

ВСТРЕЧА ЕВРОПЕЙСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО СПИД СООБЩЕСТВА (EACS) ПО «СТАНДАРТАМ ПОМОЩИ В ЕВРОПЕ» 2020-2021: ОТЧЕТ И ОБЗОР РАБОЧИХ СЕМИНАРОВ

Вступительная встреча: Европейские ВИЧ-специалисты проводят первый общерегиональный аудит услуг

В рамках проекта Европейского клинического СПИД сообщества (EACS) «Стандарты помощи при ВИЧ-инфекции и ко-инфекциях в Европе», запущенного в 2014 году в Риме, проведено уже четыре встречи. (Читайте наши доклады из [Рима 2014](#), [Брюсселя 2016](#) и [Бухареста 2019](#)).

С кратким обзором первых двух встреч [можно ознакомиться здесь](#). На первых встречах главным образом определялось, каким образом Европейское клиническое СПИД сообщество (EACS), выступающее в роли региональной ассоциации ВИЧ-специалистов, могло бы активно содействовать улучшению и выравниванию лечебно-диагностических стандартов ВИЧ-специализированной помощи во всей Европе, где уровень оказываемых услуг сильно отличается по регионам.

В Бухаресте были предприняты значительные шаги по разработке [европейских аудитных стандартов помощи](#), которые можно было реалистично применять в клиниках по всей Европе. Цель этой встречи заключалась в разработке списка контрольных стандартов, по которым можно было бы сравнивать работу клинических центров.

В связи с пандемией коронавируса, EACS встреча 2020 года, по существу, проводилась виртуально и была разделена на пять более коротких совещаний: вступительное, три рабочих семинара и итоговое.

Открытие встречи состоялось 22 октября 2020 года. Встречу 2020 года по «Стандартам помощи» планировалось проводить в Тбилиси (Грузия), при этом сессия открытия Встречи осуществлялась в прямом эфире из Тбилиси во главе с профессором Тенгизом Церцвадзе - директором Научно-исследовательского Центра Иммунологии, инфекционных заболеваний и СПИД; другие докладчики присоединялись к совещанию онлайн.

На совещании был предоставлен аудиторский проект, а также обзор влияния эпидемии коронавируса на ВИЧ-специализированные услуги в Европе.

На трех последующих рабочих совещаниях рассматривались следующие вопросы:

- 10 ноября 2020 г.: Влияние COVID-19 на услуги здравоохранения, особенно в отношении оказания ВИЧ-специализированной помощи в Европе.

- 17 ноября 2020 г.: Барьеры на пути к осуществлению доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ДКП) в Европе: проблемы и возможности, появившиеся во время эпидемии КОВИД-19.
- 26 января 2021 г.: Подробное рассмотрение предложений по проведению первого европейского аудита с акцентом на пожилых пациентов с ВИЧ-инфекцией и сопутствующие заболевания.

Итоговая встреча, на которой рассматривались предложения рабочих совещаний и намечались пути их дальнейшего продвижения, состоялась 10 февраля 2021.

Пилотный проект показывает, что проведение сравнительной оценки ВИЧ-специализированных услуг в различных странах возможно

На вступительном заседании прозвучало, как EACS и Европейский центр надзора и профилактики заболеваний (ECDC) впервые провели аудиторскую проверку по одному из направлений оказания ВИЧ-специализированной помощи в пяти различных странах с использованием единых стандартов, позволяющих сравнить, насколько уровень ВИЧ-специализированных услуг в различных странах и центрах соответствуют этим стандартам.

В рамках этого пилотного проекта проводилась проверка программ тестирования, профилактики и лечения вирусных гепатитов среди ВИЧ-инфицированных лиц в Грузии, Германии, Польше, Румынии и Испании.

Пилотный аудит был разработан с целью подтверждения, что такая проверка возможна. Кроме этого, в ходе проекта был осуществлен существенный шаг вперед в разработке общих стандартов профилактики и лечения ВИЧ-инфекции во всем европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), который простирается от Западной Европы до Центральной Азии.

На вступительном заседании бывший председатель Британской ВИЧ ассоциации (BHIVA) профессор Джейн Андерсон представила общие понятия, в рамках которых разрабатываются эффективные аудиты. По ее словам, аудит не является исследованием в прямом смысле этого слова. Аудиты представляют собой мероприятия по повышению качества услуг. Они имеют дело не с лучшими сценариями работы, а с возможностью в ее усовершенствовании в настоящих условиях.

Аудиты должны предоставлять «...правильную информацию, правильным людям и своевременно...»; в противном случае они не достигнут своей главной цели улучшения услуг.

Они должны согласовываться с существующими и потенциальными приоритетами и инициативами, и быть реалистичными в отношении финансовых затрат необходимых

для усовершенствования услуг с учетом их экономической ценности на будущее. Стандарты и приоритеты высечены не на камне и могут изменяться. Эпидемия COVID-19 стала этому ярким примером, потребовав более широкого внедрения таких методов, как домашнее тестирование и телемедицина. Некоторые из этих изменений могут остаться в практике после эпидемии COVID-19, что приведет к соответствующим изменениям стандартов.

Организация аудита: соображения и вопросы

Профессор Хлоэ Оркин, бывший Председатель ВНІВА, заявила, что аудиты услуг могут быть мощным инструментом - катализатором перемен в более крупном масштабе - не только для отдельных клиник или стран. Инициатива ЮНЭЙДС «90-90-90» по существу была простым набором контрольных стандартов, которые помогли усовершенствованию ВИЧ-специализированных медицинских услуг на глобальном уровне.

Ежегодно проводимый ВНІВА аудит, который был использован в качестве примера для проведения пилотного проекта EACS, проводится с 2001 года и акцентирует свое внимание на различные клинические потребности. Первый аудит изучал уровень CD4 лимфоцитов в момент постановки диагноза ВИЧ-инфекции (что является показателем поздней выявляемости инфекции), в то время как последний аудит изучал предоставление тестирования и других услуг пожилым пациентам с ВИЧ-инфекцией с сопутствующими заболеваниями. ([См. все аудиторские отчеты ВНІВА по этой ссылке](#))

Профессор Оркин говорила о практических аспектах принятия решения о целях аудита и его вопросах. Аудиты должны проводиться с учетом настоящих клинических рекомендаций, на базе уже действующих организационных систем и должны быть практически осуществимыми (т.е. использовать простые данные, собранные в рамках проведения стандартной практики).

Метод проведения аудитов ВНІВА заключается в рассылке анкеты-вопросника в каждый клинический центр, участвующий в аудите, и с выбором около 40 историй болезни (или амбулаторных карт пациентов) для проведения более подробного анализа. Обобщенные анонимные результаты аудита представляются на ежегодной конференции ВНІВА; при этом конфиденциальный отчет по результатам каждого клинического центра высылается непосредственно в эти центры для их рассмотрения. Через год проводится повторный аудит, чтобы проследить возникшие изменения. Профессор Оркин привела пример из аудита 2018 года по оценке психического здоровья пациентов, типичным вопросом которого был, проводилась ли оценка психического здоровья пациенту за последние 18 месяцев.

Д-р Камилла Лаут из Центра Здоровья, Иммуитета и Инфекций (ЦЗИИ) в Дании предоставила результаты обзорного исследования, цель которого состояла в выявлении существующих национальных и местных стандартов медицинских услуг и их критериев, которые можно было бы включить в европейские стандарты.

Она сказала, что наилучший и самый простой набор стандартов предлагался ВОЗ в документе [«Обобщенное стратегическое информационное руководство по ВИЧ-инфекции для сектора здравоохранения»](#). В Руководстве приводится десять наиболее важных показателей оценки ответной реакции стран на эпидемию ВИЧ: общее число ВИЧ-инфицированных лиц и число выявленных случаев ВИЧ-инфекции, ежегодный показатель новых случаев инфекции и смертности по причине СПИД, охват и удерживаемость инфицированных под наблюдением, уровень охвата инфицированных ВААРТ и уровень вирусологического контроля, охват населения профилактическими услугами и наконец последний, но не менее важный, показатель объем финансирования лечебно-профилактических программ по борьбе с ВИЧ за счет внутреннего бюджета.

В ходе обзорного исследования запрашивались государственные рекомендации наряду с полезной справочной информацией и программными документами.

EACS получило ответы только из семи стран: Дании, Германии, Ирландии, Румынии, Испании, Швейцарии и Великобритании, а также документы некоторых общеевропейских агентств, таких как ECDC (Европейский центр надзора и профилактики заболеваний). Было выявлено, что все государственные рекомендации содержали информацию по охвату антиретровирусной терапии, уровню CD4, тестированию на вирусную нагрузку и уровню вирусологической супрессии. Рекомендации пяти из семи стран содержали информацию по ко-инфекциям (в частности, гепатитам); рекомендации четырех стран содержали информацию по сопутствующим заболеваниям (в частности, заболеваниям почек), а также информацию в отношении беременных пациентов, постконтактной профилактике (ПКП); в рекомендациях трех стран присутствовала информация о доконтактной профилактике (ДКП), приверженности к терапии и побочному действию препаратов. Три стандарта оценивали уровень помощи на местном уровне по сравнению с государственным; два стандарта оценивали уровень помощи по районам (например, в одной области); и еще два стандарта не напрямую сравнивали работу отдельных клинических центров.

К удивлению, прозвучало мало единогласия в отношении того, какие направления являлись наиболее важными. Больше внимания в рекомендациях уделялось таким направлениям, как профилактика, тестирование и диагностика, проведение комплексных лечебно-профилактических мероприятий и амбулаторная помощь.



В частности, среди направлений медицинской помощи, по которым в трех и более документах (в том числе в рекомендациях по стандартам услуг и стратегическим программам) указывались конкретные стандарты, при этом, по крайней мере, в одном из них указывался измеримый критерий, были:

Профилактика

- Использование презервативов среди ВИЧ-инфицированных лиц, общего населения и приоритетных групп.
- Процентный показатель использования ДКП в приоритетных группах населения.
- Доступ к программам обмена шприцев и количество наборов стерильного инъекционного инструментария на каждого потребителя инъекционных наркотиков.

Тестирование

- Процент лиц с факторами риска заражения ВИЧ-инфекцией, с документально подтвержденным предложением пройти тестирование на ВИЧ .
- Процент обратившихся в специализированные клиники, которым предлагалось пройти тестирование.
- Процент лиц с положительным результатом анализа на ВИЧ, направленных на прием в ВИЧ-специализированные центры и как быстро.

Ко-инфекции и сопутствующие заболевания

- Процент обратившихся в центры, прошедших скрининг на острый и хронический вирусный гепатит.
- Процент обратившихся, прошедших скрининг на наличие острого или латентного ТБ.
- Процент лиц, прошедший скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонии, нарушения функции почек, снижение минеральной плотности костей.

Среди недостатков этого обзорного исследования - только семь стран (все из которых, за исключением одной страны, принадлежали к Западной Европе) приняли участие в исследовании; большинство настоящих стандартов в основном относились к ВИЧ-специализированной клинической помощи с небольшим числом неклинических или смежных услуг (профилактической или психологической помощи); нехватка некоторых документов по проведению стандартной помощи.

И тем не менее, по словам доктора Лаут, обзорное исследование показало возможность определения единого набора стандартов медицинских услуг. Окончательные направления аудита будут решаться группой экспертов, при этом

аудиты будут проводиться раз в один - два года. Будет сложно найти приблизительно десять направлений с двумя - тремя ключевыми показателями по каждому направлению, которые возможно проследить во всех европейских странах. В некоторых случаях, возможно, будет более реалистично оценивать качество предоставляемой помощи по местным стандартам в сравнении с другим клиническим центром или региональным службам в одной и той же стране.

Пилотный аудит: вирусный гепатит А, В, С и D.

Д-р Анн Салливан из Лондонской Челси и Вестминстер больницы представила результаты пилотного аудита, проведенного в прошлом году, в качестве совместного проекта EACS и ECDC. Цель проекта состояла в демонстрации осуществимости и приемлемости аудита и возможности сбора необходимых для этого данных, при этом аудит выявил некоторые любопытные и широкие различия по стандартам предоставляемых услуг как внутри некоторых стран, так и между странами.

Было решено провести аудит по теме скринингового обследования, профилактики и лечения вирусных гепатитов среди ВИЧ-инфицированных лиц. Анкета для сбора данных аудита была разработана на последней встрече по «Стандартам помощи» в Бухаресте в 2019 году.

Аудит было решено провести в пяти странах: Грузии, Германии, Польше, Румынии и Испании. В общей сложности в аудите приняли участие 23 ВИЧ-специализированных клинических центров, при этом каждая страна-участница могла предоставить данные не менее четырех и не более шести клиник. Результаты аудита по отдельным странам и клиническим центрам были «анонимизированы» для публичного представления, с этой целью каждой странам присваивался алфавитный код А, В, С, D или E, а отдельным клиникам присваивался алфавитно-цифровой код А1, А2 и т.д.

В ходе аудита изучался:

- скрининг на вирусные гепатиты А, В и С (ВГА, ВГВ и ВГС)
- уровень вакцинации против гепатита А и В среди лиц с отсутствием к ним иммунитета
- предоставление тенофовира лицам, у которых вакцина против гепатита В не привела к выработке вакцинационного иммунитета
- наличие антител к дельта-гепатиту (ВГД) у лиц с хроническим гепатитом В
- определение РНК ВГС и антител к ВГС
- процент охвата лиц с ВГС препаратами прямого противовирусного действия (ПППД)

- диагностика и мониторинг за пациентами с циррозом печени
- проведение скрининга на наличие рака печени
- проведение скрининга пациентов на использование ими химсекс-препаратов (секс-стимулирующих препаратов).

В отношении *стратегических программ* по проведению скрининга и вакцинации против гепатита между странами отмечались достаточно большие различия. В некоторых странах все службы имели инструкции по проведению тестирования на ВГА и ВГВ среди всех ВИЧ-инфицированных лиц; по крайней мере одна страна вообще не имела программы тестирования на ВГА. Самый низкий показатель обеспеченности клиник в стране протоколами скрининга на ВГВ составил 50%, а самый низкий показатель обеспеченности клиник протоколом скрининга на рак печени составила 32%.

Для детального исследования фактически оказанных услуг, было проанализировано в общей сложности 610 историй болезни: 329 новых пациентов без гепатита - для оценки частоты проводимого скрининга и (при необходимости) уровня вакцинации; 135 пациентов с ВГВ ко-инфекцией и 146 пациентов с ВГС.

У всех пациентов имелся по крайней мере один задокументированный анализ уровня CD4-лимфоцитов. Доктор Салливан отметила, что для любого аудита выявление клинического показателя со 100% выполнением является необычным (по причине выхода пациентов из-под наблюдения или по причине отсутствия полной информации в истории болезни и т.д.), так что данный результат должен быть отнесен к разряду отличных.

Доля пациентов, которым проводился подсчет CD4-лимфоцитов в течение 30 дней с момента постановки диагноза ВИЧ-инфекции, варьировала в большей мере, при этом в двух клиниках из разных стран только у 50% лиц тестирование на Cd4-лимфоцитов проводилось в течение этого периода. Однако в подтверждение вариабельности показателей, обнаруженных в ходе аудита, приводился пример другого клинического центра в одной из этих же стран, в котором был достигнут 100% показатель тестирования на CD4 в течение 30 дней после постановки диагноза.

В отношении скрининга на ВГС результаты были в целом превосходными. В двух странах все пациенты прошли тестирование на ВГС. В стране с наименьшим показателем по данному критерию только пять пациентов из 100 не прошли тестирование на ВГС.

В отношении скрининга на ВГВ, большинству пациентов проводилось тестирование на наличие поверхностного антигена ВГВ, который подтверждает наличие инфекции в острой или хронической форме. В стране с наименьшим показателем по этому критерию тестирование прошли 84% пациентов, в то время как два отдельных центра в

этой же стране провели скрининг на ВГВ среди всех пациентов. Большинство пациенты также прошли тестирование на наличие сердцевинного антигена ВГВ, который говорит об активности вируса; в одной стране это тестирование проводилось реже - с охватом 28% пациентов.

Тестирование на наличие антител к ВГА с целью определения наличия иммунитета к вирусу гепатита А и необходимости в проведении вакцинации, было менее распространено. В то время как в одной стране все пациенты прошли тестирование на ВГА, в другой стране этот показатель составил 7%, а в третьей - 36%. Только в четырех клинических центрах из всех стран тестирование предлагалось 100% пациентам. Однако д-р Салливан отметила, что тестирование на ВГА является одним из примеров стандарта, попадающего под влияние местной политики: в некоторых странах программы вакцинации против ВГА не включены в бюджет здравоохранения, в этих случаях проведение тестирования на ВГА было малообоснованным.

Аналогичная разница наблюдалась в отношении тестирования на гепатит-дельта (ВГД - вирус-сателлит, который может сопровождать ВГВ, при этом вирус повышает вероятность развития цирроза и рака печени). В то время как в одной стране тестирование на ВГД не было проведено ни одному пациенту, и такая же ситуация прослеживалась в одном из центров в двух других странах, в другом клиническом центре в этих же двух странах тестирование на ВГД проводилось всем пациентам с вирусным гепатитом В. Поскольку ВГВ / ВГД ко-инфекция относится к состояниям с наиболее серьезными последствиями для пациентов с вирусными гепатитами, д-р Салливан назвала эти результаты «разочаровывающими».

Уровень вакцинации против ВГА и ВГВ было сложнее интерпретировать, так как число пациентов с инфекционным иммунитетом, свидетельствующим о ранее перенесенной инфекции, во всех клиниках сильно отличался. В целом, только небольшая доля пациентов прошла вакцинацию против ВГА, что, как уже отмечалось, было результатом невозмещаемых расходов на вакцину в некоторых странах. В одном клиническом центре показатель вакцинации против ВГВ составил 60%, хотя в среднем в регионе этот показатель варьировал от 5 до 25%. Однако в некоторых странах для вакцинации против ВГВ пациенты обычно направляются в другие учреждения, что усложняет процесс сбора данных. В четырех клиниках все пациенты, чьи истории болезни были отобраны для ревизии, имели иммунитет к ВГВ и, по-видимому, в прошлом либо прошли вакцинацию, либо перенесли инфекцию.

Для сравнения, аудит выявил обнадеживающие результаты по охвату пациентов терапией против ВГС: 80% пациентов с ВГС ко-инфекцией прошли курс терапии противовирусными препаратами прямого действия (ПППД), и лечение планировалось провести большинству из оставшихся пациентов. Исключением из этого была одна клиника в одной стране, в которой только половина пациентов прошла лечение с ко-инфекцией, при этом центр не имел лечебного плана для оставшихся пациентов. В еще



EACS STANDARD OF CARE

for HIV and COINFECTIONS in Europe



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

одной клинике в другой стране было пролечено 40% ко-инфицированных пациентов с использованием ПППД, и остальным планировалось провести лечение. Однако запланированное лечение определялось по-разному в разных клиниках.

Большинство клиник (16 из 23) предоставляли всем пациентам с ВИЧ / ВГВ ко-инфекцией антиретровирусную терапию, включающую тенофовир, который предотвращает активизацию хронического гепатита В, хотя в одной клинике ни один из пациентов с ВИЧ / ВГВ ко-инфекцией не получали ВААРТ, в состав которой должен входить тенофовир, и в двух других клиниках только половина ко-инфицированных пациентов получали тенофовир-содержащую схему терапии.

В аудит также входили вопросы пациентов о хим-сексе (использовании секс-стимулирующих наркотиков), хотя результаты значительно варьировали из-за различных пропорций мужчин-геев и бисексуалов в клиниках. Иногда документирование обсуждения клинических проблем с пациентом не является стандартной практикой; при отсутствии документального подтверждения таких обсуждений, аудит расценивает их как несостоявшиеся.

Анн Салливан в заключении сказала, что многоцентровой общеевропейский аудит является осуществимым и приемлемым для врачей. Это позволит провести межгосударственное, межрегиональное и общеевропейское сравнение уровня услуг по стандартам EACS; а также позволит службам оценить свои показатели внутри страны, или сравниться с другими странами. Она сделала особое ударение на «свои», так как цель аудита заключается в том, чтобы клиники увидели лучшие стороны и недостатки своей собственной практики в сравнении с другими клиниками, а не в том, чтобы EACS оценила уровень услуг по своим рекомендациям.

Трудности пилотного аудита заключались в том, что несмотря на свой скромный по объему и времени масштаб, он проводился клиницистами исключительно в их свободное время, при этом сбор и обработка данных проводились «вручную». Для реализации полномасштабной программы аудитных проверок потребуются инвестиции в информационные технологии.

Результаты пилотного аудита будут направлены в управление ВИЧ-специализированных служб соответствующих стран. Если EACS найдет необходимые ресурсы, аудит будет проведен повторно, но в более крупном масштабе, или с изучением других аспектов услуг, например, уровня поздней диагностики или уровня диагностики и лечения туберкулеза.

Рабочий семинар по COVID-19: Один и тот же кризис - разная реакция: как медицинские службы европейских стран справляются с COVID-19

На первом семинаре, состоявшемся 11 ноября, подводились итоги эпидемиологической ситуации COVID по всей Европе и ее влияния на ВИЧ-службы. На встрече особое внимание уделялось ситуации в Центральной и Восточной Европе (ЦВЕ), поскольку в состав президиума входили ВИЧ-специалисты из Чехии, Эстонии, Польши и Румынии, а также из Великобритании. По аналогии с другими рабочими встречами, этот семинар также был закрытым, поэтому имена отдельных выступающих указываться не будут.

Эпидемиологическая ситуация изменяется быстрыми темпами, и ноябрьская ситуация сильно отличалась от ситуации через три месяца. Чехия, которая по большому счету избежала первой волны эпидемии COVID за счет введения строгих карантинных мер весной 2020 года, только что испытала интенсивную вторую волну эпидемии с чрезвычайно высоким уровнем заболеваемости. В Эстонии по-прежнему регистрируется относительно небольшое число случаев инфекции даже для небольшой страны. К этому моменту в Польше наблюдался самый крутой подъем в траектории второй волны, при этом уровень заболеваемости за две недели до встречи в 4,4 раза превышал уровень заболеваемости в Западной Европе (средний показатель в ЦВЕ-регионе на данный момент был в три раза выше, чем в Западной Европе). Румыния была на пике второй волны. В Великобритании появились признаки роста заболеваемости, который достиг своего пика в январе 2021.

К другим различиям ситуации в странах также относился уровень тестирования населения на COVID. В Западной Европе 42% населения к ноябрю 2020 прошли тестирование. В регионе ЦВЕ этот показатель составил 14%. Хотя надо отметить, что тестирование в ЦВЕ проводилось более целенаправленно, с позитивным результатом среди 8,8% протестированных по сравнению с Восточной Европой, где он составил 3,3%.

Румыния пострадала особенно сильно. Структура здравоохранения в Румынии не изменилась с коммунистической эпохи, и построена по принципу разделения медицинских учреждений на больницы общего профиля и специализированные центры, к которым относятся инфекционные больницы. В какой-то степени структура здравоохранения Польши и Эстонии построена аналогично.

Интересно, что эпидемия COVID-19, по-видимому, наконец-то способствовала началу изменений этой системы: Польша внедряет многопрофильные больницы, четыре новых больницы были открыты в Бухаресте в Румынии, хотя начало изменений проходило медленно. Румыния столкнулась с чрезвычайной ситуацией: на момент проведения встречи, отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в главной инфекционной больнице Бухареста была снабжена только 10 койками, при количестве

больных COVID-19 превышающем 500 человек, 80% из которых нуждались в кислороде.

Такая система здравоохранения с вертикальной иерархией привела к усугублению дефицита инфекционистов, так штат инфекционистов Эстонии насчитывает только 50 специалистов.

Несмотря на различия в эпидемиологической ситуации стран, в структуре их служб здравоохранения и их различное ресурсное обеспечение - трудности, с которыми столкнулась как общая служба здравоохранения, так и ВИЧ-специализированная служба, были схожими.

Одним из факторов, объединяющих страны, стало то, что европейские службы здравоохранения считали себя подготовленными к масштабной эпидемии, но в итоге обнаружили, что они ошибались. «Мы не думали, что такой огромный рост числа случаев инфекции был возможным...» - сказал представитель Польши.

Эпидемия COVID многосторонне отразилась на ВИЧ-инфицированных лицах.

ВИЧ-специализированные услуги были сокращены, личные консультации со специалистом предоставлялись только новым пациентам с только-что установленным диагнозом и лицам с серьезными проблемами здоровья. В ЦВЕ регионе, [отчет наблюдения, опубликованный в июле 2020 г.](#) и подробно характеризующий первоначальную ответную реакцию на эпидемию, показал, что приемы врачей были сокращены более, чем на 50%, и только 32% ВИЧ-специализированных центров работали нормально. [По результатам других наблюдений](#), такие меры, как: телефонные и видео-консультации, тестирование на дому, доставка антиретровирусных препаратов, поддержка со стороны НГО, которые заполняли дефицит некоторых услуг, и другие меры - помогли удержать обслуживание на базовом уровне. Однако мониторинг вирусной нагрузки среди пациентов сократился в лучшем случае до одного раза в год.

Большинство стран в той или иной степени использовали карантинные и защитные ограничения, при этом 53% стран ЦВЕ-региона на момент проведения наблюдения применяли принципы полной изоляции населения. Это сдерживало ВИЧ-инфицированных лиц от обращения за медицинской помощью даже тогда, когда они в ней нуждались, потому что они боялись проявить инициативу и чувствовали, что это было не дозволено. Аналогичная тенденция прослеживалась в Англии, Польше и Румынии - когда пациенты стали возвращаться на прием, состояние некоторых из них ухудшилось. «Наши ВИЧ-центры оставались закрытыми для личных консультаций с врачом до 1 июля 2020 года,» - сказал английский врач. «Но когда личный прием возобновился, пациенты стали приходить на прием с оппортунистическими инфекциями, как в конце 1990 гг.»



В Румынии и, в определенной степени, в Польше ситуация усугублялась в результате проблем, с которыми службы здравоохранения сталкиваются при оказании помощи лицам с множественными медицинскими проблемами. Румынские врачи сказали: «Отделения, в которых лечились пациенты с коронавирусом, отказывали нам в приеме пациентов с ВИЧ, и наоборот, не только из-за опасений возникновения перекрестной инфекции, но и из-за того, что многие ВИЧ-инфицированные лица являлись потребителями инъекционных наркотиков, а эти отделения не могли предоставить метадон».

Врачи и медсестры других специальностей были переведены на выполнение обязанностей лечения пациентов с коронавирусом, а ВИЧ-койки были отданы для лечения пациентов с COVID. В Польше и Румынии один из подходов к решению этой проблемы, и с учетом безопасности как для персонала, так и пациентов, заключался в сохранении «скелета услуг» для экстренных случаев, связанных с ВИЧ-инфекцией, в виде резервирования нескольких коек строго для таких случаев. В Польше пожилые и, следовательно, более уязвимые врачи и медсестры продолжали работать в ВИЧ-клиниках и отделениях, в то время как молодые специалисты - в отделениях COVID.

Аналогичный подход использовался в Англии, но, как сказал английский врач, «...некоторые коллеги все равно заболели COVID-19 инфекцией, поэтому нам пришлось переложить некоторые функции на старших ординаторов и других представителей персонала, что в Африке в начале 2000-х годов называлось [перераспределением функций](#)».

Лаборатории были в большей степени заняты тестированием на COVID-19, особенно те, которые специализировались в тестировании вирусной нагрузки ВИЧ, так как оба теста используют аналогичную методику ПЦР. Другой проблемой стало оказание психологической и социальной поддержки ВИЧ-инфицированным людям, чьи психологические проблемы часто усугублялись изоляцией.

И все же, так же как эпидемия COVID способствовала созданию многопрофильных больниц в некоторых странах, в других она предоставила возможность для внесения далеко просроченных изменений в клиническую практику в отношении ВИЧ-дискриминации. Предыдущие исследования уже отметили, что пандемия COVID дала толчок к более широкому использованию самотестирования (на дому) и тестированию на базе общественных организаций.

Один из врачей заметил, что эпидемия COVID в какой-то степени способствовала снижению ВИЧ-дискриминации и уничтожению давно устаревших убеждений среди медицинского персонала. «ВИЧ-инфекция стала просто еще одним заболеванием, по поводу которого пациенты с COVID проходили тестирование и лечение. И мы можем продемонстрировать медицинскому персоналу самым практически доступным

методом, что из двух вирусов, ВИЧ относится к патогену, которого не следует бояться или принимать излишние меры предосторожности».

Тестирование на ВИЧ стало одной из строгих рекомендаций, которую участники семинара решили предъявить в EACS с просьбой ее утверждения в качестве политической стратегии.

Все за исключением одной страны, представленные на этом семинаре, уже включили ВИЧ-тестирование в протокол обследования при госпитализации пациентов с COVID; исключением является Чехия, которая в настоящее время автоматически не проводит ВИЧ-тестирование при поступлении пациентов в стационар, хотя некоторые стационары это практикуют. В большинстве стран среди пациентов, госпитализируемых с COVID, выявлялись новые случаи ВИЧ-инфекции. В Румынии в Бухарестской больнице было выявлено 3 новых случая ВИЧ-инфекции среди 1200 пациентов с коронавирусной инфекцией. Уровень выявляемости ВИЧ-инфекции, который по этим данным составил 0,25%, превышает порог 0,1%, установленный ВОЗ в качестве экономически выгодного для проведения тестирования. У двух из этих пациентов ВИЧ-инфекция была выявлена в поздней стадии; третий пациент, поступивший с COVID, ВИЧ и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ), к сожалению, умер. В Великобритании тестирование на ВИЧ среди пациентов, поступающих с COVID, было включено в протокол обследования после необычного случая, когда у одного пациента, обратившегося за помощью с симптомами коронавирусной инфекции, повторное тестирование не подтвердило наличие COVID. Только после того, как пациент прошел тестирование на ВИЧ, оказалось, что его симптомы были вызваны пневмоцистной пневмонией на фоне ВИЧ-инфекции, а не COVID.

Существует другая, противоположная, проблема, связанная с тестированием ВИЧ-инфицированных пациентов на наличие антител к COVID, чтобы установить уровень популяционного иммунитета к COVID. Английский врач прокомментировал, что они не знали, перенес ли пациент COVID-инфекцию, если пациент добровольно об этом не заявлял.

В Эстонии с июля по сентябрь было проведено исследование, в ходе которого 350 ВИЧ-инфицированных лиц прошли тестирование на наличие антител к COVID; на тот период только у трех человек были выявлены антитела; как упоминалось ранее, в Эстонии до сих пор эпидемия протекает медленно. Определение распространенности коронавирусной инфекции среди ВИЧ-инфицированных лиц может предоставить четкую информацию о степени тяжести течения инфекции среди ВИЧ-инфицированных по сравнению с общим населением при различном уровне медицинского обеспечения.



EACS STANDARD OF CARE

for HIV and COINFECTIONS in Europe



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

В ходе семинара были рассмотрены и другие идеи, включая список минимальных стандартов для наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами во время COVID-эпидемии (например, частота проведения клиничко-лабораторного наблюдения).

Однако, после обсуждения большинство участников семинара выразило тревогу в отношении того, что установление минимальных стандартов может привести к непреднамеренному обесцениванию «Стандартов помощи», представленных в Рекомендациях EACS.

Участники встречи также высказали свое мнение о том, что было бы полезно провести ретроспективный анализ влияния COVID на ВИЧ-специализированные услуги, но признали, что это неосуществимо в разгар второй волны пандемии.

Хотя повестка Встречи 2020 по «Стандартам помощи» была главным образом связана с поддержанием потенциала по достижению региональных стандартов, которые можно было бы проконтролировать во время аудита, по словам одного врача «...мы не сталкивались раньше с COVID, так что сравнивать еще не с чем. Мы можем оглянуться и проанализировать последствия эпидемии, хотя нет никаких оснований утверждать, что мы могли бы сделать что-то по-другому».

Рабочий семинар по доконтактной профилактике (ДКП). Европейские ДКП-программы столкнулись с двумя большими проблемами: как привлечь население к ДКП, и как ее предоставлять всем желающим

По всей Европе сохраняется значительный разрыв между потребностью в ДКП ВИЧ-инфекции и числом лиц, имеющих фактический доступ к этому методу профилактики - по данным онлайн-семинара, созванного EACS в конце прошлого года.

Семинар по доконтактной профилактике (ДКП) стал второй частью четвертой встречи по «Стандартам помощи». Проведение встречи было запланировано на октябрь прошлого года в Тбилиси (Грузия), но по причине эпидемии COVID-19 встреча была разделена на вступительное заседание, три семинара - ДКП, COVID-19 и ВИЧ среди пожилых лиц, а также итоговую встречу, которая состоялась в феврале этого года. [Ознакомиться с обзором первой встречи можно по этой ссылке.](#)

В работе семинара по ДКП приняли участие представители [EACS](#), [Европейского центра надзора и профилактики \(ЕЦНП\)](#), Европейской группы лечения СПИД ([EATG](#)) и [ДКП в Европе](#). Как и в остальных случаях, семинар был закрытым, поэтому имена выступающих здесь не указываются, хотя в семинаре приняли участие представители из Бельгии, Хорватии, Дании, Италии, Польши, Швеции, Швейцарии, Украины и Великобритании.

Первой европейской страной, которая стала предоставлять ДКП через сеть учреждений государственной службы здравоохранения, была Франция в 2015 году. Теперь уже 15 стран предоставляют ДКП в рамках своих услуг медицинской службы (или 18, если отдельные страны Объединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, будут учитываться отдельно); в других 5 странах в настоящее время проводятся демонстрационные исследования по ДКП; а в восьми странах ДКП можно купить за свой счет в интернете, при этом лабораторно-клиническое наблюдение доступно в клиниках сексуального здоровья и первичной медицинской помощи. Остается более 20 стран, в которых по-прежнему отсутствует систематическое обеспечение ДКП-препарата.

«ДКП разрыв» между спросом, потребностью и доступом

Европейский Центр Надзора и Профилактики Заболеваний (ЕЦНП) установил, что реальная разница в обеспеченности населения ДКП находится не между странами, которые предоставляют или не предоставляют ДКП, а между числом лиц, нуждающихся в профилактике по причине наличия у них факторов риска, лиц, которые во время опросов заявляют о своем однозначном желании в использовании ДКП, и числом лиц, имеющих фактический доступ к ДКП.

В отношении мужчин-геев и бисексуальных мужчин, последнее Европейский интернет-опрос среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (EMIS), показал, что в среднем 63% опрошенных без диагноза ВИЧ-инфекции слышали о ДКП, хотя по странам уровень осведомленности этой группы населения варьировал от 28 до 81%. В странах ЕС / ЕАСТ 21% опрошенных заявили, что они «...с большой вероятностью...» принимали бы ДКП-препарат, если бы они знали, как его получить.

И только 3,2% опрошенных фактически использовали ДКП (самый высокий показатель был в Великобритании - 9%). Средний разрыв между спросом на ДКП и ее фактическим использованием составил 17,6%. За пределами стран ЕС / ЕАСТ, в Восточной Европе разрыв был еще больше, например, в России 45% опрошенных заявили, что они хотели бы использовать ДКП, и только 1% фактически имели доступ к ДКП-препарату. По оценкам, в Европе полмиллиона человек вероятнее всего будут использовать ДКП, если препарат будет легко доступен.

Доконтактная профилактика (ДКП) и негомосексуальная популяция

Мужчины гомосексуальной и бисексуальной ориентации составляют подавляющее большинство пользователей ДКП. В Европе нет эквивалента проекту EMIS, чтобы оценить уровень осведомленности о ДКП среди других групп риска населения, таких как: коммерческие секс-работницы, транссексуальные представители обоих полов, уязвимые женщины, потребители инъекционных наркотиков и их партнеры, мигранты и другие.

В некоторых странах, особенно в Восточной и Центральной Европе, существующая система по предоставлению ДКП-услуг возможно направляет их в сторону лиц, которые в ней не нуждаются, например, для партнеров ВИЧ-инфицированных лиц со стабильной неопределяемой вирусной нагрузкой. В Молдове, например, небольшой стране, в которой использование ДКП было включено в государственные рекомендации уже на протяжении двух лет, только 145 человек получают ДКП-препарат. Четверть из них - женщины, которые являются половыми партнерами ВИЧ-инфицированных мужчин со стабильной неопределяемой вирусной нагрузкой.

За пределами Африки проведено мало исследований с целью определения фактической потребности в ДКП среди таких групп населения, как женщины, и это может быть трудно установить. Один из участников семинара задал вопрос: «Как вы собираетесь выяснить у женщины, вступает ли ее партнер в секс с мужчинами, о которых она не знает?».

Обеспечение ДКП только через клиники сексуального здоровья может быть одним из барьеров для широкого охвата разнообразной популяции. Один врач сказал: «Только 20% моих пациенток обращались в венерологические клиники до выявления у них

ВИЧ-инфекции. Я спросил всех этих пациентов, если бы ДКП-препарат был доступен до того, как им был поставлен диагноз, стали бы они его принимать? Никто из них не выразил своего желания». Это объясняется не столько наличием дискриминации, сколько отсутствием осведомленности женщин о своих факторах риска. «Если посмотреть на их жизненные обстоятельства объективно, можно было бы заметить, что многие *находились* под угрозой заражения».

Общественный представитель сказал: «В отношении особенно женщин, ВИЧ, возможно, является не самой первой проблемой, о которой они задумываются, если они вообще об этом думают. Скорее всего женщины обратятся за помощью в учреждения, предоставляющие услуги по бесплодию или беременности. ДКП-программы должны предоставляться в рамках оказания гинекологической помощи и помощи по планированию семьи, если мы хотим заинтересовать женщин в том, что, с их точки зрения, является *дополнительным* методом защиты сексуального здоровья».

В английском исследовании «ИМРАСТ» приняло участие 1250 человек негомосексуальной и небисексуальной ориентации (разделенных равномерно между трансгендерными представителями и цис-мужчинами и цис-женщинами), хотя они представляли только 5% от общего числа участников исследования.

Демедикализация

«Демедикализация» стал термином, который часто использовался на семинаре. Было признано, что по простой причине дефицита кадров, расширение программ ДКП будет затруднено, если в каждом случае назначения ДКП будет необходима консультация врача (в некоторых странах для прохождения даже тестирования на ВИЧ все еще требуется разрешение врача).

Прошло много дискуссий о том, как ДКП-услуги могут быть в некоторой степени демедикализированы без ущерба для безопасности пациентов. Например, анализ функции почек не обязательно должен проводиться каждые три месяца для лиц старше 45 лет и может быть проведен по анализу мочи с помощью диагностических полосок «дипстик».

Хотя тревогу вызывала идея полной демедикализация ДКП-программ по аналогии с безрецептурным доступом к ДКП в интернет-магазинах. Английский врач сказал, что, несмотря на редкость возникновения нежелательных реакций при приеме ДКП-препарата, в исследовании «ИМРАСТ» в Англии наблюдалось несколько случаев панкреатита. Без проведения предварительного тестирования на ВИЧ, маловероятная возможность совпадения начала приема ДКП и острой ВИЧ-инфекции может способствовать повышению уровня резистентности ВИЧ.

Лучшим решением проблемы может стать так называемая «...облегченная контролируемая пациентом модель ДКП-услуг с предоставлением доступа к необходимым тестам». В этой связи эпидемия COVID стала фабрикой новаторских идей, вынуждая клинические службы в течение нескольких недель адаптировать меры, которые они до этого обсуждали на протяжении многих лет, а именно: услуги телемедицины, тестирование на дому, услуги НГО и групп взаимопомощи, новые системы доставки лекарств и т.д..

Несмотря на то, что инъекционный каботегравир (который, вероятно, станет доступен через несколько месяцев) не будет способствовать демедикализации ДКП-программ, так как препарат будет невозможно получить никаким другим способом, как только в клинических центрах, с точки зрения пациентов препарат возможно поможет демедикализации ДКП, так как им не нужно будет думать о приеме препарата ежедневно.

Совместные каналы направления пациентов между НГО и клиниками

Система направления пациентов негосударственными организациями (НГО) также может послужить решением для привлечения большего количества людей (негомосексуальной / небисексуальной ориентации), заинтересованных в приеме ДКП. На Украине, в настоящее время 2269 человек принимают ДКП, при этом программа координируется Альянсом Общественного Здоровья (АОЗ). На базе НГО проводится оценка факторов риска и тестирование обратившихся на ВИЧ, с последующим направлением заинтересованных лиц и лиц с показаниями к ДКП в клинику.

Несмотря на то, что большинство их контингента составляют мужчины-геи и бисексуальные мужчины с небольшой горсткой трансгендерных лиц, 17% относятся к другим группам населения, в том числе: 128 коммерческих секс-работниц (и их несколько постоянных партнеров), 73 потребителя инъекционных наркотиков и их партнеры, 135 ВИЧ-негативных партнеров в серодискордантных парах (в основном гетеросексуальной ориентации) и других людей.

АОЗ не располагает бюджетом для издания материалов, повышающих сознание населения или спрос населения на предоставление услуг. Хотя представитель АОЗ заявил, что организация не испытывает особых трудностей в интеграции ДКП-программ в услуги по ВИЧ-профилактике и сексуальному здоровью, которые предоставляются другими НГО, работающими с этими группами населения. «Это просто становится еще одной темой, о которой мы с ними говорим». Таким образом, двухэтапная модель - с оценкой факторов риска ВИЧ-инфекции, выполняемой НГО, с последующей врачебной консультацией (для исключения противопоказаний и решения других более сложных вопросов) - может работать лучше.

Более качественный отбор лиц, действительно нуждающихся в ДКП, и как они ее принимают

По-прежнему остается проблема обеспечения ДКП цис-женщин, которые могут и не относиться под «крыло защиты» НГО. В ходе английского исследования IMPACT некоторые клиники сексуального здоровья провели пилотное наблюдение, в рамках которого в течение последнего месяца исследования проводился анкетный опрос всех женщин-участниц. В анкете задавался вопрос о наличии в жизни опрошенных каких-либо признаков, которые могли бы указывать на повышенный риск ВИЧ-инфекции, например, нестабильное жилищное положение, насилие со стороны полового партнера, наличие половых партнеров из стран с высокой распространенностью ВИЧ и т.д... Подавляющее большинство женщин ответили «нет» на все вопросы, хотя в случае ответа «да» женщины направлялись на собеседование с советником здоровья для обсуждения их факторов риска ВИЧ-инфекции. «В течение последнего месяца нам удалось привлечь столько же женщин к опросу, сколько было зачислено за предыдущие 18 месяцев» - сказал один врач.

«В результате, два представителя сообществ на семинаре обратились с мольбой о предоставлении более подробных результатов продолжающихся исследований по ДКП, и не столько в отношении новых лекарств и их рецептурных форм, сколько об эпидемиологических моделях и об использовании ДКП в реальной жизни.

Общественный представитель из Хорватии, который проводит небольшую ДКП-программу для геев и бисексуальных мужчин, отметил, что он был не уверен в том, что математическая модель ЕЦНП по «ДКП-разрыву» отражает истинное число людей, которые должны принимать ДКП для снижения ВИЧ-заболеваемости на 90% к 2030 году, намеченного ООН в программе «Задач Устойчивого Развития». «Во время беседы с некоторыми мужчинами-геями, которые хотят начать ДКП, выясняется, что в действительности они вступают в секс не так часто». ВИЧ-инфекция является высоко-очаговым заболеванием и имеет еще более высокий показатель k, чем COVID, а это означает, что небольшое число лиц передают ВИЧ-инфекцию очень часто (*ред. являются основными передатчиками инфекции*), в то время как оставшееся большинство инфицированных лиц передают инфекцию редко или вообще ее не передают. Необходимы более совершенные алгоритмы отбора и четкие показания для эффективного назначения ДКП.

Проведено очень мало исследований по периодическому приему ДКП, за исключением режима «2-1-1», используемого в исследовании IPERGAY. Многие врачи и медсестры считают, что эту схему трудно объяснить, в то время как участники ДКП-групп в социальных сетях часто обсуждают прием ДКП-препаратов разными и более прагматичными методами - например, начинать использовать схему 2-1-1 сразу после

рискованного эпизода по аналогии с постконтактной профилактикой (ПКП). Работает ли такой подход? Никто не знает.

Также необходимо провести исследование причин, по которым люди прекращают прием ДКП. В настоящее время нет даже единогласного определения в отношении прекращения приема ДКП, поскольку подавляющее большинство пациентов не заявляют об этом, а просто перестают посещать клиники.

Рекомендации и решения

На совещании был разработан целый ряд рекомендаций и идей, которые помогут ответить на некоторые из этих вопросов.

- [ЕЦНП опубликовал «Инструктивное руководство»](#), в котором сравниваются различные методы организации ДКП-услуг в разных странах и приводится общий набор рекомендуемых процедур и стандартов. Документ включает в себя Шаблон, предназначенный для стран ЕС, который может ими использоваться с целью стандартизации своих ответных действий. Этот процесс уже был завершен 17 странами и включен в виде обучающих примеров в [Дополнение к «Инструктивному руководству»](#). EACS рассмотрит возможность расширения использования этого Шаблона для стран, не входящих в ЕС, с перспективой выпуска совместного ECDC/EACS издания.
- Инструктивное руководство может использоваться в виде базовых аудиторских стандартов по организации ДКП-услуг.
- В Руководство EACS необходимо включить какую-либо информацию по демедикализации услуг. Какие модели могут использоваться в обеспечении ДКП-услуг? Какие аспекты ДКП-помощи возможно демедикализировать? Какие услуги нуждаются в медицинских стандартах для обеспечения безопасности ДКП-пользователей?
- Сокращение разрыва между спросом на ДКП и ее обеспечением может быть использовано в качестве амбициозной цели. Это поможет создать информационную базу для совместного ECDC/EACS отчета 2021 года для проведения переговоров с заинтересованными сторонами из министерств стран, чтобы продемонстрировать полученные данные и договориться об их поддержке и обязательстве по возмещению расходов на ДКП.
- EACS поделится своим перечнем рисков и стратегий по проведению оценки и внедрению ДКП-услуг в группах населения, отличающихся от мужчин гомосексуальной и бисексуальной ориентации (ГВМ). Это поможет создать один из разделов более комплексных научно-обоснованных стандартов по назначению ДКП, разработке анкет-опросников по факторам риска, частоте клинично-лабораторного наблюдения за лицами, принимающими ДКП.

- Ученые и исследователи разработают аналитические модели с учетом европейских данных с целью определения, как долго и какие группы населения должны будут принимать ДКП, чтобы повлиять на уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Аналитические модели наряду с исследованиями по внедрению ДКП-услуг в других регионах (Африке и США) можно будет использовать в качестве шаблонных примеров.
- Продолжать проведение быстрых и коротких опросов внутри сообществ с целью сбора базовой информации о настоящем положении дел в сфере предоставления и доступности ДКП-услуг в различных регионах. Европейская Группа по Лечению СПИД (ЕАТГ) провела такого рода опросы во время карантина COVID.
- Снижение уровня ВИЧ-дискриминации на 90% к 2030 году входит в «Задачи устойчивого развития», разработанные ООН, но на сегодняшний день имеется мало данных о том, как этого добиться или как оценить уровень дискриминации. Европейский Центр Надзора и Профилактики (ЕЦНЦ) предложил провести исследование совместно с Европейским СПИД Клиническим Сообществом (ЕАКС) для оценки уровня ВИЧ-дискриминации в медицинских учреждениях.
- Необходимо провести анализ моделей взаимодействия различных организаций для оказания медицинских услуг и возможности профессионального вовлечения равных консультантов, НГО, консультантов здоровья и других ресурсов для оценки и продвижению ДКП-услуг, и выступать в их поддержку, если они позволяют сформировать спрос и расширить использование ДКП в группах населения, не относящихся к ГБМ.

Рабочий семинар по аудиту: Можем ли мы установить культуру аудита в Европе?

Четвертый семинар, который состоялся 26 января 2021, был проведен по теме «Сопутствующие заболевания у ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте старше 50 лет».

Это объясняется тем, что после успешного пилотного аудита в прошлом году, в рамках которого оценивался уровень ВИЧ-специализированной лечебно-профилактической помощи и помощи для пациентов с гепатитами в пяти отобранных клиниках из пяти стран было предложено провести аудит стандартов мониторинга сопутствующих заболеваний, влияющих на здоровье пожилых ВИЧ-инфицированных пациентов.

Однако, после проведения широкомасштабной дискуссии, участники семинара пришли к выводу, что многочисленность факторов, которые необходимо учитывать, усложнит немедленный перевод аудита на общеевропейский уровень.



EACS STANDARD OF CARE

for HIV and COINFECTIONS in Europe



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

Во время этой дискуссии приводился целый ряд различных факторов.

В Европе нет «культуры аудита». Идея проведения аудитов была новшеством для ряда врачей, принявших участие в пилотной программе, хотя один грузинский врач на итоговом совещании сказал, что пилотный проект был интересным и полезным делом.

Аудитная программа BHIVA, в рамках которой аудиты проводятся раз в год - по своей сути является шаблоном программы, предлагаемой EACS. Британской аудиторской программе уже 20 лет, хотя потребовалось несколько лет для того, чтобы большинство ВИЧ-специализированных центров страны восприняли ее цели и выделили рабочее время, необходимое для проведения аудита.

Аудиторский анализ - достаточно тонкая идея. Это *не* исследование и не измерение абсолютных показателей работы по конкретным направлениям или результатов этой работы - аудит помогает определить относительный уровень приверженности к соблюдению установленных клинических задач.

Наиболее трудной частью аудита является установление реалистичных задач, которые не будут означать однозначный провал для центров, хотя, с другой стороны, будут достаточно амбициозными и стимулирующими к улучшению услуг. Как только эти задачи согласованы, в большинстве случаев совершенно нетрудно провести сбор данных и обзор историй болезней (амбулаторных карт) пациентов, которые помогут определить, были ли достигнуты намеченные цели, хотя это может занять длительное время.

Рекомендуемые стандарты должны быть *анализируемыми*; то есть, должны быть простыми, легко измеримыми и применимыми к достаточному числу пациентов, чтобы сформировать достаточно большую и значимую базу данных, позволяющую проводить количественное сравнение. Они должны позволять непосредственно анализировать количественные данные, например, доля пациентов с неопределяемой вирусной нагрузкой на момент аудита, или доля пациентов, подвергшихся определенному исследованию, например на предмет курения.

Такое исследование может проводиться с определенной периодичностью, например раз в год или всего лишь однократно, например, при постановке диагноза. Также исследуемые аспекты работы должны поддаваться измерению при помощи одного показателя. Например, вопрос «Была ли проведена проверка пациента на рак?» не является анализируемым, потому что он может означать множество различных исследований. Вопрос «Проведена ли оценка десятилетнего риска инфаркта миокарда?» является более специфичным, но все еще представляет собой суррогатную меру, которая включает в себя ряд показателей, некоторые из которых могут быть измерены, а другие - нет, в то время как вопрос «Прошел ли пациент тестирование уровня глюкозы крови в течение последних шести месяцев?» очевидно является анализируемым.

Рекомендации EACS с большим количеством специфических инструкций и стандартов и, в некоторых случаях, с их более подробным и четким изложением по сравнению с национальными рекомендациями, не подвергались критическому анализу с целью определения, какие из них могут с пользой стать предметом аудита.

Разнообразие структур служб здравоохранения Европейского региона, наряду с разнообразием ВИЧ-инфицированной популяции, ограничивает потенциальное число измеримых общеевропейских стандартов. Это обусловлено несколькими причинами.

Во-первых, в некоторых странах некоторые услуги могут просто не предоставляться. Как выяснилось в ходе пилотного аудита, одной из целей которого стало определение доли пациентов, прошедших вакцинацию против гепатита В, - в Румынии вакцинация против ВГВ не финансировалась. В других ситуациях, несмотря на наличие услуг, могут отсутствовать четкие каналы направления пациентов из одной службы в другую (например, из ВИЧ-центра к психотерапевту). И, наконец, клинические приоритеты стран могут отличаться. Например, в то время как западноевропейские врачи согласились, что сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет были наиболее важными сопутствующими заболеваниями для проведения аудита, грузинский врач из президиума заседателей семинара заявила, что среди ее пожилых пациентов самым важным фактором, ограничивающим их здоровье, были злокачественные заболевания, не связанные с ВИЧ-инфекцией, особенно учитывая тот факт, что большинство из них были курильщиками. Это отражается на необходимости в проведении врачами конкретных обследований и частоту их проведения.

Конфиденциальность информации очень важный аспект при проведении аудита. Цель аудита заключается не в создании рейтинговой таблицы лучших клиник и в публичном унижении клиник с более низкими показателями, чтобы стимулировать их к достижению лучших результатов.

В ходе аудитов, проводимых BHIVA, клиническим центрам предоставляется конфиденциальный отчет, в котором указываются услуги, по которым их показатели были ниже или выше среднего по данным других клиник, но эти данные нигде не публикуются. Однако, все это проводится в одной стране. В случае пилотного аудита, организованного EACS, клинические центры были анонимизированы, а страны-участницы нет.

Как правильно поступить в этой ситуации? В некотором отношении задачи ЮНЭЙДС «90-90-90» является глобальным аудитом. Хотя предметом для дебатов остается тот факт, что, в то время как эти задачи является стимулом для улучшения ВИЧ-услуг для некоторых стран, возможно, что для стран с худшим уровнем услуг они оказывает демотивирующее воздействие, особенно среди специалистов, для которых профессиональная гордость является лучшим стимулирующим фактором.

И наконец, нужно учесть два внешних фактора. Во-первых, насколько легко будет проводить аудит в разгар эпидемии COVID, когда медицинские работники передислоцированы, времени не хватает, ресурсы перегружены, и любая, связанная с ВИЧ-инфекцией работа, которая проводилась с пациентами в прошлом году, не проводится в том же объеме.

Во-вторых, нужно учитывать необходимость в дополнительных затратах, и не только на время работы персонала, но и на такую работу, как создание электронной системы данных пациентов, которая поможет собирать данные по наиболее простым показателям и, таким образом, сэкономит время на проведении ревизии отдельных историй болезни. Также надо учесть необходимость в проведении подготовки персонала к работе в потенциально новом направлении - проведении аудитов. Последний аудит EACS провел при поддержке со стороны ЕЦНП, хотя прозвучало, что ЕЦНП слишком загружен проблемами COVID, чтобы предложить такой же уровень поддержки в этот раз.

С учетом всего этого, на семинаре был выработан ряд предложений:

- Необходимо подождать с процессом немедленного проведения европейского аудита, и вместо этого сконцентрировать внимание на работу Группы Мониторинга и Рекомендаций EACS для определения базового перечня аудитный показателей.
- Начать не с общеевропейского аудита, а попытаться провести аудиты на уровне страны или, возможно, в регионе (например, в Скандинавии, Бенилюксе).
- Определить лидеров среди EACS стран для лоббирования и продвижения вперед аудиторской программы.
- Они смогли бы сформировать группы подготовки аудиторских предложений, которые затем будут одобрены EACS с учетом приоритетов страны.
- Аудиты должны анализировать ограниченное число (было предложено - пять) простых целей. Следует избегать простейших целей, которые могут быть достигнуты любыми клиниками; в аудите необходимо использовать по крайней мере одну цель, которая является более сложной. EACS будет оказывать поддержку аудиторскому персоналу страны проведением ежегодных встреч и профессиональной подготовки.
- Возможно, что аудиты смогут получить финансовую поддержку, например, со стороны ЕС, если они будут соответствовать требованиям экспериментально-прикладной науки. Возможно, что это будет применимо только к некоторым областям науки, таким как реализация программ ДКП.

Итоговое совещание: ответная реакция и пути продвижения вперед

Эти предложения были представлены на итоговом совещании 10 февраля. Было признано, что настоящая ситуация делает разработку и проведение аудита до следующей конференции EACS в октябре этого года нереалистичным, и что отведение для этого двух лет является более оправданным, если предлагаемая работа с Группой Мониторинга Рекомендаций будет выполнена наряду с реализацией работы на уровне стран.

Это предложение было воспринято с таким же желанием, как и предложение о разработке обучающих вебинаров по аудитам в сотрудничестве с ЕЦНП.

Однако, участники совещания не хотели отказаться от идеи проведения общеевропейского аудита, по крайней мере, во отношении некоторых услуг.

Юрген Рокстроб, Президент EACS, сказал, что, по его мнению, было важным для EACS продолжать продвигать достигнутое на Бухарестской встрече, которая стала первой из серии встреч, проводимых по теме «Стандарты помощи», в итоге которой возникло практическое предложение, которое затем было практически реализовано; что подтверждает возможность применения «культуры аудита» на уровне общеевропейской структуры ВИЧ-специализированных услуг.

Однако он заявил, что он также разделяет точку зрения о необходимости проведения аудитов с учетом целей, наиболее актуальных для этих стран, а не для кого-то еще.

Санджей Бхагани, который станет президентом EACS после проведения конференции в Лондоне в октябре 2021, сказал, что предложение по формированию аудиторских групп и проведению обучающих семинаров будут рассмотрены руководящим советом EACS с целью активного изучения возможных путей финансирования такой работы.

Мишель Казачкин, бывший Генеральный директор ЮНЭЙДС и, в настоящее время, член Всемирной Ассамблеи Здравоохранения, изучающей глобальный ответ на пандемию COVID, сказал, что опыт работы с COVID помог ему осознать больше, чем когда-либо раньше, что Европа, несмотря на свое разнообразие систем здравоохранения и экономическое неравенство, по-прежнему остается единым регионом с поразительно схожими тенденциями протекания эпидемии как на западе, так и на востоке региона, как в богатых, так и бедных странах.

Он также подчеркнул, что COVID-19 не исчезнет и, скорее всего, станет контролируемой, но эндемически важной угрозой для здоровья населения. Необходимы новые модели оказания услуг населению, в том числе в области оказания ВИЧ-специализированных услуг, чтобы отвечать потребностям новой ситуации. В частности, он подчеркнул, что некоторые наиболее новаторские идеи, позволившие поддержать непрерывное предоставление ВИЧ-специализированных услуг, возникли на базе НГО, и необходимость включения услуг общественных организаций в систему здравоохранения в качестве равноправных партнеров стала еще более важной



EACS STANDARD OF CARE

for HIV and COINFECTIONS in Europe



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

задачей, как никогда. И нам нужно научиться быть лучше подготовленными к будущим эпидемиям.

Политические лидеры и лица, проводящие политику, способствующую проведению соответствующих региональных мероприятий, в том числе таких новаторских методов как ДКП, по большому счету являются частью этого процесса, и поэтому он призвал EACS найти средства для проведения регионального аудита в отношении по крайней мере некоторых услуг.

Справочная литература

Европейское Клиническое СПИД сообщество. [Стандарты помощи при ВИЧ-инфекции и ко-инфекциям в Европе - виртуальная встреча, Тбилиси 2020](#). Используйте эту ссылку, чтобы перейти к программе встречи и всем презентациям.