



Заседание руководящих комитетов Программ Баренцева региона по борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом

Лаппеенранта, 12-13 декабря, 2013

Протокол

1. Открытие заседания

Доктор Вячеслав Зинькевич согласился председательствовать на заседании, т.к. и председатель Руководящего Комитета по борьбе с ВИЧ/СПИД Евгения Котова, и председатель Руководящего Комитета по борьбе с туберкулезом Алевтина Гришко не смогли принять участие во встрече.

Г-жа Оути Карвонен, Координатор Программы Баренцева региона по борьбе с ВИЧ/СПИД, открыла заседание и поприветствовала всех в Лаппеенранте. Некоторые члены Руководящего Комитета не смогли приехать на совещание, в основном, по причине нехватки времени. Наилучшие пожелания были переданы от Гуниллы Родё, которая прислала электронное сообщение на тему реформ в Швеции: в начале января 2014 г. произойдет слияние шведского Национального Института Контроля над Инфекционными Заболеваниями и шведского Национального Института Общественного Здравоохранения, а новое учреждение будет называться Агентством Общественного Здравоохранения Швеции.

Осенью 2013 г. произошло много событий, и г-жа Карвонен упомянула два основных: семинар «Проблемы и практические решения в области контроля за МЛУ туберкулезом и ко-инфекции ВИЧ и ТБ среди уязвимых групп населения в Баренцевом регионе» в Санкт-Петербурге 15 ноября и мероприятие в рамках Ежегодной Конференции Партнерства NDPHS «Борьба с ВИЧ и ТБ путем совместных региональных действий» в Хельсинки 21 ноября. На заседании министров на следующий день, 22 ноября, было принято Постановление NDPHS по ВИЧ и ТБ.

Доктор Заза Церетели, Координатор Программы Баренцева региона по борьбе с туберкулезом, поблагодарил за организацию данного совместного мероприятия в

Лаппеенранте. Он напомнил участникам о встрече премьер министров в Киркенесе в прошлом июне, когда на 20-летний юбилей Баренцева Евро Арктического сотрудничества была опубликована новая Декларация. В данной Декларации вопросы здравоохранения указаны следующим образом:

«Ввиду постоянного роста международных контактов и интеграции рынков рабочей силы, необходимо усиливать сотрудничество и координацию между разными учреждениями здравоохранения и органами власти. Особое внимание следует уделять подготовке к экстренным ситуациям, профилактике и контролю над инфекционными и неинфекционными заболеваниями, а также обеспечению благосостояния уязвимых групп и населения в целом»

На следующие два года в Объединенной рабочей группе по вопросам здравоохранения и связанным с ним социальным вопросам (JWGHS) сменилось председательство: председателями стала Швеция совместно с Мурманской областью. Следующее заседание пройдет в марте в г. Мурманске.

Заза Церетели отметил крайнюю целесообразность совместных заседаний руководящих комитетов по вопросам ВИЧ/СПИД и туберкулезу. По данным общего отчета ВОЗ о туберкулезе от 2013 г, в 2012 г. 1.1 млн. больных ВИЧ заразилось туберкулезом.

2. Принятие повестки дня

Повестка дня была принята.

3. Тенденции ТБ МЛУ и сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ на Северо-западе России, Доктор Владимир Галкин, Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии

Доктор Галкин представил глубокий анализ развития ситуации с ТБ на северо-западе России (СЗР). С 2008 г. выявление случаев ТБ (новые случаи на 100 000 населения) на северо-западе России и в целом по Российской Федерации сокращается. Показатели составили 52.1 по СЗР и 68.1 по РФ в 2012 г.

Статистика по ТБ в большой степени зависит от исходных данных анализа. Для ТБ МЛУ используются следующие формы: Форма № 33 и Форма № 7-ТБ; для ВИЧ/ТБ используются формы № 33 и 61. Разница между формами следующая: Форма 33 охватывает зарегистрированных, состоящих на диспансерном учете больных ТБ только среди постоянных жителей, Форма 7 охватывает вновь выявленных случаев ТБ, как новых, так и рецидивов, которые начинали лечение ТБ, Форма 61 составляется Центрами СПИДа и охватывает всех, у кого сочетанная инфекция ВИЧ и туберкулез, включая пенитенциарные учреждения.

ТБ МЛУ несколько снижается в Баренцевом регионе, Ленинградской и Калининградской областях, но не в Новгородской области, Вологде, Санкт-Петербурге и многих других регионах РФ. Уровень МЛУ довольно высок в Карелии и Республике Коми, Мурманской и Архангельской областях. Доля ШЛУ среди случаев МЛУ ТБ - самая высокая в Санкт-

Петербурге и Ленинградской области. ШЛУ ТБ увеличивается во всем Баренцевом регионе.

Количество случаев сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ в России ежегодно растет. В 2012 г, у 10,7% среди новых случаев ТБ была зарегистрирована ВИЧ инфекция (в Санкт-Петербурге даже 17.4%; в Ленинградской области каждый четвертый пациент с новым случаем ТБ ВИЧ-положителен). На СЗР доля ВИЧ/ТБ на 100,000 населения составляет 8,1, но если учитывать заключенных, то данный показатель поднимается свыше 10. ВИЧ/ТБ особенно быстро растет в Карелии, Мурманске и Новгороде.

В течение 2012 г. в диспансерах СЗ России было 4329 пациентов с ТБ МЛУ. Из них 341 умерло от ТБ, и 239 умерло по другим причинам. 662 из них перешли в категорию больных без бактериовыделения, т.е. 15.3%.

В тот же период в 9 диспансерах СЗ России (выключив Санкт-Петербург) было 227 пациентов МЛУ ВИЧ/ТБ. Из них 5 умерло от ТБ и 49 по другим причинам, включая ВИЧ-инфекцию. В течение 2012 г, 25 из них перешли в категорию больных без бактериовыделения (11%). Отсутствует информация о том, сколько из них получает АРВ терапию.

Регионы России, реализующие DOTS, более эффективны в лечении МЛУ ТБ и снизили смертность. Проблема статистики ТБ МЛУ заключается в том, что она не включает мигрантов, и например, в Санкт-Петербурге каждый четвертый новый случай ТБ регистрируется у мигранта.

4. Развитие ситуации с ВИЧ на северо-западе России, доктор Светлана Огурцова, Центр СПИД Северо-запада, Санкт-Петербург

В 2013 г. на СЗ России проживало приблизительно 13,5 млн. человек, что почти соответствует данным 2012 г. Заболеваемость ВИЧ на 100 тыс. населения на СЗ России несколько снизилась по сравнению с 2009 годом, в то время как этот показатель вырос по России в среднем, и в 2012 году кривые заболеваемости по СЗР и по России в среднем вышли на одинаковый уровень, который составил 48,1 на 100 тыс. населения.

В 2012 г. заболеваемость по СЗ России была следующая:

- 82 (на 100,000) в Ленинградской области
- 65,8 в Санкт-Петербурге
- 60,7 в Новгородской области
- 46,8 в Калининградской области
- 44,5 в Мурманской области
- 25 в Республике Карелия
- 22,6 в Республике Коми
- 16 в Вологодской области
- 10,2 в Псковской области
- 7,9 в Архангельской области
- 4,7 в Ненецком автономном округе

По сравнению с 2012 г., наблюдается крупное увеличение в Новгородской области – 59%. Также отмечается некоторый рост в Архангельской области (абсолютное количество случаев – 92 в 2012 г. по сравнению с 78 в 2011 г.). Четкий рост выявлен в Карелии и Коми еще в 2011 г., и показатели остались на высоком уровне в 2012 г.

Совокупное количество зарегистрированных случаев ВИЧ на СЗ России на конец 2012 г. составило 96 160. В то время как 14 901 ВИЧ инфицированных умерло, 81 259 ЛЖВС проживало на СЗ России. В Санкт-Петербурге и Ленинградской области распространенность ВИЧ достигла 1% в 2013 г.

В 2012 г. тестирование на ВИЧ среди населения несколько увеличилось, однако, тестирование в группах риска снизилось с 2006 г. и осталось на низком уровне в 2012 г. (дополнительного снижения не отмечено). Тестирование категории ПИН сократилось в Архангельской, Псковской, Калининградской и Ленинградской областях и в Санкт-Петербурге. С другой стороны, тестирование ПИН явно выросло в Карелии и Коми.

Хотя среди категории МСМ выявлено всего 2% случаев ВИЧ, это означает, что у них имеет место рост инфекции, в то время как в других категориях наблюдается снижение. Среди мигрантов заболеваемость снижается, хотя тестирование среди них увеличивается.

В 2012 г., 48.7% случаев ВИЧ на СЗ России было передано через потребление наркотиков. В соответствии с данными национального совещания по вопросам ВИЧ, которое прошло в Суздале, на СЗ России на 100,000 населения приходится 188 потребляющих наркотики. Из них примерно 29% ВИЧ инфицированы.

В 2012 г. по всей России у ВИЧ положительных матерей родилось 1476 детей, из них 57 приобрели ВИЧ у матерей.

На СЗ России в течение 2012 г. от СПИД умерло 766 человек.

5. Развитие ситуации с ВИЧ и ТБ и соответствующие мероприятия в Норвегии

Доктор Ханс Блюстад, Норвежский Институт Общественного Здравоохранения: ВИЧ в Норвегии

Хотя в Норвегии наблюдается некоторое снижение количества случаев ВИЧ, общая тенденция не кажется положительной.

Ситуация в 2013 г. была следующая:

- На 1 января 2013 г. зарегистрировано всего 5138 (3460 мужчин и 1678 женщин) случаев ВИЧ.
- Вероятно небольшое снижение вновь выявленных случаев в 2013 г.
- Значительное увеличение количества случаев инфицированных в Норвегии за последние 10 лет в связи с их ростом среди категории МСМ.
- Небольшое сокращение случаев в последние годы среди мигрантов (в основном, из Африки), инфицированных до приезда в Норвегию.

- Количество вновь инфицированных лиц, потребляющих наркотики, остается низким и стабильным.
- Динамика передачи инфекции от матери ребенку остается низкой и стабильной.
- В Норвегии проживает приблизительно 4500 человек с ВИЧ. Из них:
 - около 40% - гетеросексуалы, подавляющее большинство из них мигранты
 - около 40% - мужчины, практикующие секс с мужчинами
 - около 10% - инфицированы иными путями, в основном, через потребление наркотиков
- Примерно 30-40 детей живут с ВИЧ.

Мигранты в основном приобретают ВИЧ до прибытия в Норвегию, поэтому это проконтролировать невозможно. Ситуация с МСМ остается тревожной. Они являются образованными людьми, знают о ВИЧ, но все-таки рискуют. Среди МСМ растет использование экспресс тестов.

В Норвегии есть хорошая стратегия против ВИЧ, в ее реализации участвует 8 министерств, но работа могла бы быть интенсивнее. Есть некоторые надежды, т.к. новый министр здравоохранения желает возродить план стратегии против ВИЧ.

Идут обсуждения декриминализации поведения, связанного с риском ВИЧ. Законодательство может быть несколько либерализовано.

В 2013 г. впервые стало возможным скомбинировать регистрацию ВИЧ и ТБ и рассмотреть количество сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ. Пока что на 2013 г. было выявлено 35 случаев ко-инфекции. Это были случаи латентного ТБ, и большая часть инфицированных – мигранты.

Доктор Карин Рённинг, Норвежский Институт Общественного Здравоохранения: ТБ в Норвегии

Смертность от ТБ в Норвегии приблизилась к нулю. Заболеваемость ТБ была самой низкой в 1996 г., затем появился рост вместе с ростом миграции.

Если посмотреть на распределение случаев ТБ по возрастам, то можно отметить, что 20-40 лет – это основная группа среди рожденных за границей, и 80-89 лет среди рожденных в Норвегии.

В Норвегии очень мало случаев ТБ МЛУ, - 8 или меньше случаев в год. Данные лица прибывают из других стран, в самой Норвегии нет передачи или развития заболевания в МЛУ.

Направленные против ТБ мероприятия определяются Национальной Программой против туберкулеза и нормативами, например, по скринингу иммигрантов.

У Норвегии та же проблема, что и в других Скандинавских странах: врачи настолько редко видят пациентов с ТБ, что не узнают его. Это увеличивает потребность в инструкциях.

В течение последних лет увеличилось лечение латентной формы ТБ. Это сложное направление работы, т.к. пока что мало знаний и опыта. Также сложно заставить мигрантов лечиться, если они не чувствуют себя больными. В любом случае, в целях искоренения ТБ это делается.

6. Презентация Постановления NDPHS о ВИЧ и туберкулезе, дальнейшие планы в отношении стратегии NDPHS на 2014–2020 гг.

Доктор Али Арсало, Председатель Экспертной Группы NDPHS по ВИЧ/СПИД и ассоциированным инфекциям

Али Арсало проинформировал участников о новом Заявлении NDPHS «Влияние ВИЧ/СПИДа и туберкулеза на жителей и экономику стран Северного Измерения, существующее положение дел и дальнейшее развитие», принятом на Ежегодной Конференции Партнерства NDPHS 22 ноября. Цель данного заявления: правительства стран Северного Измерения признают свою ответственность и продлевают свои обязательства по развитию и поддержке эффективного реагирования на национальном и региональном уровнях для дальнейшего улучшения текущей ситуации с ВИЧ и туберкулезом, а также для снижения их воздействия на жизнь людей, экономику и общество.

Резюме постановления включает следующее:

“Партнеры NDPHS будут:

- 👉 Обмениваться информацией и опытом работы против ВИЧ, СПИД и ТБ, а также сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ;
- 👉 Поддерживать многосторонние действия, комбинирующие первичное здравоохранение и социальные службы, улучшающие раннюю диагностику, лечение, психологическую помощь и доступность услуг;
- 👉 Поддерживать НПО, работающие с уязвимыми группами населения;
- 👉 Далее развивать государственные начинания, совместные платформы и новые региональные подходы;
- 👉 Поддерживать NDPHS в обеспечении сотрудничества через совместные международные мероприятия;
- 👉 Усилить профилактику, контроль и снижение вредных последствий ВИЧ, СПИД, ТБ и ассоциированных инфекций».

Три вызова, указанных в Постановлении:

- Как нам поддерживать потенциал совместного отслеживания ситуации?
- Как нам поддерживать отношения между людьми и учреждениями в будущем?
- Как нам организовывать сотрудничество в будущем?

Данное постановление можно учитывать при подготовке/пересмотре стратегии против ВИЧ/СПИД в Баренцевом регионе.

Разделение на две группы:

- 1) **Руководящий Комитет Программы Баренцева региона по борьбе с ВИЧ/СПИД**
 - Вопросы стратегии (см. Приложение 1)
- 2) **Руководящий Комитет Программы Баренцева региона по борьбе с туберкулезом**
 - Обсуждения стратегии ВОЗ на период после 2015 г. и разработки проекта (см. приложение 2).

7. Развитие ситуации с ВИЧ и соответствующие текущие мероприятия в Финляндии

Марья Анттила, Национальный Институт Здравоохранения и Социального Благополучия (THL), Финляндия

Статистические данные Финляндии поступают из Национального Регистра Инфекционных Заболеваний и некоторых исследований распространенности заболеваний среди групп наибольшего риска. В регистр информация поступает как от врачей, так и из лабораторий. Данные связываются с помощью идентификационных кодов людей.

В 2012 г. заболеваемость составила 2.9/100 000.

На 8 декабря 2013 г. общее количество зарегистрированных случаев ВИЧ составило 3205. В общем количестве пути передачи были следующие:

- На гетеросексуалов пришлось около 40% случаев
- Мужчины, практикующие секс с мужчинами - около 30%
- Потребители инъекционных наркотиков - около 10%

Новая национальная стратегия против ВИЧ на 2013-2016 гг. была опубликована в декабре 2012 года. Так как общая распространенность в Финляндии очень низка (по оценкам, 0,1% среди взрослого населения), стратегия акцентируется, в основном, на группах риска: люди, живущие с ВИЧ, мужчины, практикующие секс с мужчинами, выходцы из стран с высокой распространенностью, путешественники, потребители инъекционных наркотиков, секс-работники и заключенные.

ВИЧ продолжает распространяться среди категории МСМ. Большая часть случаев зарегистрирована среди финнов, и чаще всего инфекция приобретена в Финляндии. Среди категории МСМ проводилось два исследования распространенности. Распространенность оказалась примерно на 20% выше, чем среди населения в целом.

Количество инфицированных среди гетеросексуалов стабильно растет как среди иностранцев, так и среди финнов. Часто инфекция приобретается за рубежом, чаще всего в Таиланде, Эстонии или России.

Мигранты составляют около 5% населения Финляндии, но в то же время среди них выявлено примерно 50% всех новых случаев ВИЧ. Чаще всего путь передачи гетеросексуальный, и инфекция приобретается в стране отправления (первое место занимает Африка южнее Сахары, в течение 2008–2012 гг. всего – более 60 стран происхождения инфекции). В ходе проводимого THL исследования было выяснено, что среди мигрантов уровень знаний о профилактике и путях передачи инфекции крайне низок.

После эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков (1998-1999) по Финляндии была основана широкая сеть Низкопороговых центров услуг здравоохранения, в которых предлагается обмен игл (примерно 30 центров). *Акт об Инфекционных Заболеваниях* от 2004 г. обязывает муниципалитеты предоставлять консультации ПИН на своей территории, включая замену приспособлений для инъекций. Распространенность ВИЧ среди ПИНов – примерно 1%.

Остаются некоторые вызовы, например, доступ к лечению для иностранцев, не являющихся гражданами страны, и поздняя диагностика. Необходимо увеличить объемы тестирования.

8. Развитие ситуации с ТБ и опыт эпидемии в городе Турку, Ханна Соини, THL

Ситуация с ТБ в Финляндии очень сходна с Норвегией. В год выявляется приблизительно 300 случаев ТБ (275 в 2012 г, т.е. заболеваемость составила 5/100 000).

В 2006 г. вакцинация БЦЖ была исключена из общей программы вакцинации, и после этого прививки делаются только новорожденным из семей группы риска. «Риск» означает, что один из родителей родом из страны с высокой заболеваемостью или болеет ТБ.

В 2007 г. в Финляндии началось применение практики ЕС в определении случаев заболевания, в соответствии с которой регистрируются и клинические случаи, не подтвержденные лабораторно.

В 2012 г. большую часть вновь выявленных случаев составила легочная форма (71%). Около половины новых случаев приходится на людей пожилого возраста.

В 2012 г. было 6 случаев сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ. Каждому пациенту с ТБ рекомендуется пройти проверку на ВИЧ.

Довольно мало случаев ТБ МЛУ, в прошлом году их было 3, и один из них был ШЛУ. Чаще всего случаи МЛУ выявляются у мигрантов.

В 2007 г. Министерством Социального Обеспечения и Здравоохранения сформировало Национальную Консалтинговую Группу по туберкулезу. Деятельность ведется Ассоциацией Здоровья Легких Финляндии (Filha ry). Данная группа собирает данные о сложных случаях, и в группу сообщается о каждом случае МЛУ и ШЛУ. Группа консультирует при лечении такого пациента. Национальная референс лаборатория расположена в THL.

В Финляндии ведется исследование молекулярной эпидемиологии ТБ:

- 4-летнее исследование населения (2008-2011 гг.)
- Анализ 1048 *M. tuberculosis* с изолированием по генотипам
- Основные результаты:
 - В 70% случаев больные ТБ родились в Финляндии
 - Средний возраст диагностирования 62
 - Четкие генотипы ТБ были выявлены среди:
 - Родившихся за рубежом
 - Молодежи Финляндии
 - Пожилых лиц в Финляндии
 - Только 10% кластеров включали рожденных за границей и в Финляндии; передача между группами редка
 - Среди молодых финнов было больше вероятности разделения на кластеры и случаев легочного ТБ с бактериовыделением, - больше шансов передавать ТБ, чем среди престарелых.

Заболеваемость ТБ низка, но иногда наблюдаются мини эпидемии. Недавно в Турку был найден подросток 17 лет с активной формой ТБ и большим количеством контактов (у 14 из них был выявлен ТБ). При отслеживании контактов было проверено всего 600 человек, и все они прошли флюорографию и IGRA. 35 человек получили лечение латентного ТБ.

Основные выводы в отношении ситуации с ТБ в Финляндии:

- Заболеваемость ТБ в Финляндии стабилизировалась;
- Пациенты стали моложе;
- Количество пациентов, рожденных за рубежом, растет;
- У молодых пациентов больше вероятности передавать ТБ;
- Требуется обучение сотрудников здравоохранения.

9. Новая Программа против ТБ и связанные с ней проекты в Финляндии

Рауни Руохонен, Filha

На разработку новой Программы против туберкулеза в Финляндии ушло 1.5 года. Работа проводилась FILHA совместно с THL. В рабочую группу входило 15 специалистов, прошли консультации с 23 различными организациями.

В новой программе уделяется больше внимания:

- роли первичного и профессионального здравоохранения в контроле над ТБ;
- вызовам, происходящим от пациентов-иммигрантов;
- повышению эффективности лечения среди всех групп пациентов, внедрение DOT для всех пациентов;
- лечению латентной инфекции ТБ (ЛИТБ) в определенных группах;
- усилению раннего выявления ТБ и ЛИТБ – новые руководства по отслеживанию контактов;
- развитию обучения и исследований.

В соответствии с Программой, лечение ЛИТБ должно предлагаться тем, кто приобрел инфекцию в последнее время и подвержен повышенному риску развить активную форму ТБ:

- Всем, у кого явно снижен иммунитет и лицам < 16 лет
- На основании оценки факторов риска для лиц < 35 лет

Самой типичной группой риска для ТБ в Финляндии выступают пожилые мужчины выше 75 лет, а также мужчины 45-64 лет, которые, главным образом, являются бездомными алкоголиками.

Проблема здравоохранения заключается в том, что знания о ТБ концентрируются в центральных клиниках, а пациенты с ТБ чаще всего попадают в первичное звено, учреждения по уходу за престарелыми, сферу услуг профессионального здравоохранения, тюрьмы и т.д. В 2013 г. началась крупная программа обучения. Учебные курсы организуются по определенным темам, таким как DOT и отслеживание контактов. Для специалистов и студентов были разработаны открытые учебные web-программы.

Было реализовано два пилотных проекта в высших профессиональных учебных заведениях: один в Тампере, и один в Хельсинки. В Тампере в группу входили будущие средние медработники, а в Хельсинки также будущие социальные работники. Обучение в Тампере фокусировалось на клинике ТБ и лечении ТБ. В Хельсинки темы были следующие: ТБ как инфекция и заболевание, передача ТБ и

меры профилактики передачи, раннее выявление, отслеживание контактов, общение с пациентами. Обучение в Тампере, в основном, проходило через Интернет. В Хельсинки было больше контактного обучения и практики. Оба пилотных проекта получили положительную оценку, но проект в Хельсинки оказался более интересным, т.е. включал мини-вмешательства на рабочих местах, когда более опытный средний медперсонал информировал остальных о ТБ.

Другие связанные с Программой против ТБ проекты включают финансируемый ЕС проект «Профилактика и раннее выявление ТБ и ВИЧ среди молодежи из состава вынужденных переселенцев», проект пилотного скрининга на основании симптомов в приютах для бездомных в Хельсинки, а также проект по внедрению нового сайта www.tuberkuloosi.fi.

10. Планы на 2014 г.

Координатор по ВИЧ/СПИД проинформировал о заявке, поданной от лица Финляндии для продолжения проекта «Продвижение лучших примеров практики работы против ВИЧ и туберкулеза в Баренцевом регионе». Ожидаемые результаты данного проекта следующие:

- a. Улучшение сетевого взаимодействия и обмена информацией между специалистами по ВИЧ и ТБ в Баренцевом регионе
- b. Оказание поддержки процессу обмена примерами наилучшей практики и опыта при разностороннем и реалистичном подходах в Баренцевом регионе
- c. Оказание поддержки НПО, работающим с уязвимыми группами населения в Баренцевом регионе
- d. Пропагандистская работа в целях достижения понимания органами власти на территории Баренцева региона, насколько сложна ситуация с ВИЧ и ТБ

В рамках компонента сетевого взаимодействия главным мероприятием является **Совместное заседание руководящих комитетов программ Баренцева региона по борьбе с ВИЧ/СПИД и туберкулезом**. Оно может быть организовано в Мурманске или Архангельске с особым акцентом на сотрудничество между услугами против ВИЧ и ТБ, а также с наркологическими учреждениями.

Компонент обмена лучшими примерами практики и опыта включает организацию **учебного/рабочего семинара** для выполнения следующих задач:

- Сформировать и усилить механизмы сотрудничества и совместного управления между программами против ВИЧ и программами против туберкулеза для оказания более качественных и интегрированных услуг по ТБ и ВИЧ, как рекомендует Программа Баренцева региона по борьбе с туберкулезом;
- Достичь более тесного взаимодействия между гражданскими и пенитенциарными услугами здравоохранения;
- Обменяться оперативной информацией между ключевыми экспертами из Баренцева региона Норвегии, Швеции, Финляндии и России.

В заявке указаны некоторые возможные темы для семинара:

- Профилактика и раннее выявление случаев ТБ среди ВИЧ инфицированных
- Тестирование на ВИЧ и скрининг на ТБ среди уязвимых слоев населения
- Улучшение контроля над инфекцией ТБ и ВИЧ в организациях, работающих с уязвимыми слоями населения
- Профилактика и лечение ТБ МЛУ.

Перечисленные выше темы могут быть изменены или модифицированы в соответствии с потребностями. Для проведения семинара планируется Архангельск, Мурманск или другое подходящее место.

Силье Хагеруп проинформировала о *Норвежско-Российской заявке*, которая включает проведение *трехдневного семинара в Архангельске для обобщения 15 лет опыта контроля над ТБ*. Одна из тем семинара, это сочетанная инфекция ВИЧ/ТБ. После активных обсуждений был сделан вывод, что в случае финансирования обоих проектов было бы целесообразно скомбинировать совместное заседание руководящих комитетов и семинар. Вторая половина мая могла бы стать подходящим временем.

Учебный семинар с финляндским финансированием может быть организован позднее, наверное, осенью. Представитель Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии высказал пожелание скомбинировать семинар с какой-либо крупной государственной конференцией.

Кроме того, у обоих руководящих комитетов будут отдельные заседания. Заседание по Программе Баренцева региона против ВИЧ/СПИД должно быть посвящено обновлению стратегии. Данная встреча может быть организована ранней весной, например, в апреле.

11. Прочие вопросы

Выводы заседания

Никакие прочие вопросы не обсуждались. Председатель поблагодарил организаторов и участников за встречу.

Приложения

Приложение 1	Заседание Руководящего комитета Программы по борьбе с ВИЧ/СПИД в Баренцевом регионе
Приложение 2	Заседание Руководящего комитета Программы по борьбе с туберкулезом в Баренцевом регионе
Приложение 3	Список участников

Разделение на две группы:

- 1) **Руководящий Комитет программы по борьбе с ВИЧ/СПИД в Баренцевом регионе** (присутствовали: Светлана Огурцова, Вячеслав Зинькевич, Елена Попова, Инна Рожкова, Ханс Блюстад, Йанике Фишер, Марья Анттила, Али Арсало, Оути Карвонен и Анельма Ламми (переводчик))

Руководство Руководящего комитета

Группа обсудила вопросы руководства в Руководящем Комитете программы по борьбе с ВИЧ/СПИД в Баренцевом регионе. Председатель долгое время не имела возможности присутствовать на заседаниях, а после ухода Харальда Сиема заместитель председателя отсутствует. Было решено, что Координатор свяжется с председателем и поинтересуется на предмет ее заинтересованности в продолжении занимания данной должности. Направление обсуждений председательства и заместителя председателя с Министерством Здравоохранения Мурманской области будет зависеть от ее ответа.

Вопросы стратегии

Стратегия Программы планировалась в 2004 г. и с тех пор не пересматривалась. За эти годы ситуация серьезно изменилась, поэтому целесообразно стратегию обновить. Норвегия изъявила желание финансировать данную работу, а Заза Церетели согласился работать в качестве консультанта и выполнить эту задачу. Данная кандидатура подходит, т.к. именно он работал над вопросами планирования в 2004 г. под руководством Али Арсало.

Участники рассмотрели, какой должна быть отправная точка в работе над стратегией. Экспертная группа NDPHS по ВИЧ/СПИД и ассоциированным инфекциям провела подробный анализ и проработала внутреннюю стратегию. Могут быть задействованы некоторые значимые аспекты данной стратегии, но напрямую ее использовать нельзя. Также не имеет смысла брать старую стратегию Баренцева региона против ВИЧ/СПИД и рассматривать ее по пунктам. Али Арсало предложил начать с чистого листа и запросить все регионы указать по 3-7 проблем/потребностей высшей приоритетности в сфере ВИЧ/СПИД, где такого рода сотрудничество может принести дополнительную ценность. Марья Анттила порекомендовала также ознакомиться с отчетом оценки Программы, составленным профессором Паули Леиники в 2011 г. Участники решили начать собирать информацию о приоритетных проблемах. Ниже перечислены проблемы, представленные на заседании.

Мурманская область

- Необходимо организовать работу волонтеров в сфере профилактики ВИЧ. Данная работа активно велась ранее, и сегодня среди подростков имеется небольшое количество случаев инфицирования.
- В таких городах как Мурманск, Мончегорск и Апатиты самым распространенным способом передачи все также является ПИН.

- Вертикальная передача снизилась до 5.3%, что ниже, чем где-либо в России, но судя по результатам западных стран, положение можно улучшить еще.
- Растет количество ВИЧ-инфицированных, у которых имеются также другие проблемы со здоровьем и которые нуждаются в лечении, учитывая также их потребности в койко-местах и паллиативной помощи.
- Некоторые города, как например Кандалакша, Мончегорск и Апатиты не имеют достаточного количества коек для ВИЧ-инфицированных пациентов, не хватает также финансирования для лекарственных препаратов, что приводит к увеличению сопутствующих инфекций. Нужна более централизованная система.
- Пациентам нужна психологическая поддержка, например мобильный пункт для помощи на дому.
- В Мурманской области сложно охватить категорию МСМ.
- Требуется больше усилий в отношении секс-работников.

Архангельская область

- Сейчас случаи ВИЧ регистрируются среди более старой возрастной группы, старше 30 и даже старше 50 лет;
- 40% ВИЧ инфицированных – из числа работающих. Работающее население сложно охватить профилактическими мероприятиями; работодатели не желают сотрудничать;
- СМИ не хотят касаться вопроса безработицы ВИЧ инфицированных (30% ВИЧ инфицированных не работают);
- Сложно охватить людей, предоставляющих сексуальные услуги. Их не так много, как в Мурманске, но было бы хорошо охватить и их.
- Важной группой для работы является категория МСМ. К счастью, имеется НПО, с которой можно успешно работать.

Республика Карелия

- Работники первичного здравоохранения не заинтересованы в выявлении ВИЧ. Проводилась работа с женскими консультациями, но для ВОП нужны какие-то стимулы;
- Лечение организовано, но не хватает средств для профилактики;
- Сложно контактировать с работодателями на тему профилактики ВИЧ;
- Необходимы усилия экспертов в отношении СМИ, чтобы последние имели понимание данной проблематики;
- Общий уровень знаний населения о ВИЧ стал ниже;
- Есть НПО, работающие с категорией МСМ, но очень сложно добиться изменений поведения, связанного с риском. Новые нормы закона дополнительно усложняют эту работу;
- В Карелии стали популярны амфетамины. На то, чтобы их потребители обратились в учреждения здравоохранения, уйдет несколько лет;
- Проблему представляют разрешенные медикаменты, из которых в кустарных условиях изготавливаются наркотики. Порошки растворяются в жидкости, и смесь вводится инъекциями в группах;
- Наркоманы часто прерывают лечение, растет устойчивость к АРВ медикаментам;

- Очень мало объектов для реабилитации наркоманов.

Кроме того, было отмечено, что не следует забывать мигрантов, т.к. во многих регионах их количество растет.

Также Швеция, Норвегия и Финляндия должны проанализировать приоритетные проблемы. Например, имеются новые проблемы, связанные со старением ВИЧ инфицированных. Необходимо улучшать сотрудничество между специалистами по инфекционным заболеваниям и врачами других специальностей.

Было предложено, что если Норвегия изыщет финансирование, то весной этого года можно организовать рабочий семинар по вопросам стратегии.

На основании нового анализа ситуации можно будет принять решение, что следует делать в течение следующих 2-4 лет. Также следует учитывать разницу между регионами.

- 2) Руководящий Комитет Программы по борьбе с туберкулезом в Баренцевом регионе** (присутствовали: Заза Церетели (председательство и перевод), Владимир Галкин, Анна Кондакова, Карин Рённинг, Силье Хагеруп, Ханна Сойни и Рауни Руохонен)

Стратегия ВОЗ против ТБ на период после 2015 г.

Ханна Сойни представила проект новой стратегии ВОЗ против ТБ на период после 2015 г. В ВОЗ было заявлено, что Цель тысячелетия в области развития (ЦТР) по остановке и сокращению заболеваемости ТБ достигнута. Целью стратегии на период после 2015 г. будет ликвидация эпидемии туберкулеза. В целом, к 2025 году заболеваемость должна сократиться до менее чем 55/ 100 000, и менее 10/ 100 000 к 2035 г. Это будет достигнуто с помощью интенсивного интегрированного и ориентированного на пациента лечения и профилактики, активной политики и систем поддержки, а также интенсивных исследований и инноваций.

Совещание Исполнительного Совета ВОЗ пройдет в январе 2014 г., а Всемирная Ассамблея Здравоохранения позднее в том же 2014 г.

В ходе беседы новый проект был оценен как очень амбициозный, он содержит много факторов риска, в особенности, с учетом экономических процессов.

Разработка проектов

Силье Хагеруп представила проектное предложение «Остановить туберкулез на северо-западе России за одно поколение». Данное предложение было подготовлено в рамках Проектов сотрудничества в сфере здравоохранения и социальной защиты Норвегии и России в целях представления для возможного финансирования в Министерство здравоохранения и социальных услуг Норвегии.

Заявка представлена в виде программы, которая будет включать 6 проектов на разных этапах пятилетнего плана:

- 1 – Конференция по вопросам опыта сотрудничества в сфере контроля над ТБ в Архангельской области
- 2 – Мониторинг контактов больных ТБ в пенитенциарной системе, получавших продуктивную поддержку за счет финансирования от NDPHS/HOD в 2012 г.
- 3 – Обучение просветительской работе в сфере здоровья в Центрах СПИД и разработка буклета о ТБ/ВИЧ.
- 4 - "Предупрежден – значит, вооружен " – Информационная кампания о ТБ и его симптомах.
- 5 – Мероприятия для детей и их родителей в санатории Архангельска.
- 6 – Отработка навыков у пациентов, больных ТБ, в диспансере г. Архангельска, - развитие возможностей пациентов.

Общая задача программы – продолжение повышения информированности населения о туберкулезе, улучшение жизни лиц групп риска и, соответственно, профилактика распространения ТБ, а также улучшение результатов лечения ТБ в Архангельской области и в Баренцевом регионе. Ожидаемый результат – улучшение контроля над туберкулезом, ТБ МЛУ, ТБ ШЛУ и сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ в Архангельской области и в Баренцевом регионе.

Проект был подробно обсужден, были подготовлены рекомендации для улучшения проектной документации. Было предложено заново обдумать и разработать проектные предложения по обучению пациентов, болеющих ТБ, а также мероприятия для детей и их семей. Так как проект ставит целью оказать воздействие на весь Баренцев регион, а в сегодняшней версии представлена только Архангельская область, на заседании было рекомендовано LHL (Норвежская общественная организация пациентов с болезнями сердца и легких) привлечь представителей других частей Баренцева региона к предложенным проектом мероприятиям. Для обеспечения этого процесса и более глубокого вовлечения российских регионов было решено перевести проектное предложение на русский язык и предоставить его председателю РК и представителям других регионов для получения их вклада.

**Steering Committee meeting of the Barents TB and Barents HIV/AIDS Programmes, December
12-13, 2013**

List of participants for registration

Name and e-mail	Position and place of work	E-mail
1. Ms Svetlana Ogurtsova	Epidemiologist, St. Petersburg Pasteur Institute	nwaims@pasteurorg.ru
2. Mr Vladimir Galkin	Laboratory Head, Federal Research Institute for TB and Lung diseases, St. Petersburg	monitor_tbnw@yahoo.com
3. Mr Vjacheslav Zinkevich	Head Physician, AIDS Centre of Murmansk Region	zv53@mail.ru
4. Ms Elena Popova	Head Physician, AIDS Centre of Arkhangelsk Region	arhaims@atnet.ru
5. Ms Anna Kondakova	Manager, Charity Fund of Aid to Lung and Heart Patients "Easy Breathing", Arkhangelsk	Found.help.tb@mail.ru annakondakova1@yandex.ru
6. Ms Inna Rozhkova	Head of Epidemiology and prevention unit, Republican AIDS Centre, Petrozavodsk	fwaims@yandex.ru aidscentr@onego.ru
7. Ms Rauni Ruohonen	Chief TB physician, Finnish Lung Health Association FILHA	rauni.ruohonen@filha.fi
8. Mr Ali Arsalo	Expert Group's Chairperson, NDPHS EG on HIV/AIDS&AI	ali.arsalo@kevicon.fi
9. Ms Outi Karvonen	Programme Coordinator, Barents HIV/AIDS Programme	outi.karvonen@thl.fi
10. Ms Marja Anttila	Senior Expert, National Institute for Health and Welfare THL	marja.anttila@thl.fi
11. Ms Hanna Soini	Laboratory Head, National Institute for Health and Welfare THL	hanna.soini@thl.fi
12. Ms Anelma Lammi	Project Planner, Finnish Lung Health Association FILHA	anelma.lammi@filha.fi
13. Ms. Karin Rønning	Department director, Department for infectious diseases surveillance, Norwegian Institute of Public Health	karin.ronning@fhi.no
14. Mr Hans Blystad	Deputy director, Department for Infectious Diseases Surveillance, Norwegian Institute of Public Health	hans.blystad@fhi.no
15. Ms. Silje Hagerup	Advisor tuberculosis, LHL International	sh@lhl.no
16. Ms Janicke Fischer	Senior Adviser, Norwegian Directorate of Health	Janicke.fischer@helsedir.no
17. Mr. Zaza Tsereteli	Barents TB Programme Coordinator, Norwegian Ministry of Health and Care Services	zazats64@yahoo.com