

# Европейское клиническое СПИД сообщество (EACS)

Встреча 2024 года «Стандарты помощи при ВИЧ-инфекции и ко-инфекциях в Европе»

Афины, Греция  
16-17 октября 2024 года



**EACS** European  
AIDS Clinical Society



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

# Содержание

---

- 3** Введение
- 5** Как стандарты и аудиты работают
- 6** Процесс разработки аудитов по тестированию и доконтактной профилактике (ДоКП)
- 9** В процессе разработки аудиты по лечению, пренатальному скринингу и сопутствующим заболеваниям
- 11** Раздельные группы и назревающие проблемы
- 14** Греция и Турция - центральные страны в глобальной борьбе с ВИЧ
- 15** Барьеры лечения в Греции
- 18** Барьеры к доступу к ВИЧ-услугам в Турции
- 20** К более координированным услугам сексуального здоровья
- 21** Многие медицинские работники в Европе не знают простых фактов о ВИЧ-инфекции
- 24** Больше данных об иммигрантах в Европе
- 26** Украинцы в Польше
- 28** Ухудшится ли ситуация среди европейских иммигрантов?



Это интерактивный документ. Все номера страниц на странице содержания кликабельны. Вы также можете нажимать на ссылки в документе, чтобы перейти на соответствующие веб-страницы.

# Введение

---

Европейское клиническое СПИД сообщество (EACS) является профессиональной ассоциацией медицинских ВИЧ-специалистов в Европе.

С 2014 года EACS проводит двухгодичные встречи по Европейским Стандартам помощи при ВИЧ- и коинфекциях (а в промежуточные годы между встречами - обучающие семинары на конференциях EACS) с целью разработки общих стандартов оказания клинической помощи при ВИЧ по всей Европе. Два года назад EACS объявила о сотрудничестве с Европейским центром по профилактике и контролю заболеваний (ECDC) для создания стандартов ВИЧ-специализированной помощи в Европе и с целью проведения аудитов в качестве метода контроля их воплощения. 16 - 17 октября 2024 EACS и ECDC провели совместную встречу в Афинах (Греция), чтобы обсудить прогресс сотрудничества в области разработки стандартов ухода, а также обсудить несколько проблем, возникающих на пути к достижению единых стандартов, а именно: различия структур систем здравоохранения стран, миграция населения и дискриминация.

Тимур Нури (ECDC) заявил на встрече, что начало проекта «Стандарты помощи» была продиктована «... наличием огромных различий в предоставлении ВИЧ-специализированных лечебно-профилактических услуг в Европейском регионе ВОЗ...». (Несмотря на то, что ECDC не несет прямой ответственности за страны, не входящие в Европейский Союз, консультативная и вспомогательная роль ECDC позволяет EACS вовлекать эти страны в проект.)

Цель проекта заключается не в разработке рекомендаций. В рекомендациях отражается оптимальный уровень лечебно-профилактических мероприятий, который определяется по данным научных исследований. Задача проекта «Стандарты помощи» состоит в достижении соглашения в отношении минимального уровня стандартов, к которым следует стремиться с учетом социально-экономических, структурных, правовых и культурных различий и ограничений как между регионами и странами, так и внутри отдельных стран.

Важно учитывать, что при разработке Стандартов помощи они должны быть конкретными (измеримыми, контролируемыми). Это позволит осуществлять сбор данных об уровне проводимых ВИЧ-специализированных услуг в странах, регионах и отдельных ВИЧ-специализированных службах по каждому контрольному показателю (с количественной целью). Это позволит сравнивать уровень предоставляемой помощи по странам и службам, а при повторном проведении аудитов позволит сравнивать годовые изменения показателей. Результаты аудитов помогут определить и инициировать процесс усовершенствования услуг в сферах с субоптимальными показателями и даже предложить новые подходы по доставке услуг.

С целью контроля показателей стандартов, они должны быть простыми, лаконичными, практичными и по возможности применимыми ко всем странам. Процесс разработки таких показателей является сложной задачей, чему и посвящалась важная часть этой встречи.

---

# Как стандарты и аудиты работают

Европейские стандарты помощи в целом охватывают 12 направлений или сфер оказания ВИЧ-специализированных услуг, и в 2022 году было заявлено, что к 2026 году у нас должно быть достаточно времени для разработки и проведения аудита по крайней мере 4 из этих направлений. На сегодняшний день полностью разработаны аудиты по двум направлениям - тестированию и доконтактной профилактике (ДоКП), и наша цель - в проведении аудитов по этим направлениям в начале следующего года.

С учетом различных государственных и проектных возможностей, страны принимают решение о том, в каких аудитах они участвуют. Например, Польша, Италия, Хорватия, Бельгия и Испания либо уже провели, либо начали аудиторскую проверку уровня услуг в сфере доконтактной профилактики (ДоКП). Франция, Эстония и Греция заявили, что они возможно последуют их примеру, в то время как Грузия, Германия, Венгрия и Румыния собирают отзывы заинтересованных сторон об осуществимости аудита.

Проводится работа по разработке стандартов помощи по трем другим направлениям - антиретровирусная терапия, лечение и профилактика сопутствующих заболеваний, а также скрининг на ВИЧ и другие заболевания в дородовом периоде.

Среди оставшихся семи направлений: старение и ВИЧ, психическое здоровье, постконтактная профилактика (ПостКП), стигма, направление и постановка пациентов на учет, соответствие помощи нуждам пациентов, и поддержание оптимального уровня вирусной нагрузки. Некоторые из этих направлений пересекаются. Например, стандарты в сфере сопутствующих заболеваний также включают в себя проведение скрининга на наличие симптомов депрессии и невроза. А относятся ли мероприятия, проводимые в отношении пациентов, выпавших из-под наблюдения, частью аудитов в сфере учетности пациентов или оптимальной поддержки вирусной нагрузки?

Большая часть встречи была посвящена изучению этих комплексных вопросов с учетом опыта разработки аудитов по первым пяти направлениям. Бывший президент EACS профессор Юрген Рокстрох выразил оптимизм в том, что семь аудитов будут полностью разработаны к 2026 году.

Он подчеркнул, что аудиту могут подвергаться не только направления клинической практики, и не обязательно должны проводиться полностью или главным образом клиническим персоналом. Аудитам могут подвергаться национальная политика и стратегия, а также государственные рекомендации в сфере оказания ВИЧ-специализированных услуг населению; в этом случае источником данных для аудитов будут документы, отражающие текущую стратегию и политику. Другими источниками данных аудитов могут быть национальные или интернациональные базы данных, результаты наблюдений, проводимых местными органами власти, неправительственными организациями (НПО) или отдельными представителями общества. Даже на уровне клинических центров, при сборе необходимых данных необходимо ответить «да/нет» на бинарный вопрос (например, «Предоставляете ли вы вакцину против гепатита В?»). В то время как для ответов на некоторые вопросы возможно потребуются ревизия медицинских карт и историй болезни, для ответов на другие вопросы это будет необязательным.

# Процесс разработки аудитов по тестированию и доконтактной профилактике (ДоКП)

**Д-р Милош Парчевски, вице-президент EACS, изложил кропотливый процесс разработки каждого качественного постулата и каждого стандарта.**

ECDC предоставляет рекомендации о том, что может быть классифицировано в качестве постулатов, и выступает в роли окончательного рецензента. Основная группа, сформированная независимо от авторской группы, помогает авторской группе координировать ее деятельность и оказывает постоянную поддержку.

Исследователь (часто аспирант) анализирует существующую базу фактических данных в отношении стратегий государства и системы здравоохранения, клинические рекомендации и инструкции. В это время, авторская группа решает, какие аспекты предоставляемых услуг необходимо сформулировать в виде качественных постулатов, кому из авторской группы поручить работу над определенными постулатами, и следует ли к этому привлекать внешних специалистов. Этот рабочий процесс и методология представляется консультативному совету. Только после этого авторская группа, разделившись на рабочие группы, начинает формулировать качественные постулаты и связанные с ними аудиторские показатели. Затем авторская группа решает, какие стандарты будут использованы в аудите: некоторые стандарты могут быть непрактичными для аудита, могут применяться только к отдельным странам, или дублируют стандарты в других сферах услуг.

Окончательный проект затем представляется консультативно-наблюдательному совету ECDC, а затем на следующей встрече по «Стандартам помощи».

Д-р Парчевский рассказал о том, как контролируемые показатели могут быть «созданы ретроспективно» из желаемого индикатора, который нелегко измерить количественно. Например, конечным желаемым показателем эффективной работы ДоКП является снижение ВИЧ-заболеваемости среди группы населения, принимающей ДоКП.



Доктор Милош Парчевский. Фото: Александрос Ветулис

Однако эти данные редко доступны для конкретных групп населения, а при снижении ВИЧ-заболеваемости, зачастую трудно выделить одну причину.

Промежуточным желаемым показателем может быть процент охвата ДоКП в каждой конкретной ключевой группе населения - мужчины гомосексуальной или бисексуальной ориентации или трансгендерные женщины в группах с высоким уровнем пораженности населения. Однако для получения осмысленных результатов такого аудита будет необходимо одновременно оценивать уровень приверженности к приему ДоКП, наряду с ее рецептурным назначением, что трудно количественно измерить.

Возможно, что более целесообразным для аудита будет проведение количественной оценки доли представителей в каждой ключевой группе, которым ДоКП предлагалась.

Это классифицируется как «результат процесса», который не зависит от поведения пользователей (их приверженности к приему препарата), но который во многих случаях может быть оценен непосредственно по данным клинических записей. Этим оценивается уровень доступа, а не результат доступа к профилактике.

В некоторых ситуациях даже эту информацию может быть нелегко получить, например, в странах со значительным объемом ДоКП, назначаемой частными врачами. В таких условиях будет возможно оценить только «системный результат», а именно - доступность ДоКП в стране в целом, или возмещение расходов на ДоКП на местном уровне. Возможно, что такой показатель будет самым простым для аудита, но он будет самым удаленным показателем от конечного желаемого результата.

Доктор Дорте Рабен из **Копенгагенского Исследовательского центра «СНП»** объяснил, что по каждому направлению услуг разрабатывается набор качественных утверждений (постулатов). Например, для аудита сферы ВИЧ-тестирования таким постулатом является: «Всем ВИЧ-инфицированным желательно знать о своем статусе, чтобы получить своевременный доступ к лечебно-профилактическим услугам».



Сопредседатели EACS Доктор Кристиана Опря (Румыния) и Доктор Энн Салливан (Великобритания).  
Фото: Александрос Ветулис

Такие утверждения подразумевают наличие ряда контрольных показателей, которые могут или не могут поддаваться количественной оценке на практике, что зависит от условий страны. Данный постулат подразумевает наличие таких показателей, как:

- доля ВИЧ-инфицированных лиц, осведомленных о своем ВИЧ-статусе;
- доля ВИЧ-инфицированных лиц, выявленных на поздних стадиях (число CD4 лимфоцитов ниже 350) или очень поздних стадиях (CD4 ниже 200);
- средняя продолжительность времени после постановки диагноза до начала приема АРВТ.

Эти показатели объединяются с целевыми уровнями, устанавливаемыми авторской группой. Так, в отношении первого показателя целевой уровень составляет 95%, что соответствует задаче ЮНЭЙДС 95-95-95; оценка текущего показателя в отдельной стране может быть проведена по данным государственных систем надзора.

Целевым уровнем второго показателя является 2% снижение доли случаев инфекции, выявленных на поздних и очень поздних стадиях. Обратите внимание, что результат по данному показателю может быть установлен только с помощью, по крайней мере, двух последовательных аудитов. Данный показатель может быть оценен либо по данным общенациональной базы данных, или только на уровне клинических центров.

Третий показатель, скорее всего, будет оцениваться по данным клинических центров, вместо национальной базы данных. Контрольным показателем в этом случае является «Доля выявленных пациентов, посещающих прием ВИЧ-специалиста в течение двух недель после выявления ВИЧ», и целевой уровень по данному показателю составляет 90%.



# В процессе разработки аудиты по лечению, пренатальному скринингу и сопутствующим заболеваниям

На встрече были также представлены аудиты по трем направлениям, которые находятся в процессе разработки.

Д-р Хуан Амброзини из Барселонской Клинической больницы предоставил результаты работы над аудитом по ВИЧ-терапии. Авторская группа состоит из шести клиницистов, двух экспертов общественного здравоохранения и представителя общества.

Данное направление оказания помощи была разделена на семь секций:

- доступ к антиретровирусной терапии (АРВТ);
- предварительные исследования перед началом АРВТ;
- начало АРВТ;
- доступ ключевых групп населения к АРВТ;
- услуги общественных организаций и сообществ, включая поддержку равных консультантов, психическое здоровье, социальную работу и т.д.;
- мониторинг и поддержка лиц с определяемой вирусной нагрузкой на фоне проводимой АРВТ;
- мониторинг лиц с неопределяемой вирусной нагрузкой.

В рамках этих семи направлений было сформулировано 24 качественных постулата и связанные с ними показатели, включая факт наличия или отсутствия демографических данных в отношении населения с ВИЧ-риском, виды предварительного исследования и тестирования перед началом АРВТ, и частота наблюдения за лицами с

определяемым уровнем вирусной нагрузки.

Доктор Амброзини заявил, что в этой области оказания услуг было особенно трудно отделить стандарты оказания помощи от рекомендаций, так как они часто тесно связаны (например, при выборе терапии первой линии). В других случаях, однако, практика отличалась по странам или даже по клиническим центрам (например, по частоте тестирования вирусной нагрузки у лиц со стабильно-неопределяемым уровнем).

При разработке аудита в сфере проведения дородового скрининга авторы столкнулись с интересной проблемой. Д-р Аннет Хаберль из ВИЧ-центра Франкфуртского университета показала брошюру «Das Mutterpass», выпущенную для беременных женщин в Германии и Австрии, в которых приводится перечень всех исследований и анализов, которые они могут ожидать при посещении женской консультации. Другие страны выпускают для женщин подобную литературу.

Таким образом, мониторинг здоровья беременной женщины матери и развития плода уже является предметом стандартов ухода, и не существует большого числа дополнительных тестов, которые необходимо проводить беременным ВИЧ-инфицированным женщинам.

Более того, большинство дородовых анализов проводится акушерами-гинекологами, а не ВИЧ-специалистами.

Возникает вопрос: «Можно ли привлекать других специалистов к проведению аудита ВИЧ-специализированной помощи?».

Такой же вопрос возник в сфере аудита услуг медицинской помощи при сопутствующих заболеваниях, предоставленным Юргеном Рокстрохом. Раздел сопутствующих заболеваний занимает 40% объема Рекомендаций EACS, и основной задачей авторской группы было свести эти рекомендации к небольшому числу контролируемых стандартов, за которыми особенно важно вести наблюдение среди ВИЧ-инфицированных лиц.

На сегодняшний день авторская группа состоит из шести ВИЧ-специалистов, одного эксперта общественного здравоохранения и двух представителей общества, хотя профессор Рокстрох сказал, что дополнительное число представителей будет приветствоваться. Группа также пригласила специалистов из других медицинских областей, чья экспертиза была особенно необходима: один онколог, психиатр и два гериатра, также психолог с опытом работы в области психических и нейрокогнитивных расстройств.

Авторская группа столкнулась с несколькими проблемами. Одна из которых заключалась в формулировке простых качественных постулатов, вместо простого цитирования рекомендаций. Так же как и авторы аудита в сфере дородового скрининга, у них возник аналогичный вопрос: «Будут ли другие специалисты, такие как: онкологи или кардиологи -, рады участвовать в аудите ВИЧ-специализированных услуг?»

Другая проблема заключалась в том, что некоторые анализы при сопутствующих заболеваниях обычно проводятся в качестве базовых тестов после выявления ВИЧ-инфекции. Должны ли они включаться в аудиты сферы ВИЧ-терапии?

В конечном итоге, группе удалось свести направление сопутствующих заболеваний к пяти темам:

- **Сердечно-сосудистая система:** качественный постулат затронет исходную оценку сердечно-сосудистого риска, оценку риска курения, а также регулярный анализ ИМТ и давления крови.
- **Злокачественные опухоли:** качественный постулат затронет скрининг на рак шейки матки, анальный рак (среди представителей гомосексуальной, бисексуальной ориентации и транссексуалов), рак кишечника (в возрасте 50 - 80 лет) и рак печени (при наличии цирроза печени).
- **Психическое здоровье:** ежегодный скрининг пациентов на наличие симптомов депрессии и невроза, расстройства сна и оценка употребления наркотиков и алкоголя.
- **Старение:** оценка функциональной и физической способности пациентов, нейрокогнитивной функции и регулярные обзоры принимаемых лекарств для предупреждения полипрагмазии и лекарственного взаимодействия.
- **Другие заболевания:** скрининг функции почек, печени, минеральной плотности костей и риска переломов, а также тестирование функции легких у лиц с респираторными симптомами.

Группа решила, что вместо попыток привлечь других специалистов к аудиту ВИЧ-специализированных услуг, они разработают всеобъемлющие качественные постулаты и набор показателей, которые будут охватывать налаживание и поддержание стандартных путей направления пациентов к этим специалистам и прием пациентов от них.

# Раздельные группы и назревающие проблемы

Участники встречи разделились на три группы для обсуждения путей применения стандартов в различных странах и регионах.

Одна группа включила в себя представителей Греции и Турции, вторая - представителей других стран Центральной и Восточной Европы, а третья - представителей стран Западной Европы.

Несмотря на региональные различия, отзывы раздельных групп были достаточно однородными и емкими. Представители разделенных групп работали над следующими вопросами: Каким образом они будут применять стандарты в своей стране? Какие барьеры могут возникнуть? И что они бы сделали для их преодоления? В ходе групповых дискуссий были выделены следующие аспекты:

- **Взаимодействие с Министерством здравоохранения.** Представители большинства стран были достаточно оптимистичны в том, что они смогли бы наладить отношения с государственными органами, способными поделиться своими данными по структурным результатам для стандартов. Делегаты из Турции предположили, что «тет-а-тет» встречи между представителями EACS/ECDC и правительственными чиновниками (многие из которых были впервые выбраны на выборах этого года) могут способствовать этому процессу.
- **Связи с правительством.** В отличие от государственных чиновников, привлечение политиков к этому направлению будет нелегкой задачей. «Политики не заинтересованы в этих

проблемах, если вы не представите их участие, как их собственное достижение», - прокомментировал один из делегатов.

- **Мониторинг ключевых групп населения.** Многие страны, включая Турцию, до сих пор не собирают данные о видах рискованного поведения лиц, обращающихся за помощью. Это не предотвращает центры от предоставления оптимальных услуг после постановки диагноза, хотя это затрудняет процесс анализа эффективности предоставляемых услуг среди уязвимых групп населения. Это также может стать причиной недооценки эффективности работы НПО и других организаций социальной поддержки ключевых групп населения. Именно эти организации проводят большую работу в сфере поддержки интереса населения к тестированию и профилактическим мероприятиям.
- **Частный и государственный сектор.** В некоторых странах ВИЧ-специализированная помощь оказывается посредством государственных и частных медицинских центров и аптек. Взаимодействие с государственными аптеками может помочь для сбора информации, в то время как учреждения частного сектора не собирают стандартизированные данные по принципу государственных учреждений здравоохранения.

- **Правовые ограничения.** Устаревшее или чрезмерно опекающее отношение к конфиденциальности является препятствием при желании пациента отказаться от ВИЧ-тестирования в некоторых странах, в частности в Германии. По мнению делегатов, необходимо проводить активную пропаганду негативного влияния принудительного (обязательного) тестирования, особенно в отношении ВИЧ. Соблюдение конфиденциальностью или «устаревшие» методы сохранения конфиденциальности также может препятствовать сбору данных о ключевых группах населения. Многие страны Европы по-прежнему настаивают на проведение ВИЧ-тестирования только квалифицированными медицинскими работниками.
- **Региональные различия.** Региональные различия возникают по причине разницы структуры ВИЧ-специализированных услуг в соседних регионах, а также по причине того, что провинции обладают значительной автономией в отношении рекомендаций, отчетности и расходов. Это может ограничить объем доступной для аудита информации, но это именно тот вид неравенства, который может быть выявлен и выделен при проведении аудитов.
- **Незарегистрированные иммигранты** и некоторые другие группы населения (см. ниже) по-прежнему не имеют доступа к АРВТ во многих странах, что является сдерживающим фактором для прохождения иммигрантами тестирования.
- **Низкая осведомленность медработников, не работающих в сфере ВИЧ-услуг, о ВИЧ-инфекции.** Наблюдение, проведенное ECDC/EACS, «Стигма в медицинских учреждениях», предоставленное на этой встрече (см. ниже), выявило значительный уровень неосведомленности многих работников здравоохранения об элементарных фактах ВИЧ-инфекции. Это может препятствовать сбору данных другими специалистами и врачами общей практики, хотя результаты аудита могут и должны использоваться в качестве образовательного инструмента для преодоления этого барьера.
- **Стигма и невежество среди общего населения.** Однозначно, стигма - огромная проблема, играющая особую роль в отношении профилактики и тестирования. Аудиты могут быть использованы в качестве инструмента для выявления путей нивелирования этой проблемы.
- **Доступность ДоКП.** Отсутствие или ограничение доступа к ДоКП в некоторых странах не только негативно отражается на течении ВИЧ-эпидемии в целом, но и представляет собой упущенную возможность в привлечении ключевых групп населения контролировать свое собственное здоровье до заражения ВИЧ.

- Потенциальные возможности и финансирование. Эта тема представляет собой большую проблему как для врачей в странах с низким уровнем дохода населения (особенно в Восточной Европе), при отсутствии административной поддержки для проведения аудитов, так и для общественных и социальных организаций, которые необходимо привлекать к сбору данных по некоторым показателям, например, о тестировании и демографических характеристиках обращающихся лиц.
- Был предложен ряд идей о путях разрешения проблемы потенциала и финансирования аудитов, чтобы способствовать проведению аудитов. Один участник встречи отметил, что структура аудитов является достаточно гибкой. В то время как в одной стране для аудита будет необходимо привлечь все уровни системы здравоохранения для внесения своего вклада, в другой стране один центр (даже с ограниченной административной поддержкой) сможет провести аудит по данным историй болезней по некоторым аспектам предоставляемых услуг и привлечь НПО и заинтересованные сообщества к участию в этом мероприятии.
- Там, где деньги являются основной проблемой, особенно при отсутствии дополнительного финансирования

для привлечения административного и исследовательского персонала к проведению аудита, возможно получить финансирование из филантропического и международного сектора, по крайней мере, для проведения пилотного проекта. Хорошим примером этого стало пилотное исследование пациентов, выпавших из-под наблюдения, **которое было поддержано СПИД Фондом Элтона Джона**: три больницы в южной части Лондона смогли выполнить этот проект, анализирующий, отслеживающий и повторно привлекающий пациентов, выпавших из-под наблюдения. Этот пилотный проект привел к **более масштабному исследованию, проведенному Агентством безопасности здравоохранения Великобритании** (государственным органом здравоохранения), которое выявило, что в Великобритании число ВИЧ-инфицированных лиц, выпавших из-под наблюдения, приравнивается к числу невыявленных случаев инфекции.

Как заметил один из слушателей: «Даже если у вас уже есть план действий, настоящая проблема заключается в его реализации». Следующая встреча EACS по Стандартам Помощи предоставит возможность узнать, насколько успешно осуществляются стандарты помощи.

# Греция и Турция - центральные страны в глобальной борьбе с ВИЧ

Решение EACS провести встречу 2024 года в Афинах и пригласить представителей здравоохранения и сообщества Турции и Греции помочь организовать эту встречу было своевременным. На протяжении тысячелетий, этот регион, являющийся связывающим мостом между западом и востоком, также стал горячей точкой ВИЧ-эпидемии в отношении числа новых случаев инфекции.

Уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в мире снизился на 39% в период с 2010 по 2023 год, по данным ЮНЭЙДС, предоставленных на СПИД Конференции в июле 2024 года, и на 59% в восточной и южной частях Африки. В противоположность этому, в Восточной Европе и Центральной Азии показатель заболеваемости вырос на 20%, и более чем удвоился на Ближнем Востоке и в Северной Африке. В Восточной Европе смертность по причине СПИД увеличилась на 35%, что подтверждает факт отсутствия доступа к терапии для наиболее нуждающихся. Греция и Турция соответственно относятся ВОЗ к странам Западной и Центральной Европы, но то, что происходит на их границах, является ключевым фактором грядущей ВИЧ-эпидемии.

Люди с ВИЧ в Греции и Турции сталкиваются с барьерами в доступе к стандартной медицинской помощи: с внешними барьерами с точки зрения глобальных событий и с внутренними барьерами с точки зрения структурной организации системы здравоохранения и наличия дискриминации внутри самой системы здравоохранения. Ниже мы рассмотрим направление дискриминации.

Структура организации ВИЧ-специализированных услуг в Греческой и Турецкой системах здравоохранения имеет большие различия, что приводит к разным результатам. В Греции ВИЧ-тестирование является бесплатным и доступным в сети различных учреждений и организаций, однако в Греции имеется только 16 ВИЧ-центров, 11 из которых расположены в Афинах. Если вы инфицированы, но живете на отдаленном острове, до ближайшего ВИЧ-центра вам придется добираться сутки.

В противоположность этому, в Турции сеть ВИЧ-специализированных центров состоит более чем из 100 клиник, а услуги тестирования широко предоставляются в больницах, поликлиниках и частных лабораториях. Но существует только шесть специализированных центров добровольного консультирования и тестирования в стране, и все из них сконцентрированы в больших городах. В результате, население не обращается за тестированием.

# Барьеры лечения в Греции

Задачи ЮНЭЙДС «95-95-95» направлены на выявление 95% всех ВИЧ-инфицированных лиц, предоставление АРВТ 95% выявленных лиц и поддержка неопределяемого уровня вирусной нагрузки у 95% инфицированных на лечении, то есть у 86% всех ВИЧ-инфицированных лиц будет достигнут оптимальный вирусологический контроль. Профессор Антониос Пападопулос и доктор Константинос Протопапас, оба из Университетской больницы Аттикон в Афинах, сравнили этот показатель с текущей эпидемиологической ситуацией в Греции.

В Греции выявлено примерно 85% случаев ВИЧ-инфекции, и 82% из них встали на учет и наблюдаются в ВИЧ-центрах и начали прием АРВТ. Однако на начало терапии уходит некоторое время. В Греции только 55% выявленных с ВИЧ начинают лечение в течение первого месяца после постановки диагноза, в то время как 26% все еще не получают терапию спустя три месяца (в Великобритании, например, эти показатели составляют 75% и 12%, соответственно).

Греция, как представляется, наиболее сильно отстает от целей ЮНЭЙДС по доле лиц с неопределяемой вирусной нагрузкой. Этот показатель составляет 56% среди лиц с документально подтвержденным уровнем вирусной нагрузки, что подразумевает, что среди всех ВИЧ-инфицированных лиц этот показатель составляет всего 39%.

Но доктор Протопапас сказал, что если предположить, что вирусная супрессия у лиц, принимающих АРВТ, но не прошедших анализ, также находится на оптимальном уровне, то доля лиц с неопределяемой вирусной нагрузкой приблизится к 86%. Это означает, что 61% всех ВИЧ-инфицированных лиц в Греции достигли адекватного контроля над вирусной нагрузкой.

Он сказал: «Согласно национальным рекомендациям тестирование уровня вирусной нагрузки должно проводиться два раза в год. Проблема наблюдалась в течение пятилетнего периода с 2016 по 2021 годы, когда мы не могли проводить тестирование с такой частотой, но с 2021 года эта проблема разрешена. Мы не имеем полных данных по вирусной нагрузке за последние два года, но мы считаем, что 86% уровень является точным».

Он подчеркнул, что лица с неадекватным вирусологическим контролем в основном относятся к группе иммигрантов и потребителей инъекционных наркотиков. Во второй день встречи д-р Жиота Лурида из Больницы Евангелизмос в Афинах предоставила обзор уровня дискриминации в учреждениях системы здравоохранения в Греции и проблемы предоставления ВИЧ-специализированных услуг, среди которых: дефицит персонала, отказ в предоставлении ВИЧ-услуг потребителям инъекционных наркотиков и отсутствие услуг поддержки иммигрантов в рамках системы здравоохранения Греции. Она отнесла эти проблемы в разряд серьезных и оказывающих негативное влияние на ВИЧ-специализированную помощь.

Высокая доля новых случаев ВИЧ-инфекции в Греции выявляется среди других ключевых групп населения, не относящихся к мужчинам гомосексуальной и бисексуальной ориентации. В 2012 году в Афинах наблюдалась вспышка ВИЧ-эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков, при этом более половины всех выявленных случаев в Греции в этом году приходилась на эту группу. Быстрые ответные действия на возникшую ситуацию заключались в развертывании служб Снижения Вреда, которые быстро, в течение 2 лет сократили дальнейшую передачу ВИЧ-инфекции и снизили уровень заболеваемости среди потребителей инъекционных наркотиков до предыдущего уровня - 120 -160 случаев в год.

Однако с тех пор наблюдался меньший, но все же значительный рост заболеваемости среди потребителей инъекционных наркотиков во втором по величине городе Греции, Салониках, при этом потребители инъекционных наркотиков по-прежнему составляют от 20 до 30% всех новых случаев инфекции. В прошлом году этот показатель увеличился до 535 случаев; в стране с населением Великобритании или Франции он приравнялся бы к 3700 случаев в год.

В прошлом на долю иммигрантов приходилось около 10% случаев ВИЧ-инфекции в Греции, однако в прошедшем году 40% новых случаев ВИЧ-инфекции выявлялись у лиц, родившиеся не в Греции. Большинство иммигрантов заражаются ВИЧ после прибытия в Грецию.



Доктор Константинос Протопапас.  
Фото: Александрос Ветулис



Профессор Антониос Пападопулос.  
Фото: Александрос Ветулис



Участники встречи заслушали очень трогательную историю жизни молодой западноафриканской женщины, которую принудительно вывезли из Турции в Грецию. В своем выступлении она рассказала о том, как изначально у нее был отрицательный ВИЧ-статус, и о трудностях, с которыми она постоянно сталкивалась при необходимости посещать отдаленный ВИЧ-центр и затем возвращаться в медицинский пункт при миграционном центре. ВИЧ-инфицированные лица в Греции, как правило, имеют право на получение ежемесячного пособия, которое по объему приближается к минимальному заработку в Греции, однако нелегальные иммигранты такое пособие не получают. С точки зрения статистических данных, несмотря на международные публикации о большом наплыве иммигрантов из Турции, наводняющих Грецию, большинство из них - афганцы, сирийцы и иранцы, население с низким уровнем пораженности ВИЧ. Большинство ВИЧ-инфицированных иммигрантов в Греции являются выходцами из африканских стран южнее Сахары - 30% (при этом более 50% из них женщины), из Центральной Европы (22%), а также из Восточной Европы и Центральной Азии (18%). Люди из Северной Африки и Ближнего Востока составляют только 6,1% иммигрантов с ВИЧ.

В отношении этапов оказания ВИЧ-специализированной помощи, если предположить, что среди лиц, принимающих АРВТ, но не проходящих анализы на вирусную нагрузку, уровень адекватного вирусологического контроля соответствует этому показателю у лиц с документально подтвержденной неопределяемой вирусной нагрузкой - общая доля лиц с неопределяемой вирусной нагрузкой на фоне приема АРВТ составит только 47% среди потребителей инъекционных наркотиков и 42% среди иммигрантов.

Если в Греции мы не можем надеяться на поддержание адекватного вирусологического контроля среди ВИЧ-инфицированных в качестве контроля за уровнем заболеваемости населения (неопределяемая вирусная нагрузка приравнивается к неконтагиозности инфицированного человека; N=H), а как насчет ДоКП? Ответ - ДоКП в Греции практически не существует. Министерство здравоохранения Греции **одобрило использование ДоКП в сентябре 2022 года**, хотя на практике она все еще не доступна.

# Барьеры к доступу к ВИЧ-услугам в Турции

Д-р Дениз Гёкенгин Медицинского факультета университета Эге в Измире представил в своем докладе ситуацию в Турции.

В 2010 году ВИЧ-инфекция была выявлена приблизительно у 500 человек. Заболеваемость стала расти экспоненциально, и в 2022 году число новых случаев ВИЧ-инфекции достиг 5200; впервые число новых случаев инфекции в Турции превысил этот показатель в Греции, численность населения которой всего 12% населения Турции. Данные когортных исследований показали, что 55% случаев приходится на гетеросексуальные отношения и 27% на гомосексуальные отношения; В Турции не наблюдается аналогичной вспышки ВИЧ-эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков, как в Греции.

В то время как статистические модели показывают, что в глобальном масштабе ВИЧ-заболеваемость (число новых случаев ВИЧ-инфекций) сократилась вдвое в период с 2000 по 2020 год, заболеваемость в Турции выросла в шесть раз среди мужчин и в четыре раза среди женщин, хотя и с гораздо более низкого исходного уровня, причем заболеваемость среди женщин в последние годы приравнивается к этому показателю среди мужчин.

В отношении целей «95-95-95»: после выявления новых случаев ВИЧ-инфекции, 88% поставлены на учет и 87% достигают адекватного уровня вирусологического контроля. Однако, по оценкам, только 41% всех инфицированных лиц в Турции выявлены на сегодняшний день. Это тесно связано, во-первых, с отсутствием в Турции общинных добровольных консультативно-тестовых услуг, и, во-

вторых, с дискриминацией особенно в отношении ключевых групп населения. Теоретически, ДоКП доступна в Турции, но расходы на нее не возмещаются, а неблагоприятная ценовая политика и обменные курсы валют делают даже генерический ДоКП-препарат в четыре раза дороже, чем в Западной Европе (турецкая лира потеряла 83% своей стоимости по отношению к евро с 2019 года).

Местный опрос среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, показал, что 41% были осведомлены о ДоКП, но только 1,7% имели к ней доступ. Центр доктора Гёкенгина открыл в Турции ДоКП-прием, однако никто его не посещает. «Никто не использует ДоКП по причине ее высокой цены, которую нужно заплатить из своего собственного кармана, что подвергает сомнению жизнестойкость этого метода профилактики в долгосрочной перспективе», - заявила она. При дефиците большей части информации, считается, что одним из факторов или потенциальных факторов повышения уровня ВИЧ-заболеваемости в Турции является большой объем иммигрантов и беженцев. Турция принимала наибольшее число беженцев и иммигрантов в мире вплоть до прошлого года, когда Иран обогнал Турцию по этому показателю в связи с огромным притоком в страну афганцев. Большинство из них (около 3,7 миллионов) - сирийцы, скрывающиеся от гражданской войны, и находящиеся под «временной защитой» Турции (т.е. турецкое

правительство регулирует их право на пребывание). Еще 330 000 тысяч беженцев прибыли в страну по международному праву ООН. Сирийская гражданская война удвоила число беженцев в Турции, число которых составляет 4,4% населения Турции. В целом, 16% людей с ВИЧ, живущих в Турции, родились за пределами этой страны.

Беженцы представляют собой молодое население со средним возрастом 22 года, и 71% из них - женщины. Вопреки созданному новостями мнению, только 1,3% беженцев на самом деле живут в лагерях беженцев, остальные живут в городах или имеют «неформальное жилье». Беженцы сосредоточены в девяти южных провинциях, расположенных рядом с сирийской границей, где они составляют 12,3% населения, по сравнению с менее 5% в других 91 провинциях.

Примечательно, что только один из 12 500 беженцев получает разрешение на работу в Турции, поэтому большинство из них работают нелегально. Неизвестно, сколько из них встают на путь предоставления коммерческих секс-услуг, так как в этой популяции были проведены только небольшие опросы. Опрос 26 сирийских секс-работников, которые находились под временной защитой Турции (14 транссексуалов, 8 женщин, 4 мужчин) показал, что у 81% из них коммерческий секс являлся единственным источником дохода, 42% употребляли различные наркотики и 77% употребляли алкоголь.

В этой популяции уровень ВИЧ и ассоциируемых инфекций возможно будет высоким, хотя это неочевидно по причине недостаточного уровня тестирования. По результатам одного наблюдения среди сирийских иммигрантов в Стамбуле было выявлено, что 0,2% из них имели положительный ВИЧ-статус, что аналогично уровню распространенности ВИЧ среди общего населения. Однако,

обзор ряда исследований среди сирийских женщин-беженцев, посещающих амбулаторные пограничные клиники, показал, что в среднем 2% из них были ВИЧ-инфицированы, 2% имели гепатит С и 4% хронический гепатит В.

По имеющимся данным предполагается, что инвестиции в улучшение программ тестирования и обработку данных могут принести дивиденды в будущем. Статистическая модель показала, что при повышении уровня тестирования в Турции до 70% приведет к последующему снижению ВИЧ-заболеваемости на 85%, только вследствие повышения уровня адекватной вирусной супрессии в популяции ВИЧ-инфицированных лиц.

EACS надеется помочь Греции и Турции (стран, которые являются центральным звеном в борьбе с ВИЧ-инфекцией) в разработке более качественных услуг для ВИЧ-инфицированных лиц.



Доктор Дениз Гёкенгин. Фото: Александроса Ветулиса

# К более координированным услугам сексуального здоровья

Организационная структура служб сексуального здоровья сама по себе представляет барьер для проведения координированной помощи. Д-р Йосип Беговац из Университетской больницы по инфекционным заболеваниям в Загребе, Хорватия, привел свою страну в качестве примера.

По определению Всемирной организации здравоохранения, сексуальное здоровье является «состоянием физического, эмоционального, психического и социального благополучия в отношении секса, а не только отсутствие болезней»; ссылаясь на это, доктор сказал, что для поддержки сексуального здоровья требуется позитивный и уважительный подход к сексуальным различиям населения и сексуальным отношениям (без принуждения, стигмы или насилия).

На практике разные аспекты сексуального здоровья обследуются и лечатся различными специалистами и медицинскими службами: семейные врачи, дерматовенерологи, инфекционисты, гинекологи и так далее.

В Хорватии и бывшей Югославии в основном «классические» бактериальные ИППП лечатся под наблюдением венеролога. Они не проводят лечение ВИЧ-инфекции и гепатитов, и в повседневной практике редко проводят тестирование на эти заболевания.

«В реальной жизни, - сказал доктор Беговац, - не существует одной службы, которая могла бы своевременно проводить тестирование на все ИППП, особенно среди MSM [мужчин, практикующих секс с мужчинами], и при необходимости проводить лечение в одном центре».

Для посещения венеролога, пациент должен получить направление от врача общей практики, что подразумевает раскрытие причины для такого посещения. С результатами анализов им нужно вернуться к врачу общей практики за рецептом на лечение, а затем пойти в аптеку для получения препарата. На все это уходит много времени, привлекается большое число лиц, и может быть стигматизирующим. В результате люди либо платят за частные услуги или прибегают к самолечению.

По его словам, необходимы услуги лечения ИППП, для доступа к которым не нужно направление от врача, и где можно одновременно пройти диагностику и получить лечение. Этим службам следует применять эффективные методы диагностики, наряду с самотестированием, ориентироваться на конкретные группы населения и поддерживать хорошие связи с НПО и программами социальной поддержки. Такая служба должна быть укомплектована квалифицированным, информированным и дружелюбным в отношении различных групп населения медицинским персоналом.

# Многие медицинские работники в Европе не знают простых фактов о ВИЧ-инфекции

**Широкомасштабный опрос медицинских работников по всей Европе показал широко распространенное незнание путей передачи и методов профилактики ВИЧ-инфекции.**

Небольшое число медицинских работников не знали, что человек с неопределяемой вирусной нагрузкой не может передать ВИЧ половым путем, в то время как большинство не знали о наличии ДоКП. Несмотря на то, что врачи были в общем лучше проинформированы в этих областях, чем другие медицинские работники, 51% врачей, принявшие участие в опросе, либо не знали о наличии ДоКП, либо обладали неточной информацией.

Опрос, проведенный совместно EACS и ECDC, также показал, что некоторые медицинские работники неохотно оказывали помощь ВИЧ-инфицированным. Это зачастую было связано с отсутствием профессиональной подготовки или устаревшими взглядами на пути передачи ВИЧ, но иногда напрямую ассоциировалось с дискриминирующим отношением.

Результаты опроса «Дискриминация ВИЧ-инфицированных лиц» были представлены на встрече Стандарты Помощи в 2022 году в Брюсселе (см. в этом докладе). По результатам опроса: 23% опрошенных сказали, что они были «обеспокоены возможностью другого к ним отношения», если бы они раскрыли свой ВИЧ-статус медицинскому персоналу, а 12% заявили, что по этой причине они избегали посещения врачебных приемов в течение предыдущего года.

Теймур Нури из ECDC представил результаты нового опроса. В период с сентября по декабрь 2023 года, опрос проводился в 54 странах Европы и Центральной Азии, при участии 18 430 человек.

Почти три четверти (74%) опрошенных были женщинами, 44% опрошенных были врачами и 22% медсестрами. Оставшаяся треть опрошенных состояла из рентгенографов, стоматологов, администраторов и студентов. 57% работали в стационарах и 17% в участковых центрах медицинской помощи. Только 7% опрошенных работали в ВИЧ-специализированных учреждениях. 30% работали в инфекционных отделениях или других терапевтических стационарных отделениях, а 13% работали в хирургических отделениях или отделениях экстренной помощи. 25% работали в поликлиниках или других амбулаторных учреждениях.

Возможно, что наиболее показательные результаты были получены в отношении уровня знаний опрошенных о простых фактах ВИЧ-инфекции. Опрошенным предлагалось «согласиться», «не согласиться» или отметить вариант «не знаю» по трем утверждениям о Н=Н, ПостКП и ДоКП. Утверждения гласили:

- Н=Н (Неопределяемый=Неконтагиозный): ВИЧ-инфицированные лица, принимающие АРВТ и имеющие неопределяемую вирусную нагрузку, не могут передавать ВИЧ половым путем.
- Постконтактная профилактика (ПостКП): Короткий курс АРВТ, назначаемый после возможного контакта с ВИЧ, предотвращает развитие инфекции.
- Доконтактная профилактика (ДоКП): Неинфицированные люди могут принимать антиретровирусные препараты с целью профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.

**«26% сказали, что они все еще используют двойные перчатки при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами.»**

«Не согласен» и «не знаю» относились к неправильным ответам.

25% участников опроса не ответили правильно ни на один из трех утверждений, чуть меньше 31% дали правильный ответ на все три утверждения.

Опрошенные чаще отвечали правильно на утверждения Н=Н и ПостКП. 61% участников опроса ответили правильно на утверждение Н=Н (среди них 69% врачей), и 56% дали правильный ответ на утверждение ПостКП (среди них 67% врачей). Однако уровень знаний о ДоКП был значительно ниже, и только 41% были осведомлены о наличии ДоКП, (среди них 49% врачей).

Большинство людей, которые знали о ДоКП и дали правильный ответ, работали в общественных центрах (53% ответили правильно). Только 46% работников больниц знали о ДоКП, и только треть людей, работающих в участковых поликлиниках. Напротив, две

трети больничных работников выбрали правильный ответ на утверждение Н=Н, как и большинство (52%) работников участковых поликлиник.

Очевидно, что лица, работающие с ВИЧ-инфицированными, чаще других обладали правильной информацией. Среди медицинских работников, которые не имели дело с ВИЧ-инфицированными пациентами в течение прошедшего года, 23% ответили на утверждение о ДоКП правильно по сравнению с 89% медицинских работников, которые оказывали помощь более 100 ВИЧ-инфицированных в год.

В ходе опроса также оценивалось наличие устаревших взглядов на пути передачи ВИЧ-инфекции, особенно, во время проведения медицинских процедур. Около четверти опрошенных (23%) испытывали тревогу при перевязке ран ВИЧ-инфицированных пациентов, и 27% - при заборе анализов крови у ВИЧ-инфицированных. 26% сказали, что они все еще используют двойные перчатки при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами.

В анкете также задавался вопрос, предпочитали ли работники избегать предоставления медицинских услуг четырем ключевым группам ВИЧ-населения: транссексуалам, коммерческим секс-работникам, МСМ (мужчинам, практикующим секс с мужчинами) и потребителям инъекционных наркотиков. Результаты опроса варьировали по географическим регионам: почти никто в Западной Европе не выразил нежелание работать с первыми тремя категориями населения, и 6% предпочитали не работать с потребителями инъекционных наркотиков, в то время как в Восточной Европе 15% предпочитали не работать с первыми тремя группами населения и 21% с потребителями наркотиков.

Среди причин нежелания работать с ВИЧ-инфицированными пациентами

были практические причины («У меня нет профессиональной подготовки») - 50% указали эту причину нежелания работать с потребителями наркотиков и 49% с транссексуалами); устаревшие взгляды и страх преувеличенного риска («Они подвергают меня риску») - 43% указали эту причину нежелания работать с потребителями наркотиков и 38% с коммерческими секс-работниками; и прямолинейного неодобрения («У этой группы - аморальное поведение») - 50% указали эту причину нежелания работать с МСМ, 45% - с коммерческими секс-работниками.

На вопрос о том, наблюдали ли они дискриминационные отношения со стороны других работников здравоохранения, 30% ответили, что они слышали

дискриминационные замечания в отношении ВИЧ-инфицированных, 22% стали свидетелями отказа в оказании помощи, а 19% стали свидетелями раскрытия ВИЧ-статуса третьей стороне без согласия пациента.

Теймур Нури заключил: «Это исследование подчеркивает важность проведения целенаправленных действий, направленных на различные медицинские учреждения и специальности с целью борьбы с с ВИЧ-стигмой и дискриминацией».

Полный отчет о результатах опроса ECDC/EACS «ВИЧ-стигма в системе здравоохранения» можно найти здесь: [www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-stigma-healthcare-Setting-Monitoring-Implementation-dublin-Declaration](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-stigma-healthcare-Setting-Monitoring-Implementation-dublin-Declaration).

# Больше данных об иммигрантах в Европе

Возвращаясь к проблеме оказания помощи иммигрантам с ВИЧ-инфекцией или с риском ВИЧ-инфицирования, доктор Асуман Инан (Asuman Inan) из Университета Науки Здоровья в Стамбуле заявил, что в 2023 году 50 миллионов человек в мире имели статус беженцев или просителей убежища.

Три четверти из них были выходцами из пяти стран - Афганистан, Сирия, Венесуэла, Украина и Южный Судан, и почти 40% из них принимались только пятью странами: Иран, Турция, Колумбия, Германия и Пакистан.

Несмотря на то, что на долю населения, родившегося за пределами своей родины, приходится 14% всего населения Европейского Союза и Европейской Экономической Зоны (ЕЕ / ЕЕА), 48% новых случаев ВИЧ-инфекции в 2022 году выявлялись в этой группе. С 2014 года, по всему региону уровень заболеваемости среди коренного населения сокращается во всех группах, в то же время ВИЧ-заболеваемость среди иммигрантов продолжает расти, за исключением периода эпидемии КОВИД

в 2020–2021 годах, а в 2022 году прослеживался резкий рост в числе новых случаев инфекций. В настоящее время у гетеросексуальных иммигрантов ВИЧ-инфекция выявляется чаще, чем в любой другой группе населения. Люди в возрасте старше 50 лет, иммигранты из Южной и Юго-Восточной Азии и гетеросексуальные мужчины (в целом) чаще выявляются на поздних стадиях инфекции, чем другие группы населения: среди общего населения 50% новых случаев инфекции выявляется с уровнем CD4 лимфоцитов ниже 350, в вышеперечисленных трех группах этот показатель составляет 68%, 64% и 63% соответственно.

Статистический учет иммигрантов на различных этапах оказания ВИЧ-специализированной помощи практически не проводится. В 2022 году треть стран Европы и Центральной Азии не имела никаких данных ни по одному из этапов оказания помощи 95-95-95 в отношении иммигрантов.



Доктор Асуман Инан. Фото: Александроса Ветулиса



Среди стран, предоставивших некоторые данные, 11 сообщили о доле иммигрантов с выявленной ВИЧ-инфекцией, только 9 стран сообщили о доле иммигрантов, получающих АРВТ, и 7 стран - о доле иммигрантов с неопределяемой вирусной нагрузкой. Только четыре страны (Великобритания, Австрия, Люксембург и Чехия) смогли предоставить полные данные об оказании помощи иммигрантам на всех трех этапах помощи, и только Великобритания достигла цели 95-95-95 (хотя Великобритания является единственной страной в Западной Европе, которая специально не упоминает иммигрантов в качестве ключевой группы населения в своей национальной стратегии борьбы с ВИЧ-эпидемией).

Конкретно в отношении Турции, доктор Инан сказал, что большая часть из 10 миллионов ВИЧ-тестов в прошлом году была проведена турецким гражданам с доступом к бесплатному тестированию; тестирование часто проводится среди лиц с относительно низким ВИЧ-риском - при трудоустройстве и при заключении предварительного брачного соглашения. Бесплатное ВИЧ-тестирование не доступно для лиц, не являющихся гражданами Турции.

# Украинцы в Польше

**Д-р Бартош Шетела из Центра по лечению ВИЧ-инфекции (Варшава) сообщил участникам встречи о том, как беженцы из Украины трансформировали ВИЧ-специализированные услуги в Польше.**

В 2021 году только 1,2% новых случаев инфекции в ЕС / ЕЭЗ выявлялись среди людей, родившихся в Украине, этот показатель подскочил до 10,2% в последующий год, при этом большинство из них выявлялись в Польше. До войны между Украиной и Россией ВИЧ-эпидемия в Польше характеризовалась относительно низким уровнем распространенности инфекции, с концентрацией в основном среди геев и бисексуалов: три четверти случаев инфекции приходились на мужчин, практикующих секс с мужчинами, 20% на гетеросексуальное население и 5% на потребителей инъекционных наркотиков. Среди украинцев в Польше 60% случаев выявлялась среди гетеросексуальных представителей населения (из них 70% были женщинами), менее 5% среди MSM, и более 35% среди потребителей инъекционных наркотиков. Большинство ВИЧ-инфицированных иммигрантов из Украины были выявлены с ВИЧ на родине, но доля ВИЧ-инфицированных украинцев поставленных на учет в Польше (либо в качестве новых случаев инфекции или для продолжения наблюдения и лечения) в настоящее время увеличилась до 11%. Не менее 70% случаев ВИЧ-инфекции среди украинцев в Польше выявляется на поздних стадиях (либо при первичном обращении, либо при регистрации в Польше после снятия с учета в Украине, но уже с низким уровнем CD4). У 40% в момент постановки диагноза выявлялись признаки ВИЧ-ассоциируемых заболеваний: пневмония, вызванная Пневмоцистис

джировечи у 19%, токсоплазмоз у 12% и туберкулез, вызванный Микобактерией авиум у 7% обратившихся. Наиболее распространенным заболеванием был туберкулез (40%) случаев, из которых у 30% (86 случаев) выявлялся туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ).

Д-р Шетела сказал, что регулярное посещение центров было затруднительно для многих украинских беженцев, независимо от того, был ли им установлен диагноз впервые или нет. Он призвал клиницистов быть готовыми для приема пациентов, испытывающих трудности в посещении специалистов с рекомендуемой частотой.

**«Регулярное обращение за медицинской помощью было затруднено для многих украинских беженцев, независимо от того, был ли поставлен диагноз впервые или нет».**

Он сказал, что поддержка равных консультантов и помощь в преодолении бюрократических аспектов системы здравоохранения могут в значительной степени помочь удерживать пациентов под наблюдением. В качестве таких вспомогательных мер можно использовать простые и недорогие виды помощи: предоставление проездных карт или

организация транспорта для групп лиц без дополнительных денег. Лицам со стабильным неопределяемым уровнем вирусной нагрузки вместо личных посещений центров можно предложить видео-консультации со специалистом, по аналогии с COVID-эпидемией.

Он предложил перечень рекомендаций по оказанию помощи иммигрантам в Европе, некоторые из которых могли бы быть сформулированы в качестве аудитных постулатов и включены в аудит стандартов услуг для иммигрантов:

- все страны должны улучшить качество мониторинга и наблюдения за мигрирующим населением;
- все страны должны разбить данные по оказанию ВИЧ-специализированных услуг по группам населения;
- тестирование на ВИЧ и лечение должны быть доступными независимо от миграционного или регистрационного статуса людей;
- службы должны продумать пути информирования и привлечения иммигрантов к ВИЧ-тестированию и лечению как можно раньше после их прибытия в принимающую страну.
- Так как 30-40% случаев ВИЧ-инфекции среди иммигрантов возникает после их прибытия в принимающую страну, проведение обследования на ВИЧ вновь прибывших только в пункте въезда может быть недостаточным для борьбы с растущей заболеваемостью среди этой ключевой группы населения.
- Необходимо принять во внимание проведение информационных кампаний для иммигрантов с предоставлением информации о путях доступа к системе здравоохранения и преодоления барьеров к лечению ВИЧ-инфекции.

- Следует расширить доступ к первичным методам профилактики, включая презервативы и ДоКП, обеспечивая доступ иммигрантов к этим видам профилактики.
- Комплексные подходы к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции, с интегрированными услугами психологической и социальной поддержки (например, жилищная, психологическая, финансовая и юридическая поддержка) для противостояния таким психосоциальным факторам, как нищета и бездомность.
- Мы должны подумать, как общее отношение и законодательство в отношении иммигрантов, особенно нелегальных иммигрантов, могут отразиться на их желании обращаться за медицинской помощью.



Доктор Бартош Сетела. Фото: Александрос Ветулис

# Ухудшится ли ситуация среди европейских иммигрантов?

**Денис Оньянго из Лондонского фонда защиты интересов Африки напомнил участникам встречи, что в перспективе медицинские услуги для иммигрантов могут быть сокращены, а не расширены.**

Он сфокусировал свое внимание на ситуации нелегальных иммигрантов, но подчеркнул, что далеко не все их них прибывают в Европу на лодках, о которых часто кричат заголовки новостей. Большинство нелегальных иммигрантов относятся к людям с истекшими визами (рабочими, студенческими и т.д.), и они очень часто прилагают все усилия, чтобы узаконить свой статус.

Он акцентировал внимание о худшем физическом и психическом здоровье среди иммигрантов; так, результаты французского исследования показали, что каждый шестой иммигрант во Франции имеет проявления посттравматического стресс-синдрома, что, по крайней мере, в восемь раз выше этого показателя среди коренного населения Франции.

В настоящее время в Западной Европе 15 стран предоставляют бесплатный доступ к тестированию на ВИЧ для нелегальных мигрантов, но только 10 из них предоставляют бесплатный доступ к АРВТ; Германия, с наивысшим числом иммигрантов среди западноевропейских стран, не предоставляет доступ иммигрантов к АРВТ.

Даже эти права могут быть отозваны на основе Пакта Европейского Союза по миграции и беженцам, что отражает общую тенденцию в Европе к ограничению числа иммигрантов и их прав. Этим подкрепляются правовые санкции не только против людей, прибывающих в Европу «незаконно» (например, на лодках), но и в отношении лиц, которые им помогают, или государственных служащих, которые не сообщают о таких случаях.



Денис Оньянго. Фото: Александроса Ветулиса

Пакт узаконивает проведение обязательного медицинского обследования не только на границе, но и среди лиц с нелегальным статусом и позволяет проводить ускоренную депортацию. Несмотря на то, что в таких европейских странах, как Бельгия, Италия, Франция и Португалия, действует законодательство, гарантирующее доступ нелегальных иммигрантов, проживающих в этих странах, к лечебно-профилактической помощи, эти права могут быть отменены в любое время.

При такой политической ситуации, четкая демонстрация того, как улучшенный доступ к медицинским услугам для всех ВИЧ-инфицированных и уязвимых групп населения в Европе принесет пользу всему населению, не только желательна, но и необходима.

Report by Gus Cairns, editing by Amelia Jones and Roger Pebody,  
and design by Beth Tunnicliffe for the European AIDS Clinical Society.  
Translation by Stanislav Kazikin.



Фото: Александроса Ветулиса



**EACS** European  
AIDS Clinical Society



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