



ОТЧЕТ О СОВЕЩАНИИ

**Совместное совещание ECDC/ВОЗ по
эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом в Европе
22 мая 2014 г., Дубровник, Хорватия**

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© **Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.**

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Сокращения

ВГВ	Вирус гепатита В
ВГС	Вирус гепатита С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЕС	Европейский союз
ЕЦМНН	Европейский центр по мониторингу наркотиков и наркомании
ЕЭЗ	Европейская экономическая зона
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
ПИН	Потребитель (потребление) инъекционных наркотиков
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ECDC	Европейский центр профилактики и контроля заболеваний
TESSy	Европейская система эпиднадзора

1. Введение

Andrew Amato (ECDC) и **Martin Donoghoe** (Европейское региональное бюро ВОЗ) приветствовали участников совместного совещания. Основной темой встречи было рассмотрение предложения о пересмотре эпиднадзора за ВИЧ/СПИДом в Европейском регионе, в частности, объединение наборов данных по ВИЧ-инфекции и СПИДу и усовершенствование мониторинга континуума помощи. К конкретным задачам относились следующие:

- Представить самые последние данные эпиднадзора за ВИЧ/СПИДом (собранные в 2013 г.).
- Дать обзор континуума помощи при ВИЧ-инфекции и последствий для мониторинга.
- Представить и обсудить результаты пилотного проекта по пересмотру эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и СПИДом.
- Обменяться опытом стран и получить отклики на предложения по пересмотру эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе.

В этом отчете дан краткий обзор основных положений, которые обсуждались на совещании. Более подробная информация содержится в презентациях, представленных всеми участниками встречи.

1.1 Представления сообщества относительно данных для практических действий

Lella Cosmaro и **Anna Zakowicz** (представители гражданского общества) рассказали о представлениях сообщества относительно роли данных в обеспечении доказательной базы для эффективных ответных действий в отношении ВИЧ-инфекции и участию организаций гражданского общества в сборе и использовании данных. Основные пункты выступления включали:

- Качественные данные эпиднадзора имеют решающее значение для отслеживания эпидемии и оценки прогресса; для составления плана и бюджета мероприятий; а также для поддержки адвокации. Поведенческие данные также очень важны, но их сбор должен проводиться корректно.
- Гражданское общество поддерживает сбор данных о ключевых группах населения, включая мигрантов; основные вопросы связаны с тем, как использовать, собирать и распространять эти данные для того, чтобы не допускать стигматизации этих популяций или поддержки действий, направленных против мигрантов.
- Гражданское общество участвует в предоставлении данных, содействуя, например, мониторингу выполнения Дублинской декларации, и может играть важную роль в сборе поведенческих данных, поскольку многие организации гражданского общества предоставляют услуги ключевым популяциям и установили с ними хорошие отношения. При этом следует признать, что у некоторых организаций гражданского общества недостаточно кадрового и финансового потенциала.
- Конкретные задачи, стоящие перед организациями гражданского общества, заключаются в точной оценке числа людей, живущих с ВИЧ (в том числе долю тех, кому диагноз не поставлен); определении целевых ориентиров для каждой стадии

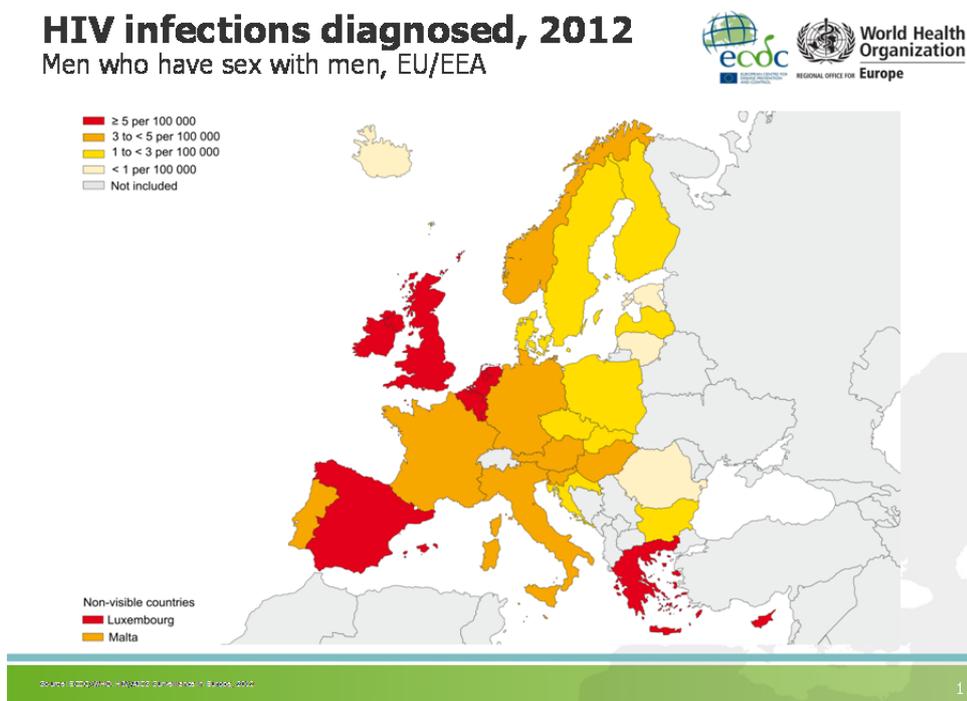
каскада лечения и мониторинге прогресса в их достижении; а также в улучшении процесса уведомления о причине смерти.

1.2 Обзор данных эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией за 2012 г.

Anastasia Pharris (ECDC) и **Annemarie Stengaard** (Европейское региональное бюро ВОЗ) представили обзор данных эпиднадзора за 2012 г. для стран, входящих в Европейский союз/Европейскую экономическую зону (ЕС/ЕЭЗ), и для Европейского региона ВОЗ в целом.

В ЕС/ЕЭЗ частота новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции на 100 000 населения увеличилась с менее 1 случая в 1984 г. до 5,8 случая в 2012 г. В странах ЕС/ЕЭЗ в 2012 г. зарегистрирован 29 381 случай ВИЧ-инфекции. К наиболее пострадавшим относились лица более старших возрастных групп и мужчины: только 10,6% случаев ВИЧ-инфекции диагностировано у лиц в возрасте 15-24 лет, и соотношение мужчин и женщин составляло 3,2. Около 40% случаев зарегистрировано у мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), в 33,6% случаев заражение произошло при гетеросексуальной передаче и в 6,1% случаев – при потреблении инъекционных наркотиков (ПИН); у 18,7% путь передачи был неизвестен.

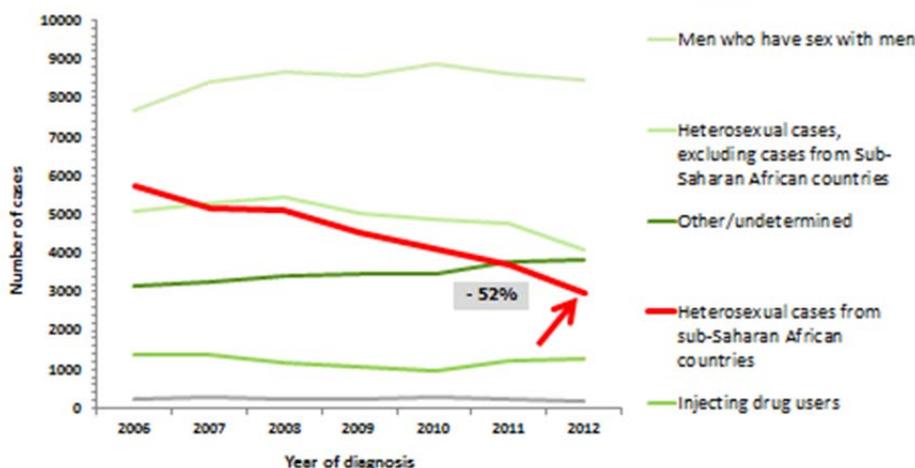
Секс между мужчинами является доминирующим способом передачи в ЕС/ЕЭЗ, хотя показатели отличаются между странами (см. карту ниже). Данные, зарегистрированные в 15 странах за период 2003-2012 гг., показывают, что число новых диагнозов ВИЧ-инфекции среди МСМ увеличилось в возрастной группе 20-29 лет; в других возрастных группах оно было относительно стабильным или уменьшалось. Хотя число случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных среди ПИН, было низким, наблюдалось их увеличение за счет вспышек в Греции и Румынии.



Наблюдалось значительное снижение числа зарегистрированных случаев гетеросексуальной передачи в странах Африки к югу от Сахары (см. рисунок ниже). Однако мигранты составляют значительную долю случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в ЕС/ЕЭЗ.

HIV infections reported EU/EEA, 2006-2012

Transmission mode and origin, adjusted for reporting delay



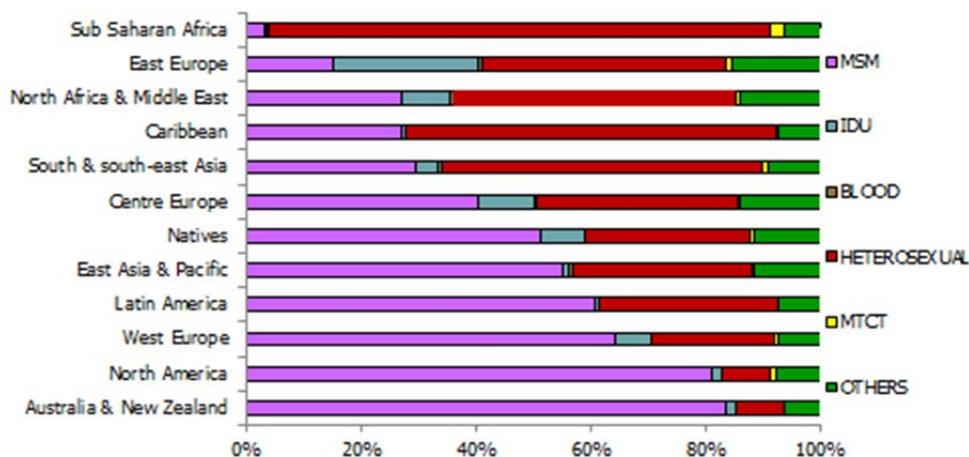
Cases among heterosexuals from sub-Saharan Africa halved

Data were not included or not available from Estonia, Poland, Spain, Italy.

Source: ECDC/WHO, HIV/AIDS Surveillance in Europe, 2012

Основные пути передачи среди неместного населения сильно отличаются в зависимости от региона происхождения (см. рисунок ниже).

Route of transmission among non-native HIV cases, by geographic origin, EU/EEA, 2007-2012



Всего в 2012 г. 49% случаев ВИЧ-инфекции, для которых сообщалось число клеток CD4, были диагностированы поздно, то есть при числе CD4 <350/мм³. Вероятность поздней диагностики ВИЧ-инфекции была выше у гетеросексуалов из стран Африки к югу от Сахары и ПИН по сравнению с MSM.

В Европейском регионе ВОЗ в 2012 г. было зарегистрировано 55 494 случая ВИЧ-инфекции: 27 315 на Западе, 3715 в Центре и 24 464 на Востоке. Лица в возрасте 30-39 лет составляли больше трети (37%) этих случаев. Существуют выраженные различия в частоте новых случаев

ВИЧ-инфекции, соотношении мужчин и женщин и доминирующих путях передачи между этими тремя субрегионами (см. таблицу ниже).

New HIV infections diagnosed in 2012 WHO European Region



Geographical areas	WHO European Region	West	Centre	East
Reporting countries/ number of countries	51/53	23/23	15/15	13/15
Number of HIV diagnoses	55 494 (>130 000)	27 315	3715	24 464 (>100 000)
Diagnoses per 100 000 population	7.8	6.6	1.9	22.0
Percentage aged 15-24 years	10.3%	9.8%	15.4%	10.1%
Male-to-female ratio	2.1	3.1	4.5	1.4
Transmission mode (percentage)				
Heterosexual contact	46%	35%	25%	60%
Men who have sex with men	23%	42%	26%	1.2%
Injecting drug use	18%	5%	7%	34%
Unknown	12%	17%	37%	3%

No data from the Russian Federation and Uzbekistan. Countries with missing data on age or transmission mode excluded.

Source: ECDC/WHO, HIV/AIDS Surveillance in Europe, 2012

5

На Западе преобладает передача вируса среди МСМ, хотя уровень передачи при гетеросексуальных контактах высокий при существенном вкладе популяций мигрантов из стран с генерализованной эпидемией. Хотя число новых случаев инфекции, диагностированных в Центре между 2006 и 2012 гг., остается относительно стабильным, относительное увеличение более выражено, чем в других географических зонах, и имеются данные о повышении частоты передачи среди МСМ. Аналогичным образом, на Востоке, где гетеросексуальный путь передачи доминирует и продолжается передача ВИЧ среди ПИН, наиболее резкое относительное увеличение наблюдалось среди МСМ. За тот же период наблюдался рост числа случаев ВИЧ-инфекции среди женщин, что было обусловлено увеличением числа случаев среди женщин из более старших возрастных групп (30-39, 40-49 и 50 лет и старше). Необходимы более качественные данные о сексуальных партнерах женщин этих возрастных групп, включая данные о пути заражения (потребление наркотиков в анамнезе или половые контакты с мужчинами) и о вероятной стране инфицирования.

Цифры, относящиеся к поздней постановке диагноза, аналогичны регистрируемому в ЕС/ЕЭЗ. В 2012 г. 50% новых случаев инфекции были диагностированы при числе клеток CD4 <350/мм³ и 30% – при <200/мм³. Доля новых случаев, для которых имеются данные о числе клеток CD4, остается низкой, несмотря на то, что полнота регистрации данных выросла с 14% случаев в 2010 г. до 33% случаев в 2012 г.

Между 2006 и 2012 г. частота диагностированных случаев СПИДа на 100 000 населения увеличилась на Востоке, оставалась стабильной в Центре и снизилась на Западе Региона¹. За тот же период число смертей среди случаев СПИДа увеличилось на 57% на Востоке и

¹ Российская Федерация, Швеция и Узбекистан не включены.

снизились на 21% и на 77% в Центре и на Западе Региона, соответственно¹. В Регионе необходимо повысить уровень доступа к раннему тестированию на ВИЧ и объем его использования, а на Востоке сделать более доступной антиретровирусную терапию (АРТ).

Ключевые моменты, которые были затронуты в ответ на эту презентацию, включали:

- Несмотря на высокий уровень охвата лечением на Западе, передача ВИЧ продолжается. Причины этого заключаются в существовании доли людей с недиагностированной ВИЧ-инфекцией, а также в поздней постановке диагноза и в продолжительности периода времени, необходимого для достижения супрессии вируса после начала лечения.
- Необходимо улучшить сообщение о числе клеток CD4, а также качество и своевременность тестирования на ВИЧ.
- Исследование, проведенное сотрудничающим центром ВОЗ в Загребе, показало, что, число случаев "скрытой" передачи ВИЧ среди МСМ из тех, у кого зарегистрирован гетеросексуальный путь заражения, в странах на Востоке Региона может быть значительным. Необходимо обеспечить более точную регистрацию способа передачи.

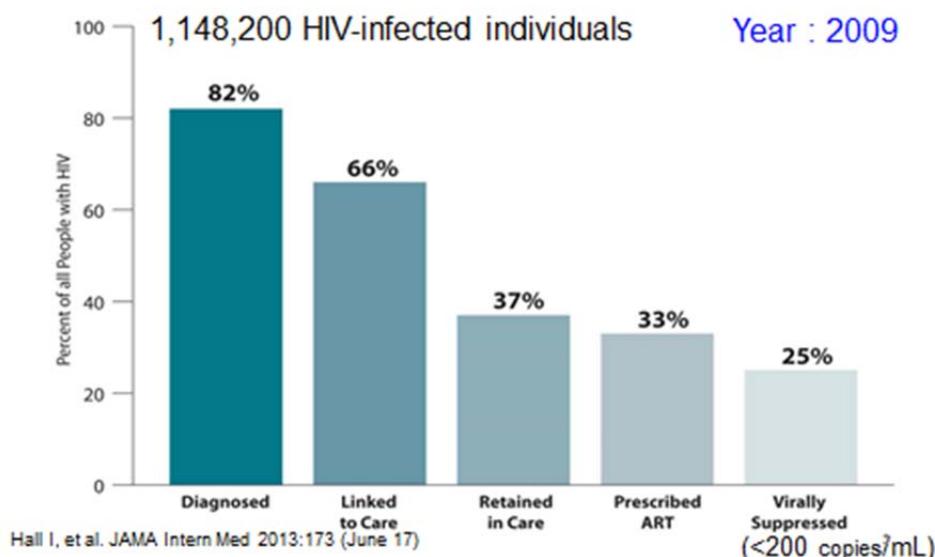
1.3 Мониторинг воздействия помощи при ВИЧ-инфекции на ключевые группы населения: каскад лечения и другие индикаторы континуума помощи

В своей вступительной презентации **Valerie Delpech** (Общественное здравоохранение Англии) подчеркнула важность мониторинга воздействия тестирования на ВИЧ, лечения и предоставления других видов помощи на состояние общественного здравоохранения. Она представила обзор "каскада лечения" на примерах из Соединенных Штатов Америки, Франции и Соединенного Королевства, а также других индикаторов для мониторинга континуума помощи, их значения и проблем для сбора данных.

Каскады лечения из трех стран указывают на многообразие использованных источников данных. Были представлены две версии каскада лечения из США. Каскад Гарднера был разработан первым и имеет ряд ограничений. Число людей, инфицированных ВИЧ, и число диагностированных случаев были основаны на расчетных данных, а данные для различных стадий каскада получены из различных источников и в разные годы. Несмотря на это, продемонстрирована убыль пациентов на каждой стадии каскада помощи, и только 19% из тех, которые, согласно оценкам, были инфицированы ВИЧ, достигали супрессии вируса.

¹ Российская Федерация, Узбекистан, Украина и Швеция не включены.

US CDC Cascade (Hall 2013)



Показанная выше версия каскада, используемая CDC, основана на более качественных оценках и источниках данных. Национальная система эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией использовалась как источник данных о распространенности, количестве людей, живущих с ВИЧ, и связи с программами помощи, а проект по медицинскому мониторингу служил источником данных по удержанию в программах помощи, назначению АРТ и супрессии вируса. Тем не менее этот каскад дает сходную с каскадом Гарднера картину с небольшими различиями в числе или доле недиагностированных случаев; только 25% из расчетного числа лиц с ВИЧ-инфекцией, достигали подавления вирусной нагрузки.

Каскад лечения из Франции (см. рисунок ниже) показывает, что показатели удержания выше, чем в США, и 52% от расчетного числа лиц с ВИЧ-инфекцией достигали супрессии вируса, но доля тех, кому диагноз не был поставлен, была сходной. Использовались различные источники данных. Например, данные эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и модель обратного расчета использовались для оценки фракции недиагностированных случаев из числа живущих с ВИЧ; когортные данные¹ – для оценки диагностированных, но не получающих помощь; данные больниц и медицинской страховки² – для оценки числа диагностированных и получающих помощь; и когортные данные – для мониторинга удержания в программах помощи.

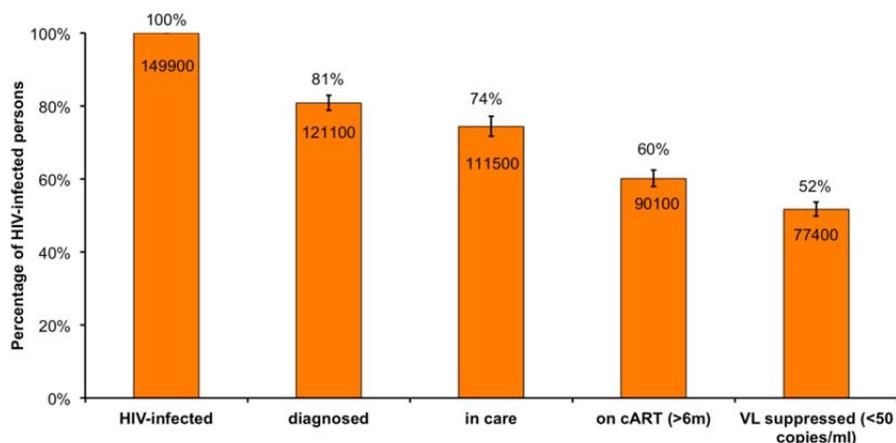
Каскад лечения Соединенного Королевства (см. рисунок ниже) сходен с тем, который используется во Франции, с той же долей недиагностированных случаев; из расчетного числа людей с ВИЧ-инфекцией 62% достигли супрессии вируса. Расчетное число инфицированных ВИЧ основано на результатах многопараметрического синтеза фактических данных (Multi-parameter evidence synthesis – MPES); в нем используется ряд источников данных с разной репрезентативностью и охватом и ежегодные обновления недоступны. Данные для других

¹ Когорта FHDH-ANRS-CO4 представляет собой общенациональную госпитальную когорту, охватывающую приблизительно 50% лиц с диагностированной ВИЧ-инфекцией.

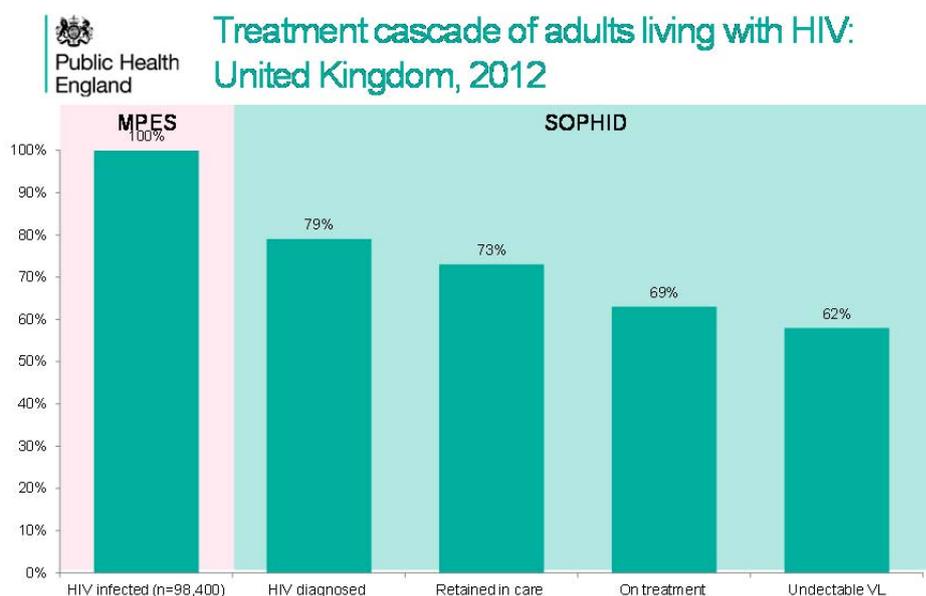
² Во Франции французская схема медицинского страхования CNAMTS охватывает 87% застрахованных людей.

стадий каскада получены из всеобъемлющих национальных систем эпиднадзора, которые включают данные о новых диагнозах ВИЧ-инфекции, информацию о числе клеток CD4, вирусной нагрузке и дате последнего посещения по каждому пациенту, получающему помощь.

Global engagement in HIV care in France in 2010



2



3

Определения, использованные для каскада помощи в Соединенном Королевстве, и особенности данных, следующие:

- Диагностированные – доля лиц, получающих помощь.
- Связь с программой помощи – доля лиц, у которых определено число клеток CD4 в течение 3 месяцев после постановки диагноза. Число CD4 используется в качестве

прокси – в некоторых местах включают результаты теста на CD4 во время подтверждения диагноза.

- Удержание в программе помощи – доля лиц, обратившихся за помощью на следующий год. Полагается на хорошие когортные данные.
- Лечение – доля лиц, находящихся на АРТ, на день последнего обращения.
- Подавление вируса – доля лиц с уровнем вирусной нагрузки <50 (также используется показатель <200). Полагается на точность отчетов.

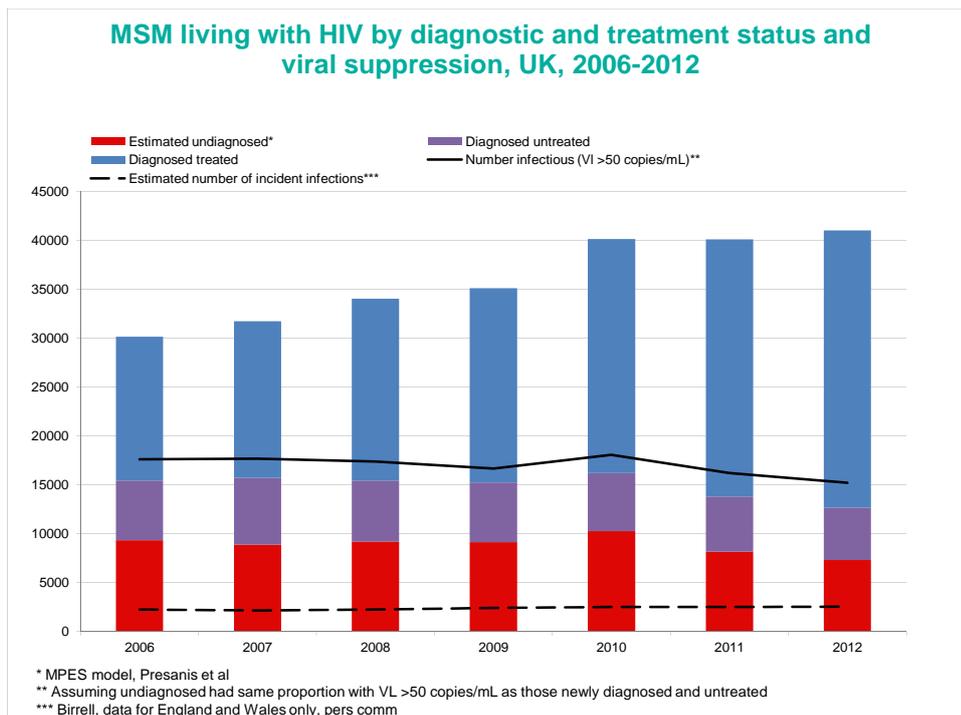
Как только устанавливается связь с помощью, удержание и результаты лечения хорошие, и существует лишь небольшая разница между популяционными группами. Из примерно 77 600 людей, живущих с диагностированной ВИЧ-инфекцией в Соединенном Королевстве, у 97% связь с помощью устанавливается с течением 3 месяцев после постановки диагноза; 95% остаются в программах помощи ежегодно; 92% нуждающихся в лечении получает его; и 95% получающих лечение достигают уровня вирусной нагрузки <200 копий/мл. Основная проблема – неудачи программ по тестированию в снижении доли недиагностированных случаев и поздняя поставка диагноза.

В странах, где, вероятно, не будет возможности контролировать весь каскад, более реальным вариантом может быть использование четырёх ключевых индикаторов для мониторинга первого года предоставления помощи:

- Поздний диагноз.
- Связь с программой помощи.
- Получение АРТ.
- Показатели смертности за первый год.

Например, эти индикаторы могут показать, нуждаются ли специфические популяционные группы в более целенаправленных вмешательствах, чтобы способствовать раннему тестированию на ВИЧ; какая доля людей с диагностированной ВИЧ-инфекцией обращается за получением помощи и как быстро; и насколько хорошо работают программы лечения. В Соединенном Королевстве поздний диагноз считается самым важным маркером плохого клинического исхода, приводя к тому, что основная часть смертельных случаев наблюдается в первые 12 месяцев после постановки диагноза.

И наконец, оценки "каскада лечения" и "первого года предоставления помощи" могут обеспечить важное понимание успешности программ тестирования и оказания медицинской помощи; это также позволит измерить их успех или неудачу в отношении ключевых групп населения и с течением времени. Например, цифры, представленные ниже, показывают, что наблюдалось небольшое изменение в расчетном числе новых и недиагностированных случаев инфекции среди MSM в Соединенном Королевстве между 2006 и 2012 г.



ECDC, ВОЗ и другие организации могут поддержать страны в проведении мониторинга каскада лечения и первого года предоставления помощи путем:

- Совершенствования методологий оценки недиагностированных случаев.
- Разработки стандартизированных общеевропейских определений для континуума помощи и индикаторов первого года предоставления помощи.

Ключевые вопросы, возникшие после этой презентации, включали:

- Значение оценки каскада лечения состоит в выявлении групп населения, которые остаются вне досягаемости для тестирования, лечения и предоставления других видов помощи, а также в определении, на каких стадиях континуума люди "теряются".
- Ценность каскада помощи как инструмента адвокации. Чтобы получить максимальную практическую пользу, важно использовать при оценке каскада как числа, так и пропорции. Хотя в некоторых странах пропорции не изменились, знаменатель (то есть расчетное число людей, инфицированных ВИЧ) вырос, и это важнейшая проблема, по поводу которой необходимо апеллировать к влиятельным политикам.
- Оценка каскада также могла бы помочь в преодолении представлений о низкой приверженности получению помощи некоторых популяций, например, ПИН. На примере из Соединенного Королевства показано, что нет существенной разницы в показателях между различными группами риска на каждой стадии континуума.

2. Пересмотр эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе: пилотный проект

2.1 Исходная информация и введение

Следуя рекомендациям совещания Европейской сети эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией, проведенного в Стокгольме в феврале 2012 г., ECDC совместно с Европейским региональным бюро ВОЗ уполномочили организацию "Общественное здравоохранение Англии" (Public Health England – PHE) разработать предложение для пересмотра эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Европе. Цель пересмотра состояла в упрощении и объединении текущей отчетности по ВИЧ-инфекции и СПИДу, уменьшении бремени отчетности путем слияния переменных в единый набор данных и обеспечении возможностей для подачи данных, позволяющих создать континуум помощи.

Alison Brown (PHE) представила краткое обоснование пересмотра эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и СПИДом, отметив, что обновление набора данных необходимо, так как ВИЧ-инфекция стала хронической, и сегодня внимание в меньшей степени сфокусировано на случаях СПИДа и смертельных случаях. В связи с этим эпиднадзор должен выйти за рамки диагностики ВИЧ-инфекции, а для понимания, на каких этапах континуума помощи происходит "отсев" и уменьшается возможность снижения передачи ВИЧ, важен мониторинг доступа к лечению и его результатов. Подход, использованный для целей пересмотра, включал: анализ применимости и полноты переменных системы TESSY; быстрое обследование в 24 странах ЕС для определения выполнимости сбора данных по ряду переменных; консультации с национальными координаторами; пилотная апробация предложенного нового набора данных в девяти странах: в пяти, входящих в ЕС (Бельгия, Дания, Ирландия, Нидерланды, Соединенное Королевство), и в четырех, не входящих в ЕС (Азербайджан, бывшая югославская Республика Македония, Сербия, Таджикистан)¹.

Каждый из предыдущих наборов данных по ВИЧ-инфекции и СПИДу включал по 33 переменных. Пересмотренный комбинированный набор данных включает 31 переменную (17 обязательных и 14 факультативных), из которых 8 новых (см. рисунок ниже); эти переменные охватывают четыре тематические области (переменные, относящиеся к системе TESSY, а также к диагнозу, демографической и клинической информации). Ключевые особенности пересмотренного набора данных следующие:

- Интеграция эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и СПИДом.
- Обязательные и необязательные для сообщения переменные.
- Упрощение сообщения данных, касающихся распространения ВИЧ.
- Улучшение информации, касающейся мигрантов.
- Включение таких биомедицинских маркеров, как число клеток CD4 и вирусная нагрузка.
- Потенциальная возможность проводить мониторинг коинфекций.

¹ Комментарии были также получены от Хорватии.

Revised Combined Dataset

8 New Variables added

TransmissionPartner (13)
 FirstCD4CellDate (16)
 Acute Infection (17)
 YearOfArrival (21)
 CD4Latest (24)
 CD4LatestDate (25)
 VLLatest (26)
 VLLatestDate (27)

1. RecordID (M)
2. RecordType (M)
3. RecordTypeVersion (O)
4. Subject (M)
5. Status (O)
6. DataSource (M)
7. ReportingCountry (M)
8. DateUsedForStatistics (M)
9. DateOfDiagnosis (M)
10. DateOfNotification (M)
11. HIVType (M)
12. Transmission (M)
13. TransmissionPartner (O)
14. ProbableCountryOfInfection (O)
15. FirstCD4Count (M)
16. FirstCD4Date (M)
17. AcuteInfection (O)
18. Age (M)
19. Gender (M)
20. CountryOfBirth (M)
21. YearOfArrival (O)
22. LastAttendanceDate (O)
23. ART (O)
24. CD4Latest (O)
25. CD4LatestDate (O)
26. VLLatest (O)
27. VLLatestDate (O)
28. DateOfAIDSDiagnosis (M)
29. AIDSIndicatorDisease (O)
30. DateOfDeath (M)
31. DeathCause (O)



13 Old Variables removed

TransmissionHetero
 TransmissionMTCT
 Classification
 ClinicalCriteria
 LaboratoryResult
 EpiLinked
 Outcome
 DateOfOnset
 DateOfHIVDiagnosis
 DateOfReportDeath
 CountryOfNationality
 RegionOfOrigin
 AgeClass

2.2 Результаты и обратная связь

Melvina Woode Owusu (PHE) представила результаты пилотного проекта по объединению наборов данных, относящихся к ВИЧ-инфекции и СПИДу. В этом проекте оценивали выполнимость сбора данных и качество представленных данных. Это включало оценку доступности и полноты данных, а также валидацию данных, полученных в проекте, относительно предыдущих данных, сообщенных в TESSY в 2013 г.

Первоначально доступность и полнота данных оценивались для 34 переменных. Три из этих переменных, относившихся к недавно приобретенной инфекции, были удалены из набора данных, поскольку ни одна из стран, участвовавших в пилотном проекте, не собирала по ним данные. Число стран, собирающих данные по остальным переменным (31), и представивших данные полностью (среди тех стран, которые собирали данные по этим переменным) было разным. Если все 10 стран смогли представить данные по переменным, перенесенным из существующих наборов, меньшему числу стран удалось сделать то же самое по некоторым новым переменным. Тем не менее шесть из этих 10 стран смогли обеспечить данные, по крайней мере, для 90% из 31 переменной (см. рисунок ниже).

Feasibility of Dataset Collection



Member State	34 Variables Piloted			31 Variables (excl. RITA)	
	Variables submitted	% of all variables submitted*	% of all variables feasible**	% of all variables submitted*	% of all variables feasible**
Azerbaijan	30	88%	88%	97%	97%
Belgium	28	82%	82%	90%	90%
Croatia	20	59%	91%	65%	65%
Denmark	23	74%	79%	74%	81%
Ireland	23	65%	71%	74%	81%
Macedonia	23	68%	88%	74%	74%
Netherlands	28	79%	82%	90%	90%
Serbia	29	85%	88%	94%	97%
Tajikistan	30	88%	91%	97%	97%
UK	31	92%	100%	100%	100%

* 31 variables are included in the revised dataset. ** Includes all variables submitted in pilot PLUS variables which may feasibly be submitted in the future.

В целом, обзор данных, представленных странами, участвовавшими в пилотном проекте, показал, что данные были высокого качества, сбор данных для комбинированного набора данных выполним и представленные данные были совместимы с данными TESSY. Отклики, полученные от пилотных стран, позволяют предположить, что сбор данных по комбинированному набору не вызывает особых затруднений. В то же время он предпочтителен, поскольку более точно отражает текущее ведение случаев ВИЧ-инфекции как хронического заболевания и, кроме того, уменьшает степень дублирования при сообщении обоих наборов данных – для ВИЧ-инфекции и для СПИДа. В некоторых странах данные по ВИЧ-инфекции и СПИДу уже были объединены, и на данный момент для предоставления в TESSY требуется их разделение. Однако страны также указали на проблемы, связанные с сообщением данных, в том числе ограниченные финансовые и кадровые ресурсы и многократные, накладывающиеся друг на друга запросы о данных. Области, где страны хотели бы иметь поддержку со стороны ECDC и ВОЗ, которая позволила бы им сообщать данные в соответствии с пересмотренным набором, включают следующие:

- Разработка моделей для проведения эпиднадзора за хроническим заболеванием.
- Предоставление рекомендаций по объединению или приведению в соответствие журналов записей для получения и обновления информации.
- Предоставление рекомендаций по проведению периодических обследований по сбору данных для специфических переменных.
- Оказание политического давления и предоставление научного обоснования, например, для того, что сделать сообщение данных по некоторым специфическим переменным обязательным.
- Организация технической поддержки и быстрого реагирования на запросы.

Особые комментарии были получены от двух стран, участвовавших в пилотном проекте:

Derval Igoe сообщил, что Ирландия может представить данные по всем обязательным переменным в комбинированном наборе, но на сегодняшний день не имеет данных для 10 из 14 факультативных переменных. Добавление четырех переменных из этих 10 будет выполнимой задачей, но вряд ли будет возможно добавить остальные шесть без существенных изменений в сборе данных. Ирландская модель эпиднадзора за ВИЧ/СПИДом сосредоточена на

данных в момент постановки диагноза, и новый набор клинических данных потребуют фундаментальных изменений. На национальном уровне не существует согласованной и стандартизированной электронной карты или регистра пациентов с ВИЧ-инфекцией. Однако информация могла поступать из опросного обследования лиц, обращающихся за специализированной помощью при ВИЧ-инфекции, которое должно быть проведено повторно в 2015 г. Кроме того, в настоящее время нет никакой прямой связи с лабораториями, чтобы получить доступ к данным о подсчете CD4; эти данные сообщают те, кто заполняет форму регистрации по эпиднадзору; сообщение о том, что данных о числе CD4 нет, может означать не отсутствие у индивидуума доступа к помощи, а то, что подобная информация недоступна.

Шахин Касиев сообщил об опыте участия Азербайджана в пилотном проекте. Процесс сбора и кодирования данных занял больше времени, чем ожидалось, хотя эта же процедура в отношении данных для переменных, использовавшихся в предыдущие годы, не вызывала затруднений; данные для новых переменных собирались впервые.

Ирландией и Азербайджаном были предложены дополнительные переменные:

- Способ передачи инфекции у матери в случаях ПМР.
- Предыдущий положительный результат теста на ВИЧ – для того, чтобы избежать двойного учета случаев, которые были диагностированы в других странах региона, и иметь возможность отдельно проанализировать недавно диагностированные случаи; в Ирландии 15% "новых диагнозов" имели положительный результат теста на ВИЧ, который был получен в другом месте.
- Регион происхождения – для случаев, когда страна происхождения неизвестна.
- Коинфекция с другими инфекционными болезнями.
- Дата уведомления о случае СПИДа – для того, чтобы помочь определить случаи, которые уже были зарегистрированы (как ВИЧ-положительные) и у кого не было стадии СПИДа в отчетном году.
- Дата сообщения о смерти – помочь определить задержку между датой смерти и датой регистрации смерти.

Ключевые вопросы, возникшие после этих презентаций:

- Насколько страны, проявившие интерес к пилотному проекту и принявшие в нем участие, были в лучшем положении в отношении сбора и сообщения данных для комбинированного набора, чем страны, которые не сделали этого. Это возможно, но широкий диапазон стран, изначально проявивших интерес к участию в пилотном проекте, предполагает, что результаты можно экстраполировать; кроме того, обследование по оценке выполнимости охватывало большее число стран.
- Некоторые страны не смогут сообщить данные по некоторым переменным. Такие страны должны сосредоточиться на том, что выполнимо и наиболее важно; по всем обязательным переменным также существует опция для сообщения "неизвестно".

Giedrius Likatavičius (консультант ВОЗ) представил примеры производных выходных данных ("derived outputs"), которые можно получить из переменных в комбинированном наборе данных для мониторинга континуума помощи, включая его компоненты. Предложенные определения для производных выходных данных, которые можно было бы использовать для создания континуума помощи на основе данных эпиднадзора, обсуждались в рабочих группах на следующем заседании совещания и включены в приложение 3.

Пилотный проект обозначил следующие проблемы при разработке континуума помощи:

- В связи с комплексным характером источников данных и различиями между ними не все данные, необходимые для разработки континуума помощи, были доступны.

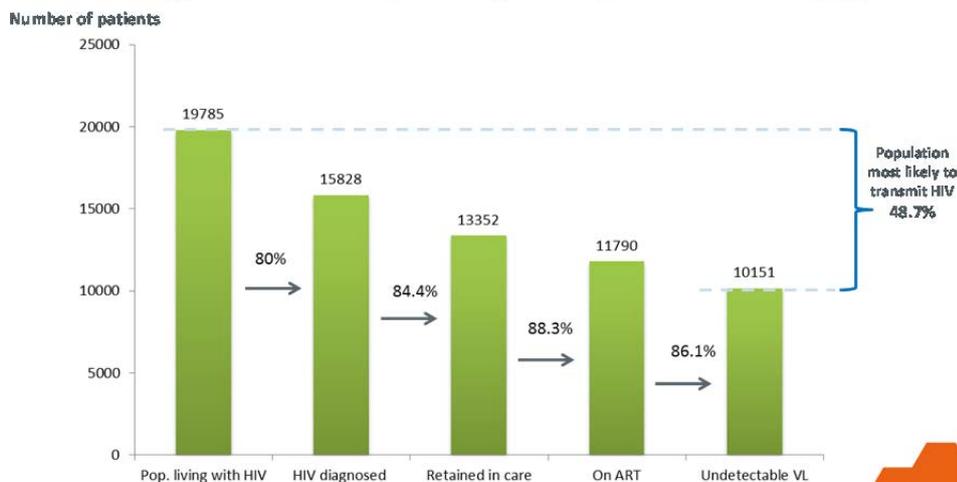
- Различия в способности стран обновить свои исторические данные (например, относящиеся к случаям смерти и СПИДу).
- Некоторые страны предпочитали альтернативные или комбинированные источники данных.
- Конкретные сопоставимые производные данные/компоненты континуума помощи было намного проще собирать (например, охват АРТ, связь с программами помощи).
- Необходимость в четких определениях (например, неопределяемая вирусная нагрузка или точка разделения – "cut off"; охват АРВ-препаратами) и согласованных периодов времени для каждого компонента (например, для связи с программой помощи; для удержания в программе помощи).
- Данные для мониторинга континуума помощи или производные выходные данные, полученные на основе эпиднадзора, давали больше возможностей для анализа данных по возрастным группам, полу, способу передачи ВИЧ.
- Хотя за последние годы качество данных улучшилось, существует ряд методов, предложенных для корректировки неполных данных.

Две страны описали свой опыт мониторинга континуума помощи. **André Sasse** сообщил, что в Бельгии это происходит путем соединения двух наборов данных (лабораторных и клинических), которые дают информацию о новых случаях ВИЧ-инфекции (диагноз и демографические данные) и последующем медицинском наблюдении (когорты людей с ВИЧ-инфекцией – клиническая информация и информация о смерти) соответственно. Две базы данных могут быть связаны через идентификатор пациента, который регистрируется в обеих базах. Однако при анализе обеих баз обнаружено, что это было возможно только для 85% пациентов (например, некоторые в когорте людей с ВИЧ не были включены в набор данных по диагностике ВИЧ), поэтому те люди, данные которых связать не удалось, были исключены из пилотной базы данных.

Построен континуум помощи (см. рисунок ниже). В Бельгии, согласно оценкам, 15-20% случаев остаются недиагностированными; источники данных для этой оценки и по каждой стадии континуума подробно описаны в содержательной презентации. Предложения по улучшению данных по континууму помощи в Бельгии включают:

- Улучшить связи между базами данных на основе более подходящего идентификатора: например, номера социального страхования, закодированного доверенной третьей стороной. Улучшить данные для знаменателя, то есть оценку числа людей с ВИЧ-инфекцией.
- Расширить поддержку проведения продольных исследований для целей эпиднадзора, то есть исследования когорт. Планы по проведению проспективных обсервационных когортных исследований включены в план Бельгии по борьбе с ВИЧ.

Continuum of care of people living with HIV, Belgium, 2012



46

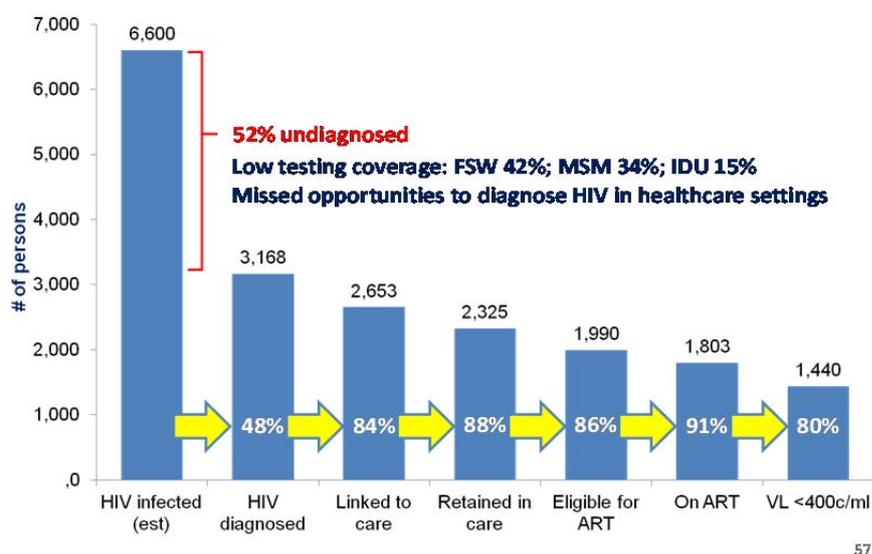
.be

Otar Chokoshvili представил подход, который используется в Грузии для оценки каскада лечения. В этой стране демографические, эпидемиологические, клинические и лабораторные данные собирают по всем ВИЧ-положительным пациентам и затем обрабатывают их с помощью электронной системы сбора и обработки данных. Определения для стадий каскада были следующими:

- Диагноз ВИЧ-инфекции – положительный результат теста на ВИЧ с использованием любого метода, подтвержденного результатами вестерн-блоттинга или теста на нуклеиновые кислоты.
- Связь с программой помощи – как минимум одно, подтвержденное документально посещение медицинского учреждения (подсчет числа клеток CD4 или измерение вирусной нагрузки ВИЧ-1) после постановки диагноза.
- Удержание в программе помощи – как минимум одно, подтвержденное документально посещение медицинского учреждения (подсчет числа клеток CD4 или измерение вирусной нагрузки ВИЧ-1) в течение 12 месяцев до даты оценки.
- Соответствие критериям назначения АРТ – число клеток CD4 <350 или наличие СПИД-индикаторного заболевания.
- АРТ – как минимум один, документально подтвержденный повторный отпуск препаратов по рецепту в течение трех месяцев до даты оценки (АРТ = комбинация, как минимум, трех АРВ-препаратов).
- Подавление вируса – уровень РНК ВИЧ в плазме <400 копий.

Каскад (см. рисунок ниже) указывает на большую фракцию недиагностированных случаев и необходимость увеличения охвата тестированием на ВИЧ, что является главной проблемой в Грузии.

The Cascade of Care



Основные вопросы, которые возникли после этих презентаций, включали следующие:

- Страны используют целый ряд определений для различных стадий каскада. Следовательно, необходима осторожность при проведении сравнения между странами.
- Проблема защиты данных как на уровне ЕС, так и на национальном уровне, может ограничивать уровень возможностей стран связать различные наборы данных.

3. Пересмотр системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе: рабочие группы

Участники разделились на четыре рабочих группы для обсуждения следующих вопросов:

- Сообщение комбинированных данных по ВИЧ-инфекции и СПИДу.
- Переменные для мониторинга континуума помощи.
- Производные выходные данные для построения континуума помощи при ВИЧ-инфекции на основе данных эпиднадзора.
- Переменные для измерения коинфекций и недавно приобретенной инфекции.

Специальные вопросы для рабочих групп включены в Приложение 3. Далее суммированы мнения и комментарии, полученные от рабочих групп. Все группы обсудили две первых темы, но из-за ограниченного времени не все группы обсудили две последние темы.

3.1 Объединенная отчетность по ВИЧ-инфекции и СПИДу

Выполнимость сообщения объединенного набора данных

В целом, страны поддержали предложения об объединении наборов данных по ВИЧ-инфекции и СПИДу. Хотя системы эпиднадзора в странах отличаются (в некоторых имеются отдельные базы данных, в других уже существует регистр объединенных данных), большинство стран считают, что получение объединенного набора данных выполнимо. Основные моменты:

- В странах, где в настоящее время базы данных разделены, их объединение потребует определенного времени. К вопросам, которые необходимо будет рассмотреть, относятся кодирование и индивидуальные идентификаторы; недостаточная полнота данных в странах, не имеющих национальных когорт людей с ВИЧ-инфекцией; и необходимость согласия для получения данных, касающихся когорты.
- Некоторые страны отмечали, что юридические вопросы, особенно в отношении защиты данных, могут быть препятствием для объединения наборов данных. В частности, например, это может касаться связывания случаев ВИЧ-инфекции с регистрацией случаев смерти или с данными о причине и дате смерти. Законодательство ЕС может означать, что это станет проблемой для всех государств-членов.
- Для некоторых стран ежегодное обновление данных о диагнозе СПИДа и смерти от СПИДа будет сложной задачей. Это касается, например, стран, где о случаях СПИДа сообщается на добровольной основе; где у национальных систем эпиднадзора нет свободного доступа к национальным клиническим данным; или где отсутствует национальная когорта.

Выполнимость создания объединенных наборов данных для исторических случаев

Относительно получения комбинированного набора данных для исторических случаев страны сообщили о разных возможностях выполнения этой задачи. Отмечены следующие ключевые моменты:

- Имеются различия между странами в том, за сколько прошлых лет они могут получить комбинированный набор данных для исторических случаев.
- Большинство стран сообщило, что смогут сделать это, начиная с 2004 г., хотя некоторые отметили, что данные для ряда переменных, например, для числа CD4, были доступны, только начиная с 2005 или 2006 г. и позже.
- Должна быть согласована реалистичная стартовая дата, приемлемая для большинства стран.

Для осуществления этих изменений необходимо получение поддержки от ECDC и ВОЗ

Следующие пути предложены для оказания поддержки, которую ECDC и ВОЗ могли бы предоставить как в отношении комбинированных наборов данных, так и предложенных переменных, необходимых для мониторинга континуума помощи:

- Рассылка совместного письма в соответствующие компетентные органы с изложением обоснования предложенного подхода к отчетности для получения поддержки в решении проблемы защиты данных в тех странах, где существуют юридические барьеры для доступа к таким данным.
- Мероприятия по адвокации среди влиятельных политиков относительно сообщения "обязательных" переменных в странах, где данные по этим переменным в настоящее время не собираются.
- Обоснование инвестиций в продольный эпиднадзор и разработку протоколов для формирования новых национальных когорт.
- Предоставление рекомендаций, технической поддержки и обучения.

- Распространение моделей надлежащей практики и продвижение партнерств, а также организация обмена опытом между странами с аналогичными системами и проблемами.

3.2 Переменные для мониторинга континуума помощи

Комментарии по предложенным переменным и практической осуществимости их сообщения

Степень, в которой страны будут способны представлять данные по предложенным переменным, неодинакова. Хотя некоторые из стран отметили, что у них будет возможность сообщать данные по всем предложенным переменным (см. Приложение 3), другие заявили, что не имеют достаточной информации, чтобы иметь возможность сделать это. В целом, включение этих переменных в пересмотренный набор данных получило поддержку, но с определенными оговорками. В основном, к ним относились следующие:

- Большинство стран смогут сообщать данные по первому подсчету CD4 и по переменным, относящимся к смерти, хотя и имеется ряд исключений. Некоторые страны, которые в настоящее время не собирают данные по первому подсчету CD4, отметили, что если сделать эту переменную "обязательной", это может помочь стимулировать отчетность. Как упоминалось выше, сбор и проверка данных для переменных, относящихся к смерти, будет проблемой в некоторых странах в связи с защитой данных.
- Сообщение данных по клиническим переменным вызовет больше проблем, особенно в странах, не имеющих доступа к национальным клиническим данным или не имеющих когорты, репрезентативной на национальном уровне. В этих странах сообщение потребовало бы получение информации из лабораторий и больниц. Высказывалось опасение относительно нагрузки, которая будет ложиться на персонал больниц и сотрудников общественного здравоохранения, а также в какой степени персонал будет готов предоставлять такие данные (например, из соображений соблюдения конфиденциальности). Кроме того, в некоторых странах трудно получить данные из таких изолированных систем, как, например, учреждения пенитенциарной системы.
- Страны отличаются по уровню технических возможностей сбора данных по этим переменным в 2015 г. Ряд стран сообщили, что это будет возможно; другие отметили, что они не смогут сделать это в 2015 г., но, видимо, смогут делать это в будущем.
- Степень, в которой страны смогут обновлять данные по каждому случаю на постоянной основе, также варьирует. И вновь юридические вопросы были обозначены в качестве препятствия.
- Страны также в разной степени смогут обеспечить исторический набор данных предложенными переменными для мониторинга континуума помощи. Некоторые участники отметили, что, возможно, небольшим странам это будет сделать легче, чем крупным. Другие предлагали использовать проспективный подход.

Особо отмечалось следующее:

- Определение для первого подсчета клеток CD4 необходимо пересмотреть с целью уточнения, относится ли оно к моменту постановки диагноза/до АРТ, АРТ в настоящее время/когда-либо на АРТ; некоторые группы считали, что оно должно относиться к периоду "до лечения".
- Для всех переменных будет важно установить различия между вообще неизвестными данными и данными, недоступными для конкретных случаев.

Ценность сообщения данных только по новым диагностированным случаям

Для некоторых (но не для всех) стран, которые не могут обеспечить представление полного набора исторических данных на основе случая, было бы полезно сообщать данные для мониторинга только новых диагностированных случаев.

Предпочтительные формат и процесс для сообщения данных о континууме помощи

Предпочтения стран оказались разными: некоторые предпочитали только формат сообщения, использующийся для эпиднадзора на уровне региона ECDC/ВОЗ (формат, основанный на случае), тогда как другие высказались в пользу сочетания сообщения агрегированных данных и сообщения на основе случая. Особые комментарии включали:

- Необходимо провести сравнение определений, которые используют страны. Трудности сопоставления данных между странами.
- Возможности для улучшения данных системы TESSY, чтобы поддержать принципы сообщения данных, изложенных в Дублинской декларации, уменьшив тем самым дублирование сообщений.

3.3 Производные выходные данные для построения континуума помощи

Участники рабочих групп следующим образом прокомментировали предложенные определения (см. Приложение 3).

Поздний диагноз

Высказывались определенные сомнения по поводу трехмесячной точки разделения ("cut-off") в предложенном определении. Высказано предложение, что анализ чувствительности был бы полезен для сравнения точек разделения 3 месяца и 1 год. Подходы к использованию определения "СПИД" на момент постановке диагноза разные; некоторые не используют его, другие используют в качестве прокси для поздней диагностики. Лица, которым диагноз поставлен в других местах, должны быть исключены при анализе данных.

Включение в программу предоставления помощи

Большинство стран согласилось с предложенным определением. Возникло несколько вопросов относительно того, рассматривать ли наличие данных о количестве CD4 как показатель того, что пациент получает помощь. Некоторые участники высказались за использование первого из двух определений (стр. 27), поскольку дату последнего посещения медицинского учреждения будет трудно отследить.

Удержание в программе предоставления помощи

Не предложено никаких рекомендаций по пересмотру предложенного определения. Будет важна корректировка относительно задержки сообщения для гарантии того, что получающие помощь не исключены из подсчета.

На лечении

Отмечалось, что данные о находящихся на лечении должны быть стратифицированы по происхождению пациента, поскольку те пациенты, у которых диагноз поставлен в другом месте, могут въехать в страну, уже имея низкие показатели числа клеток CD4, и это может влиять на охват лечением.

Подавление вирусной нагрузки

Страны используют разные пороговые значения. Например, некоторые из них используют значение <200 копий/мл, а не предложенное <50 копий/мл. Также некоторые вопросы возникали по поводу измерения вирусной нагрузки через год после начала лечения; такое измерение также требует даты начала лечения, и в некоторых странах будет трудно получить сведения, о том, как долго люди получают лечение. При определении также необходимо уточнение, что вирусная нагрузка относится к ВИЧ-1.

3.4 Переменные для измерения коинфекций и недавно приобретенной инфекции

Комментарии получены от двух групп участников. Достигнут консенсус относительно того, что важно сообщать данные о сочетанных инфекциях и что это потенциально возможно. Тем не менее отмечалось следующее:

- Проблемы могут возникать в отношении полноты данных; объединения данных по разным заболеваниям, когда пациенты регистрируются под разными кодами; в отношении различных источников данных; различных подходов к тестированию; получения данных из больниц.
- Для некоторых инфекционных болезней могут потребоваться более специфические переменные, например, для разных форм ТБ.
- Потенциал для сбора данных по коинфекциям в странах региона может отличаться: на Западе, возможно, будет необходима связь с клиническими базами данных, за исключением стран, где данные уже получены в когортах; при этом во многих странах Востока клинические данные, как правило, более доступны.

4. Резюме и закрытие совещания

Andrew Amato (ECDC) и **Martin Donoghoe** (Европейское региональное бюро ВОЗ) сделали краткий обзор по некоторым ключевым вопросам, возникшим во время совещания. Во-первых, представленные данные эпиднадзора заострили внимание на тех областях, где необходимо приложить больше усилий для противодействия ВИЧ-инфекции в Европейском регионе, в частности, на необходимости использовать более совершенные подходы для борьбы с продолжающимся увеличением числа новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции среди MSM и снижения являющейся значительной доли людей, у которых ВИЧ-инфекция остается недиагностированной.

Во-вторых, пересмотр эпиднадзора может играть важную роль в повышении качества мониторинга эпидемии и эффективности мероприятий по профилактике, лечению и оказанию помощи. Отклики на пилотный проект и комментарии участников позволяют предположить, что существует широкая поддержка использованию комбинированного набора данных по ВИЧ-инфекции и СПИДу и усовершенствованного эпиднадзора для мониторинга континуума помощи, хотя и отмечалось, что осуществление последнего потребует значительных усилий.

Annex 1: Programme

Четверг, 22 мая 2014 г.	
8:00	Регистрация участников
9:00	Заседание I: Церемония открытия Председатели: Andrew Amato (ECDC) и Martin Donoghoe (Европейское региональное бюро ВОЗ)
9:10	Представления сообщества относительно данных для практических действий (Anna Zakowicz и Lella Cosmaro, Гражданское общество ЕС)
9:25	Обзор данных эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией за 2012 г. (Anastasia Pharris, ECDC и Annemarie Stengaard, Европейское региональное бюро ВОЗ)
9:45	Основной доклад: Мониторинг воздействия помощи при ВИЧ-инфекции на ключевые группы населения: каскад лечения и другие индикаторы континуума помощи (Valerie Delpesch, Агентство общественного здравоохранения Англии)
10:15	Дискуссия
10:30	Перерыв на кофе
11:00	Заседание II: Пересмотр эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе Председатели: Annemarie Stengaard (Европейское региональное бюро ВОЗ) и Anastasia Pharris (ECDC)
	Исходная информация и введение (Alison Brown, Агентство общественного здравоохранения Англии)
	<u>Объединение наборов данных по ВИЧ-инфекции и СПИДу</u> <ul style="list-style-type: none"> • Результаты пилотных стран (Giedrius Likatavicius, консультант ВОЗ и Melvina Woode-Owusu, Агентство общественного здравоохранения Англии) • Отклики пилотных стран: Ирландия и Азербайджан
	<u>Мониторинг непрерывности предоставляемой помощи</u> <ul style="list-style-type: none"> • Результаты усилий пилотных стран (Giedrius Likatavicius и Melvina Woode-Owusu) • Отклики пилотной страны: Бельгия • Презентация от страны: Грузия
12:25	Дискуссия
12:45 - 14:00	Обед

Annex 2: List of participants

Назначенные эксперты страны

Name	Country
Marjeta Dervishi	Albania
Jean Paul Klein	Austria
Shahin Khasiyev	Azerbaijan
André Sasse	Belgium
Zlatko Cardaklija	Bosnia and Herzegovina
Serifa Godinjak	Bosnia and Herzegovina
Stela Stojisavljevic	Bosnia and Herzegovina
Tonka Varleva	Bulgaria
Mirjana Lana Kosanović	Croatia
Vratislav Němeček	Czech Republic
Susan Cowan	Denmark
Kristi Rüütel	Estonia
Kirsi Liitsola	Finland
Florence Lot	France
Otar Chokoshvili	Georgia
Barbara Gunsenheimer-Bartmeyer	Germany
Chryssa Tsiara	Greece
Vasileia Konte	Greece
Mária Dudás	Hungary
Guðrún Sigmundsdóttir	Iceland
Derval Igoe	Ireland
Daniel Chemtob	Israel
Laura Camoni	Italy
Lolita Ganina	Kazakhstan
Šarlote Konova	Latvia
Saulius Čaplinskas	Lithuania
Patrick Hoffmann	Luxembourg
Joanne Farrugia	Malta
Silvia Stratulat	Moldova
Aleksandra Marjanovic	Montenegro
Birgit van Benthem	Netherlands
Hans Blystad	Norway
Janusz Janiec	Poland
António Diniz	Portugal
Mariana Mardarescu	Romania
Natalia Ladnaia	Russian Federation
Danijela Simic	Serbia

Peter Truska	Slovak Republic
Tanja Kustec	Slovenia
Mercedes Díez	Spain
Maria Axelsson	Sweden
Martin Gebhardt	Switzerland
Zukhra Nurlaminova	Tajikistan
Zharko Karadzovski	The former Yugoslav Republic of Macedonia
Nurcan Ersöz	Turkey
Maysa Annagulyyeva	Turkmenistan
Ihor Kuzin	Ukraine
Valerie Delpech	United Kingdom

Консультанты, гости и докладчики

Name	Affiliation
Angelos Hatzakis	Athens Medical University
Alessandra Martini	European Commission (DG Research)
Alison Brown	Public Health England
Anders Sönnnerborg	Karolinska Institute
Anna Zakowicz	Civil Society Forum
Ard van Sighem	Stichting HIV Monitoring
Fumiyo Nakagawa	HIV in Europe
Gaetano Marrone	Karolinska Institutet
Isabelle Giraudon	EMCDDA
Luljeta Gashi	Kosovo*
Jurja-Ivana Cakalo	WHO Collaborating Centre on HIV surveillance
Jordi Casabona	Euro HIV-EDAT
Kathy Attawell	ECDC consultant
Keith Sabin	UNAIDS
Lella Cosmaro	Civil Society Forum
Massimo Mirandola	SIALON II
Matthias Schuppe	European Commission (DG SANCO)
Melvina Woode Owusu	Public Health England
Osamah Hamouda	Robert Koch Institute
Vana Sypsa	Athens Medical University
Zheng Yin	Public Health England

* This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with UNSCR 1244/99 and the ICJ Opinion on the Kosovo Declaration of Independence

ECDC

Name	Affiliation
Andrew Amato	ECDC
Otilia Sfectu	ECDC
Gianfranco Spiteri	ECDC
Anastasia Pharris	ECDC
Teymur Noori	ECDC
Chantal Quinten	ECDC
Karin Haar	ECDC
Julien Beaute	ECDC
Gaetan Guyodo	ECDC
Luisa De Leo	ECDC
Alexandra Hardiman	ECDC

WHO Regional Office for Europe and Headquarters

Name	Affiliation
Martin Donoghoe	WHO Regional Office for Europe
Annemarie Stengaard	WHO Regional Office for Europe
Bente Drachmann	WHO Regional Office for Europe
Javahir Suleymaniva	WHO Country Office Azerbaijan
Giedrius Likatavicius	WHO Consultant
Txema Garcia Calleja	WHO Headquarters

Переводчики

Name	Affiliation
Georgy Pignastyy	Interpreter
Elena Gornaya	Interpreter

Annex 3: Questions for the working groups

А) Объединенная отчетность по ВИЧ-инфекции и СПИДу

В предложенном комбинированном наборе данных число переменных уменьшено более чем вдвое, поскольку большинство переменных повторялись в существующих наборах данных по ВИЧ-инфекции и СПИДу. Объединенная отчетность упростит представление данных странами с одной объединенной национальной базой данных по ВИЧ/СПИДу и позволит связать информацию по одному и тому же случаю.

Вопросы для обсуждения

1. Для объединенного набора данных от стран требуется обновлять информацию, касающуюся диагноза СПИДа и смерти, на постоянной основе (то есть ежегодно при представлении данных в TESSy информация по всем, ранее сообщенным случаям, должна быть обновлена). Можно предположить, какие усилия потребуются для этого от вашей страны?
2. Сможет ли ваша страна обеспечить объединенный набор данных для исторических случаев и, если да, то за сколько прошедших лет?
3. Какая поддержка потребовалась бы вашей стране от ECDC и ВОЗ для реализации этих изменений?

В) Переменные для мониторинга континуума помощи при ВИЧ-инфекции

Следующие **переменные** предложены в пересмотренном протоколе сообщения данных для улучшения эпиднадзора за дополнительными элементами оказания помощи при ВИЧ-инфекции, включая:

	Название переменной (страница в пересмотренном протоколе сообщения данных)	Обязательная или факультативная	Старая или новая переменная	Возможные производные выходные данные
Подсчет CD4 в момент постановки диагноза	15. FirstCD4Count (стр. 18)	О	Старая	Поздний диагноз Связь с помощью
Дата подсчета CD4 в момент постановки диагноза	16. FirstCD4Date (стр.18)	О	Новая	Связь с помощью
Дата последнего обращения за помощью	22. Last AttendanceDate (стр. 20)	Ф	Новая	Включение в программы оказания помощи Удержание в программах оказания помощи
Последний подсчет CD4	24. CD4Latest (стр. 20)	Ф	Новая	Соответствие назначению АРТ
Дата последнего подсчета CD4	25. CD4Latest Date (стр. 20)	Ф	Новая	Включение в программах оказания помощи Удержание в программах

				оказания помощи
Получение антиретровирусной терапии	23. ART (стр. 20)	Ф	Старая	Получение АРТ
Последнее определение вирусной нагрузки	26. VLLatest (стр. 20)	Ф	Новая	Подавление вирусной нагрузки
Дата последнего определения вирусной нагрузки	27. VLLatestDate (стр. 21)	Ф	Новая	Подавление вирусной нагрузки Удержание в программах оказания помощи
Дата смерти	30. DateofDeath (стр. 22)	О	Старая	Люди, живущие с диагностированной ВИЧ-инфекцией
Причина смерти	31. DeathCause (стр. 22)	Ф	Новая	Лечение, успех/доступ

Вопросы для обсуждения

1. Можете ли вы как-то прокомментировать новые предложенные переменные? Имейте в виду, что более подробная информация относительно определений переменных и их значений содержится в пересмотренном протоколе сообщения данных.
2. Сможет ли ваша страна:
 - Представить данные по вышеуказанным переменным при представлении данных в 2015 г.?
 - Обновлять данные по каждому случаю с учетом вышеуказанной информации на постоянной основе (каждый год для всех ранее зарегистрированных случаев) ?
 - Обеспечить набор исторических данных вышеуказанными переменными и (если да) для скольких лет?
3. Согласны ли вы добавить эти переменные? Если да, какая поддержка от ECDC и ВОЗ может вам понадобиться для осуществления этих изменений?
4. Пожалуйста, обсудите, будет ли полезно для стран, которые не смогут предоставить полный набор исторических данных на основе случая, сообщение данных для мониторинга континуума помощи при ВИЧ-инфекции только для новых диагностированных случаев.
5. Учитывая, что некоторые агрегированные данные по континууму помощи уже собраны с использованием существующих глобальных и региональных механизмов отчетности¹, какой формат и процесс сообщения этой информации предпочтителен для вашей страны?

¹ Отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер противодействия СПИДу (GARPR)/отчет сектора здравоохранения о достигнутом прогрессе (ЮНЭЙДС/ВОЗ/ЮНИСЕФ) и отчет ECDC об осуществлении Дублинской декларации.

- a. Только существующие глобальные и региональные процессы (формат для представления агрегированных данных)?
- b. Только через систему регионального эпиднадзора, проводимого ECDC/ВОЗ (формат для представления данных на основе случая)?
- c. Сочетание обоих (сообщение агрегированных данных и данных на основе случая, насколько это возможно)?

С) Производные данные для построения континуума помощи при ВИЧ-инфекции на основе данных эпиднадзора

При использовании предлагаемого пересмотренного набора данных могут быть получены производные данные по позднему диагнозу, включению в программы обеспечения помощью и удержанию в них, лечению и исходам лечения. Некоторые из этих производных данных могут быть объединены для построения континуума помощи при ВИЧ-инфекции. Предложены следующие определения:

	Предложенные определения
Поздний диагноз	<p>Для стран, у которых имеются достоверные данные по FirstCD4Count (подсчет CD4 в момент постановки диагноза) и по FirstCD4Date (дата подсчета CD4 в момент постановки диагноза), поздний диагноз определяется при числе CD4 в момент постановки диагноза <350 клеток/мм³ <u>в течение трех месяцев</u> после постановки диагноза ВИЧ-инфекции.</p> <p>Для стран, у которых имеется <50% данных по FirstCD4Count (подсчет CD4 в момент постановки диагноза) и по FirstCD4Date (дата подсчета CD4 в момент постановки диагноза), диагноз СПИДа [дата постановки диагноза СПИДа (DateOfAIDSDiagnosis) находится в пределах 91 дня после даты постановки диагноза ВИЧ-инфекции (DateOfDiagnosis)] будет использован как прокси для поздних диагнозов.</p>
Включение в программы оказания помощи	<p>Доля пациентов с данными по FirstCD4Count (подсчет CD4 в момент постановки диагноза) и по FirstCD4Date (дата подсчета CD4 в момент постановки диагноза) в пределах <u>одного года после постановки диагноза ВИЧ-инфекции</u> (DateOfDiagnosis)</p> <p>ИЛИ</p> <p>Доля пациентов, у которых дата последнего посещения медицинского учреждения находится <u>в пределах одного года</u> после постановки диагноза ВИЧ-инфекции</p>
Удержание в программах оказания помощи	<p>Доля всех пациентов, наблюдаемых в 201x году, из тех, которых наблюдают в 201x+1 году, будет определяться как доля пациентов, удержавшихся в программах помощи в годовом исчислении. Пациенты, о которых известно, что они умерли, будут исключены.</p> <p>ИЛИ</p> <p>Доля всех пациентов, включенных в программы оказания помощи (кумулятивная), которые остались в программах в 201x году</p>

На лечении	Доля пациентов, получающих АРТ, будет рассчитана по отношению к числу людей, живущих с диагностированной ВИЧ-инфекцией
Подавление вирусной нагрузки	Пациенты с уровнем вирусной нагрузки <50 копий/мл по истечении одного года лечения

Вопрос для обсуждения

1. Можете вы предложить какие-то изменения в предложенных определениях?

D) Переменные для оценки сочетанных инфекций и недавно приобретенной инфекции

Следующие переменные, не являющиеся частью информации, необходимой для оценки континуума помощи, предлагаются в качестве дополнения к объединенному набору данных.

Переменные для сопутствующей инфекции рассматривались при разработке пилотного протокола, но пока не были включены в него. Во многих странах Европы частота таких сопутствующих инфекций, как туберкулез, гепатит С и сифилис, высокая, но соответствующие надежные данные на европейском уровне отсутствуют.

Измерения, касающиеся недавно приобретенной инфекции: В пилотный протокол были включены четыре переменные для недавно приобретенной инфекции. После пилотной апробации три из них были отклонены, из-за отсутствия стандартизованных определений. Одна переменная предложена для включения в протокол: Острая инфекция (доказательства недавно приобретенной инфекции) (переменная 17, стр. 18-19 пилотного протокола).

Вопрос для обсуждения

1. Считаете ли вы целесообразным сообщать данные о сопутствующих инфекциях (ТБ, гепатит С и В, сифилис) при ежегодном представлении данных по ВИЧ-инфекции (по состоянию на момент постановки диагноза ВИЧ-инфекции и/или при последнем посещении медицинского учреждения)?
2. Является ли выполнимым сбор данных для сообщения по предлагаемой переменной для измерения недавно приобретенной инфекции?