

Встреча Европейского Клинического СПИД Сообщества «Стандарты помощи при ВИЧ-инфекции и ко-инфекциях в Европе»



Европейская Ратуша, Брюссель, 13-14 октября 2022



EACS European
AIDS Clinical Society



**EACS STANDARD
OF CARE**
for HIV and COINFECTIONS in Europe

Оглавление

- 3 Введение**
- 5 Сотрудничество Европейского Клинического СПИД Сообщества (EACS) и Европейского Центра по Контролю и**
- 8 Новые темы и предложения для сотрудничества**
- 10 Повторный пилотный аудит**
- 9 Georgia's unique hepatitis elimination programme**
- 11 Уникальная программа ликвидации гепатита в Грузии**
- 13 Программы доконтактной профилактики (ДКП) в Центральной Европе**
- 17 Другие презентации**



Это интерактивный документ. Все номера страниц на странице содержания кликабельны. Вы также можете нажать на названия ресурсов и организаций, чтобы перейти на соответствующие веб-страницы.

Введение

Эта встреча стала пятой в серии двухгодичных встреч по «Стандартам Помощи», которые чередуются с конференциями Европейского Клинического СПИД сообщества (EACS). С отчетами предыдущих встреч можно ознакомиться на соответствующих страницах сайта EACS, а также на сайте aidsmap.com, на котором заархивированы самые выдающиеся новости этих встреч, а также сводки главных отчетов по каждой встрече – см. сводки новостей 2019 и 2020 года.

Приводим цитату со страницы сайта Европейского Клинического СПИД Сообщества Стандарты помощи: «Обмен информацией о текущей ситуации в Европе на встречах создаст основу для создания общей платформы европейских стандартов, которых в настоящее время не хватает».

На Встрече 2022 года было заявлено о значительном прогрессе в создании этой платформы – финансируемого соглашения между Европейским Клиническим СПИД Сообществом (EACS) и Европейским Центром Контроля и Профилактики заболеваний (ЕЦКП) по проведению целого ряда мероприятий, а именно: аудитов, обучающих вебинаров и выпуск печатных ресурсов в течение последующих четырех лет, - что будет способствовать обобщению и улучшению стандартов оказания ВИЧ-специализированной помощи в Европе.



EACS уже работает над своими **клиническими рекомендациями**. Клинические рекомендации отличаются от стандартов помощи тем, в рекомендациях обобщаются «золотые стандарты» ухода, основанных на последних научных данных. Рекомендации могут предлагать альтернативные варианты терапии, например, при недоступности препаратов первого выбора, но не вдаются в местные практические особенности или индивидуальные методы работы клинических центров.

Уровень стандартных услуг отражает практическую сторону предоставляемой помощи, а не идеальный уровень.

Учитывая неизбежные ограничения услуг здравоохранения, которые могут зависеть от дефицита финансовых и кадровых ресурсов, препятствующей государственной политике или ее полного отсутствия, технических ошибок и трудностей в направлении и в удержании пациентов под наблюдением - на практике, как правило, рекомендации выполняются не полностью. Стандарты помощи формируют ориентиры и желаемые цели для сравнительной оценки фактического уровня предоставляемых услуг и предлагают подходы для их улучшения.

Ключевым методом в разработке рекомендаций является научное исследование; ключевым методом для усовершенствования стандартной помощи является аудит.

Аудитные проверки относятся не к исследованиям, а к методам, позволяющим отдельным врачам, клиникам, региональным или даже государственным системам здравоохранения сравнивать результаты своей работы с общепринятыми целями или друг с другом (со средним показателем). Важной частью аудита является проведение повторных аудитов, которые оцениваю уровень улучшения услуг после предыдущего аудита.

В 2019 году EACS осуществил первый шаг, выдвинув инициативу в проведении **первого в истории пилотного аудита** по качеству лечебно-профилактических услуг в сфере гепатитов в пяти странах. Однако, прогресс расширения масштабов аудита EACS приостановился в период КОВИД-пандемии, которая привела к перемещению персонала в сферу помощи при КОВИД-инфекции, к сокращению до минимума очных приемов врачей и изменению приоритетов лабораторной диагностики. Однако в прошлом году, с момента возобновления очных врачебных приемов и связанных с ними ВИЧ-специализированных услуг, EACS провел повторный аудит сферы услуг при гепатитах в четырех из пяти первоначально участвующих стран; повторный аудит выявил обнадеживающие результаты, которые мы приводим ниже.

Сотрудничество Европейского Клинического СПИД Сообщества (EACS) и Европейского Центра по Контролю и Профилактике заболеваний (ЕЦКП) в проекте «Стандарты помощи»

Еще одной выдающейся новостью стало сотрудничество между EACS и ЕЦКП, о котором было объявлено на этой встрече, что означает предоставление значительной финансовой поддержки инициативе EACS «Стандарты помощи». Это позволит значительно расширить масштабы аудиторской работы и связанной с этим деятельностью.

Теймур Нури (ЕЦКП) и Анн Салливан (EACS), сообщили о новом соглашении на Встрече этого года. Затем панель заседателей попросила участников встречи высказать свое мнение о приоритетных направлениях, на которых будет акцентироваться внимание во время планируемого четырехлетнего сотрудничества.

Разделы помощи – это обширные направления в сфере предоставления услуг. В случае пилотного аудита, основным направлением стало оказание помощи при ко-инфекции вирусного гепатита и ВИЧ. В рамках одного направления аудиты могут охватывать различные аспекты, такие как: лабораторные, клинические и психосоциальные - и могут оценивать качество предоставляемой помощи на различных уровнях, например, на уровне оказания первичной медицинской помощи, в амбулаторных отделениях или в неправительственных организациях (НПО).

Теймур Нури заявил, что в 2018 году проект был начат при партнерском сотрудничестве EACS, ЕЦКП и Центра Здравоохранения, Иммуитета и Инфекционных заболеваний Дании (СНIP) с тем, чтобы определить масштабы и направления аудиторских проверок по стандартам медицинской помощи.

Общие цели контракта заключаются в определении стандартов оказания ВИЧ-специализированной помощи и смежных

с ней услуг, в определении измеримых аудиторских результатов для стран ЕС / ЕЭЗ, и в разработке инструмента, который позволит проводить аудиты по выполнению стандартов на национальном, клиническом и региональном уровнях. Аудиторские стандарты будут простыми и немногочисленными - несколько стандартов по каждому направлению предоставляемых услуг. Аудит стандартов медицинской помощи выходит за рамки компетенции ЕЦКП, работа которого заключается в мониторинге и контроле за эпидемиологической ситуацией, однако EACS и ЕЦКП совместно примут решение о направлениях помощи, подлежащих аудиту. Затем EACS будет разработать аудиторские стандарты и проведет аудиты.

По результатам Встречи 2020 года стало ясно, что для расширения программы аудитов EACS потребуется финансирование; ЕЦКП предложил тендер на проведение аудита ВИЧ-специализированных услуг в Европе. Заявка EACS была принята, и две организации подписали соглашение всего за неделю до Встречи «Стандарты помощи».

Грант предоставлен на четыре года, что, по времени, будет достаточно для проведения аудитов по четырем различным направлениям, каждый из которых будет проводиться по аналогии с пилотным аудитом лечебно-диагностических услуг при вирусных гепатитах.

Наряду с проведением аудитов и ежегодных встреч по «Стандартам помощи» (которые в нечетные года будут совмещаться с конференцией EACS), проект «Стандарты помощи» будет распространять свою методику проведения аудитов среди других организаций. В рамках проекта будут проводиться вебинары и другие обучающие мероприятия по данным результатов аудитов. Несмотря на то, что аудиты проводятся без контрольной группы сравнения, их результаты могут быть опубликованы, что поможет пролить свет на различия в уровнях предоставляемых услуг в разных группах населения или в местных регионах. Теймур Нури отметил, что это может стать особенно полезным для изучения направлений, испытывающих дефицит научных данных, например, по здоровью мигрантов. Теймур Нури привел примеры направлений, пригодных для аудита, включая охват населения программами доконтактной и постконтактной профилактики (ДКП и ПКП); поздняя диагностика; постановка выявленных на учет и выход пациентов из-под наблюдения; мониторинг вирусной нагрузки; мониторинг и лечение сопутствующих заболеваний; помощь пожилым пациентам; дискриминация в медицинских учреждениях и за их пределами, и как это отражается на доступе и приверженности к терапии, например, ДКП, а также изучение качества жизни пациентов. Теймур также приветствовал и другие предложения.

Выступающий отметил, что участие ЕЦКП в этом проекте дает возможность включения в компетенции Центра составление ежегодных отчетов по Стандартам помощи и результатам аудитов в Европе со ссылкой на Цели Устойчивого Развития ООН (ЦУР ООН) в соответствии с Дублинской декларацией.

«Возможность проведения оценки уровня предоставляемой помощи по странам в сравнении с ЦУР ООН вызывает у стран нервозность и подталкивает их к действию», - отметил он.

Анн Салливан разъяснила, как может выглядеть каждый отдельный модуль аудита стандартов помощи. В каждый модуль аудита будет включаться краткое определение и обоснование проведения аудита уровня услуг по данному направлению; ряд «качественных заявлений» и предлагаемых критериев или целей, регулярно корректируемых согласно будущему прогрессу, и перечень более

конкретных результатов аудита.

Аудитная планка может быть установлена либо на низком уровне - в пределах уже предоставляемой помощи (на минимально-приемлемом уровне), или на высоком уровне - в качестве амбициозной задачи.

Если в качестве аудируемого направления взять, например, начальное обследование лиц с выявленной ВИЧ-инфекцией, постулат аудита будет заключаться в одном предложении, например: «Всеим пациентам необходимо своевременно проводить полное обследование и надлежащую ВИЧ-специализированную помощь...», а в качестве обоснования этого постулата - определение оптимального или минимально-приемлемого уровня медицинской помощи по Рекомендациям EACS. (Такие направления, как ко-инфекции и качество жизни пациентов могут обосновываться другими рекомендациями и руководствами.)

В перечень аудитных критериев в данном случае следует включать показатели лабораторного тестирования, клинического обследования и психологической поддержки, насколько это возможно по каждому направлению. В отношении новых пациентов, в качестве лабораторных критериев могут использоваться анализы крови на вирусную нагрузку, проводимые в определенные сроки; в качестве критериев клинического обследования - какие анализы и какое обследование было проведено; в качестве критерия психологической поддержки может использоваться доля пациентов, направленных в группы поддержки / равных консультантов и в течение какого времени с момента обращения.

Широкий спектр услуг в Европе делает важным разработку аудитов с гибкими критериями и возможностью их выбора. Уровни предоставляемой помощи могут зависеть не только от ресурсного снабжения, но и от структуры здравоохранения, культурных различий и от методов регистрации и кодировки заболеваний. Некоторые критерии должны отвечать специфическим особенностям стран, регионов или нуждам конкретной популяции населения, если вы хотите, чтобы они были актуальными и достижимыми. Другие критерии могут быть общеевропейскими.

По возможности аудиты должны использовать уже имеющиеся задокументированные данные, но надо учитывать, что иногда «отсутствующая» информация может

документироваться по-разному. Например, у вас есть какой-то легко достижимый критерий, например, тестирование вирусной нагрузки в течение определенного периода времени; как вы будете интерпретировать отсутствие анализа вирусной нагрузки у пациента, «вышедшего из-под наблюдения»? Как «данные отсутствуют», или как «анализ не проведен»? Это может сильно отразиться на конечных результатах аудита.

Цели должны изменяться в зависимости от их относительной степени достижимости. Например, по критерию проведения анализа CD4-лимфоцитов в течение 30 дней после постановки диагноза, имеется небольшое количество причин, по которым анализ может быть не проведен.

В то время как результаты аудита по другим критериям будут в большей мере зависеть от организационных проблем, например, количества свободных часов приема или наличия необходимых специалистов.

И наконец: какой метод обработки результатов и составления отчетов аудита будет наиболее полезным для клинических центров? Итоги аудита не обязательно должны выражаться в виде процента выполненных процедур по сравнению с рекомендуемым стандартом. Они могут быть представлены в виде четвертичного диапазона от 100% (например, попадает ли данная клиника по каждому заданному критерию в первые или в последние 25% клиник, или она находится ближе к середине). Или, особенно при повторных аудитах, результаты могут выражаться в виде перечня клиник, которым удалось улучшить уровень услуг по каждому отдельному критерию или в целом, на 10%.

Новые темы и предложения для сотрудничества

Участников встречи попросили выразить свою реакцию и предложения.

Некоторые темы и вопросы приводятся ниже:

- Участники в целом выразили надежду и воодушевление по отношению к проекту. Один из старших врачей-ординаторов отметил: «Аудиты особенно хороши в выявлении аспектов помощи, о которых вы даже и не подозревали. Например, во время проведения пилотного аудита, я понял, что в моей собственной клинике мы не проводили тестирование на вирусный гепатит Дельта».
- На сколько сильно усовершенствование услуг зависит от новых технологий и от качества услуг? Например, улучшение показателя вирусологического контроля зависело в одинаковой мере от использования лучших препаратов, лучших рекомендаций и частоты тестирования.
- Предложения по тематике аудитов включали такие направления, как, программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков, ИППП и услуги здравоохранения для мигрантов. В отношении последнего, один из врачей Центральной Европы сказал: «Война в Украине заставила нас осознать отсутствие единого мнения относительно перечня услуг для мигрантов, которые необходимо предлагать».
- Перед аудитом, возможно, было бы полезно спросить клиницистов их собственное мнение в отношении пробелов в оказании помощи. Это может нивелировать восприятие того, что цель аудита состоит в пристыдительном вынуждении клиницистов к улучшению своей работы.
- Будет ли пристыжение центров и стран являться стимулом к улучшению уровня услуг или это станет стимулом к скрытию недостатков? И должны ли цели быть относительно простыми или наоборот сложными для достижения? Большинство посчитало, что комбинация легкодостижимых и амбициозных целей может стать лучшим вариантом.
- В некоторых случаях, дефицит услуг связан с национальной политикой. Примером являются службы здравоохранения стран, которые до сих пор отказываются от финансирования программ доконтактной профилактики (ДКП). В этих случаях, возможно ли улучшить доступа к ДКП путем проведения аудита этой услуги в сравнении с другими странами? Или лучше провести кампанию по лоббированию изменений политики?
- С другой стороны, цели «90-90-90» по существу являлись аудиторскими межгосударственными критериями, которые, в некоторой степени, вынудили отстающие страны к изменению внутригосударственной политики и масштабов финансирования.
- Различные аудиторские направления могут быть взаимосвязаны, хотя проводить одновременный аудит по смежным направлениям сложно. Одним из примеров является страна, в которой пациенты не направляются в группы поддержки равных из-за высокого уровня дискриминации. Было обращено внимание на то, что на базе Европейской Комиссии была создана новая группа для изучения связи между дискриминацией и услугами общественного здравоохранения в сфере инфекционных заболеваний.

- Аналогично, аудиторская проверка подразумевает наличие многопрофильной централизованной модели оказания медицинской помощи, что часто не реально. Например, при повторном аудите помощи при гепатитах было выявлено, что ряд центров не знали, сколько пациентов прошли вакцинацию против вирусного гепатита А и В, так как для вакцинации пациенты направлялись в другие клиники.
 - Украинский участник Встречи подчеркнул, что во время войны украинская ВИЧ-специализированная служба была сохранена благодаря передачи многих ее функций в НПО и врачам, практикующим на их базе, поэтому, возможно, что в отношении предоставления некоторых услуг, при проведении аудитов также необходимо учитывать и НПО.
 - К аудиторским критериям, которые скорее всего приведут к изменениям, относятся те, которые одинаково важны как для отдельных пациентов, так и для общественного здравоохранения и политиков (например, подавление вирусной нагрузки).
 - Один из греческих участников Встречи заявил, что инерция правительства явилась настолько важным фактором в задержке усовершенствования уровня медицинской помощи в Греции и Юго-Восточной Европе в целом, что Греческое Сообщество ВИЧ-специалистов и инфекционистов, по сути, уже организовало свой собственный проект по стандартам помощи – «Hestia», для выявления и мониторинга пробелов в предоставлении услуг.
 - Было решено, что проект «Стандарты помощи» будет разрабатываться не только для врачей. С самого начала, важно привлекать к проекту людей, пользующихся медицинскими услугами, спонсоров и представителей директивных органов для проведения консультаций при разработке аудитных проектов.
- Эта дискуссия, вероятно, была самой важной и прогрессивной сессией на Встрече. Она наделила участников ощутимым чувством прогресса, хотя многие практические вопросы все еще нуждались в решении.
-

Повторный пилотный аудит

Сессия была объединена с презентацией результатов повторного аудита в сфере оказания помощи при вирусных гепатитах. По причине сохраняющихся КОВИД ограничений, повторный аудит был проведен только с участием 16 центров в четырех странах, вместо 23 центров в пяти странах.

Результаты были в целом обнадеживающими. Были выявлены значительные усовершенствования услуг, в частности: переход с ежегодного на 6-месячное обследование пациентов с признаками цирроза на наличие признаков рака печени; проведенный или запланированный курс терапии против ВГС у практически 100% пациентов; и значительное увеличение числа клиник, оценивающих риск и проводящих консультации для мужчин гомосексуальной и бисексуальной ориентации относительно хомосекса.

С другой стороны, не было выявлено улучшений в масштабе тестирования на вирус гепатита Дельта, наряду со странным снижением уровня тестирования ВГС-положительных пациентов на РНК ВГС – анализ необходимый для определения активности инфекции. Это может быть объяснено сохраняющимися последствиями перераспределения лабораторных ресурсов на тестирование КОВИД.

Как упоминалось выше, результаты повторного аудита также подтвердили, что некоторые данные могут трудно поддаваться интерпретации, если не учитывать особенности местной практики. Так, уровень охвата нуждающихся программами вакцинации против вирусного гепатита А и В, было трудно оценить в условиях, когда пациенты направлялись для вакцинации в другие службы – например, в учреждения первичной медицинской помощи.

И тем не менее, число пациентов с показаниями к вакцинации (особенно против вирусного гепатита А), но которые от нее отказались, было высоким даже после поправки данных с учетом направления пациентов в другие службы, и нуждается в дальнейшем расследовании.

С полным отчетом о повторном пилотном аудите услуг в сфере оказания помощи при гепатитах можно ознакомиться на сайте aidsmap.com.



Д-р Анн Салливан на Встрече Европейского Клинического СПИД Сообщества. Фото Бернарда де Кейзера.

Уникальная программа ликвидации гепатита в Грузии.

Вступительная презентация была предоставлена Профессором Тенгиз Церцвадзе, выполняющего роль Генерального директора Исследовательского Центра Инфекционных заболеваний, СПИД и Клинической Иммунологии (Тбилиси, Грузия).

Грузия стала примером того, как общенациональные усилия по стандартизации медицинской помощи может привести к мировому лидерству страны в успешной ликвидации вирусного гепатита С - весомой проблемы общественного здравоохранения. В отношении ВИЧ-инфекции, Грузия все еще выполняет задачи «90-90-90», что в конечном итоге будет означать, что 73% всех ВИЧ-инфицированных лиц в стране достигнут адекватного уровня подавления вирусной нагрузки. Фактически, 66% всего ВИЧ-инфицированного населения Грузии имеют неопределяемую вирусную нагрузку, при этом среди женского населения Грузии этот показатель уже перевыполнен и составляет 74%. Среди представителей обоих полов, тестирование на ВИЧ продолжает тормозить прогресс к достижению 90% цели (в стране до сих пор выявлено только 83% из всех ВИЧ-инфицированных лиц).

По оценкам, в Грузии проживает 8100 человек с ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции на душу населения приблизительно на 50% выше, чем в Великобритании, где насчитывается почти 100 000 тысяч ВИЧ, что в 18 раз выше общей численности населения Грузии. Число новых случаев ВИЧ-инфекции достигло своего пика в 2016 году (719 новых диагнозов), но снизились до 530 случаев в прошлом году (на 21%).

Однако число случаев позднего выявления ВИЧ-инфекции не уменьшилось; представители этой группы, многие из которых, возможно, были ВИЧ-инфицированными на протяжении многих лет до установления диагноза, и могут быть причиной продолжающейся заболеваемости. В 2017 году в Грузии была

начата программа доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ДКП ВИЧ), в которую изначально обратилось 17 человек; в 2021 году число пользователей ДКП увеличилось до 792 человек, и очевидно, что масштабы программы нуждаются в дальнейшем расширении.

Во время пандемии COVID, число новых случаев ВИЧ-инфекции снизилось, возможно, по причине 12%-снижения масштабов тестирования. Еще больше настораживает тот факт, что число пациентов, начинающих прием ВААРТ, сократилось на 24%.

Число ВИЧ-инфицированных лиц с положительным анализом на поверхностный антиген вируса гепатита В составляет 5,4%, при этом только у 2,06% наблюдалась активная форма вирусного гепатита В, что немного ниже этого показателя среди общего населения (2,7%). При появлении неограниченного доступа к тенофовиру в 2011 году, доля активной инфекции сократилась до 0,24%. 92% ВИЧ-инфицированных лиц прошли вакцинацию против ВГВ.

Распространенность вирусного гепатита С резко сократилась среди ВИЧ-инфицированного и ВИЧ-негативного населения. План по достижению целей «90-95-95» к 2025 году заключается в выявлении 90% лиц с активным ВГС, в проведении лечения 95% выявленных лиц, и в достижении 95%-уровня излечиваемости – другими словами, чуть более 81% всех людей с активным ВГС будут вылечены.

В отношении ВГС-инфекции, наряду с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, Грузия приняла решение провести интенсивную национальную программу методом подворного скрининга населения («от двери к двери»); профессор

Церцвадзе сказал, что, насколько ему известно, эта инициатива была уникальной. Кроме того, в Грузии используется программа активного поиска и отслеживание контактных лиц. Лечение ВГС было передано в национальную сеть 96 местных клиник первичной медицинской помощи; для сравнения, если бы численность населения Грузии была одинаковой с Великобританией - было бы 1250 клиник.

На сегодняшний день, две трети населения страны (2,5 миллиона из 3,7 миллионов) прошли тестирование на антитела к ВГС. Среди них было выявлено 152 302 положительных случаев, но только 98 725 были РНК-положительными (т.е. имели активную форму хронического ВГС), из них 75 045 человек (76%) прошли по крайней мере один курс противовирусной терапии, при этом 99% из них считаются вылеченными. Однако, только 55 803 человек, завершивших курс терапии, прошли контрольное тестирование для подтверждения устойчивого вирусологического ответа, то есть только у 56% пролеченных факт излечения подтвержден.

Доля лиц с положительным анализом на РНК ВГС снизилась с 5,4% в 2015 году до 1,8% в прошлом году. В каскадном алгоритме лечебно-диагностической программы ВГС

в Грузии, потенциал лечебного этапа еще не полностью реализован, так как лечение проведено не всем лицам, которым показана терапия, что привело бы к еще большему сокращению числа лиц с ВГС.

В отношении лиц с ВИЧ / ВГС ко-инфекцией, по оценкам, численность пациентов с положительным ВГС РНК анализом (с хроническим течением гепатита С) снизилась с 1811 примерно до 274 человек, которые до сих пор являются РНК-положительными. Таким образом среди ВИЧ-инфицированного населения удалось достичь более значительного сокращения численности ВГС РНК-положительных лиц (на 85%) по сравнению с 76% среди общего населения.

Профессор Церцвадзе отметил, что Министерство здравоохранения Грузии получило несколько наград - в частности, от Европейской ассоциации исследователей заболеваний печени (EASL) - эквивалента EACS в сфере гепатитов - за успешное проведение программы ликвидации ВГС.

Следующим шагом будет проведение аналогичного национального проекта по тестированию и вакцинации против вирусного гепатита В, что позволит сократить заболеваемость ВГВ среди общего населения до уровня, аналогичного ВИЧ-инфицированному населению.

Программы доконтактной профилактики (ДКП) в Центральной Европе

Влиянии стигмы на доступ к ДКП было продемонстрировано в выступлении д-ра Бартош Шетела из Польского Вроцлавского Медицинского Университета.

«Число лиц, имеющих доступ к доконтактной ВИЧ-профилактике в большинстве стран Центральной Европы (регионе, в котором в 2010-ых годах наблюдался огромный скачок уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди мужчин гомосексуальной и бисексуальной ориентации) по-прежнему варьирует от нескольких десятков до сотен человек, при отсутствии каких-либо признаков немедленного улучшения этой ситуации,» - сказал он.

Д-р Шетела заявил, что противоречивые рекомендации, ограниченный доступ и отсутствие профессиональной подготовки персонала стали барьерами для развертывания ДКП-программ в регионе должным образом.

Группа исследователей под руководством д-ра Шетела начали проводить опрос среди венерологов и общественных активистов в Центральной Европе. На сегодняшний день исследователям удалось получить

информацию из Литвы, Польши, Чехии, Словакии, Венгрии, Словении, Румынии и Болгарии, и ожидается включить в опрос и другие страны.

Считается, что Польша имеет самый высокий уровень охвата населения ДКП в Центральной Европе, насчитывающий около 5000 человек. Это также означает самый высокий уровень охвата в пересчете на душу населения - один пользователь ДКП на каждые 7560 населения. В Венгрии число лиц, пользующиеся ДКП составляет 1000 человек, а в Чехии – около 800. Болгарские врачи и активисты насчитывают 410 пользователей ДКП, практически все из которых получают ДКП-препарат в одной и той же клинике в Софии. Словения насчитывает около 200 человек, пользующихся ДКП, а Словакия - 60. Литовские и румынские активисты не имеют никакого представления о числе пользователей ДКП в их странах.



Д-р Бартош Шетела на Встрече «Стандарты помощи». Фото Бернарда де Кейзера.

Доступ к ДКП зависит от многих факторов. Министерские рекомендации по предоставлению услуг ДКП существуют в Чехии, Польше, Словении и Словакии. В ближайшее время рекомендации по ДКП будут выпущены в Болгарии, в Румынии их ожидается получить в ближайшие годы, однако Венгрия и Литва не проявляют никаких намерений к разработке ДКП рекомендаций.

В Польше доступ к ДКП стал повышаться после появления на рынке в 2017 году дешевого дженерика «тенофовир дизопроксил/эмтрицитабин». С тех пор в Польше появилась целая сеть ДКП-клиник, которые стали центрами лечения ИППП, предлагающими бесплатное тестирование и наблюдение.

Однако дешевизна препарата и бесплатные услуги не гарантируют доступ к профилактике. По результатам опроса, во всех странах, принявших участие в опросе, за исключением трех - Болгарии, Чехии и Румынии - ДКП-препарат теоретически должен быть доступен бесплатно в сети учреждений общественного здравоохранения; в Румынии, Словении и Польше - через сеть ВИЧ-специализированных клиник и центров по лечению ИППП, а в Литве - через врачей-специалистов.

Но на практике, наличие ограничений в доступе к бесплатному препарату или связанного с этим тестированию и трудности в доступе к симпатизирующим врачам — все это означает, что за исключением Словении, мало кто получает ДКП бесплатно, большинство людей вынуждены платить какую-то сумму.

«Однако самым большим барьером для расширения программ ДКП является стигма со стороны медицинского персонала,» - сказал доктор Шетела. Участники опроса почти во всех странах говорили о стигме со стороны медперсонала, особенно со стороны врачей старшего поколения. Это означает, что большинство людей, обращающихся за ДКП в учреждения за пределами больших городов, вероятнее всего вместо препарата получают лекцию о поведении.

Доктор Шетела призвал медицинские ассоциации принять твердые планы по предоставлению ДКП-услуг и провести прогностический анализ экономической эффективности ДКП, чтобы доказать осуществимость этой программы в их стране. Сравнив уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди пользователей ДКП с заболеваемостью среди всей популяции мужчин гомосексуальной и бисексуальной ориентации, позволило группе исследователей доктора Шетелы оценить, что ДКП-программы предотвратили 285 новых случаев инфекции. Это означает, что уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Польше был бы на 20% выше без настоящих программ ДКП.

Однако этого недостаточно: с учетом настоящего уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией, подсчитано, что в Польше для снижения заболеваемости до уровня, указанного в Целях Устойчивого Развития ООН, необходимо обеспечить ДКП 27 000 человек, подвергающихся риску ВИЧ-инфекции.

Д-р Шетела подчеркнул, что эти проблемы характерны не только для Центральной Европы.

«В Нидерландах введено ограничение на максимальное число лиц, которые могут получить ДКП» - сказал он. - «В Португалии такого ограничения нет, хотя дефицит персонала привел к формированию годовой очереди на прием к специалисту, что делает бессмысленной идею доступа к ДКП в «рискованный» период».

«Боюсь, что европейские политики используют сложившуюся экономическую ситуацию в качестве оправдания для еще большего снижения доступа к ДКП» – сказал он. - «Нам нужна более сильная, общеевропейская политическая стратегия по обеспечению доступа к ДКП по всей Европе».

Полный отчет по опросу в сфере доступа к ДКП-программам в Центральной Европе - на сайте aidsmap.com.

Стигма: опрос Европейского центра контроля и профилактики заболеваний (ЕЦКП)

ЕЦКП непосредственно занялся проблемой дискриминации. Предварительные результаты опроса, разработанного ЕЦКП при сотрудничестве с Европейской Группой Лечения СПИД, Европейским СПИД Движением и Британским Национальным СПИД Фондом, показывают, что ВИЧ-инфицированные жители Европы подвергаются дискриминации и стигме так же часто, как и десять лет назад.

Это в большей мере относится к дискриминации в медицинских учреждениях, которая вызывает у пациентов выраженное чувство страха, как никогда раньше.

Опрос также выявил строгую связь между состоянием здоровья пациента и стигмой. Лица, оценивающие состояние своего здоровья как «плохое» или «очень плохое» подвергались угрозам, словесному и физическому оскорблению со стороны членов семьи или друзей, или исключались от участия в семейных мероприятиях в два раза чаще, чем лица с «хорошим» состоянием здоровья.

Теймура Нури заявил на Встрече: «Мы не можем эффективно бороться с дискриминацией без ясного представления её масштабов и механизмов действия».

В период с ноября 2021 по январь 2022 года, в опросе приняло участие 3272 человек с ВИЧ в 54 странах.

На первый вопрос «Стыдятся ли опрошенные своего ВИЧ-статуса?», и на второй «Понижает ли ВИЧ-статус чувство самооценки?» - 27-28% дали утвердительный ответ на оба вопроса, 45-49% дали отрицательный ответ.

Но на вопрос «Трудно ли говорить о своем ВИЧ-статусе с другими?» пропорция утвердительных и отрицательных ответов поменялась: 57% ответили, что им было «трудно» или «очень трудно» говорить о своем статусе, в то время как 24% сказали, что они не испытывали таких трудностей.

Чувство изоляции по причине ВИЧ-инфекции возникало у 17% опрошенных, которые заявили, что они не сообщили о своем статусе никому из своих друзей. 19% не говорили о своем статусе со своими половыми партнерами (настоящими или бывшими) и 26% не сообщили о своем статусе никому из родственников.

На вопрос «Испытывали ли они на себе негативную реакцию со стороны окружающих по причине своего ВИЧ-статуса?», 24% опрошенных сказали, что они отвергались друзьями, 17% испытывали угрозы, словесное или физическое унижение со стороны полового партнера, 16% - дискриминирующие замечания или сплетни со стороны родственников, 15% - шантаж со стороны знакомых, 11% - угрозы и унижение со стороны родственников, и 10% исключались от участия в семейных мероприятиях.

Одним из наиболее показательных выводов опроса стал тот факт, что опрошенные считали, что в течение последнего года они подвергались дискриминации с такой же вероятностью, как и более десяти лет назад.

Выявлялась строгая связь между стигмой и состоянием физического здоровья. Лица, оценивающие свое здоровье как «плохое» или «очень плохое», отвергались друзьями, подвергались негативным сплетням в семье, угрозам или унижению со стороны партнера на 50-70% чаще, чем лица, оценивающие свое здоровье как «удовлетворительное».

А в сравнении с лицами, оценивающими состояние своего здоровья как «хорошее» или «очень хорошее», они подвергались негативным реакциям со стороны окружающих в 3-4 раз чаще.

Участников опроса также спрашивали о стигме в медицинских учреждениях. Было выявлено, что уровень ожидаемой дискриминации в медицинских учреждениях оставался на таком же высоком уровне, как и раньше. Например, 56% ВИЧ-инфицированных лиц беспокоились, что работники здравоохранения будут относиться к ним по-другому, чем к другим, 45% испытывали страх при обращении за некоторыми услугами, и 36% активно избегали эти услуги. Случаи опосредованной дискриминации встречались реже, хотя треть опрошенных стали свидетелями случаев дискриминирующего отношения медработников по отношению к другим ВИЧ-инфицированным лицам (11% в течение последнего года), 29% слышали дискриминирующие замечания или сплетни (9% в течение последнего года), и 23% столкнулись с фактом задержки в предоставлении помощи или с сокращением ее объема (7% за последний год).

ЕЦПК проведет дополнительный опрос среди работников здравоохранения, с фокусом

на профессиональную подготовку (или ее отсутствие) в отношении ВИЧ-инфекции, на чувстве опасения заражения ВИЧ-инфекцией и избегании ВИЧ-инфицированных, на отношении к ВИЧ-инфицированным лицам и представителям ключевых групп риска, а также на политической и стратегической обстановке, в которой работает медицинский персонал.

В то же время, по данным небольшого опроса, проведенного недавно в Ирландии, в котором, главным образом, приняли участие медицинские работники, не являющиеся специалистами в сфере ВИЧ-инфекции, несмотря на то, что 83% опрошенных заявили о своей осведомленности о принципе «Н=Н» (Неопределяемый=Неконтактный) и о стратегии раннего назначения терапии ВИЧ-инфицированным лицам с целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции, 40% сказали, что они испытывают чувство опасения при заборе крови у ВИЧ-инфицированных пациентов. Многие из них прибегали к излишним мерам предосторожности, например, к использованию перчаток или даже двух пар перчаток при контакте с ВИЧ-инфицированными пациентами.

Полный отчет об опросе по проблемам стигмы и дискриминации - на сайте aidsmap.com.



Выступление Теймура Нури на Встрече. Фото Бернарда де Кейзера.

Другие презентации

В этот отчет включены не все презентации, прозвучавшие на встрече «Стандарты помощи». Д-р Милош Парцевски из Университетской больницы Щецина в Польше предоставил информацию о ВИЧ-инфекции среди украинских беженцев в Польше. Он также предоставил свой отчет на Конференции ВИЧ Глазго, обзор новостей с которой опубликован на сайте организации «aidsmap».

В этот отчет включены не все презентации, прозвучавшие на встрече «Стандарты помощи». Д-р Милош Парцевски из Университетской больницы Щецина в Польше предоставил информацию о ВИЧ-инфекции среди украинских беженцев в Польше. Он также предоставил свой отчет на Конференции ВИЧ Глазго, обзор новостей с которой опубликован на сайте организации «aidsmap».

Польша – страна, принимающая наибольшее число украинских беженцев. Учитывая то, что распространенность ВИЧ-инфекции в Украине в десять раз выше, чем в Польше, ожидалось, что около 8000 беженцев будут нуждаться в услугах ВИЧ-специализированной помощи. До сих пор за помощью обратилось только 2500 человек. Несмотря на то, что это привело к повышению общего числа ВИЧ-инфицированных лиц в Польше на 16%, это все же намного ниже ожидаемого

прогноза. Милош Парцевский отметил, что многие беженцы боятся обращаться за ВИЧ-специализированной помощью по причине страха раскрытия своего статуса перед приютившими их хозяевами. Также возможно, что некоторые беженцы периодически возвращаются домой для посещения ВИЧ-специализированных клиник.

Эта ситуация может измениться по мере продолжения войны, когда украинские беженцы будут иммигрировать в более удаленные, чем Польша, страны.

В первый день работы Встречи были представлены интересные справочные материалы по рекомендациям и предоставлению услуг, а также новая информация об обезьяньей оспе.

Подробная информация о Встрече EACS «Стандарты помощи» 2022 - на сайте [EACS](#) и в [научной программе Встречи](#).



Д-р Милош Парцевски на Встрече «Стандарты помощи». Фото Бернарда де Кейзера.

Produced by NAM aidsmap for the European AIDS Clinical Society

nam aidsmap



EACS European
AIDS Clinical Society



**EACS STANDARD
OF CARE**

for HIV and COINFECTIONS in Europe

