



Заседание Руководящего комитета Программы по борьбе с ВИЧ/СПИД в Баренцевом регионе

24 ноября 2015 г.

Место: Генеральное консульство Финляндии в Санкт-Петербурге

ПРОТОКОЛ

1. Открытие заседания

Ханс Блюстад (Институт общественного здравоохранения Норвегии), председатель заседания, открыл встречу и поблагодарил Генеральное консульство Финляндии в Санкт-Петербурге за согласие организовать на своей территории заседание Руководящего комитета.

Эва-Лииса Хаапаниemi, консул по вопросам социальной защиты и здравоохранения Генерального консульства Финляндии в Санкт-Петербурге, поприветствовала участников и пожелала продуктивной встречи.

Была проведена процедура представления участников.

2. Одобрение повестки дня

Повестка дня была одобрена. Замечаний по протоколу предыдущей встречи сделано не было.

Прежде чем перейти к следующему пункту повестки дня, было сделано несколько важных информационных сообщений.

Оути Карвонен начинает работу в качестве координатора в большом проекте ЕС по профилактике ВИЧ и снижению вреда, который рассчитан на 3 года и в котором участвует 18 стран. Кроме того, завершается проект «Распространение лучших практик по работе с ВИЧ и туберкулезом в Баренцевом регионе», который финансировался МИДом Финляндии.

Заза Церетели, координатор Программы по борьбе с туберкулезом в Баренцевом регионе и международный технический советник Экспертной группы по алкогольной и токсической зависимости Партнерства Северного измерения в области общественного здравоохранения и социального благополучия (ПСИОЗСБ) напомнил собравшимся о том, что Программа по борьбе с туберкулезом в Баренцевом регионе была принята 2 года назад, и она охватывает те же регионы, что и Программа по борьбе с ВИЧ в Баренцевом регионе. Кроме того, Объединенная рабочая группа по вопросам здравоохранения и социальной защиты в Баренцевом Евро-Арктическом регионе одобрила новую программу в октябре 2015 года, в которой ВИЧ и туберкулез входят в перечень приоритетных направлений, и проблема сочетанной инфекции обращает на себя серьезное внимание на уровне мероприятий. Говоря о пяти приоритетных направлениях новой Программы по борьбе с ВИЧ в

Баренцевом регионе, г-н Заза Церетели подчеркнул включение новой темы – ВИЧ и алкоголя. Поскольку докладчик также представлял Экспертную группу по алкогольной и токсической зависимости ПСИОЗСБ, это дает пространство для взаимодействия двух различных структур. Заза Церетели упомянул глобальную инициативу, предпринятую совместно ВОЗом и Программой развития ООН, в которую приоритетное направление «ВИЧ и алкоголь в Баренцевом регионе» будет включено как часть деятельности, что стало результатом переговоров в штаб-квартире ВОЗ в Женеве. Кроме того, Эстония получила мандат председателя в ПСИОЗСБ на ближайшие два года, и Министерство здравоохранения Эстонии включила тему алкоголя в список приоритетных направлений на период своего председательства. Заза Церетели также отметил, что Россия в настоящий момент является со-председателем в Экспертной группе по алкогольной и токсической зависимости ПСИОЗСБ. Все это открывает новые перспективы для сотрудничества в будущем, и он призвал собравшихся начать думать о том, какие мероприятия могли бы быть разработаны и реализованы в ближайшие 2-3 года.

3. План действий Экспертной группы по ВИЧ, туберкулезу и ассоциированным инфекциям ПСИОЗСБ на 2015-2017 гг.

Али Арсало, председатель Экспертной группы по ВИЧ, туберкулезу и ассоциированным инфекциям ПСИОЗСБ, представил информацию по этому пункту повестки дня.

2015 год имел большое значение ввиду того, что в этом году были приняты Стратегия ПСИОЗСБ на период до 2020 года и План действий по ее реализации. Али Арсало кратко рассказал о структурных изменениях, вытекающих из вновь принятых документов, и указал на изменение названия Рабочей группы, которая ранее называлась как Экспертная группа по ВИЧ/СПИД и ассоциированным инфекциям.

Из 6 целей новой Стратегии ПСИОЗСБ цель №1 относится напрямую к деятельности Экспертной группы – *Снижение воздействия, оказываемого ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и ассоциированными инфекциями, на уязвимые группы населения, включая заключенных, через усиление профилактической работы и расширения доступа к лечению*. Фактически, эта цель также относится к деятельности вновь созданной Экспертной группы по пенитенциарному здравоохранению. Цель и перечень ожидаемых результатов дают основу для разработки практических шагов, и эту работу еще предстоит сделать. Ожидаемый результат №1 тесно связан с Резолюцией, принятой в ноябре 2013 года на конференции, организованной в связи с проведением 10-ой Ежегодной конференции Партнерства в Хельсинки:

*«Правительства признают свою ответственность и подтверждают свою приверженность разработке и поддержке эффективных мер на национальном и региональном уровне по дальнейшей стабилизации эпидемиологической ситуации с ВИЧ и туберкулезом и снижению воздействия этих заболеваний на человеческие жизни, экономику и общество».*¹

В то же время, Экспертная группа не имеет информации о том, какие практические меры были предприняты в странах по реализации Резолюции. Поэтому, планирование должно начинаться с анализа хода осуществления Резолюции. При наличии высококвалифицированных специалистов в составе Экспертной группы, проблемным все же остается вопрос финансирования и требует поиска решений.

¹ Полный текст документа и другая документация доступна на:
<http://www.ndphs.org/?mtgs.regional.action.against.hiv&tb>

Второй ожидаемый результат связан с комментариями, сделанными Зазой Церетели, и ожидается, что Экспертная группа сможет предложить механизмы для практического взаимодействия различных экспертных групп.

Третий ожидаемый результат имеет скорее проектную направленность.

Четвертый ожидаемый результат касается информационной работа, и в частности информирования лиц, принимающих решения. Али Арсало напомнил о предложении проф. Белякова, сделанном на семинаре в предыдущий день, и которое касалось публикации данных и обзора передовых практик и подходов в двух российских журналах, что стало бы хорошим способом распространения результатов деятельности Экспертной группы по ВИЧ, туберкулезу и ассоциированным инфекциям.

План действий Экспертной группы по ВИЧ, туберкулезу и ассоциированным инфекциям еще находится в стадии разработки и первый вариант должен быть готов в феврале-марте 2016 года.

Ханс Блюстад, председатель заседания, заверил, что сотрудничество Экспертной группы по ВИЧ, туберкулезу и ассоциированным инфекциям и Программы по ВИЧ/СПИД в Баренцевом регионе продолжится и в будущем.

4. Обзор ситуации в регионах

Архангельская область:

Несмотря на предпринимаемые усилия, ситуация продолжает ухудшаться. 1 ноября 2015 года был зарегистрирован 1000-ый случай ВИЧ в области. Существующие тенденции в эпидемиологической ситуации: рост ВИЧ-инфекции среди ПИНов, что ведет к росту мужской доли среди больных; «старение» инфекции – среди новых случаев, выявленных в 2015 году, пять были у лиц пенсионного возраста. Ухудшающаяся ситуация с постоянно растущим количеством выявленных случаев является, в том числе, следствием расширения профилактической работы, финансируемой из федерального бюджета. Другие положительные новости: работа с мигрантами и МСМ продолжается, по крайней мере 20% населения ежегодно проходит скрининг; доступ к лечению имеет 55% от всех больных, состоящих на диспансерном учете (все больные, которым показано лечение), по сравнению с 23% в среднем по РФ; продолжается углубляться взаимодействие с противотуберкулезной службой; и еще больший акцент делается на первичную профилактику, информационную работу и проведение кампаний.

Республика Карелия:

Ситуация с ВИЧ продолжает ухудшаться – всего зарегистрировано 1,702 случая ВИЧ; доминирующая возрастная группа – от 20 до 40 лет; растет доля мигрантов из стран Средней Азии и заключенных; основной путь передачи – половой, но в то же время растет и инъекционный путь. Одной из самых больших проблем является профилактическая работа среди трудовых коллективов. Хорошие новости: Карельский центр СПИД начал в июне 2015 года проект IHF, который включал 10 кампаний по тестированию, в которых приняли участие 1,700 человек. По результатам тестирования было выявлено 16 новых случаев ВИЧ. В настоящее время население не испытывает такого страха перед центром СПИД, как раньше.

Республика Коми:

Первая вспышка ВИЧ была зарегистрирована в 2002 году и была вызвана инъекционным употреблением наркотиков. Второй подъем начался в 2009 году, за которым последовала

начавшаяся в 2014-2015 годах вспышка. Уровень заболеваемости в текущем году выше, чем в Санкт-Петербурге. Эпидемия в Республике Коми определяется ухудшающейся ситуацией в городах Сыктывкар, Усинск, Воркута, Ухта и Сыктывдинском районе, являющимся городом-спутником Сыктывкара, население которых характеризуется экономически стабильным состоянием. Превалирующие пути передачи – инъекционное употребление наркотиков и половой путь. Доля мигрантов в новых случаях – 15,9%. Новые случаи преимущественно регистрируются в группе от 20 до 40 лет. Как и во многих других регионах, инфекция имеет тенденцию к старению. Основными направлениями деятельности являются профилактические программы среди трудовой молодежи и уязвимых групп населения, распространение информации и кампании.

Санкт-Петербург:

Несмотря на стабильную ситуацию, уровень готовности остается высоким по причине генерализации эпидемического процесса. Генерализация эпидемии требует дозорных исследований, что является дорогостоящим мероприятием. Другой проблемой является высокая доля ПИНов среди ВИЧ-инфицированных, что в результате ведет к высоким показателем ко-инфекции. Туберкулез является наиболее распространенной ассоциированной инфекцией и ведущей причиной смертности. Кроме того, государственная служба здравоохранения не может охватить маргинализированные группы населения, что требует тесного взаимодействия с общественными организациями.

Норвегия:

Показатели падают на протяжении последних трех лет, в основном за счет снижения распространенности инфекции среди мигрантов и МСМ. Снижение инфицирования среди МСМ объясняется высокой приверженностью к лечению. Тем не менее, нужны дополнительные профилактические меры, и Норвегия планирует внедрить доконтактную профилактику и руководства ВОЗ по ее использованию. Мигранты тестируются на ВИЧ в течение 3 месяцев на добровольной основе. Рентген грудной клетки обязателен и делается в течение 2 недель после приезда в страну. Поток мигрантов сместился со стран Африки в сторону Сирии, Ирана и Ирака. У органов здравоохранения нет опасений по поводу завоза мигрантами инфекции в страну и распространения ВИЧ среди коренного населения. Большую озабоченность вызывает возможная эпидемия гриппа по причине стесненного массового расселения мигрантов.

Финляндия:

Снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией не наблюдается, и в 2014 году было зарегистрировано 181 новый случай, в то время как в 2013 году было 153 новых случая. На ноябрь 2015 года было выявлено 132 новых случая, из которых примерно половина была диагностирована у иностранцев (мигрантов, студентов и т.д.). Говоря о гетеросексуальном пути передачи, то в основном инфекция привозится финскими мужчинами из Таиланда, а передача среди МСМ идет в основном внутри Финляндии. Опыт Норвегии в профилактике передачи ВИЧ среди МСМ мог бы быть полезным. Что касается инъекционного пути передачи, было выявлено 7 случаев, 6 из которых были иностранцы. Самой большой проблемой является позднее выявление инфекции. Как и в Норвегии, Финляндия не рассматривает мигрантов как потенциальную угрозу для распространения ВИЧ.

5. Организационные вопросы

- новый председатель, заместитель председателя и координатор

Министерство по социальным вопросам и здравоохранению Финляндии предложило включить координацию программы по борьбе с ВИЧ в Баренцевом регионе в задачи международного технического координатора Экспертной группы по ВИЧ, туберкулезу и ассоциированным инфекциям ПСИОЗСБ. Вероятно, в 2016 году будет одно совещание Руководящего комитета Программы по борьбе с ВИЧ, без дополнительных мероприятий. Поскольку Оути Карвонен завершает свою работу в качестве координатора Программы по борьбе с ВИЧ в Баренцевом регионе, ее задачи перейдут к международным техническим советникам Экспертной группы по ВИЧ, туберкулезу и ассоциированным инфекциям ПСИОЗСБ – Дмитрию Титкову и Пауле Танхуанпя (оба из Национального института здравоохранения и социального благосостояния Финляндии).

Елена Попова, главный врач Центра СПИД Архангельской области, была единодушно выбрана заместителем председателя Руководящего комитета Программы по борьбе с ВИЧ.

На пост председателя Руководящего комитета была предложена кандидатура Николая Белякова, руководителя Северо-Западного Федерального окружного центра по борьбе с ВИЧ. Николай Беляков не присутствовал на заседании, но Оути предварительно обсуждала этот вопрос с ним по телефону и не получила принципиальных возражений.

Было решено, что Оути подготовит официальное письмо от имени Руководящего комитета с предложением и направит его Николаю Белякову. Если он подтвердит свою заинтересованность, будут начаты последующие административные процедуры.

- следующее заседание

Предварительно, следующее заседание запланировано на осень 2016 года. Вероятно, оно пройдет в России. Заседание желательно совместить с какой-либо крупной конференцией или семинаром по вопросам ВИЧ, например Яблонскими чтениями, которое состоится 24-26 ноября 2016 года, чтобы обеспечить максимально широкое присутствие представителей Северо-Запада России.

Санкт-Петербург и Генеральное консульство Финляндии являются одним из вариантов.²

6. Выводы и закрытие заседания

Ханс Блюстад, председатель заседания, поблагодарил хозяйку, Эву-Лиису Хаапаниеми, за великолепную организацию мероприятий и объявил заседание закрытым.

² После заседания была получена информация о том, что в Архангельске пройдет большая конференция по ВИЧ и туберкулезу в июне 2016 года, к которой можно было бы приурочить заседание. Этот и другие варианты будут изучены дополнительно.