

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ
О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ
В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД**

ТАДЖИКИСТАН

2012

СОДЕРЖАНИЕ

I. КРАТКИЙ ОБЗОР	4
а) Процесс написания отчета и полнота состава участников	4
б). Состояние эпидемии	7
с) Политика и программные ответные меры.....	9
II. Данные для показателей	15
III. Обзор эпидемии СПИДа	19
Общая информация по стране.....	19
Надзор за ВИЧ-инфекцией.....	19
Ситуация по распространенности ВИЧ-инфекции среди различных групп населения	21
Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)	21
Работники секса - женщины (РС)	23
Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)	25
Лица, находящиеся в местах лишения свободы	28
Мигранты	29
Беременные женщины.....	32
IV. Национальные меры в ответ на эпидемию СПИД	36
Политика и программные ответные меры	36
Профилактические программы и их результаты	41
Лечение.....	49
ВИЧ и Туберкулез.....	51
Расходы в связи со СПИД: Внутренние и международные расходы в связи со СПИД с разбивкой по категориям и источникам финансирования.	54
Политика Правительства в связи с ВИЧ и СПИД: Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ).	61
V. НАИЛУЧШАЯ ПРАКТИКА.	62
VI. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕРЫ ДЛЯ ИХ УСТРАНЕНИЯ	67
Недостаточное финансирование программ по ВИЧ/СПИДу	67
Некоторые политики и стратегии должны быть обновлены согласно международным стандартам и адаптированы к условиям Таджикистана.	69
Недостаточное использование данных мониторинга и оценки для планирования и корректировки внедрения программ.	69
Продолжающееся дублирование деятельности.....	70
Охват уязвимых групп расширяется медленно, что связано с трудностями доступа в эти группы.	70
VII. ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ ПАРТНЕРОВ ПО ПРОЦЕССУ РАЗВИТИЯ В СТРАНЕ	73
VIII. УСЛОВИЯ ДЛЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ.....	76
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	79
ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ:.....	80

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД

Таджикистан, 2012

СТРАНА: Таджикистан
ОТЧЕТНЫЙ ПЕРИОД: январь 2010 - декабрь 2011 г.
ДАТА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ: 31 марта 2012 г.

Муродали Рузиев - Директор Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Министерство здравоохранения Республика Таджикистан, Председатель Технической Рабочей Группы по Мониторингу и Оценке (ТРГ по МиО) при Национальном Координационном Комитете по профилактике и борьбы с ВИЧ/СПИД, туберкулёзом и малярией.

Почтовый адрес: 734018 Таджикистан, г. Душанбе, ул. А.Дехоти 48
Тел./факс: (+992 37) 234-34-42

E-mail: aidscenter.tj@gmail.com

m.ruziev@mail.ru

Web: www.nc-aids.tj

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ
В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД
Таджикистан, 2012**

I. КРАТКИЙ ОБЗОР

а) Процесс написания отчета и полнота состава участников

Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении мер в ответ на СПИД за период 2010-2011гг. объединяет данные нескольких отчетов в области ВИЧ/СПИД, представляемых Республикой Таджикистан (РТ) согласно принятым обязательствам. С момента принятия Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2001г., Таджикистан накопил значительный опыт в проведении мониторинга за внедрением данной декларации и своевременной регулярной подачи национальных отчетов. 10 июня 2011г. на заседании Высокого уровня по СПИД, Генеральной Ассамблеей ООН была принята Политическая Декларация по ВИЧ/СПИД «Активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИД».

Делегация Республики Таджикистан, совместно с делегациями других государств-членов ООН еще раз подтвердили на заседании Высокого уровня по СПИД свою приверженность делу борьбы со СПИД и отметили острую необходимость значительного наращивания совместных усилий для обеспечения всеобщего доступа к всеобъемлющим программам профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ и достижения Целей Развития Тысячелетия, в частности Цели 6: Остановить распространение ВИЧ/СПИД и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости. Действия для достижения данной цели на глобальном и страновом уровне необходимо осуществлять в следующих направлениях:

- Профилактика: расширение охвата, диверсификация подходов и активизация усилий по предотвращению новых случаев ВИЧ-инфекции;
- Лечение, уход и поддержка: искоренение обусловленных СПИД заболеваемости и смертности;
- Защита прав человека с целью устранения стигматизации, дискриминации и насилия, связанных с ВИЧ;

Политической декларацией 2011 года были определены новые глобальные цели в области ВИЧ/СПИД до 2015г. и государства – члены ООН приняли на себя обязательства:

- Сократить передачу ВИЧ половым путем в два раза до 2015г.
- Сократить передачу ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50% до 2015г.
- Обеспечить предотвращение возникновения новых случаев рождения детей с ВИЧ до 2015г.

- Увеличить количество людей, имеющих доступ к жизненно важной антиретровирусной терапии, до 15 миллионов человек к 2015г.
- Сократить смертность по причине туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% до 2015г.
- Устранить нехватку средств для борьбы со СПИД на глобальном уровне, принять меры для ежегодного финансирования борьбы со СПИД до 22-24 млрд. долларов США к 2015г., а также признали, что инвестиции в дело борьбы со СПИД являются солидарной ответственностью.

В Политической Декларации четко указывается на необходимость: создания благоприятной правовой, политической и социальной среды для искоренения всех форм дискриминации и насилия, связанных с ВИЧ, и обеспечения недискриминационного доступа к образованию, медицинскому обслуживанию, занятости и социальным услугам; пересмотр любых еще остающихся и связанных с ВИЧ ограничений на въезд, пребывание и жительство с целью их ликвидации; защиты и соблюдения всех прав и основных свобод человека, уделяя особое внимание всем людям, подверженным и затронутым ВИЧ, в том, числе права на личную жизнь и конфиденциальность.

Политическая Декларация четко указывает на существование острой необходимости увеличения доступа к услугам по ВИЧ для людей из групп высокого риска, в том числе, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, лиц, потребляющих наркотики, секс-работников.

В Политической Декларации содержится обязательство искоренить гендерное неравенство, насилие и ущемление прав по гендерному признаку, а также расширить возможности женщин и девушек.

Мониторинг за выполнением Политической Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД 2011г. будет проводиться странами согласно стандартному набору индикаторов с учетом стадии развития эпидемии с представлением национального отчета о достигнутом прогрессе.

В настоящем отчете будут объединены данные, которые ранее представлялись страной на международный уровень по нескольким отчетным формам, включая Национальный Отчет по внедрению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН, 2001г. (ССГАООН), отчет по ответным действиям сектора здравоохранения в отношении ВИЧ/СПИД для достижения Универсального Доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке (УД), и внедрению Дублинской Декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИД в Европе и Центральной Азии (ДД), 2004г. Данные представляются страной как по ранее применявшимся, так и обновленным индикаторам, на основании международных руководств по составлению индикаторов.

Согласно письму Председателя Национального Координационного Комитета по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией (НKK), Заместителя Премьер Министра РТ (№ 16.3 (153569) от 13.01.2012), Министерству здравоохранения РТ было дано поручение обеспечить своевременную подготовку отчета. Подготовка данного Национального отчета осуществлялась непосредственно мультисекторальной Технической Рабочей Группой по мониторингу и оценке (ТРГ по МиО) при НKK. В качестве координирующих структур процесса подготовки Национального отчета представлен секретариат НKK. Информация о начале работы над отчетом была

опубликована на сайте РЦ СПИД.

В состав мульти секторальной ТРГ по МиО входят:

- Сотрудники Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД (РЦ СПИД), отдела мониторинга и оценки РЦ СПИД, отвечающие за проведение дозорного эпиднадзора (ДЭН), мониторинга антиретровирусной терапии (АРВ) и сбор рутинной статистической информации;
- Специалисты Министерства здравоохранения РТ, Санитарно-эпидемиологического Управления МЗ РТ, Республиканского центра медицинской статистики и информации;
- Ответственные сотрудники за выполнение программ по ВИЧ/СПИД от Министерств: труда и социальной защиты населения, образования, финансов, юстиции, обороны, внутренних дел, а также Центра стратегических исследований при Президенте РТ, Комитета по делам молодёжи, спорта и туризма, Комитета по делам женщин и семьи при Правительстве РТ;
- Представители общественных организаций (ОО), работающих с группами населения, подверженных наиболее высокому риску, включая людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ);
- Председатель ТРГ по МиО: директор РЦ СПИД и ключевые сотрудники центра СПИД (отдел мониторинга, эпидемиологический отдел, диспансерный отдел и т.д.). В предоставлении информации также были задействованы директора центров СПИД областного уровня;

Группа технической поддержки, существующая в стране для усиления системы мониторинга и оценки, и состоящая из представителей ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, программы ПРООН по контролю ВИЧ/СПИД, ТБ и малярии, Международной организации труда (МОТ), Центрально-Азиатской Программы по профилактике ВИЧ/СПИД (CARHAP/DFID).

К сбору информации, включая проведение анкетирования по национальным обязательствам и политическим инструментам, было привлечено 11 государственных структур, 13 неправительственных организаций, включая людей, живущих с ВИЧ, и 10 международных организаций. В проведении сбора данных по оценке национальных расходов на СПИД (ОНРС) также приняли участие представители более 200 лечебно-профилактических учреждений национального, областного и районного уровней, подразделений отдельных министерств и ведомств, а также международных организаций.

Первое заседание ТРГ по МиО по подготовке отчета было проведено в декабре 2011г. для назначения ответственных за сбор информации; также были определены сроки и источники получения данных и местные эксперты, отвечающие за представление данных по индикаторам.

Также были обсуждены вопросы по сбору данных по Национальным обязательствам и политическим инструментам (НОПИ). Секретариатом НКК были определены министерства и ведомства, ОО и международные организации, которые смогли бы представить полноценную информацию по НОПИ. Также были определены индикаторы из стандартного списка индикаторов данной отчетности, по которым страна сможет подать данные за отчетный период и инструменты, с помощью которых эти данные

будут получены и представлены (рутинная информация эпидемиологического надзора), данные дозорного эпиднадзора (2010), проведенного среди уязвимых групп населения, данные национального исследования по домохозяйствам среди людей в возрасте 15-49 лет (2010), рутинная информация согласно регистрационным формам и статистическим данным, данные по финансированию программ на основе методики ОНРС, проведенной оценки расходования средств на СПИД (2012). Другие данные будут представлены по результатам последних проведенных исследований.

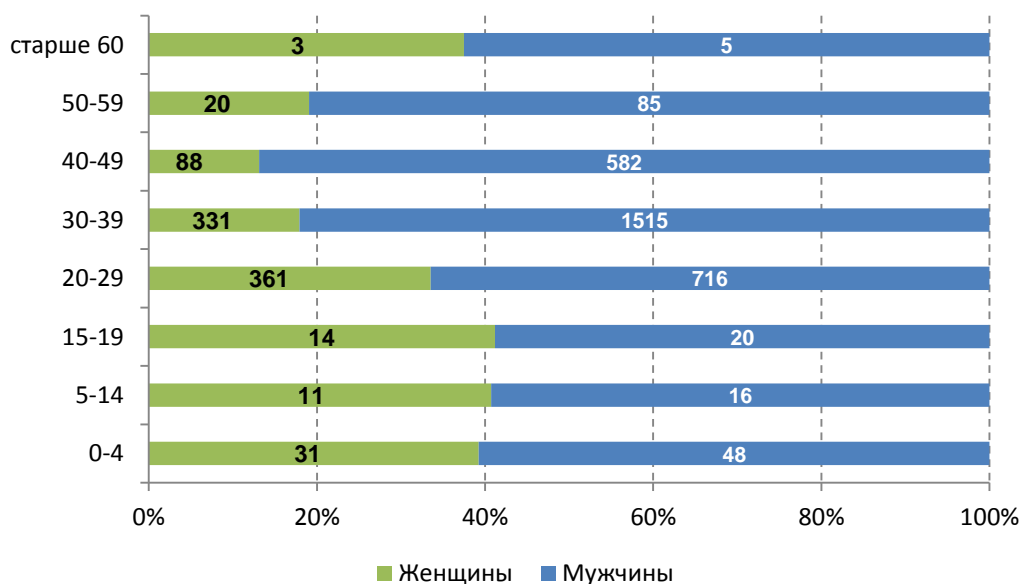
16 марта 2012г. проект Национального отчета был рассмотрен на Партнерском Форуме с участием более 50 ключевых партнеров, включая ответственных представителей отдела по здравоохранению, делам женщин и семьи аппарата Президента РТ, секретариата Национального Координационного Комитета по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, ключевых министерств и ведомств, руководителей отдельных служб Министерства здравоохранения РТ, руководителей Республиканского центра СПИД центров СПИД из областей и районов республиканского подчинения (РРП), представителей организаций гражданского общества, включая ЛЖВ, неправительственных СПИД-сервисных организаций, международных организаций и исследовательских центров для широкого обсуждения и утверждения основных данных, и для достижения консенсуса по НОПИ.

б). Состояние эпидемии

Как видно на рисунке 1, по состоянию на 31 декабря 2011г., с начала эпидемии (1991) в стране было зарегистрировано 3846 случаев ВИЧ-инфекции (ВИЧ). Однако оценочное количество ВИЧ-инфицированных составляет в среднем по стране 12759 (4). Ежегодное количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ увеличилось более чем в два раза. По данным Отчета о Глобальной Эпидемии СПИД Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), Таджикистан относится к ряду стран, где уровень заболеваемости ВИЧ увеличился более чем на 25% за последние 10 лет (7). Распространенность ВИЧ составляет 43,4 на 100 тысяч населения. Случаи ВИЧ зарегистрированы в 66 из 68 районов страны. Количество умерших от общего числа случаев ВИЧ-инфекции составило 552 (14,4%).

Рисунок 1.

Половозрастная структура ВИЧ-инфекции в РТ, с 1991г. по 31.12. 2011г.



94,3% случаев ВИЧ зарегистрировано у людей в возрасте 15-49 лет, из них 76% в возрасте от 20-39 лет, и 2,8% - у детей в возрасте до 15 лет.

77,7% случаев ВИЧ зарегистрировано среди мужчин и 22,3% среди женщин. Более того, в течение последних лет более чем в три раза увеличилась доля женщин, инфицированных ВИЧ, в общей структуре зарегистрированных случаев (с 8,5% в 2005г. до 28,5% в 2011г.). Число новых случаев ВИЧ среди женщин только за последние два года увеличилось почти в три раза (с 96 в 2009г. до 282 в 2011г.).

В общей структуре всех зарегистрированных случаев ВИЧ дети до 14 лет составляют 2,8% (106 случаев). В 2011г. число новых случаев ВИЧ среди детей году составило 53 или 5,4% в структуре всех новых случаев ВИЧ в данном году.

Из общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ в 53% зарегистрирован инъекционный путь передачи, из них в 52,6% при инъекционном употреблении наркотиков, и в 0,39% - через переливание крови. Половой путь передачи зарегистрирован в 29,8% случаев, вертикальный путь передачи - в 1,5% и в 15,7% - путь передачи не выяснен.

Основным путем передачи ВИЧ (Рисунок 2) остается инъекционный путь (53%), наряду с увеличением регистрации случаев заражения половым путем. Характерно увеличение числа случаев заражения ВИЧ половым путем среди женщин. Так, в 2011г. в 62,7% случаев ВИЧ-инфекции среди женщин установлен половой путь передачи (данные РЦ СПИД).

Рисунок 2.

Распределение зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи среди официально зарегистрированных случаев в РТ на 31.12.2011г.



На 31 декабря 2011г. общее количество зарегистрированных случаев ВИЧ среди беременных женщин составляет 260 случаев. Только за 2011г. зарегистрировано 92 случая ВИЧ среди беременных женщин, из них у 59 ВИЧ была выявлена во время беременности и родов, а остальные 33 женщины ранее состояли на учете с диагнозом ВИЧ-инфекция. По структуре из 92 беременных женщин, 2 (2,17%) были потребителями инъекционных наркотиков, 2 (2,17%) - работники коммерческого секса, 11 (11,9%) - половые партнеры ПИН и 21 (22,8%) женщина - половые партнеры мигрантов.

Таким образом, настоящее время в развитии эпидемии ВИЧ в Таджикистане наблюдаются следующие тенденции:

- Количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ продолжает значительно расти из года в год.
- Движущей силой эпидемии остается потребление инъекционных наркотиков (52,6%), наряду с такими факторами, как рост индустрии коммерческого секса и высокий уровень миграции населения.
- Количество людей, инфицированных ВИЧ половым путем, возросло (с 8,2% в 2003г. до 27,2 % в 2009г.).
- Доля ВИЧ-инфицированных женщин в общей структуре зарегистрированных случаев увеличилась до 28,5%, в связи с ежегодным увеличением количества новых случаев ВИЧ среди женщин, включая беременных женщин.
- По данным дозорного эпиднадзора, за последние годы уровень распространенности ВИЧ постоянно превышал 5%-ный барьер среди отдельных групп населения, таких как потребители инъекционных наркотиков (ПИН) (6,3% в 2010г.). В связи с этим, Министерством здравоохранения РТ было констатировано, что эпидемия ВИЧ в Республике Таджикистан находится в концентрированной стадии.

с) Политика и программные ответные меры

По данным Национального среднесрочного отчета по достижению Целей Развития Тысячелетия, основная цель Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2007-2010гг. была достигнута: распространенность ВИЧ-инфекции не превысила 20% среди групп населения, наиболее подверженных высокому риску, и не превысила 1% среди общего населения.

В ходе национальных ответных действий были достигнуты следующие заметные результаты:

1. Количество людей, прошедших добровольное консультирование и тестирование, увеличилось за последние годы более чем в четыре раза: 93791 – 2007г., 148255 – 2008г., 210179 – 2009г., 280281 – 2010г. и 438532 – 2011г. (данный РЦ СПИД). По данным исследования уровня информированности, практики поведения и мер противодействия ВИЧ/СПИД среди населения в возрасте 15-49 лет в РТ (15) охват населения тестированием на ВИЧ увеличился более чем в пять раз (5,5) - с 2,04% -2007г., 6,8% - 2008г. до 11,5% в 2011г.
2. Охват целевых групп профилактическими программами расширился и достиг: 63% (44) среди потребителей инъекционных наркотиков, 76,2% среди секс работников (ДЭН, 2010), и 41,4% среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (ДЭН, 2011).
3. 100% образцов донорской крови тестируется на ВИЧ и другие инфекции, передаваемые через кровь.
4. Охват ВИЧ-инфицированных беременных женщин программой по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку увеличился с 55,6% в 2009г. до 56,1 % в 2011г.(4).

5. Охват людей, живущих с ВИЧ и нуждающихся в АРВ терапии, значительно увеличился (с 37 охваченных ЛЖВ из 80 нуждающихся в АРВ в 2006 г. до 357 из 392 нуждающихся в 2011г.) и более 81% людей, нуждающихся в АРВ-терапии, получили доступ к жизненно важному для них лечению;
6. 84,1% секс работниц указали, что использовали презерватив во время контактов с последним клиентом;
7. 63,2% потребителей инъекционных наркотиков указали на использование стерильного инъекционного инструментария во время последнего употребления инъекционных наркотиков.

За отчетный период в стране завершено выполнение третьей Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан, разработана и утверждена Правительством страны четвертая Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015 гг. Основной целью данной программы является обеспечение всеобщего доступа населения к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для достижения Цели Развития Тысячелетия 6: Остановить распространение ВИЧ/СПИД и положить начало к сокращению заболеваемости. Новая Программа разработана в комплексе с Национальным планом мониторинга и оценки по ВИЧ/СПИД и ежегодным планом внедрения программы. В стране разработана и утверждена Стратегия сектора здравоохранения на 2010-2020 гг.

Вопросы осуществления доступа населения к профилактике, лечению и уходу в области ВИЧ/СПИД включены в данную стратегию, как приоритетные, в составе профилактики и контроля над другими инфекциями, оказывающими значительное воздействие на социальное и экономическое развитие страны. Также вопросы профилактики и лечения ВИЧ/СПИД интегрированы с достижениями целей данной стратегии в области снижения материнской и детской смертности, и улучшения предоставления услуг в области материнства и детства, реформирования здравоохранения и меж секторального интегрирования.

Вопросы ВИЧ/СПИД интегрированы в Стратегию Снижения Бедности (ССБ) на период 2010-2012гг. (38) на основе мульти секторального подхода и включены в Рамочную Программу ООН по оказанию помощи в Целях Развития для Таджикистана на период 2010-2015гг. (39).

Национальный Координационный Комитет по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией (НKK) является единым органом по координации всей деятельности в области ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан. НKK работает на мультисекторальной основе и председателем комитета является Заместитель Премьер-Министра Республики Таджикистан. За отчетный период Постановлением Правительства РТ за № 338 от 01 июля 2011 на ротационной основе обновлен состав НKK, включающий в себя руководящих лиц ключевых министерств и ведомств, международных организаций и организаций гражданского общества (ОГО), включая людей, живущих с ВИЧ. В 2011г. участие представителей гражданского общества (ГО) было расширено в два раза, и в настоящее время составляет 40% от общего состава. Также в обновленный состав НKK был включен религиозный лидер всех мусульман, муфтий Таджикистана.

За отчетный период значительные позитивные шаги сделаны в области внедрения и расширения опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Произведена мобилизация ресурсов и программа расширена на три

пилотных объектов на базе наркологических учреждений в гг. Душанбе, Худжанд и Хорог. Внедрение ОЗТ на пилотной основе начато с июня 2010 года и на конец 2011 года кумулятивно 296 пациентов были охвачены ею, из них 175 клиентов находились на ОЗТ при расчетной мощности пилотного проекта на 200 клиентов (35,44).

Впервые в Республике Таджикистан положительно решен вопрос о введении программ по обмену игл и шприцев в местах лишения свободы. Управлением исправительных дел (УИД) Министерства юстиции РТ издан отдельный приказ и определены учреждения для внедрения данной программы на пилотной основе.

На основании обновленного Порядка медицинского освидетельствования с целью выявления заражения ВИЧ, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними (29) поэтапно вводится скрининг на ВИЧ-инфекцию в медицинские службы противодействия туберкулезу, лечения инфекций, передающихся половым путем. В 2011г. Приказом МЗ РТ введен 100% двукратный скрининг беременных женщин на ВИЧ-инфекцию.

Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 3 мая 2010 года за № 232 утвержден Порядок о назначении и выплате ежемесячного государственного денежного пособия для ВИЧ-инфицированных детей в возрасте до 16-ти лет (30). Начиная с 2011 года, из 106 зарегистрированных ВИЧ-инфицированных детей, 61 получают денежное пособие.

Впервые разработан проект национальной стратегии по ВИЧ/СПИД на рабочем месте. Данный проект был разработан на основе подписанного трехстороннего соглашения о социальном партнерстве в области ВИЧ/СПИД между Министерством труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Союза предпринимателей РТ и Федерацией независимых профсоюзов Таджикистана. Стратегия разработана на основе стандартов Международной Организации Труда и будет направлена на предоставление профилактических программ по ВИЧ/СПИД, обеспечение возможностей лечения, искоренение стигмы и дискриминации в отношении ВИЧ/СПИД на рабочем месте.

Впервые достижение гендерного равенства стало рассматриваться через программы ВИЧ/СПИД, и гендерные аспекты ВИЧ/СПИД внесены в широкую национальную повестку.

Расширено вовлечение гражданского общества в планирование и внедрение программ по ВИЧ/СПИД. Более 15 организаций гражданского общества являются суб-реципиентами по внедрению грантов Глобального Фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией. Более 25 организаций имеют доступ к грантам, финансируемым международными донорами, в частности по внедрению профилактических программ среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску (PSI, CARHAP, Soros, AFEW, MOM, GIZ, ЮНОДК, ЮСАИД и др.).

Укреплены сообщества людей, затронутых эпидемией, созданы новые социальные сети, объединяющие людей, живущих с ВИЧ, в том числе Таджикистанская Сеть женщин, живущих с ВИЧ, и Лига женщин, живущих с ВИЧ, которые, несомненно, будут способствовать оказанию помощи женщинам в осуществлении их доступа к пакету услуг и интеграции вопросов ВИЧ с проблемами гендерного равенства, противодействия насилию против женщин и повышению потенциала и лидерства женщин в обществе.

В 2010-2011гг. страна располагала фондами международных доноров для внедрения программ по профилактике и лечению в размере около 30 млн. долларов США (3), в

основном из грантов Глобального Фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), а также из нескольких региональных проектов, финансируемых PEPFAR, CARHAP/DFID, GIZ, AIDS Foundation East -West (AFEW) и проектов, поддерживаемых на страновом уровне агентствами ООН и другими международными организациями.

При широком обсуждении среди ключевых партнеров, представляющих различные сектора были выделены следующие препятствия, которые существуют в достижении всеобщего доступа к профилактике, лечению уходу и поддержке в связи с ВИЧ:

1. Дефицит бюджета для выполнения Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг. составляет около 98, 485,000 долларов США. Такой значительный дефицит бюджета по программам ВИЧ/СПИД, существует на фоне общего дефицита бюджета сектора здравоохранения, составляющего менее 2% от ВВП страны и общие расходы на здравоохранение на душу населения не превышают 100 долларов США (2009).
2. В основном программы по ВИЧ/СПИД финансируются из внешних источников (80%).
3. Несмотря на некоторое увеличение расходования средств на программы ВИЧ/СПИД (НАСА, 2011), низкий уровень распространенности эпидемии и ее концентрированная стадия не являются убедительным аргументом для приоритетности увеличения государственного финансирования на программы ВИЧ/СПИД в условиях существования других довлеющих проблем здравоохранения. На сегодняшний день Национальный бюджет не позволяет осуществлять закупку тестов, лекарств, оборудования и поддержку многих программ по ВИЧ/СПИД.
4. Несмотря на поддержку отдельных компонентов программы из существующих региональных проектов (PEPFAR, CARHAP, GIZ), закупка лекарственных препаратов, тестов и поддержка предоставления жизненно важных и базовых услуг осуществляется за счет средств Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией. В настоящее время начато осуществление второй фазы 8-го раунда ГФСТМ, которое было сокращено под воздействием глобального финансового кризиса. Не более 21 млн. долларов США могут быть выделены стране до сентября 2014г. в рамках второй фазы, если ситуация на глобальном уровне не ухудшится, и в настоящее время не наблюдается других альтернативных источников для осуществления жизненно важных поставок в ближайшей перспективе.
5. Формирование и укрепление устойчивости программ должно осуществляться и на основании существующих систем, закрепленных регулируемыми документами, обеспечения устойчивого механизма подготовки кадров, укрепления существующего механизма отчетности. Так, усовершенствование лекарственной политики в целом, включая вопросы поставок АРВ препаратов, позволит и в будущем осуществлять беспрепятственные поставки АРВ препаратов. Интенсивное введение вопросов ВИЧ/СПИД в программы подготовки врачей и учителей, позволит создать систему постоянной подготовки кадров. Введение поведенческих аспектов в вопросы клиентов при прохождении рутинного тестирования позволит усилить возможности эпидемиологического надзора за инфекцией. В то же время введение ДЭН, как одного из элементов системы эпидемиологического надзора, может позволить в будущем изыскать возможности государственного финансирования для периодического проведения ДЭН.

6. Мульти секторальные подходы к решению проблем по ВИЧ/СПИД должны быть усилены, как и интеграция их в решении общих проблем здравоохранения, борьбы с бедностью, гендерные аспекты и вопросы защиты прав человека.
7. Некоторые стратегии и политики должны быть обновлены согласно международным стандартам и адаптированы к условиям Таджикистана. Так, удаление статьи о депортации иностранных граждан на основании положительного ВИЧ статуса из Закона о противодействии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан (2008) должно сопровождаться исключением из законодательства и подзаконных актов обязательного тестирования иностранных граждан, прибывающих в РТ на срок более трех месяцев. Гарантирование Законом бесплатного пакета услуг для лиц с ВИЧ-инфекцией должно подкрепляться нормативными документами. Существование барьеров для проведения профилактических и лечебных мероприятий для любой категории лиц должно быть выявлено, и соответствующие меры, направленные на их ликвидацию, должны быть приняты.
8. Необходимо выявление существующих препятствий для оказания услуг по ВИЧ/СПИД, связанных с политикой и законодательством, регулирующими документами, отсутствием информированности населения о существовании услуг, существующей стигмой в целом и стигматизацией служб по ВИЧ/СПИД и т.д.
9. Охват уязвимых групп профилактическими программами расширяется медленно, что связано с трудностями доступа в эти группы, ограниченным количеством местных организаций гражданского общества, имеющим опыт и подготовленный персонал для работы с группами, подверженными особому риску заражения.
10. Несмотря на значительные успехи в продвижении заместительной терапии, в целом, оценка эффективности ее внедрения на национальном уровне еще не проведена для принятия последующих решений о расширении программы. Все программы по снижению вреда, включая заместительную терапию, практически полностью финансируются за счет внешних источников, что в условиях снижения финансирования создает риск для существования и развития этих программ.
11. Остается высоким риск дублирования деятельности в связи с нескоординированными действиями различных партнеров в планировании, финансировании и отчетности.
12. Недостаточное количество специалистов, работающих с уязвимыми группами, как в государственном секторе, так и в общественных организациях.
13. Интеграция профилактических и лечебных программ по ВИЧ/СПИД в общую систему здравоохранения должна быть усилена, оказание услуг по ВИЧ/СПИД в системе функционирования различных служб (туберкулезная, дермато-венерологическая, родовспомогательная) должно проходить на рутинной основе. Одновременно и в службе СПИД должно проводиться оказание услуг или перенаправление людей, живущих с ВИЧ, для получения специализированных услуг.
14. Результаты мониторинга и оценки не достаточно используются для регулярного пересмотра проводимых мероприятий. РЦ СПИД выявил имеющиеся пробелы в выполнении ДЭН, проведении оценок и других исследований, которые влияют на

качество стратегической информации, при использовании для планирования и слежения за эпидемией. Недостаточное количество профессионалов, обладающих навыками проведения оценок, также сказывается на своевременности сбора и подачи информации.

15. Все эти факторы существуют параллельно с низким уровнем знаний населения по вопросам ВИЧ/СПИД и существующей стигмой и дискриминацией в области ВИЧ/СПИД в обществе.

II. Данные для показателей

Данные по показателям отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении мер в ответ на ВИЧ/СПИД в Таджикистане на 2012г.

	Показатели	Данные	Комментарии
Цель 1. Сократить передачу ВИЧ половым путем на 50% до 2015 года			
Общее население	1.1 Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	13.34	ЦСИ, исследование среди 15-49 лет, 2010
	1.2 Процент женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты до 15 лет	2,01	ЦСИ, исследование среди 15 -24 лет
	1.3 Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев	6,05	ЦСИ, исследование среди 15-49 лет
	1.4 Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта	60,74	ЦСИ, исследование среди 15
	1.5 Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	11.48	ЦСИ, исследование среди 15-49 лет
	1.6 Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые живут с ВИЧ	0.00	Данный показатель не релевантен
РС	1.7 Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ	76,2	ДЭН,2010
	1.8 Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом	75,0	ДЭН,2010
	1.9 Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	47,29	ДЭН,2010
	1.10 Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ	4,43	ДЭН,2010
МСМ	1.11 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые охвачены программами профилактики ВИЧ	41,43	ДЭН,2011
	1.12 Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	67,81	ДЭН,2011
	1.13 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	40,29	ДЭН,2011
	1.14 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые живут с ВИЧ	1,71	ДЭН,2011
Тестирование на ВИЧ и консультирование	1.15 Число учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по тестированию на ВИЧ и консультированию	10.37	РЦ медицинской статистики, РЦ СПИД

Инфекции, передаваемые половым путем	1. 17 а. Доля женщин, обратившиеся за услугами по дородовой помощи, которые прошли тестирование на сифилис при первом посещении.	94,67	РКВД
	1.17 б. Доля женщин 15 лет и старше, обратившиеся за услугами по дородовой помощи с положительным результатом тестирования на сифилис	0,03	РКВД
	1.17 в. Доля женщин, обратившиеся за услугами по дородовой помощи с положительной серологической реакцией на сифилис и которые получили лечение	100	РКВД
	1.17 г. Процент секс-работников (СР) с активным сифилисом	9,61	ДЭН,2010
	1.17 д. Процент мужчин, практикующих секс с мужчинами, с активным сифилисом	5,14	ДЭН,2011
Показатели для мигрантов	1.18 Процент мигрантов из стран с генерализованными ВИЧ эпидемиями, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта.	—	
	1.19 Процент мигрантов из стран с генерализованными ВИЧ эпидемиями, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	—	
	1.20 в Процент мигрантов из стран с генерализованными ВИЧ эпидемиями, которые живут с ВИЧ		
Заключённые	1.21 Процент заключенных, которые живут с ВИЧ <i>(Примечание. Этот индикатор соответствует Цели 1 и Цели 2, так как заключённые могут быть подвержены риску полового и инъекционного пути заражения).</i>	8.50	ДЭН, 2010
Цель 2. Сократить передачу вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50% до 2015 г.			
Потребители инъекционных наркотиков	2.1 Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену шприцев и игл на каждое лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год	88	ПРООН, РЦ СПИД
	2.2 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на использование презерватива во время последнего полового акта	39.57	ДЭН, 2010
	2.3 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на использование стерильного инъекционного инструментария во время последнего употребления инъекционных наркотиков	69.00	ДЭН, 2010
	2.4 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	45.98	ДЭН,2010
	2.5 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые живут с ВИЧ	16.25	ДЭН,2010
	2.6 Процент лиц с опиоидной зависимостью, получающих заместительную терапию опиоидами (ЗТО)	191	РКЦН
	2.7 Число пунктов, участвующих в программе обмена игл и шприцев (ПОИШ) и число пунктов предоставления заместительной терапии опиоидами (ЗТО)	28 3 сайта	ПРООН РКЦН

Цель 3. Искоренить передачу ВИЧ от матери ребенку до 2015 г.			
Беременные женщины и новорожденные	3.1 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которые получали антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку	56,1	РЦ СПИД СПЕКТРУМ
	3.2 Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения	0.00	
	3.3 Приблизительный процент ВИЧ-инфекции среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями за последние 12 месяцев (смоделировано)	14,39	РЦ СПИД СПЕКТРУМ
	3.4 Процент беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ и получивших свои результаты - во время беременности, в период схваток и изгнания и после родов (<72 часов), включая женщин с ранее известным ВИЧ-статусом	79.02%	РЦ СПИД НЦРЗ
	3.7 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, получавших антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку	33,09	РЦ СПИД СПЕКТРУМ
	3.10 Распределение способов вскармливания (исключительно грудное вскармливание, искусственное вскармливание, смешанное вскармливание/другое) у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, установленное во время визита для получения АКДС3	Грудно е-9 Искусственно - 47 56	РЦ СПИД
	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин – потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)	2,17	РЦ СПИД
	3.13 а. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших ЗТО во время беременности	0	РЦ СПИД
	3.13 б. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, которые получили АРВ препараты для профилактики вертикальной передачи ВИЧ во время беременности.	100	РЦ СПИД
Цель 4. Обеспечить до 2015 года предоставление антиретровирусной терапии для 80% людей, живущих с ВИЧ			
АРВ- терапия	4.1 а. Процент взрослых и детей, которым полагается антиретровирусное лечение и которые его получают		РЦ СПИД СПЕКТРУМ
	4.1 б. Процент зарегистрированных взрослых и детей, живущих с ВИЧ, которым полагается антиретровирусное лечение и которые его получают (<i>CD4 <350 на мм3 и/или другие критерии национального протокола, согласно которым пациенты должны инициировать АРВ лечение</i>)	81.20	РЦ СПИД
	4.2 Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала	73.42	РЦ СПИД
	4.2 а. Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, которые еще живы и о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через 12 месяцев после ее начала	51.11	РЦ СПИД
	4.2 с. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 60 месяцев после его начала	33.78	РЦ СПИД
	4.2 д. Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, которые еще живы и о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через 60 месяцев после ее начала	40,74	РЦ СПИД

	4.3 Процент учреждений здравоохранения, отпускающих антиретровирусные (АРВ) препараты для антиретровирусной терапии, которые испытывали дефицит хотя бы одного из необходимых АРВ-препаратов за последние 12 месяцев	0	РЦ СПИД	
	4.4 Процент первично зарегистрированных случаев ВИЧ, которым полагается антиретровирусное лечение (<i>CD4 <350 на тт3 и/или другие критерии национального протокола согласно которым пациенты должны инициировать АРВ лечение</i>) при постановке диагноза ВИЧ-инфекции	18.40	РЦ СПИД	
Цель 5. Сократить смертность по причине туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ на 50% до 2015 г.				
Туберкулез и ВИЧ	5.1.Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ	17,84	ВОЗ РЦ СПИД	
	5.3 Процент взрослых и детей, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, начавших профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ)	16,69	РЦ СПИД	
	5.4 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита	54.14	РЦ СПИД РКЦ ТБ	
Цель 6. Увеличить внутреннее финансирование для основных групп населения повышенного риска				
	6.1 Внутренние и международные расходы в связи со СПИД с разбивкой по категориям и источникам финансирования		РЦ СПИД	
Цель 7. Ключевые способствующие факторы и синергизм с секторами развития				
Показатели	Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ)		Рабочая группа при НКК	
	Дополнительные вопросы к НОПИ, связанные с принятием Дублинской Декларации		Рабочая группа при НКК	
	7.2 Доля вступающих в брак или имевших интимного партнера женщин в возрасте 15-49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев)	_____	_____	
	7.6 Число ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции	1888	РЦ СПИД	
	7.7 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, прошедших скрининг на гепатит С	12.72	РЦ СПИД	

III. Обзор эпидемии СПИДа

Общая информация по стране

Общая численность населения Республики Таджикистан на 01.01.2010г. составила 7,529,635 человек (7). Соотношение женщин и мужчин примерно одинаковое (3 753 331 и 3 776 304 соответственно). Дети до 15 лет составляют – 3 380 422, из них дети до 5-ти лет: 1 686 349. Население в возрасте от 15 до 49 лет составляет 4 058 413, из них в возрасте от 15- 24: 1 702 120. Более 73,5% населения страны проживает в сельской местности.

В Таджикистане, в результате внедрения Национальной Стратегии Развития (17), в течение последних лет отмечается рост ВВП на душу населения: 2009г. - 2761,0 сомони (+3,9%), 2010г. - 3252,9 сомони (+6,5%), увеличение индекса потребительских цен с 105,0% в 2009г. до 109,8% в 2010г. (данные Агентства по статистике при Президенте РТ, 2011). Однако отмечается снижение уровня трудовых доходов населения, что составило в 2009г. и 2010г. 44,7% и 40,7% соответственно.

Одним из жизненно важных источников доходов для наиболее уязвимых и бедных таджикских семей являются денежные переводы, которые они получают от своих родственников, находящихся в трудовой миграции. Количество мигрантов по разным оценкам и неофициальным данным составляет от 750 000 до 2 млн. человек в год (2, 41). Доходы мигрантов за рубежом более чем в 6 раз превышают возможные доходы внутри страны. Более 74% членов семей, находящихся на заработках за границей, присылают денежные переводы своим семьям. В то же время объем денежных переводов зависит от состояния экономики принимающей страны, особенно в условиях глобального финансового кризиса.

Все это, несомненно, отражается на состоянии социального сектора, в частности, на его финансировании. Так, сектор здравоохранения испытывает на себе дефицит бюджета, и расходы в здравоохранении составляют не более 100 долларов США на душу населения. (41), и данная ситуация не позволяет осуществлять соответствующие реформы здравоохранения в полной мере.

Надзор за ВИЧ-инфекцией

Надзор за эпидемией ВИЧ в Таджикистане осуществляется на основании эпидемиологического надзора, основанного на официальной регистрации случаев и дозорного эпиднадзора (ДЭН).

На 31 декабря 2011 г. с момента начала эпидемии официально зарегистрировано 3846 случаев ВИЧ-инфекции. Показатель распространенности ВИЧ на основании данных официальной регистрации составляет 43,4 на 100 тыс. нас.

По оценочным данным число ЛЖВ в Таджикистане на 2011 г. составило 12759 человек. (4)

Количество вновь зарегистрированных новых случаев за последние годы продолжает увеличиваться из года в год. Так, в 2010г. было зарегистрировано 1004 новых случая, а в 2011г.- 989 случаев, что превышает этот показатель более чем в два раза по сравнению с 2009 (431). Увеличение частоты обнаружения новых случаев напрямую связано с общим расширением тестирования, как среди групп высокого риска, так и

общего населения, и улучшением качества диагностики.

По данным РЦ СПИД общее количество лиц, прошедших тестирование, составило в 2010г.- 280281 и в 2011 г. – 438532, что значительно превышает это количество за 2009г. – 210179.

Также значительно расширилось тестирование беременных женщин и мигрантов с 119033 и 10669 соответственно в 2010 г. до 182937 и 67166 соответственно в 2011г.

Среди всех случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в 2010 и 2011г., наибольшее количество случаев выявлено среди ПИН (379 и 205 соответственно), лиц, находящихся в местах лишения свободы (247 и 174) и лиц, обследованных по клиническим показаниям (103 и 195 случаев соответственно).

По данным РЦ СПИД в 2010-2011 гг. процент потребителей инъекционных наркотиков, получивших тестирование и консультирование, составил соответственно 1,7% и 1,2% от общего числа, и увеличился по сравнению с 2009 г. примерно в два раза (0,7%). При этом общее количество ПИН, получивших тестирование, увеличилось приблизительно в три раза по сравнению с 2009 г. Так, в 2009 г. было протестировано 2099 ПИН, в 2010 - 4893 и в 2011 - 5362. Охват тестированием среди ПИН увеличился за счет привлечения новых участников в программы по снижению вреда и введением продуктовых пакетов с целью мотивации участников программы и расширения охвата. В то же время, несмотря на расширение охвата тестированием среди ПИН с 4893 в 2010г. до 5362 человек в 2011 г., процент выявления ВИЧ-инфекции в данной группе снизился с 7,7% до 3,8%, соответственно. Для сравнения данный процент в 2008 г. составлял 7,4% и 6,38% в 2009г. Таким образом, в 2011г., несмотря на расширение тестирования среди ПИН, и значительную долю обнаруженных случаев ВИЧ-инфекции среди данной группы, тенденции к продолжающемуся росту числа новых случаев в данной группе не отмечено.

Остается высоким и увеличивается процент обнаружения новых случаев ВИЧ-инфекции среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, так в 2009 г. он составил 2,56%, в 2010г. - 2,68% и в 2011г. составил 12,2% (данные РЦ СПИД).

Среди пациентов, обследованных по клиническим показаниям, не отмечено тенденции к увеличению частоты обнаружения ВИЧ-инфекции, что примерно составляет 0,36% от общего числа обследованных в этой группе.

Наибольшее количество зарегистрированных случаев продолжает отмечаться среди лиц в возрасте 20-39 лет. В то же время в 2010 и 2011гг. увеличилось количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ среди лиц в возрасте 40-49 лет более чем в два раза.

Из общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ в 2011г. в 53% зарегистрирован инъекционный путь передачи, из них в 52,6% - при инъекционном употреблении наркотиков. Отмечается, что в прошлые годы процент случаев передачи ВИЧ при инъекционном употреблении наркотиков был выше: 65,6% в 2006г. и 57,9% в 2007г., 55,1% в 2009г.

Из общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ отмечается увеличение доли полового пути передачи среди новых случаев: так, в 2006г. он составлял 21,5%, в 2009г. - 27,2% и в 2011г. – 29,8%.

По данным Агентства по контролю над незаконным оборотом наркотиков при Президенте РТ (АКН, 2010), мужчины составляют 95,8% из числа зарегистрированных потребителей наркотиков. С учетом того, что путь передачи ВИЧ через инъекционное

потребление наркотиков отмечается, более в чем в 50 - 60% среди всех зарегистрированных случаев, это отражается и на соотношении среди ВИЧ-инфицированных лиц в половом аспекте: доля ВИЧ-инфицированных мужчин (77,7%) из общего числа зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), значительно превышает долю женщин (22,3%). В то же время в динамике последних лет количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди женщин увеличилось почти в три раза. Так, в 2005 г. количество новых случаев среди женщин составило 8,5%, а в 2011 г. – 22,3%. Также, в 62,7% случаев ВИЧ-инфекции среди женщин установлен половой путь передачи.

Дозорный эпиднадзор (ДЭН) в Республике Таджикистан введен в 2005 г., начиная с двух пилотных сайтов: г. Душанбе и г. Худжанд с наиболее высокой численностью городского населения. С 2007 по 2010гг. количество пилотных сайтов расширено с 6 до 10.

В 2010 г. было принято решение, что в связи с повышением эффективности проведения ДЭН и снижения стоимости его проведения, ежегодно ДЭН будет проводиться только в группах, подверженных наиболее высокому риску: потребители инъекционных наркотиков, секс работницы, мужчины, имеющие секс с мужчинами, заключенные.

В связи с расширением доступа к ДКТ среди общего населения, и широким тестированием пациентов по клиническим показаниям, введением двукратного 100% скрининга беременных женщин, ежегодные регулярные исследования среди мигрантов, пациентов с ИППП и беременных проводиться не будут. Отдельные исследования среди трудовых мигрантов, пациентов с ИППП и других уязвимых групп могут быть запланированы и проведены в дальнейшем по мере необходимости обновления информации. В настоящем отчете приводятся данные, полученные в ходе ДЭН 2010г.

Ситуация по распространенности ВИЧ-инфекции среди различных групп населения

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)

По данным Республиканского клинического центра наркологии имени профессора М. Гулямова (РКНЦ), распространенность наркомании в 2010г. составляла 90,9 на 100 000 населения, что несколько ниже, чем в предыдущие годы (120,3 – в 2008 г.) и заболеваемость в 2010г. составила 7,6 на 100 000, что в среднем сохраняется примерно на одном уровне в течение последних лет от 6,7 в 2008 до 9,4 – в 2009 гг. Количество зарегистрированных случаев наркомании продолжает увеличиваться в динамике и составляет более 8600. Распространенность инъекционного наркопотребления среди наркозависимых составляет 61,8% (35).

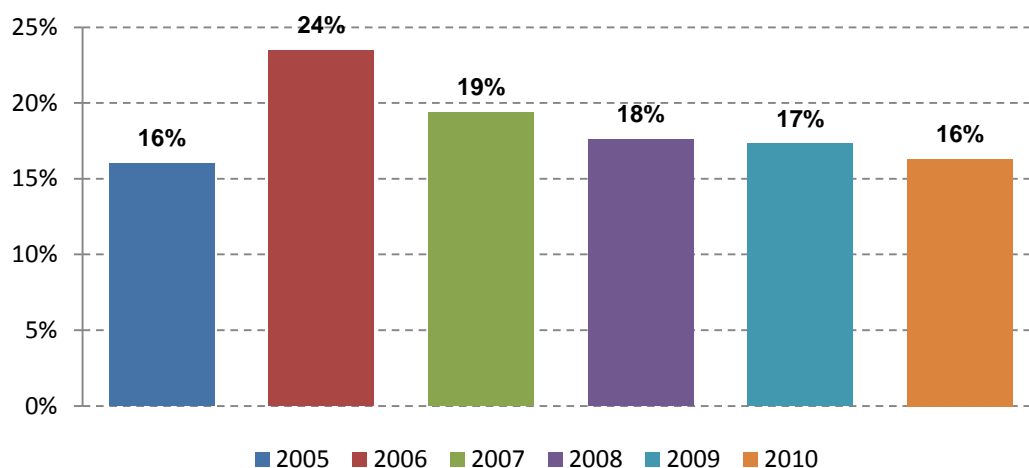
Оценочные данные по общей численности популяции потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) обновлены в 2009г. (12). По этим оценкам, общая численность популяции ПИН в стране составляет 25000 человек, с возможным диапазоном 20000-30000 человек.

По данным дозорного эпиднадзора с 2005г. по 2010г. (Рисунок 3) в целом распространенность ВИЧ среди ПИН колебалась в пределах от 16,0% до 23,0% в зависимости от количества сайтов, охваченных исследованиями и в последнее время несколько стабилизировалось на уровне 16,3% (2010). Также необходимо отметить,

что многие существующие тенденции, описанные в УНГАСС, 2009, сохраняются.

Рисунок 3.

Распространённость ВИЧ среди ПИН



Эти показатели соответствуют задачам, поставленным в рамках предыдущей Программы по противодействию ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2007-2010гг. «распространенность ВИЧ среди особо уязвимых групп населения, таких как, ПИН, РС и МСМ не превысит 20%» и включены в индикаторы выполнения новой программы (2011-2015).

В то же время данные изменения в распространенности ВИЧ, в целом, предполагают, что эпидемия ВИЧ в стране еще молодая и развивающаяся и данные в динамике временного периода продолжают накапливаться для обоснования этих изменений.

В Таджикистане употребление героина продолжает доминировать среди остальных наркотиков. Более того, отмечается, что героин становится более широкодоступным, причем также отмечается некоторое снижение цен на героин высокого качества. Факторами, сопутствующими передаче ВИЧ через инъекционное потребление наркотиков, являются частота инъекций, совместное использование инъекционного инструментария (45). По данным ДЭН (2010) 82,8% респондентов указали, что за последний месяц они употребляли героин инъекционным путем, по крайней мере, один раз в день. Также отмечено преобладание ПИН зрелого возраста с достаточным опытом инъекционного употребления наркотиков среди респондентов. Так, количество ПИН старше 25 лет составило 92% от общего числа респондентов, в основном, мужчины – 94,%, из них только 68,7% указали на использование стерильного инструментария, что свидетельствует о существовании высокого риска для распространения ВИЧ среди ПИН.

Также большое значение в распространении ВИЧ-инфекции имеет рискованное половое поведение в группах высокого риска, в частности среди ПИН. Так, по данным ДЭН (2010) только 39,5% респондентов, у которых были сексуальные партнеры за последний месяц, указали на использование презерватива во время последнего сексуального контакта. По сравнению с предыдущими годами эти показатели значительно выше - 27,1% (ДЭН, 2008), но все еще остаются на низком уровне. Необходимо отметить, что из респондентов старше 25 лет, имевших половые контакты, лишь 37,7% указали на использование презерватива, в то время как, респонденты младше 25 лет указали на использование презерватива при последнем контакте в 58,4%.

39,6% респондентов ПИН указали на использование презерватива при последнем половом контакте, из них мужчины – только в 38,1%, женщины – в 57,6%. Данная форма рискованного сексуального поведения среди ПИН предопределяет условия для проникновения инфекции от групп, наиболее подверженных риску заражения ВИЧ, к общему населению.

Согласно этим данным более высокие уровни рискованного инъекционного и полового поведения характерны для ПИН, старше 25 лет.

Из 46% респондентов ПИН, прошедших тестирование и получивших свои результаты, лица старше 25 лет составили 92% и мужчины 94,5%. Данные свидетельствуют о том, что охват тестированием и консультированием на ВИЧ женщин и лиц моложе 25 лет находится на низком уровне (ДЭН, 2010).

Вышеуказанные данные, свидетельствует о достаточно высоком уровне распространенности ВИЧ среди ПИН с тенденцией к снижению ее в динамике. В то же время, количество зарегистрированных новых случаев ВИЧ среди ПИН, из общего числа новых случаев, остается на высоком уровне. Также данные свидетельствуют о достаточно высоком уровне распространения опасных инъекционных и сексуальных практик среди ПИН, вовлечении женщин ПИН в секс с наличием незащищенных половых контактов, и наибольшей угрозе двойного риска заражения ВИЧ для женщин ПИН. Недостаточный охват женщин ПИН и лиц молодого возраста ДКТ, рискованное сексуальное поведение среди ПИН способствует распространению инфекции от групп, наиболее подверженных риску заражения ВИЧ, в частности ПИН, к общему населению.

Работники секса - женщины (РС)

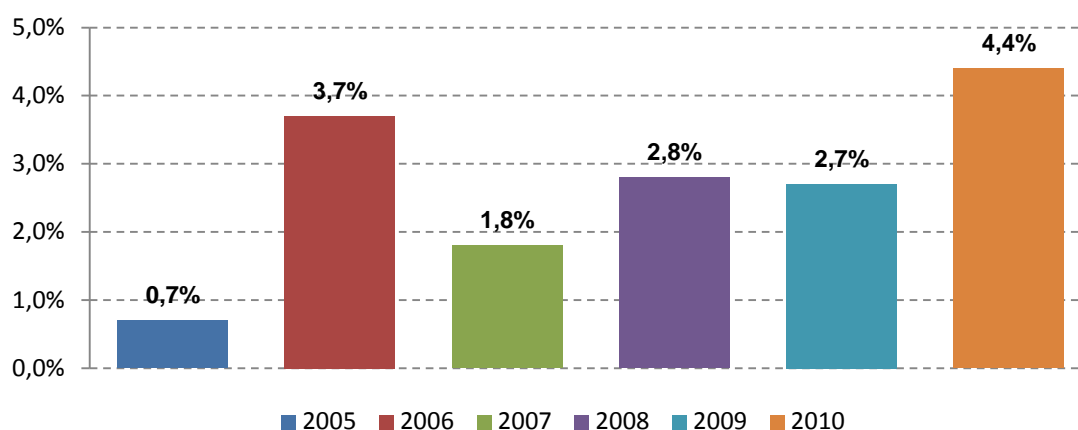
Оценочные данные по общей численности группы секс работников женщин обновлены в 2009г. (12). Общая численность РС в 2009 г. оценена в 12500 с диапазоном 10000-15000.

По данным официальной регистрации, количество протестированных лиц по коду 105 (беспорядочные половые связи, РС и их клиенты), составило 0,65% в 2010г., и 0,98% в 2011г. от общего количества протестированных лиц.

Количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции (Рисунок 4) из числа тестированных лиц по данному коду варьирует от 0,2 до 1,8%, и максимально составило 1,8% в 2007.г, в 2005 - 0,7%. По данным дозорного эпиднадзора (2010) в целом распространенность ВИЧ среди РС составила 4,4,% что превышает этот показатель за 2009г. (2,7%).

В динамике распространенность ВИЧ среди РС в целом по стране по данным ДЭН составила:

Распространённость ВИЧ среди РС



Резкое увеличение распространенности ВИЧ среди РС, отмеченное и по данным ДЭН, в 2010г. не находит подтверждения в увеличении числа зарегистрированных случаев ВИЧ среди данной группы. В то же время рост распространенности ВИЧ среди РС по данным ДЭН в 2010г. может свидетельствовать и о реальном ее увеличении. Также это может быть связано с особенностями проведения ДЭН, и требует более интенсивного накопления данных в динамике временного периода в данной группе для обоснования соответствующих выводов и более четкого отслеживания тенденций.

По данным ДЭН (2010) распространенность сифилиса среди РС составила 9,6%, что примерно остается на уровне 2008г. (10.5%). Распространенность ВИЧ среди РС, инфицированных сифилисом, составила 6,4,% что выше распространенности ВИЧ среди РС, неинфицированных сифилисом (4,2%). Более того, 54,6% опрошенных РС отмечали наличие, хотя бы одного симптома ИППП.

Распространенность гепатита С среди РС выросла с 1,1% (2008) до 5,7% (2010). Всего 1,4% опрошенных РС указали, что имели опыт употребления наркотиков, из них доля РС, употреблявших когда-либо наркотики инъекционным путем, также составила 1,4%. Требуется дальнейшего более тщательного изучения наблюдения во временном периоде за совпадением увеличения числа случаев ВИЧ-инфекции и гепатита С среди РС по данным ДЭН 2010.

Высокий показатель использования презервативов с коммерческими партнерами вызывает некоторые сомнения в правильности ответов при проведении ДЭН, в связи с достаточно высоким уровнем ИППП среди РС. Продолжает оставаться значительной разница в частоте использования презервативов с так называемыми коммерческими и постоянными партнерами. Все это свидетельствует о широко распространенной практике незащищенных половых контактов среди РС. Состав клиентов РС достаточно разнообразен, включает лиц, занимающихся торговлей на рынках (39,8%), частных предпринимателей (35%), таксистов (31,5%), студентов (21,3%), военнослужащих (27,1%), лиц, находящихся в служебной командировке (19,8%), и сотрудников милиции (15,4%).

Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)

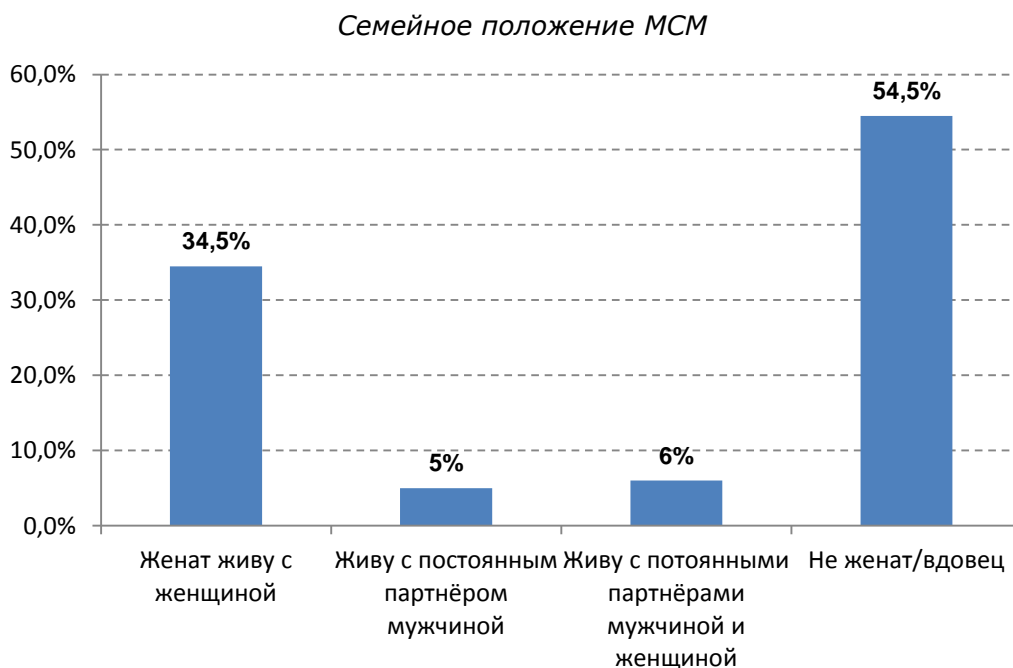
В 2011 году в Таджикистане впервые проведен ДЭН среди МСМ г. Душанбе с целью оценки уровня рискованного поведения в отношении ВИЧ и оценки размера популяции МСМ в г. Душанбе.

Исследование проводилось с использованием выборки, построенной самими респондентами (ВПР). В ДЭН были включены МСМ города Душанбе в возрасте от 18 до 35 лет, имевшие оральный или анальный секс с мужчинами за последние 12 месяцев. Выборка составляла 350 МСМ, из них 39,3% составили лица в возрасте до 25 лет, 35,4% - 25-39 лет и 25,3% - 40 лет и старше. Во время ДЭН проводилось добровольное связанное анонимное тестирование и анкетирование, с предоставлением до и после тестового консультирования.

За период 2010-2011гг. тестированием охвачено 879 МСМ или 0,12% от общего количества протестированных. В основном, эти клиенты были направлены в РЦ СПИД для прохождения тестирования общественными организациями, работающими с МСМ. Случаи ВИЧ инфекции впервые среди МСМ были выявлены только за отчетный период - 12 случаев, что составляет 0,31% в общей структуре всех зарегистрированных ВИЧ.

Согласно ДЭН, 2011 размер популяции МСМ в г. Душанбе составил от 15 000 до 20 000. Общая характеристика популяции: согласно ответам респондентов, МСМ встречаются во всех географических районах страны, и нет указаний на превалирование данной группы в отдельных географических зонах. Местами встреч определены «плешки», ночные бары, клубы, дискотеки, также для общения широко используются сайты знакомств. Отмечено увеличение числа МСМ среди молодежи, в частности сельской местности.

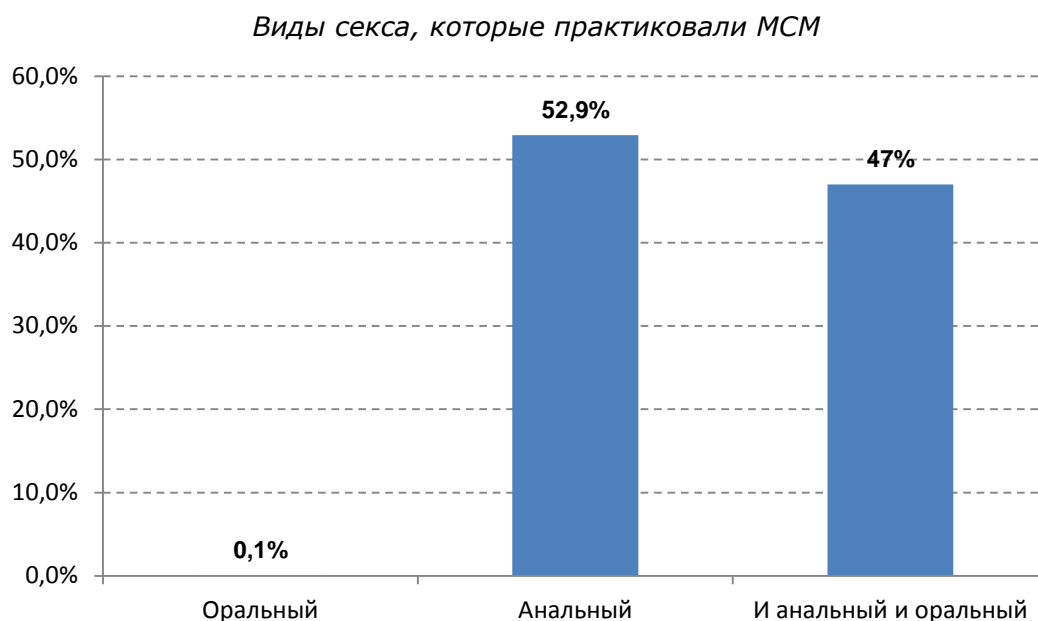
Рисунок 5.



Как показано на рисунке 5, из всех опрошенных МСМ 34,5% на момент исследования были женаты или жили с женщиной, 5% живут с постоянным партнером-мужчиной, 6,1% МСМ живут с постоянными партнерами как мужчинами, так и женщинами, и только 54,5% МСМ были не женаты или вдовцами.

Высокое половое отношение МСМ как с мужчинами, так и женщинами вызывает особое опасение, так как подобная практика повышает риск заражения как самих МСМ (Рисунок 6), так и их половых партнеров.

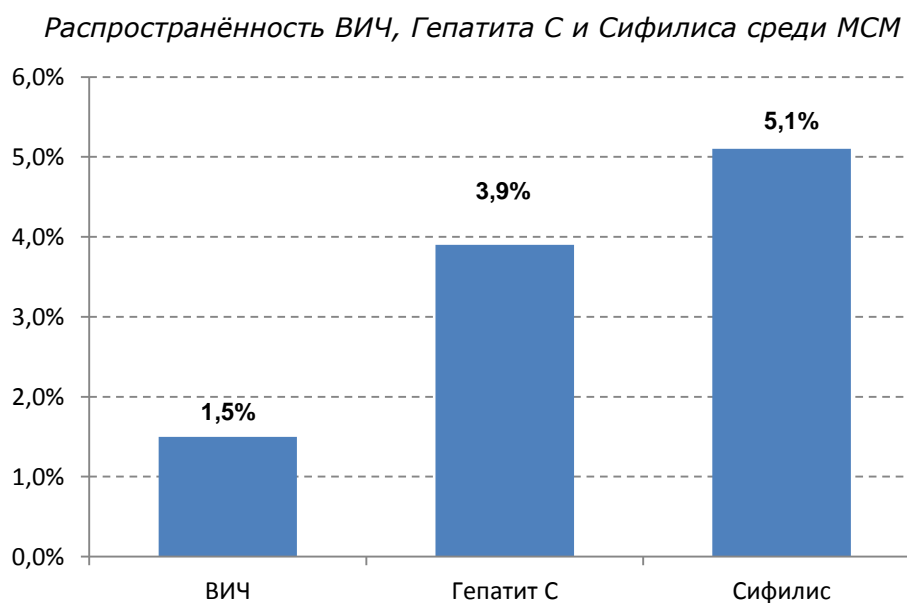
Рисунок 6.



Большее количество опрошенных респондентов, 52,9% практиковали только анальный секс, когда 47% практиковали как анальный, так и оральный секс, и только 0,1% МСМ практиковали только оральный секс, за последние 12 месяцев.

Большинство респондентов (66,4%) работали, а 20,9% МСМ на момент исследования нигде не работали и не учились. Из опрошенных МСМ, 62,2% характеризовали себя как гетеро- и бисексуалы, 37,4% - геи, и только 0,4% - трансгендеры. 34,5% респондентов на момент исследования были женаты/ жили с женщиной, 5% живут с постоянным партнером-мужчиной, 6,1% МСМ живут с постоянными партнерами, как мужчинами, так и женщинами, и только 54,5% МСМ были не женатыми или вдовцами (27).

Рисунок 7.



По данным ДЭН (Рисунок 7), распространённость ВИЧ среди МСМ составила 1,5%, сифилиса 5,1%, гепатита С – 3,9%.

Большинство инфицированных ВИЧ, гепатитом С и сифилисом приходится на более старший возраст, т.е. старше 25 лет. Распространенность ВИЧ среди МСМ с начальным образованием в 5 раз выше – 1,5%, чем среди МСМ со средним и высшим образованием 0,3%, соответственно. Уровень знаний о ВИЧ/СПИД среди ВИЧ-положительных МСМ составляет всего лишь 0,1%, а среди ВИЧ-отрицательных - 54,6%. Также, среди МСМ, инфицированных гепатитом С и сифилисом, знания о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ/СПИД составили 3,6% и 2,9% ,соответственно.

Среди ВИЧ-инфицированных МСМ распространенность гепатита С составила 1,1%. Из 350 респондентов 0,2% указали на имеющийся опыт употребления наркотиков инъекционным путем. Среди ВИЧ-инфицированных МСМ распространенность сифилиса составила 0,2%, и 3% МСМ отметили, что за последние 12 месяцев имели симптомы инфекций, передаваемых половым путем, и все они обращались за медицинской помощью по случаю ИППП.

На распространенность ВИЧ среди МСМ оказывает влияние возраст при первом половом контакте, на что указывают наличие 1,3% ВИЧ в возрасте до 17 лет, 0,3% - 18-24лет и 0,1% - 25 лет и старше, соответственно.

На уровень распространенности ВИЧ, гепатита С и сифилиса значительно влияет охват МСМ профилактическими программами. Так, среди МСМ инфицированных ВИЧ, гепатитом С и сифилисом охват профилактическими программами составил соответственно 0,7%, 2,1% и 2,8%. Среди не инфицированных МСМ, этот показатель значительно выше: 39,5%, 39,5% и 38,3%, соответственно.

Всего профилактическими программами охвачено 41,4% респондентов, из них 55,3% получали презервативы и 59,8% знают, где можно пройти тест на ВИЧ. Из общего числа МСМ лишь 40,8% обследовались на ВИЧ, в то же время 40,2% знают свои результаты. Большинство (55%) респондентов, как основную причину не прохождения обследования на ВИЧ указали «считаю не нужным/не хочу».

По данным ДЭН, лишь 45,3% респондентов информированы о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ.

Среди МСМ широко распространена практика рискованного полового поведения. Так, среди МСМ 65,8% имели постоянных половых партнеров, 75% непостоянных и 18,4% коммерческих половых партнеров мужчин.

Более 54% респондентов имели до 5 сексуальных партнеров-мужчин за последние 6 месяцев, 21,7% – от 6 до 10, 17,1% - 11-15 партнеров-мужчин, и 6,8% - более 16 партнеров.

Также, 42,7% за последние 12 месяцев имели половые контакты только с мужчинами, и 57,3% имели половые контакты, как с мужчинами, так и женщинами.

По данным ДЭН, МСМ также имели коммерческие половые контакты, как с мужчинами, так и женщинами: 9,9% МСМ с 2-мя и более мужчинами, 1,6% с 2-мя и более женщинами. Большинство МСМ (52,9%) практиковали только анальный секс, 47% практиковали как анальный, так и оральный секс, и лишь 0,1% МСМ практиковали только оральный секс .

Из 62% респондентов, которые имели половые контакты за последние 6 месяцев, как с мужчинами, так и женщинами, сексуальные отношения в виде вагинального секса с 1 половым партнером-женщиной имели 60,6%, МСМ, с 2-5 партнерами-30,9% и 8,5% МСМ имели вагинальный вид секса с более 5 партнерами-женщинами.

Процент МСМ, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной, составил 67,8%, а уровень использования презерватива во время последнего вагинального секса с женщиной составляет только 47,3%.

Большинство (93,5%) МСМ в течение последних 6 месяцев практиковали то, или иное, опасное поведение, т.е. не всегда использовали презерватив при половых контактах. Так, только 64,9% МСМ всегда использовали презерватив во время анального секса, 42,1% во время вагинального секса и 41,2% во время орального секса использовали презерватив.

Среди основных причин не использования презерватива во время анального секса 49,2% указали «не нравится», 35,6% - нет желания партнера и 15,2% - не считают это необходимым.

Таким образом, значительную группу среди МСМ в Таджикистане составляют МСМ, практикующие незащищенный секс, и, имеющие коммерческие половые контакты, как с мужчинами, так и с женщинами. Сохранение высокого уровня рискованного полового поведения, высокий уровень распространения сифилиса и гепатита С, наличие ВИЧ инфекции, низкий уровень знаний о путях передачи ВИЧ наряду со значительным уровнем распространения опасных сексуальных и инъекционных практик среди МСМ г. Душанбе может способствовать быстрому распространению ВИЧ-инфекции среди МСМ.

Лица, находящиеся в местах лишения свободы

До 2005г. проводилось связанное тестирование лиц, находящиеся в местах лишения свободы, на обязательной основе. В 2005 г. вступило в силу Постановление Правительства РТ № 150 от 28.12.2005г. в отношении тестирования осужденных и следственно арестованных, а с 01.04.2008г. Постановлением Правительства (№171) было введено добровольное тестирование.

По данным РЦ СПИД, количество лиц, находящихся в местах лишения свободы, и получивших тестирование на ВИЧ в 2010-2011гг., увеличилось в два раза по сравнению с периодом 2005- 2009гг. В целом количество случаев ВИЧ-инфекции, выявленных у лиц, находящихся в местах лишения свободы, в 2011 г. составляет 4,5 % в общей структуре всех зарегистрированных случаев ВИЧ в РТ. Среди новых случаев за 2010 и 2011гг. количество ВИЧ инфицированных среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, составило 2,68 % и 12,2 % соответственно.

Лица, находящиеся в местах лишения свободы, являются группой, которая была включена в проведение ДЭН с 2005г. в 4 исправительно-трудовых колониях (ИТК) в двух городах Душанбе и Худжанд.

По данным ДЭН, распространенность ВИЧ среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, за период 2006-2010 остается примерно на одинаковом уровне: 8,4% (2006), 6,8% (2007) и 7,8% (2008), 8,6% (2009) 8,5% (2010). Отмечается достаточно высокий уровень распространенности гепатита С среди осужденных: 24,2% (2006), 19,4% (2007) и 17,9% (2008). 20,6% (2009) 9,3% (2010). Также среди осужденных

отмечается достаточно высокий уровень распространенности сифилиса: 13,7% (2006), 9,4% (2007), 11,4% (2008), 10,1% (2009), и 18,1% в 2010.

В то же время распространенность ВИЧ и гепатита С увеличивается в зависимости от кратности пребывания в местах лишения свободы. Так, среди лиц, находившихся в местах лишения свободы однократно, распространенность ВИЧ составила 8% , гепатита С - 18%, а среди лиц, находившихся в местах лишения свободы повторно (2 раза), распространенность ВИЧ и гепатита С составила уже 11% и 21% и повторно (3 раза) - 11% и 17% соответственно.

По данным ДЭН 2010г. 4% осужденных указали на то, что, по их мнению, большинство из осужденных употребляют наркотики, 11% осужденных указали, что примерно половина осужденных употребляют наркотики. 29% осужденных на вопрос, «как обычно вводят наркотики», указали на использование общего шприца. Около 6,3% указали на нанесение татуировки в колонии и 7,6%- на пользование чужими лезвиями.

Распространенность ВИЧ была значительно выше среди осужденных с положительным тестом на гепатит С (30,9%) по сравнению с отрицательным тестом на гепатит С (7,7%).

Как отмечено выше, распространенность сифилиса в 2010г. среди осужденных составила 18,1%, и 2,8% осужденных указали на наличие у них, хотя бы одного симптома ИППП. Отмечается некоторая разница в распространенности ВИЧ среди осужденных с положительным (8,5%) и отрицательным (4,2%) тестом на сифилис. В то же время в 2010г., значительно вырос процент осужденных (80%), по сравнению с 2009.г (4%), указавших на то, что, по их мнению, большинство осужденных имеют половые связи с другими заключенными. Одновременно на вопрос об использовании презервативов, 4% респондентов указали, что меньше половины, использует презервативы при гомосексуальных половых контактах.

Таким, образом, лица, находящиеся в местах лишения свободы, являются группой высокого риска для заражения ВИЧ. Распространенность ВИЧ увеличивается в зависимости от кратности пребывания в местах лишения свободы. В местах лишения свободы среди осужденных распространены опасные инъекционные и сексуальные практики, однако эти проблемы являются достаточно скрытыми, не подлежащими обсуждению среди осужденных. Наиболее вероятно, что среди осужденных ВИЧ передается парентеральным путем, так как распространенность ВИЧ значительно выше среди осужденных с положительным результатом на гепатит С. В то же время лица, находящиеся в местах лишения свободы, подвержены двойному риску заражения в связи с распространением опасных половых практик. Группа лиц, находящихся в местах лишения свободы, становится «мостиковой» группой для распространения инфекции среди общего населения, при освобождении из мест заключения и должна находиться под постоянным эпидемиологическим наблюдением.

Мигранты

Несмотря на то, что ДЭН, как и другие отдельные исследования, среди мигрантов на национальном уровне за отчетный период не проводились, мигранты остаются наиболее уязвимой группой среди общего населения, требующей пристального внимания.

По данным Государственного агентства занятости и миграции Министерства труда и социальной защиты населения РТ за 2011г. зарегистрировано 750 000 мигрантов,

выехавших на заработки только в Российскую Федерацию (2). Согласно другим исследованиям, по неофициальным данным около 2 млн. человек находятся в трудовой миграции (43). Особое значение приобретает сезонность трудовой миграции, когда огромное количество мигрантов отправляется на заработки в страны, со значительно более высоким уровнем распространенности ВИЧ, по сравнению с Таджикистаном, на определенный промежуток времени (сезон) и возвращается обратно. По данным ДЭН (2008) 84,1% мигрантов выезжали за пределы республики неофициально, что затрудняет проведение профилактических мероприятий среди них. Также в Таджикистане существует значительная внутренняя миграция.

Значительно увеличилось тестирование среди мигрантов с 3953 человек в 2006 г. до 10669 – 2010 и 67166- 2011гг. Это может быть связано, как с расширением профилактических программ среди мигрантов в Таджикистане, так и с увеличением миграционных потоков, и, необходимостью получения сертификата о ВИЧ-статусе при выезде в миграцию и его предъявлении в стране пребывания.

За отчетный период 2010-2011гг. по данным РЦ СПИД тестированием охвачено 77835 мигрантов или 10,8% от общего количество протестированных (718813), среди них инфекция выявлена в 0,01% случаев (93). В то же время из числа мигрантов, получивших тестирование за 2010 г. (10669), ВИЧ-инфекция была выявлена только в 0,41 % случаев (44). В 2011г., несмотря на значительное количество проведенных тестов среди мигрантов (67166), ВИЧ-инфекция была выявлена только в 0,07% (49), что значительно ниже по сравнению с обнаружением ВИЧ-инфекции среди мигрантов за 2006-2008 гг. (0,2%), и ниже процента обнаружения случаев ВИЧ-инфекции среди общего населения (0,1%), полученного на основании проведения ДЭН среди беременных - 0,5% (2008).

Всего в стране зарегистрировано 290 случаев ВИЧ среди мигрантов или 7,54% от общего числа зарегистрированных случаев, из них у женщин в 3,1% случаев (9 женщин). Необходимо отметить, что из 290 случаев ВИЧ среди мигрантов, 179 случаев были выявлены в ходе эпидемиологического расследования и включены в коды 105, 102, 101, т.е. случаи потребления наркотиков и практик незащищенных половых контактов в миграции.

По данным РЦ СПИД, количество женщин-мигрантов, прошедших тестирование на ВИЧ, увеличилось с 2005 по 2011 г. (450 и 25060 соответственно), что подтверждает, как и общие тенденции, связанные с расширением тестирования среди мигрантов, так, и большую вовлеченность женщин в процесс миграции за последние годы.

На основании данных ДЭН среди мигрантов(2008) и постоянного рутинного наблюдения за ситуацией среди данной категории лиц, отмечаются следующие тенденции:

- Трудовая сезонная миграция широко распространена в Таджикистане. В последние годы увеличилось количество женщин среди трудовых мигрантов.
- Несмотря на значительное расширение тестирования, уровень распространения ВИЧ-инфекции среди данной категории лиц за последние годы колеблется от 0,41% до 0,07%, что несколько ниже этих показателей среди общего населения. (РЦ СПИД, 2011)
- Обращает на себя внимание уровень распространенности гепатита С (1,7%) и сифилиса (1,7%), причем среди лиц, у которых выявлены случаи гепатита С, уровень распространенности ВИЧ в 5,8 раз выше (2,9%), чем среди мигрантов с отрицательными результатами тестов на гепатит (0,5%). Подобные результаты получены и при обследовании мигрантов на сифилис, распространенность ВИЧ

при положительном результате на сифилис была в три раза выше (1,5%), чем при отрицательном результате.

- 3,1% мигрантов имели опыт употребления наркотиков, включая 0,5% употреблявших наркотики инъекционным путем, и 0,5% мигрантов продолжали употреблять наркотики во время миграции. Сопоставление фактов о высокой распространенности ВИЧ среди мигрантов одновременно с наличием у них гепатита С указывает на значительную потенциальную возможность заражения ВИЧ парентеральным путем. Это предположение также косвенно подтверждается тем, что процент мигрантов, имевших опыт употребления наркотиков инъекционным путем и употреблявших инъекционные наркотики во время миграции, был одинаков и может свидетельствовать, что заражение ВИЧ-инфекцией и гепатитом С могло произойти при инъекционном употреблении наркотиков.
- Среди мигрантов 32% мужчин и 2% женщин имели непостоянных партнеров, 24% мужчин и 4% женщин имели коммерческих партнеров и всего 35,5% мигрантов указали на использование презервативов при последнем половом контакте. 8,4% мигрантов указали на наличие у них хотя бы одного симптома ИППП. 0,5% мигрантов указали, что за последние 12 месяцев имели половые контакты с ПИН и 0,2% указали на наличие полового партнера-ПИН в миграции.
- Достаточно высокий процент наличия непостоянных и коммерческих половых партнеров, низкий процент использования презервативов и относительно высокий процент наличия симптомов ИППП, свидетельствует о широком распространении практик опасного сексуального поведения среди мигрантов.

Эти данные свидетельствуют, что миграция, несомненно, способствует более широкому использованию практик опасного поведения, и с учетом масштабов трудовой миграции в Таджикистане, мигранты могут являться, значительной по размерам, «мостиковой группой» для распространения ВИЧ-инфекции от групп, подверженных наиболее высокому риску заражения ВИЧ, к общему населению. Более того, при проведении ДЭН среди беременных (2008), беременные ВИЧ-инфицированные женщины в 33,3% случаев указали на половых партнеров - мигрантов.

С другой стороны, в настоящее время отмечается феномен стигматизации мигрантов в отношении распространения ВИЧ-инфекции, что может препятствовать проведению профилактических программ среди мигрантов.

Наблюдения за распространением ВИЧ в этой группе целесообразно продолжить. Однако в связи с высокой мобильностью группы, необходимостью больших репрезентативных выборок, соответствующих размерам группы, высокой стоимостью исследования, его проведение должно планироваться в зависимости от ситуации в пилотных сайтах на опорных базах (ЛПУ, центры СПИД, дружественные кабинеты для мигрантов). Более того, рекомендуется расширить фокус внимания при проведении исследований среди мигрантов на категорию половых партнеров мигрантов, в частности жен-мигрантов.

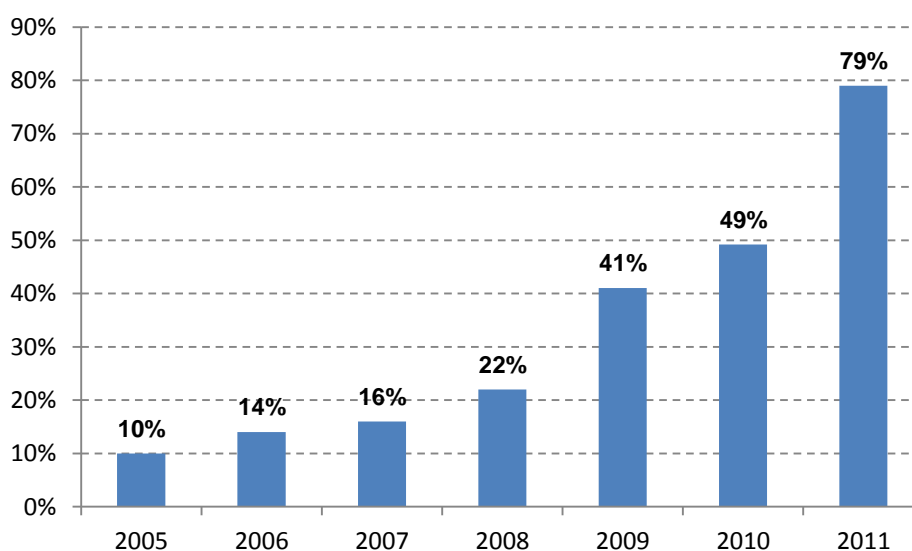
Беременные женщины

Ежегодное количество беременных женщин в Таджикистане достаточно велико, и за последние годы заметно его увеличение: в 2005 - зарегистрировано 148838 женщин, в 2006 - 150894, в 2007 - 171140, в 2008 - 180000 женщин, в 2009 - 186694, в 2010-2011гг. 241836 и 231556 соответственно беременных женщин.

В последние годы значительно расширилось тестирование беременных женщин на ВИЧ и количество беременных женщин, получивших тестирование, постоянно увеличивается (Рисунок 8). Так, в 2005г. количество беременных женщин, получивших тестирование на ВИЧ, от общего числа беременных женщин составило 10%, в 2006г. - 14%, в 2007г. - 16%, в 2008г. - 22%, в 2009г. - 41%, в 2010г. - 49% и в 2011г. - протестировано 79%.

Рисунок 8.

Тестирование беременных на ВИЧ



В 2011г. Приказом МЗ РТ введен 100% двукратный скрининг беременных женщин на ВИЧ-инфекцию (42). Тестирование беременных женщин на ВИЧ осуществляется в антенатальных клиниках. В то же время, в стране отмечается достаточно высокий процент домашних родов (от 15% до 60% по данным разных источников), особенно в сельской местности, и вероятность непосещения антенатальных клиник во время беременности высока.

Несмотря на расширение тестирования, процент обнаружения ВИЧ среди беременных женщин, прошедших тестирование, в динамике остается практически на одном уровне. Из общего количества протестированных беременных женщин, ВИЧ-инфекция в 2010 г. была зарегистрирована в 0,04% и в 2011 году в 0,02% случаев, что в принципе не отличается от частоты обнаружения ВИЧ среди беременных и в предыдущие годы с 2006г. по 2009г. (0,03% - 0,05%).

По данным РЦ СПИД, всего на декабрь 2011г. зарегистрировано 260 случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, что составляет 6,8% от общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ. Среди вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции 63 случая среди беременных женщин были зарегистрированы в 2010 (6,27%) и 92 случая в 2011 (9,3%), что несколько выше, чем в 2009 (7,9%).

Всего из 155 случаев ВИЧ, зарегистрированных у беременных женщин в 2010-2011 гг., РС составили 1,9%, ПИН - 2,6%, половые партнеры ПИН - 16,1% и половые партнеры мигрантов - 27,7%.

За все годы проведения ДЭН среди беременных (2005-2008), распространенность ВИЧ не превысила 0,5%. Распространенность сифилиса варьировала от 0,5% до 1,2%, гепатита С – от 0,9% до 1,2%. Распространенность ВИЧ среди беременных женщин одновременно считают косвенным показателем распространенности ВИЧ среди общего населения.

Таким образом, данные официальной регистрации свидетельствуют о не высоком проценте ВИЧ-инфицированных беременных женщин, несмотря на значительное расширение тестирования, но, в то же время, количество случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин из года в год увеличивается.

Существующие данные указывают на наличие значительных рисков распространения ВИЧ среди беременных, в частности, наличие зарегистрированных случаев ВИЧ среди беременных женщин ПИН, наличие половых партнеров ПИН.

Особое беспокойство вызывает выявление у женщин ВИЧ-инфекции только после родов на основании проведения эпидемиологического расследования случаев ВИЧ-инфекции, выявленных у их детей раннего возраста. Такая ситуация указывает на имеющиеся препятствия для полноценного осуществления программы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР). Все эти факторы, при достаточно высоком ежегодном количестве беременных женщин в стране, позволяют констатировать наличие значительных рисков распространения ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, следовательно, и ее возможной передачи новорожденным.

Необходимо усилить информационно-образовательную кампанию по вопросам передачи ВИЧ и мерам профилактики среди общего населения, программам по снижению передачи ВИЧ от матери ребенку, необходимости посещения антенатальных клиник и прохождения тестирования на ВИЧ во время беременности для своевременного начала антиретровирусной (АРВ) профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку.

На основании общего обзора данных эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции, основанном на регистрации случаев, и данных ДЭН, можно сделать следующие выводы:

- Основная цель Национальной Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на период 2007-2010 гг., была достигнута: распространенность ВИЧ среди уязвимых групп населения до 2010 г. не превысила 20%, а среди общего населения - 1%.
- Эпидемия ВИЧ-инфекции в Таджикистане в настоящее время находится в концентрированной стадии, в основном концентрируется в группе ПИН, с высоким уровнем распространенности, который несколько стабилизировался за последние годы. Инъекционное потребление наркотиков продолжает оставаться движущей силой эпидемии. ПИН в стране представляют самую большую по численности группу населения, подверженного высокому риску заражения ВИЧ.
- Несмотря на расширение тестирования среди других групп населения, количество новых случаев среди ПИН остается на высоком уровне. Вовлечение женщин-ПИН в коммерческий секс с наличием незащищенных половых контактов создает угрозу двойного заражения женщин-ПИН. Женщины-ПИН

наиболее подвержены угрозе двойного риска заражения ВИЧ. Также высокий уровень распространения опасных инъекционных и сексуальных практик среди ПИН способствует распространению инфекции от группы ПИН, к общему населению.

- Расширение секс бизнеса оказывает влияние на распространенность ВИЧ-инфекции в Таджикистане. Секс работники в стране представляют значительную группу населения, подверженного высокому риску заражения ВИЧ. Наиболее часто ВИЧ среди РС передается половым путем, хотя имеются данные об использовании инъекционных наркотиков среди РС, наряду с тем, что коммерческий секс широко распространен среди женщин-ПИН. Широкое распространение опасных половых практик может влиять на распространение ВИЧ от группы РС к общему населению.
- Случаи ВИЧ-инфекции среди MSM составляют 0,3% от общего количества зарегистрированных случаев, 1,2% в структуре вновь зарегистрированных случаев ВИЧ. Однако, это, скорее всего, свидетельствует о закрытости и трудностях в осуществлении доступа к этой группе, чем об отсутствии угрозы распространения ВИЧ среди MSM в стране. Широкое распространение опасных практик, таких как, незащищенный секс, коммерческие половые контакты, как с мужчинами, так и с женщинами, опыт использования инъекционных наркотиков повышают угрозу распространения инфекции, как внутри данной группы, так и в других уязвимых группах. Данная группа, как наиболее подверженная риску заражения должна находиться под постоянным пристальным эпидемиологическим контролем, с целью предупреждения распространения ВИЧ от группы к общему населению.
- Существование двойного риска: в странах, где эпидемия распространяется среди ПИН, существует возможность инфицирования, как при инъекционном использовании наркотиков, так, и при вовлечении в секс-работу. Когда ПИН вовлекаются в коммерческий секс, чтобы заплатить за наркотики, или когда РС используют практики опасного употребления инъекционных наркотиков, наряду с широким распространением опасных половых практик в целом, перспектива передачи ВИЧ половым путем выглядит угрожающей.
- Значительно высокий процент обнаружения ВИЧ отмечается среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, наряду с широким распространением опасных инъекционных и сексуальных практик. Однако эти проблемы являются достаточно скрытыми в местах лишения свободы, что не способствует расширению профилактических мероприятий среди осужденных и осуществлению широкого доступа к своевременному лечению. Группа лиц, находящихся в местах лишения свободы, становится «мостиковой» группой для распространения инфекции среди общего населения, при освобождении из мест заключения, и должна находиться под постоянным эпидемиологическим наблюдением.
- Трудовая миграция, как внутренняя, так внешняя, несомненно, способствует более широкому использованию практик опасного поведения, включая, прежде всего, сексуальные практики и употребление наркотиков. В тоже время, необходимо полное понимание того, что с эпидемиологической точки зрения, миграция не является каким либо особенным процессом для передачи ВИЧ-инфекции. Более того, рассматривание распространения ВИЧ-инфекции среди мигрантов вне контекста использования опасных сексуальных и инъекционных

практик, не позволит в полной мере осуществлять профилактические программы среди мигрантов, и способствует распространению стигмы и дискриминации в отношении мигрантов, представляющих значительную часть населения страны.

В ходе проведения ДЭН среди групп населения, подверженных высокому риску, необходимо усилить наблюдение за другими группами, которые, как известно, также являются «мостиковыми группами» для передачи ВИЧ из групп наибольшего риска к группам с низким риском заражения, и поэтому оказывают влияние на тенденцию эпидемии: клиенты РС, сексуальные партнеры ПИН, сексуальные партнеры МСМ.

Данные официальной регистрации свидетельствуют о достаточно низком проценте ВИЧ-инфицированных беременных женщин, несмотря на значительное расширение тестирования. Однако существуют значительные риски распространения ВИЧ среди беременных: достаточно высокий уровень распространения ИППП и гепатита С, наличие зарегистрированных случаев ВИЧ среди беременных женщин-ПИН, наличие половых партнеров ПИН, наличие случаев регистрации ВИЧ только после родов. Все эти факторы существуют на фоне значительного ежегодного количества беременных женщин в стране и высокого уровня рождаемости.

IV. Национальные меры в ответ на эпидемию СПИД

Политика и программные ответные меры

Угроза распространения эпидемии ВИЧ признана в Таджикистане, как среди гражданского общества, так и на высоком политическом уровне. Республика Таджикистан в числе других стран приняла Декларацию о приверженности делу борьбы со СПИД ССГА ООН (2001). Республика Таджикистан одной из первых стран в мире разработала Национальную Стратегию Развития до 2015г. (17), где вопросы борьбы с ВИЧ/СПИД нашли свое отражение в соответствии с Целями Развития Тысячелетия (цель №6, задача 7): «остановить распространение ВИЧ/СПИД и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости». Вопросы ВИЧ/СПИД включены, как приоритетные, в Стратегию сектора здравоохранения на 2010-2020гг. и интегрированы в Стратегию Снижения Бедности (ССБ) на период 2010-2012гг. (38) на основе мультисекторального подхода с включением аспектов деятельности по профилактике ВИЧ среди групп, подверженных высокому риску, уязвимых групп и общего населения, вопросов лечения и ухода. Вопросы профилактики, лечения и ухода по ВИЧ/СПИД включены в Рамочную Программу ООН по оказанию помощи в целях развития для Таджикистана на период 2010-2015гг. по приоритетным направлениям в области улучшения доступа уязвимого населения к качественным основным услугам здравоохранения, образования и социальной защиты (39). Оценка достижений в области ВИЧ/СПИД была сделана в Таджикистане при подготовке среднесрочного отчета о прогрессе в достижении Целей Развития Тысячелетия в 2010г. Делегация высокого уровня из Таджикистана участвовала в заседании Высокого уровня по СПИД ССГА ООН в июне 2011 г., где была принята Политическая декларация: Активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИД.

Мультисекторальный подход к Национальному ответу на эпидемию признан на страновом уровне и установлены критерии для согласования и гармонизации национальных действий по борьбе со СПИД через «триединые принципы». С 1997 г. в стране функционирует НКК с участием различных министерств, возглавляемый Заместителем Премьер-министра РТ. Высокий политический уровень НКК также обеспечивается участием в его составе министра здравоохранения РТ, заместителей министров от других министерств. В 2005г. была произведена реструктуризация по модели НКК по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией и НКК сегодня является единым органом по координации деятельности по ВИЧ/СПИД. В состав НКК входят представители ключевых министерств, международных организаций и местных общественных организаций (ОО), включая ЛЖВ. В 2011г. участие представителей гражданского общества (ГО) было расширено в два раза. Также в обновленный состав НКК был включен религиозный лидер всех мусульман, муфтий Таджикистана. Всего в НКК входят 22 организации, 9 из них представляют гражданское общество, 10 организаций представляют государственный сектор и 3 - международные организации.

Рабочим органом НКК является освобожденный Секретариат с определенными полномочиями и должностными обязанностями. В рамках действия НКК установлен Партнерский Форум, объединяющий всех заинтересованных партнеров, с утвержденными функциями и регулярным графиком встреч. Для улучшения координации в деятельности Партнерского Форума создано и функционирует 5 тематических технических рабочих групп (ТРГ) с определенным составом и утвержденными функциональными обязанностями: по мониторингу и оценке, лечению, работе с уязвимыми группами, вопросам законодательства, и информационно-образовательным коммуникациям. В состав этих групп также входят представители от

всех вышеуказанных кластеров в зависимости от области их деятельности. На местном уровне существуют областные подразделения НКК. В 2010г. было завершено выполнение третьей Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан и разработана и утверждена аналогичная четвертая Программа на период 2011-2015гг. Данная Программа утверждена наряду с детальным бюджетом, Национальным планом мониторинга и оценки и ежегодным планом действий. Национальная программа согласована со всеми международными партнерами и является основным документом для определения деятельности доноров в области ВИЧ/СПИД.

Основной целью Программы является обеспечение всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в области ВИЧ/СПИД, для достижения ЦРТ 6 к 2015г. Промежуточные и конечные цели данной программы и их показатели также утверждены Правительством РТ. Равноправный доступ женщин и мужчин к услугам гарантируется Законом о государственных гарантиях равноправия мужчин и женщин и равных возможностей их реализации (2005).

Как отмечено выше, в стране разработана Стратегия сектора здравоохранения на период 2010-2020гг., а вопросы всеобщего доступа к услугам по ВИЧ/СПИД включены в данную стратегию, как приоритетные.

В стране существует единая согласованная система мониторинга и оценки. В РТ разработан Национальный план по мониторингу и оценке Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД с детальным бюджетом.

В 2011г. исполнилось двадцать лет со дня основания службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан. В ознаменование этой даты Министерством здравоохранения Республики Таджикистан и Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИД была организована и проведена Региональная научно-практическая конференция по ВИЧ/СПИД для стран СНГ по вопросам улучшения эффективности ответных мер на ВИЧ/СПИД в регионе. Около 135 участников, в частности экспертов и исследователей, представителей государственных структур, гражданского общества, включая людей, живущих с ВИЧ, и международных организаций приняли участие в конференции, включая представителей из Таджикистана, Армении, Республики Беларусь, Казахстана, Киргизстана, Молдовы, Украины и Узбекистана. Во время конференции участники подчеркнули особенности эпидемии в регионе, достигнутые успехи, лучшие практики и имеющиеся пробелы, а также важность региональной кооперации для достижения ЦРТ 6. Основные положения дискуссий были закреплены принятием финальной резолюции.

Несмотря на то, что в 2008г. произведена ревизия Закона страны о противодействии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан (9) и статья о депортации иностранных граждан на основании положительного ВИЧ-статуса была исключена из новой версии Закона, в законе остается статья, предусматривающая обязательное проведение тестирования иностранных граждан, прибывающих в Республику Таджикистан на срок более трех месяцев, что является противоречием между статьями закона и влияет на исполнение подзаконных актов. В настоящее время существование данного противоречия признано на государственном уровне и его устранение включено в план по внедрению Программы по противодействию ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг.

На основе обновленного Порядка медицинского освидетельствования (2008) (29) с целью выявления заражения ВИЧ, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними на введен 100% двукратный скрининг беременных женщин на ВИЧ-инфекцию.

Утвержден Порядок о назначении и выплате ежемесячного государственного денежного

пособия для ВИЧ-инфицированных детей в возрасте до 16-ти лет, процедуры выплаты пособия осуществляются на конфиденциальной основе. Выплата пособий начата в 2011г.

За отчетный период значительно активизировалась работа по вовлечению и участию новых партнеров в национальный ответ на эпидемию ВИЧ. Роль религиозных лидеров в подходах к решению проблем в области ВИЧ/СПИД, связанных с религиозными, традиционными и культурными особенностями общества, трудно переоценить и религиозные лидеры стали непосредственными участниками национального ответа и исполнителями деятельности, направленной на борьбу с ВИЧ/СПИД. Как отмечено выше, в 2009г. в состав членов НКК включен религиозный лидер всех мусульман, муфтий Таджикистана. Исламским институтом Республики Таджикистан им. Имама Аъзама Абдуханифа Нуъмон ибн Собит было разработано и опубликовано обновленное издание книги «ВИЧ/СПИД с точки зрения Ислама», включающее новые взгляды, тенденции и подходы исламского мира к данной проблеме. 48 религиозных лидеров были обучены на национальном семинаре (ToT). Также во время адвокационных семинаров, круглых столов, информационных кампаний 250 религиозных лидеров были ознакомлены с проблемами ВИЧ/СПИД. Однако данная деятельность должна быть значительно расширена с привлечением местных религиозных лидеров к внедрению национальной программы. Создан и функционирует телефон доверия, к работе которого привлечены представители духовенства в качестве консультантов. Религиозные лидеры активно вовлекаются в информационно-образовательные программы по ВИЧ/СПИД, стигме и дискриминации через СМИ.

За отчетный период установилось тесное сотрудничество с Национальными и региональными спортивными обществами и организациями, которые значительно расширили свое участие в проведении профилактической работы, в частности, среди подростков и молодежи: Комитет по делам молодежи, спорту и туризму, Федерация Тэквандо и Кикбоксинга РТ, Федерации мини-футбола, бокса и т.д. Федерация Тэквандо и Кикбоксинга РТ в течение более 10 лет является активным участником кампаний по борьбе с наркотиками, насилием против женщин, ВИЧ/СПИД и за отчетный период явилась одной из внедряющих организаций по проекту «Гендер и ВИЧ».

Вовлечение частного сектора в национальный ответ на эпидемию ВИЧ/СПИД за отчетный период продолжало оставаться незначительным и ограничивалось участием нескольких частных кампаний (мобильные телефонные кампании, средства массовой информации) в акциях, посвященных Всемирному Дню борьбы со СПИД. Деятельность по вовлечению частного сектора в национальный ответ должна быть усилена как для получения дополнительных инвестиций со стороны среднего и крупного бизнеса, так и для использования возможностей частных компаний в распространении информации по профилактике ВИЧ и пропаганды здорового образа жизни.

В связи с феноменом глобальной феминизации эпидемии ВИЧ в последнее время, особой уязвимости женщин к ВИЧ-инфекции, увеличения количества случаев ВИЧ-инфекции среди женщин в Таджикистане, в особенности, среди уязвимых групп женщин, гендерные аспекты национального ответа приобретают особое значение. За отчетный период впервые проблемы женщин и девочек, вопросы гендерного равенства, и связанные с ними вопросы ВИЧ-инфекции, были внесены в широкую национальную повестку. Впервые проведенное исследование по доступу к социальным услугам людей, живущих с ВИЧ, с акцентом на гендерное равенство показало, что основополагающим фактором для улучшения доступности ЛЖВ, включая женщин, живущих с ВИЧ, является осуществление политических мер и практических действий, направленных на преодоление стигматизации и дискриминации ЛЖВ (8). За отчетный период был

заложен фундамент интеграции гендерных вопросов с проблемами ВИЧ/СПИД в деятельность министерств и ведомств, таких как Комитет по делам женщин и семьи при Правительстве Республики Таджикистан, Министерства здравоохранения, Министерства труда, Министерства обороны. Так же к расширению информированности по вопросам ВИЧ/СПИД и гендерным аспектам были привлечены религиозные лидеры. Представители более 40 организаций государственного сектора и гражданского общества, представляющих поставщиков услуг в области ВИЧ/СПИД, стали участниками обучающей программы по профилактике насилия и оказанию психологической поддержки жертвам насилия. Вопросы ВИЧ/СПИД были интегрированы в национальные кампании, посвященные борьбе с насилием против женщин. Гендерные аспекты были приняты в качестве сквозного в новой Программе по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Таджикистане на 2011-2015гг.

В 2010г. стране было проведено второе национальное исследование по выявлению форм стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ (19), которое показало некоторые положительные результаты в снижении уровня стигмы и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, по сравнению с результатами подобного исследования в 2008г. Так, процент респондентов, отметивших, что ВИЧ-инфицированные люди, как и все остальные граждане, имеют право на трудовую деятельность увеличился с 66,4% до 70%, причем значительно повысился у работников правоохранительных органов с 53% до 70%, судебной системы с 73,3% до 82% и местных органов власти с 80 % до 88,2%. Процент респондентов, отметивших, что ВИЧ-инфицированные люди могут работать в системе образования увеличился с 39,4% до 53,3%. В то же время более 75% респондентов отметили, что ВИЧ-инфицированные люди не имеют право работать в сфере услуг, а 62% отметили, что они не приобрели бы у них продукты питания. 63% респондентов по сравнению с 59% при прошлом исследовании отметили, что ВИЧ-инфицированные люди не должны быть уволены с работы на основании их ВИЧ статуса. Медленно, но устойчиво стало формироваться положительное отношение к ВИЧ-инфицированным детям в их праве на образование в обычных школах и выросло в процентном отношении с 50% до 62,5%. Тревожным остается отношение религиозных деятелей к праву ВИЧ-инфицированных детей на образование в обычной школе и количество респондентов в этой группе, считающих возможным образование ВИЧ-инфицированных детей в обычной школе снизилось с 56% до 45,5%. Более того, 52% религиозных деятелей отметили, что отрицательно относятся к ВИЧ-инфицированным людям. Обучение учителей вопросам ВИЧ/СПИД положительно сказалось на том, что более 66% учителей отметили, что они согласны обучать ВИЧ-инфицированных детей, как и здоровых детей. Со стороны одноклассников и их родителей более 80% продолжают считать, что для ВИЧ-инфицированных детей необходимо организовать отдельное обучение. Одним из показателей успешного внедрения грантов ГФСТМ является отношение медицинских работников к оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным людям. Как и в исследовании 2008г. 64,5% медицинских работников отметили, что примут ВИЧ-инфицированного пациента, как и других пациентов. Резко уменьшилось количество врачей, которые отметили, что откажут в приеме и госпитализации ЛЖВ с 16,2% до 3,3%. Одной из форм дискриминации ЛЖВ в медицинских учреждениях является раскрытие статуса ЛЖВ без их согласия. Более 64% ЛЖВ отметили, что в медицинских учреждениях не соблюдается тайна сохранения их статуса. Высоким остается уровень стигматизации в обществе в целом. Так, 69% респондентов продолжают считать, что ВИЧ-инфицированных людей надо изолировать от общества. Более 90% опрошенных людей, живущих с ВИЧ, отметили, что сталкивались с проявлениями стигмы и дискриминации по отношению к ним, как в семье, в обществе в целом и при получении услуг. Действия, направленные на снижение стигмы и дискриминации, включены, как сквозные вопросы, в Программу по противодействию ВИЧ/СПИД на 2011-2015гг.

Значительно расширилось региональное партнерство. За отчетный период Таджикистан успешно участвовал в реализации региональных проектов (CAAP, CARHAP/DFID, CAPACITY/USAID, AFEW, UNODC/OPEC). Было начато выполнение проектов по профилактике ВИЧ/СПИД, финансируемого GIZ. Впервые в регионе начато осуществление проектов, финансируемых в рамках PEPFAR. Активное участие представителей государственных структур различных секторов, парламентариев, религиозных деятелей, представителей СМИ и гражданского общества Таджикистана в межстрановых региональных конференциях, форумах, семинарах свидетельствует о значительном расширении регионального сотрудничества и его роли в укреплении ответа на эпидемию, как на уровне региона, так и в стране. Особое значение в Таджикистане придается участию в работе Координационного Совета по проблемам ВИЧ/СПИД государств-участников СНГ. В связи с существующими общими для стран СНГ проблемами в области ответных мер на эпидемию ВИЧ Таджикистан активно участвует в поиске решений этих проблем в тесном сотрудничестве с другими странами региона, в частности, в отношении доступности профилактических программ по ВИЧ/СПИД для мигрантов в странах региона.

Как уже было отмечено, программы по ВИЧ/СПИД в основном финансируются из внешних источников, что связано с экономическими трудностями, испытываемыми Таджикистаном. Национальный бюджет в настоящее время не позволяет осуществлять закупку тестов, лекарств, оборудования и оказать поддержку многим программам по ВИЧ/СПИД. В настоящее время единственными ресурсами для закупки тестов и жизненно важных препаратов являются фонды ГФСТМ. Ожидается, что на программы по ВИЧ/СПИД в рамках второй фазы 8-го раунда ГФСТМ будет выделено около 21 млн. долларов США на период 2011-2014гг. Дальнейшая устойчивость проектов будет зависеть от проводимой мобилизации ресурсов. В то же время, условия, связанные с экономическими трудностями в стране, влиянием мирового финансового кризиса, не гарантируют увеличение государственного бюджета на программы по ВИЧ/СПИД, что ставит под угрозу стабильность действий по борьбе с ВИЧ/СПИД. Оценка национальных расходов в связи со СПИД в стране проводится уже во второй раз. Данные этой оценки позволят подготовить обновленные расчеты стоимости программ по категориям, пересмотреть оценку потребностей, эффективность программ и будут использованы при дальнейшей мобилизации ресурсов. Более того, в настоящее время необходимо провести оценку и прогнозирование результатов снижения финансирования на программы по ВИЧ/СПИД и его воздействия на показатели экономического и социального развития.

Национальная программа по противодействию ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015гг. разработана на принципах достижения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ в рамках достижения ЦРТ6.

Профилактические программы и их результаты

С учетом того, что движущей силой эпидемии в Таджикистане продолжает оставаться потребление инъекционных наркотиков, наряду с увеличением доли в этом процессе коммерческого секса, основные вмешательства в области профилактики ВИЧ направлены на предотвращение новых случаев ВИЧ-инфекции среди групп, наиболее подверженных риску заражения, и в первую очередь, среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), а также работниц секса (РС) и мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ).

Согласно проведенной Национальной оценке расходования средств на СПИД в 2008-2009гг. около 27,39% от общих расходов на профилактику было направлено на профилактические мероприятия среди групп, подверженных наиболее высокому риску заражения.

При разработке бюджета программы по противодействию ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг. потребность в ресурсах на эти программы составила 28,7 млн. долларов США, что составляет приблизительно 20,2% от общего бюджета, и дефицит бюджета на эти программы 16,1 млн. долларов США, или 16,1% от общего дефицита бюджета.

В настоящее время в стране осуществляются программы по предоставлению доступа к услугам по ВИЧ/СПИД для потребителей инъекционных наркотиков через расширение программ по снижению вреда и предоставлению комплекса услуг, включая обмен игл и шприцев.

В 2011г. в рамках регионального проекта для стран Восточной Европы и Центральной Азии в сотрудничестве с ЮНЭЙДС, ПРООН и Университетом Нового Южного Уэльса (Сидней, Австралия) было проведено исследование по определению эффективности стоимости программ по обмену игл и шприцев для установления роли данной программы в предотвращении заражения ВИЧ в Республике Таджикистан (37). Данная оценка была выполнена с использованием стандартизированной модели программного обеспечения, первоначально разработанного для оценки программы обмена шприцев и игл в Австралии, а затем адаптированного для применения как общий инструмент данной оценки. Исследование показало, что инвестиции в программу обмена игл и шприцев среди ПИН в Таджикистане значительно увеличились за период 2005-2010гг. Среднее число распределенных игл и шприцев и пропорция ПИН, охваченных данными программами, увеличились более чем на 300%. Было четко показано, что частота совместного использования инъекционного инструментария снижается при увеличении распределения количества шприцев и игл на одного потребителя инъекционных наркотиков. При стоимости программы по обмену игл и шприцев за этот период в среднем около 2,83 миллиона долларов США, стоимость одной предотвращенной инфекции составила 279 долларов США. По оценочным данным, функционирование программы по обмену игл и шприцев позволило предотвратить в среднем от 19,8% до 30,7% новых случаев ВИЧ-инфекции и от 20,7% до 30,4% случаев гепатита С. По прогнозам до 2020 года снижение финансирования программы обмена игл и шприцев и объемов распространяемого инъекционного оборудования в Таджикистане на 50% от текущего уровня (2010г.) повлечет за собой развитие 3912 новых случаев ВИЧ и 5533 случаев гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков. Дополнительные расходы здравоохранения на лечение ВИЧ-инфицированных пациентов и пациентов с гепатитом С, только при 15% охвате нуждающихся составят около 40 миллионов долларов США. При увеличении масштабов программ обмена игл и шприцев в Таджикистане и объемов распространяемого инъекционного оборудования на 150-200% от текущего уровня, достигается режим наибольшей эффект от программы с точки

зрения развития эпидемии и экономической эффективности. Экономия для системы здравоохранения в связи с ВИЧ и гепатитом С (при 15% охвате нуждающихся) в данном случае составит более 7 миллионов долларов США. Данное исследование предоставило убедительные, обоснованные факты о высокой эффективности программ по обмену игл и шприцев, как в снижении риска распространения ВИЧ-инфекции и гепатита С, так и по стоимости и экономическому эффекту для развития стратегий общественного здравоохранения.

За отчетный период в стране функционировал 21 пункт доверия для ПИН при лечебно-профилактических учреждениях, поддерживаемых ПРООН в рамках внедрения грантов ГФСТМ, а также 28 пунктов доверия – на базе ОО, поддерживаемых как из грантов ГФСТМ, так и проектами CARHAP/DFID, PSI, OSI, Общества Красного Полумесяца. Географически в 28 сайтах из 68 районов страны действуют программы по обмену игл и шприцев.

Согласно отчету ПРООН по внедрению грантов ГФСТМ за 2011г. (44) кумулятивно 15 871 ПИН охвачены программой по снижению вреда, что составляет около 63% от общего оценочного числа ПИН в стране.

Также в стране функционировал 31 дружественный кабинет для секс работниц, 10 из которых - на базе центров СПИД, 21 - на базе ОО, поддерживаемых как из грантов ГФСТМ, так и проектами CARHAP/DFID и PSI.

Охват профилактическими программами секс - работниц составил кумулятивно 12172, что составляет более 97% от оценочного числа РС в стране (12500).

Только 4 общественные организации в стране оказывают услуги по профилактике ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ) в гг. Душанбе, Худжанде и Кулябе. Всего кумулятивно 3541 МСМ получили услуги по профилактике ВИЧ, что составляет 11,8% от оценочного числа МСМ. Низкий уровень охвата МСМ связан с трудностями доступа в группу МСМ, закрытостью группы в связи с существующей стигматизацией, а также с низким уровнем географического охвата проектами среди МСМ.

Пакет услуг, предоставляемый в пунктах доверия и дружественных кабинетах, включает в себя: консультирование, обмен шприцев и игл в пунктах доверия для ПИН, лечение ИППП, предоставление презервативов, дезинфектантов, смазок, предоставление ИОК материалов, а также предоставление информации через проведение тренингов волонтеров, аутрич-работников и клиентов по методу «равный–равному» и социального сопровождения для перенаправления клиентов для получения других услуг, таких как тестирование, диагностика ТБ, АРВ терапия. Поставка профилактических товаров во все пункты и кабинеты осуществляется за счет грантов ГФСТМ, и в настоящее время нет альтернативных источников финансирования, что ставит под угрозу дальнейшее выполнение этих программ. 4 центра в г. Душанбе и областных центрах оказывают низкопороговые услуги для ПИН. Пакет услуг для ПИН был расширен введением опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) на пилотной основе, начиная с июня 2010, в настоящее время заместительная терапия предоставляется в трех региональных центрах – Душанбе, Худжанд и Хорог. Управление программой осуществляется Республиканским наркологическим центром. За отчетный период кумулятивно 296 пациентов получили заместительную терапию и на конец года 175 клиентов продолжают получать ОЗТ, при расчетной мощности проекта на 200 клиентов, из них 125 клиентов являются ВИЧ-инфицированными, и 51 получают АРВ терапию.

Около 70 обученных тренеров в 16 исправительных учреждениях провели обучение

лиц, находящихся в местах лишения свободы, и 4580 заключенных были охвачены профилактическими программами в течение 2011г. 35 пациентов из числа лиц, находящихся в местах лишения свободы, получают АРВ терапию. В 2010г. впервые началось внедрение программы по обмену игл и шприцев в местах лишения свободы. Специальным приказом по Управлению исправительных дел были определены пилотные учреждения для внедрения программы по обмену игл и шприцев в местах лишения свободы, в настоящее время 31 ПИН охвачены данной программой в пилотных учреждениях.

Внедрение указанных выше профилактических программ направлено на достижение задачи 1 программы по противодействию ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг: Группы с высоким риском заражения (ПИН, РС, МСМ и заключенные) приняли безопасное поведение. Также они являются вкладом в достижение страновых результатов, согласно принятым глобальным целям:

Цель 1. Сократить передачу ВИЧ половым путем на 50% до 2015г.;

Цель 2. Сократить передачу вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50% до 2015г.;

На имеющимся статистическим данным и данным ДЭН охват профилактическими программами среди ПИН составил:

- 5700 клиентов охвачено программой обмена игл и шприцев, что составляет примерно 22% от среднего оценочного числа ПИН (25,000) с распределением в среднем 88 шприцев на одного клиента в год.
- Процент ПИН, получивших тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев, и знающих свой результат, составил 45,9% , что несколько выше показателей за 2009г.- 35,9%.
- Процент ПИН, которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта составил 39,5% (в 2009-28,1%)
- Процент ПИН, которые указали на использование стерильного инъекционного инструментария во время употребления инъекционных наркотиков - 69%, по сравнению с 63,2% в 2009.

Стабильное увеличение охвата программами среди ПИН, прежде всего программами по обмену игл и шприцев, и отмечающейся прогресс в изменении инъекционного и сексуального поведения коррелируют с тем, что распространенность ВИЧ среди ПИН по данным ДЭН остается примерно на одном уровне, не превышая 20% (16,25% в 2010г. и 17,6% - в 2009г.). В то же время необходимо уделять особое внимание профилактическим программам среди половых партнеров ПИН, так как остается низким процент использования презервативов ПИН при половых контактах.

- По данным ДЭН (2010) охват РС программами профилактики, как указано выше составляет 76,2% от среднего оценочного числа РС в стране (12,500).
- Охват РС тестированием составляет 47,3%, что несколько выше, чем в 2009-42,2%.
- На использование презерватива во время контактов с последним клиентом

указало 75%, что несколько ниже по сравнению с 2009- 84,1%.

- В то же время распространенность ВИЧ среди РС по данным ДЭН составила 4,4%, что значительно превышает эти показатели за 2009г. - 2,8%. Важным в связи с этим является наблюдение в динамике за распространенностью ВИЧ среди РС. Возможно, такое увеличение связано с погрешностями проведения ДЭН среди РС, но не исключено, что, несмотря на высокий процент респондентов, указавших на использование презервативов, на самом деле, среди этой группы широко распространены практики опасного сексуального поведения. Это также подтверждается указанным ранее низким процентом использования презервативов с постоянными партнерами РС (22,6%) и значительным распространением ИППП, в частности, сифилиса среди РС (9,6%).
- Охват МСМ профилактическими программами по данным ДЭН, проведенным в г. Душанбе, составил 41,4%, и только 11,8% от оценочного числа МСМ в стране, что связано с трудностями доступа к группе и незначительным количеством ОО, предоставляющих услуги МСМ (27, 44). .

На использование презервативов при половых контактах указали 67,8 % МСМ.

Впервые зарегистрированы случаи ВИЧ инфекции среди МСМ (1,2%). Распространенность ВИЧ среди МСМ по данным ДЭН составила 1,71 %.

Таким образом, в настоящее время роль данной группы в эпидемиологическом процессе в Таджикистане начинает определяться.

- Несмотря на значительный охват профилактическими программами лиц, находящихся в местах лишения свободы, распространенность ВИЧ продолжает расти и остается на высоком уровне в течение последних лет от 6,8% в 2007 до 8,5% в 2010г., что остро ставит вопросы расширения доступа к профилактическим услугам в местах лишения свободы. Это подтверждается низким уровнем использования презервативов, низким охватом пилотной программой по обмену игл и шприцев в местах лишения свободы.

2). Профилактика ВИЧ-инфекции через принятие безопасного поведения среди других групп населения, включая молодежь, мигрантов, детей улицы, военнослужащих, женщин обозначена во 2-ой задаче Национальной программы.

По данным РЦ СПИД охват населения тестированием значительно увеличился и составил в 2007г. - 93791 человек, в 2008г. – 148255, в 2009г. – 210179, в 2010г. - 280281 и 438532 в 2011г. Также значительно расширилось тестирование беременных женщин и мигрантов. Количество протестированных беременных женщин составило 119033 в 2010г. и 182937 в 2011г., мигрантов 10669 и 67166 соответственно.

В стране 10,37% от всех лечебно-профилактических учреждений (3962) предоставляют услуги по тестированию и консультированию.

Основное препятствие для внедрения профилактических программ по ВИЧ/СПИД представляет существующий низкий уровень знаний среди молодежи, в частности в возрасте 15-24 лет, по передаче ВИЧ-инфекции и способам профилактики. Если по данным Национального исследования, проведенного по домохозяйствам среди молодежи в возрасте 15-49 лет за 2010г. (9), общая информированность о ВИЧ/СПИД составила более 80%, то уровень конкретных и полных знаний о путях передачи ВИЧ и способах профилактики передачи ВИЧ половым путем, составляет всего 13,34%.

Основным каналом для увеличения уровня знаний по профилактике ВИЧ среди молодежи, в частности среди школьников, является внедрение вопросов здорового образа жизни (ЗОЖ), включая профилактику ВИЧ/СПИД, на основе жизненных навыков, в программу средних общеобразовательных школ.

На сегодняшний день 900 учителей из 322 пилотных школ были обучены преподаванию жизненно важных навыков здорового образа жизни, включая вопросы ВИЧ/СПИД. В течение двух лет навыки здорового образа жизни были включены в учебную программу средних школ за счет проведения классных часов и обученные учителя преподавали в течение последнего академического года (44).

По данным отчета ПРООН по внедрению грантов ГФСТМ (44), более 150000 молодых людей в возрасте 15-24 (из них 78000 девушек) в сельской местности были охвачены информационными программами по ВИЧ/СПИД и равным обучением в ходе проведения широких кампаний. В 45 районах республики более 540000 трудовых мигрантов, включая 256000 женщин, были охвачены профилактическими информационными программами, а также предоставлением профилактических услуг, включая лечение ИППП, ДКТ через существующие дружественные кабинеты для мигрантов.

Имеющиеся проблемы среди мигрантов в стране пребывания, включая вопросы охраны здоровья, должны стать приоритетными в решении региональных проблем и продолжении межстранового диалога.

Более 17924 представителей уязвимых групп молодежи посетили 18 существующих клиник, дружественных молодежи, и получили консультирование, перенаправление к соответствующим специалистам, а при необходимости и лечение ИППП. Клиники, дружественные молодежи, располагаются на базе существующих лечебно-профилактических учреждений, чаще всего на базе поликлиник и центров репродуктивного здоровья. Специалисты, работающие в данных клиниках, прошли соответствующее обучение и имеют навыки работы и оказания услуг уязвимым группам молодежи, однако их количество ограничено. Основное финансирование данных клиник осуществляется за счет внешних источников, поддержка которых резко сокращается, что создает риски для дальнейшего развития.

Для адвокации важности функционирования и интеграции Молодежных Медико-Консультативных Отделений (ММКО) в систему общественного здравоохранения, специальное исследование по эффективности стоимости данных клиник было выполнено специалистами Министерства финансов при технической поддержке ЮНИСЕФ с использованием стандартизированного пакета программного обеспечения и разработки сценариев. Результаты исследования показали, что при систематической и планомерной работе данных отделений количество случаев ИППП среди уязвимых групп молодежи снизится более чем в 4 раза с 11,717 до 2,865 случаев в год. Произведенные расчеты показали, что при стоимости лечения одного случая ИППП в размере 10 долларов США в данных клиниках сектор здравоохранения может сэкономить ежегодно около 35,000 долларов США. На основании проведенного исследования и последующей адвокации была разработана инструкция, утвержденная Министерством финансов и Министерством здравоохранения РТ о децентрализованном выделении бюджетных средств для ММКО на пилотной основе в 8 городах и районах страны с ежегодным расширением. Впервые, более 106,000 долларов США будет выделено из государственного бюджета на поддержку клиник, дружественных молодежи, что составляет около 8,9% от объема средств, расходуемых на программы по ВИЧ /СПИД из бюджетных средств (3).

Специальными программами среди военнослужащих, обеспечивающими

предоставление ИОК материалов, обучения, консультирования, презервативов и лечения ИППП охвачены не только военнослужащие Министерства обороны, но и других силовых структур. Особое внимание стало отводиться поддержке и снижению уязвимости женщин – военнослужащих. Остаются нерешенными вопросы предоставления ДКТ военнослужащим, выработки единой политики по вопросам тестирования военнослужащих, основанной на принципах предотвращения дискриминации на основании ВИЧ статуса.

Результаты вмешательства, проведенные среди уязвимых групп населения, включая молодежь, мигрантов, женщин, военнослужащих и других групп, характеризуются следующими показателями:

- Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают, основные неверные представления о передаче ВИЧ составляет 13,4% и несколько увеличился по сравнению с 2010 - 10%.
- Вызывает беспокойство увеличение числа женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты до 15 лет - с 0,3% (2008г.) до 2% (2010г.).
- В то же время процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты, более чем с одним партнером за последние 12 месяцев уменьшился с 9,5% (2008г.) до 6,1% (2010г.).
- Значительное расширение ДКТ сказалось на увеличении процента охвата женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты с 6,8% (2008г.) до 11,5% (2010г.).

3). Обеспечение доступа к комплексным услугам по снижению передачи ВИЧ от матери к ребенку является задачей 3 Программы противодействия ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг. и отражает национальные результаты в осуществлении глобальных мер по искоренению передачи ВИЧ от матери к ребенку до 2015 г. и значительно сократить материнскую смертность от СПИД. Потребности в бюджете для этой задачи составляют около 6,8 млн. долларов США. При этом дефицит бюджета составляет около 6,7 млн. долларов или 98% стоимости всей программы.

Как уже было отмечено, в 2011г. приказом МЗ РТ был введен двукратный 100% скрининг беременных на ВИЧ. По данным РЦ СПИД за 2011 год было протестировано 182 937 беременных женщин, что составляет всего 79% от общего количества беременных, зарегистрированных в антенатальных клиниках. Общее количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных беременных женщин в 2011 г. составляет 92 (РЦ СПИД), оценочное число – 139 (4).

Процент беременных женщин, которые были протестированы на ВИЧ и получили свой результат во время беременности, родов, после родов в течение 72 часов составляет 79,2% в 2011 г., что несколько выше показателей 2010 г.- 56,1%. Необходимо отметить, что в стране получение результата тестирования на ВИЧ среди беременных не регистрируется. В связи с этим, данные по полученным ответам тестирования на ВИЧ были включены исходя из общего числа тестированных беременных женщин на ВИЧ, т.е. предполагается, что все прошедшие тестирование на ВИЧ получили результат своего теста.

По данным РЦ СПИД в 2010г. количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин составило 63 случая (6,27%) и 92 случая в 2011 (9,3%) в общей структуре новых случаев ВИЧ, что несколько выше, чем в 2009 (7,9%). Из 92 случаев ВИЧ среди беременных женщин 59 из них были выявлены во время беременности и родов, что составило 64,1%, остальные 33 случая - это женщины, которые состояли ранее на учете с диагнозом ВИЧ-инфекция (35,9%). Из 92 беременных женщин ППМР были охвачены 78 женщин, что составило 84,8%. Исходы беременности: родили 69 женщин, из них 68 детей живы и взяты под наблюдение до 18 месяцев как контактные (1 ребенок умер через несколько часов после родов). Процент беременных женщин, прошедших тестирование на сифилис во время первичного обращения в антенатальные клиники, в целом составляет 94,7%, из них процент положительных результатов на сифилис составил 0,03%. При обнаружении сифилиса лечение было проведено в 100% случаев.

Всего с момента предоставления программ по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР) из 260 случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных среди беременных, 121 женщина получала АРВ препараты для ППМР (46,5%).

При расчете процента ВИЧ инфицированных беременных женщин, которые получали АРВ препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери к ребенку, этот показатель за отчетный период составил 56,1% (4), что выше этого показателя за 2009г. - 25,5%. Впервые в стране произведен расчет смоделированного показателя распространения ВИЧ-инфекции среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями за последние 12 месяцев, что составило 14,38%. (4) Согласно целям, определенным Стратегией Сектора Здравоохранения на период 2010-2020гг., этот показатель не должен превышать 25%.

Из числа оценочных данных среди ВИЧ-инфицированных женщин, получивших АРВ препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, составляет 33,09% (4) что может быть связано с поздним назначением АРВ профилактики, низкой приверженностью, нарушением режима профилактики и с существующими недостатками в ведении ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин - потребителей наркотиков составил 2.17%, АРВ профилактика данным женщинам была назначена в 100% случаев.

К сожалению, до настоящего времени не налажена диагностика ВИЧ-инфекции среди новорожденных в возрасте двух месяцев со дня рождения. Согласно конструированию индикатора 3.10, из 56 детей, старше трех месяцев, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей в 2011г., на конец отчетного периода 47 находились на искусственном вскармливании и 9 - на грудном вскармливании.

Таким образом, несмотря на определенный прогресс в продвижении ППМР, остаются недостаточными показатели охвата беременных женщин тестированием наряду с поздним обращением женщин в антенатальные службы и выявлением ВИЧ-инфекции среди беременных. Также необходимо приложить усилия для расширения охвата ВИЧ-инфицированных беременных женщин АРВ профилактикой. При достаточно высоком ежегодном количестве беременных женщин в стране, существуют значительные риски распространения ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и как следствие этого – возможная передача инфекции новорожденным. В связи с этим, существует острая необходимость улучшения услуг по предоставлению ППМР, включая дополнительные поставки тестов, АРВ препаратов, расширение обучения специалистов служб

материнства и детства по ППМР, особенно первичной медицинской сети и улучшение педиатрической помощи ВИЧ инфицированным детям.

Несмотря на то, что в этот отчет не входят показатели по профилактике ВИЧ-инфекции через обеспечение безопасности медицинских процедур, в том числе при переливании крови, этот компонент программы является наиболее важным в профилактике ВИЧ, других инфекций, передающихся через кровь, а также нозокомиальных инфекций.

В стране существует Республиканский научный центр крови (РЦ крови) и широкая сеть центров и лабораторий по забору и переливанию крови. За отчетный период материально-техническая база центров крови была укреплена поставками различного оборудования и тестов, включая тесты на ВИЧ, гепатиты В, С и сифилис в основном, за счет внешних источников финансирования. Потребности в финансировании данной области составляют примерно 33,4 млн. долларов США на период 2011-2015гг. при дефиците данного бюджета около 31,3 млн. долларов США (93,7%). За отчетный период разработаны и утверждены и начали осуществляться Программа по развитию донорства и укреплению центров крови на 2010-2014гг. и Программа по обеспечению безопасности донорской крови на период 2010-2015гг. Внедрена практика сбора и доставки образцов крови с помощью оснащенных мобильных пунктов, установлена унифицированная информационная сеть по сбору данных между РЦ крови и региональными центрами крови.

Согласно расчетным данным ВОЗ, в мире от 5% до 10% случаев инфицирования ВИЧ происходит в результате переливания зараженной крови и ее компонентов.

За отчетный период развернута активная пропаганда безвозмездного донорства крови. При всём этом, еще практикуется платное донорство, в которое нередко вовлекаются лица с высоким риском заражения ВИЧ, в том числе ПИН (20).

Одновременно необходимо усиление внутреннего и внешнего контроля качества лабораторий при скрининге образцов крови на ВИЧ. Также запланировано усовершенствование системы компьютеризации службы крови, внедрение программного обеспечения для отслеживания всего процесса от забора крови до момента ее переливания («от вены к вене»).

Начиная с 2009г., внедряется приказ МЗ РТ о постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции среди медицинских работников, наборы для постконтактной профилактики скомплектованы и распределены по соответствующим медицинским учреждениям, а также внедрена схема оповещения о возможных случаях заражения медицинских работников во время выполнения ими своих должностных обязанностей.

Впервые оценка практики инъекций в лечебных учреждениях в странах Центральной Азии была проведена в 2010г. в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане при технической поддержке Регионального офиса СДС. Результаты оценки были доложены на Региональной научно-практической конференции по вопросам ВИЧ/СПИД стран СНГ, проведенной в Республике Таджикистан в декабре 2011г. (36). Для проведения оценки был использован Инструмент оценки инъекционной безопасности ВОЗ для выявления и обоснования потребностей в безопасности инъекций и других, связанных с этим процедур, в медицинских учреждениях. В Таджикистане для данной оценки был предоставлен список из 103 лечебно-профилактических учреждений, включая, больницы городского, областного и районного уровней, амбулаторных клиник, сельских медицинских центров и медицинских пунктов.

Согласно результатам проведенной оценки в странах Центральной Азии, были отмечены следующие моменты, указывающие на существующие во всех странах нарушения в обеспечении безопасности инъекций и других, связанных с этим процедур, и существующие риски для распространения инфекций при проведении данных медицинских процедур: несоответствующая инфраструктура и отсутствие гигиенических условий для проведения инъекционных процедур в отдельных учреждениях; имели место случаи использования многодозовых флаконов, наличие крови в шприце при заборе из многодозового флакона, наличие шприцев и медикаментов с истекшим сроком годности, отмечены случаи нарушения правил техники безопасности при проведении инъекций, многократного использования одноразовых перчаток, использования разбитых пробирок, случаи нарушения правил утилизации отходов и т.д.

Все вышеописанные факты указывают на значительное распространение небезопасных практик при проведении инъекций и связанных с ними процедур, которые могут в любой момент привести к распространению нозокомиальных инфекций и внутрибольничным вспышкам. Соответственно, ответные действия должны быть направлены на создание условий, направленных на повышение уровня инфраструктур и улучшение гигиенических условий, своевременное и достаточное обеспечение одноразовыми инструментами и защитными материалами, улучшение процесса утилизации отходов и усовершенствование эпидемиологического контроля над проведением инъекционных процедур. Но прежде всего, эти действия должны быть направлены на искоренение использования опасных инъекционных практик среди персонала лечебных учреждений.

В условиях финансового кризиса и отмечающейся тенденции снижения донорских вложений в финансирование программ, направленных на безопасность крови, остро встает вопрос о поиске альтернативных, в частности, внутренних источников финансирования для программ по безопасности крови и обеспечения безопасности медицинских процедур.

Лечение

Обеспечение доступа к антиретровирусной терапии (АРТ) для людей, живущих с ВИЧ, является одной из основных задач программы по противодействию ВИЧ в Республике Таджикистан. Финансовые потребности этой задачи составляют 9,07 млн. долларов США, при дефиците бюджета в 6,5млн. долларов США (72%). АРТ была введена в Республике Таджикистан с 2006г. За отчетный период значительно увеличился охват ЛЖВ, нуждающихся в АРТ, по сравнению с предыдущими годами. Так, в 2006-2009гг. - из 579 ЛЖВ нуждающихся в лечении, АРТ была назначена 424 пациентам, в 2010 - из 321 нуждающихся, АРТ назначена 301 пациенту и в 2011г. - из 392 нуждающихся АРТ назначена 357 пациентам. Остальным нуждающимся терапия не была назначена в связи с их отказом, выездом за пределы страны, отсутствием их приверженности к лечению. Контроль за проведением АРТ в стране, ведением пациентов и поставками АРВ препаратов осуществляется РЦ СПИД. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции рассчитывался на основании данных по реестрам для назначения АРТ и рутинного мониторинга РЦ СПИД за ведением пациентов, получающих АРТ. Показатель был рассчитан на основании данных официальной регистрации ЛЖВ согласно национальному плану по МиО (15). В 2010г. были адаптированы и введены новые протоколы ВОЗ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ/СПИД. Согласно новому протоколу, назначение АРТ осуществляется при количестве клеток CD4 ниже 350 кл/мкл. На 31 декабря 2011г. 769 пациентов (из них 56 детей в возрасте до 15 лет) получали АРТ согласно национальному протоколу из 947

ЛЖВ, нуждающихся в лечении на основании проведенного теста на СД4, что составляет 81,2% и значительно выше этого показателя, полученного с использованием таких же расчетов в 2009 г. - 55,6%. Оценочное количество ЛЖВ в 2011г., нуждающихся в АРТ составило 4085 (4). В этом случае охват АРТ составляет 18,82% что несколько ниже данного показателя, полученного из расчета от оценочных цифр в 2009г. (21,7%) (4).

Процент ЛЖВ, которые по имеющейся информации продолжают получать АРТ спустя 12 месяцев после ее начала, за отчетный период составил 73,4%, что значительно выше данного показателя за 2009г. (58,3%). Из 301 пациента, начавшего АРТ в отчетный период, 53 (17,6%) пациента умерли, 23 (7,6%) прекратили лечение по разным причинам, включая выезд за пределы страны или из-за отсутствия приверженности, за 4 (1,3%) пациентами наблюдение не удалось продолжить.

Из общего числа (1082) ЛЖВ, взятых на лечение и наблюдаемых в динамике, 74% продолжают лечение на конец 2011г., 19% умерли и 7% прекратили лечение по разным причинам (31).

Высокий уровень смертности, отмечающийся среди ЛЖВ, взятых на АРТ, может быть объяснен, прежде всего, поздним выявлением ВИЧ-инфекции и соответственно поздним назначением АРТ. Так, из 1082 пациентов, 53% пациентов лечение было назначено в четвертой стадии, 39%- в третьей стадии, и только 7% - во второй и 1% - в первой стадии (31).

Причины смертности на конец отчетного периода: анализ причин смертности среди ЛЖВ показал, что туберкулез является основной причиной смертности (из 552 случаев смерти среди зарегистрированных случаев ВИЧ от туберкулеза умерло 176, что составляет 31,9%), 15,4% составили случаи смерти ЛЖВ в 4-ой клинической стадии ВИЧ (ВИЧ-кахекия, диарея неясной этиологии и т.д.). В основном, это свидетельствует о поздней обращаемости ЛЖВ в медицинские учреждения, недостаточной информированности населения о предоставляемых в стране услугах по лечению ВИЧ-инфекции, недостаточной интеграции услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в общую систему здравоохранения.

Высокий процент назначения АРТ отмечается среди пациентов, употребляющих наркотики. Так, ПИН составили 55% из 1082 пациентов, которым было назначена АРТ. По данным Республиканского клинического центра наркологии из числа всех клиентов, получивших ОЗТ (259), 41 (15,8%) получали АРТ. Из числа лиц, оставшихся в программе по ОЗТ терапии на октябрь 2011г. (175), 31 пациент принимал АРТ (17,7%). Несмотря на то, что количество пациентов, принимающих АРТ среди ПИН, находящихся на ОЗТ увеличилось, в то же время пока еще недостаточно накоплено данных, свидетельствующих об усилении приверженности к АРТ среди данных пациентов

Начиная с 2006г., 90 ЛЖВ, находившимся в исправительных учреждениях, проводилась АРТ. В настоящее время в этих учреждениях АРТ получают 12 пациентов. В то же время данные о продолжении АРТ пациентами после выхода их на свободу не отслеживаются на регулярной основе.

В стране применяется до 9 комбинаций схем АРТ. В 5,2% случаев в 2010-2011гг. схемы АРТ были изменены (переход с первой схемы на вторую) по причинам: прерывания, выраженных побочных эффектов, низкой приверженности и неэффективности терапии на основании клинических и иммунологических показателей. Данный показатель не превышает показатель перехода с первой схемы на вторую (7,0%).

К сильным сторонам системы АРТ, предоставляемой в стране, можно отнести значительное улучшение диагностической базы для установления диагноза ВИЧ-инфекции, определения CD4 клеток и вирусной нагрузки. Поставки АРВ препаратов осуществляются регулярно и бесперебойно, благодаря внедрению грантов ГФСТМ. Национальные протоколы обновлены согласно адаптированным протоколам ВОЗ.

Основными проблемами в вопросах предоставления АРТ остаются:

- Недостаточное количество подготовленных кадров по ведению пациентов, получающих АРТ.
- Качество существующей базы данных о пациентах, принимающих АРТ, и регулярность внесения соответствующих данных на рутинной основе требует улучшения наряду с мониторингом по отслеживанию результатов АРТ.
- Позднее выявление и позднее назначение АРТ.
- Отсутствие данных о формировании устойчивости к АРВ препаратам среди пациентов, принимающих АРТ.
- Недостаточно высокий уровень приверженности к АРТ.
- Недостатки в существующей лекарственной политике, механизме предоставления бесплатных услуг ЛЖВ по лечению, создания механизма устойчивости предоставления АРТ и т.д.

Вызывает озабоченность тот факт, что предоставление бесплатной АРТ всем нуждающимся в настоящее время осуществляется только за счет внедрения грантов ГФСТМ, механизм для устойчивого предоставления АРВ препаратов остается не разработанным, что создает значительный риск в обеспечении АРТ в дальнейшем при отсутствии или снижении уровня внешнего финансирования.

При наблюдении в динамике за 1082 пациентами, находившимися на АРТ, у них были отмечены следующие сопутствующие оппортунистические инфекции: кандидоз - в 31% случаев, туберкулез - 22%, ВГС - 21%, ВГВ - 2%, пневмония - 20%, хронические заболевания легких - 18%, вирус простого герпеса - 12%, бактериальные инфекции кожных покровов - 3%, опухоли - 2% (31).

Всего из числа зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ, в течение 1991-2011гг. умерло 552 пациента, что составляет 14,4% .

ВИЧ и Туберкулез

Разработан и утвержден Стратегический план совместной деятельности по профилактике и контролю ТБ/ВИЧ сочетанной инфекции в РТ (2008 – 2012гг).

Значительно улучшено качество ведения пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ и интеграция предоставления сервиса. Так, больным с ТБ в 100% предоставляется доступ к тестированию на ВИЧ, и все пациенты с ВИЧ-инфекцией, находящиеся на диспансерном учете, два раза в год направляются на обследование по поводу наличия туберкулеза.

В тоже время туберкулез продолжает оставаться основной причиной смертности среди ЛЖВ. Так, по данным РЦ СПИД туберкулез явился основной причиной смерти в 31,9% случаев от общего количества умерших ЛЖВ (552) за 1991-2011гг. Среди умерших ЛЖВ в 2010г., туберкулез явился основной причиной смерти больных в 37,3% случаев, а в

2011г. -35,1%.

По данным ВОЗ, Таджикистан относится к странам с наиболее высоким уровнем распространенности туберкулеза (ТБ) в данном регионе и является страной с наиболее высоким уровнем распространения мультирезистентных случаев туберкулеза.

По данным Республиканского центра по борьбе с туберкулезом в 2011г. было выявлено 5927 новых случаев туберкулеза, из которых 2174 с положительными результатами мазка (44). Согласно оценочным данным ВОЗ, распространенность туберкулеза составляет 378 на 100 000 (174,1-625,1), заболеваемость (включая все новые случаи) составляет 203,5 на 100 000 (174,5-247,1), смертность составляет 40,7 на 100 000 (30,5-53,8). Оценочные данные по распространенности мультирезистентных форм ТБ среди новых случаев и ранее леченных составили 17% и 62% соответственно.

В 2011г. общее количество случаев туберкулеза в местах лишения свободы насчитывало 195 случаев, включая 139 новых случаев, что на 93 новых случая (14%) больше по сравнению с 2010г.).

Интегрированное ведение пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ является одним из национальных приоритетов, требующих вмешательств, как со стороны службы по борьбе и профилактике ВИЧ/СПИД, так и со стороны службы по борьбе с туберкулезом.

Принятый новый приказ «Меры по усилению управления случаями сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ в Таджикистане» направлен на усиление совместных действий и повышение качества услуг для пациентов с ВИЧ и ТБ. В 2011г. из числа зарегистрированных больных с туберкулезом, на наличие ВИЧ-инфекции было обследовано 6241 пациентов (82,2%), что значительно превышает данный показатель за 2010г. (37,5%). Эти цифры включают и 182 больных с туберкулезом, находящихся в местах лишения свободы, прошедших тестирование на ВИЧ, у которых в 11,5% была обнаружена ВИЧ-инфекция. Проведены дополнительные исследования и наблюдения для назначения АРТ (СД4). В то же время наличие ТБ у ЛЖВ является показанием к назначению АРТ и охват может быть расширен.

Процент взрослых и детей - ЛЖВ, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, начавших профилактическое лечение изониазидом, в целом составил 16,7%. Профилактика изониазидом была проведена и всем ЛЖВ, находящимся в местах лишения свободы(44).

Всем ЛЖВ, в том числе получающим АРТ, рекомендуется два раза в год проходить соответствующее обследование на ТБ. По данным РЦ СПИД, за 2011г. было обследовано на туберкулез 1022 ЛЖВ, выявлено 115 новых случаев ТБ (11,3%).

За 2011г. комбинированным лечением (АРТ + противотуберкулезное лечение) были охвачены 66 ЛЖВ, что составило 17,84% (4) от оценочного числа случаев заболевания ТБ среди ЛЖВ.

По данным ВОЗ, оценочное число случаев заболевания ТБ, среди ЛЖВ в Таджикистане на 2011г. составляет в среднем 370. Поэтому процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных людей, больных ТБ, получивших, лечение в связи с ТБ и ВИЧ и составил 17,84%, что выше этого показателя в 2009г. (14,1%)

Процент взрослых и детей – ЛЖВ, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита, составил 54,14%.

Согласно Национальному протоколу по предоставлению помощи и лечению при ВИЧ-инфекции (16), профилактике ко-тримоксазолом (КТЗ) подлежат все пациенты с уровнем CD4 ниже 200 в 1 мл крови. По данным РЦ СПИД, в 2008г. 112 ЛЖВ были охвачены ко-тримаксазолом для профилактики оппортунистических инфекций, в 2009г. - 60 и в 2011г. – 250 ЛЖВ.

За отчетный период расширены программы по уходу и поддержке ЛЖВ. На пилотной основе продолжались программы по обеспечению ЛЖВ получающих АРТ, дополнительным питанием при поддержке Всемирной Продовольственной Программы. В то же время, выделение фондов из проектов для предоставления питания, включая смеси для искусственного вскармливания младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, не поддерживается внешними донорами как приоритетное направление и должно найти альтернативное решение при привлечении внутренних ресурсов.

Значительно расширены программы по социальному сопровождению ЛЖВ и представителей уязвимых групп, включая лиц, освободившихся из мест лишения свободы, а также программы по повышению уровня информированности ЛЖВ о своих правах, гарантиях, предоставляемых законодательством РТ, и по вопросам стигмы и дискриминации. Созданы группы поддержки и самоподдержки среди ЛЖВ, расширен доступ ЛЖВ к психологической помощи и социальным услугам. Впервые начаты обучающие программы для поставщиков услуг, включающие формирование навыков оказания психологической помощи ЛЖВ, жертвам насилия, клиентам кризисных центров. Как отмечено выше, за отчетный период начата выплата ежемесячных государственных пособий ВИЧ-инфицированным детям.

Большая часть деятельности по поддержке ЛЖВ осуществляется на пилотной основе, привлечение ЛЖВ к реализации проектов по поддержке домохозяйств (обучению и поддержке собственного бизнеса) незначительно, как и количество проектов по обучению ЛЖВ профессиональным навыкам, обеспечивающим трудоустройство, и по обучению членов семей ЛЖВ по вопросам ВИЧ.

Как отмечено выше, уровень стигматизации ЛЖВ в обществе очень высокий. В стране начаты обучающие программы для специалистов, провайдеров услуг для ЛЖВ, включая НПО, по снижению уровня стигмы и дискриминации. В то же время такие обучающие программы для правозащитников, работников судебной системы, правоохранительных органов не начаты. Система независимого мониторинга за соблюдением прав ЛЖВ, согласно существующему законодательству, не создана. Все это свидетельствует о необходимости усиления программ по снижению стигмы и дискриминации и поддержке ЛЖВ.

Действия, характеризующие национальные обязательства и приверженность делу борьбы с ВИЧ /СПИД, характеризуются показателями по внутренним и международным расходам в связи со СПИД на страновом уровне и оценкой прогресса в разработке и применении политики, стратегий и законодательства на страновом уровне на основании национальных обязательств и политических инструментов (НОПИ).

Расходы в связи со СПИД: Внутренние и международные расходы в связи со СПИД с разбивкой по категориям и источникам финансирования.

В ходе расширения Национального ответа на эпидемию ВИЧ, увеличения финансирования программ по ВИЧ/СПИД все более важным становится правильное и детальное отслеживание расходования средств на национальном уровне.

До 2009г. Республика Таджикистан подавала данные по финансированию программ по ВИЧ/СПИД только на основании выделенного государственного бюджета и запланированного финансирования программ, поддерживаемых международными донорами. Государственный бюджет, выделяемый на программы ВИЧ/СПИД, включен в бюджет только сектора здравоохранения, является незначительным и в основном эти средства направлены на функционирование центров СПИД. В 2009г. впервые данный индикатор был представлен на основании проведения Оценки национальных расходов в связи со СПИД (ОНРС) за 2008 - 2009гг. Таджикистан явился первой страной в Центральной Азии и одной из первых в СНГ, где проведено полноценное исследование по ОНРС. Неоспоримость важности полученных в ходе ОНРС данных для адвокации, стратегического планирования и мобилизации ресурсов создало объективные условия для институционализации данного исследования, как инструмента для согласованного измерения и мониторинга за расходованием средств согласно категориям и существующим источникам финансирования.

В связи с этим, в этот отчет представляются данные, полученные при проведении второй оценки расходов (ОНРС) за 2010-2011гг. Данная оценка была проведена при поддержке Совместного Проекта ООН по адвокации в области ВИЧ/СПИД, финансируемого ЮНЭЙДС/ПРООН/ЮНИСЕФ/ЮНФПА и проекта CARHAP. Специальным распоряжением председателя НКК и письмом Министра Здравоохранения ко всем партнерам, в процесс были вовлечены все ключевые министерства, ведомства и международные организации. В феврале - марте 2012 г. проведены три семинара по сбору данных для представителей административных подразделений национального и областного уровней, ключевых министерств и ведомств, ответственных сотрудников лечебно-профилактических учреждений различного уровня. Более 180 участников семинаров национального, областного и районного уровней участвовали в сборе данных, информация была представлена как минимум от 200 учреждений различного звена. В режиме он-лайн происходил сбор данных более чем от 15 международных партнеров. Утвержденная специальная форма по сбору и представлению информации, внедренная как инструмент для постоянного наблюдения за расходованием средств по программам ВИЧ/СПИД, включала определение потоков средств и классификацию деятельности в области ВИЧ/СПИД.

Ниже представленные результаты финансового мониторинга на основании ОНРС за 2010-2011гг. послужили основанием для формирования показателя №6.1 национального отчета.

В Республике Таджикистан действуют много секторальный финансовый план для борьбы с ВИЧ/СПИДом: Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2011 – 2015 года, Национальный план мониторинга и оценки и Национальный план внедрения Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2011–2015 года. Исполнителями выступают республиканские органы государственного управления, иные государственные организации, подчиненные Правительству Республики Таджикистан, местные исполнительные органы.

Финансовое обеспечение Государственной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан, в частности финансирование мероприятий по эпидемиологическому надзору, профилактике, диагностике, лечению, социальной защите и поддержке людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, осуществляется за счет средств государственного бюджета, а также за счет технической помощи, оказываемой международными организациями.

Самый широкомасштабный проект в области ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан осуществляется за счет грантов Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в рамках сотрудничества Программы Развития ООН и Правительства Таджикистана.

Для выполнения целей Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом международную поддержку в Республике Таджикистан также оказывает Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Всемирная организация здравоохранения, а также другие агентства ООН, правительства отдельных стран, международные некоммерческие организации и фонды. В результате совместных усилий в Республике Таджикистан удалось разработать эффективную систему профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа.

В целях мониторинга выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и улучшения процессов национального стратегического финансового планирования за период 2010-2011 года в Республике Таджикистан проведена оценка национальных расходов в связи со СПИДом по международной методике (National AIDS Spending Assessment - NASA). Результаты финансового мониторинга послужили основанием для формирования показателя 6.1. национального отчета.

Оценка национальных расходов в связи со СПИДом в Республике Таджикистан за период 2010-2011 года охватывает источники финансирования мероприятий за счет средств:

- государственного финансирования (средства республиканского и местных бюджетов);
- внешнего финансирования (средства международной технической помощи);
- отдельные частные расходы (расходы на безопасность донорской крови).

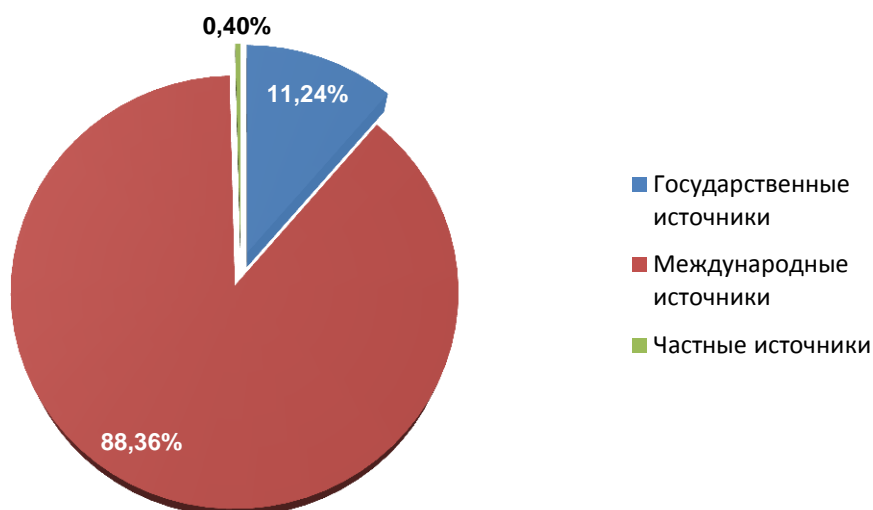
	2010 год	2011 год
ИНДИКАТОР 6.1. Национальные и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования	Всего: 66'833'944 сомони, в том числе: государственные источники: 7'511'892 сомони; международные источники: 59'056'851 сомони; частные источники: 265'201 сомони.	Всего: 70'702'016 сомони, в том числе: государственные источники: 10'441'238 сомони; международные источники: 59'948'131 сомони; частные источники: 312'647 сомони.

Необходимо отметить, что из оценки расходов в связи со СПИДом в Республике Таджикистан, исключены две специфические категории расходов, а именно: «Расходы на безопасную медицинскую инъекционную практику»¹ и «Универсальные меры предосторожности»². Это связано с тем, что указанные расходы являются обязательными и характерными для всей системы здравоохранения Республики Таджикистан и не являются специфически расходами с целью профилактики ВИЧ-инфекции.

Структура источников финансирования национальных ответных мер в связи с ВИЧ приведена на рисунке 8 и рисунке 9. Удельный вес международных источников в общем объеме финансирования составляет 84,79% в 2011 году, 88,36% в 2010 году, 84,36% в 2009 году, 83,43% в 2008 году³. Удельный вес государственных источников в общем объеме финансирования составляет 14,77% в 2011 году, 11,24% в 2010 году, 15,34% в 2009 году, 16,43% в 2008 году.

Рисунок 8.

Источники финансирования национальных ответных мер в связи с ВИЧ, Таджикистан 2010 году



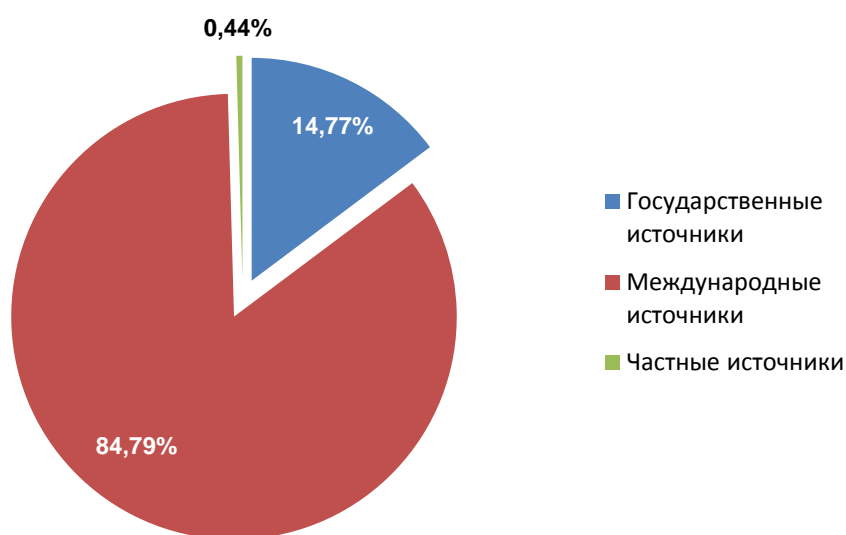
¹ Расходы медицинских учреждений на приобретение и утилизацию инъекционного оборудования и прочего сопутствующего оборудования и материалов для обеспечения безопасности медицинских инъекций

² Расходы на приобретение и использование перчаток, масок, халатов и других средств защиты медицинским персоналом

³ Данные о расходах за 2008 и 2009 год содержатся в национальном отчете «Оценка национальных расходов в связи со СПИДом в Республике Таджикистан, 2008-2009». Доступен на сайте:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/NASA_TAJIKISTAN_2008-2009_en.pdf

*Источники финансирования национальных ответных мер в связи с ВИЧ, Таджикистан
2011 году*



Исследования показывают, что наибольший удельный вес в общем объеме финансирования занимают расходы на профилактические мероприятия (36,28% в 2011 году, 44,40% в 2010 году, 38,63% в 2009 году, 47,48% в 2008 году); расходы на лечение и уход (8,54% в 2011 году, 9,20% в 2010 году, 9,62% в 2009 году, 6,58% в 2008 году); а также расходы на управление программами (27,08% в 2011 году, 25,37% в 2010 году, 40,90% в 2009 году, 38,77% в 2008 году). Кроме того, значительные средства направляются на денежные стимулы и обучение медицинского персонала, работающего в сфере ВИЧ (25,68% в 2011 году, 15,96% в 2010 году, 8,92% в 2009 году, 5,55% в 2008 году).

Можно сделать вывод, что в исследуемом периоде 2008-2011 года приоритеты финансирования в области ВИЧ не изменились (Рисунок 10 и 11).

Рисунок 10.

Общее финансирование в связи с ВИЧ в разрезе мероприятий, Таджикистан 2010

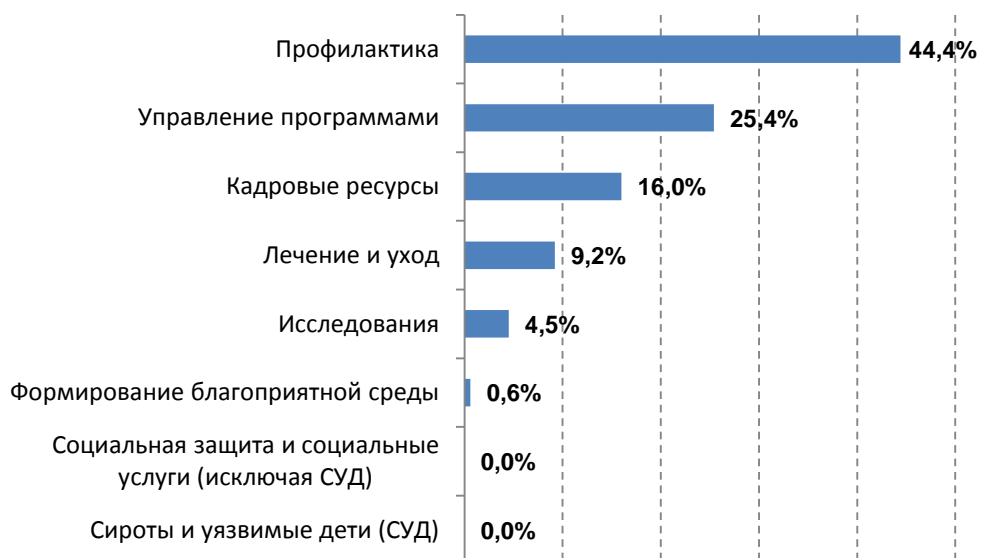
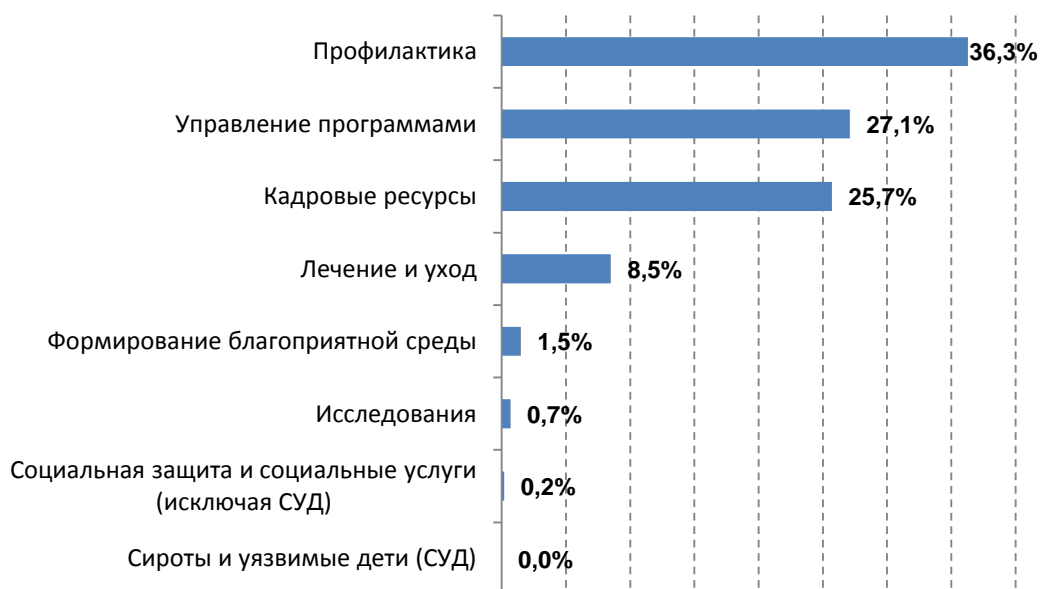


Рисунок 11.

Общее финансирование в связи с ВИЧ в разрезе мероприятий, Таджикистан 2011



На рисунках 12 и 13 приведены основные категории расходов в связи со СПИДом в Республике Таджикистан за 2010 и 2011 года в разрезе источников финансирования.

Рисунок 12.

Основные категории расходов в области ВИЧ/СПИДа и источники их финансирования (сомони), Таджикистан 2010

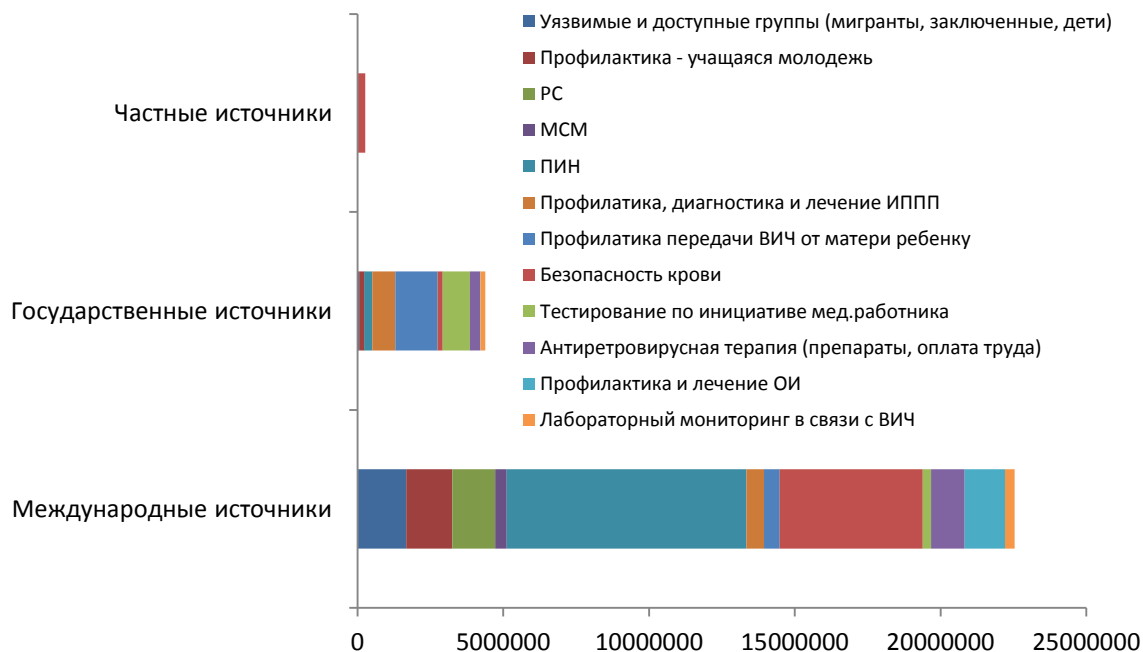
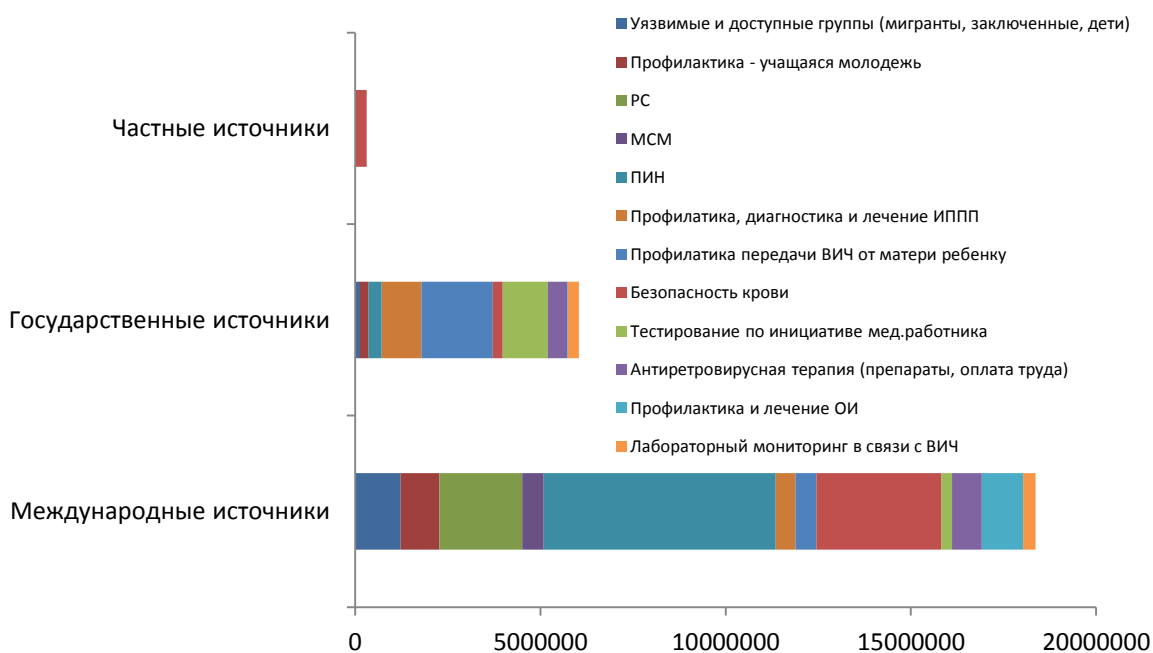


Рисунок 13.

Основные категории расходов в области ВИЧ/СПИДа и источники их финансирования (сомони), Таджикистан 2011



Проведение оценки национальных расходов в связи со СПИДом за 2010-2011 года в Республике Таджикистан показывает, что группы высокой уязвимости с точки зрения рисков инфицирования ВИЧ (ПИН, РСБ, МСМ) охвачены всецело целевыми вмешательствами, финансируемыми за счет внешней технической помощи. Кроме того, безопасность крови, тестирование и консультирование на определение ВИЧ-статуса, антиретровирусная терапия (препараты), лабораторный мониторинг в связи с ВИЧ-инфекцией (определение иммунного статуса и вирусной нагрузки) обеспечиваются полностью за счет средств доноров (в 2010-2011 годах за счет грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией). Вклад государства в выполнение указанных мероприятий заключается в содержании зданий и сооружений, на базе которых оказываются услуги, а также в оплате труда специалистов медицинских учреждений (государственные средства ежегодно составляют около 15 % в общей сумме финансирования национальных ответных мер). Анализ структуры источников финансирования в области ВИЧ в течение ряда лет показывает высокую степень зависимости от внешних источников финансирования - более 80% ежегодно.

Таким образом, общий объем финансирования реализации Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан вырос с 6,2 млн. долларов США в 2008г. (7,5 млн. долларов США в 2009г.) до 15,4 млн. долларов США в 2011г. (15,3 млн. долларов США в 2010г.).

Политика Правительства в связи с ВИЧ и СПИД: Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ).

Секретариатом НКК были определены министерства и ведомства, местные неправительственные организации, международные организации, агентства ООН, сотрудники которых смогли бы представить полноценную информацию по НОПИ во время интервьюирования. Было предложено использовать опыт подготовки отчета в 2009г. и назначить двух консультантов по сбору информации среди государственных лиц и гражданского сектора и международных организаций. На расширенном заседании ТРГ 21 января 2012г. были назначены два технических координатора для сбора данных по НОПИ и их анализа и проведения анкетирования ключевых респондентов из числа представителей правительства и ОО. Консультанты заранее провели обзор существующей политики и ее изменения по сравнению с 2009г. Координаторами было опрошено 11 ответственных сотрудников государственных структур из различных министерств и ведомств по части А общей анкеты, по части В анкеты было опрошено 10 представителей местных ОО, международных организаций и агентств ООН, а также представителей сообщества ЛЖВ (среди ЛЖВ опрос проводился представителями ОО, представляющими интересы ЛЖВ на конфиденциальной основе). Несмотря на прозрачность организации процесса и привлечения более широких слоев гражданского общества по сравнению с 2009г., к сожалению, приходится констатировать достаточно низкую активность среди представителей ОО по сравнению с государственным сектором и международными организациями. Все анкеты были собраны и проанализированы консультантами. Особый акцент был сделан на ту часть вопросов, которые совпадали в части А и В, однако на которые могли быть получены разные ответы, некоторые различия в ответах были выявлены и еще раз обсуждены с представителями организаций, представивших анкеты. При опросе отдельных участников была выявлена недостаточная информированность по вопросам существующей политики, в частности, о последних достижениях в области политики и развития стратегий по ВИЧ/СПИД, а также недостаточная информированность о прогрессе, достигнутом по внедрению программ по профилактике, лечению и уходу. Окончательный вариант единой анкеты был обсужден на Партнерском Форуме 16 марта 2012г., подчеркнуты успехи, достигнутые в политике по ВИЧ/СПИД, и имеющиеся проблемы, достигнут консенсус по содержанию единой анкеты для определения Национального Комбинированного индекса политики (НОПИ). Согласованный вариант анкеты был представлен через веб-сайт.

V. НАИЛУЧШАЯ ПРАКТИКА.

1. Подходы к представлению стратегической информации по оценке финансирования, стоимости и эффективности программ по ВИЧ/СПИД в РТ

На текущий момент с учетом экономических условий, сложившихся в РТ, и влияния глобального экономического кризиса на экономику и развитие социального сектора в стране все большее значение приобретает представление качественной стратегической информации, характеризующей реальное состояние финансирования программ по ВИЧ/СПИД. Также в связи с тем, что финансирование большей части программ по ВИЧ/СПИД осуществляется за счет внешних доноров, а на современном этапе отмечается тенденция к ограничению финансирования, в частности со стороны ГФСТМ, наиболее важным становится предоставление детального обоснования для выделения ресурсов по отдельным компонентам программ по ВИЧ/СПИД. В первую очередь, данная информация должна подчеркивать высокую эффективность программ при их минимальной стоимости. Также адвокация, построенная на научно-обоснованной стратегической информации, будет более эффективной в процессе мобилизации ресурсов и для обоснования возможного увеличения внутренних ресурсов.

а) Институционализация Оценки Национальных расходов в связи со СПИД (ОНРС)

До 2009г. Республика Таджикистан подавала данные по финансированию программ по ВИЧ/СПИД только на основании выделенного государственного бюджета и запланированного финансирования программ, поддерживаемых международными донорами. Государственный бюджет, выделяемый на программы ВИЧ/СПИД, включен в бюджет только сектора здравоохранения, является незначительным и в основном эти средства направлены на функционирование центров СПИД.

Как инструмент для детального и точного отслеживания расходования внешних и внутренних средств в Таджикистане введено проведение Оценки Национальных расходов в связи со СПИД (ОНРС), данная оценка была проведена, как при подготовке предыдущего отчета ССГА ООН, так и при подготовке данного отчета. Для проведения ОНРС в Таджикистане была использована стандартная методология для выполнения ОНРС. В основу данной методологии положено то, что подобно любой иной классификационной схеме, потребляемым услугам присваивается ровно одна категория, что исключает их двойной учет. Поэтому классификация в рамках ОНРС является взаимоисключающей и исчерпывающей. Эти характеристики позволяют применить набор перекрестных матриц, разработанных для оценки и использования ресурсов в сравнении со средствами, вложенными в предоставление услуг.

На основании сбора данных и их анализа все данные сводятся в единую финальную матрицу, предоставляемую, как приложение 2, к данному отчету. Использование одной и той же методики оценки позволяет получить стандартные отчеты и показатели для мониторинга прогресса в достижении целей в области ВИЧ/СПИД, а также проводить сравнительный анализ полученных данных в динамике.

Таджикистан явился первой страной в Центральной Азии и одной из первых в СНГ, где проведено полноценное исследование по ОНРС, более того, где данная оценка институционализирована, как единый инструмент для согласованного измерения и мониторинга за расходованием средств согласно категориям и существующим источникам финансирования.

Проведение ОНРС значительно способствовало укреплению кадрового потенциала страны в области сбора и представления данных по финансированию и расходованию средств на программы по ВИЧ/СПИД.

Так, в 2012г. более 180 участников семинаров национального, областного и районного уровня участвовали в сборе данных, информация была представлена как минимум, от 270 учреждений различного звена. В режиме он-лайн происходил сбор данных более чем от 15 международных партнеров. Утвержденная специальная форма по сбору и представлению информации, внедренная, как основной источник для получения данных, для постоянного наблюдения за расходованием средств по программам ВИЧ/СПИД, включала определение потоков средств и классификацию деятельности в области ВИЧ/СПИД.

Отрадно отметить, что уже в 2012г. координация сбора данных и их анализ, а также разработка отчета по результатам ОНРС, практически полностью выполнена местными экспертами Министерства здравоохранения РТ, РЦ СПИД и Министерства Финансов РТ. Также наблюдения в ходе проведения ОНРС показали большую заинтересованность специалистов в сборе данных и возможность для их более подробного ознакомления с программами по ВИЧ/СПИД. Проведение ОНРС способствует улучшению координации действий между партнерами, работающими в области ВИЧ/СПИД.

Данные и опыт, полученные в результате проведения ОНРС, помогут в развитии потенциала для последующего мониторинга в области ВИЧ и других приоритетов здравоохранения.

Так, успешное проведение ОНРС дало положительный импульс и возможности использования опыта РЦ СПИД, Министерства здравоохранения РТ для проведения подобного исследования по программам туберкулеза.

Анализ и рекомендации ОНРС послужат в качестве основы для разработки новых подходов к стратегическому планированию, мобилизации ресурсов, а также внесут вклад в разработку платформы для устойчивого механизма финансирования крупномасштабных программ в области ВИЧ/СПИД в Таджикистане. Результаты ОНРС в РТ за 2008-2009гг. опубликованы на сайте www.unaids.org. Результаты ОНРС за 2010-2011гг. более подробно изложены выше и представлены в данном отчете в качестве индикатора 6.1.

6) Экономическая эффективность и роль программы обмена игл и шприцев в предотвращении заражения ВИЧ в РТ

Программа по обмену игл и шприцев для потребителей инъекционных наркотиков является одним из ключевых компонентов программ по снижению вреда, направленных на предотвращение ВИЧ инфекции, и в первую очередь, в странах, где движущей силой эпидемии является инъекционное потребление наркотиков. Программа по обмену игл и шприцев для ПИН явилась одной из первых профилактических программ в области ВИЧ/СПИД и была начата в Таджикистане еще с конца 90-х годов в двух пилотных сайтах. В настоящее время в стране функционирует 28 сайтов, где осуществляется данная программа. В настоящее время кумулятивно согласно отчету ПРООН по внедрению грантов ГФСТМ за 2011г. (44) кумулятивно 15 871 ПИН охвачены программой по снижению вреда, что составляет около 63% от общего оценочного числа ПИН в стране.

Как указано выше, согласно бюджету Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг. потребность в ресурсах для профилактических

программ среди групп, подверженных наиболее высокому риску заражения, составляет около 20,2% от общей стоимости программ, из которых значительную часть составляют расходы на программы по снижению вреда среди ПИН. В то же время до настоящего времени в стране не была проведена оценка эффективности и результативности данной программы, как с экономической точки зрения, так и ее роли в предотвращении новых случаев ВИЧ инфекции.

В 2011 году в сотрудничестве с ЮНЭЙДС, ПРООН и Университетом Нового Южного Уэльса (Сидней, Австралия) в рамках регионального проекта для стран Восточной Европы и Центральной Азии в Таджикистане было проведено исследование по оценке экономической эффективности программ по обмену игл и шприцев среди ПИН. Кроме того, в рамках исследования проведена оценка значимости программы с точки зрения предотвращения новых случаев ВИЧ инфекции в Республике Таджикистан, а также новых случаев гепатита С.

Исследование показало, что за период 2005-2010гг. финансирование программ обмена игл и шприцев среди ПИН в Таджикистане значительно увеличилось. Среднее количество распространенных игл и шприцев среди ПИН, а также процент ПИН, охваченных программами, увеличилось более чем в три раза. Установлено, что частота совместного использования инъекционного оборудования снижается при увеличении распространяемого количества игл и шприцев в расчете на одного ПИН.

Финансирование программ по обмену игл и шприцев среди ПИН в Таджикистане за 2005-2010гг. составило более 2,83 миллионов долларов США. Мероприятия программы позволили предотвратить 2,278-4,071 новых случаев ВИЧ инфекции и 991-1,661 новых случаев гепатита С.

Результаты исследования доказывают, что функционирование программы по обмену игл и шприцев позволило предотвратить в среднем от 19,8% до 30,7% новых случаев ВИЧ инфекции и от 20,7% до 30,4% новых случаев гепатита С.

Оценка экономической эффективности показывает, что реализация программ в 2005-2010гг. в долгосрочном периоде в среднем позволила сэкономить 1,55-2,99 миллионов долларов США только в результате предотвращения новых случаев ВИЧ инфекции. При оценке экономической эффективности с учетом предотвращения новых случаев гепатита С, экономия для системы здравоохранения значительно увеличивается.

Согласно отчету ПРООН по внедрению грантов ГФСТМ за 2011г. (44) кумулятивно 15 871 ПИН охвачены программой по снижению вреда, включая программу обмена игл и шприцев, что составляет около 63% от общего оценочного числа ПИН в стране.

По прогнозам, снижение финансирования программ обмена игл и шприцев и объемов распространяемого инъекционного оборудования среди ПИН в Таджикистане повлечет за собой значительный рост инфицирования. При увеличении масштабов программ обмена игл и шприцев в Таджикистане на 150-200% от текущего уровня, достигается режим наибольшей эффективности.

Как указано выше, согласно данным ДЭН, распространенность ВИЧ среди ПИН в последние годы (2007-2010) находится примерно на одинаковом уровне и согласно установленным целям универсального доступа не превысила 20% до 2010г., что, несомненно, является заслугой значительного расширения программ по обмену игл и шприцев.

Результаты исследования позволяют судить о высокой эффективности программ по обмену игл и шприцев среди ПИН с точки зрения снижения распространенности ВИЧ инфекции и гепатита С в Таджикистане, а также свидетельствуют об экономической эффективности программ для общественного здравоохранения страны.

в) Оценка эффективности деятельности клиник, дружественных молодежи

Аналогичные подходы были применены за отчетный период и к оценке эффективности функционирования клиник, дружественных молодежи, и адвокации важности интеграции дружественных клиник в широкую сеть общественного здравоохранения. Молодежь составляет около 25% всего населения РТ. Исследования, проведенные среди молодежи (13,15), показывают значительный уровень распространения опасных сексуальных практик и наличие опыта употребления наркотиков среди молодежи. Более 25% из числа новых случаев ВИЧ инфекции зарегистрировано среди молодых людей в возрасте 15-29 лет. По данным программного мониторинга функционирования клиник, дружественных молодежи, распространенность ИППП среди молодых людей составляет около 8%, а среди молодежи групп высокого риска достигает до 20%.

Клиники, дружественные молодежи (Молодежные Медико-Консультативные отделения – ММКО), были открыты в Таджикистане в 2006г. в рамках проекта Министерства Здравоохранения и ЮНИСЕФ в пилотных сайтах на базе существующих учреждений общественного здравоохранения (поликлиники, центры репродуктивного здоровья, кожно-венерологические диспансеры). Только в течение трех лет (2006-2009) 13,718 клиентов были охвачены, услугами, предоставляемыми клиниками, дружественными молодежи. На конец 2011г. кумулятивно более 17924 представителей уязвимых групп молодежи посетили 18 существующих клиник, дружественных молодежи. Основное финансирование данных клиник осуществляется за счет внешних источников, в основном ГФСТМ, поддержка которых сокращается, что создает риски для дальнейшего развития.

Для адвокации важности функционирования и интеграции Молодежных Медико-Консультативных Отделений (ММКО) в систему общественного здравоохранения, специальное исследование по экономической эффективности данных клиник было выполнено специалистами Министерства финансов при технической поддержке ЮНИСЕФ. При исследовании был использован стандартизированный пакет программного обеспечения. Анализа данных был проведен на основании двух возможных сценариев: при существовании и функционировании ММКО и при их отсутствии, с оценкой экономической эффективности данных клиник при каждом сценарии.

Результаты исследования показали, что при систематической и планомерной работе данных отделений количество случаев ИППП среди уязвимых групп молодежи снизится более чем в 4 раза с 11,717 до 2,865 случаев в год. Произведенные расчеты показали, что при стоимости лечения одного случая ИППП в размере 10долларов США в данных клиниках сектор здравоохранения может сэкономить ежегодно около 35,000 долларов США. На основании проведенного исследования и последующей адвокации была разработана инструкция, утвержденная Министерством финансов и Министерством здравоохранения РТ, о децентрализованном выделении бюджетных средств для ММКО на пилотной основе в 8 городах и районах страны с ежегодным расширением. Впервые, более 106,000 долларов США будет выделено из государственного бюджета на поддержку клиник, дружественных молодежи, что составляет около 8,9% от объема средств, расходуемых на программы по ВИЧ /СПИД из бюджетных средств (3).

Таким образом, данное исследование показало высокую эффективность функционирования клиник, дружественных молодежи, и предоставление обоснованной стратегической информации для адвокации успешно повлияло на интеграцию дружественных клиник в общую систему здравоохранения с выделением дополнительных бюджетных средств.

2. Опыт проведения Региональной научно-практической конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в странах Содружества Независимых Государств (СНГ).

Несмотря на то, что страны Содружества Независимых Государств (СНГ) имеют давно устоявшиеся связи и значительный опыт совместных действий в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИД, в настоящее время ощущается отсутствие регулярного обмена информации между странами, особенно между экспертами программ, техническими и научными сотрудниками. В странах СНГ, имеющих, в основном, общую характеристику эпидемии ВИЧ/СПИД, существующие общие препятствия к расширению ответных мер и, в большинстве своем, одинаковые подходы к диагностике, профилактике, лечению и уход, не существует постоянной платформы для обмена опытом, научной информацией и применением усовершенствованных методов в области ВИЧ/СПИД.

В 2011г. по инициативе Республиканского Центра СПИД и Министерства здравоохранения Республики Таджикистан при поддержке международных доноров впервые была организована и проведена Региональная научно-практическая конференция по вопросам ВИЧ/СПИД в странах Содружества Независимых Государств. Данная конференция была приурочена к 20-летию создания службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан.

Более 130 экспертов, ученых и исследователей, представителей правительственных и международных организаций и гражданского общества, в том числе людей, живущих с ВИЧ, из Таджикистана, Армении, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, Молдовы, Украины и Узбекистана приняли участие в работе конференции. Конференция предоставила возможность исследователям и специалистам - практикам представить для всеобщего обсуждения данные последних научных исследований, обменяться опытом о применяемых наилучших практиках и извлеченных уроках.

В резолюцию, принятую участниками конференции, были включены рекомендации для дальнейшей оптимизации подходов и координационных механизмов в области ВИЧ/СПИД со стороны всех партнеров, разработки механизмов для регулярного и своевременного обмена информацией между странами, а также подтверждена решимость в выполнении национальных обязательств по расширению национального ответа в области профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ.

Участники конференции отметили высокий уровень проведения конференции и инициативу Республики Таджикистан по организации данной конференции. В тоже время подчеркнули необходимость регулярного проведения данных конференций на уровне стран СНГ для обмена опытом эффективной работы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции для достижения конечной цели – стабилизации и снижения заболеваемости ВИЧ.

VI. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕРЫ ДЛЯ ИХ УСТРАНЕНИЯ

В данном отчете ниже перечислены основные проблемы, которые были включены в страновой отчет о выполнении показателей ССГАООН за 2009г., а также прогресс, достигнутый в решении этих проблем за отчетный период, и остающиеся проблемы, препятствующие расширению национального ответа, и меры, которые необходимо предпринять для устранения существующих проблем.

В страновом отчете о выполнении показателей ССГАООН за 2009г. (20) были указаны следующие проблемы:

Недостаточное финансирование программ по ВИЧ/СПИДу

По данным ОНРС за 2010-2011гг. финансирование программ по ВИЧ/СПИД продолжает осуществляться в основном за счет международных доноров, так, в 2011 году оно составило 84,8% .

В 2010-2011гг. страна располагала фондами международных доноров для внедрения программ по ВИЧ/СПИД в размере около 30 млн. долларов США (3), в основном из грантов ГФСТМ. а также из нескольких региональных проектов PEPFAR, CARHAP/DFID, GIZ, AIDS Foundation East-West (AFEW) и проектов, поддерживаемых на страновом уровне агентствами ООН и другими международными организациями. В конце 2011г. подписано соглашение между ГФСТМ и Правительством РТ о начале реализации второй фазы 8-го раунда ГФСТМ на период до сентября 2014г. Ожидается, что в рамках второй фазы Таджикистану будут выделены фонды в общем объеме около 21 млн. долларов США.

Впервые за отчетный период в регионе и в том числе в Таджикистане начата реализация проектов, финансируемых Чрезвычайным планом Президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR). Стратегическими направлениями проектов PEPFAR является уменьшение передачи ВИЧ среди групп повышенного риска (потребители инъекционных наркотиков, секс-работницы, мужчины, практикующие секс с мужчинами, заключенные, мигранты и ЛЖВ), а также дополнение и поддержка деятельности Глобального Фонда, улучшение надзора за инфекцией, усиление лабораторных систем и представления стратегической информации. Только за 2010-2011гг. на осуществление проектов PEPFAR для Таджикистана было выделено 9,8 млн. долларов США.

По данным двух проведенных исследований ОНРС в 2010 и 2012гг. общий объем расходов на программы ВИЧ/СПИД из государственных источников увеличился по сравнению с 2008 и 2009 годами.

Отрадно отметить факты выделения дополнительного финансирования из государственного бюджета для выплаты пособий для ВИЧ инфицированных детей в возрасте до 16 лет, в размере 7 минимальных окладов (280сом.) на одного ребенка. Также начало осуществляться поэтапное выделение дополнительных средств из государственного бюджета для поддержки функционирования клиник, дружественных молодежи, в объеме до 106,000 долларов США, что составляет около 8,9% от внутреннего бюджета на программы по ВИЧ/СПИД.

При разработке Программы по противодействию ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг.

были определены общие потребности в бюджете в размере 141 928 000 долларов США. Дефицит бюджета программы с учетом ожидаемых ресурсов составляет 98 485 000 долларов США.

Несмотря на некоторое увеличение за отчетный период объемов государственных средств, выделяемых на программы по ВИЧ/СПИД, уровень их остается, в целом, низким, как и в секторе здравоохранения. Национальный бюджет в настоящее время не позволяет осуществлять закупку тестов, лекарств, оборудования и поддержку многих программ по ВИЧ/СПИД. В то же время, условия, связанные с экономическими трудностями в стране, влиянием мирового финансового кризиса, не гарантируют увеличение государственного бюджета на программы по ВИЧ/СПИД.

Следовательно, возможное уменьшение внешнего финансирования в будущем, может значительно сказаться на выполнении программ по ВИЧ/СПИД. За отчетный период завершено выполнение Регионального проекта по контролю за СПИД(WB/DFID) и также ожидается в 2012г. завершение проекта CARHAP/DFID, оказавшие несомненный вклад в сдерживание эпидемии СПИД в стране и регионе.

Критическая ситуация в настоящее время сложилась с возможностью получения средств за счет ГФСТМ, выразившаяся в отмене 11 раунда Глобального Фонда и объявлении подачи заявок согласно Переходному механизму Финансирования (ПМФ) только для сохранения устойчивости предоставления жизненно важных услуг для людей, затронутых эпидемией. При отсутствии поддержки со стороны ГФСТМ, уже с 2014г. в стране будет осуществляться нехватка средств на программы по ВИЧ/СПИД, а с сентября 2014г. – их полное отсутствие на предоставление большинства жизненно важных услуг. Как было уже отмечено, большинство программ по ВИЧ/СПИД в основном поддерживаются ресурсами, предоставляемыми ГФСТМ, и в первую очередь, закупки всех тестов, АРВ препаратов, оборудования. Поставки для функционирования профилактических программ для групп населения, наиболее подверженных риску, осуществляется также за счет ГФСТМ и в ближайшей перспективе не наблюдается других альтернативных источников для осуществления жизненно важных поставок.

В связи с этим, было принято решение представить заявку от Таджикистана для возможного финансирования через ПМФ ГФСТМ.

В тоже время на заседании Координационного Совета Доноров, существующего в РТ, был представлен анализ текущей ситуации с программами, финансируемыми ГФСТМ, для поиска новых возможных ресурсов, расширения адвокационных мер и усиления координации между донорами в целях минимизации последствий снижения внешнего финансирования.

Необходимо обратить внимание, что формирование и укрепление устойчивости программ по ВИЧ/СПИД зависит от уровня их интеграции в существующие системы, закрепленные соответствующими регламентирующими документами. До настоящего времени не существует регламентирующих документов о введении услуг, связанных с предоставлением профилактических программ для особо уязвимых групп населения, в частности по снижению вреда, в сеть общественного здравоохранения. Данные проекты функционируют в основном на пилотной основе, в связи с чем создается значительный риск по прерыванию этих услуг по причине снижения внешнего финансирования.

Создание устойчивого механизма подготовки кадров зависит от интенсивного введения вопросов ВИЧ/СПИД в программы подготовки и последипломной переподготовки врачей и учителей. Усовершенствование лекарственной политики в целом, включая вопросы поставок АРВ препаратов, позволит и в будущем осуществлять беспрепятственные

поставки АРВ препаратов в страну. Интенсивное введение поведенческих аспектов в вопросы клиентов при прохождении рутинного тестирования позволит усилить возможности эпидемиологического надзора за инфекцией. В то же время введение ДЭН, как одного из элементов системы эпидемиологического надзора, и может позволить в будущем изыскать возможности государственного финансирования периодического проведения ДЭН.

Некоторые политики и стратегии должны быть обновлены согласно международным стандартам и адаптированы к условиям Таджикистана.

Создание благоприятной среды и условий, способствующих устойчивости национальных ответных мер по совершенствованию нормативно-правовой базы с применением наилучших международных практик включено в Программу противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг., как сквозные вопросы, по всем задачам программы. В то же время необходимо широкое выявление существующих барьеров и несоответствий в законодательстве и регламентирующих документах для проведения профилактических и лечебных мероприятий для любой категории лиц должно быть выявлено для принятия соответствующие мер, направленные на их ликвидацию. Так, в законодательстве и подзаконных актах остается статья об обязательном тестировании иностранных граждан, прибывающим в РТ, на срок более трех месяцев наряду с отсутствием статьи о депортации иностранных граждан на основании ВИЧ - положительного статуса. Закон о ВИЧ/СПИД гарантирует бесплатное предоставление пакета услуг для лиц с ВИЧ-инфекцией, что должно подкрепляться нормативными документами.

Также необходимо выявление существующих препятствий для оказания услуг по ВИЧ/СПИД, связанных с отсутствием информированности населения о существовании данных услуг, существующей стигмой в целом и стигматизацией служб по ВИЧ/СПИД и т.д.

Недостаточное использование данных мониторинга и оценки для планирования и корректировки внедрения программ.

За отчетный период были предприняты значительные действия для усиления системы мониторинга и оценки в стране, указанные более детально в разделе VIII данного отчета. Ключевыми достижениями в этой области за отчетный период являются: расширение специального отдела по МиО в структуре РЦ СПИД с выделением отдельных штатных единиц, в частности в областных центрах СПИД. Расширено количество сайтов для проведения ДЭН - до 10 сайтов. В то же время с целью эффективности проведения ДЭН и снижения его стоимости более четко определены группы для ежегодного наблюдения (ПИН, РС, МСМ и заключенные). Впервые проведен ДЭН среди МСМ.

Значительно расширен спектр стратегической информации, полученный на основе проведения различных национальных исследований. По инициативе РЦ СПИД была осуществлена оценка качества проведения эпидемиологического надзора с акцентом на проведение ДЭН и рекомендации по его улучшению получены и начали реализовываться. В то же время, как и большинство программ по ВИЧ/СПИД мониторинг за программами в основном поддерживается за счет внешних ресурсов. В связи с сокращением финансирования значительно сокращена поддержка проведения исследований национального уровня, таких как ОНРС, поведенческих исследований среди общего населения, оценки уровня стигмы и дискриминации. Для осуществления

масштабного мониторинга, по-прежнему не хватает квалифицированных кадров.

Подходы к использованию стратегической информации расширены и улучшены, в то же время существует необходимость для совершенствования системы мониторинга и оценки для принятия решений, планирования и слежения за эпидемией на регулярной основе.

Продолжающееся дублирование деятельности

В стране существуют несколько механизмов для координации действий по программам ВИЧ/СПИД. Прежде всего, это Национальный Координационный Комитет по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (НКК), по неоднократной инициативе которого за отчетный период проводился сбор и обмен информацией между партнерами о проводимых вмешательствах. Несколько попыток было сделано для усиления координации через технические рабочие группы при НКК, но в большинстве своем, данный механизм нуждается в значительном совершенствовании.

Несмотря на то, что разработан и опубликован операционный план по внедрению Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг. с разбивкой по годам с указанием деятельности всех партнеров, к сожалению, он не используется на рутинной основе и не обновляется в течение всего периода, что не позволяет широко использовать его, как инструмент для координации деятельности и управления программами.

Тематическая Группа ООН по ВИЧ/СПИД является координирующей структурой деятельности агентств ООН. В стране существует Координационный Совет доноров, однако вопросы ВИЧ/СПИД обсуждаются на заседаниях Совета очень редко, либо только в секции по здравоохранению. С учетом финансовой ситуации возрастает необходимость более рациональных по эффективности и стоимости подходов доноров к выбору направлений деятельности согласно приоритетам страны и значительного усиления координации в планировании и реализации программ. Мультисекторальные подходы к решению проблем по ВИЧ/СПИД должны быть усилены, как и интеграция их в решения общих проблем здравоохранения, борьбы с бедностью, гендерные аспекты и вопросы защиты прав человека.

Охват уязвимых групп расширяется медленно, что связано с трудностями доступа в эти группы.

За отчетный период охват групп населения, подверженных наиболее высокому риску увеличился. Так, кумулятивно на конец 2011г. 15871 ПИН были охвачены программой по снижению вреда по сравнению с 5705, охваченными на конец 2009г. Охват РС составил в 2011г. 12 172 по сравнению с 10 698 в 2009г. Охват MSM в 2011г. составил кумулятивно 3541 (3) по сравнению с 861 в 2009г. Охват был значительно расширен за счет бесперебойного функционирования пунктов доверия и дружественных клиник, мотивирования клиентов, предоставления широкого спектра услуг.

Как было указано выше, пилотный проект по предоставлению ОЗТ был расширен до трех сайтов с охватом постоянных клиентов в количестве 175 (87,5%). По данным Республиканского клинического центра наркологии, среди более 90% постоянных клиентов пилотных сайтов не отмечается внутривенное употребление наркотиков. Более того, врачи, предоставляющие услуги клиентам данных сайтов, не отметили ни одного случая передозировки, отмечено общее улучшение состояния здоровья

большинства клиентов, повышение интереса к улучшению социального статуса (трудоустройство, создание семьи), повышена приверженность к лечению среди ПИН, получающих АРТ. Все это позволяет признать более широкое влияние программы ОЗТ на статус ПИН, чем просто профилактические мероприятия по ВИЧ/СПИД (44).

Несмотря на широкий охват профилактическими программами среди лиц, находящихся в местах лишения свободы (4580 в 2011г.), распространенность ВИЧ среди них в динамике повышается и остается на значительном уровне. Несмотря на достаточно широкий объем предоставляемых услуг, их реальное использование не соответствует предполагаемому охвату. Предполагается, что среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, высокий процент составляют потребители наркотиков, в том числе и инъекционных, что коррелирует с достаточно высоким процентом осужденных по преступлениям, совершенным в связи с наркотиками (12%-13%) среди общего количества осужденных (45). По данным ДЭН отмечено, что возможно для введения наркотиков в 29% используется нестерильный и в 15% самодельный инструментарий. Только одно учреждение определено как пилотное для введения программ по обмену игл и шприцев в местах лишения свободы и за отчетный период охвачено всего 31 осужденный. В связи с чем, остро встает нужда о продолжении адвокации и расширения данных программ в местах лишения свободы.

Все вышеизложенное указывает, что, несмотря на достигнутые успехи в расширении охвата, это, несомненно, должно отражаться на изменении рискованного поведения в данных группах, и должны быть созданы условия устойчивого развития данных программ.

Одним из компонентов формирования устойчивости является расширение подготовки специалистов и усиление потенциала, как государственных институтов, так и общественных организаций, предоставляющих услуги группам высокого риска. Кадровый потенциал провайдеров услуг, как в государственном, так и в негосударственном секторе в области ВИЧ/СПИД не достаточен как в количественном отношении, так и по уровню квалификации, особенно на областном и районном уровне. Преодоление препятствия возможно при повышении доли расходов на здравоохранение в государственном бюджете и ВВП с учетом расходов на укрепление кадрового потенциала и разработки долгосрочных планов подготовки кадров.

Необходима поддержка и в подготовке менеджеров программ, как среди сотрудников государственного сектора, так и неправительственных организаций, способных управлять программами.

Предоставление услуг по ВИЧ/СПИД было значительно интегрировано в услуги, предоставляемые другими профильными службами: туберкулезную, антенатальные клиники, дермато - венерологическую службу. Это напрямую связано с введением поэтапного скрининга пациентов по клиническим показаниям, а также с разработкой руководств по ведению больных с сочетанной инфекцией, регламентирующих документов для центров репродуктивного здоровья и родовспомогательных учреждений и т.д. Данная взаимосвязь и интеграция должна укрепляться на всех уровнях, включая первичное звено медико-санитарной помощи.

Некоторые тенденции в снижении стигмы, скорее всего повышении толерантности к ЛЖВ отмечены за отчетный период на основании сравнения данных двух исследований по уровню стигмы и дискриминации 2008г. и 2010г. (18,19), описанных выше. Эти изменения достигнуты благодаря значительной адвокационной работе и информационным кампаниям среди населения, проведению образовательных программ

среди поставщиков услуг. Снижение стигмы является долгим и не всегда результативным процессом. Важно, чтобы существующая стигма не могла позволить дискриминировать людей на основании ВИЧ статуса и создавать препятствия для их жизненных прав и свобод. В связи с этим, адвокация прав человека, гендерного равенства через программы ВИЧ/СПИД и защита прав ЛЖВ являются сквозным компонентом новой Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД. Впервые в подготовку данного отчета по СПИД были вовлечены сотрудники офиса Уполномоченного по правам человека в РТ (Омбудсмен по правам человека в РТ). Значительным вкладом в снижение стигмы и дискриминации среди общества будет служить внедрение политики по ВИЧ/СПИД на рабочем месте. Вопросы стигмы и дискриминации в области ВИЧ/СПИД должны быть введены в учебные программы по подготовке врачей и учителей на постоянной основе.

В то же время остаются не начатыми программы по подготовке судей и адвокатов, юристов по вопросам ВИЧ/СПИД и предоставлению компетентного консультирования по защите прав ЛЖВ. В стране не проводится независимый мониторинг прав ЛЖВ в соответствии с действующим законодательством и поощрение использования существующих механизмов правовой защиты для соблюдения прав ЛЖВ.

В то же время существующий высокий уровень политической приверженности государства, существующее законодательство, приоритетные стратегии и широкий спектр предоставляемых услуг создали основу для достижения поставленных целей. Необходимыми условиями в достижении ЦРТ 6 является стабильность проводимых мероприятий, наличие соответствующих ресурсов и укрепление существующих систем.

VII. ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ ПАРТНЕРОВ ПО ПРОЦЕССУ РАЗВИТИЯ В СТРАНЕ

Деятельность международных доноров по поддержке программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Таджикистане заключается в целом комплексе мероприятий, из которых можно выделить следующее:

- Адвокация;
- Предоставление финансовой помощи;
- Участие в мобилизации ресурсов;
- Оказание технической поддержки;
- Повышение потенциала по противодействию эпидемии;
- Участие в непосредственном внедрении программ.

За отчетный период было закончено внедрение Регионального Проекта по контролю за СПИД - СААР (WB/DFID), продолжено внедрение регионального проекта CARHAP/DFID, начато внедрение проектов, поддерживаемых PEPFAR: PEPFAR/USAID - проект «Диалог», и «Качественное здравоохранение», проекта «Содействие» СДС/Колумбийский Университет, и поддержка офиса CDC через программу GAP. Начата деятельность региональных проектов, поддерживаемых GIZ, которые включают компоненты профилактики ВИЧ/СПИД как сквозные компоненты своей деятельности. Продолжена деятельность по проектам AFEW, OSI, проектам, поддерживаемым агентствами ООН на страновом уровне. Новый проект AFEW/Министерство Иностранных Дел Нидерландов будет запущен, начиная с 2012г., и направлен на профилактические программы среди уязвимых групп населения. Основная деятельность по ВИЧ/СПИД осуществляется в рамках реализации 8-го раунда ГФСТМ, вторая фаза которого начата в декабре 2011г.

Поддержка ООН программ по ВИЧ/СПИД включена в Рамочную программу ООН по оказанию помощи в целях развития на период 2010-2015гг., и проблемы по ВИЧ/СПИД подчеркнуты, как приоритетные, по крайней мере, в трех областях действия этой программы (здравоохранение, образование, социальная защита).

Как уже было отмечено, в основном программы по ВИЧ/СПИД финансируются из внешних источников, что связано с экономическими трудностями, испытываемыми Таджикистаном. В то же время воздействие мирового финансового кризиса уже сказывается на дальнейшем внешнем финансировании программ, в частности, критическая ситуация сложилась в связи с резким ограничением возможностей для стран по представлению раундовых заявок в ГФСТМ. Однако анализа ситуации и ее дальнейшего прогнозирования в связи с уменьшением финансирования и ее воздействия на экономическое и социальное развитие не проводилось. Также в настоящее время не имеется данных о возможных альтернативных источниках финансирования жизненно важных услуг и поставок в ближайшей перспективе.

Внешние партнеры по процессу развития согласуют и гармонизируют свои программы в связи с ВИЧ с национальной программой по ВИЧ/СПИД и «триединные принципы» широко внедрены на страновом уровне.

За отчетный период внешняя поддержка партнеров по процессу развития в стране была оказана в различных областях, включая адвокацию, финансовую и техническую поддержку, мобилизацию ресурсов, расширение универсального доступа к программам профилактики, лечения и ухода.

Международные партнеры по процессу развития в стране имеют целый ряд возможностей для оказания поддержки по расширению Национального ответа и универсального доступа:

- Международный опыт и ряд адвокационных инструментов для усиления процессов развития и расширения подходов к ответу на эпидемию ВИЧ, основанных на соблюдении и защите прав человека.
- Предоставление финансовой поддержки и международной экспертизы для достижения ЦРТ и помощи в ответных действиях на глобальные вызовы, такие как СПИД.
- Международные механизмы по координации деятельности между внешними партнерами, консолидированию действий и ресурсов по оказанию поддержки Национального ответа на эпидемию на страновом уровне.
- Международные партнеры по процессу развития являются непосредственными участниками процесса планирования, управления, внедрения и мониторинга программ по ВИЧ/СПИД в РТ, и как члены НКК могут оказывать поддержку в приоритизации мер, направленных на сдерживание эпидемии, а также включать программы по ВИЧ/СПИД в приоритетные направления своей деятельности.
- Предоставление международной экспертизы в области международных стандартов, внедрения лучшего международного опыта и практик и оказание поддержки в их адаптации на страновом уровне.
- Предоставление лучшего международного опыта по вовлечению новых партнеров в национальный ответ, активному участию гражданского общества, мобилизации сообществ и общин, усилению потенциала гражданского общества, в частности представителей сообщества ЛЖВ.
- Предоставление международного опыта, лучших практик и международных стандартов в области защиты прав человека, достижения гендерного равенства, снижения всех видов насилия, защиты интересов и прав ЛЖВ.

Основные области необходимой поддержки со стороны партнеров по процессу развития:

- Необходимость продолжения финансовой поддержки Национального ответа по ВИЧ/СПИД с учетом расширения вмешательств по сдерживанию эпидемии, которые будут включены в Национальную Программу нового цикла на период 2011-2015гг. для достижения ЦРТ.
- Определение нужд для технической поддержки (ТП) в стране и разработки плана технической помощи в ключевых областях.
- Предоставление международной экспертизы в области разработки стандартов, стратегий, политики и руководств и оказание поддержки в адаптации лучших международных практик на страновом уровне.

- Оказание поддержки в мобилизации ресурсов, приоретизации вмешательств и определении рентабельности программ в условиях международного кризиса.
- Оказание технической и финансовой поддержки в укреплении системы МиО и улучшении предоставления доказательно обоснованной стратегической информации для планирования и управления программами и слежения за Национальным ответом за эпидемией в соответствии с текущей ситуацией.
- Усиление потенциала страны в ответ на эпидемию, включая расширение подготовки кадров для внедрения программ.
- Предоставление международного опыта и оказание поддержки в его адаптации по расширению программных действий и вовлечению гражданского общества.

VIII. УСЛОВИЯ ДЛЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

За отчетный период одновременно с Программой противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015гг. был разработан и новый Национальный план мониторинга и оценки для отслеживания достижения целей данной программы. К национальному плану МиО разработан детальный бюджет и рассмотрены возможности обеспечения его финансирования, определены конечные и промежуточные цели в достижении результатов в а также составлен график проведения необходимых исследований.

Данный план был разработан при широком участии всех ключевых партнеров, включая представителей гражданского общества и, в частности людей, живущих с ВИЧ, и утвержден Национальным Координационным Комитетом по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией РТ. Большинство основных партнеров согласовали и гармонизировали свои требования к МиО, включая показатели, с национальным планом МиО.

Данный план включает 68 национальных индикаторов, в большинстве своем, индикаторов, входящих в Руководство по отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, также индикаторы, характеризующие специфические вмешательства Программы по ВИЧ/СПИД, индикаторы Стратегии сектора Здравоохранения, связанные со СПИД, а также несколько специальных индикаторов проекта по внедрению грантов ГФСТМ по компоненту ВИЧ/СПИД. Также план включает области проведения стандартного программного мониторинга, эпиднадзора за ВИЧ и дозорного эпиднадзора, как и руководящие принципы по использованию инструментов для сбора данных.

За отчетный период в стране расширено Национальное подразделение по МиО в структуре РЦ СПИД с выделением дополнительных штатных единиц, и открытием 4-х отделов по МиО в областных центрах СПИД.

При НКК существует межсекторальная ТРГ по МиО с утвержденным составом, включая представителей гражданского общества, в том числе и ЛЖВ, с функциональными обязанностями, рабочим планом и графиком заседаний. Заседания ТРГ по МиО проводятся регулярно.

В стране существует система эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ на основании официальной регистрации и система дозорного эпиднадзора второго поколения.

Политика по тестированию определяется Законом о противодействии ВИЧ/СПИД в РТ, на основе которого разработан и принят «Порядок медицинского освидетельствования с целью выявления заражения ВИЧ, учета медицинского обследования ВИЧ инфицированных и профилактического наблюдения за ними». Основным источником данных является отчетная форма, основанная на регистрации случаев ВИЧ-инфекции. Универсальный единый код для регистрации случаев ВИЧ введен в структурах центров СПИД с 2008 г., данный код используется как государственными, так и негосударственными структурами при регистрации ЛЖВ, регистрации клиентов и слежении за оказанием услуг по ВИЧ и способствует проведению тестирования на конфиденциальной основе.

Эпидемиологические данные от областных центров СПИД регулярно передаются в РЦ СПИД. Проведение ДЭН также координируется РЦ СПИД, и данные из всех сайтов

поступают и анализируются в РЦ СПИД. Данные и отчеты от основных партнеров-исполнителей собираются координаторами программ и представляются в РЦ СПИД. Также одновременно данные от исполнителей грантов ГФСТМ передаются в подразделение по реализации грантов и анализируются ежеквартально.

Все данные по МиО регулярно обновляются. Сильными сторонами эпидемиологического надзора является значительный охват различных групп населения на национальном уровне с применением стандартных правил тестирования представителей одних и тех же групп. В то же время отмечается неравномерный охват отдельных групп населения, включая группы высокого риска.

За отчетный период внедрение ДЭН расширено до 10 пилотных сайтов в 2010г. Впервые в 2011г. был проведен ДЭН среди МСМ. Для повышения эффективности и снижения стоимости проведения ДЭН было принято следующее решение. Для слежения за тенденциями в эпидемии ВИЧ/СПИД, дозорными группами для проведения ДЭН на регулярной основе будут являться ПИН, РС, МСМ и заключенные. В связи с тем, что приказом МЗ РТ в 2011г., введен двукратный скрининг всех беременных женщин, то нет необходимости для регулярного проведения ДЭН среди беременных. В связи с расширением тестирования на ВИЧ по клиническим показаниям, включая расширение тестирования среди пациентов с ИППП, нет необходимости проведения ДЭН среди больных с ИППП. Анализ результатов ДЭН (2008) среди мигрантов и результатов рутинного тестирования мигрантов показал очень низкий процент случаев ВИЧ среди мигрантов. В связи с этим, ДЭН среди мигрантов может быть проведен, как отдельное специальное исследование в случае изменения ситуации или получения обновленных данных в течение времени.

За отчетный период по инициативе РЦ СПИД в стране была проведена оценка качества представляемой стратегической информации по ВИЧ/СПИД на основе эпидемиологического надзора и, в первую очередь, дозорного эпиднадзора. Целью данной оценки явилось проведение критического и полноценного анализа существующей системы ДЭН за ВИЧ-инфекцией относительно полезности системы и других специфических атрибутов и предоставление рекомендаций по улучшению качества и эффективности системы (25).

В ходе оценки подчеркнуты достижения в этой области, и, что наиболее важно, выявлены недостатки и упущения. На основании данной оценки выработаны рекомендации, направленные на улучшение дозорного эпиднадзора, часть из которых уже начала реализовываться, в частности, улучшение подходов к выполнению методики выборки, построенной респондентами.

За отчетный период, наряду с получением обновленных результатов ДЭН, проведены повторные национальные исследования, данные, которых используются для получения национальных индикаторов: «Исследование уровня информированности, практики, поведения и мер противодействия ВИЧ/СПИД среди населения в возрасте 15-49 лет в РТ» (2010), «Национальное исследование по выявлению форм стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ», «Оценка национальных расходов в связи со СПИД», исследование по определению эффективности стоимости программ по обмену игл и шприцев в РТ и другие исследования на уровне отдельных проектов.

В 2011г. проведено обновление оценочных данных по количеству ЛЖВ в стране, пациентов нуждающихся в АРТ, ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Данная практика становится регулярной.

За отчетный период обучение по вопросам МиО проводилось достаточно широко как на международных, региональных, так и на национальных тренингах и семинарах. Обновлены тренинги для специалистов по проведению ДЭН и анализу его результатов, проведению оценок и расчетов, проведению оценки национальных расходов в связи со СПИД, и т. д.

Существуют определенные трудности в постоянном и качественном функционировании системы мониторинга и оценки по ВИЧ/СПИД в стране. Незыблемым остается то, что наблюдение за случаями ВИЧ является частью общей системы эпидемиологического надзора за инфекционными заболеваниями. В то же время, проведение ДЭН в настоящее время полностью зависит от внешних источников финансирования, что создает риски для его развития в будущем.

Руководство для МиО также должно быть пересмотрено с учетом обновленного плана по МиО. Интеграция поведенческих данных в национальную систему эпиднадзора за ВИЧ/СПИД должна быть усилена.

Беспокойство вызывает сокращение средств в рамках второй фазы 8-го раунда внедрения грантов ГФСТМ для проведения поведенческих исследований среди населения. Большая часть доноров, работающих в сфере ВИЧ/СПИД, в рамках страновых программ включили компоненты поддержки системы МиО. В то же время необходима четкая координация данной деятельности со стороны ТРГ по МИО для эффективного использования средств и устранения пробелов, существующих в системе.

Несмотря на увеличение числа специалистов системы МиО, не все они еще охвачены базовым обучением по МиО, а также не хватает специалистов, имеющих навыки проведения отдельных исследований с использованием программного обеспечения. План по подготовке кадров в системе МиО на долгосрочной основе не разработан, как и не проведены оценки нужд в технической помощи в области МиО.

В стране существует практика регулярного проведения Национальных конференций по результатам эпидемиологического надзора за эпидемией, включая результаты ДЭН, с оценкой достижений и недостатков в функционировании системы МиО с определением приоритетов для ее улучшения, которая, несомненно, должна быть продолжена с широким обсуждением и регулярной публикацией данных.

Информация по МиО недостаточно широко используется в ходе реализации программ и их корректировке для быстрого реагирования и принятия соответствующих мер по управлению программами и мобилизации ресурсов.

В целом, несмотря на значительное улучшение в функционировании системы мониторинга, необходимо постоянное проведение работы по выявлению ее слабых звеньев в целях улучшения ее качества и эффективности в представлении стратегической информации для принятия решений, планирования и слежения за эпидемией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам эпидемиологических данных, Таджикистан достиг основных целей Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД и универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ до 2010 г.: Распространенность ВИЧ инфекции не превысила 20% среди групп населения, наиболее подверженных высокому риску, и не превысила 1% среди общего населения.

Изменения, произошедшие в расширении Национального ответа за отчетный период показывают, что Таджикистан в настоящее время имеет шансы для достижения основных целей новой Национальной Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг. и ЦРТ6: Остановить распространение ВИЧ/СПИД и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости. Достижение этих целей потребует, прежде всего, концентрации действий на основных приоритетных направлениях, усиления программ среди групп, подверженных наиболее высокому риску, проведения мобилизации ресурсов и предоставления расширенной технической поддержки, координации в действиях всех ключевых партнеров, усиления кадрового потенциала, формирования механизма устойчивости программ через существующие системы. Выполнение мер универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ и улучшению качества предоставляемых услуг должно быть основано на создании благоприятной среды для соблюдения прав людей, живущих с ВИЧ, и уязвимых групп и обеспечения гендерного равенства. Усиление и расширение действий в области программ по ВИЧ/СПИД будет способствовать выполнению национальных обязательств по внедрению Политической Декларации по ВИЧ/СПИД, 2011: Активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИД.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ:

1. Внедрение эпиднадзора второго поколения в Республике Таджикистан, С. Вохидов, зав. эпид. отделом РЦ СПИД МЗ РТ. Презентация на научно - практической конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в странах Содружества Независимых Государств, Душанбе, 5-6 декабря, 2011.
2. Данные Государственного агентства занятости и миграции Министерства труда и социальной защиты населения РТ, 2010г.
3. Данные анализа о пробелах, существующих в финансировании программ по ВИЧ/СПИД. Проект заявки НКК РТ в 10-ый раунд ГФСТМ, утвержденный заседанием НКК, 2010.
4. Данные по оценкам, моделированию и прогнозам в программе «Спектрум», 2011, РЦ СПИД.
5. Данные Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, 2010- 2011.
6. Доклад о глобальной эпидемии СПИД, ЮНЭЙДС, 2008.
7. Доклад о глобальной эпидемии СПИД, ЮНЭЙДС, 2010.
8. Доступ к социальным услугам для людей, живущих с ВИЧ с акцентом на гендерное равенство, Садыкова Д., Отчет об исследовании, Душанбе, 2011.
9. Закон Республики Таджикистан о противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита, 2005, Обновленная версия Закона о противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита, 2008.
10. Заявка НКК РТ в Глобальный Фонд по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, 8-ой раунд, Душанбе, 2008.
11. Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан, Центр медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, 2010.
12. Исследование групп особого риска и потенциала местных организаций в подготовке и исполнении программ по профилактике ВИЧ/СПИД среди ПИН, РС и их клиентов в Таджикистане (AIDS Projects Managment Group, 2009).
13. Исследование поведения молодежи в возрасте 15-24 лет в области ВИЧ/СПИД в Таджикистане, Центр Стратегических Исследований при Президенте РТ (ЦСИ) ПРООН/ЮНЭЙДС, 2006.
14. Исследование уровня информированности, практики поведения и мер противодействия ВИЧ/СПИД среди населения в возрасте 15-49 лет в РТ, Центр Стратегических Исследований при Президенте РТ (ЦСИ),/ ПРООН, 2008.
15. Исследование уровня информированности, практики поведения и мер противодействия ВИЧ/СПИД среди населения в возрасте 15-49 лет в РТ, Центр Стратегических Исследований при Президенте РТ (ЦСИ),/ ПРООН, 2010.
16. Методическое пособие для использования в ходе реализации Постановления Правительства РТ №232 от 3 мая 2010 года об организации назначения и выплате денежных государственных пособий, 2010.
17. Национальная стратегия Развития Республики Таджикистан на период до 2015 (Душанбе, 2006).
18. Национальное исследование по выявлению форм стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ (2008).
19. Национальное исследование по выявлению форм стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ (2010).
20. Национальный отчет о ходе выполнения декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД ССГАООН, Таджикистан, 2009.

21. Национальный план мониторинга и оценки Программы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2010 -2015гг.
22. Национальная программа формирования здорового образа жизни в РТ на период 2011-2020гг., 2011.
23. Национальный протокол по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан, 2010.
24. Оперативное Руководство: Заместительная поддерживающая терапия метадонном при синдроме зависимости от опиоидов, Министерство здравоохранения РТ, Душанбе, 2009.
25. Оценка Дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Таджикистан: Результаты и Рекомендации. Ш. Караматова, Презентация на научно - практической конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в странах Содружества Независимых Государств, Душанбе, 5-6 декабря, 2011
26. Оценка национальных расходов в связи со СПИД на период 2008-2009гг., 2010.
27. Отчет исследования поведенческого риска ВИЧ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) в г.Душанбе Республики Таджикистан в 2011 г., 2011.
28. План внедрения Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ на период 2011-2015гг., 2011.
29. Порядок медицинского освидетельствования с целью выявления заражения вирусом иммунодефицита человека, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними. Постановление Правительства Республики Таджикистан №171 от 01.04.2008г.
30. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 03.05.2010 года № 232 «Порядок о назначении и выплаты государственного пособия детям в возрасте до 16 лет, инфицированных ВИЧ/СПИД», 2010.
31. Предоставление помощи и лечения при ВИЧ инфекции: антиретровирусная терапия в Республике Таджикистан, Додарбеков М., РЦ СПИД РТ, Презентация на научно - практической конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в странах Содружества Независимых Государств, Душанбе, 5-6 декабря, 2011.
32. Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2007 -2010 гг.
33. Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011 -2015 гг.
34. Программа развития здоровья молодежи в РТ на 2011-2013гг., 2011.
35. Реализация пилотной программы по заместительной поддерживающей терапии Республиканский клинический центр наркологии имени проф. М.Г.Гулямова. Презентация руководителя программы ЗПТМ в РТ, Малахова М.Н на научно - практической конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в странах Содружества Независимых Государств, Душанбе, 5-6 декабря, 2011.
36. Результаты оценки практики инъекций в лечебных учреждениях в странах Центральной Азии, 2010. Презентация Н. Усмановой, Советника по вопросам внутрибольничных инфекций CDC/GAP/KZ на научно - практической конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в странах Содружества Независимых Государств, Душанбе, 5-6 декабря, 2011.
37. Роль программы обмена игл и шприцев в предотвращении заражения ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан, Презентация А.Солиева, зав.отделом МиО РЦ СПИД РТ, и А.Якусик, консультант проекта, на научно - практической конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в странах Содружества Независимых Государств, Душанбе, 5-6 декабря, 2011.
38. Стратегия Снижения Бедности на период 2010-2012гг., Душанбе, 2009.
39. Рамочная Программа ООН по оказанию помощи в целях развития для Таджикистана на период 2010-2015гг., Душанбе, 2010.

40. Стратегияи Миллии Солимии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2020.
41. Таджикистан, Обследование уровня жизни, Государственный Комитет статистики РТ, 2007.
42. Фармон оид ба пешгирии сирояти вируси норасоии масунияти одам аз модар ба кудак. №269 аз 24.05.2008.
43. Эпидемиологическая ситуация среди трудовых мигрантов по данным ДЭН, Туманов Т., материалы национальной конференции по результатам ДЭН, 2008.
44. Annual Project Report, 2011, United Nations Development Programme, Tajikistan "Strengthening the supportive environment and scaling up prevention, treatment and care to contain HIV epidemic in the Republic of Tajikistan", 01/01/2011 – 31/12/2011.
45. Latypov, A. Drug dealers, drug lords and drug warriors-cum-traffickers: Drug crime and the narcotics market in Tajikistan. In Central Asian Drug Policy Center, Kyrgyzstan through the prism of drug economy Bishkek: Public Foundation "Central Asian Drug Policy Center.", 2011 (pp. 271-319).
46. Situation analysis. Country context. www.untj.org
47. WHO TB country profile, Tajikistan
<http://www.euro.who.int/tuberculosis/ctryinfo/CtryInfoRes?COUNTRY=TJK&CtryInputSubmit>
48. <http://www.ncc.tj/> Сайт Национального Координационного Комитета по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан