

АРВ-ЛЕЧЕНИЕ В СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ



В мае 2011, опираясь на опыт наших российских коллег, проекта «Симона+», и Всеукраинской Сети ЛЖВ, был проведен кварталный мониторинг доступа к АРВ-лечению в регионе ВЕЦА, который мы планируем проводить на регулярной основе. Фокал Пойнты по адвокации нашей организации обеспечили опрос более 40 медицинских работников специализированных медицинских учреждений (Центры СПИДа, инфекционные больницы, специализированные поликлиники и т.п.) и около сотни пациентов, получающих АРТ, в 25 городах 13 стран региона.

Мы впервые провели мониторинг доступа к АРТ и понимаем, что полученные данные не отображают полную ситуацию с доступом к АРВ-лечению в нашем регионе. Это наш первый шаг к тому, чтобы создать доказательную базу для проведения диалога со всеми заинтересованными сторонами, которые влияют и/или могут повлиять на обеспечение непрерывного, комплексного, качественного лечения и ухода для взрослых и детей, живущих с ВИЧ, в наших странах. Именно поэтому для нас важно получить ваши комментарии и предложения по усовершенствованию мониторинга доступа к АРВ-лечению. Будем рады получить ваши отзывы по E-mail: tatyana@ecuo.org.

Методология

Города, охваченные мониторингом: Баку (Азербайджан), Ереван (Армения), Гомель, Светлогорск (Беларусь), Тбилиси (Грузия), Ош, Бишкек, Токмок (Кыргызстан), Рига, Кекава, Елгава, Саласпилс (Латвия), Кишинев (Молдова), Варшава, Щецин, Вроцлав (Польша), Саратов, Хабаровск, Екатеринбург (Россия), Душанбе (Таджикистан), Ташкент (Узбекистан), Киев, Харьков, Одесса (Украина), Таллинн (Эстония).

Были выбраны 1-3 медицинских учреждений в каждой стране, в которых АРВ-терапия назначается, распределяется и выдается пациентам. Мониторинг охватил период март-май 2011 года и проводился с помощью структурированного опросника среди:

1. Медицинских работников медучреждений, которые обладают информацией о процессе назначения АРТ и планирования лечения в учреждении или непосредственно принимают участие в назначении терапии (главный врач, врач-инфекционист).
2. Работников медучреждений, которые непосредственно связаны с распределением и выдачей АРТ (медсестра, социальный работник, координатор проекта сопровождения или сотрудник аптеки (для стран, в которых пациенты получают АРВ-препараты в аптеке по рецепту)).
3. Пациентов, которые получают АРВ-препараты в данном учреждении.

Полученные результаты

а. Руководство к назначению АРВ-лечения в странах.

По информации, полученной от медицинских работников, во всех странах при назначении АРВ-лечения руководствуются едиными национальными протоколами, подтвержденными соответствующими приказами Министерств Здравоохранения. В то же время, единые национальные стандарты лечения отсутствуют в России.

б. Набор новых пациентов.

Результаты опроса медицинских работников говорят о том, что в медицинских учреждениях таких стран, как Азербайджан, Армения, Беларусь, Латвия, Польша, Таджикистан, Узбекистан, Эстония существуют специальные комиссии, которые принимают решение о назначении АРВ-лечения. Как правило, в большинстве стран в состав комиссии входят врачи-инфекционисты, заведующие врачами отделений, руководители медучреждений, лечащие врачи. В некоторых случаях в состав комиссии входят врачи Центра СПИД (Армения, Таджикистан), представитель ВОЗ, представитель Минздрава, директор и заместитель директора Центра СПИД (Азербайджан), специалисты амбулаторного и стационарного ВИЧ-отделения (при назначении лечения соответствующему пациенту – с участием врачей-фтизиатров, гепатологов, детских или тюремных врачей, Латвия), все врачи специализированной поликлиники (Польша).

Регулярность, с которой комиссии собираются, варьируются (от 1 раза в день до 1 раза в месяц, в ряде стран комиссия собирается по необходимости). В большинстве учреждений, в которых проводился мониторинг, комиссия собирается еженедельно, а в некоторых – по необходимости или при экстренных случаях (для беременных, при тяжелых случаях).

В медучреждениях Грузии, Кыргызстана, Молдовы и Украины АРВ-лечение пациентам назначает лечащий врач или врач-инфекционист (единолично или при участии заведующего диспансерного отделения). В России и Узбекистане в некоторых медучреждениях существуют комиссии, которые назначают АРВ-лечение (в их состав входят заместители главного врача, все заведующие отделением, лечащий врач (Россия); лечащий врач, заведующий отделением (Узбекистан)), а в других – комиссий нет, а АРВ-лечение назначается врачом-инфекционистом.

с. Случаи отказа в назначении АРВ-лечения.

О случаях отказа в назначении АРВ-терапии при наличии показаний к ее назначению сообщают респонденты-медработники из Украины: «...на новых пациентов препараты в ограниченном количестве и не покрывают ту потребность, которая существует. Препараты назначаются комиссией самым тяжелым пациентам, которым нельзя ждать..., в связи с чем приходилось отказывать некоторым пациентам в назначении АРВ-терапии». В Кыргызстане респонденты-медработники отмечают случаи отказа новым пациентам по нежеланию самих пациентов (пациенты отказываются от лечения из-за хорошего самочувствия вне зависимости от медицинских показаний, отрицания статуса, неуверенность в приверженности).

d. Выдача лекарств и изменения в спектре АРВ-препаратов.

По информации, полученной от работников медучреждений, которые связаны с выдачей и распределением АРВ-препаратов, во всех странах, лекарства выдаются пациентам каждый день и, вне зависимости, есть ли специальный график выдачи препаратов в медучреждении или нет, все пациенты успевают вовремя их получить, как правило, в одном и том же месте и в одно и то же время, лекарства выдаются на 1, 2 или 3 месяца (в зависимости от медучреждения).

Информация, полученная от работников медучреждений, которые связаны с выдачей и распределением АРВ-препаратов, говорит о том, что в большинстве стран за последние 3 месяца изменений в спектре и количестве препаратов не наблюдалось. В медучреждениях Кыргызстана отмечено увеличение количества препаратов (добавился

Тенофовир и Эмтрицитабин). В Польше отмечены изменения в спектре препаратов (возвращение на Труваду с Эпивира и Вирида), связанные с увеличением финансирования на АРВ-лечение в масштабах всей страны.

е. Замена схем лечения.

Большинство пациентов отмечает, что за последние 3 месяца схема лечения или не менялась, или менялась по клиническим показаниям (наиболее частыми причинами замены схем пациенты называют низкую эффективность препарата, резистентность, побочные эффекты, беременность, несовместимость схемы с ЗТ). Некоторым пациентам схема не менялась, но была изменена форма препарата (по словам пациента из Узбекистана, причину замены ему объяснили тем, что «нужной формы нет в учреждении»).

О случаях назначения «детских» форм препаратов взрослым пациентам говорят респонденты-медработники одного из медучреждений Беларуси. По мнению сообщества пациентов, «препараты старались раздать в связи со скорыми сроками истечения годности препаратов...»), а также Молдовы («...по причине истечения срока годности «взрослой» дозировки и задержки доставки «годного» препарата в больницу...»). Респонденты-медработники в Кыргызстане также отмечают случаи замены «взрослых» таблетированных препаратов первой линии на детские сиропы.

Информация о случаях назначения «взрослых» препаратов детям в связи с отсутствием «детских» форм получена от медработников в Беларуси. Респонденты-медработники медучреждений в Украине также говорят о том, что «...с «детскими» формами препаратов была проблема, и приходилось назначать детям «взрослые» формы препаратов...».

ф. Прерывания.

Некоторые пациенты сообщают о том, что принимали лекарства нерегулярно или прекращали их принимать («...забывала принимать вовремя...», «...родители переставали давать АРВ-препараты ребенку, не сказав врачу...» (Узбекистан)). В некоторых случаях пациенты «...терапию получают, но не принимают, а врачам не говорят...» (Кыргызстан). Случаи прерывания лечения отмечены в Латвии среди пациентов-ПИН из-за отсутствия приверженности (пациенты или получают АРВ-препараты, но принимают их неправильно, или не принимают вообще) и в Таджикистане. Также, по информации, полученной из Латвии, наблюдается нерегулярное или неадекватное использование препаратов, такое как использование препарата Стокрин как добавку для курения.

Итоги

- По данным, полученным от респондентов, в Азербайджане, Армении, Грузии, Польше и Эстонии не было зафиксировано случаев отказа в назначении АРВ-лечения, замены препаратов или прерывания лечения за отчетный период.
- Случаи отказа в назначении АРВ-лечения при наличии медицинских показаний из-за нехватки АРВ-препаратов, зафиксированы в Украине. В Кыргызстане же пациенты отказываются принимать АРВ-лечение, не ставя об этом в известность врача, похожие случаи были зафиксированы и в Узбекистане.

- Изменения в расширении спектра препаратов отмечены в Польше и Кыргызстане.
- Случаи замены «взрослых» препаратов на «детские» и наоборот зафиксированы в Беларуси, Молдове и Кыргызстане, случаи замены «детских» препаратов на «взрослые» – в Украине.
- Случаи прерывания лечения из-за отсутствия приверженности отмечены в Латвии (в основном, среди пациентов-ПИН), Таджикистане, Кыргызстане и Узбекистане.
- Во всех странах, кроме России, существуют единые национальные протоколы лечения ВИЧ-инфекции, остается непонятным вопрос их соответствия международным стандартам.

Дальнейшие шаги

В Украине запланированы адвокационные мероприятия, направленные на обеспечение 100% финансирования компонента «Лечение» Национальной программы по ВИЧ/СПИДу из государственного бюджета, реформирование системы закупок (до 2012 года), а также на включение представителей Всеукраинской Сети ЛЖВ в состав технического комитета Министерства Здравоохранения по составлению тендерной документации.

В Молдове одним из направлений по адвокации является включение представителей сообщества ЛЖВ в состав комиссии по закупкам АРВ-лечения (в рамках проектов 8 Раунда ГФ) и инициирование проведения специальных встреч ССМ по вопросам оказания медицинской помощи ЛЖВ на основе данных мониторинга со стороны пациентов, а также включение представителей сообщества ЛЖВ в правительственные рабочие группы по усовершенствованию стандартов, руководящих принципов, протоколов и других правил медицинской помощи для ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

Организации-участники из Азербайджана, Беларуси и Молдовы планируют исследовать соответствие национальных протоколов АРВ-лечения международным стандартам, из Латвии – продолжать адвокатиловать возвращение к рекомендациям ВОЗ по критериям начала лечения (сейчас в стране действуют сниженные критерии «кризисного» времени).

В некоторых странах запланированы мероприятия, направленные на расширение доступа к информационным материалам о значении АРВ-терапии и приверженности к лечению, проведение обучающих занятий по приверженности для пациентов-ПИН (Латвия), обучение представителей сообщества ЛЖВ навыкам раннего выявления рисков, связанных с прерыванием лечения (Армения), адвокатиловать открытия пунктов заместительной терапии для ЛЖВ-ПИН (Азербайджан), развитие программ по подготовке приверженности (Узбекистан).