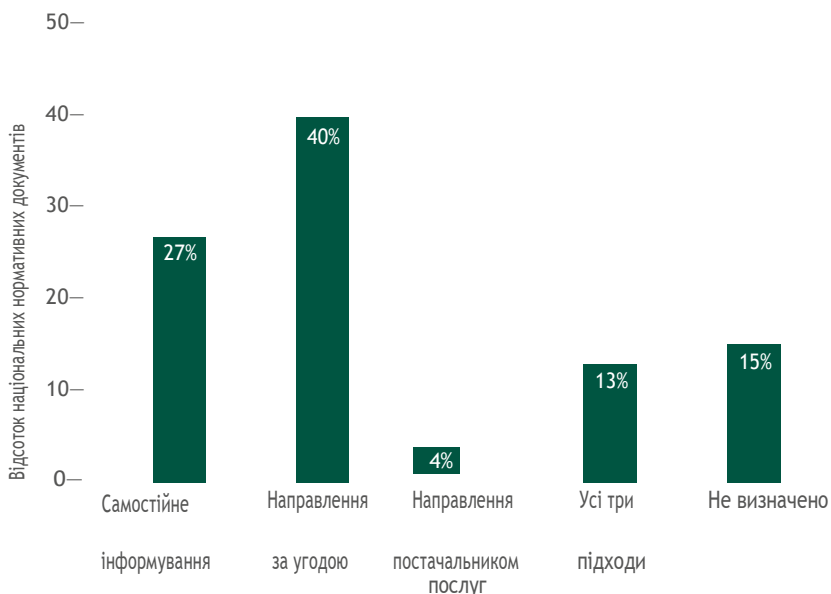


Рисунок 3.1b. Способи інформування партнерів, передбачені нормативно-правовими базами 67 країн



Примітка: у деяких нормативно-правових базах зазначено кілька способів інформування

3.2 Огляд фактичних даних

3.2.1 Систематичний огляд з розробки, оцінки та експертизи ступеня обґрунтованості клінічних рекомендацій (GRADE) щодо послуг інформування партнерів про ВІЛ

З 2012 року ВООЗ рекомендує ПТВ партнерам усіх людей, у яких діагностовано ВІЛ (12, 13). У цьому документі 2016 року ВООЗ наполегливо рекомендує включити послуги зі сприяння добровільному інформуванню партнерів в комплекс заходів, спрямованих на збільшення охоплення населення послугами з тестування на ВІЛ. Група з розробки керівництва (ГПК) оцінила проаналізовані докази щодо інформування партнерів як такі, що мають помірну якість.

Нижче ці рекомендації представлені більш детально. Також коротко викладено результати систематичного огляду й аналізу джерел з питань цінностей та вподобань постачальників і одержувачів послуг інформування партнерів. Відповідно до методики GRADE, основними джерелами даних для аналізу були рандомізовані контрольовані дослідження та дослідження, в яких результати інформування партнерів про ВІЛ з супроводом (направлення за угодою, направлення постачальником послуг, подвійне направлення) порівнюються з результатами самостійного інформування клієнтом або відсутності інформування. (Більш детальну інформацію про методику та результати систематичного огляду наведено у Додатку 18).

Пошуки видали 1 742 цитати. Після видалення повторюваних результатів залишилося 1 407 унікальних записів. При первинному перегляді було виключено 1 057 з них, і ще 340 записів були виключені при вторинному перегляді, оскільки вони не відповідали встановленим критеріям включення: 4 виявилися відгуками або коментарями, 46 - дослідженнями економічної доцільності, 4 стосувалися вартості, 56 були присвячені цінностям і вподобанням кінцевих користувачів, а 230 не містили жодної важливої інформації. У результаті для аналізу було відібрано 4 рандомізованих контрольованих дослідження, які відповідають встановленим критеріям. (Більш детальна інформація міститься у Додатку 18).

Було відібрано три індивідуальних рандомізованих контрольованих дослідження та одне кластерне рандомізоване контрольоване дослідження, які проводилися у Кенії (9), Малаві (5,7) та США (6). У трьох дослідженнях послуги з надання допомоги при інформуванні партнерів (направлення за угодою або направлення постачальником послуг) порівнювалися з самостійним інформуванням партнера клієнтом, а у четвертому порівнювалися негайне та відкладене інформування. В одному дослідженні клієнтам, які обрали самостійне інформування, видавали запрошення для партнерів (7). У дослідженнях брали участь такі групи населення: вагітні жінки, які відвідували жіночі консультації, пацієнти клінік з лікування ІПСШ, клієнти центру тестування на ВІЛ і пацієнти регіонального медичного центру (жінки, чоловіки, що мають секс з чоловіками, і люди, що вживають ін'єкційні наркотики). Також до аналізу було включено шість спостережних досліджень серед загального населення, проведених у Камеруні (23), Мозамбіку (24), Іспанії (15), Тайвані (26), Танзанії (25) і США (27), оскільки в них ВІЛ-позитивним клієнтам було запропоновано різні способи інформування партнерів про ВІЛ (направлення постачальником послуг, за угодою та самостійне інформування) і наведені дані про результати такого вибору.

Вставка 3.3. Основні результати досліджень, розглянутих в огляді GRADE

Загалом у чотирьох дослідженнях було встановлено, що:

- Послуги з надання підтримки при інформуванні партнерів (направлення постачальником послуг або направлення за угодою) допомагають збільшити охоплення послугами тестування на ВІЛ серед партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів.
- Послуги з інформування партнерів про ВІЛ з супроводом допомагають отримати велику частку позитивних результатів тестування на ВІЛ.
- Послуги з інформування партнерів про ВІЛ з супроводом допомагають збільшити прив'язку до медичної допомоги серед партнерів ВІЛ-позитивних людей.
- Випадки заподіяння соціальної шкоди та інші несприятливі явища у результаті інформування партнерів про ВІЛ з супроводом або без супроводу спостерігаються рідко.

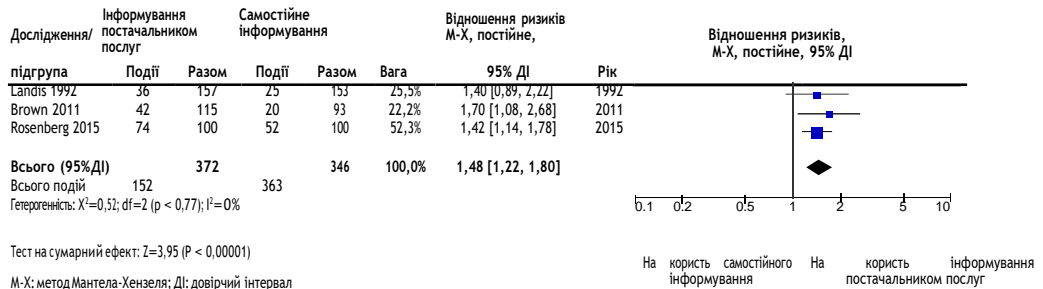
Охоплення партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів послугами тестування на ВІЛ

Надання допомоги при інформуванні партнерів допомагає збільшити охоплення партнерів ВІЛ-позитивних людей послугами тестування на ВІЛ. В усіх трьох рандомізованих контрольованих дослідженнях і у кластерному рандомізованому контрольованому дослідженні, що були включені в огляд GRADE, відзначається, що надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ: а) збільшує охоплення ПТВ серед партнерів ВІЛ-позитивних людей у порівнянні з інформуванням без супроводу як серед загального населення, так і серед ключових груп населення; б) дозволяє виявити ВІЛ у більшого числа людей; в) забезпечує прив'язку до медичної допомоги для більшої кількості людей, оскільки на лікування направляються партнери, у яких вперше виявлено ВІЛ.

Метааналіз результатів трьох рандомізованих контрольованих досліджень показує, що надання допомоги при інформуванні партнерів у 1,5 рази збільшує охоплення ПТВ серед партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів (відносний ризик (BP) = 1,48; 95% ДІ: 1,22-1,80 ; χ^2 для гетерогенності = 0,52; $I^2 = 0\%$) у порівнянні з інформуванням без супроводу (5-7) (див. Рисунок 3.2). Схожими виявилися результати аналізів чутливості, у яких в знаменнику зазначалися лише ті партнери, яких вдалося встановити (BP = 1,39; 95% ДІ: 0,93; 2,06). Позитивний ефект спостерігався і при включенні до метааналізу кластерного рандомізованого контрольованого дослідження, хоча результати і виявилися менш точними (BP = 1,91; 95% ДІ: 0,93; 3,93).

Було проведено метааналіз усіх чотирьох досліджень з урахуванням співвідношення, що показує, скільки партнерів, які пройшли тестування або повернулися до клініки, в середньому припадає на індексного пацієнта. Цей метааналіз показав, що у разі, коли інформування партнерів відбувалося із супроводом постачальника послуг, число таких партнерів було вдвічі більшим, ніж у разі, коли інформування здійснювалося клієнтом самостійно (співвідношення показників = 2,04; 95% ДІ: 1,11; 3,77).

Рисунок 3.2. Метааналіз рівня використання послуг тестування на ВІЛ серед партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів



Одне дослідження (5) також показало збільшення охоплення тестуванням на ВІЛ серед пар та основних партнерів. У кластерному рандомізованому контрольованому дослідженні, що проводилося в Кенії, число партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів, які вперше проходили тестування на ВІЛ, значно збільшувалося після негайного інформування з супроводом у порівнянні з відкладеним інформуванням (14,7%, 81/550 проти 0,7%, 4/569; показник захворюваності = 14,80; 95% ДІ: 5,35; 40,93).

В одному дослідженні (5) проводилося порівняння інформування за угодою та самостійного інформування. Було встановлено, що обрання послуги інформування за угодою дозволяє вдвічі збільшити охоплення тестуванням на ВІЛ серед партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів ($BP = 2,08$; 95% ДІ: 1,33, 3,25) порівняно з самостійним інформуванням. Схожими виявилися результати аналізів чутливості, в яких у знаменнику зазначали лише тих партнерів, яких вдалося встановити ($BP = 2,1$; 95% ДІ: 1,36, 3,23).

У всіх шести проаналізованих дослідженнях інформування партнерів з супроводом призводило до збільшення охоплення тестуванням на ВІЛ серед поінформованих партнерів у порівнянні з самостійним інформуванням (15,23-27,29). У дослідженні, проведеному в Танзанії, 93% ВІЛ-позитивних осіб віддавали перевагу самостійному інформуванню перед інформуванням постачальником послуг або за угодою, і серед поінформованих таким чином партнерів 96% (232/242) погодилися пройти тестування, а 100% (7/7) погодилися на тестування з супроводом (25).

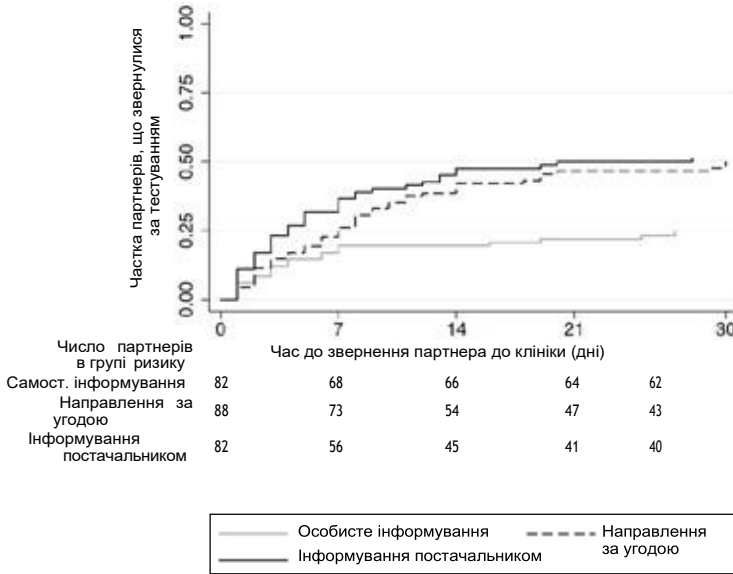
У ході двох рандомізованих контрольованих досліджень в Малаві з'ясувалося, що розрив у кількості поінформованих партнерів при самостійному інформуванні та інформуванні за допомогою постачальників послуг з часом збільшується (5,7). У перший тиждень після виявлення у клієнта ВІЛ число партнерів, які звернулися за тестуванням до клініки після самостійного інформування клієнтом, приблизно дорівнювало числу тих, хто звернувся за відповідними послугами після інформування з супроводом. Однак надалі партнери, поінформовані з супроводом постачальника послуг, зверталися за тестуванням частіше, ніж ті, що були поінформовані самим клієнтом (див. Рисунок 3.3а, 3.3.b) (5,7).

Проведене у Кенії кластерне рандомізоване контрольоване дослідження, у якому порівнювалися відкладене та негайне інформування за допомогою постачальників послуг, показало, що за тестуванням на ВІЛ частіше зверталися ті партнери, які були поінформовані негайно (71,3%, 392/550 проти 14,9%, 85/569; ПЗ = 4,83; 95% ДІ: 3,66; 6,39) (9).

У спостережному дослідженні, проведеному в Танзанії, тестування на ВІЛ погодилися пройти 70% партнерів ВІЛ-позитивних осіб, поінформованих протягом тижня після позитивного результату тесту на ВІЛ (25). Ці результати, хоча й отримані з невеликого числа досліджень, показують, що якщо ВІЛ-позитивні клієнти не повідомляють партнерам про свій статус протягом першого тижня після встановлення діагнозу, то надалі імовірність інформування партнерів зменшується. В усіх дослідженнях, незалежно від підходу, партнери частіше зверталися за ПТВ, якщо з ними зв'язувався постачальник послуг.

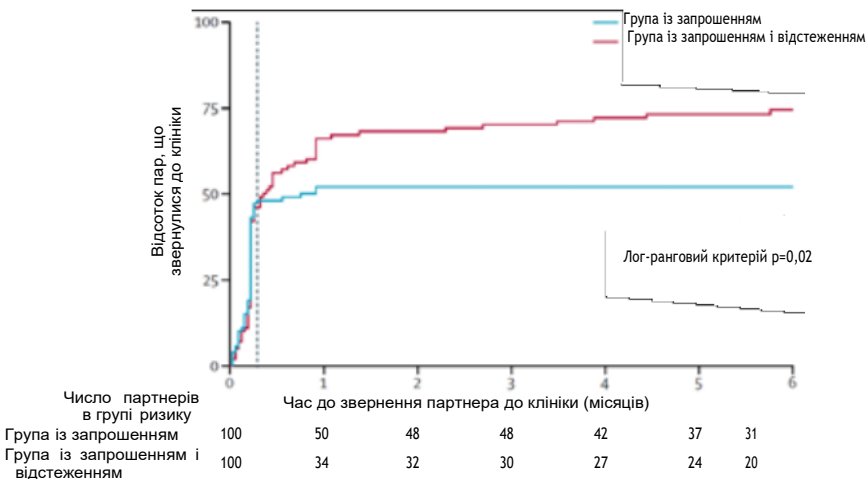
Рисунок 3.3. Терміни звернення партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів до клініки після інформування з супроводом і без супроводу в Малаві

Рисунок 3.3а.



Джерело: Brown et al., 2011 (5)

Рисунок 3.3б.



Примітка: вертикальна пунктирна лінія на позначці 8 днів - дата ймовірного інформування постачальником послуг.
Джерело: Rosenberg et al., 2015 (7). Наводиться з дозволу видавництва Elsevier (The Lancet HIV, 2015, випуск 2 (11), стор. e483-e491).

Охоплення ПТВ при самостійному інформуванні клієнтом

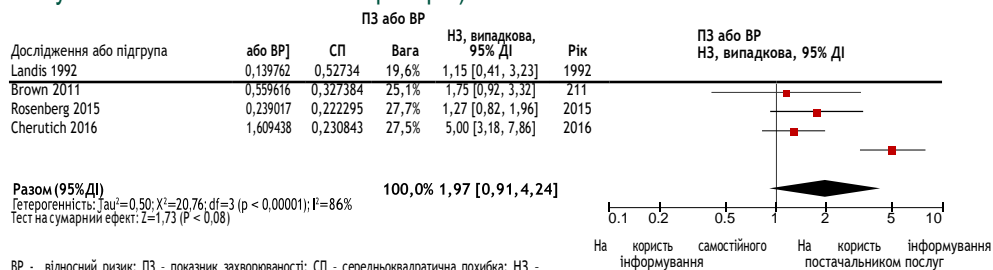
У всіх шести спостережних дослідженнях охоплення ПТВ серед поінформованих партнерів було вище при інформуванні з супроводом постачальників послуг. У п'яти з цих досліджень відзначалася більша частка виявлення ВІЛ-позитивних партнерів, а у двох дослідженнях, в яких розглядалася прив'язка до медичних послуг, зазначалося, що після інформування з супроводом таку прив'язку отримує більше людей, ніж після інформування без супроводу. Однак інформування без супроводу також призводило до збільшення охоплення ПТВ серед партнерів (2-65%) як у рандомізованих контрольованих дослідженнях, так і у спостережних дослідженнях (5-7,15,24,25). У низці спостережних досліджень рівень охоплення ПТВ при інформуванні без супроводу був приблизно таким самим, як і при інформуванні з супроводом в інших дослідженнях. Два дослідження, у яких спостерігався вкрай низький рівень охоплення ПТВ серед учасників, що обрали самостійне інформування партнерів, проводилися у США до того, як стала доступною потрібна терапія (3%) (6), і у той час, коли звітування про введення послуг інформування партнерів залишалося низьким (2%) (27). В інших дослідженнях охоплення ПТВ при інформуванні без супроводу було на рівні 20-65% (5,7,15,24-26,29). Можна зробити висновок, що досить запропонувати ВІЛ-позитивному клієнту послуги з інформування партнерів в усній формі під час консультації або у письмовій формі через лист-запрошення або направлення в клініку, щоб збільшити охоплення ПТВ, а значить ця методика може застосовуватися при масштабному впровадженні послуг інформування партнерів.

Виявлення нових випадків інфікування ВІЛ серед партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів

Як правило, ВІЛ виявляється у значній кількості людей, що звернулися за послугами тестування після інформування з супроводом. У трьох рандомізованих контрольованих дослідженнях і в одному кластерному рандомізованому контрольованому дослідженні діагноз ВІЛ було встановлено багатьом партнерам ВІЛ-позитивних осіб (до 72% в одному дослідженні серед партнерів вагітних ВІЛ-позитивних жінок) (5-7,9). У метааналізу трьох індивідуальних рандомізованих контрольованих досліджень інформування за допомогою постачальників послуг дозволяло виявити серед встановлених партнерів у 1,5 рази більше випадків ВІЛ у порівнянні з інформуванням без супроводу (BP = 1,47; 95% ДІ: 1,12, 1,92; χ^2 для гетерогенності = 0,14; I^2 = 0%). Аналогічними були результати аналізу чутливості, при яких у знаменнику зазначали лише кількість встановлених партнерів (BP = 1,49; 95% ДІ: 1,14; 1,95). Про користь інформування партнерів з супроводом свідчать також дані аналізу з включенням результатів кластерного рандомізованого контрольованого дослідження (BP = 1,97; 95% ДІ: 0,91; 4,24 (див. Додаток 18).

Число встановлених партнерів, у яких було діагностовано ВІЛ, було вищим у групах, де інформування проходило з супроводом постачальником послуг (BP = 1,37; 95% ДІ: 0,98, 1,93). Дані метааналізу, що включають результати кластерного рандомізованого контрольованого дослідження, також свідчать на користь інформування партнерів із супроводом (BP = 1,97, 95% ДІ: 0,91, 4,24; χ^2 для гетерогенності = 20,76; I^2 = 86%) (див. Рисунок 3.4).

Рисунок 3.4. Частка партнерів, у яких було вперше виявлено ВІЛ (за результатами тестування всіх встановлених партнерів)



Як і у випадку охоплення ПТВ, кількість партнерів, у яких тестування виявило ВІЛ, оцінювалося лише в одному рандомізованому контрольованому дослідженні (5), у якому проводилося порівняння направлення за угодою та інформування самим клієнтом. Це дослідження показало, що супровід при інформуванні партнерів дозволяє вдвічі збільшити виявлення ВІЛ серед партнерів (BP = 1,91; 95% ДІ: 1,07; 3,18) у порівнянні з інформуванням без супроводу. Аналогічні результати показали і аналізи чутливості, при яких у знаменнику зазначалася лише кількість встановлених партнерів (BP = 1,8; 95% ДІ: 1,02; 3,18).

Загалом у спостережних дослідженнях ВІЛ було виявлено у 0-86% партнерів ВІЛ-позитивних осіб (15,24,25,27,29). Значну кількість ВІЛ-позитивних партнерів (5-80%) було виявлено і в ході досліджень економічної доцільності, проведених серед загального населення та ключових груп, особливо серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, та людей, що вживають ін'єкційні наркотики (16,30-51).

Прив'язка партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів до догляду та лікування

Інформування партнерів з супроводом збільшує прив'язку до медичної допомоги у порівнянні з інформуванням без супроводу. Такими є результати двох досліджень, метааналіз яких показує, що в групі, де інформування відбувалося із залученням постачальника послуг, втричі більше ВІЛ-позитивних партнерів отримали прив'язку до медичної допомоги у порівнянні з групою, де інформування здійснювалося самими клієнтами (співвідношення показників = 3,76; 95% ДІ: 2,41; 5,86) (7,9). Рандомізоване контрольоване дослідження у Малаві також показало, що поінформовані постачальником послуг партнери осіб, у яких вперше було виявлено ВІЛ, протягом місяця після інформування зверталися до медичних закладів за тестуванням частіше, ніж ті, кого інформували самі клієнти (45,5%, 15/33 проти 19,2%, 5/26) (7).

Окрім включених до огляду GRADE рандомізованих контрольованих досліджень, п'ять досліджень економічної доцільності показали забезпечення прив'язки до послуг обстеження або отримання АРТ у медичних закладах для великої частки партнерів, у яких було вперше виявлено ВІЛ (84-100%) (23-25,29,37,40).

Соціальна шкода внаслідок інформування партнерів

У розглянутих дослідженнях послуги з надання допомоги при інформуванні партнерів не призводили до випадків фізичного насильства або насильства з боку інтимного партнера.

Випадки заподіяння соціальної шкоди та інших несприятливих явищ внаслідок інформування партнерів про ВІЛ з супроводом або без супроводу відзначалися рідко. Однак є певні побоювання, що розкриття ВІЛ-статусу може призводити до заподіяння шкоди (52), особливо коли йдеться про ключові та уразливі групи населення.

Зокрема, побоювання викликають ситуації, коли за певні типи поведінки, пов'язані з ВІЛ, передбачається відповідальність перед законом. Наприклад, це може бути прийом ін'єкційних наркотиків або ситуація, коли один партнер фінансово залежить від іншого та боїться втратити соціальну та фінансову підтримку. Такі побоювання висловлювалися неодноразово (53,54), проте коли при оцінці ймовірних соціальних наслідків розкриття ВІЛ-статусу або інформування партнерів статистика несприятливих явищ дійсно велася, то випадки заподіяння шкоди відзначалися вкрай рідко (5-7,9).

У всіх трьох рандомізованих контрольованих дослідженнях і у кластерному рандомізованому контрольованому дослідженні випадки насильства або заподіяння шкоди відзначалися рідко (5,7,9). У рандомізованих контрольованих дослідженнях у Кенії та Малаві виявилось, що заподіяння шкоди не було пов'язано з послугами надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ, оскільки такі випадки були зареєстровані до початку дослідження (7,9). Іноді після збору даних про випадки насильства з боку інтимного партнера (НІП) дослідники виключали з дослідження учасників, які раніше ставали жертвами такого насильства, щоб уберегти їх від несприятливих наслідків розкриття ВІЛ-статусу.

У ході метааналізу двох індивідуальних рандомізованих контрольованих досліджень і одного кластерного рандомізованого контрольованого дослідження було виявлено, що кількість несприятливих явищ, у результаті яких учасники зазнавали НІП або були покинуті партнером, не відрізнялася у групах, де проводилося інформування партнерів з супроводом і без супроводу (BP = 1,86; 95% ДІ: 0,37; 9,50; χ^2 для гетерогенності = 1,17; I^2 = 0%).

Спостережні дослідження також не виявили випадків фізичного насильства або НІП після інформування партнерів (23,29,55). У дослідженні, проведеному в Мозамбіку, відзначено, що з 173 поінформованих партнерів троє залишили ВІЛ-позитивних клієнтів; у двох випадках причиною послужив діагноз ВІЛ, і в одному з них така ситуація призвела до фінансових втрат (29). Однак оскільки такі результати щодо оцінки шкоди були отримані у результаті обмеженого числа досліджень, проведених у США та країнах Африки, потрібні подальші дослідження в інших регіонах світу.

Розробники проектів мають враховувати можливу шкоду від розкриття ВІЛ-статусу, не забуваючи водночас і про переваги виявлення ВІЛ та прив'язки людей до медичних послуг. З огляду на те, що фізичне та емоційне насильство в парах може мати місце у будь-якій країні світу, постачальники послуг інформування партнерів мають обговорювати з ВІЛ-позитивними клієнтами можливі ризики і, за умови відсутності загрози для клієнта, пропонувати йому послуги з надання допомоги при добровільному інформуванні партнерів, що в кінцевому підсумку позитивно позначиться і на партнерах, оскільки вони отримають доступ до ПТВ і життєво необхідної АРТ. Вирішити цю проблему можна за допомогою скринінгу ВІЛ-позитивних клієнтів на НІП, обговорення різних підходів і можливих результатів інформування партнерів під час консультацій і створення ресурсів для надання допомоги, таких як центри консультування, гарячі лінії та тимчасові притулки. Потрібно дотримуватися принципів конфіденційності та добровільності. Інформування партнерів може відбуватися лише за згодою ВІЛ-позитивного клієнта. Інформація має повідомлятися виключно партнеру(-ам) і не передаватися третім особам.

3.2.2 Цінності та вподобання клієнтів щодо послуг з надання допомоги в інформуванні партнерів

У 56 дослідженнях, що містять інформацію про цінності та вподобання клієнтів, розглядаються питання надання допомоги при інформуванні партнерів серед загального населення та ключових груп, ВІЛ-позитивних клієнтів і їхніх партнерів, медичних працівників і основних постачальників відповідних послуг. Дослідження проводилися у країнах Африки - Ботсвані (56), Камеруні (40,57), Ефіопії (58), Кенії (9), Малаві (59); у країнах Північної та Південної Америки - на Барбадосі (60), у Канаді (61-64), Гватемалі (65), Перу (66-68), США (8,69-94); в Європі - у Данії (95,96), Естонії (97), Італії (98,99), Нідерландах (100), Іспанії (101), Великобританії (102-105); у країнах Азії та Тихоокеанського регіону - Австралії (106) та Сінгапурі (107). Також були представлені два систематичних огляди якісних джерел, присвячених інформуванню партнерів: огляд ситуації у США (17) та огляд загальносвітових тенденцій (108). Окрім того, з метою підготовки цих рекомендацій було проведено якісне дослідження цінностей та вподобань серед рибальської спільноти, секс-працівників, загального населення та працівників охорони здоров'я в Уганді, а також молоді з ключових груп населення в Індонезії, Пакистані, на Філіппінах і у Таїланді (109,110).

Інформування партнерів серед ключових груп населення

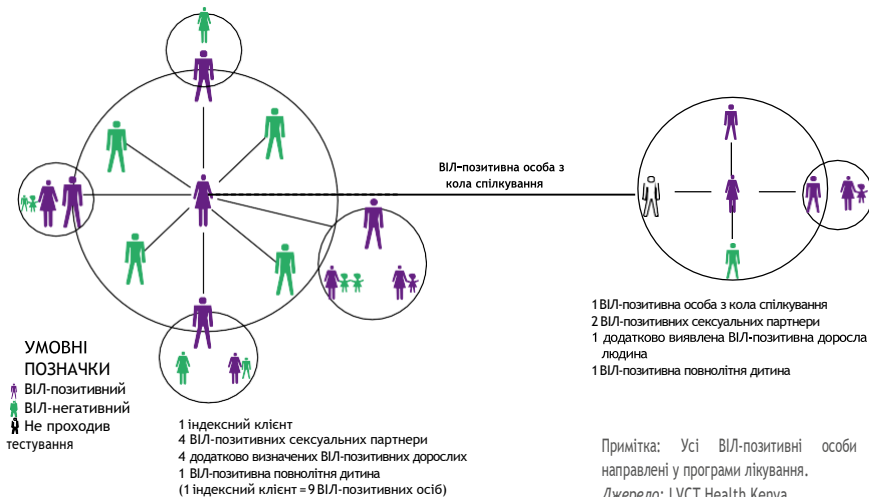
Дослідження результатів інформування партнерів проводилися серед ключових груп населення, включаючи чоловіків, що мають секс з чоловіками, секс-працівників, трансгендерних осіб і людей, що вживають ін'єкційні наркотики. Як і у випадку з дослідженнями загального населення, надання послуг допомоги при інформуванні партнерів дозволило збільшити охоплення ПТВ у порівнянні з інформуванням без супроводу, а також виявити ВІЛ у більшій кількості партнерів і переадресувати їх для отримання послуг з лікування та догляду.

Одна з проблем, з якими стикнулися дослідники, полягає у тому, що представники ключових груп населення не можуть або не хочуть називати своїх партнерів (81). Хоча це траплялося і серед загального населення, особливо серед людей, що мають випадкові сексуальні контакти (111), проте гетеросексуальні жінки краще пам'ятали й охочіше надавали контактну інформацію про своїх партнерів, ніж чоловіки, що мають секс з чоловіками, або люди, що вживають ін'єкційні наркотики (55). Тому при наданні ключовим групам населення послуг допомоги при інформуванні партнерів може знадобитися більше зусиль для встановлення партнерів. Крім того, потрібно буде переконати ВІЛ-позитивних клієнтів у тому, що їм гарантується конфіденційність і анонімність.

Представники різних ключових груп населення демонстрували схожі вподобання щодо методів інформування партнерів; більшість віддавали перевагу інформуванню за участі постачальника медичних послуг (направлення за угодою або направлення постачальником послуг). У дослідженні, що проводилося у США, чоловіки, що мають секс з чоловіками, відзначали, що інформування партнерів постачальником послуг дозволяло їм уникнути звинувачень, стигми та насильства (108). Дослідження у Перу, проведене серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, і трансгендерних жінок, встановило, що, хоча 93% респондентів згодні з необхідністю інформувати постійних партнерів, 74% впевнені, що багато представників їхньої групи не погодилися б на це. Що стосується інформування випадкових партнерів, то тут результати схожі: 73% вважають таке інформування вкрай важливим, і водночас 85% сумніваються, що представники їхньої групи пішли б на це (68). У Сінгапурі чоловіки, що мають секс з чоловіками, набагато частіше у порівнянні з гетеросексуальними респондентами надавали перевагу інформуванню партнерів електронною поштою (107).

Дослідження, проведене серед секс-працівниць у Гватемалі, виявило, що вони вважають інформування партнерів загалом прийнятним і реальним, особливо у випадку з постійними партнерами (намір інформувати останнього клієнта, разових клієнтів і постійних клієнтів висловили понад 90% респондентів) (65). Більшість цих жінок (85%) надають перевагу самостійному інформуванню клієнтів, водночас 51% жінок погодилися би на інформування листом або дзвінком з клініки (65).

Рисунок 3.5. Надання допомоги при інформуванні партнерів (на прикладі молодої жінки, яка надає секс-послуги)



Інформування партнерів серед підлітків і молоді

Інформування партнерів серед молодих людей вивчалось у трьох дослідженнях. У дослідженні, проведеному в Сінгапурі, респонденти у віці до 32 років значно частіше, ніж люди старшого віку, надавали перевагу інформуванню партнерів за допомогою текстових повідомлень (107). Фокус-групи у Канаді показали, що представники старших вікових груп віддають перевагу електронним способам інформування, таким як електронна пошта, тоді як молоді люди відправляють текстові повідомлення з мобільних пристроїв; члени обох груп вважали обраний ними спосіб найбільш надійним і конфіденційним (64). В іншому дослідженні, проведеному в Канаді, молоді люди надавали перевагу користуванню Інтернетом з міркувань зручності (не потрібно відвідувати клініку) та конфіденційності, а також тому, що психологічно такий спосіб для них легше, ніж особиста розмова (62). Слід зазначити, що опитані молоді люди відносно рідко користуються технічними засобами, які вважають застарілими. За результатами цих досліджень були виявлені важливі фактори, які слід враховувати при розробці програм з інформування партнерів для того, щоб методи, які ми пропонуємо, відповідали вподобанням груп, які планується охопити.

Вставка 3.4. Питання розробки програм супроводу при інформуванні партнерів для підлітків і молоді

- Підлітки не мають виключатися з програм надання допомоги в інформуванні партнерів. Своєчасний доступ до послуг з тестування на ВІЛ і рання переадресація для отримання антиретровірусної терапії (АРТ) приносять користь усім ВІЛ-інфікованим людям, яким не відомо про свій статус. Послуги з надання супроводу при інформуванні партнерів допомагають збільшити охоплення тестуванням на ВІЛ серед людей з груп ризику, особливо тих, хто не знає про можливий контакт з вірусом, або тих, хто потребує підтримки або консультації щодо тестування.
- Підліткам може бути психологічно складніше прийняти інформацію про можливе інфікування ВІЛ.
- Постачальники послуг повинні вміти знайти підхід до підлітків, щоб за необхідності запропонувати їм послуги підтримки.
- Підліткам може бути особливо важко змиритися з можливою втратою соціальної та фінансової підтримки або втратою партнера, особливо якщо партнер старше та/або відіграє більш сильну роль у стосунках.
- Підлітки можуть відчувати себе особливо беззахисними у разі морального та/або фізичного насильства з боку інтимного партнера (НІП).
- Партнерів підлітків може бути складніше встановити.
- Постачальники послуг можуть стикатися з ситуацією, коли вік згоди для тестування на ВІЛ або вступу в статеві зв'язки з дорослими не відповідає нормам законодавства країни. Водночас підліткам, як вразливій групі, потрібно забезпечити доступ до життєво необхідної АРТ (якщо діагностовано ВІЛ) або до профілактики ВІЛ (якщо результат тесту на ВІЛ негативний) у безпечних умовах і без залучення правоохоронних органів.
- Незалежно від того, чи є підліток ВІЛ-позитивним клієнтом або партнером, якого інформують про можливість інфікування ВІЛ, постачальник послуг має демонструвати чуйність і відсутність засудження при обговоренні сексуальних партнерів і того, як сприяти взаємному розкриттю ВІЛ-статусу та мінімізувати ризик НІП.

Фактори, що сприяють і перешкоджають наданню допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ

В усіх дослідженнях і серед всіх груп населення головною причиною інформування партнерів називали соціальну відповідальність, а саме користь для здоров'я як окремих осіб, так і суспільства в цілому, яку несе виявлення людей, що живуть з ВІЛ, з подальшою їх переадресацією для отримання життєво необхідного догляду та лікування, що також дозволяє зупинити подальшу передачу ВІЛ. Ця мотивація особливо сильна серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, і трансгендерних жінок, які вважають своїм обов'язком інформувати партнерів і допомагати їм отримати доступ до тестування і терапії (68, 104, 108).

Водночас учасники досліджень вважають, що навіть такі стимули можуть виявитися недостатніми: основними перешкодами для інформування партнерів респонденти вважали сором, почуття провини, втрату самостійності та психологічної підтримки, а також побоювання стигми, самотності та розриву стосунків (57, 60, 66, 101, 103, 105). Однак, як зазначалося раніше (див. розділ про суспільну шкоду внаслідок інформування партнерів, стор. 51), причиною цих побоювань не є послуги з надання допомоги при інформуванні партнерів, які наразі впроваджуються і аналізуються в науковій літературі. Ще однією перешкодою для інформування партнерів може бути те, що клієнт недостатньо знає партнера, не знає, як з ним зв'язатися, або не здатний встановити його місцезнаходження. Усі ці причини створюють перешкоди для інформування неосновних і випадкових партнерів (101, 110) і можуть особливо негативно впливати на ключові групи населення та їхню готовність і здатність інформувати партнерів про ВІЛ (81).

Вподобання щодо способів інформування партнерів про ВІЛ і методів зв'язку

Як випливає з наявних джерел, різні групи населення віддають перевагу різним методам інформування. Вподобання залежать від групи населення, віку (особливо серед молоді) та типу партнерів (основні або неосновні). У деяких дослідженнях зазначалося, що клієнти та постачальники послуг надавали перевагу самостійному інформуванню партнерів клієнтом (73-96%) (76, 101, 103, 109). В інших дослідженнях клієнти віддавали перевагу інформуванню з супроводом, а також вважали прийнятним інформування постачальником послуг (11-71%) (8, 59, 83, 99, 105). У дослідженні, проведеному на Барбадосі, ВІЛ-позитивні клієнти надавали перевагу інформуванню за угодою перед іншими способами інформування (з супроводом або без супроводу), оскільки такий підхід дозволяв їм дещо відкласти інформування партнерів (60). Дослідження вказують на те, що інформуванню постачальником послуг може надаватися перевага при інформуванні неосновних партнерів (101, 103, 105, 109). У якісному дослідженні, проведеному в Уганді та спрямованому на визначення бажаних способів інформування партнерів, з'ясувалося, що секс-працівниці та рибалки обрали б направлення за угодою або направлення постачальником послуг для інформування неосновних і випадкових партнерів, а основних партнерів воліли б інформувати самостійно (109). Чоловіки, що мають секс з чоловіками, і секс-працівниці також вважають, що направлення за угодою або направлення постачальником послуг захищає від можливого насильства, звинувачень і стигми (108, 109). Дослідження, проведене серед людей, що вживають ін'єкційні наркотики, виявило, що якби ВІЛ-позитивним споживачам потрібно було обирати між самостійним інформуванням або інформуванням аустріч-працівником, 71% обрали б послуги аустріч-працівника (8).

Послуги з інформування партнерів вважаються прийнятними і можуть надаватися різними способами.

Існує багато способів зв'язку для надання послуг інформування партнерів з супроводом або без супроводу. Клієнт може заохочуватися до інформування партнерів під час післятестової консультації, коли консультант рекомендує клієнту, у якого

виявлено ВІЛ, розкрити свій статус усім своїм сексуальним партнерам і партнерам з ін'єкційного вживання наркотиків, або ж коли консультант через ВІЛ-позитивного клієнта (який вперше дізнався про свій статус або вже знаходиться на лікуванні) передає його партнеру(-ам) направлення в медичний заклад, талони на прийом у лікаря або інші запрошення в письмовій або електронній формі.

Інформування партнерів з супроводом може проходити як у формі особистої бесіди з партнерами, так і з використанням листів, телефонних дзвінків, текстових та відео-повідомлень, електронної пошти та онлайн-систем для обміну повідомленнями. При використанні телефонних дзвінків або текстових повідомлень слід переконатися, що інформація дійде до правильного адресату і при цьому збережеться анонімність як ВІЛ-позитивного клієнта, так і проінформованого партнера. Слід пам'ятати, що для молодих людей (64,107), а також для чоловіків, що мають секс з чоловіками, найбільш прийнятним може бути інформування партнерів через онлайн-додатки та текстові повідомлення (78,104), особливо якщо іншої контактної інформації у них немає, і за можливості використовувати саме ці способи. Проте вподобання серед загального населення і серед ключових груп відрізняються залежно від типу партнерів і стосунків. Так, інформування неосновних і випадкових партнерів через текстові повідомлення, електронні листи, онлайн і мобільні додатки вважається прийнятним серед деяких чоловіків, що мають секс з чоловіками (101). У Канаді клієнти, які отримують лікування від ІПСШ і мають, за їх власними словами, численних партнерів, також вважали за краще використовувати для інформування партнерів електронні листи або текстові повідомлення, однак водночас вони висловлювали бажання інформувати деяких партнерів особисто та погоджувалися, щоб інших партнерів інформували медсестри або інші постачальники послуг (61). У Сінгапурі та США учасники досліджень надавали перевагу інформуванню партнерів в особистій розмові, а не дзвінком по телефону або текстовим повідомленням (88,107).

3.2.3 Вартість та економічна ефективність

Для розробників законодавчих актів щодо ВІЛ питання можливих витрат на впровадження послуг інформування партнерів про ВІЛ є важливим, оскільки для виявлення партнерів та встановлення з ними зв'язку потрібно провести навчання співробітників і залучити додаткові ресурси системи охорони здоров'я. Крім того, постачальникам послуг буде потрібно витрачати на це додатковий час.

Загалом, як показують дослідження, послуги з інформування партнерів про ВІЛ можуть бути економічно ефективними. В Японії, де рівень захворюваності на ВІЛ дуже низький, надання допомоги при інформуванні партнерів було рентабельним, а розмір додаткових витрат (РДВ) склав 4 930 дол. США на один додатковий рік життя, що нижче, ніж витрати на інші заходи, пов'язані з ВІЛ, у країні (112). У недавньому європейському дослідженні, проведеному серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, послуги з надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ також були визнані економічно ефективними. При прогнозі у довгостроковій перспективі (на 20 років) рівень РДВ виявлявся ще більш сприятливим (21). У міській клініці з лікування ІПСШ в Малаві, країні з високим рівнем захворюваності на ВІЛ, РДВ на послуги з надання допомоги при інформуванні партнерів склав 3 560 дол. США на один випадок інфікування ВІЛ, який вдалося попередити, при порівнянні направлення за угодою й інформування без супроводу, а при порівнянні направлення постачальником послуг та інформування без супроводу - 4 106 дол. США на один попереджений випадок інфікування ВІЛ (20). У дослідженні в Малаві витрати на виявлення одного нового випадку ВІЛ становили, залежно від способу інформування: при інформуванні постачальником послуг - 36 дол. США; при направленні за угодою - 18 дол. США; при інформуванні самим клієнтом - 8 дол. США. Витрати в розрахунку на одного партнера, що пройшов тестування, становили: при направленні постачальником послуг - 19 дол. США; при направленні за угодою - 9 дол. США; при інформуванні самим клієнтом - 4 дол. США (20). Результати цих досліджень вказують на потенційну економічну ефективність послуг інформування партнерів для залучення представників груп підвищеного ризику.

Витрати на надання допомоги при інформуванні партнерів значно відрізняються залежно від вартості одиниці ресурсів в системі охорони здоров'я, обраного способу інформування й особливо того, яких працівників залучено до надання послуг. Різниця в обсязі витрат також залежить від епідеміологічної ситуації у тій чи іншій країні або регіоні, особливо в тому, що стосується рівня захворюваності на ВІЛ і числа партнерів, у яких вперше виявлено ВІЛ.

Варто підкреслити, що в умовах високої захворюваності вартість програм може бути вищою, ніж в умовах низької захворюваності, оскільки в першому випадку потрібно докласти більше зусиль для пошуку й інформування партнерів. Однак у цьому випадку можна говорити про економічну ефективність цих послуг, оскільки в результаті таких заходів з високою ймовірністю буде виявлено велику кількість ВІЛ-позитивних осіб, які матимуть потребу в АРТ. Отже при розробці програм важливо проводити контекстно-обумовлену оцінку для вибору способу інформування та необхідного обсягу ресурсів і забезпечення оптимального співвідношення між загальними витратами на програму і можливою економічною ефективністю різних способів інформування партнерів (113–115).

3.2.4 Рекомендація

Розглянувши дані, представлені у вищезазначених рандомізованих контрольованих дослідженнях, спостережних дослідженнях, дослідженнях цінностей і вподобань, економічної доцільності та ефективності, та проаналізувавши національні нормативно-правові бази, ГРК було прийнято рішення щодо рекомендації стосовно інформування партнерів про ВІЛ.

Використовуючи метод GRADE для оцінки якості доказів, отриманих у ході рандомізованих контрольованих досліджень, ГРК дійшла висновку про те, що дані мають помірну якість. Взявши до уваги можливі переваги і ризики з точки зору громадського здоров'я, ГРК визначила, що переваги інформування партнерів про ВІЛ значно перевищують можливі ризики. Тому ГРК дійшла згоди і рекомендувала ВООЗ підготувати наполегливі рекомендації на підтримку пропозиції послуг з надання допомоги при інформуванні партнерів усіх ВІЛ-позитивних осіб у рамках ПТВ.

Нове

Рекомендація

Послуги зі сприяння у добровільному інформуванні партнерів про ВІЛ слід пропонувати у рамках комплексного пакету послуг з тестування та надання допомоги, який надається людям, що живуть з ВІЛ (*сильна рекомендація, помірна якість доказів*).

3.3 Складові успішного впровадження

При впровадженні послуг інформування партнерів важливо враховувати всі чинники, що забезпечують успіх таких програм, зокрема: навчання постачальників послуг; вибір методу надання послуг з урахуванням конкретної ситуації; методи, що забезпечують прив'язку до профілактики, лікування, догляду та підтримки; законодавство і нормативно-правові документи.

Для досягнення найбільшого позитивного ефекту від послуг з надання допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ необхідно з моменту виявлення у клієнта ВІЛ надавати йому можливість отримувати ці послуги на всіх етапах взаємодії з установами охорони здоров'я. Людина, яка вперше дізналася про те, що у неї ВІЛ, може бути не готова розкрити свій ВІЛ-статус або надати інформацію про партнера(-ів). Тому після початку лікування постачальники послуг мають уточнити у клієнта, чи розкрив він свій статус усім партнерам, і якщо ні, то запропонувати йому послуги з інформування партнерів. Процедура уточнення треба проводити кожні півроку або рік під час повторних візитів клієнта, оскільки з часом він може почати більше довіряти медичним працівникам і буде готовий розкрити свій ВІЛ-статус або погодитися на послуги з інформування партнерів.

3.3.1 Законодавча та політична підтримка

Для успішної та ефективної реалізації програм необхідна законодавча підтримка. Тому ще до початку реалізації програми з інформування партнерів про ВІЛ слід оцінити законодавче середовище. У деяких випадках інформування партнерів про ВІЛ заборонено законом про лікарську таємницю; в інших випадках через законодавчі обмеження клієнти та їхні партнери можуть наражатися на ризик стигматизації, дискримінації, криміналізації та каральних заходів.

Країнам потрібно проаналізувати власну законодавчу базу, щоб визначити, як можна зробити її більш сприятливою для людей, що живуть з ВІЛ, та програм допомоги таким людям. Цього можна досягти, заборонивши обов'язкове або примусове інформування партнерів, а також переглянувши законодавство та нормативно-правові акти, які стигматизують і дискримінують представників ключових груп населення та людей, що живуть з ВІЛ, а також передбачають їх кримінальне переслідування (див. Вставку 3.5).

Вставка 3.5. Структурні перешкоди у впровадженні послуг інформування партнерів

- Закони і нормативно-правові акти, які передбачають обов'язкове тестування на ВІЛ у тій чи іншій формі.
- Закони і нормативно-правові акти, які передбачають обов'язкове інформування партнерів про ВІЛ у тій чи іншій формі.
- Закони і нормативно-правові акти, що передбачають кримінальне покарання за передачу ВІЛ.
- Закони і нормативно-правові акти, що передбачають кримінальне покарання за певні види поведінки ключових груп населення, таких як люди, що вживають ін'єкційні наркотики, секс-працівники, чоловіки, що мають секс з чоловіками, трансгендерні особи.
- Відсутність поняття лікарської таємниці.
- Відсутність анонімності при інформуванні партнерів.

3.3.2 Навчання працівників для надання послуг інформування партнерів про ВІЛ і зменшення ризиків при наданні послуг

Усім людям, у яких вперше виявлено ВІЛ, спеціально навчені постачальники послуг мають пропонувати послуги з добровільного інформування партнерів про ВІЛ: вперше - коли встановлено діагноз, а надалі - протягом всього процесу лікування, оскільки життєві обставини пацієнта та його готовність обговорювати можливість інформування партнерів можуть змінюватися. Пацієнт може відхилити цю пропозицію через страх наслідків для себе та/або партнера(-ів). З ВІЛ-позитивним клієнтом слід обговорити питання, що стосуються вибору партнерів для інформування (основні та/або інші партнери), і приймати рішення, лише проаналізувавши усі можливі ризики і переваги.

Для кожного підходу керівники програм мають розробити письмові стандартні інструкції, правила та протоколи надання послуг інформування партнерів про ВІЛ. Незалежно від обраного підходу, необхідно, щоб усі ВІЛ-позитивні клієнти знали, що послуги з інформування партнерів про ВІЛ завжди надаються добровільно та що навіть при відмові від інформування вони матимуть доступ до інших послуг (див. Вставку 3.6). Обов'язкове або примусове інформування партнерів є неприпустимим (116).

Вставка 3.6. Важлива інформація для ВІЛ-позитивних клієнтів, які дають згоду на отримання послуг добровільного інформування партнерів

Потрібно забезпечити, щоб ВІЛ-позитивні клієнти, які дають свою згоду на отримання послуг добровільного інформування партнерів знали та розуміли:

- цілі надання послуг інформування партнерів;
- наслідки надання послуг інформування партнерів;
- що надання послуг інформування партнерів є добровільним і що навіть у разі відмови від таких послуг клієнти матимуть доступ до інших послуг охорони здоров'я;
- різні способи інформування партнерів (направлення постачальником послуг, направлення за угодою, подвійне направлення або самостійне інформування);
- можливі переваги, ризики та способи мінімізації ризиків;
- яким чином і якою мірою забезпечується анонімність і конфіденційність;
- де і як можна отримати послуги підтримки, особливо якщо клієнту було завдано шкоди.

Джерело: CDC, 2008 (117)

Навчання постачальників послуг наданню допомоги при інформуванні партнерів про ВІЛ

Щоб надавати послуги з інформування партнерів про ВІЛ, постачальникам послуг охорони здоров'я потребують навчання та підтримки у пошуку і встановленні партнерів. Клієнту слід чітко пояснити, що інформування партнерів (незалежно від обраного способу) завжди є виключно добровільним. Вкрай важливо навчити постачальників, як тактовно і без осуду розпитувати клієнта про сексуального партнера або партнерів, як сприяти взаємному розкриттю ВІЛ-статусу в середискордантних парах і як розпізнати та знизити ризик НІП. Також може знадобитися спеціальне навчання для того, щоб постачальники послуг краще розуміли потреби молодих людей (див. Вставку 3.4) і ключових груп населення.

Крім того, потрібно навчити постачальників послуг, як консультувати клієнтів і ставити їм питання, вести документацію і складати звіти із застосуванням стандартизованих форм для ведення історії спроб і результатів інформування партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів, а також статистики із зазначенням охоплення тестуванням на ВІЛ, результатів тестів і прив'язки до медичної допомоги. Після навчання постачальники послуг мають знати, як допомогти клієнту прийняти інформоване та безпечне рішення щодо того, з ким із партнерів контактувати (або не контактувати), а також як забезпечити конфіденційність ВІЛ-позитивних клієнтів і їхніх партнерів. Постачальники послуг мають розуміти, що їм заборонено розкривати особисті дані клієнта та його партнера(-ів) або інформацію про здоров'я клієнта та його партнера(-ів) без їхньої згоди. До інформування партнерів, особливо якщо клієнт та/або партнер належать до ключових груп населення, чия поведінка переслідується законом, не повинні залучатися судові та правоохоронні органи, а також постачальники послуг, які не пов'язані з охороною здоров'я.

Важливо також, щоб постачальники послуг знали, як уникнути агресії на свою адресу, особливо коли інформування відбувається на дому або за межами клініки. Залежно від ситуації варто, наприклад, уникати небезпечних районів, а приватні домівки відвідувати у супроводі працівників охорони здоров'я на рівні спільноти.

Після завершення навчання медичних працівників і постачальників послуг без медичної освіти слід направляти до належних програм, щоб вони могли ефективно надавати допоміжні послуги при інформуванні партнерів.

Зменшення ризиків і захист від можливої шкоди

Спеціально навчені постачальники послуг мають надавати підтримку та консультування ВІЛ-позитивним клієнтам і партнерам, яких вони інформують. Потрібно надавати підтримку клієнтам і закликати їх розкривати свій ВІЛ-статус, якщо це безпечно і принесе переваги, а також підкреслювати важливість звернення для отримання послуг профілактики, лікування та інших послуг у зв'язку з ВІЛ (12). При виявленні серодискордантних пар постачальники послуг повинні рекомендувати їм взаємне розкриття ВІЛ-статусу за підтримки постачальників послуг, які пройшли спеціальне навчання консультуванню при роботі з парами (12). ВІЛ-позитивним партнерам необхідно надавати чітку та зрозумілу інформацію про переваги лікування, а з ВІЛ-негативними партнерами слід обговорювати заходи профілактики (ДКП), використання презервативів, добровільне чоловіче медичне обрізання (ДЧМО) для запобігання подальшій передачі ВІЛ (12). Якщо партнери ще не знають статус один одного, то постачальник повинен окремо подбати про дотримання конфіденційності клієнтів (12).

Також постачальник послуг має визначати, в яких випадках клієнту загрожує суспільна шкода або фізичне насильство. Для виявлення випадків НІП використовуються різні засоби (118). Може знадобитися направлення на більш глибоке консультування та доступ до гарячих ліній і тимчасових притулків. При консультуванні клієнта постачальник послуг має оцінити ступінь ризику, щоб обрати оптимальний спосіб інформування партнера, зокрема такі більш сприятливі способи, як подвійне направлення або надання ПТВ парам, або ж прийняти рішення, що у певних випадках краще взагалі не інформувати партнера(-ів).

3.3.3 Способи зв'язку з партнерами

Можливості інформування партнерів

Усім людям з позитивним результатом тесту на ВІЛ необхідно якомога швидше запропонувати послуги з добровільного інформування партнерів. Способів інформування багато і з них можна обрати той, який найбільше підходить клієнту, виходячи з його ситуації, оточення і вподобань (див. визначення інформування партнерів з супроводом і без супроводу у Вставці 3.2; також див. Таблицю 3.2 нижче).

ВІЛ-позитивним клієнтам потрібно повідомити про всі доступні способи інформування партнерів і сказати їм, що вони можуть обирати різні способи для інформування різних партнерів. Наприклад, деяких партнерів ВІЛ-позитивному клієнту може бути зручно інформувати самостійно, і в цьому випадку можна обрати інформування без супроводу, в той час як для інформування інших партнерів йому може знадобитися допомога постачальника послуг. Якщо самотестування на ВІЛ відповідає вимогам законодавства конкретної країни, то такий спосіб тестування на ВІЛ можна запропонувати партнерам при інформуванні з супроводом або без супроводу.

Залежно від ситуації, деякі способи інформування партнерів можуть бути більш прийнятними та комфортними для певних груп населення. Наприклад, молоді люди надають перевагу сучасним технологіям, текстовим повідомленням та службам передачі повідомлень через Інтернет, а у більш старших вікових групах клієнти можуть обирати особисті зустрічі, дзвінки по телефону або електронні листи. Залежно від ситуації, ключові групи населення, чия поведінка піддається стигматизації, дискримінації та кримінальному переслідуванню, можуть надавати перевагу анонімним способам інформування, наприклад, інформуванню постачальником послуг. Вибір залежить від обставин та вподобань клієнта, і важливо запропонувати ВІЛ-позитивним клієнтам різні варіанти, щоб вони могли обрати безпечний, ефективний і прийнятний особисто для них підхід.

Таблиця 3.1. Способи надання послуг з інформування партнерів

Послуги інформування партнерів з супроводом (направлення постачальником послуг, за угодою, подвійне)	Послуги інформування партнерів без супроводу
<ul style="list-style-type: none"> • Постачальник послуг консультує ВІЛ-позитивного клієнта та пропонує йому допомогу у розкритті ВІЛ-статусу та інформуванні партнера(-ів) одним з трьох методів. • Постачальник послуг зв'язується з партнером(-ами) по телефону, електронній пошті або відвідує їх вдома, інформує їх про можливий контакт з ВІЛ і пропонує послуги з тестування на ВІЛ (ПТВ). • Постачальник послуг пропонує партнерам і членам родини ВІЛ-позитивного клієнта ПТВ на дому. 	<ul style="list-style-type: none"> • Постачальник послуг консультує ВІЛ-позитивного клієнта і пропонує йому розкрити ВІЛ-статус своєму партнеру(-ам) і повідомити йому/їм про можливий контакт з ВІЛ особисто або по телефону, електронній пошті, за допомогою текстового повідомлення і т.п. • Постачальник послуг через ВІЛ-позитивного клієнта передає його партнеру(-ам) лист або талон із запрошенням до медичного закладу. Партнерам, які звернулися до медичного закладу, пропонуються ПТВ. • ВІЛ-позитивні клієнти можуть самостійно інформувати партнера(-ів) через служби анонімної передачі повідомлень (по телефону, електронній пошті або через Інтернет).

Сприяння отриманню прив'язки до профілактики, лікування та догляду

Щоб покращити стан здоров'я партнерів ВІЛ-позитивних клієнтів, у яких також виявлено ВІЛ, і не допустити подальшої передачі вірусу, слід якомога раніше направляти їх на лікування. Партнерам, у яких вперше виявлено ВІЛ, у свою чергу, слід запропонувати послуги з інформування їхніх сексуальних партнерів і партнерів з ін'єкційного вживання наркотиків. Партнерів з негативним результатом тесту на ВІЛ можна проінформувати про ефективні засоби профілактики (презервативи, ДЧМО, ДКП) і забезпечити їм доступ до цих засобів, а споживачам ін'єкційних наркотиків для зниження ризику інфікування ВІЛ можна запропонувати послуги зменшення шкоди та опіоїдну замісну терапію.

Інформування партнерів також дозволяє запропонувати партнерам ВІЛ-позитивних клієнтів додаткові послуги з тестування на туберкульоз, гепатити В і С та інші ІПСШ, а також забезпечити їм доступ до засобів контрацепції. Особливо ефективним такий підхід виявився при встановленні сімейних контактів ВІЛ-позитивних клієнтів, щоб запропонувати їм комбіноване тестування на ВІЛ та туберкульоз (див. Вставку 3.7). Наприклад, у ПАР з 59 457 членів сімей ВІЛ-позитивних клієнтів, які пройшли тестування на ВІЛ і туберкульоз, ВІЛ було виявлено у 15,5% осіб. Майже всі вони (97%) пройшли скринінг на туберкульоз, симптоми якого було виявлено у 21,3% осіб (119).

Повний перелік заходів і підходів, спрямованих на сприяння ВІЛ-позитивним клієнтам та їхнім партнерам в отриманні прив'язки до медичної допомоги, міститься у Зведеному керівництві з послуг тестування на ВІЛ (13), опублікованому ВООЗ.

Приклад: Програма з інформування партнерів на базі спільнот (Кенія)

LVCT Health - кенійська громадська організація, яка надає послуги з тестування на ВІЛ (ПТВ), проводить профілактичні заходи та надає лікування населенню в цілому, ключовим групам населення та підліткам на базі спільнот і на базі установ. Програма реалізується за фінансової підтримки Центрів з контролю і профілактики захворювань США (CDC) відповідно до угоди про співпрацю у рамках Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги в боротьбі зі СНІДом (PEPFAR). Пілотна програма інформування партнерів впроваджувалася у Найробі у кварталах Млолонго і Кавангваре з грудня 2015 до травня 2016 року. Спеціально навчені консультанти без медичної освіти пропонували ПТВ на базі спільнот (у пунктах надання ПТВ, на місцях і при обході поселень), використовуючи направлення за угодою для встановлення сексуальних партнерів і членів сімей ВІЛ-позитивних клієнтів, а також для виявлення осіб з кола спілкування представників ключових груп населення, у яких могла бути потреба у ПТВ.

Консультантів навчали надавати послуги з інформування партнерів, проводити скринінг на НІП і створювати конфіденційне та безпечне середовище для ВІЛ-позитивних клієнтів, щоб з'ясувати, яких сексуальних партнерів вони хотіли б інформувати. Консультанти вели журнал, куди записували номери телефонів та інформацію про місцезнаходження встановлених партнерів. Далі вони інформували партнерів при особистій зустрічі та пропонували їм пройти тестування на ВІЛ. Консультанти домовлялися з партнерами про тестування у медичному закладі або вдома, зокрема за участі членів їхніх сімей, якщо це було необхідно. Консультанти щотижня аналізували та щомісяця перевіряли статистику за партнерами, які були встановлені, поінформовані та пройшли тестування.

У програмі взяли участь 205 осіб з тих 341, у кого було виявлено ВІЛ. Ці 205 ВІЛ-позитивних клієнтів назвали 580 партнерів і осіб, з якими мали контакти; з цих 580 людей 331 (57%) згодилися протестуватися на ВІЛ; у 116 (35%) ВІЛ було виявлено. Серед ВІЛ-позитивних партнерів і осіб, з якими у клієнтів були контакти, 104 (90%) були повнолітніми, 12 (10%) - неповнолітніми. 91% всіх ВІЛ-позитивних партнерів були направлені на лікування. Випадків суспільної шкоди відзначено не було.

Результати інформування партнерів

	Чоловіки	Жінки	Діти	Всього
ВІЛ-позитивні клієнти	74	131	0	205
Встановлені партнери/члени родини	194	150	236	580
Партнери/члени родини, протестовані на ВІЛ	113	92	126	331
ВІЛ-позитивні партнери/члени родини	48 (42%)	56 (61%)	12 (10%)	116 (35%)

Результати та висновки, представлені у цьому звіті, належать його авторам і можуть не співпадати з офіційною позицією Центрів з контролю і профілактики захворювань США.

Джерело: Додаток 21

Вставка 3.7. Наявні рекомендації зі встановлення контактів хворих на туберкульоз

У ситуації високої поширеності ВІЛ усім членам сімей та близьким [пацієнтів з туберкульозом] рекомендується отримати консультацію і пройти тестування на ВІЛ (*сильна рекомендація, дуже низька якість доказів*).

Усім членам сімей індексних пацієнтів [з туберкульозом], які живуть з ВІЛ, рекомендується отримати консультацію і пройти тестування на ВІЛ (*сильна рекомендація, дуже низька якість доказів*).

Усім членам сімей та близьким пацієнтів з туберкульозом, які мають симптоми, характерні для відкритої форми туберкульозу, в рамках клінічного обстеження необхідно отримати консультацію і пройти тестування на ВІЛ (*сильна рекомендація, дуже низька якість доказів*).

Джерело: ВООЗ, 2012 (120)

3.3.4 Системи ведення документації, моніторингу та звітності

Усі системи ведення документації, моніторингу та звітності мають забезпечувати збереження і конфіденційність даних клієнтів, які отримують ПТВ, а також особистої та медичної інформації їхніх партнерів. Інформація для моніторингу послуг інформування партнерів повинна містити дані щодо:

- кількості та відсотку ВІЛ-позитивних осіб, яким були запропоновані послуги підтримки у добровільному інформуванні партнерів;
- кількості та відсотку ВІЛ-позитивних осіб, які погодилися отримати послуги підтримки у добровільному інформуванні партнерів;
- кількості встановлених партнерів кожного ВІЛ-позитивного клієнта;
- кількості та відсотку встановлених партнерів, які були поінформовані;
- кількості та відсотку партнерів, які погодилися отримати ПТВ;
- кількості та відсотку партнерів, у яких було виявлено ВІЛ;
- кількості та відсотку ВІЛ-позитивних партнерів, які отримують лікування;
- кількості та видів несприятливих явищ, з якими стикнулися ВІЛ-позитивні клієнти після інформування партнерів.

Підходи до впровадження послуг інформування партнерів потрібно регулярно перевіряти та періодично оцінювати з метою визначення їхньої ефективності. На основі таких оцінок можна буде вирішити, чи варто продовжувати впроваджувати ті чи інші підходи, які методи більше підходять для різних груп населення та який обсяг ресурсів потрібен, щоб забезпечити оптимальне співвідношення між загальними витратами на програму та її економічною ефективністю.

Додаткова література

- Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>).
- Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>).
- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>).
- Guidance on couples HIV testing and counselling - including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>).
- Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf).
- HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/>).

БІБЛІОГРАФІЯ

Резюме та Розділ 1

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

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

Розділ 2

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

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

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

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

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

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

101. Woods WJ, Lippman SA, Agnew E, Carroll S, Binson D. Bathhouse distribution of HIV self-testing kits reaches diverse, high-risk population. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 1:111-3.
102. Martinez O, Wu E, Levine EC, Muñoz-Laboy M, Fernandez MI, Bass SB, et al. Integration of social, cultural, and biomedical strategies into an existing couple-based behavioral HIV/STI prevention intervention: voices of latino male couples. *PLoS One*. 2016;11(3):e0152361.
103. Catania JA, Dolcini MM, Harper GW, Orellana ER, Tyler DH, Timmons A, et al. Self-implemented HIV testing: perspectives on improving dissemination among urban African American youths. *Am J Public Health*. 2015;105:5449-552.
104. Brown W 3rd, Carballo-Diequez A, John RM, Schnall R. Information, motivation, and behavioral skills of high-risk young adults to use the HIV self-test. *AIDS Behav*. 2016.
105. Agot K, Masters S, Wango G, Ombaga E, Onyango R, Thirumurthy H. Can women safely distribute HIV oral self-test kits to their sexual partners? Results from a pilot study in Kenya. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
106. African Population and Health Research Center. Understanding and preventing potential social harms and abuses of oral HIV self-testing in Kenya. Nairobi, Kenya: APHRC; 2013 (<http://aphrc.org/wp-content/uploads/2014/01/Oral-HIV-Self-testing-Project-Data-Documentation1.pdf>, accessed 1 June 2016).
107. Kenya S, Okoro I, Kiera W, Ricciardi M, Prado G. Feasibility of home-based HIV rapid testing (HRT) among African Americans. *Clin Transl Sci*. 2014;7(3):248.
108. Kurth AE, Cleland CM, Chhun N, Sidle JE, Were E, Naanyu V, et al. Accuracy and acceptability of oral fluid HIV self-testing in a general adult population in Kenya. *AIDS Behav*. 2016.
109. Okal J, Obare F, Matheka J, Tun W. Potential outlets for distribution of HIV oral self-test kits in Kenya: an exploratory study. Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
110. Sidze E. Perceived social harms and abuses associated with the public availability of home-based self-testing kits for HIV in Kenya. Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
111. Heard AC, Brown AN. Public readiness for HIV self-testing in Kenya. *AIDS Care*. 2016:1-5.
112. Insights into potential users and messaging for HIV oral self-test kits in Kenya: 3ie Grantee Final Report. Washington, DC: International Initiative for Impact Evaluation (3ie); 2014 (http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2014/07/21/insights_into_potential_users-final.pdf, accessed 22 August 2016).
113. Namakhoma I, Bongololo G, Bello G, Nyirenda L, Phoya A, Phiri S, et al. Negotiating multiple barriers: health workers' access to counselling, testing and treatment in Malawi. *AIDS Care*. 2010;22 Suppl 1:68-76.
114. Sambakunsi R, Kumwenda M, Choko A, Corbett EL, Desmond NA. 'Whose failure counts?' A critical reflection on definitions of failure for community health volunteers providing HIV self-testing in a community-based HIV/TB intervention study in urban Malawi. *Anthropol Med*. 2015;22(3):234-49.
115. Brown B, Folayan MO, Imosili A, Durueke F, Amuamuziam A. HIV self-testing in Nigeria: public opinions and perspectives. *Glob Public Health*. 2015;10(3):354-65.
116. Nkuna E, Nyazema N. HIV self-testing, self-stigma and HAART treatment at the University of Limpopo: health sciences students' opinion and perspectives. *Open AIDS J*. 2016;10:78-82.
117. Martinez Perez G, Cox V, Ellman T, Moore A, Patten G, Shroufi A, et al. 'I know that I do have HIV but nobody saw me': oral HIV self-testing in an informal settlement in South Africa. *PLoS One*. 2016;11(4):e0152653.
118. Pant Pai N, Behlim T, Deli-Houssein R, Vadnais C, Abrahams L, Binder A, et al. Development and comparative evaluation of an innovative HIV self-testing smartphone application, an internet-based and a paper-based instructional programme in South Africa. *Sex Transm Dis*. 2013;89.
119. van Dyk AC. Self-testing as strategy to increase the uptake of HIV testing in South Africa. *Afr J AIDS Res*. 2013;12(1):41-8.
120. Bekker L. Community-based HTC and self-testing: uptake of mobile clinics (teen truck) and HIV self-testing devices among adolescents in South Africa. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.

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

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

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

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

Розділ 3

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

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

34. Fenton KA, French R, Giesecke J, Johnson AM, Trotter S, Petruckevitch A, et al. An evaluation of partner notification for HIV infection in genitourinary medicine clinics in England. *AIDS*. 1998;12(1):95-102.
35. Giesecke J, Ramstedt K, Ripa T, Rado G, Scalia-Tomba G, Westrell M. Partner notification for HIV in Sweden. *Lancet*. 1990;336(8713):508.
36. Lee JH, Branam L, Hoff GL, Datwyler ML, Bayer WL. Voluntary human immunodeficiency virus testing, recidivism, partner notification, and sero-prevalence in a sexually transmitted disease clinic: a need for mandatory testing. *Sex Transm Dis*. 1990;17(4):169-74.
37. Lewis F, Eberhart M, Anschuetz G, Salmon M, Terrell C, Brady K. High yield of new HIV diagnoses and patients with high viral loads from HIV partner services, Philadelphia Department of Public Health STD Control Program (STDCP) and AIDS Activities Coordinating Office (AACO), 2012. *Sex Transm Dis*. 2014;41:S34.
38. Macke BA, Hennessy M, McFarlane MM, Bliss MJ. Partner notification in the real world: a four site time-allocation study. *Sex Transm Dis*. 1998;25(10):561-8.
39. Mir N, Scouler A, Lee K, Taylor A, Bird SM, Hutchinson S, et al. Partner notification in HIV-1 infection: a population based evaluation of process and outcomes in Scotland. *Sex Transm Infect*. 2001;77(3):187-9.
40. Muffih PT, Mboh E, Fang E, Wainfen W, Fon H, Welty T, et al. Integrating partner notification services into PMTCT (Option B+) services in the northwest and southwest regions of Cameroon. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:96-7.
41. Pattman RS, Gould EM. Partner notification for HIV infection in the United Kingdom: A look back on seven years experience in Newcastle upon Tyne. *Genitourin Med*. 1993;69(2):94-7.
42. Peters PJ, Gay C, Beagle S, Shankar A, Switzer WM, Hightow-Weidman LB. HIV infection among partners of HIV-infected black men who have sex with men - North Carolina, 2011-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63(5):90-4.
43. Ramstedt K, Hallhagen G, Lundin BI, Hakansson C, Johannisson G, Lowhagen GB, et al. Contact tracing for human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Sex Transm Dis*. 1990;17(1):37-41.
44. Renaud TC, Wong MR, Bocour A, Udeagu CC, Pickett L, Alt EN, et al. The effect of HIV field-based testing on the proportion of notified partners who test for HIV in New York City. *Am J Public Health*. 2011;101(7):1168-71.
45. Rutherford GW, Woo JM, Neal DP, Rauch KJ, Geoghegan C, McKinney KC, et al. Partner notification and the control of human immunodeficiency virus infection. Two years of experience in San Francisco. *Sex Transm Dis*. 1991;18(2):107-10.
46. Schwarcz S, McFarland W, Delgado V, Dilley J, Rinaldi J, Adler B, et al. Partner notification for persons recently infected with HIV: experience in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;28(4):403-4.
47. Shan D, Duan S, Cui Y, Ye RH, Xiang LF, Yang YC, et al. [Survey on contact tracing of newly reported HIV infections in 2009 in Dehong prefecture, Yunnan province]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2011;45(11):965-70.
48. Udeagu CC, Webster-León T, Bocour A, Michel P, Shepard C. Using surveillance data to identify HIV-positive persons out-of-care (OOC) in New York City (NYC) and offer linkage to care and HIV partner services. *J Int AIDS Soc*. 2012;15:146.
49. Wykoff RF, Jones JL, Longshore ST, Hollis SL, Quiller CB, Dowda H, et al. Notification of the sex and needle-sharing partners of individuals with human immunodeficiency virus in rural South Carolina: 30-month experience. *Sex Transm Dis*. 1991;18(4):217-22.
50. Wykoff RF, Heath CW Jr, Hollis SL, Leonard ST, Quiller CB, Jones JL, et al. Contact tracing to identify human immunodeficiency virus infection in a rural community. *JAMA*. 1988;259(24):3563-6.
51. Zhang Y, Yin F, Zhong P, He N. [Practice and correlates of partner notification of HIV infection status among 307 HIV-infected individuals of Shanghai]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2015;49(11):956-61.
52. Abraham S, Prasad J, Joseph A, Jacob K. Confidentiality, partner notification and HIV infection. *Indian J Med Ethics*. 2002;10(1):157-160.
53. Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. Global control of sexually transmitted infections. *Lancet*. 2006;368(9551):2001-16.

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

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

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

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

За додатковою інформацією звертайтеся:

Всесвітня організація охорони здоров'я
Департамент з питань ВІЛ
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

Email: hiv-aids@who.int

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

ISBN 978 92 4 154986 8



9 789241 549868