

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ О ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕКЛАРАЦИИ О
ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЕЛУ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИД СПЕЦИАЛЬНОЙ
СЕССИИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ООН**

Таджикистан, 2009

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ О ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕКЛАРАЦИИ О
ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЕЛУ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИД СПЕЦИАЛЬНОЙ
СЕССИИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ООН**

СТРАНА: Таджикистан

Отчетный период: январь 2008 - декабрь 2009 г.

Дата представления: 31 марта 2010 г.

Имя/фамилия ответственного сотрудника Национального комитета по СПИДу: Муродали Рузиев, Директор Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, Председатель Технической Рабочей Группы по Мониторингу и Оценке (ТРГ по МиО) при Национальном Координационном Комитете по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулёзом и малярией.

Подпись: _____

Почтовый адрес: 734018, Таджикистан, Душанбе, ул. А.Дехоти, 48

Тел: (+99237) 234-34-42

Факс: (+99237) 234-34-42

www.aids.tj

E-mail: aidscenter.tj@gmail.com,

альтернативный адрес: m.ruziev@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ

II.	Краткий обзор.....	4
a)	Процесс написания доклада и полнота состава участников.....	4
b)	Состояние эпидемии.....	6
c)	Политика и программные ответные меры.....	7
d)	Данные ССГА ООН для показателей в виде обзорной таблицы.....	10
III.	Обзор эпидемии СПИДа.....	12
IV.	Национальные меры в ответ на эпидемию СПИДа.....	25
	ПРОФИЛАКТИКА.....	30
	ЛЕЧЕНИЕ.....	35
	УХОД И ПОДДЕРЖКА.....	37
	ИНДИКАТОРЫ ССГАООН, ПОКАЗЫВАЮЩИЕ РЕАЛИЗАЦИЮ ВНЕДРЕНИЯ ОТВЕТНЫХ МЕР.....	38
	ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И ДЕЙСТВИЯ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ.....	38
	ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ.....	39
	ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЗНАНИЯ И ПОВЕДЕНИЕ.....	44
	ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ.....	47
V.	Наилучшая практика.....	49
VI.	Основные проблемы и меры для их устранения.....	56
VII.	Поддержка со стороны партнеров по процессу развития в стране.....	60
VIII.	Условия для мониторинга и оценки.....	62
	Заключение.....	64
	Используемая литература и источники данных.....	65
	Приложения.....	67

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ О ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕКЛАРАЦИИ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЕЛУ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИД СПЕЦИАЛЬНОЙ СЕССИИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ООН

Таджикистан

Отчетный период: январь 2008 г. – декабрь 2009 г.

Дата представления: 31 марта 2010 г.

II. КРАТКИЙ ОБЗОР

а) Процесс написания доклада и полнота состава участников

Национальный доклад по мониторингу выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу (2001) подается Таджикистаном уже в четвертый раз, включая 2003, 2005 и 2007 гг.

Непосредственно процесс подготовки данного Национального доклада осуществлялся мультисекторальной Технической Рабочей Группой по мониторингу и оценке (ТРГ по МиО) при Национальном Координационном Комитете по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией (НKK). Согласно письму Председателя НKK, Заместителя Премьер Министра РТ (№ 163/4-17 от 25.12. 2009), в качестве координирующих структур процесса подготовки Национального отчета о ходе внедрения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом представлены секретариат НKK и отдел здравоохранения, по делам женщин и семьи Исполнительного Аппарата Президента Республики Таджикистан.

В состав мультисекторальной 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 санитарно-эпидемиологического Управления, Республиканского центра медицинской статистики и информации.
- Ответственные сотрудники за выполнение программ по ВИЧ/СПИДу от Министерства труда и социальной защиты, образования, финансов, юстиции, обороны, внутренних дел Республики Таджикистан, Центра стратегических исследований при Президенте Республике Таджикистан, Комитета по делам молодежи, спорта и туризма, Комитета по делам женщин и семьи при Правительстве Республики Таджикистан (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.) Также в предоставлении информации были задействованы директора центров СПИД областного уровня.
- Также в стране существует группа технической поддержки для усиления системы мониторинга и оценки, включающая представителей ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, программы ПРООН по контролю ВИЧ/СПИД, ТБ и малярии, Центрально-Азиатской Программы по профилактике ВИЧ/СПИДа

(CARHAP/DFID), Регионального Центрально-Азиатского Проекта по Контролю за СПИД (СААР), Института Открытого Общества (OSI). Представители этой группы также непосредственно участвовали в сборе информации, анализе данных и разработке и написании отчета.

- Учитывая важность данного отчёта, специальное распоряжение было отдано ключевым министерствам и ведомствам по осуществлению сбора и предоставления необходимой информации, и оказания всяческого содействия ТРГ по МиО в подготовке и разработке данного отчета (№ 163/4-17 от 25. 12. 2009 г.) Непосредственное выполнение подготовки отчёта осуществлялось РЦ СПИД, Секретариатом НКК и ТРГ по МиО при НКК.

Первое ознакомительное совещание ТРГ по МиО с руководящими принципами разработки ключевых показателей и инструкциями, по подготовке отчета было проведено в октябре 2009 г. Рабочее совещание сотрудников РЦ СПИД и ключевых партнеров по распределению ответственных за сбор информации проведено в декабре 2009 г, где были определены сроки и источники получения данных и определены местные эксперты, которые будут отвечать за предоставление данных по индикаторам.

Также были обсуждены вопросы по сбору данных по Национальному комбинированному индексу политики (НК ИП). Секретариатом НКК были определены министерства и ведомства, ОО и международные организации, которые смогли бы представить полноценную информацию по НК ИП, предложено назначение двух консультантов по сбору информации среди государственных лиц, гражданского сектора и международных организаций, а также назначение ответственного лица от организаций, представляющих интересы людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) для проведения опроса среди ЛЖВ.

Одновременно начаты обучающие семинары и сбор информации по индикатору №1 «Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом» с использованием методологии Оценки национальных расходов в связи со СПИДом (NASA). Информация о подготовке отчета была помещена на сайте Министерства здравоохранения РТ. В декабре-январе 2009 г. председателем ТРГ по МиО были проведены отдельные консультации с членами ТРГ, ЮНЭЙДС и группой по технической поддержке по выявлению существующих проблем в подготовке отчета, и принятия мер для их решений.

После проведенной подготовительной работы, 15 января 2010 г. было проведено расширенное заседание ТРГ по МиО с участием как членов ТРГ, так и группы технической поддержки, а также представителей других заинтересованных партнеров от государственного сектора, неправительственных организаций, включая людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), и Центра стратегических исследований при Президенте Республики Таджикистан (ЦСИ). На данном заседании были приняты следующие решения:

- Определены индикаторы из списка индикаторов ССГА ООН, по которым страна сможет подать данные за отчетный период
- Определен период, за который эти данные могут быть представлены в полном объеме в данном докладе:
 - а) Данные, полученные в рамках проведения дозорного эпиднадзора (ДЭН) будут подаваться по данным за 2008. Обработка данных за 2009 г. не будет еще завершена до 31 марта 2010 г., и данные не будут еще утверждены и опубликованы к сроку подачи настоящего отчета.
 - б) Данные, полученные в ходе сбора рутинной информации, будут подаваться за 2008 и 2009 гг.
 - в) Данные по расходованию средств на СПИД будут подаваться за 2008 и 2009 гг. с использованием методики NASA. В феврале 2010 года будут проведены семинары по обучению и сбору информации из всех возможных источников, включая информацию из государственных и международных организаций.
 - г) Другие данные будут представлены по результатам последних проведенных исследований

д) Данные по министерствам и ведомствам будут подаваться с учетом самых последних обновлений данных (2008/2009); данные по отдельным проектам будут представлены на основании годовых отчетов за 2009г.

- Были определены ответственные за подготовку данных для отчета по каждому индикатору.
- Были назначены два технических координатора для сбора информации по Национальному комбинированному индексу политики (НКИП), проведения анкетирования ключевых респондентов по НКИП, из числа представителей правительства и ОО, и обработки этих данных.
- Составлен план и график подготовки Национального доклада.
- Определены нужды для технической поддержки при подготовке отчета от международной группы технической поддержки (ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, программы ПРООН по контролю ВИЧ/СПИД, ТБ и малярии, SARHAP, СААР, OSI)

Комплектование проекта отчета произведено специалистами РЦ СПИД и сотрудниками отдела мониторинга и оценки РЦ СПИД.

18 марта 2010 г. проект Национального отчета был рассмотрен на Партнерском Форуме с участием более 50 ключевых партнеров, включая ответственных представителей отдела по здравоохранению, делам женщин и семьи, секретариата Национального Координационного Комитета по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (НKK), ключевых министерств и ведомств, руководителей отдельных служб Министерства здравоохранения Республики Таджикистан (МЗ РТ), руководителей Республиканского Центра СПИД (РЦ СПИД) и центров СПИД из областей и районов республиканского подчинения (РРП), представителей организаций гражданского общества (ГО), включая ЛЖВ, неправительственных СПИД-сервисных организаций, международных организаций и исследовательских центров для широкого обсуждения и утверждения основных данных, и для достижения консенсуса по НКИП.

в). Состояние эпидемии

По состоянию на 31 декабря 2009 г. в стране официально зарегистрировано 1853 случаев ВИЧ-инфекции, включая 431 новый случай за 2009 г (3).

Распространенность ВИЧ составляет 21,8 на 100 000 населения. Случаи ВИЧ зарегистрированы в 60 из 66 районов страны. Количество умерших от общего числа ВИЧ-инфицированных составило – 247 (13,3%). Среднее оценочное число ВИЧ-инфицированных в стране составляет от 6,800-10,000 (2009). 96,4% случаев зарегистрированы у людей в возрасте 15-49 лет, из них 83,4% - в возрасте от 20 до 39 лет, и в 1,9% у детей в возрасте до 14 лет. 80% случаев ВИЧ зарегистрировано среди мужчин и 20% - среди женщин. Более того, в течение последних лет количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди женщин увеличилось почти в три раза (2,6). Так, в 2005г. количество новых случаев среди женщин составило 8,5%, а в 2009 г. – 22,3%. Также, в 57% случаев ВИЧ-инфекции среди женщин установлен половой путь передачи.

Первый случай ВИЧ инфекции среди беременных женщин зарегистрирован в Таджикистане в 2005г., а в настоящее время (на 31 декабря 2009 г.) общее количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин составляет 105 случаев, и только за 2009 г. зарегистрировано 54 случая среди беременных женщин, из них у 34 ВИЧ инфекция была выявлена во время беременности и родов, у 20 женщин ВИЧ

инфекция была выявлена в ходе эпидемиологического расследования при обнаружении ВИЧ у их детей по прошествии более 1 года с момента рождения.

Из общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ в 55,1% зарегистрирован инъекционный путь передачи, из них в 54,3% при инъекционном употреблении наркотиков, и в 0,8%- через переливание крови. Половой путь передачи зарегистрирован в 27,2% случаев, вертикальный путь передачи зарегистрирован в 1,1% и в 16,6% - путь передачи не выяснен.

Основной движущей силой эпидемии остается инъекционное употребление наркотиков, наряду с существованием таких факторов, как рост индустрии коммерческого секса и возрастающей миграции населения. По данным ДЭН распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) увеличилась с 15,8% в 2006г. до 17,6 % в 2008г. Так как распространенность ВИЧ-инфекции в течение нескольких лет превышает 5% среди групп, подверженных наиболее высокому риску заражения, в частности среди ПИН, этот факт подтверждает, что Таджикистан находится в стадии концентрированной эпидемии.

с) Политика и программные ответные меры

Мультисекторальный подход к Национальному ответу на эпидемию и «триединые принципы» признаны на страновом уровне (15). Национальный Координационный Комитет (НKK) в Таджикистане был основан в 1997 г. и председателем комитета является Заместитель Премьер Министра РТ. В 2005 г. была произведена реструктуризация по модели НKK по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией и НKK является единым органом по координации деятельности по ВИЧ/СПИДу. В состав НKK входят представители ключевых министерств, международных организаций и местных НПО, включая ЛЖВ. В 2009 г. участие представителей гражданского общества (ГО) было расширено в два раза. Всего в НKK входят 19 организаций, 6 из них представители гражданского общества. Также в обновленный состав НKK был включен религиозный лидер всех мусульман, муфтий Таджикистана.

В 2008 г. произведена ревизия Закона о противодействии ВИЧ/СПИДу в Республике Таджикистан (5), и статья о депортации иностранных граждан на основании положительного ВИЧ-статуса была исключена из новой версии Закона.

В 2008 г. обновлен Порядок медицинского освидетельствования (2008) (18) с целью выявления заражения ВИЧ, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними на основе рекомендаций ВОЗ/ЮНЭЙДС по инициированию тестирования и консультирования провайдерами услуг в медицинских учреждениях. Принудительное тестирование потребителей инъекционных наркотиков было исключено из порядка тестирования. Постепенно и поэтапно с учетом эпидемиологических данных, определения потребностей и наличия ресурсов вводится скрининг на ВИЧ-инфекцию в медицинские службы противодействия туберкулезу, лечения инфекций, передающихся половым путем, антенатальные клиники и службы родовспоможения.

Порядок о назначении ежемесячного государственного денежного пособия для ВИЧ-инфицированных детей в возрасте до 16-лет разработан и находится на утверждении.

За отчетный период значительные позитивные шаги сделаны в области продвижения и подготовки по внедрению заместительной терапии для ПИН, и необходимость внедрения заместительной терапии признана на государственном уровне. Произведена мобилизация ресурсов для начала пилотного проекта, разработано оперативное руководство по заместительной терапии (12), определены пилотные сайты для внедрения заместительной терапии на базе наркологических учреждений в гг. Душанбе, Худжанд и Хорог. Предприняты шаги по закупке необходимого оборудования, подготовке соответствующих

специалистов, реконструкции пилотных сайтов. Начало внедрения заместительной терапии на пилотной основе запланировано на 2010г.

Национальная Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на период 2007-2010 гг. была разработана на принципах достижения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке по ВИЧ/СПИДу (20), и цели по достижению универсального доступа были разработаны и включены в программу. Вопросы ВИЧ/СПИДа интегрированы в Стратегию Снижения Бедности (ССБ) на период 2010-2012 гг. (25) на основе мультисекторального подхода и включены в Рамочную Программу ООН по оказанию помощи в Целях Развития для Таджикистана на период 2010-2015 гг. (26).

Профилактические программы развернуты среди всех групп населения, подверженных наиболее высокому риску (ПИН, РС, МСМ) а также среди других уязвимых групп (заключенных, мигрантов, детей улицы, женщин, военнослужащих и т.д.) С 2005 г. начато внедрение АРТ (антиретровирусной терапии), и, охват ЛЖВ, нуждающихся в АРВ терапии, значительно расширился в настоящее время.

Значительные успехи были достигнуты по следующим программам.

По данным Республиканского научного центра крови (РЦ крови), начиная с 2008 г., 100% единиц донорской крови тестируются на ВИЧ в отличие от 97% в 2007 г.

По данным официальной статистики охват ВИЧ инфицированных беременных женщин программами АРВ профилактики для снижения риска передачи ВИЧ от матери к ребенку увеличился только за 2008-2009 гг. в два раза.

По данным Центра стратегических исследований при Президенте Республике Таджикистан (ЦСИ) охват населения тестированием на ВИЧ увеличился в три раза с 2,04% -2007 до 6,8% в 2008. Также по данным РЦ СПИД за период 2007 – 2009 гг. количество протестированных лиц увеличилось с 93791, 148255 до 210179 человек соответственно.

Согласно последним данным ДЭН охват ПИН профилактическими программами увеличился с 16% в 2006 г. до 63,5% в 2008 г., охват РС - с 40% (2006) до 68% (2008). Охват ЛЖВ антиретровирусной терапией (АРТ) увеличился в два раза с 2006 г. по 2008 г. План действий по интеграции услуг по туберкулезу (ТБ) и ВИЧ разработан, тестирование на ВИЧ доступно в учреждениях по лечению ТБ.

В стране проводится постоянное наблюдение за эпидемией на основании эпидемиологического надзора за зарегистрированными случаями ВИЧ-инфекции и данных ДЭН. Дозорный эпиднадзор второго поколения введен в 2005 г. в двух сайтах. В настоящее время количество сайтов и дозорных групп расширено до 8-ми сайтов.

Правительство РТ в тесном сотрудничестве с неправительственными организациями проводит внедрение программ, направленных на расширение всеобщего доступа к профилактике ВИЧ-инфекции среди групп наиболее высокого риска и общего населения, а также к лечению и уходу всех нуждающихся. Для внедрения программ по ВИЧ/СПИДу произведена значительная мобилизация ресурсов. На 2008-2009 гг. страна располагала фондами для внедрения программ по профилактике и лечению в размере около 10млн долларов США (6), в основном, из грантов Глобального Фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), а также из нескольких региональных проектов СААР (Проект по контролю СПИД в Центральной Азии), CARHAP/DFID, CAPACITY/USAID, UNODC/OPEC, AIDS Foundation East -West (AFEW), и проектов, поддерживаемых на страновом уровне агентствами ООН, Open Society Institution (OSI), Азиатский Банка Развития (АБР), Фонд Ага Хана и т.д. Более того, страновая заявка по 8-му раунду ГФСТМ была разработана и одобрена ГФСТМ в общем объеме 45 млн. долларов США на 2009-2014 гг. (6).

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:

1. В основном программы по ВИЧ/СПИДу финансируются из внешних источников, что связано с экономическими трудностями, испытываемыми Таджикистаном, Национальный бюджет в настоящее время не позволяет осуществлять закупку тестов, лекарств, оборудование и поддержку многих программ по ВИЧ/СПИДу. В настоящее время благодаря проведенной мобилизации ресурсов, началу внедрения заявки 8-го раунда ГФСТМ, продолжающемуся внедрению некоторых региональных проектов, запланировано и подтверждено что около 14 миллионов долларов будут доступны до конца 2010 г. на программы по ВИЧ/СПИДу, в основном, от ГФСТМ и существующих региональных проектов. Выполнение некоторых региональных проектов заканчивается к концу 2010 года, в тоже время, другие региональные проекты будут начаты (USAID, GTZ). В настоящее время не ожидается уменьшение внешнего финансирования до конца 2010 г., однако воздействие мирового финансового кризиса может сказаться на дальнейшем внешнем финансировании программ. Одновременно, условия, связанные с экономическими трудностями в стране, влиянием мирового финансового кризиса, не гарантирует увеличение государственного бюджета на программы по ВИЧ/СПИДу.

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

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

Несмотря на значительные успехи в продвижении заместительной терапии, до настоящего времени заместительная терапия еще не введена на страновом уровне, что ограничивает пакет предоставляемых профилактических услуг и влияет на охват и приверженность пациентов из числа ПИН к АРТ.

Недостаточное количество специалистов, работающих с уязвимыми группами, как в государственном секторе, так и в общественных организациях.

Интеграция профилактических и лечебных программ по ВИЧ/СПИДу в общую систему здравоохранения только начата.

Результаты мониторинга и оценки не достаточно используются для регулярного пересмотра проводимых мероприятий. РЦ СПИД выявил имеющиеся пробелы в выполнении ДЭН, проведении оценок, что сказывается на качестве стратегической информации, ее использовании при стратегическом планировании и слежении за эпидемией.

Остается высоким риск дублирования деятельности в связи с нескоординированными действиями различных партнеров в планировании, финансировании и отчетности

Мультисекторальные подходы к решению проблем по ВИЧ/СПИДу должны быть усилены, как и интеграция их в решения общих проблем здравоохранения, борьбы с бедностью, гендерные аспекты и вопросы защиты прав человека.

Все эти факторы существуют параллельно с низким уровнем знаний населения по вопросам ВИЧ /СПИДа, и высоким уровнем распространения стигмы и дискриминации в области ВИЧ/СПИДа в обществе.

На 2010 г. запланирована разработка новой Национальной Программы по противодействию ВИЧ/СПИДу, которая будет направлена на расширение всеобщего доступа к услугам и достижению Целей Развития Тысячелетия, а именно, Цели 6 (Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями): Остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости.

d) Обзорная таблица данных для показателей ССГАООН

Индикаторы	Данные	Комментарии
Показатели, характеризующие приверженность и действия на национальном уровне		
1. Расходы в связи со СПИДом	Общие расходы, включая государственный сектор и международные инвестиции: 2008 г.-21'215'768 сомони = 6,2 млн. US\$ 2009 г.-31'082'064 сомони = 7,6 млн. US\$	Приложение №3, детали в описательной части стр. 14 Расходы в связи со СПИДом были определены согласно проведению Оценки национальных расходов в связи со СПИДом (NASA) Детали включены в раздел V (наилучшие практики), Матрица национального финансирования - в Приложении №3
2. Политика правительства в связи с ВИЧ/СПИД	Согласованная анкета по НКИП	Приложение №4
Показатели для национальных программ		
3. Безопасность крови	100%	Данные РЦ крови
4. Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия	2008 – 44,7% 2009 – 55,6%	Данные программного мониторинга
5. Профилактика передачи от матери ребенку	2008 -22,6% 2009 – 25,5%	Данные программного мониторинга
6. Ведение больных с туберкулезом и ВИЧ	2009 г. – 14,1%	Данные программного мониторинга
7. Тестирование на ВИЧ среди населения в целом	2008 г. - 6,8%	Исследование по домохозяйствам среди населения в возрастной группе 15-49 лет, 2008 (ЦСИ)
8. Тестирование на ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск	ПИН - 35,9% РС - 42,2%	ДЭН, 2008
9. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: охват программами профилактики	ПИН - 63,5% РС - 51,2%	ДЭН,2008
10. Поддержка детей, пострадавших в результате ВИЧ и СПИДа	Не релевантен	
11. Просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в школах	5,3%	Данные Министерства Образования, РТ 2009
Показатели, характеризующие знания и поведение		
12. Дети-сироты: посещаемость школ	Нет данных	Имеются данные Министерства образования по общей посещаемости школ; исследование по домохозяйствам не проводилось
13. Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ	10%	Исследование по домохозяйствам, среди населения в возрастной группе 15-49 лет, 2008 (ЦСИ)
14. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: знания о профилактике ВИЧ	ПИН - 55,2% РС - 30,6%	ДЭН, 2008
15. Половые контакты в возрасте до 15 лет	0,3%	Исследование по домохозяйствам среди населения в возрастной группе 15-49 лет,, 2008,(ЦСИ)
16. Половые контакты с повышенным	9,5%	Исследование по

уровнем риска		домохозяйствам в возрастной группе 15-49, 2008, (ЦСИ)
17. Использование презервативов во время секса с повышенным уровнем риска	49,4%	Исследование по домохозяйствам в возрастной группе 15-49, 2008, (ЦСИ)
18. Работники секс-бизнеса: использование презерватива	РС - 84,1%	ДЭН, 2008 (данные только среди РС –женщин)
19. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презерватива	Нет данных, собранных в соответствии с руководством. Информация представлена в описательной части доклада	МСМ не являются дозорной группой, имеющиеся данные собирались в рамках программного мониторинга
20. Потребители инъекционных наркотиков: использование презерватива	28,1%	ДЭН, 2008
21. Потребители инъекционных наркотиков: безопасная инъекционная практика	63,2%	ДЭН, 2008
Показатели, характеризующие воздействие		
22. Снижение распространенности ВИЧ	0,0%	ДЭН 2008, среди беременных, данные по возрастной группе 15-24
23. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: снижение распространенности ВИЧ	ПИН - 17,6% РС – 2.8%	Данные ДЭН, 2008
24. Лечение при ВИЧ: выживание спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии	58,3%	Данные программного мониторинга
25. Уменьшение уровня передачи инфекции от матери ребенку		Показатель не был смоделирован в связи с отсутствием полных данных для внесения в программу «Спектр», и не уверенностью национальных экспертов в качестве получаемых результатов в данной программе

III. Обзор эпидемии СПИДа

Общая информация по стране

Общая численность населения Республики Таджикистан на 1 января 2009 г. составляла 7,373,800 человек (7). Соотношение женщин и мужчин примерно одинаковое (3674,9 00 и 3698,900 соответственно). Дети до 15 лет составляют - 2,622500, из них дети до 5-ти лет: 919,300. Население в возрасте от 15 до 49 лет составляет - 3,958 700, из них в возрасте от 15- 24: 1,670 000. Более 73% населения страны проживает в сельской местности.

В результате внедрения Национальной Стратегии Развития (13) в течение последних лет отмечается рост уровня экономики примерно на 9%, с одновременным снижением уровня бедности от 64% населения, проживавших за чертой бедности (ниже \$2.15 в день) в 2003г. до 40,9% в 2007г. (25, 28).

В настоящее время Таджикистан столкнулся со значительными проблемами в экономике, такими как, воздействие глобального финансового кризиса, в связи, с чем показатели экономического развития уже снизились до 2,5% в 2009 г. 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 745 000 до 2 млн. человек в год (23). В связи с сокращением количества рабочих мест для мигрантов в принимающих странах общий

объем денежных переводов в 2009 г. снизился. В частности, в связи со снижением экономики в Российской Федерации объеме денежных переводов снизился более, чем на 35% (25).

В то же время Таджикистан испытывает энергетический кризис, подвержен высоким рискам, связанными с природными факторами, и региональным рискам, в особенности, в связи с ситуацией на таджикско-афганской границе. Все это, несомненно, отражается на состоянии социального сектора, в частности, на его финансировании. Так, сектор здравоохранения испытывает на себе хронический дефицит бюджета, и расходы в здравоохранении составляют не более 2,5 доллара США на душу населения. (25)

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 2009 г. с момента начала эпидемии официально зарегистрировано 1853 случая ВИЧ-инфекции, включая 431 новый случай за 2009 г. Число зарегистрированных новых случаев ВИЧ в течение последних пяти лет ежегодно увеличиваются, и, за 2009 г. количество случаев превышает этот показатель за 2006 г. более чем в два раза.

Показатель распространенности ВИЧ на основании данных официальной регистрации составляет 21,8 на 100 тыс. нас.

По оценочным данным число ЛЖВ в Таджикистане на 2008 г. составило примерно в среднем 10000 человек, при диапазоне от 5000 до 23000 ЛЖВ (4).

Из общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ в 2009 г. в 55,1% зарегистрирован инъекционный путь передачи, из них в 54,2% при инъекционном употреблении наркотиков. Отмечается, что в прошлые годы процент случаев передачи ВИЧ при инъекционном употреблении наркотиков был выше: 65,6% в 2006 и 57,9% в 2007 году.

Такое снижение доли пути передачи через потребление инъекционных наркотиков может быть связано со снижением доли ПИН, прошедших тестирование, от общего числа лиц, получивших тестирование в стране.

Так, в 2005 г. количество ПИН, прошедших тестирование, составляло 3,0% от общего количества протестированных лиц, а в 2008 г. - 1,1%, 2009 - 0,7% (данные РЦ СПИД)

При этом общее количество лиц, получивших, тестирование увеличилось приблизительно в три раза. В то же время доля ВИЧ-инфицированных ПИН, среди прошедших тестирование, продолжает расти: с 6,9% в 2005 г. до 11,6% - в 2008 г., (данные РЦ СПИД).

Более того, за период 2005-2009 гг. положительные результаты были зарегистрированы у 709 человек из групп высокого риска и уязвимых групп (ПИН, РС, заключенные, больные ИППП и т.д.), из них 524 среди ПИН (74%), что указывает на преобладающее количество случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН, сохраняющееся и в последние годы, по сравнению с другими уязвимыми группами.

Из общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ в 2009 г. в 27,2% зарегистрирован половой путь передачи, и отмечается увеличение доли полового пути передачи по сравнению с 21,5% в 2006 г.

80% из всех случаев ВИЧ зарегистрировано среди мужчин и 20% - среди женщин.

По данным Агентства по контролю над незаконным оборотом наркотиков при Президенте РТ (АКН, 2007), мужчины составляют 94,6% из числа зарегистрированных потребителей наркотиков. С учетом того, что путь передачи ВИЧ через инъекционное потребление наркотиков отмечается, более в чем, 50 - 60% среди всех зарегистрированных случаев, это отражается и на соотношении среди ВИЧ-инфицированных лиц в половом аспекте: доля ВИЧ-инфицированных мужчин (80%) из общего числа зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), значительно превышает долю женщин (20%).

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 2009 г. – 22,3%. Также, более чем в 57% случаев ВИЧ-инфекции среди женщин установлен половой путь передачи. В тоже время среди общего количества зарегистрированных ВИЧ-инфицированных женщин было зарегистрировано 74 женщины ПИН (20%).

Дозорный эпиднадзор (ДЭН) в Республике Таджикистан введен в 2005 г. в двух пилотных сайтах: г. Душанбе (население - 687,3 тыс. – примерно 9% от общего населения) и г. Худжанд (население - 156,5 тыс., примерно 1,5% от общего населения) (7).

Дозорными группами в Таджикистане являются потребители инъекционных наркотиков, работники секса, беременные женщины и лица, находящиеся в местах лишения свободы. В 2005-2006 г. ДЭН проводился среди этих четырех групп (ПИН, РС, заключенные и беременные женщины) в двух городах – Душанбе и Худжанд. С 2007г. количество сайтов расширено до 6-ти городов. Также пилотные исследования были проведены среди пациентов с ИППП и мигрантов. К моменту подачи настоящего отчета официально представлены данные дозорного эпиднадзора за 2008 г. Подведение итогов ДЭН за 2009 г. запланировано на май, 2010, так как в данный момент данные ДЭН за 2009 г. находятся в стадии обработки.

Ситуация по распространенности ВИЧ-инфекции среди различных групп населения

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)

Оценочные данные по общей численности популяции потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) обновлены в 2009 г. (8). По этим оценкам, общая численность популяции ПИН в стране составляет 25000 человек, с возможным диапазоном 20000-30000 человек, что несколько ниже предыдущих средних оценок - 34000 UNODC, 2002 (21).

По данным дозорного эпиднадзора (2008) в целом распространенность ВИЧ среди ПИН составила 17,6%, что не превышает запланированной цели, указанной в Программе по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на период 2007-2010 гг. (20): «распространенность ВИЧ среди особо уязвимых групп населения, таких как, ПИН, РС и МСМ не превысит 20%».

В динамике распространенность ВИЧ среди ПИН в целом по стране по данным ДЭН (23) составила:

Таблица 1

Распространенность ВИЧ (годы)	2005	2006	2007	2008
Среди ПИН	16,0%	23,5 %	19,4%	17,6%

Эта таблица отражает увеличение распространенности ВИЧ среди ПИН с 2005 по 2006 гг., и потом ее постепенное снижение.

Данные изменения в распространенности ВИЧ в целом по стране предполагают, что эпидемия ВИЧ в стране еще молодая и развивающаяся, и в стране еще накапливаются данные в динамике временного периода для обоснования этих изменений. Так же, как отмечено выше, ДЭН в РТ введен сравнительно недавно, и эти изменения могут быть предположительно обоснованы еще незначительно накопленным опытом в проведении ДЭН; а также, возможно, более интенсивным охватом ДЭН клиентов пунктов доверия в 2006 г. Изменение в распространенности ВИЧ в целом по стране с 2006 по 2008 гг. можно обосновать увеличением количества сайтов, включенных в ДЭН: в 2007 г. (5), в 2008 г.- 6 сайтов, а также о возможном улучшении подходов к выборке, построенной самими

респондентами. Эти изменения в данных подтверждают необходимость дальнейшего проведения ДЭН для накопления данных в динамике временного периода.

Также по данным ДЭН процент распространения гепатита С среди ПИН составляет в целом 30% (ДЭН, 2008).

Факторами, сопутствующими передаче ВИЧ через инъекционное потребление наркотиков являются частота инъекций, совместное использование инъекционного инструментария. По данным исследования (8), 33% респондентов указали, что они потребляют героин инъекционным путем, по крайней мере, один раз в день, 90% респондентов указали, что никогда не употребляли героин неинъекционным путем.

По данным последнего ДЭН (2008), значительное число респондентов ПИН указали на использование стерильного инъекционного инструментария во время последней инъекции (63,2%). Однако данные других исследований указывают на существование высокого риска в широком распространении опасного инъекционного поведения. Так, по данным исследования групп особого риска (8), количество лиц, с которыми ПИН за последний месяц совместно употребляли наркотики, широко варьирует, и, в большинстве случаев, медианы оставались в диапазоне 1,3-4. Также данное исследование показало преобладание ПИН зрелого возраста с достаточным опытом инъекционного употребления наркотиков среди респондентов, и по данным ДЭН (2008) в среднем общий стаж инъекционного употребления наркотиков составлял от 4 до 6 лет.

Тем не менее, более молодые респонденты показали более высокие уровни рискованного поведения в исследовании групп особого риска (8). Согласно этим данным, можно предположить, что ПИН молодого возраста особенно труднодоступны для проведения поведенческих исследований подобного рода и профилактических программ, редко попадают в выборку при данных исследованиях, что сказывается на показателях использования опасных инъекционных практик. Более того, как указано выше, количество новых случаев ВИЧ среди ПИН остается на высоком уровне.

Большое значение в распространении ВИЧ-инфекции имеет рискованное половое поведение в группах высокого риска, в частности среди ПИН. Так, при исследовании групп особого риска в среднем ПИН указали на наличие, по крайней мере, трех половых партнеров за последний месяц. 58% респондентов, у которых были сексуальные партнеры за последний месяц, при ответе на вопросы об использовании презервативов, указали, что имели незащищенные половые контакты со своими основными партнерами за последний месяц, 17% имели незащищенные половые контакты с работниками секса (РС), 20% - со случайными партнерами. В среднем 76% респондентов вступали в половую связь без использования презерватива как минимум с одним партнером. Было отмечено, что с постоянными партнерами презервативы использовались гораздо реже, чем с РС или случайными партнерами(8). Данная форма рискованного сексуального поведения среди ПИН и РС предопределяет условия для проникновения инфекции от групп, наиболее подверженных риску заражения ВИЧ, к общему населению. Более того, по данным ДЭН (2008) процент ПИН, указавших на использование презерватива во время последнего сексуального контакта, в целом составил 27,1%, а процент ПИН, указавших на наличие хотя бы одного симптома ИППП, составил 14%.

По данным ДЭН (2008) доля женщин-ПИН составила 11%. Распространенность ВИЧ среди мужчин-ПИН и женщин-ПИН примерно была одинаковая (18% и 17% соответственно). Распространенность гепатита С несколько выше была среди мужчин-ПИН - 30%, по сравнению с женщинами - 27%. В то же время распространенность сифилиса была значительно выше среди женщин-ПИН - 12%, по сравнению с мужчинами-ПИН - 7%. Значительно чаще женщин-ПИН указывали на имевшиеся половые контакты с непостоянными партнерами(41%) и коммерческими партнерами (41%), чем мужчины(27% и 11% соответственно). Достаточно высокий процент использования презервативов женщинами-ПИН при последнем половом контакте с непостоянными и коммерческими партнерами (54% и 84%), по сравнению с мужчинами (43% и 58%) был выявлен в ходе

ДЭН. Однако высокий процент распространенности сифилиса среди женщин-ПИН вызывает сомнения в этом, и может свидетельствовать о высокой частоте использования практик опасного полового поведения среди женщин-ПИН.

Вышеуказанные данные, свидетельствует о достаточно высоком уровне распространенности ВИЧ среди ПИН и увеличении ее в динамике. Процент зарегистрированных случаев ВИЧ, согласно путям передачи, может зависеть от направленности тестирования. 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 коммерческий секс с наличием незащищенных половых контактов, и наибольшей угрозе двойного риска заражения ВИЧ для женщин ПИН. 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. (8)

Общая численность РС в 2009 г. оценена в 12500 с диапазоном 10000-15000, что выше оценок экспертов UNAIDS за 2003 г. - 8,000 (22).

По данным официальной регистрации, количество протестированных лиц по коду 105 (беспорядочные половые связи, РС и их клиенты), уменьшается с 2,4% в 2005г. до 0,2% в 2008 г. от общего количества протестированных лиц. Количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции из числа тестированных лиц по данному коду варьирует от 0,2 до 1,8%, и максимально составило 1,8% в 2007.г, затем снизилось до 0,6% в 2008 г.

По данным дозорного эпиднадзора (2008) в целом распространенность ВИЧ среди РС составила 2,8%, что со значительным интервалом не превышает запланированной цели, указанной в Программе по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на период 2007-2010 гг. «распространенность ВИЧ среди особо уязвимых групп населения, таких как, ПИН, РС и МСМ не превысит 20%» (20).

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

Таблица 2

Распространенность ВИЧ (годы)	2005	2006	2007	2008
РС	0,7%	3,7%	1,8%	2,8%

Данные изменения в распространенности ВИЧ в целом по стране среди РС с 2005 по 2007 гг. также, как и при анализе данных, полученных при проведении ДЭН среди ПИН, предполагают, что эпидемия ВИЧ в стране еще молодая и развивающаяся, и в стране еще накапливаются данные в динамике временного периода для обоснования этих изменений, а также отмечалось увеличение количества сайтов в 2007 г. по сравнению с 2006 г. Рост распространенности в 2008 г. может свидетельствовать о реальном увеличении распространенности ВИЧ среди РС. Эти изменения в данных подтверждают необходимость дальнейшего проведения ДЭН среди РС для накопления данных в динамике временного периода и более четкого отслеживания тенденций.

Распространенность ВИЧ среди РС варьирует в зависимости от географической принадлежности.

Как указано выше, данные по максимальному временному отрезку (4 временные точки) имеются только по гг. Душанбе и Худжанд.

Таблица 3

Распространенность ВИЧ	2005	2006	2007	2008
РС в г. Душанбе	1,3%	6,7%	1,3%	6,3%
РС в г. Худжанд	0 %	0,7%	1,3%	0,7%

Распространенность ВИЧ среди РС в этих городах имеет следующие тенденции: по г. Душанбе отмечаются значительные скачки в распространенности ВИЧ среди РС, по г. Худжанд - эти скачки менее резкие. Эти данные также указывают на то, что проведение ДЭН начато недавно, количество сайтов меняется, подходы к выборкам пересматриваются. Также РС являются достаточно подвижной группой и могут менять место своего проживания и секс-работы довольно часто. В то же время г. Душанбе является столицей, где существует больше возможностей для заработка. В связи с этим, в г. Душанбе чаще могут присутствовать новые РС, которые могут попасть в выборку при проведении ДЭН.

По данным ДЭН(2008) распространенность сифилиса среди РС составила 10,5%, а распространенность гепатита С - 1,1%. Распространенность ВИЧ среди РС, инфицированных сифилисом, составила 4,4%, что выше распространенности ВИЧ среди РС, неинфицированных сифилисом (2,6%). Более того, 48,7% опрошенных РС отмечали наличие, хотя бы одного, симптома ИППП. В динамике с 2005 по 2008 гг. четкой корреляции между уровнем распространенности ВИЧ и сифилиса по данным ДЭН в г. Душанбе и г. Худжанд не выявлено.

Распространенность гепатита С среди РС в г. Душанбе во все годы с 2005 по 2008 была ниже, чем за эти же годы в г. Худжанд. Всего 1,7% опрошенных РС указали, что имели опыт употребления наркотиков, из них доля РС, употреблявших когда – либо наркотики инъекционным путем, составила 1,4%. Причем процент РС, употреблявших наркотики был также выше в г. Худжанд (3,3%) по сравнению с г. Душанбе - 1,3% и значительно выше в г. Хороге - 6,7%. Таким образом, процент РС, употреблявших наркотики, варьирует в зависимости от их принадлежности к географическому региону. Четкой взаимосвязи между распространенностью ВИЧ-инфекции и наличия гепатита С среди РС не выявлено, что может указывать на то, что ВИЧ передается среди РС в основном половым путем. В то же время определенный процент распространенности гепатита С среди РС, наличие опыта инъекционного употребления наркотиков может предполагать распространение опасных инъекционных практик среди РС, и их заражение инъекционным путем.

РС указали на наличие у них, в среднем, около 15 половых партнеров в месяц, 7 половых актов в неделю и обслуживание двух клиентов в день. (ДЭН,2008). Также РС в 77,7% отметили наличие постоянных партнеров, и в 66,2% - непостоянных. В то же время РС указали, что используют презервативы в 84% с коммерческими партнерами и только в 31,8% случаев - с постоянными партнерами.

Высокий показатель использования презервативов с коммерческими партнерами вызывает озабоченность, так как только 74% РС показали наличие презерватива при себе. Более того, имеются данные о высоком уровне распространенности ИППП среди РС. И очень важным является то, что имеется значительная разница в частоте использования презервативов с 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 (44%), частных предпринимателей (35%), таксистов (36%), студентов (27%), военнослужащих (27%) и в 19%- сотрудников милиции.

По данным ДЭН среди больных ИППП, проведенному в трех городах Вахдат, Куляб и Хорог (2008), в 19,1% у мужчин и в 7,1% у женщин были отмечены половые контакты с коммерческими половыми партнерами.

Таким образом, 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. Вместе с тем, нельзя не отметить еще раз, что коммерческий секс широко распространен среди ПИН-женщин (41%). Также важным является то, что РС в большинстве случаев не используют презервативов с постоянными половыми партнерами, что может влиять на распространение ВИЧ от группы РС к общему населению.

Анализ данных ДЭН среди РС показал, что необходимо проведение более тщательного исследования среди клиентов РС.

Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)

По данным РЦ СПИД, с 2005 по 2008 гг. только 132 клиента, прошедших тестирование на ВИЧ, указали на то, что имели гомо- и бисексуальные. В основном, эти клиенты были направлены в РЦ СПИД для прохождения тестирования общественными организациями, работающими с МСМ. Случаи ВИЧ в этой группе не зарегистрированы. В Таджикистане до настоящего времени МСМ не являются группой, включенной в проведение ДЭН, поэтому данные ДЭН о распространенности ВИЧ среди этой группы отсутствуют. Поведенческое исследование среди МСМ, с целью оценки уровня рискованного поведения в отношении ВИЧ/СПИД и факторов, препятствующих профилактике, было проведено в 2008 г. среди 200 МСМ в 5-ти городах и 4 районах страны (19). Данное исследование выявило структуру группы МСМ в Таджикистане, точки доступа в группу, риски сексуального и инъекционного поведения и факторы, способствующие усилению этих рисков, и, препятствующие профилактике ВИЧ, в данной группе.

Несмотря на то, что согласно Программе по противодействию ВИЧ/СПИДу на период 2007-2010 предполагается охватить не менее 10% оценочной численности МСМ в стране до 2010 г., оценка численности этой группы не проводилась, а общие показатели и утверждения, что около 3-6% мужского населения исключительно гомосексуальны (19), могут иметь значительные погрешности при их использовании для расчетов численности данной группы на страновом уровне. Проведение оценки размера популяции и включение данной группы в проведение ДЭН планируется в 2010г. Как показало поведенческое исследование (19), значительную группу среди МСМ в Таджикистане составляют МСМ, практикующие незащищенный секс, и, имеющие коммерческие половые контакты. До настоящего времени распространенность ВИЧ среди МСМ не определена, и роль данной группы в эпидемиологическом процессе в Таджикистане остается не выявленной.

Лица, находящиеся в местах лишения свободы

До 2005г. проводилось связанное тестирование лиц, находящиеся в местах лишения свободы, на обязательной основе. В 2005г. вступило в силу Постановление Правительства РТ № 150 от 28.12.2005 г в отношении тестирования осужденных и следственно арестованных, а с 01.04.2008 Постановлением Правительства (№171) было введено добровольное тестирование. По данным РЦ СПИД, с 2005 по 2009 гг. 5271 лиц, находящихся в местах лишения свободы, получили тестирование на ВИЧ, и среди них было выявлено 152 случаев ВИЧ инфекции (1,9%). В целом, процент ВИЧ инфицированных среди осужденных, из общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции за 2005-2009 гг. (1853), составил 8,2%.

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, находящиеся в местах лишения свободы, за период 2006-2008гг. остается примерно на одинаковом уровне: 8,4% (2006), 6,8% (2007) и 7,8% (2008). Отмечается достаточно высокий, но снижающийся в динамике, уровень распространенности гепатита С среди осужденных: 24,2% (2006), 19,4% (2007) и 17,9% (2008). Также среди осужденных отмечается достаточно высокий, но снижающийся в динамике уровень распространенности сифилиса: 13,7% (2006), 9,4% (2007), 11,4% (2008).

В то же время распространенность ВИЧ и гепатита С увеличивается в зависимости от количества раз пребывания в местах лишения свободы. Так, среди лиц, находившихся в местах лишения свободы, в первый раз, распространенность ВИЧ составила 9%, гепатита С - 11%, а среди лиц, находившихся в местах лишения свободы, в третий раз, распространенность ВИЧ и гепатита С составила 27% и 49% соответственно. В 2008г. 3% осужденных указали на то, что, по их мнению, большинство из осужденных употребляют наркотики, 1% осужденных указали, что примерно половина, и 17%, что меньше половины осужденных употребляют наркотики. 20% осужденных на вопрос, « как обычно вводят наркотики», указали на использование общего шприца. Достаточно высок был процент ответов «не знаю» (70%). Только 3,8% осужденных в 2008г. указали на нанесение татуировки в колонии и 3,5% - на пользование чужими лезвиями.

Распространенность ВИЧ была значительно выше среди осужденных с положительным тестом на гепатит С (31,5%), по сравнению с распространенностью ВИЧ среди осужденных с отрицательным тестом на гепатит С (2,6%).

Как отмечено выше, распространенность сифилиса в 2008г. среди осужденных составила 11,4%, и 10% осужденных указали на наличие у них, хотя бы одного симптома ИППП.

Не отмечено значительной разницы в распространенности ВИЧ среди осужденных с положительным и отрицательным тестом на сифилис (9,9% и 7,5% соответственно). В то же время, 1% осужденных указали на то, что, по их мнению, большинство осужденных имеют половые связи с другими заключенными, и 22% осужденных указали, что меньше половины из осужденных имеют такие половые контакты. 62% ответили, что не знают половых связей между осужденными. Одновременно на вопрос об использовании презервативов, 12% респондентов, из числа осужденных, указали, что, по их мнению, никто не использует презервативы при гомосексуальных половых контактах. 1% респондентов указали, что половина, и 17% респондентов указали, что меньше половины, использует презервативы при гомосексуальных половых контактах.

Таким, образом, лица, находящиеся в местах лишения свободы, являются группой риска для заражения ВИЧ. Распространенность ВИЧ увеличивается в зависимости от количества раз 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

Особый новый феномен для Таджикистана в последние годы стала представлять усилившаяся миграция населения. По данным Государственного агентства занятости и миграции Министерства труда и социальной защиты населения РТ за 2008 г. зарегистрировано 805000 мигрантов, выехавших на заработки только в Российскую

Федерацию (1). Согласно другим исследованиям, по неофициальным данным около 2 млн. человек находятся в трудовой миграции (23). По данным ДЭН (2008), проведенному среди мигрантов в 5-ти районах Таджикистана (N=4025), согласно оценке, количество мигрантов составляло от 4,0% до 10,9% от общего населения этих районов. Безработица является основной причиной выезда из РТ в трудовую миграцию (33%).

Особое значение приобретает сезонность трудовой миграции, когда огромное количество мигрантов отправляется на заработки в страны, со значительно 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 профилактическую работу среди мигрантов. Также в Таджикистане существует значительная внутренняя миграция.

Значительно увеличилось тестирование среди мигрантов с 3953 человек в 2006 г. до 12721 в 2008 г.

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.

Из числа мигрантов, получивших тестирование за 2006-2008 г. (20782), положительные результаты на ВИЧ были выявлены в 35 случаях, что составляет 0,2%, (23). По данным РЦ СПИД, из общего числа мигрантов, прошедших тестирование (34308) за более продолжительный период времени (2005-2009), число случаев обнаружения ВИЧ-инфекции (79) составило такой же процент – 0,2%.

Всего в стране зарегистрировано 197 случаев ВИЧ среди мигрантов или 10,6% от общего числа зарегистрированных случаев, из них у женщин - в 2% случаев (4 женщины). Необходимо отметить, что из 197 случаев ВИЧ среди мигрантов, 128 случаев были выявлены в ходе эпидемиологического расследования и включены в коды 105, 102, т.е. случаи потребления наркотиков и практик незащищенных половых контактов в миграции. По данным РЦ СПИД, количество женщин-мигрантов, прошедших тестирование на ВИЧ, увеличилось более чем, в три раза с 2005 по 2009 г. (450 и 1649 соответственно), что подтверждает, как и общие тенденции, связанные с расширением тестирования среди мигрантов, так, и большую вовлеченность женщин в процесс миграции за последние годы.

По данным ДЭН (2008), проведенному среди мигрантов в 5-ти районах (N=4025), 27,6% , из числа опрошенных мигрантов, составили лица, моложе 30 лет; только 24% респондентов не состояли в браке. Количество женщин-мигрантов составило 20%. Из опрошенных мигрантов 44,2% были в трудовой миграции только один раз, и 6,7% - пять раз и более.

Распространенность ВИЧ среди мигрантов составила 0,5%, гепатита С - 1,7% и сифилиса также 1,7% (ДЭН, 2008). По данным исследования, проведенного в 2006г. (выборка-N=407), распространенность ВИЧ среди мигрантов (17) составила 2,2%, гепатита С - 0,5% и сифилиса также 0,5%. Как в исследовании за 2006г., так и в ДЭН (2008), выявлены одинаковые уровни распространенности гепатита С и сифилиса.

В тоже время по данным ДЭН (2008), распространенность ВИЧ инфекции среди мигрантов инфицированных гепатитом С была в 5,8 раза выше (2,9%), чем среди мигрантов с отрицательным результатом на гепатит С (0,5%). Похожие результаты получены у лиц, инфицированных сифилисом. Распространенность ВИЧ среди них была в три раза выше (1,5%), чем среди мигрантов, не инфицированных сифилисом (0,5%).

По результатам ДЭН (2008) была выявлена следующая распространенность факторов риска среди мигрантов:

- 3,1% мигрантов когда-либо употребляли наркотики, из них: 0,5% - внутривенно, и 0,5% мигрантов употребляли наркотики инъекционным путем во время миграции.

- Во время миграции 3,8% мигрантов употребляли алкоголь почти каждый день и 22,3% - 2-3 раза в месяц.
- 51,3% респондентов имели половые контакты в миграции, из них: 30% мужчин и 34% женщин имели постоянных партнеров; 32% мужчин и 2% женщин имели непостоянных партнеров; и 24% мужчин и 4% женщин имели коммерческих партнеров.
- Всего 35,5% мигрантов указали на использование презервативов при последнем половом контакте, из них: 38,9% мужчин и 16,5% женщин.
- 8,4% процентов мигрантов указали на наличие у них хотя бы одного симптома ИППП, из них: 5,9% - мужчины, и 2,5% женщин.
- 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.

Таким образом, трудовая миграция населения широко распространена в Таджикистане. В последние годы увеличилось число женщин-мигрантов. Несмотря на значительное расширение тестирования среди мигрантов, процент обнаружения случаев ВИЧ составляет 0,2% от общего числа иммигрантов прошедших тестирование. Распространенность ВИЧ среди мигрантов, по данным ДЭН (2008), составляет 0,5%, что примерно соответствует данным ДЭН о распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих антенатальные клиники, которые используются для расчета показателя распространенности ВИЧ среди общего населения (0,5% - 2005, 0,1% - 2006 и 0,1% - 2008).

Превышение распространенности ВИЧ среди трудовых мигрантов, инфицированных гепатитом С, в 5,8 раза, чем среди мигрантов с отрицательным результатом на гепатит С, указывает на значительную возможность заражения ВИЧ среди мигрантов 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. 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. Более того, как это будет указано ниже, при проведении ДЭН среди беременных, беременные ВИЧ-инфицированные женщины в 33,3% случаев указали на половых партнеров-мигрантов.

Эти данные могут свидетельствовать, о том, 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.

С другой стороны, в настоящее время отмечается феномен формирования 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 рекомендуется (23) не чаще одного раза в два года, 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 беременных женщин.

В последние годы значительно расширилось тестирование беременных женщин на ВИЧ, и количество беременных женщин, получивших тестирование, постоянно увеличивается. Так, в 2005г. количество беременных женщин, получивших тестирование на ВИЧ, от общего числа беременных женщин составило 10,2%, в 2006 - 14,1%, в 2007 - 15,6%, в 2008. - 22,3%, в 2009. – протестировано 40,9%. Из общего количества протестированных беременных женщин, ВИЧ-инфекция в 2005г. была зарегистрирована в 0,02% случаев, в 2006 - 0,05%, в 2007 - в 0,04%, в 2008- в 0,03%, в 2009 - также в 0,03%. Несмотря на расширение тестирования, процент обнаружения ВИЧ среди беременных женщин, прошедших тестирование, в динамике остается практически на одном уровне.

По данным РЦ СПИД, всего на декабрь 2009 г. всего зарегистрировано 105 случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, что составляет 5,7% от общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ. Причем у 20 женщин, включенных в статистические данные по беременным женщинам за 2009г., ВИЧ-инфекция была выявлена в результате проведения эпидемиологического расследования случаев обнаружения ВИЧ-инфекции у детей раннего возраста от года до трех лет. В связи с расширением тестирования среди беременных женщин, увеличивается и доля ВИЧ-инфицированных женщин среди вновь зарегистрированных случаев. Так, в 2005г. доля ВИЧ-инфицированных женщин (3 случая) среди вновь зарегистрированных новых случаев ВИЧ (189) составила 1,6% .а в 2009 (34 новых случая среди беременных) составила среди вновь зарегистрированных случаев ВИЧ (431) - 7,9%.

Из 51 зарегистрированного случая ВИЧ среди беременных женщин за 5 лет(2004-2008) в 3 случаях инфекция была выявлена у ПИН (5,9%), в 3-х случаях у СР (5,9%) в 20 случаях – половых партнеров ПИН (39,2%), в 17 случаях- у половых партнеров мигрантов (33,3%). (23).

Распространенность ВИЧ среди беременных женщин, одновременно считают косвенным показателем распространенности ВИЧ среди общего населения. Поэтому точка отсчета уровня распространения в 1.0 % среди беременных женщин, выявленная при проведении ДЭН в антенатальных клиниках, обычно берется как показатель того, что эпидемия перешла в генерализованную стадию.

ДЭН среди беременных был начат с 2005 г. в 2-х пилотных городах Душанбе и Худжанд, в 2007 г. был расширен до 5-ти сайтов (Душанбе, Худжанд, Куляб, Вахдат, Хорог). ДЭН среди беременных проводился на базе антенатальных клиник.

В динамике этого временного периода имеются данные от 4-х временных точек отсчета с одинаковой выборкой респондентов среди беременных женщин только из двух сайтов Душанбе (N=450) и Худжанд (N=400)

В таблице 3 представлены данные о распространенности ВИЧ, сифилиса и гепатита С среди беременных женщин по данным ДЭН из двух городов (Душанбе и Худжанд) за период 2005-2008 гг.

Таблица № 3

Беременные женщины	2005	2006	2007	2008
Распространенность ВИЧ	0,5%	0,1%	0,5%	0,1%
Распространенность сифилиса	0,5%	0,8%	1,2%	1,2%
Распространенность гепатита С	0, 9%	1,5%	1,6%	1,2%

Данные по проведению ДЭН среди беременных женщин в национальном масштабе с 2005 до 2008 гг., не показывают четкой тенденции распространения ВИЧ среди данной группы, и в динамике в основном получены только из двух сайтов, не могут быть с достоверностью экстраполированы на всю страну. Однако эти данные косвенно свидетельствуют, что распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин во временном периоде с 2005 по 2008 гг. находится примерно на одном уровне с повторяющимися колебаниями, но не превышает 0,5%.

Распространенность сифилиса среди беременных женщин в динамике увеличивается, а распространенность гепатита С несколько варьирует, достигая 1,6% в 2007г, и 1,2% - в 2008 г.

По данным ДЭН (23), только в 0,1% случаев беременные женщины имели половые контакты с непостоянными партнерами. В 25,9% было отмечено наличие хотя бы одного признака ИППП у беременных женщин. Несмотря на то, что обращаемость за медицинской помощью при ИППП увеличилась с 32,4% в 2007 г. до 68,8% - в 2008 г., она остается достаточно не высокой.

Только 18,6% опрошенных беременных женщин знали о мерах профилактики ВИЧ. Несмотря на то, что тестирование на ВИЧ среди беременных женщин расширено, по данным ДЭН, оно также достаточно низкое (8,2%).

Таким образом, данные официальной регистрации свидетельствуют о достаточно не высоком проценте ВИЧ-инфицированных беременных женщин, несмотря на значительное расширение тестирования. По данным ДЭН распространенность ВИЧ среди беременных не превышает 0,5% в течение последних пяти лет. Однако существуют некоторые факторы, указывающие на существование значительных рисков распространения ВИЧ среди беременных: достаточно высокий уровень распространения ИППП, частота выявления гепатита С, наличие зарегистрированных случаев ВИЧ среди беременных женщин ПИН, наличие половых партнеров ПИН, наличие случаев регистрации ВИЧ только после родов.

Все эти факторы, при достаточно высоком ежегодном количестве беременных женщин в стране, позволяют констатировать наличие значительных рисков распространения ВИЧ инфекции среди беременных женщин. Несмотря на то, что по данным ДЭН эпидемия не перешла в стадию генерализованной, беременные женщины должны оставаться группой для проведения дозорного эпиднадзора, как минимум один раз в два года. Количество сайтов должно быть стабильным во временном ряде, что позволит сделать более точные прогнозы по развитию эпидемии на будущее.

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

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

В целом, основная цель Национальной Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на период 2007-2010 гг., по всей вероятности, будет достигнута: распространенность ВИЧ среди уязвимых групп населения до 2010 г. не должна превысить более 20%, а среди общего населения - 1%. Однако данные ДЭН за 2009 г., которые находятся в стадии обработки могут внести коррективы в общую картину данных.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Таджикистане в настоящее время находится в концентрированной стадии, в основном концентрируется в группе ПИН, с высоким уровнем распространенности, и, ее увеличением в динамике. 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 еще не зарегистрированы в Таджикистане. Однако, это скорее всего, свидетельствует о закрытости и трудностях в осуществлении доступа к этой группе и отсутствии постоянного наблюдения за группой, чем об отсутствии угрозы распространения ВИЧ среди MSM в стране. До настоящего времени роль данной группы в эпидемиологическом процессе в Таджикистане не определена. Значительную группу среди MSM в Таджикистане составляют MSM, практикующие незащищенный секс, и имеющие коммерческие половые контакты. Данная группа, как группа наиболее подверженная риску заражения, должна находиться под постоянным пристальным эпидемиологическим контролем, и проведение ДЭН среди данной группы планируется в ближайшем будущем.

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.

«Мостиковыми» группами в Таджикистане являются лица, находящиеся в местах лишения свободы, и мигранты.

Распространенность ВИЧ среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, находится на достаточно высоком уровне. В местах лишения свободы распространены опасные инъекционные и сексуальные практики, в связи с чем, осужденные подвержены двойному риску заражения. Однако эти проблемы являются достаточно скрытыми в местах лишения свободы, что не способствует расширению профилактических мероприятий среди осужденных. 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. Мигранты могут являться, значительной по размерам, «мостиковой группой» для распространения ВИЧ-инфекции от групп, подверженных наиболее высокому риску заражения ВИЧ, к общему населению. Наблюдения за распространением ВИЧ в этой группе целесообразно продолжить.

Также очень важным является постоянное наблюдение за другими группами, которые, как известно, также являются «мостом» 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, пациенты с ИППП.

Данные официальной регистрации свидетельствуют о достаточно низком проценте ВИЧ-инфицированных беременных женщин, несмотря на значительное расширение тестирования. По данным ДЭН, распространенность ВИЧ среди беременных женщин не превышает 0,5% в течение последних пяти лет. 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. Несмотря на то, что, по данным ДЭН, эпидемия не перешла в стадию генерализованной, беременные женщины должны оставаться группой для проведения дозорного эпиднадзора, как минимум один раз в два года.

Одновременно отмечено, что качество эпидемиологического надзора, включая дозорный надзор второго поколения, должно быть, улучшено. Данные должны накапливаться систематически в динамике временного ряда с использованием улучшенных подходов к формированию выборки, увеличению количества сайтов для постоянного наблюдения, увеличению количества дозорных групп, и, регулярно обновляться для получения качественной и обоснованной стратегической информации для принятия решений, планирования и слежения за эпидемией.

IV. Национальные меры в ответ на эпидемию СПИДа

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 СПИДом ССГА ООН (2001). Республика Таджикистан одна из первых стран в мире разработала Национальную Стратегию Развития до 2015 г. (13), где вопросы борьбы с ВИЧ/СПИДом нашли свое отражение в соответствии с Целями Развития Тысячелетия (цель №6, задача 7): «остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости». Вопросы ВИЧ/СПИДа интегрированы в Стратегию Снижения Бедности (ССБ) на период 2010-2012 гг. (25) 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/СПИДу включены в Рамочную Программу ООН по оказанию помощи в целях развития для Таджикистана на период 2010-2015 гг. по приоритетным направлениям в области улучшения доступа уязвимого населения к качественным основным услугам здравоохранения, образования и социальной защиты(26).

Мультисекторальный подход к Национальному ответу на эпидемию признан на страновом уровне, и установлены критерии для согласования и гармонизации национальных действий по борьбе со СПИДом через «триединые принципы». С 1997 г. в стране функционирует НКК с участием различных министерств, и 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/СПИДом, туберкулезом и малярией, и НКК является единым органом по координации деятельности по ВИЧ/СПИДу. В состав НКК входят представители ключевых министерств, международных организаций и местных общественных организаций (ОО),

включая ЛЖВ. В 2009г. участие представителей гражданского общества (ГО) было расширено в два раза, были включены еще 3 общественные организации. Также в обновленный состав НКК был включен религиозный лидер всех мусульман, муфтий Таджикистана. Всего в НКК входят 19 организаций, 6 из них представители гражданского общества.

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. За отчетный период проведен мониторинг за деятельностью областных НКК, разработаны областные программы и рабочие планы в соответствии с общей программной деятельностью по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом.

В 2007 г. была принята третья Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2007-2010. Впервые в Таджикистане была утверждена Программа по противодействию ВИЧ/СПИДу с детальным бюджетом, 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/СПИДа.

Данная программа разработана на подходах достижения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в области ВИЧ/СПИДа, цели для достижения всеобщего доступа были установлены, включены в программу и 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).

В нескольких секторах действуют секторальные программы и планы по борьбе с ВИЧ/СПИД (Министерство здравоохранения, образования, обороны). В настоящее время в стране разрабатывается Национальная стратегия здоровья Республики Таджикистан на период 2011-2020 и вопросы профилактики, лечения и ухода по ВИЧ/СПИДу будут интегрированы в данную стратегию.

В 2010 г. планируется разработка следующей Программы по противодействию ВИЧ/СПИДу в Республике Таджикистан на период 2011-2015гг.

В стране существует единая согласованная система мониторинга и оценки. В РТ разработан Национальный план по мониторингу и оценке по Программе противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД с детальным бюджетом. Более подробная информация представлена в разделе VIII данного отчета.

В 2008 г. произведена ревизия Закона о противодействии ВИЧ/СПИДу в Республике Таджикистан (5) и статья о депортации иностранных граждан на основании положительного ВИЧ - статуса была исключена из новой версии Закона, также были внесены другие изменения, способствующие развитию Национального ответа на эпидемию. В настоящее время в соответствии с новой версией закона, планируется работа по устранению других ограничений для иностранных граждан на основе ВИЧ-статуса, имеющих в нормативных документах и подзаконных актах.

Как указано выше, за отчетный период обновлен Порядок медицинского освидетельствования (2008) (18) с целью выявления заражения ВИЧ, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними на основе

рекомендаций ВОЗ/ЮНЭЙДС по инициированию тестирования и консультирования провайдерами услуг в медицинских учреждениях. Принудительное тестирование потребителей инъекционных наркотиков было исключено из порядка тестирования. Постепенно и поэтапно с учетом эпидемиологических данных, определения потребностей и наличия ресурсов вводится скрининг на ВИЧ инфекцию в медицинские службы противодействия туберкулезу, лечения инфекций, передающихся половым путем, антенатальные клиники и службы родовспоможения.

Порядок о назначении и выплате ежемесячного государственного денежного пособия для ВИЧ-инфицированных детей в возрасте до 16-лет разработан в 2009г. и находится на утверждении.

За отчетный период достигнуты значительные успехи в области продвижения и подготовки к внедрению заместительной терапии для ПИН, и необходимость внедрения заместительной терапии признана на государственном уровне. Произведена мобилизация ресурсов для начала пилотного проекта, разработано оперативное руководство по заместительной терапии (12), на заседании Правительства рассмотрен вопрос по поводу квоты для закупки препаратов для проведения заместительной терапии. Издан приказ Министерства Здравоохранения РТ (МЗ РТ), согласно которому определены пилотные сайты для внедрения заместительной терапии на базе наркологических учреждений в гг. Душанбе, Худжанд и Хорог. Предприняты шаги по закупке необходимого оборудования, подготовке соответствующих специалистов, реконструкции пилотных сайтов. Начало внедрения заместительной терапии на пилотной основе для ПИН, получающих АРВ терапию, запланировано на 2010г. За отчетный период также проведена значительная адвокация - в области внедрения программы по обмену игл и шприцов в тюрьмах, и внедрение программы запланировано на 2010 г.

За отчетный период значительно расширено вовлечение и участие 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/СПИДом. В 2009г. 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 (ТоТ) а также во время адвокационных семинаров, круглых столов, информационных кампаний 250 религиозных лидеров были ознакомлены с проблемами ВИЧ/СПИДа. Однако, данная деятельность должна быть значительно расширена с привлечением местных религиозных лидеров к внедрению национальной программы.

За отчетный период впервые проведен Национальный семинар по вопросам интеграции ВИЧ/СПИДа в ССБ для руководящих работников областных и районных административных структур (Хукуматов), которые являются непосредственными исполнителями деятельности по снижению бедности на местном уровне. Однако обучение представителей Хукуматов по вопросам ВИЧ/СПИДа должно базироваться на регулярной основе.

Парламентарии РТ активно участвовали в адвокации в области ВИЧ/СПИДа, обзоре законодательства, пересмотре Закона о ВИЧ/СПИДе. В 2008г. в Душанбе была проведена III Межпарламентская конференция стран Центральной Азии и Азербайджана по вопросам ВИЧ/СПИД по инициативе Маджлиси Оли Республики Таджикистан, при содействии СААР, ЮНЭЙДС, UNODC. На конференции были обсуждены вопросы по

совершенствованию законодательной и нормативной базы в области профилактики ВИЧ среди трудовых мигрантов, а также законодательные барьеры, существующие в доступе к эффективной профилактике и лечению ВИЧ для потребителей наркотиков и лиц, находящихся в местах лишения свободы.

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 в Таджикистане проведена Гендерная экспертиза политики в области предотвращения эпидемии ВИЧ/СПИДа, и ее результаты представлены на обсуждение среди партнеров. Вопросы ВИЧ/СПИДа были интегрированы в национальные кампании, посвященные борьбе с насилием против женщин. Руководители и сотрудники 26 кризисных центров для уязвимых женщин были ознакомлены с проблемами ВИЧ/СПИДа и их связью с проблемами насилия и дискриминации, в частности, в отношении уязвимых женщин, а также с подходами проведения социальной и психологической поддержки ВИЧ-инфицированных женщин и детей. Гендерные аспекты должны быть приняты в качестве сквозного подхода при разработке новой Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Таджикистане, и проведении вмешательств, направленных на профилактику, лечения и поддержку в области ВИЧ/СПИДа.

Роль местных общественных организаций (ОО) в национальном ответе значительно расширилась. За отчетный период количество представителей от гражданского общества в НКК увеличилось с 3 до 6 ОО, представляющих неправительственные организации, работающие с уязвимыми группами, таким как, ПИН и РС, а также ЛЖВ. Количество СПИД-сервисных ОО значительно увеличилось, и доступ ОО, работающих по профилактике ВИЧ/СПИДа среди населения, в частности с уязвимыми группами, к международной финансовой и технической помощи значительно расширился. Представители ОО постоянно участвуют в совместном, с государственными структурами, мониторинге за внедрением программ по ВИЧ/СПИДу. За отчетный период, по крайней мере, 10 общественных организаций являлись прямыми суб-реципиентами грантов ГФСТМ, и около 20 принимали активное участие в реализации деятельности по этим грантам. Представители ОО являются активными членами ТРГ, установленных при НКК, участвуют в разработке стратегий и программ и процессе мобилизации ресурсов. Представители ОО, работающих с ЛЖВ, являются членами региональных сетей ЛЖВ. Вопрос о создании национальной сети ЛЖВ был обсужден с представителями групп самоподдержки ЛЖВ в регионах страны, и требуется дальнейшее продолжение работы по данному аспекту. Однако, необходимо дальнейшее усиление потенциала местных ОО, предоставляющих услуги по ВИЧ/СПИДу, и работающих с ЛЖВ, укрепление кадровых ресурсов, развитие навыков управления программами, мониторинга и отчетности.

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 Кикбоксинга РТ, Федерация Тэквандо РТ, Федерация мини-футбола, бокса и т.д.

Вовлечение частного сектора в национальный ответ на эпидемию за отчетный период ограничивалось незначительным участием нескольких частных кампаний (мобильные телефонные кампании, средства массовой информации) в акциях, посвященных Всемирному Дню борьбы со СПИДом. Незначительное участие частного, возможно, связано с тем, что частное предпринимательство в стране еще не достаточно развито, с отсутствием мотивации и понимания для поддержки национального ответа на эпидемию ВИЧ среди частных предпринимателей. Деятельность по вовлечению частного сектора в национальный ответ должна быть усилена не только для получения дополнительных

инвестиций со стороны среднего и крупного бизнеса, но и для использования возможностей частных компаний для распространения информации по профилактике ВИЧ и пропаганды здорового образа жизни.

Национальное исследование по выявлению форм стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ (14), показало значительно высокий уровень существования стигмы, связанной с проблемами ВИЧ/СПИДа, как в различных областях деятельности, так и в обществе в целом. Только 62,5% медицинских работников указали, что окажут ВИЧ-инфицированным медицинскую помощь, как и всем другим пациентам. Наиболее уязвимыми к стигме, связанной с ВИЧ, являются дети и женщины. Более 1/3 респондентов, представителей общин, высказались за изолирование ВИЧ-инфицированных людей от других членов общества. Такой высокий уровень стигмы, несомненно, приводит к проявлению дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных людей. Более 47% респондентов отметили, что в настоящее время в Таджикистане существуют различные формы дискриминации, и более 50% ЛЖВ, участвовавших в опросе, указали на проявления дискриминации, с которыми они столкнулись при получении медицинских и других услуг, устройстве на работу, обращении в правоохранительные и образовательные структуры. Остается не разработанной политика по профилактике ВИЧ/СПИДа на рабочих местах, низкий процент охвата правоохранительных органов и представителей судебной-исполнительной системы обучением в области ВИЧ/СПИДа и по вопросам стигмы и дискриминации, отсутствие постоянного мониторинга за проявлением дискриминации при оказании услуг ЛЖВ и т.д. Более подробно результаты исследования изложены в разделе V данного отчета.

Широкое обсуждение результатов на специальном совещании позволило выработать рекомендации для действий, направленных на снижение стигмы и дискриминации. Первые шаги по их воплощению были сделаны в 2009г. Проведено несколько национальных семинаров для руководителей структур в секторе здравоохранения, медицинских работников и представителей СПИД-сервисных организаций по вопросам стигмы и дискриминации в области ВИЧ/СПИДа. Планируется разработка плана действий, направленных на снижение уровня стигмы и дискриминации, и его интеграция в следующую национальную Программу.

Значительно расширилось региональное партнерство. За отчетный период Таджикистан успешно участвовал в реализации региональных проектов (СААР, CARHAP/DFID, CAPACITY/USAID, AFEW, UNODC/OPEC). 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 общими существующими 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/СПИДу для мигрантов в странах региона.

Правительство РТ в тесном сотрудничестве с неправительственными организациями проводит внедрение программ, направленных на расширение всеобщего доступа к профилактике ВИЧ-инфекции среди групп наиболее высокого риска и общего населения, а также, к лечению и уходу всех нуждающихся. Для внедрения программ по ВИЧ/СПИДу произведена значительная мобилизация ресурсов. На 2008-2009 гг. страна располагала фондами для внедрения программ по профилактике и лечению в размере 10млн долларов США, в основном из грантов Глобального Фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и

малярией (ГФСТМ), также из нескольких региональных проектов, проектов, реализуемых при поддержке международных организаций на страновом уровне. Более того, страновая заявка по 8-му раунду ГФСТМ была разработана и одобрена ГФСТМ в общем объеме 45 млн. долларов США на 2009-2014 гг.

В основном программы по ВИЧ/СПИДу 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 многих программ по ВИЧ/СПИДу. В настоящее время, благодаря проведенной мобилизации ресурсов, запланировано и подтверждено что около 14 миллионов долларов будут доступны до конца 2010 г. на программы по ВИЧ/СПИДу, в основном от ГФСТМ и существующих региональных проектов. Выполнение некоторых региональных проектов заканчивается к концу 2010 года, в тоже время другие региональные проекты будут начаты (USAID, GTZ). В настоящее время не ожидается уменьшение внешнего финансирования до конца 2010 г., однако воздействие мирового финансового кризиса может сказаться на дальнейшем внешнем финансировании программ. В настоящее время не ожидается уменьшение внешнего финансирования до конца 2010 г., однако воздействие мирового финансового кризиса может сказаться на дальнейшем внешнем финансировании программ. Одновременно, условия, связанные с экономическими трудностями в стране, влиянием мирового финансового кризиса, не гарантирует увеличение государственного бюджета на программы по ВИЧ/СПИДу. В тоже время за отчетный период в Таджикистане впервые проведена Оценка национальных расходов в связи со СПИДом за 2008 и 2009 г. (NASA). Данные этой оценки позволят подготовить обновленные расчеты стоимости программ по категориям, пересмотреть оценку потребностей, и будут использованы при составлении бюджета для Программы нового цикла стратегического планирования. Более детальная информация представлена в разделе V данного отчета.

Национальная программа по противодействию ВИЧ/СПИДу в Республике Таджикистан на период 2007-2010 г. разработана на принципах достижения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке. Согласно Национальной Программе в стране осуществляются мероприятия, по нижеследующим разделам.

ПРОФИЛАКТИКА

1) Цели по профилактике ВИЧ инфекции среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заражения (ПИН, РС, МСМ), и среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, определены задачей 1 Национальной Программы: Добиться осознанного добровольного принятия представителями групп населения с наиболее высоким риском заражения ВИЧ, безопасного поведения, которое защитило бы их от ВИЧ. В настоящее время в стране существует 21 пункт доверия для ПИН при лечебно-профилактических учреждениях, поддерживаемых ПРООН в рамках внедрения грантов ГФСТМ, также 26 пунктов доверия – на базе ОО, поддерживаемые как из грантов ГФСТМ, так и проектами SARHAP/DFID, SAAP, OSI. Также существуют 19 дружественных кабинетов (9 - при центрах СПИД и 10 –на базе ОО). До настоящего времени функционировал только один дружественный кабинет для МСМ в г. Душанбе. Пакет услуг, предоставляемый в пунктах: 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 перенаправление клиентов для получения различных услуг, как и социальное сопровождение. Поставка профилактических товаров во все пункты и кабинеты осуществляется за счет внедрения грантов ГФСТМ.

По данным отдела МиО Программы по контролю ВИЧ/СПИД, туберкулеза и малярии ПРООН, в целом на конец 2009г. по всем существующим пунктам доверия для ПИН было

фактически охвачено 5705 клиентов, что составляет 22,8% от среднего оценочного числа (25000) ПИН в стране (8).

По данным отдела МиО Программы по контролю ВИЧ/СПИД, туберкулеза и малярии ПРООН, в целом на конец 2009г. 5055 РС было охвачено профилактическими программами при поддержке ГФСТМ, а также через другие проекты (CARHAP/DFID-1345 РС), (СААР - 4298) итого 10698 РС, что составляет 85,5% ,от общего оценочного числа РС в стране- 12500 (8).

На конец 2009 г. согласно отчету ПРООН в ГФСТМ всего в стране профилактическими программами охвачено 861 МСМ. Расчет оценочных данных количества МСМ в стране еще не проводился, и запланирован на 2010 г.

Как уже отмечено выше, значительные успехи достигнуты в области продвижения и подготовки к внедрению заместительной терапии для ПИН. Начало внедрения заместительной терапии на пилотной основе для ПИН, получающих АРВ терапию.

В большинстве существующих в стране мест лишения свободы РТ проводятся профилактические программы при поддержке ГФСТМ, AFEW, CARHAP/DFID. Пакет профилактических услуг включает консультирование, лечение ИППП, предоставление презервативов, дезинфектантов, предоставление информации путем распределения ИОК материалов, проведение тренингов для сотрудников колоний и осужденных, и предоставлении информации по методу «равный–равному». По данным отчета ПРООН в ГФСТМ только за 2009 г. 3700 лиц, находящихся в местах лишения свободы, были охвачены программами профилактики ВИЧ и 819 получили лечение ИППП. За отчетный период адвокаты по внедрению программы обмена игл и шприцов в местах лишения свободы была усилена и базировалась на данных быстрой оценки, проведенной в тюрьмах (29). По данным этой оценки, 16,5% респондентов, из числа заключенных, и 16,7% респондентов из числа сотрудников тюрем, указали, что меньше половины заключенных употребляют наркотики. Около 28,6% указали, что те заключенные, которые употребляют наркотики, используют опасные инъекционные практики, и, примерно, 9% заключенных пользуются общими шприцами при употреблении наркотиков в местах лишения свободы. За отчетный период также проведена значительная адвокаты в области внедрения программы по обмену игл и шприцов в тюрьмах, и реализация программы запланирована на 2010г.

За отчетный период при поддержке AFEW, CARHAP/DFID значительно расширены программы по социальному сопровождению лиц, освободившихся из мест лишения свободы, а также расширилась сеть социальных бюро для оказания профилактических услуг по ВИЧ/СПИДу и перенаправления клиентов.

2). Профилактика ВИЧ-инфекции среди других групп населения, включая молодежь, мигрантов, детей улицы, военнослужащих, женщин обозначена во 2-ой задаче Национальной программы: Добиться принятия другим уязвимым населением (молодыми людьми, в том числе и детьми улицы, военнослужащими, мигрантами, женщинами) поведения максимально снижающего риск передачи ВИЧ, т.е. отказа от инъекций наркотиков, отсрочки половых отношений молодежью сохранения верности и использования презерватива при половых контактах.

Согласно Порядку медицинского освидетельствования (18), граждане РТ, иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие или находящиеся на территории РТ, и, изъявившие добровольное желание пройти тестирование на ВИЧ, получают его на конфиденциальной основе, а также анонимно по выбору обследуемого. Проведение до - и после – тестового консультирования обязательно при любом виде тестирования на ВИЧ. Предоставление доступа к добровольному тестированию и консультированию (ДКТ) за отчетный период значительно расширилось.

В настоящее время в основном ДКТ предоставляется всем желающим в Центрах по профилактике СПИД и их отделениях, а также антенатальных клиниках, клиниках по лечению ТБ и т.д. Всего существует 231 пунктов для проведения, как консультирования, так и тестирования в стране. Согласно обновленному Порядку медицинского освидетельствования (18) в стране постепенно будет вводиться проведение рутинного обследования по показаниям и скрининг, в частности, для беременных женщин. Произведена дополнительная закупка экспресс-тестов, которые также были распределены в учреждения по лечению ТБ, служб родовспоможения, т.д.

По данным РЦ СПИД охват населения тестированием значительно увеличился и составил в 2007 г. - 93791 человек, в 2008 - 148255 и 210179 - в 2009. Также значительно расширилось тестирование беременных женщин и мигрантов.

Основное препятствие для внедрения профилактических программ по ВИЧ/СПИДу 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 15-24 лет (9), общая информированность о ВИЧ/СПИДе составила около 70-80%, то уровень конкретных и полных знаний о путях передачи ВИЧ и способах профилактики передачи ВИЧ половым путем, составляет всего около 11% (2008). В то же время по данным других исследований, проведенным среди молодежи, практики использования опасного сексуального поведения широко распространены, как и наличие опыта употребления наркотиков, включая инъекционное употребление.

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/СПИДа, на основе жизненных навыков, в программу средних общеобразовательных школ. Введение навыков здорового образа жизни в программу средних школ началось в 2002г. с подготовки учителей 60 пилотных школ. В Национальном отчете 2003г. указывалось, что процент школ, в которых проводилось обучение по вопросам ВИЧ/СПИД, составил 0,7% от общего числа школ. Национальная школьная программа по здоровому образу жизни была разработана Министерством Образования в 2007г., которая определила количество часов для каждого из классов (с 7 по 9 классы). Введение ЗОЖ в программу средних школ начато с сентября 2008 г., в связи с этим, данные по охвату школ этой программой не были включены в отчет ССГА ООН от Таджикистана за 2007 г. За данный отчетный период Министерство Образования разработало обновленное руководство для 7-8-9 классов средних образовательных школ «Здоровый образ жизни» с включением вопросов ВИЧ/СПИД и других социально-значимых заболеваний, о вреде и последствиях наркомании. Данная программа введена за счет существующих обязательных «классных» часов и в дальнейшем будет расширена путем внутрипредметного введения этих вопросов на уроках биологии, химии, экологии. Подготовка учителей по вопросам здорового образа жизни включена в план деятельности Института Усовершенствования учителей, и на настоящий момент 1936 учителей прошли курсы подготовки в Институте усовершенствования по основам преподавания ЗОЖ в школах. Из 2963 существующих средних общеобразовательных школ, 200 школ выбраны, как пилотные, для внедрения программы ЗОЖ в 2009г. В последующем планируется постепенное увеличение охвата школ для внедрения программы ЗОЖ, в среднем, около 150 школ в год.

В настоящее время существуют специальные программы среди уличных детей, которые осуществляются, в основном, через ОО и Комитет по делам молодежи, спорта, и туризма с предоставлением ИОК материалов, консультированием по вопросам профилактики ВИЧ и ИППП, предоставлением информации через обучение «равный-равному», информационные сессии, проводимые аутрич-работниками на местах, где чаще всего подрабатывают уличные дети (базары, станции обслуживания машин, и т.д.). Согласно

отчету ПРООН в ГФСТМ за 2009, более 899 уличных детей охвачены программами профилактики ВИЧ.

Значительно расширился доступ молодежи, в частности из групп, подверженных наиболее высокому риску заражения ВИЧ, к профилактическим программам по ВИЧ/СПИДу через сеть дружественных кабинетов для молодежи. На конец отчетного периода в стране функционируют 13 клиник, предоставляющих услуги, дружественные молодежи (УДМ) (9 – в г. Душанбе, и по одной клинике в городах Вахдат, Яван, Турсунзаде и Исфаре). За отчетный период поддержка в развитии программы, оснащении клиник и предоставлении товаров для обеспечения профилактических услуг была оказана ЮНИСЕФ, Care International и ГФСТМ. Данные клиники функционируют на базе лечебных учреждений (поликлиники, центры репродуктивного здоровья и т.д.) с привлечением к деятельности ОО. Целевой группой является молодежь в возрасте 13-24, включая уязвимые группы, и группы, подвергающиеся высокому риску заражения ВИЧ.

Пакет предоставляемых услуг: ИОК материалы, предоставление презервативов с целью пропаганды и профилактики ИППП и нежелательной беременности, ДКТ, перенаправление в другие службы, диагностика и лечение ИППП. Информация по профилактике ВИЧ/СПИДа, ИППП, нежелательной беременности, наркомании, риске опасного поведения также предоставлялась через волонтеров по методу обучения «равный–равному». Всего за отчетный период в существующих дружественных клиниках профилактическими услугами, включая охвачено 13718 клиентов из числа молодежи.

За отчетный период разработано и утверждено Положение о клиниках предоставляющих УДМ, включающее определение структур для организации УДМ, критерии отбора, стандарты предоставления услуг, и состав минимального пакета. Проведена серия тренингов для специалистов по организации работы УДМ, ДКТ и лечению ИППП. Разработана универсальная компьютерная программа кодирования клиентов с использованием утвержденного универсального кода для слежения за оказанием услуг клиентам клиник УДМ. За отчетный период проведена оценка рентабельности УДМ с целью расширения сети данных клиник и определен бюджет развития программ УДМ на пилотной основе в 8-ми городах страны. Разработанный бюджет в настоящее время находится на рассмотрении для его включения в государственный бюджет с учетом выделения бюджетных средств на национальном и областных уровнях на текущие расходы клиник УДМ на пилотной основе.

В настоящее время в стране действуют специальные программы для профилактики ВИЧ/СПИДа среди мигрантов и членов их семей. В 30 районах открыты дружественные клиники, в основном на базе государственных учреждений, для предоставления ИОК материалов, консультирования, презервативов и лечения ИППП. Информация мигрантам и членам их семей предоставляется через аутрич-работников, волонтеров из числа мигрантов на основе равного обучения, лидеров общин, средства массовой информации, а также распространяется во время выезда и передвижения мигрантов. Значительная часть информационной работы среди мигрантов осуществляется через местные ОО. Согласно отчету ПРООН в ГФСТМ (29), только за 2009 г. 122336 мигрантов, были охвачены программами профилактики через дружественные кабинеты, и 1194337 трудовых мигрантов и членов их семей были охвачены различными профилактическими программами, проводимыми Министерством труда и социальной защиты РТ и Международной организацией по миграции (МОМ). Только в 2009 г. 4478 мигрантов трудовых мигрантов получили лечение ИППП на основе синдромного подхода. Значительная работа была проведена государственными структурами, НПО и международными организациями по установлению связей с соответствующими структурами в стране пребывания таджикских трудовых мигрантов, в частности, в Российской Федерации (РФ). Установлены связи с соответствующими структурами миграционных служб, Роспотребнадзора и ОО, работающими с мигрантами, в 35 регионах

РФ. Имеющиеся проблемы среди мигрантов в стране пребывания, включая вопросы охраны здоровья, были обсуждены на межстрановых конференциях и круглых столах, проведена значительная адвокация по предоставлению услуг по профилактике и лечению ВИЧ инфекции в стране пребывания. Данное сотрудничество по защите и охране здоровья мигрантов должно быть укреплено и продолжено.

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. По данным ПРООН (29), на настоящий момент 5420 военнослужащих охвачено различными профилактическими программами. ДКТ введено для всех желающих военнослужащих. В этой связи особое значение приобретает выработка единой политики по вопросам тестирования военнослужащих, основанной на принципах предотвращения дискриминации на основании ВИЧ статуса.

3). Обеспечение населения доступом к полноценному комплексу услуг, снижающему передачу ВИЧ от матери к ребенку.

За отчетный период проведена значительная адвокация, разработана и утверждена Национальная Программа по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР). Разработаны клинические протоколы по предоставлению тестирования и АРВ профилактики на основании адаптированного протокола ВОЗ №10. Разработано руководство по обучению акушер- гинекологов и наглядные пособия для тренингов по теме: «Интеграция ППМР в эффективную перинатальную помощь и уход», а также алгоритмы интеграции ДКТ в антенатальную и родовспомогательную службу.

Скрининг всех беременных на ВИЧ включен в Порядок освидетельствования на ВИЧ (18). Скрининг вводится постепенно, и охват зависит от обеспечения тестами, включая и экспресс-тесты, и подготовки кадров. По данным ЮНИСЕФ, благодаря поставкам, осуществляемым ПРООН и ЮНИСЕФ, в 2009г. тестирование с помощью экспресс-тестов на ВИЧ-инфекцию стало более доступным. По данным РЦ СПИД, за отчетный период значительно увеличилось количество беременных женщин, прошедших тестирование. В 2009 было протестировано 76297 беременных женщин, что почти в два раза выше, чем в 2008 - 40171, и более чем в три раза выше, по сравнению с 2007 г. - 19801. Однако, с учетом высокого числа беременных женщин (по данным РЦ медицинской статистики в 2009 зарегистрировано 186694 беременных женщин) охват беременных женщин тестированием составил 41%. Также на охват тестированием и, в целом ППМР, влияет определенное количество беременных женщин, не обращающихся в антенатальные клиники, и, существующая практика домашних родов (30). Также отмечены случаи ВИЧ инфекции среди беременных женщин, которым не была назначена АРВ профилактика, в связи с тем, что диагноз был поставлен в роддоме, но по истечению 3-суток после родов; в связи с недостаточной комплектацией родовспомогательных учреждений АРВ препаратами для ППМР, в частности, в сельской местности. Как отмечено выше, имеются случаи диагностики ВИЧ-инфекции у женщин в результате проведенного эпидемиологического расследования обнаруженных случаев ВИЧ-инфекции у детей раннего возраста. Это предполагает возможность наличия ВИЧ-инфекции у этих женщин и во время беременности. В основном, эти случаи выявлены за прошлые годы, когда введение ППМР только начиналось.

При выявлении у беременных ВИЧ инфекции, им назначается АРВ профилактика, согласно Национальным протоколам. Бесперебойные поставки АРВ препаратов для ППМР обеспечены. Введение ППМР начато на национальном уровне с фокусом на 18 пилотных районах, и, с охватом за отчетный период 54 антенатальных и родовспомогательных учреждений этих районов. Более 1/3 акушер - гинекологов из 54 учреждений обучены интеграции ППМР в перинатальную помощь и уход на основании разработанных тренинговых документов. Также некоторые руководители служб

родовспоможения обучены по вопросам стигмы и дискриминации в области ВИЧ/СПИДа. Закуплены средства индивидуальной защиты для родильных домов этих районов.

Профилактические АРВ препараты для новорожденных, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей, АРВ препараты для лечения ВИЧ инфицированных детей предоставлены и назначаются в соответствии с национальными протоколами. В 2009г. организовано распределение искусственных смесей для вскармливания новорожденных, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей на пилотной основе, однако вопрос об устойчивом механизме поставок искусственных смесей для вскармливания остается не решенным. Альтернативная помощь для дополнительного питания ВИЧ инфицированных детей предоставляется в ходе выполнения пилотного проекта ЮНИСЕФ. Разработаны информационные материалы для родителей по вопросам соблюдения ВИЧ-инфицированными детьми режима АРВ терапии.

Разработана программа электронного эпидемиологического слежения за случаями ВИЧ инфекции среди беременных женщин и новорожденных, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

4). Профилактика ВИЧ инфекции через обеспечение безопасности медицинских процедур, в том числе при переливании крови.

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.

По данным РЦ крови образцы донорской крови тестируются на ВИЧ в 100% . Разработан и утвержден Закон РТ о донорстве крови и его компонентов; в 2009 г. разработана и утверждена Национальная Программа по обеспечению безопасности крови в РТ, и секторальная программа по клиническому рациональному использованию крови. Специалисты службы крови и клиницисты обучены вопросам безопасности крови, обеспечению качества в службе крови, продвижению добровольного и безвозмездного донорства, клиническому рациональному использованию крови.

Случаи заражения ВИЧ при переливании крови за отчетный период не зарегистрированы. За отчетный период развернута активная пропаганда безвозмездного донорства крови. При всём этом, практикуется платное донорство, в которое нередко вовлекаются лица с высоким риском заражения ВИЧ, в том числе ПИН. Так, по данным РЦ СПИД, до конца 2007 года среди образцов донорской крови были выявлены 16 образцов с положительным результатом на ВИЧ-инфекцию, и, только гарантированное 100% тестирование крови может исключить возможные случаи заражения через переливание крови. Более того, при проведении эпидемиологического расследования был выявлен один случай ВИЧ-инфекции среди реципиентов крови за 2008 г., что может указывать на возможное прямое переливание крови без проведения тестирования. Следовательно, необходимо усиление контроля над реализацией политики по рациональному использованию донорской крови и ее компонентов, а также строгим соблюдением ограничений к назначению прямого переливания крови. Одновременно необходимо усиление внутреннего и внешнего контроля качества лабораторий при скрининге образцов крови на ВИЧ.

В 2009 г. разработан приказ МЗ РТ о постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции среди медицинских работников, а также схема оповещения о возможных случаях заражения медицинских работников во время выполнения должностных обязанностей. Наборы для постконтактной профилактики сформированы и распределены в соответствующие медицинские учреждения.

ЛЕЧЕНИЕ

Предоставление антиретровирусного (АРВ) лечения ЛЖВ, нуждающимся в АРВ терапии. АРВ терапия была введена в Республике Таджикистан с 2006г. За отчетный период значительно увеличился охват ЛЖВ, нуждающихся в АРВ терапии, по сравнению с предыдущими годами. Так, в 2006 г. из 80 нуждающихся в АРВ терапии из числа официально зарегистрированных ЛЖВ, АРВ терапия была назначена 37, в 2007 г. из 79 нуждающихся, терапия была назначена 49 пациентам, за 2008 год из 309 нуждающихся АРТ была назначена 225 пациентам, и в 2009г. - из 579 нуждающихся АРТ была назначена 424 пациентам. Остальным нуждающимся терапия не была назначена в связи с их отказом, выездом за пределы страны, отсутствием их приверженности к лечению, которая, в частности, не могла быть обеспечена в связи с отсутствием предоставления заместительной терапии ПИН, нуждающимся в АРВ терапии. Значительно улучшена диагностическая база для установления диагноза ВИЧ инфекции, определения СД4 клеток и вирусной нагрузки. Поставки АРВ препаратов осуществляются регулярно и бесперебойно, благодаря внедрению грантов ГФСТМ. Обучение врачей предоставлению АРВ терапии продолжено. Только за 2009 г., по данным отчета ПРООН в ГФСТМ (29), обучено 70 провайдеров медицинских услуг предоставлению АРВ терапии. Программы по формированию приверженности ЛЖВ к АРВ терапии начаты и проводятся социальными работниками, включая представителей сообщества ЛЖВ. Только за 2009г. 84 ЛЖВ получали лечение оппортунистических инфекций, из них 60- получали лечение котримаксазолом (3). Усилена интеграция АРВ терапии в другие службы, в частности, расширены действия по лечению ко-инфекции ВИЧ и ТБ, и совместному ведению больных с сочетанной инфекцией. План действий по интеграции услуг по туберкулезу (ТБ) и ВИЧ разработан, тестирование на ВИЧ доступно в учреждениях по лечению ТБ. Разработаны и утверждены Национальная Стратегия по управлению двойной инфекцией ВИЧ/ТБ, разработан и утвержден Национальные протокол по ведению двойной инфекции. В тоже время, анализ причин смертности ЛЖВ, показал, что туберкулез является основной причиной смертности (47% из 247 случаев смерти среди зарегистрированных случаев ВИЧ), 15,4% составили случаи смерти ЛЖВ в 4-ой клинической стадии ВИЧ (ВИЧ-кахексия, 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. Процент выживаемости ЛЖВ спустя 12 месяцев после начала АРВ терапии составляет 58,3%. Это может быть связано с поздним обращением, отказом от АРВ терапии, прерыванием лечения в связи с выездом за пределы страны, низкой приверженностью ЛЖВ к лечению, которая, связана с отсутствием заместительной терапии ПИН, которым АРВ терапия была назначена. Вызывает озабоченность тот факт, что предоставление бесплатной АРВ терапии всем нуждающимся осуществляется только за счет внедрения грантов ГФСТМ, механизм для устойчивого предоставления АРВ препаратов остается не разработанным.

По данным ВОЗ, Таджикистан относится к странам с наиболее высоким уровнем распространенности туберкулеза (ТБ) в данном регионе. В 2007 г., по оценочным данным ВОЗ (31), заболеваемость туберкулезом составляла 231 на 100 тыс. населения для всех случаев ТБ, и 10 на 100 тыс. для новых случаев с положительным результатом мазка. По оценкам, распространенность ТБ среди населения и уровень смертности в Таджикистане составили 322 и 46 на 100 тыс. населения соответственно. Оценочные данные по распространенности мультирезистентных форм ТБ среди новых случаев и ранее леченных составили 16% и 41%. По данным Программы борьбы с туберкулезом МЗ РТ, за 2008 г. в стране зарегистрировано 7961 случай туберкулеза, из них 6080 новых случаев, и с

положительным результатом мазка - 2044. Тяжелая ситуация в отношении туберкулеза сложилась в тюрьмах, где случаи «неэффективного лечения» составили 23,3%.(30). Распространенность ВИЧ инфекции среди новых случаев ТБ по оценочным данным составила 4%.(30). В 2007 г. только 8,5% (28) пациентов, от вновь зарегистрированных новых случаев, были обследованы на наличие ТБ, и среди них у 15 пациентов был обнаружен ТБ. (30). Сочетанное лечение было начато только в 2006 г., и, согласно отчету ССГА ООН ,2007 (33), процент больных, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ, составил 7,89%.

За отчетный период усилена интеграция АРВ терапии в другие службы, в частности расширены действия по лечению ко-инфекции ВИЧ и ТБ, и совместному ведению больных с сочетанной инфекцией. Так, тестирование на ВИЧ-инфекцию стало доступно в учреждениях по лечению больных с ТБ. По данным РЦ СПИД, за 2009 г. 3944 пациента, обследуемых на ТБ, и с подтвержденными формами ТБ, получили тестирование на ВИЧ. Среди ЛЖВ все пациенты, находящиеся под наблюдением, и пациенты, получающие, АРВ терапию один раз в год обследуются на ТБ. По данным РЦ СПИД, из 1853 официально зарегистрированных ЛЖВ на постоянном диспансерном наблюдении находятся 1056 пациентов, при обследовании выявлено 209 случаев ТБ. За 2009 г. комбинированным лечением были охвачены 52 ЛЖВ, что составило 14,05%. Таким образом, охват комбинированным лечением за отчетный период увеличился почти в два раза. За отчетный период план действий по интеграции услуг по туберкулезу (ТБ) и ВИЧ разработан, тестирование на ВИЧ доступно в учреждениях по лечению ТБ. Разработаны и утверждены Национальная Стратегия по управлению двойной инфекцией ВИЧ/ТБ, разработан и утвержден Национальные протокол по ведению двойной инфекции. В тоже время, анализ причин смертности ЛЖВ, показал, что туберкулез является основной причиной смертности (47%), что свидетельствует о необходимости усиления интегрированного ведения больных, ранней диагностики и постоянного контроля лечения сочетанной инфекции.

Согласно Национальному протоколу по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ-инфекции (16), профилактике ко-тримаксазолом (КТЗ) подлежат все пациенты с уровнем СД4 ниже 200 в 1 мл крови. По данным РЦ СПИД, в 2008 г. 112 ЛЖВ были охвачены ко-тримаксазолом для профилактики оппортунистических инфекций, и в 2009 г.- 60 ЛЖВ.

УХОД И ПОДДЕРЖКА

За отчетный период начаты программы по уходу и поддержке ЛЖВ.

Впервые начата подготовка медицинских сотрудников по предоставлению паллиативной помощи в системе общественного здравоохранения. При поддержке Института Открытого Общества (OSI) были организованы тренинги и обучающие туры для ознакомления специалистов с передовым опытом по организации паллиативной помощи. Проведено три национальных обучающих семинара с привлечением международных экспертов согласно модулю ELNEC (End of life nursing education consortium), «Улучшение качества Паллиативного ухода», модули адаптированы и переведены на таджикский язык и распространены по профильным учреждениям. Особый акцент сделан на организацию паллиативной помощи при ВИЧ-инфекции, онкологических заболеваниях и паллиативной помощи детям.

В 2009 году проведён анализ законодательной базы по доступности опиоидов для предоставления паллиативной помощи нуждающимся пациентам в Таджикистане.

Расширены программы по подготовке социальных работников, в том числе, из представителей сообщества ЛЖВ. Представители сообщества ЛЖВ активно участвуют в программах формирования приверженности ЛЖВ к АРВ терапии. Значительно увеличился доступ ОО, представляющих интересы ЛЖВ, к источникам международного финансирования. На пилотной основе начаты программы по обеспечению ЛЖВ,

получающих, АРВ терапию, дополнительным питанием при поддержке Всемирной Продовольственной Программы. 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.

За отчетный период разработан порядок предоставления ежемесячных государственных пособий ВИЧ-инфицированным детям, который в настоящее время находится на утверждении.

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 людей, живущих с ВИЧ.

ИНДИКАТОРЫ ССГА ООН, ПОКАЗЫВАЮЩИЕ РЕАЛИЗАЦИЮ ВНЕДРЕНИЯ ОТВЕТНЫХ МЕР

ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И ДЕЙСТВИЯ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

1. Расходы в связи со СПИДом

До настоящего времени Республика Таджикистан подавала данные по финансированию программ по ВИЧ/СПИДу только на основании выделенного государственного бюджета и запланированного финансирования программ, поддерживаемых международными донорами. Государственный бюджет, выделяемый на программы ВИЧ/СПИДа, включен в бюджет только сектора здравоохранения, является незначительным, и в основном эти средства направлены на функционирование центров СПИД. Так, по данным отчета в ССГА ООН (2007), государственный бюджет на программы по ВИЧ/СПИДу на полный календарный 2006 г. составил – 297.754 долларов США (6,06 %). Запланированное финансирование со стороны международных партнеров за 2006г. составило 4.912.800 долларов США. Всего бюджет, выделенный государством и международными организациями за 2006 г. составил 5.210.555 долларов США, и государственный бюджет составил 6,6% от общего финансирования программ по ВИЧ/СПИДу в 2006 г.

В 2009 г. в целях мониторинга выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и улучшения процессов национального стратегического финансового планирования в Республике Таджикистан впервые проведена оценка национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом (National AIDS Spending Assessment - NASA) за 2008 – 2009 гг.. Результаты финансового мониторинга послужили основанием для формирования показателя №1 национального отчета.

Оценка национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Республике Таджикистан в 2008 – 2009 годах охватывает:

- государственные источники финансирования (средства республиканского и местных бюджетов);
- внешние источники финансирования (средства международных агентств, фондов и иностранных организаций);
- некоторые частные расходы (расходы домашних хозяйств на платное конфиденциальное добровольное консультирование и тестирование, на приобретение донорской крови и их компонентов).

На основании проведения NASA национальные и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования составили: в 2008 г. - **21.215.768** сомони (или 6,2 млн. долларов США): из них, государственные источники – 3. 485.137 сомони; международные источники - 17.700.047сомони, и частные источники - 30.584 сомони.

За 2009 г. всего расходы составили **31.082.064** сомони (или 7, 6 млн. долларов США), в том числе: государственные источники - 4,768,066 сомони; международные источники - 26'222'004 сомони; и частные источники - 91,994 сомони.

В процентном соотношении распределение национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Республике Таджикистан по источникам финансирования в 2008 г. составило: государственные источники - 16,4%, международные источники - 83,4%, и частные источники- 0,1%. За 2009 г. государственные источники - 15,3%, международные источники - 84,4%, и частные источники - 0,3%.

Более детально процесс подготовки NASA и краткие результаты анализа описаны в **разделе V** данного отчета. Также матрица национального финансирования включена в приложение 3 данного отчета.

2. Политика Правительства в связи с ВИЧ и СПИДом. Национальный комбинированный индекс политики (НКИП).

Секретариатом НКК были определены министерства и ведомства, местные неправительственные организации, международные организации, агентства ООН, сотрудники которых смогли бы представить полноценную информацию по НКИП во время интервьюирования. Было предложено использовать опыт подготовки отчета в 2007 г. и назначить двух консультантов по сбору информации среди государственных лиц и гражданского сектора и международных организаций, а также дополнительно определить ответственное лицо от организаций, представляющих интересы людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), для более широкого вовлечения ЛЖВ в процесс подготовки данных по НКИП, и отчета ССГА ООН в целом и получения более полной информации.

На расширенном заседании ТРГ 15 января 2010г. были назначены два технических координатора для сбора данных по Национальному комбинированному индексу политики (НКИП) и проведения анкетирования ключевых респондентов по НКИП, из числа представителей правительства и ОО, и обработки этих данных, а также ответственный представитель ОО, представляющих интересы людей, живущих с ВИЧ, для проведения интервьюирования среди ЛЖВ. Консультанты заранее провели обзор существующей политики и ее изменения по сравнению с 2007 г. Координаторами было опрошено 13 ответственных сотрудников государственных структур из различных министерств и ведомств по части А общей анкеты, по части В анкеты было опрошено 16 представителей местных ОО, международных организаций и агентств ООН, а также 9 представителей сообщества ЛЖВ (среди ЛЖВ опрос проводился представителями ОО, представляющими интересы ЛЖВ на конфиденциальной основе)

Все анкеты были собраны и проанализированы консультантами. Особенный 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/СПИДу, а также недостаточная информированность о прогрессе, достигнутом по внедрению программ по профилактике, лечению и уходу. Окончательный вариант единой анкеты был обсужден на Партнерском Форуме 18 марта 2010 г., подчеркнуты успехи, достигнутые в политике по ВИЧ/СПИДу, и, имеющиеся проблемы, и достигнут консенсус по содержанию единой анкеты для определения Национального Комбинированного индекса политики (НКИП). Согласованный вариант анкеты прилагается (приложение 4).

ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ

3. Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества.

Индикатор представлен согласно официальным данным головного учреждения Республиканского научного центра крови (РЦ крови). По данным РЦ крови процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества, составляет 100%. Случаи заражения ВИЧ при переливании крови за отчетный период не зарегистрированы. Однако существуют определенные моменты, которые вызывают значительное беспокойство в обеспечении безопасности крови. По данным РЦ СПИД, из 49 учреждений, которые занимаются забором и переливанием крови, 19 учреждений забор крови не производят, а получают ее из РЦ крови и областных центров крови. РЦ крови и областные центры крови (Согдийской области, гг. Курган - Тюбе и Куляб) участвуют в системе внешней оценки качества, и присылают 10% отрицательных результатов в РЦ СПИД или областные центры СПИД. Отмечено, что 6 учреждений по забору крови до настоящего времени не участвовали в системе внешней оценки качества, не присылали 10% отрицательных результатов в РЦ СПИД или областные центры СПИД. За отчетный период среди образцов донорской крови были выявлены 16 образцов с положительным результатом на ВИЧ инфекцию, которые не были допущены к использованию. Наличие таких фактов, может свидетельствовать о распространенной практике платного донорства с возможным вовлечением представителей групп наиболее высокого риска заражения, в частности ПИН, в донорство крови. Только гарантированное 100% тестирование крови может исключить возможные случаи заражения через переливание крови. Более того, за 2008 г. при проведении эпидемиологического расследования был выявлен один случай ВИЧ-инфекции среди реципиентов крови, что может указывать на возможность прямого переливания крови без проведения тестирования, следовательно, необходимо усиление контроля за реализацией политики по рациональному использованию донорской крови и ее компонентов, а также строгим соблюдением всех процедур обеспечения качества тестирования крови, и строгим контролем за выполнением приказа о мерах по дальнейшему предупреждению осложнений при переливании крови и ее компонентов-препаратов и гемокорректоров (приказ №570, от 21.10. 2005).

4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию.

Контроль за назначением АРВ терапии 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 антиретровирусной терапии и рутинного мониторинга РЦ СПИД за ведением пациентов, получающих АРВ терапию. Показатель был рассчитан на основании данных официальной регистрации ЛЖВ согласно национальному плану по МиО (15) В числитель было включено число взрослых и детей, которые продолжают получать АРВ согласно протокола на конец года. В знаменатель, согласно национальному плану МиО, были

включены пациенты, из числа официально зарегистрированных ЛЖВ, прошедших тест на СД 4, и нуждающихся в АРВ терапии.

Так, за 2008г. число взрослых и детей, которые получали АРВ согласно протокола на конец года – 138 (из них мужчин - 87, женщин - 51, дети до 15 лет -5).

За этот период 943 пациента прошли тест на СД4 и 309 нуждались в АРТ (мужчины- 226, женщины- 83, дети до 15 лет- 5). Из них 225 пациентам была назначена АРВ, и 138 продолжали получать лечение на конец года.

Из числа пациентов с поздней стадией ВИЧ-инфекции, т.е. нуждающихся в АРВ терапии на основании СД4 (309- знаменатель), 138 (числитель) пациентов получали АРВ на конец года, что составляет **44,7%**

За 2009 г. число взрослых и детей, которые продолжают получать АРВ, согласно протокола на конец года составило 322 пациента (мужчины - 218, женщины - 104, дети до 15 лет- 10).

Из 1834 ЛЖВ, прошедших тест на СД4, нуждались в АРВ терапии 579 пациентов (мужчины - 448, женщины - 131, детей до 15 лет – 10). Из них 424 пациентам была назначена АРВ терапия, 322 продолжали лечение на конец года (мужчины - 218, женщины - 104, дети до 15 лет - 9).

Из числа пациентов с поздней стадией ВИЧ-инфекции, т.е. нуждающихся в АРВ терапии на основании СД4 (579- знаменатель), 322 (числитель) пациента получали АРВ на конец года, что составляет **55,6%** в 2009 г.

Аналогичный подход использовался при расчете данного индикатора при подаче отчета ССГА ООН в 2007 г., и данный показатель за 2006 составил – 46,3% и за 2007- 62,0%.

В тоже время согласно оценочным данным, которые использовались при подготовке страновой заявки в 8-ой раунд ГФСТМ (6), количество ВИЧ-инфицированных в стране составило 6800, и оценочное число ЛЖВ, нуждающихся в АРВ терапии, было оценено приблизительно как 1020. На момент составления заявки (июнь, 2008) количество пациентов, получавших АРВ терапию, составило 160 или 15,7%. При расчете этого показателя от данных оценочных чисел, процент охвата АРВ за 2009 г. (322) составит 31,6%. Оценочное число ЛЖВ, которое официально признано в Таджикистане на 2009 г. в среднем составляет 10000 ЛЖВ, и приблизительно количество нуждающихся на 2009 г. может составить 1500 человек. В этом случае, охват АРВ терапией на 2009 г. от оценочного числа нуждающихся составит примерно 21,7%.

Все эти данные были обсуждены на партнерском форуме по обсуждению предварительных результатов отчета от 18 марта 2010г с участием более 50 ключевых партнеров. Было признано, что в любом случае, как при расчете от официально зарегистрированных лиц, так и при расчете от оценочных данных, в охвате людей, нуждающихся в АРВ терапии, достигнут несомненный прогресс в связи с расширением ДКТ, улучшением лабораторной базы, бесперебойной поставки АРВ препаратов и т.д.

Было принято решение, что данные по охвату АРВ терапией в настоящий отчет ССГА ООН будут включены из расчета данного показателя от официально зарегистрированных случаев ЛЖВ, в связи с тем, что:

- калькуляция данного показателя от официально зарегистрированных ЛЖВ включен в утвержденный национальный план МиО
- расчет данного показателя от официально зарегистрированных ЛЖВ производился с момента начала АРВ терапии, и показывает динамику охвата с использованием одного и того же подхода к расчетам
- качество оценочных данных, получаемых в программе Спектрум, не совсем удовлетворяет национальных экспертов

Разработка новой Программы, которая начнется в 2010г., выдвинет необходимость ревизии оценочных цифр, и представит возможность изменения подходов к расчетом данного индикатора.

В то же время отмечается достаточное количество пациентов, которые нуждались в назначении АРВ терапии, согласно тесту на СД4, но АРВ терапия им не была назначена в связи: с отказом пациентов от лечения, выездом за пределы республики, отказом от лечения в связи с активным употреблением наркотиков и т.д.).

5.Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи от матери ребенку.

ППМР введено в стране, начиная с 2006 г. Расчет числителя для данного показателя производился на основании программного мониторинга, включающего реестры пациентов и обобщенные формы отчетности.

Знаменатель для этого показателя включал оценочное число ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 12 месяцев. Расчет оценочного числа производился на основании последних данных ДЭН (2008), проведенного в антенатальных клиниках при: умножения общего числа официально зарегистрированных женщин, родивших в последние 12 месяцев, на показатели распространенности ВИЧ среди беременных женщин, полученные при проведении последнего ДЭН в антенатальных клиниках (2008). За 2008г. количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших АРВ препараты, в целях снижения риска передачи от матери к ребенку составило 21 (числитель)

Оценочное число ВИЧ инфицированных беременных (знаменатель) за 2008 г. составило: число родивших за 2008 г.- 186000 (данные Центра медицинской статистики, 2008) умноженное на 0,05 (ДЭН, 2008г) - **93** (оценочное число ВИЧ позитивных беременных женщин за 2008 г.). Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших АРВ препараты для снижения риска передачи от матери ребенку в 2008 г. составил- **22,6%**

За 2009 г. количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших АРВ препараты в целях снижения риска передачи от матери к ребенку составило 25 (числитель)

Оценочное число ВИЧ-инфицированных беременных (знаменатель) за 2009 г. составило: число родивших за 2009 г.- 196532 (данные Центра медицинской статистики, 2008) умноженное на 0,05 (ДЭН, 2008г) - **98** (оценочное число ВИЧ позитивных беременных женщин за 2009 г.). Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших АРВ препараты для снижения риска передачи от матери ребенку, в 2009 г. составил- **25,5%.**

В предыдущие годы расчет этого показателя также производился на основании оценочных данных о количестве ВИЧ-инфицированных беременных женщин, исходя из данных ДЭН, и использование одних и тех же подходов позволяет более точно сравнивать прогресс, достигнутый с момента введения ППМР: 2,05% - 2006; 4,2% - 2007; 22,6% - 2008; 25,5%-2009. Такой прогресс достигнут в результате мобилизации ресурсов, бесперебойной поставки тестов, включая экспресс-тесты, значительного расширения тестирования беременных, включения постепенного скрининга беременных в порядок медицинского освидетельствования, расширения доступа к тестированию в сети антенатальных клиник, бесперебойной поставки АРВ препаратов.

6.Ведение больных с туберкулезом и ВИЧ. Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получающих лечение в связи с ТБ и ВИЧ.

В базе данных ВОЗ по Таджикистану были представлены только оценочные данные по количеству случаев ВИЧ среди новых случаев ТБ (31). В связи с этим, расчет оценочного числа для данного индикатора был основан на зарегистрированных случаях. На конец 2009 г. всего зарегистрировано 1853 ЛЖВ, из них на постоянном диспансерном учете находилось 1056, при проведенном обследовании выявлено 209 случаев ТБ, что

составляет 20%. Таким образом, предположительно, что из общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ, 20% будут иметь сочетанную инфекцию ВИЧ/ТБ что составляет - 370 человек. (из них мужчин - 297, женщин - 73, исходя из данных официальной регистрации, что число случаев ВИЧ среди женщин составило около 20%, среди мужчин - 80 %)

На конец 2009 г. 52 ЛЖВ получили комбинированное АРВ лечение в соответствии с национальным протоколом и начали лечение в связи с ТБ в течение отчетного года:

Числитель: 52, мужчины - 45, женщины - 7.

Знаменатель: 370, мужчины - 297 женщины - 73

Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получающих лечение в связи с ТБ и ВИЧ составил в целом -14,1%, из них: мужчины - 15,2%, женщины – 9,6%.

Для сравнения, процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получающих лечение в связи с ТБ и ВИЧ, составил 7,89% в 2007 г (33).

7.Тестирование на ВИЧ среди населения в целом. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

Как было указано выше, за отчетный период, по данным РЦ СПИД значительно расширился доступ населения к услугам по проведению тестирования и консультирования (ДКТ). И за период 2007 – 2009 количество протестированных лиц увеличилось с 93791 до 210179 человек соответственно.

За отчетный период в РТ впервые проведено Национальное исследование уровня информированности, практики поведения и мер противодействия ВИЧ/СПИД среди населения в возрасте 15-49 лет Центром Стратегических Исследований (ЦСИ) при Президенте Республики Таджикистан при поддержке ГФСТМ и проекта СААР. Данное исследование проведено на основании обследований домохозяйств в 38 городах и районах республики, охватывающее все регионы республики. Среди репрезентативной выборки респондентов (3500) был проведено анкетирование методом маршрутной (кластерной) выборки. В данное исследование были включены вопросы по охвату тестированием, построенные на основании Руководящих принципов разработки ключевых показателей ССГА ООН. Процент людей в возрасте 15-49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают, свои результаты составил **6,8%**, из них: среди мужчин - 8,6%, среди женщин - 5,1%. Также эти данные представлены с разбивкой по возрасту. В 2007 г. ЦСИ проведено Национальное исследование поведения молодежи в возрасте 15-24 лет в области ВИЧ/СПИД в Таджикистане и охват тестированием в этой группе составил 2,04%. Таким образом, по данным Национальных исследований по домохозяйствам, также отмечается увеличение охвата населения тестированием с 2,04% -2007 до 6,8% в 2008г.

8.Тестирование на ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

Данные для этого показателя собирались на основании ДЭН (2008) проведенного в 6-ти сайтах среди ПИН и РС, причем необходимо учитывать, что в Таджикистане ДЭН проводился, только среди РС-женщин, так как работники секса-мужчины, не являются дозорной группой в Таджикистане. До настоящего времени группа МСМ также не включена в проведение ДЭН в Таджикистане.

Процент ПИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают, свои результаты в целом составил **35,9%**,из них: среди мужчин - 36,6%, среди женщин - 30,0%. Данный показатель также представлен с разбивкой по возрасту.

Процент РС-женщин, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты, в целом составил **42,2%**. Данный показатель также представлен с разбивкой по возрасту.

9. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики ВИЧ.

Данные для этого показателя собирались на основании ДЭН (2008) проведенного в 6-ти сайтах среди ПИН и РС-женщин.

Процент ПИН, охваченных программами профилактики ВИЧ составил – **63,5%**, среди мужчин-ПИН - 62,9%, среди женщин-ПИН- 68,7%. Индикатор также представлен с разбивкой по возрасту.

Процент РС-женщин, охваченных программами профилактики ВИЧ составил - **51,2%**, индикатор представлен с разбивкой по возрасту.

10. Поддержка детей, пострадавших в результате ВИЧ и СПИДа: Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0-17 лет, чьи домохозяйства получают бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком.

При обсуждении с партнерами данный показатель был признан в настоящее время не релевантным для Таджикистана по следующим причинам:

Согласно законодательству в РТ помощь как материальная, так и социальная, оказывается всем сиротам, потерявшим обоих родителей (до достижения совершеннолетия ребенок находится на дотации государства: детские дома, интернаты; после совершеннолетия и до достижения 18 лет – ежемесячная стипендия).

Материальная помощь оказывается семьям с одним родителем, воспитывающим детей, (матерям-одиночкам, ежемесячное пособие семьям, потерявшим кормильца). Поэтому показатель оказания помощи, без учета семей, где именно имеются ВИЧ-инфицированные дети, мог бы оказаться очень высоким. В настоящее время разработан порядок выплаты государственных пособий для ВИЧ-инфицированных детей в возрасте до 16 лет и находится на утверждении.

Также до настоящего времени общий медицинский уход в первичной медицинской сети и среднее образование в Таджикистане предоставляются бесплатно любым категориям лиц. Одновременно в рамках отдельных проектов оказывается помощь малоимущим семьям, однако исследования в этом аспекте по домохозяйствам не проводилось.

Данный показатель более характерен для стран с высоким уровнем распространенности ВИЧ.

11. Просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков: Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года.

Как указывалось выше, за отчетный период Министерство образования РТ предприняло целый комплекс мероприятий по внедрению жизненных навыков, включая профилактику ВИЧ/СПИДа, в программу среднего образования. Национальная школьная программа по здоровому образу жизни была разработана Министерством Образования в 2007 г., которая определила количество часов для каждого из классов (с 7 по 9 классы) и ее введение в программу средних школ начато с сентября 2008 г., в связи с этим, данные по охвату школ по этой программе не были включены в отчет ССГА ООН от Таджикистана за 2007 г. Из 2963 существующих средних общеобразовательных школ в 200 школах начато внедрение ЗОЖ в 2008-2009 учебном году. Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года - **5,3%**. В 2003г. процент школ, в которых проводились занятия по ЗОЖ на пилотной основе, составлял - 0,7%.

ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЗНАНИЯ И ПОВЕДЕНИЕ

12. Дети- сироты: посещаемость школ. Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей; возраст 10–14 лет

Индикатором внедрения Национальной Стратегии Развития, как стратегии, разработанной для внедрения Целей Развития Тысячелетия (ЦРТ) в Таджикистане, в области образования является общая посещаемость средних школ. Процент общей посещаемости средних школ детьми по данным группы мониторинга и оценки за индикаторами ЦРТ в 2004 г. составил 88%. Охват начальным и средним образованием по данным мониторинга за внедрением ССБ в 2008 г. составил 97% и 76 % соответственно (24). В стране существует информация о зарегистрированных детях – сиротах, получающих пособия, которые также зарегистрированы, как посещающие школу, или, специализированные интернаты. Подворные исследования в данном аспекте не проводились, и на данный момент получить информацию о не посещении школ детьми-сиротами не представляется возможным. Данный индикатор признан не релевантным к текущей ситуации в РТ.

13. Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ. 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

Впервые Национальное исследование знаний, отношения, поведения и практики молодежи в возрасте 15-24 лет в области ВИЧ/СПИДа с репрезентативной выборкой на основе обследования домохозяйств было проведено в Таджикистане в 2006-2007 гг (9), и данный показатель составил 10,9%

В 2008 г. было проведено Национальное исследование уровня информированности, практики поведения и мер противодействия ВИЧ/СПИД среди населения в возрасте 15-49 лет (10). В связи с тем, что репрезентативная выборка респондентов из возрастной группы 15-24 лет была примерно одинаковой в обоих исследованиях, было принято решение в данный отчет представить данные по последнему исследованию. Уровень информированности о проблемах ВИЧ/СПИД в целом по данному исследованию (2008) также был высоким. Из общего количества опрошенных респондентов 83,3% отметили, что они слышали о ВИЧ/СПИД. Существенная разница в уровне информированности о ВИЧ/СПИД наблюдается среди населения городской и сельской местности (90% и 78,2% соответственно). Среди молодежи в возрасте 15-19 лет и 20-24 уровень информированности составил (78,4% и 78, 7% соответственно).

При расчете индикатора 13 «Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ» в соответствии с Руководящими принципами разработки ключевых показателей ССГА ООН по ВИЧ/СПИДу отмечено, что в целом этот показатель для возрастной группы 15-24 лет в 2008 г. составил **10%**, среди мужчин- 10,8% и несколько ниже - среди женщин- 9,3%. Данный показатель практически не отличается от показателя уровня знаний среди молодежи в возрасте 15-24, полученным в исследовании за 2007г.

Значительная разница в процентном соотношении правильных ответов на разные вопросы указывает на то, что не все вопросы могут быть понятными и значительными для оценки полноты знаний и объективно отражать знания респондентов. Предложено в последующем провести обзор предлагаемых вопросов с возможным внесением изменений в их содержание на страновом уровне.

14. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: знания о профилактике ВИЧ. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.

Данные для этого показателя представлены на основании ДЭН (2008) среди ПИН и РС-женщин.

Процент ПИН, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают, основные неверные представления о передаче ВИЧ составил **55,2 %** в целом, из них: среди мужчин ПИН - 54,7% и среди женщин - 59,3%. Также представлены данные по возрастным группам.

Процент РС, которые правильно указывают, способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергаю, основные неверные представления о передаче ВИЧ составил **30,6%**. Данные по возрастным группам также представлены.

15. Половые контакты в возрасте до 15 лет. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет

Данные по этому индикатору также предоставляются по результатам последнего Национального Исследования уровня информированности, практики поведения и мер противодействия ВИЧ/СПИД среди населения в возрасте 15-49 лет, проведенного в 2008 г. (ЦСИ), с указанием процента для группы молодежи в возрасте 15-24 лет.

В целом процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, у которых были, половые связи в возрасте до 15 лет составил **0,3%**, среди мужчин- 0,6%, и среди женщин – 0,4%. Этот показатель несколько улучшился по сравнению с таковым в 2007 г. - 0,7%.

Несмотря на достаточно низкий уровень показателей о распространенности половых контактов среди молодежи в возрасте до 15 лет по данным исследования по домохозяйствам, нельзя не отметить, что при проведении более прицельных исследований, например среди школьников, частота половых контактов в возрасте до 13 лет была отмечена в 3% случаев (2).

Согласно установленным целям по достижению всеобщего доступа данный показатель не должен превысить 5% до 2010 г.

16. Половые контакты с повышенным уровнем риска: Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев.

Данные по этому индикатору также предоставляются по результатам последнего Национального Исследования уровня информированности, практики поведения и мер противодействия ВИЧ/СПИД среди населения в возрасте 15-49 лет, проведенного в 2008 г. (ЦСИ). Результаты проведенного исследования показали, что **9,5 %** респондентов в возрасте 15-49 лет, от общего количества опрошенных имели половые контакты с нерегулярными партнерами за последние 12 месяцев, среди которых 4,6% составляют женщины и 14,7% мужчины. Также представлены данные с разбивкой по возрасту.

По результатам «Исследования поведения молодежи в возрасте 15- 24 лет в области ВИЧ/СПИД в Таджикистане», проведенного в начале 2007 года, данный индикатор для молодежи 15-19 лет составил 3,0 % и 20-24- 9% (в целом- 5,95%)

17. Использование презервативов по время секса с повышенным уровнем риска: 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.

Данные по этому индикатору также предоставляются по результатам последнего Национального исследования уровня информированности, практики поведения и мер противодействия ВИЧ/СПИД среди населения в возрасте 15-49 лет, проведенного в 2008 г. (ЦСИ).

Результаты проведенного исследования показывают, что всего **49,4%** респондентов, которые имели половые контакты с нерегулярными партнерами за последние 12 месяцев, использовали презерватив. В гендерном аспекте, относительно низкий уровень

использования презерватива наблюдается у женщин (19%) по сравнению с мужчинами (59,7%). В зависимости от половозрастного состава респондентов уровень использования презерватива у молодежи в возрасте 15-19 лет (67,5%) несколько выше по сравнению с 20-24 лет (58,5%) и 25-49 лет (42,4%). При исследовании в 2007 г. среди молодежи в возрасте 15-24 этот показатель составил 64,7% .

18. Работники секс-бизнеса: использование презервативов: Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контакта со своим последним клиентом

Данные по этому индикатору представлены на основании ДЭН (2008), проведенного среди РС. Процент женщин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контакта со своим последним клиентом составил **84,1%**. Также представлены данные с разбивкой по полу. Такой высокий показатель использования презервативов РС вызывает сомнения, в связи с ростом распространенности ИППП среди РС-женщин. По мнению национальных экспертов по проведению ДЭН, такой высокий процент обусловлен не совсем четко сформулированными вопросами в анкете и следовательно, полученными ответами. Данный высокий процент использования презерватива основан на ответах о регулярном применении презервативов только с коммерческим половым партнером. Процент использования презерватива с постоянным и не постоянным партнерами достаточно низкий. Необходимо проведение тщательного анализа вопросов анкет при проведении следующего ДЭН.

19. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презерватива. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной

В Таджикистане МСМ не является дозорной группой, поэтому данные по этому индикатору не собираются согласно руководящим принципам разработки ключевых показателей, как это требуется для сбора данных по индикатору ССГА ООН. В связи с этим, данный показатель не включен в отчетные формы.

20. Потребители инъекционных наркотиков: использование презерватива. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта

Данные по этому индикатору представлены на основании ДЭН (2008), проведенного среди ПИН. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта, составил **28,1%**.

21. Потребители инъекционных наркотиков: безопасная инъекционная практика. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков

Данные по этому индикатору представлены на основании ДЭН (2008), проведенного среди ПИН. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших, на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков составил **63,2%**. Такой высокий показатель, свидетельствующий об изменении проведения, возможно, связан с отмеченными недостатками в проведении ДЭН, в частности с недостатками формирования выборки, построенной респондентами. В связи с чем, эти факты необходимо учитывать при следующем проведении ДЭН.

ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

22. Снижение распространенности ВИЧ. Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ

Данный показатель рассчитывался на основании результатов ДЭН (2008) среди беременных женщин в возрасте 15-24 лет, посещающих, родовые клиники и составил в целом 0,0 - 0,01%, как и в обеих возрастных подгруппах (15-19, и 20-24 лет.) В динамике временного ряда, начиная с 2005 г. этот показатель составлял: 2005 - 0,5%; 2006 - 0,1% 2007 - 0,3%, 2008 - 0,1%. (32). Изменения этого показателя в динамике зависели от изменений в выборке, в частности, от ее увеличения в связи с расширением количества сайтов, где производилось обследование беременных. Так в 2006 г. были охвачены только 2 пилотных сайта (N беременных=800), а в 2008 г. - 6 сайтов (N=1955 беременных). В любом случае ни за один год распространенность ВИЧ среди беременных не превысила 1%. Сохранение низкого уровня распространенности ВИЧ среди общего населения подтверждается и тем, что, несмотря на значительное расширение тестирования среди беременных женщин, из количества протестированных беременных женщин, ВИЧ-инфекция в 2005 г. была зарегистрирована в 0,02%, в 2006 - 0,05%, в 2007 - в 0,04%, в 2008 г. как и в 2009 г. - в 0,03%. В то же время не может не беспокоить тот факт, что среди беременных ВИЧ-инфицированных женщин за 5 последних лет (2004-2008), в 5,9% ВИЧ-инфекция была выявлена у женщин ПИН, в 39,2% у женщин-половых партнеров ПИН (ДЭН, 2008). Только пристальное слежение за распространением эпидемии, включая, как группы высокого риска, так и «мостиковые» и группы низкого риска, и принятие неотложных ответных мер может создать условия для сохранения этого «хрупкого» положения, и не распространения эпидемии из групп высокого риска на общее население.

23. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: снижение распространенности ВИЧ. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые инфицированы ВИЧ

Данный показатель рассчитывался на основании результатов ДЭН (2008), проведенного среди ПИН и РС- женщин.

23а. Процент ПИН, которые инфицированы ВИЧ, составил 17,6%. Также представлены данные с разбивкой по полу и возрасту. Так, процент ВИЧ-инфицированных мужчин-ПИН составил 17,6% и женщин-ПИН - 17,3%. Уменьшение показателей распространенности ВИЧ среди ПИН (с 23,5% в 2006 г., и 19,0% - в 2007 г. до 17,6% в 2008 г.) в динамике временного ряда может быть связано с увеличением количества сайтов и увеличением выборки ПИН, включенных в проведение ДЭН (сайт НКК).

23б. Процент РС, которые инфицированы ВИЧ, составил 2,8%. Также представлены данные с разбивкой по возрасту. Изменение показателей в распространенности ВИЧ среди РС (с 3,7% в 2006г. и 1,8% в 2007г. до 2,8% в 2008 г.) также может быть связано как с изменением количества сайтов, так и с определенными недостатками в формировании выборки и действия, направленными на ее улучшение.

24. Лечение при ВИЧ: выживание спустя 12 месяцев после начала АРВ терапии. Процент ВИЧ- инфицированных взрослых и детей, которые спустя 12 месяцев после начала антиретровирусного лечения остаются в живых и по, имеющейся информации, проходят курс лечения.

Данные о назначении АРВ терапии взяты за период с 1 января 2008 по 31 декабря 2008 г., следовательно, последним сроком, за который будет показана выживаемость в течение 12 месяцев является 31 декабря 2009 г.

Числитель: всего продолжают лечение за этот срок – 63 пациента, из них: мужчины – 43, женщины - 20 (детей до 15 лет нет в этом периоде)

Знаменатель: общее количество пациентов, начавших лечение за этот период - 108, из них: мужчины - 80 и женщины -28. Процент выживаемости за этот период составил - **58,3%**, среди мужчин - 57,5%, среди женщин – 71,4%.

Показатель выживаемости, полученный за этот отчетный период, в целом, несколько выше показателя, приведенного в отчете 2007 г. - 56,9% (среди мужчин-55,3% и среди женщин - 66,1%), но в, то, же время еще не достигает поставленных целей $\geq 70\%$.

Как причинами низкой выживаемости отмечены: позднее обращение, прерывание лечения по разным причинам, включая выезд за пределы страны; низкая приверженность к лечению ПИН в связи с активным употреблением наркотиков; смертность от тяжелых оппортунистических инфекций из-за позднего обращения.

25.Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ- инфицированными матерями

Данный показатель за прошлый отчет должен быть смоделирован в штаб-квартире ЮНЭЙДС на глобальном уровне, однако эта информация не поступила на страновой уровень. Данный показатель не был смоделирован и за этот отчетный период в связи с нехваткой определенных данных, и, не уверенности национальных экспертов в гарантии качества оценок, произведенных в системе Спектрум.

V. НАИЛУЧШАЯ ПРАКТИКА.

При обсуждении проекта Национального доклада на Партнерском Форуме наиболее успешным достижением за отчетный период признано проведение Оценки национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС/NASA) и проведение Национального исследования по выявлению форм стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ.

1. Оценка национальных расходов в связи со СПИДом (NASA)

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

В декабре 2009 г. впервые в Таджикистане была проведена данная оценка в рамках внедрения в Республике Таджикистан Совместной Программы ПРООН/ВБ/ЮНЭЙДС по интеграции вопросов ВИЧ/СПИДа в ССБ, при поддержке ПРООН, ЮНЭЙДС и проекта SARHAP с привлечением международного консультанта для оказания технической помощи. Специальным распоряжением председателя НКК в процесс были вовлечены все ключевые министерства и ведомства, международные организации, были определены местные эксперты для сбора и анализа информации, и общее руководство проведения оценки осуществлялось отделом по здравоохранению, по делам женщин и семьи Аппарата Президента РТ и секретариата НКК. В декабре 2009г. проведен Национальный семинар для ознакомления более 30 представителей ключевых партнерских организаций с методологией сбора и анализа данных от всех организаций, участвующих в национальном ответе. Специальная форма по сбору данных, определению потоков средств, классификации деятельности в области ВИЧ/СПИДа разработана и будет внедрена как инструмент для постоянного наблюдения за расходованием средств по программам ВИЧ/СПИДа.

Утверждена специальная форма по сбору и предоставлению информации. В течение подготовки Национального отчета были проведены еще три региональных семинара. Всего в ходе семинаров более 260 специалистов, представляющих государственные структуры, были ознакомлены с методологией NASA и участвовали в сборе и

предоставлении информации, и информация также была предоставлена от 12 основных международных организаций, доноров программ по ВИЧ/СПИДу.

Ниже предоставляются основные результаты оценки, включенные в матрицу по первому индикатору отчета ССГА ООН. Окончательный отчет по NASA находится в стадии подготовки.

Финансирование программ профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа в РТ

В Республике Таджикистан действуют многосекторальный финансовый план для борьбы с ВИЧ/СПИДом: Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2007-2010 года и Национальный план мониторинга и оценки Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2007-2010 года. Исполнителями выступают республиканские органы государственного управления, иные государственные организации, подчиненные Правительству Республики Таджикистан, местные исполнительные органы.

Финансовое обеспечение Государственной программы, в частности финансирование мероприятий по эпидемиологическому надзору, профилактике, диагностике, лечению и социальной защите и поддержке людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, осуществляется за счет ежегодно предусмотренных средств государственного бюджета, в том числе государственная поддержка СПИД - сервисных НПО, а также за счет направления ресурсов международных доноров.

Республика Таджикистан активно взаимодействует с Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (основной донор в стране), ВОЗ, Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), и другими партнерами для осуществления Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Благодаря тесному сотрудничеству с ООН и другими международными организациями, а также ответственному государственному подходу к этой проблеме в стране 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 в Республике Таджикистан проведена оценка национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом (National AIDS Spending Assessment - NASA) за 2008 – 2009 года. Результаты финансового мониторинга послужили основанием для формирования показателя №1 национального отчета.

Оценка национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Республике Таджикистан в 2008 – 2009 годах охватывает:

- государственные источники финансирования (средства республиканского и местных бюджетов);
- внешние источники финансирования (средства международных агентств, фондов и иностранных организаций);
- некоторые частные расходы (расходы домашних хозяйств на платное конфиденциальное добровольное консультирование и тестирование, на приобретение донорской крови и их компонентов).

ИНДИКАТОР 1. Национальные и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и	2008 год	2009 год
	Всего: 21'215'768 сомони, в том числе:	Всего: 31'082'064 сомони, в том числе:

источникам финансирования	государственные источники: 3'485'137 сомони;	государственные источники: 4'768'066 сомони;
	международные источники: 17'700'047 сомони;	международные источники: 26'222'004 сомони;
	частные источники: 30'584 сомони.	частные источники: 91'994 сомони.

Необходимо отметить, что оценка национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Республике Таджикистан, показатель №1, не включает две специфические категории расходов: расходы на безопасную медицинскую инъекционную практику и универсальные меры предосторожности (расходы на обучение основам обеспечения безопасных медицинских инъекций; приобретение и утилизацию инъекционного оборудования и прочего сопутствующего оборудования и материалов; на закупку и использование дезинфицирующих средств; использование перчаток, масок, спецодежды, защитных очков и других средств защиты для медицинского персонала). Это связано с тем, что мероприятия в рамках данных двух категорий расходов направлены на профилактику передачи не только ВИЧ-инфекции, но и других инфекций и заболеваний. На эти мероприятия направляются значительные денежные средства государственного бюджета, но учитывая, что определение адекватной доли расходов этих двух категорий, направленных на профилактику передачи ВИЧ-инфекции, не представляется возможным, данные расходы были исключены из общей суммы расходов в 2008 и 2009 годах.

Структура национальных расходов, т.е. удельный вес различных источников в общем объеме финансирования программ и мероприятий в области ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан, сложилась следующим образом (рис. 1, 2). Наибольший вклад в общем объеме финансирования в Республике Таджикистан составляют средства международных источников (83,4% в 2008 году, 84,4% в 2009 году). Удельный вес государственных источников в общем объеме финансирования в 2008 году составил 16,4%, в 2009 - 15,3%.

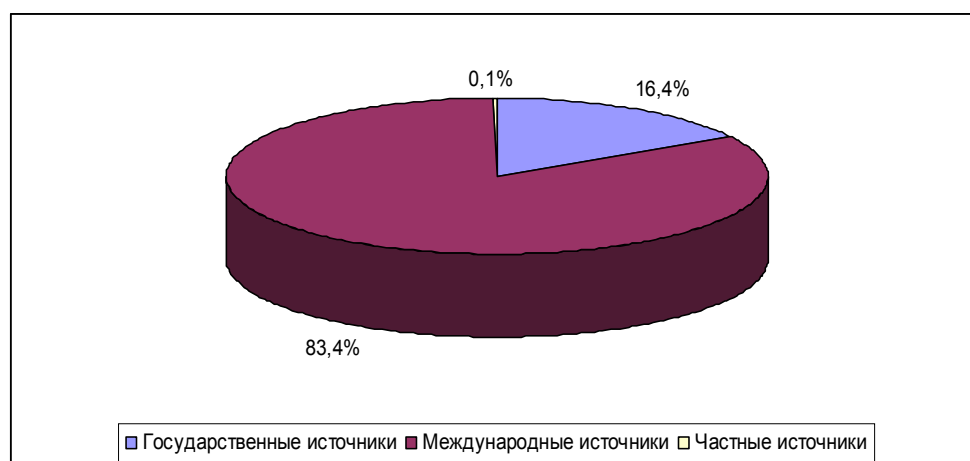


Рисунок 1. *Распределение национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Республике Таджикистан по источникам финансирования в 2008 году*

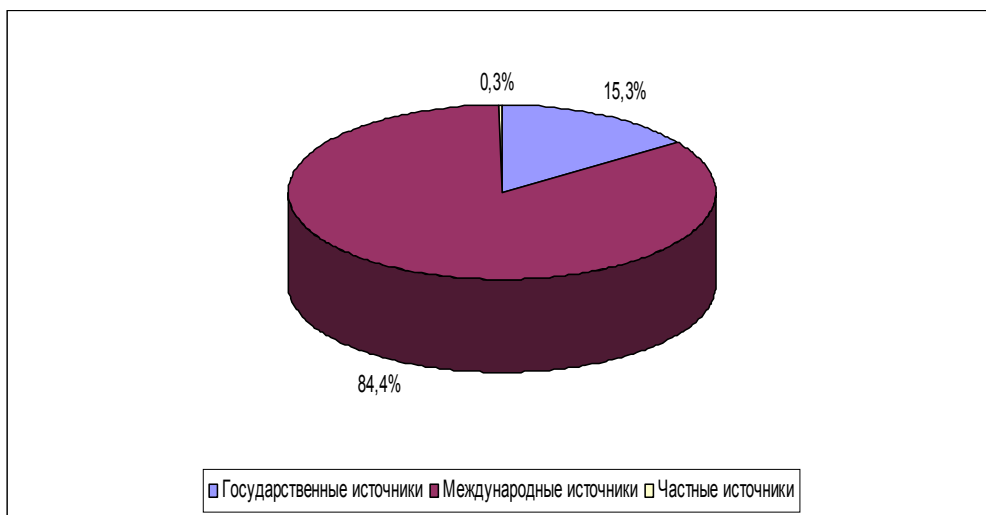


Рисунок 2. Распределение национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Республике Таджикистан по источникам финансирования в 2009 году

Наиболее приоритетным направлением расходования ресурсов в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан в 2008 и 2009 годах являются профилактические мероприятия (47,5% в 2008 году и 38,6% в 2009 году).

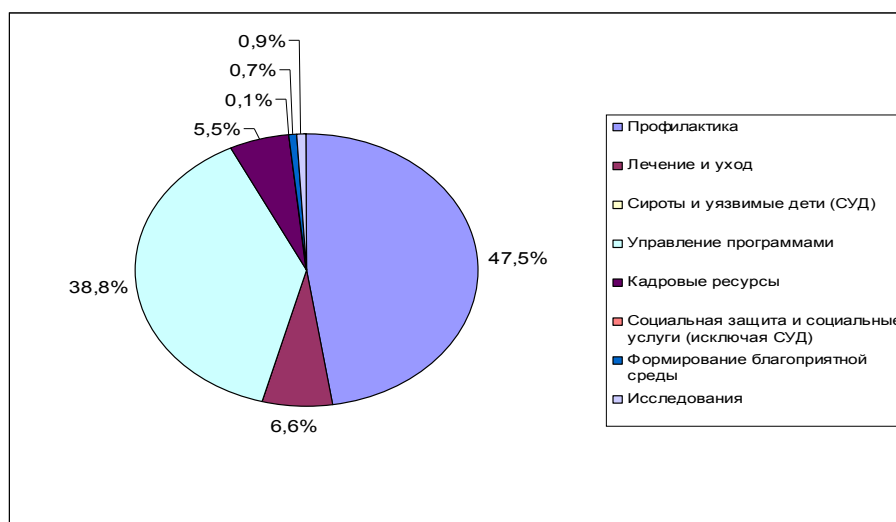


Рисунок 3. Распределение национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Республике Таджикистан по программным мероприятиям из всех источников финансирования в 2008 году

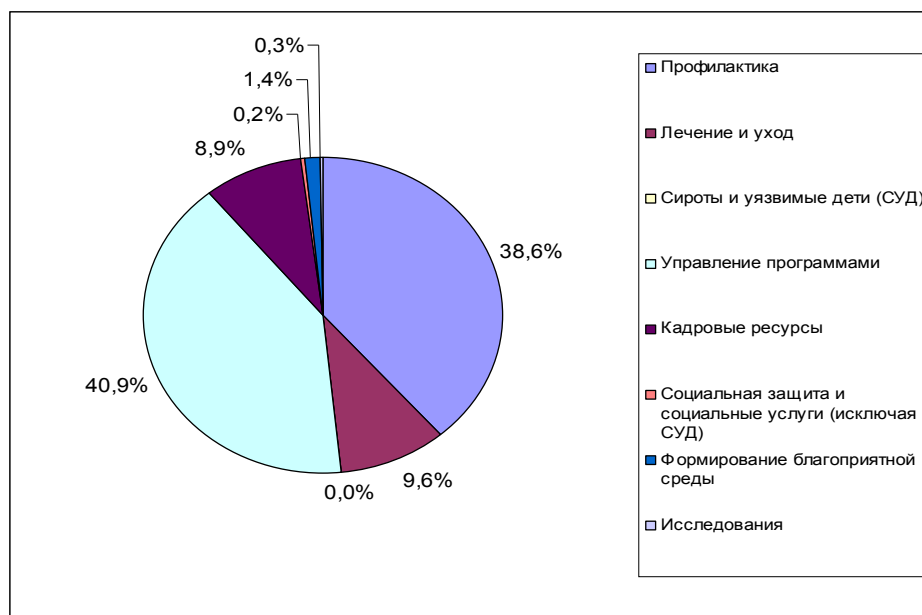


Рисунок 4. Распределение национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Республике Таджикистан по программным мероприятиям из всех источников финансирования в 2009 году

Второе и третье место по объему направляемых ресурсов занимают расходы на управление программами (38,8% в 2008 году и 40,9% в 2009 году) и расходы на лечение и уход (6,6% в 2008 году и 9,6% в 2009 году). На стимулирование и развитие потенциала специалистов, работающих в сфере ВИЧ, было направлено 5,5% от общей суммы финансирования из всех источников в 2008 году и 8,9% - в 2009 году.

Распределение расходов из каждого конкретного источника финансирования (государственные, международные, частные) по программным категориям и общей суммы расходов за 2008 и 2009 года приведено на рисунках 5, 6.

Очевидно, что существенных изменений в приоритетах финансирования программ и мероприятий в области ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан за период 2008 – 2009 года не произошло и структура расходов из всех источников в целом сохраняется.

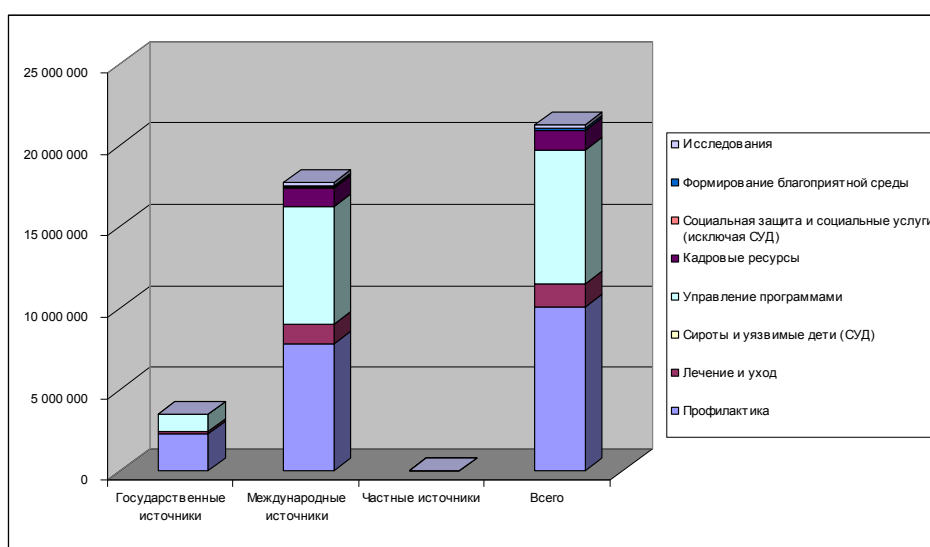


Рисунок 5. Распределение национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Республике Таджикистан по программным категориям в 2008 году

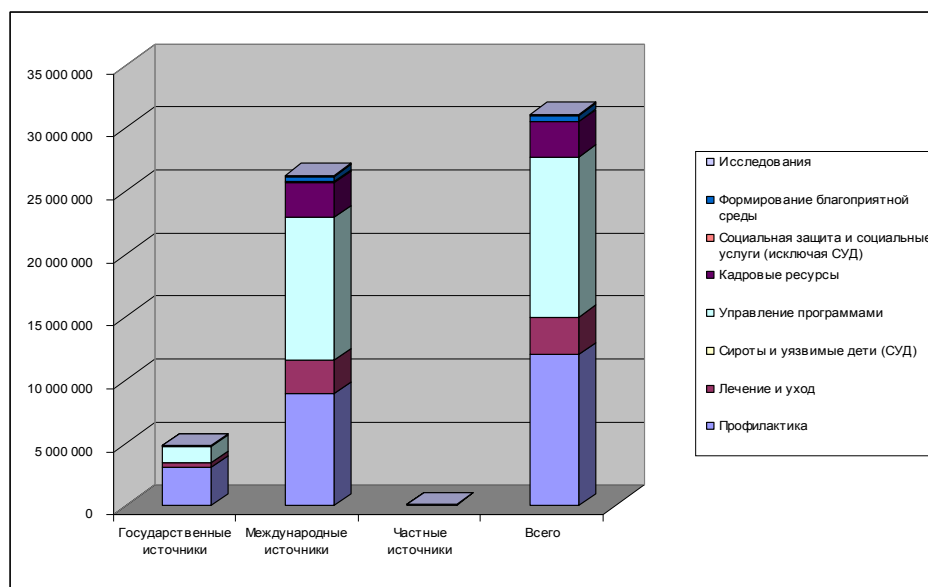


Рисунок 6. Распределение национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Республике Таджикистан по программным категориям в 2009 году

Приведем основные категории расходов в рамках программ и мероприятий, направленных на борьбу с ВИЧ/СПИДом в Республике Таджикистан за 2008 – 2009 года и источники их финансирования (рис. 7,8).

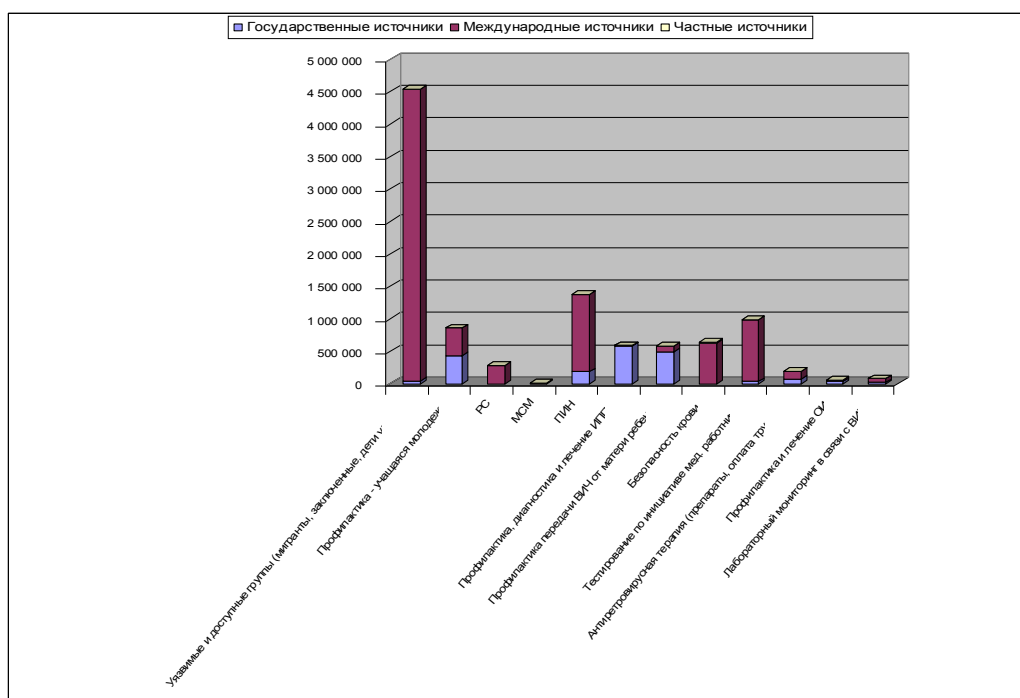


Рисунок 7. Основные категории расходов в области ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан и источники их финансирования в 2008 году

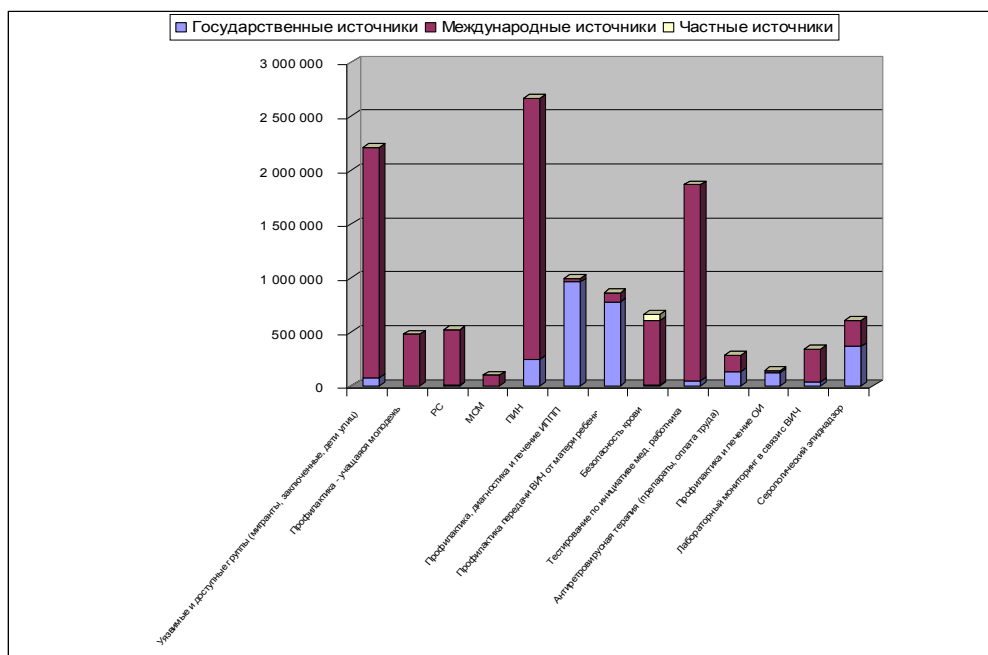


Рисунок 8. Основные категории расходов в области ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан и источники их финансирования в 2009 году

Проведение оценки национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом за 2008 - 2009 года в Республике Таджикистан показало, что профилактические вмешательства в группах высокой уязвимости, в основном финансируются из международных источников, в частности ГФСТМ. В то же время необходимо разработать устойчивый механизм финансирования данных программ.

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) обеспечивается за счет средств международных организаций (в основном ГФСТМ). Наряду с этим, значительный вклад государства в данные категории расходов заключается в финансировании содержания и обслуживания зданий, сооружений и оборудования, коммуникаций, а также оплата труда специалистов, принимающих участие в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом.

2. Национальное исследование по выявлению форм стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ в Таджикистане.

В Таджикистане за отчетный период впервые проводилось национальное исследование по выявлению форм стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ. Целью данного исследования являются: выявление определяющих факторов стигматизации ВИЧ инфекции, типов и форм проявления стигматизации и дискриминации, связанных с ВИЧ/СПИДом; выявление нужд и проблем людей, живущих с ВИЧ-инфекцией; определение отношения окружающих к ВИЧ-инфицированным в Таджикистане для последующей разработки программ, направленных на снижение стигмы и дискриминации ЛЖВ.

Данное исследование было проведено Центром Стратегических Исследований при Президенте Республики Таджикистан (ЦИ) в рамках Совместного проекта ООН по адвокации в области ВИЧ/СПИДа при поддержке Регионального и странового офиса ПРООН и ЮНЭЙДС. Исследовательская группа работала в тесном сотрудничестве с НКК по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, ключевыми министерствами, представителями местных властей (Хукуматов) и гражданского общества, Республиканским и областными центрами СПИД и при активном участии представителей сообщества ЛЖВ.

Исследование было начато в конце 2007 г., завершено и одобрено в 2008 г. При проведении исследования по выявлению форм стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ, был использован количественный метод исследования (анкетирование). Исследование было проведено в г. Душанбе, в других крупных городах и районах трех областей РТ- всего 17 сайтов. Исходя из целей и задач исследования, опрос был проведен среди следующих целевых групп: медицинские работники (240), преподаватели средних образовательных учреждений – 280; работники правоохранительных и судебных органов (адвокаты и судьи) – 130; работники сферы обслуживания (115); религиозные деятели (32); работники СМИ – 16; представители административных органов местной власти (Хукуматы) – 20; Люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ) – 104. Наиболее важным является то, что в опросе приняли участие значительное количество ЛЖВ, который проводился самими представителями ЛЖВ на анонимной и конфиденциальной основе.

Задачи исследования:

- Выявить уровень информированности респондентов о путях передачи ВИЧ/СПИДа;
- Выявить формы проявления дискриминации в праве ВИЧ-инфицированных на трудовую деятельность, в том числе, в системе здравоохранения, образования и в сфере услуг;
- Выявить отношение респондентов к ВИЧ-инфицированным в системе образования;
- Определить отношение медицинских работников к ВИЧ-инфицированным;
- Выявить отношение правоохранительных органов, судей и адвокатов к ВИЧ-инфицированным с точки зрения нормативно-правовых актов;
- Выявить формы дискриминации ВИЧ-инфицированных в семье и общине
- Выявить отношение религиозных деятелей к ЛЖВ
- Выявить нужды и проблемы ВИЧ - инфицированных;
- Изучить деятельность местных органов власти и средств массовой информации в снижении стигмы и дискриминации ЛЖВ

Краткие результаты исследования:

Данное исследование показало значительно высокий уровень существования стигмы, связанной с проблемами ВИЧ/СПИДа, как в различных областях деятельности, так и в обществе в целом. Только 66,4% респондентов отметили, что ЛЖВ имеют право на трудовую деятельность, у более 1/3 части опрошенных сложилось мнение, что человек может быть уволен с работы только на основании его положительного ВИЧ-статуса. Более 55% респондентов, из них 45,7% учителей, отрицательно отнеслись к возможности получения образования ВИЧ-инфицированными детьми в школах совместно с другими детьми. Только 62,5% медицинских работников указали, что окажут ВИЧ-инфицированным медицинскую помощь, как и всем другим пациентам. Более 46% сотрудников правоохранительных органов, судей и адвокатов высказались за изолирование осужденных ВИЧ во избежание заражения остальных заключенных. Только 59,4% религиозных деятелей высказались, что разрешат ВИЧ-инфицированному человеку молиться в мечети или церкви.

Наиболее уязвимыми к стигме, связанной с ВИЧ, являются дети и женщины. 70% респондентов отметили, что не позволили бы своим детям общаться с ВИЧ инфицированными детьми, и 45% с детьми ВИЧ-инфицированных родителей. Результаты исследования показали, что отношение к ВИЧ-инфицированным женщинам в семье значительно хуже, чем к мужчинам. Более 1/3 респондентов, представителей общин, высказались за изолирование ВИЧ-инфицированных от других членов общества. Такой высокий уровень стигмы, несомненно, приводит к проявлению дискриминации в отношении ЛЖВ. Более 47% респондентов отметили, что в настоящее время в Таджикистане существуют различные формы дискриминации, и более 50% ЛЖВ, участвовавших в опросе, указали на проявления дискриминации, с которыми они

столкнулись при получении медицинских и других услуг, устройстве на работу, обращении в правоохранительные и образовательные структуры. Остается не разработанной политика по профилактике ВИЧ/СПИДа на рабочих местах, низкий процент охвата правоохранительных органов и представителей судебной-исполнительной системы обучением в области ВИЧ/СПИДа и по вопросам стигмы и дискриминации, отсутствие постоянного мониторинга за проявлением дискриминации при оказании услуг ЛЖВ и т.д. Результаты данного исследования были признаны на государственном уровне, широкое обсуждение результатов на специальном совещании позволило выработать рекомендации для действий, направленных на снижение стигмы и дискриминации. Первые шаги по их воплощению были сделаны уже в 2008-2009 г. Вмешательства по снижению стигмы и дискриминации были включены в заявку 8-го раунда ГФСТМ. Также в состав индикаторов по выполнению грантов ГФСТМ включены индикаторы по слежению за уровнем стигмы и дискриминации, Проведено несколько национальных семинаров для руководителей структур в секторе здравоохранения, медицинских работников и представителей СПИД-сервисных организаций по вопросам стигмы и дискриминации в области ВИЧ/СПИДа. Начато внедрение 10-ти стратегий по снижению стигмы и дискриминации, согласно рекомендациям ВОЗ. Планируется разработка плана действий, направленных на снижение уровня стигмы и дискриминации, и его интеграция в следующую национальную Программу.

VI. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕРЫ ДЛЯ ИХ УСТРАНЕНИЯ

В данном отчете ниже перечислены основные проблемы, которые были включены в страновой отчет о выполнении показателей ССГА ООН за 2007 г., а также прогресс, достигнутый в решении этих проблем за отчетный период, остающиеся проблемы, которые сдерживают реализацию национального ответа на эпидемию и меры, которые необходимо предпринять для устранения существующих проблем.

существуют основные проблемы по следующим областям:

В страновой отчете о выполнении показателей ССГАООН за 2007 г. были указаны следующие проблемы:

Недостаточное финансирование Программы и осуществление поиска средств и мобилизации как внутренних, так и внешних ресурсов. За отчетный период была проведена значительная мобилизация ресурсов, подана и одобрена страновая заявка в 8-ой раунд ГФСТМ, которая позволила мобилизовать дополнительно 45 млн. долларов США на период 2009-2014гг. Более того, отрадно отметить, что по 8-му раунду ГФСТМ Таджикистан впервые подал заявки по всем трем заболеваниям, вместе с компонентом усиления системы здравоохранения, включенным в заявку по компоненту «туберкулез», и все три заявки были одобрены ГФСТМ. Первая фаза реализации данной заявки по компоненту ВИЧ начата в 2009г., наряду с продолжающимся за отчетный период внедрением грантов ГФСТМ по 4-ому и 6-ому раунду ГФСТМ. Также Таджикистан участвовал во внедрении на страновом уровне ряда региональных проектов СААР (WB/DFID), CARHAP (DFID), CAPACITY (USAID), UNODC/OPEC нескольких проектов AFEW, проектов, поддерживаемых агентствами ООН, ADB, OSI и т.д. на страновом уровне. В настоящее время благодаря проведенной мобилизации ресурсов запланировано и подтверждено что около 14 миллионов долларов будут доступны до конца 2010г. на программы по ВИЧ/СПИДу, в основном от ГФСТМ и существующих региональных проектов. Выполнение некоторых региональных проектов закончилось во время отчетного периода или заканчивается к концу 2010 года, в тоже время другие региональные проекты будут начаты (USAID, GTZ). В настоящее время не ожидается уменьшение внешнего финансирования до конца 2010 г., однако воздействие мирового финансового кризиса может сказаться на дальнейшем внешнем финансировании программ. В основном программы по ВИЧ/СПИДу финансируются из внешних источников, что связано с экономическими трудностями, испытываемыми

Таджикистаном. В предыдущих отчетах были указаны средства, выделяемые из госбюджета, на программы ВИЧ/СПИДа в основном в секторе здравоохранения, которые были направлены в большей мере на финансирование службы центров СПИД. Проведенная оценка национальных расходов (НАСА) показала, что реальные расходы, осуществляемые государством на программы по ВИЧ/СПИДу, превышают планируемый госбюджет, но в то же время основными источниками финансирования являются внешние доноры, следовательно, возможное уменьшение внешнего финансирования в будущем, может значительно сказаться на выполнении программ по ВИЧ/СПИДу. Национальный бюджет в настоящее время не позволяет осуществлять закупку тестов, лекарств, оборудования и поддержку многих программ по ВИЧ/СПИДу. Однако отрадно отметить, что за отчетный период впервые разработан порядок предоставления и выплат ежемесячных государственных пособий для ВИЧ-инфицированных детей в возрасте до 16-лет, который находится на утверждении. Одновременно значительная мобилизация ресурсов требует усиления потенциала по планированию и управлению программами, слежению за ресурсами, разработки плана мобилизации ресурсов на регулярной основе. В то же время, условия, связанные с экономическими трудностями в стране, влиянием мирового финансового кризиса, не гарантирует увеличение государственного бюджета на программы по ВИЧ/СПИДу.

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: создание специального отдела по МиО в структуре РЦ СПИД с выделением отдельных штатных единиц; количество сайтов для проведения ДЭН расширено с двух до шести пилотных сайтов и ДЭН проводится на регулярной основе; значительно расширен спектр стратегической информации, полученный на основе проведения различных национальных исследований; обновлены оценочные данные по группам ПИН и РС в национальном масштабе. Однако РЦ СПИД была определена необходимость улучшения системы мониторинга и оценки и использования полученных данных. Качество эпидемиологического надзора, включая дозорный надзор второго поколения, должно быть, улучшено, данные должны накапливаться систематически в динамике временного ряда с использованием улучшенных подходов к формированию выборки, увеличению количества сайтов для постоянного наблюдения, увеличению количества дозорных групп и регулярно обновляться. Протоколы для проведения ДЭН, руководство по мониторингу и оценке, включая набор национальных индикаторов, план МиО должны быть обновлены. Информационные технологии и специальные программы, включая программу КРИС, должны быть, адаптированы и широко применяться для постоянного мониторинга. В целом, система мониторинга и оценки должна быть значительно улучшена для получения качественной и обоснованной стратегической информации для принятия решений, планирования и слежения за эпидемией на регулярной основе.

Продолжающееся дублирование деятельности и необходимость более четкого обмена информацией между партнерами, что требует усиления координации. За отчетный период улучшилась координация деятельности партнеров через работу Секретариата НКК, ТРГ, существующих при НКК и Партнерский Форум. Стало нормой широкое обсуждение и согласование открытия новых проектов со всеми партнерами, публикация информации о деятельности партнеров на сайте НКК, выпуск информационных бюллетеней по проектам. В то же время значительное количество партнеров, внедрение крупных грантов, в частности региональных, фокусирование на различных целевых группах и в различных географических зонах оставляет существование высокого риска дублирования деятельности в связи с нескоординированными действиями различных партнеров в

планировании, финансировании и отчетности. Мультисекторальные подходы к решению проблем по ВИЧ/СПИДу должны быть усилены, как и интеграция их в решения общих проблем здравоохранения, борьбы с бедностью, гендерные аспекты и вопросы защиты прав человека. Значительную помощь в координации деятельности может оказать разработка, опубликование и контроль за выполнением ежегодных операционных планов с указанием деятельности всех партнеров в течение годового периода, как и продолжение сбора информации о ежегодном финансировании программ, а также унификации форм отчетов в различные инстанции.

Недостаточный охват уязвимых групп и общего населения профилактическими программами.

За отчетный период увеличился охват населения профилактическими и лечебными программами, как групп, подверженных наиболее высокому риску, уязвимых групп и общего населения. Ключевыми достижениями в этой области за отчетный период являются значительное расширение тестирования населения, усиление безопасности крови, расширение охвата ППМР, охвата АРВ терапией, охвата групп, наиболее высокого риска, профилактическими программами. Несмотря на это, результаты многих исследований показывают, что профилактическими и лечебными программами в основном охвачены официально зарегистрированные ЛЖВ, клиенты, непосредственно посещающие медицинские учреждения, пункты доверия и дружественные кабинеты. Охват уязвимых групп профилактическими программами расширяется медленно, что также связано с существующими трудностями доступа в эти группы. В связи с чем, действия по охвату профилактическими программами должны быть укреплены и расширены с подключением других подходов, таких как усиление интеграции профилактических и лечебных программ в широкую сеть общественного здравоохранения, расширение аутрич-работы среди групп высокого риска и уязвимых групп, ориентации действий по охвату программами на оценочные данные о количестве групп риска, нуждающихся в профилактических и лечебных программах, расширения участия представителей групп риска во внедрении профилактических и лечебных программ. Увеличение охвата также должно быть расширено за счет повышения информированности населения о существующих программах, расширению доступа к системам коммуникации, проведения адресных мероприятий, разработки политики профилактики ВИЧ/СПИД на рабочем месте и ИОК стратегии с акцентом на СМИ, вовлечении религиозных лидеров, местных властей и мобилизации общин.

За отчетный период достигнуты значительные успехи в области продвижения и подготовки к внедрению заместительной терапии для ПИН, и необходимость внедрения заместительной терапии признана на государственном уровне. Произведена мобилизация ресурсов для начала пилотного проекта, разработано оперативное руководство по заместительной терапии, на заседании Правительства страны рассмотрен вопрос по поводу квоты, для закупки препаратов для проведения заместительной терапии. Начало внедрения заместительной терапии запланировано на 2010 г. Издан специальный приказ МЗ, в котором определены пилотные сайты для внедрения заместительной терапии на базе наркологических учреждений в г. Душанбе, Худжанд и Хорог. Предприняты шаги по закупке необходимого оборудования, подготовке соответствующих специалистов, реконструкции зданий пилотных сайтов. Также проведена значительная адвокация по внедрению программы обмена игл и шприцов в тюрьмах. Однако до настоящего времени предоставление заместительной терапии, как и внедрение программы обмена игл и шприцов в тюрьмах не начато. Начало внедрения заместительной терапии на пилотной основе запланировано на 2010 г.

Недостаточно опыта и взаимодействия между службами, осуществляющими интегрированное ведение больных. За отчетный период интеграция программ по профилактике и лечению ВИЧ/СПИД в сеть общественного здравоохранения усилена. Так, тестирование на ВИЧ предлагается во всех учреждениях по ведению больных ТБ и в

антенатальных клиниках. За отчетный период разработаны план действий по интеграции услуг по ТБ и ВИЧ, Национальная Стратегия по управлению двойной инфекцией ВИЧ/ТБ, Национальные протокол по ведению двойной инфекции, улучшилась система перенаправления клиентов для получения услуг, как и система социального сопровождения клиентов. Однако необходимо дальнейшее расширение интеграции услуг по профилактике и лечению ВИЧ инфекции в широкую сеть общественного здравоохранения и усиление контроля за перенаправлением клиентов для получения услуг.

Кадровый потенциал провайдеров услуг, как в государственном, так и в негосударственном секторе в области ВИЧ/СПИДа 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.

За отчетный период были внесены изменения в политику и стратегии по ВИЧ/СПИДу. Так обновлен закон о противодействии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан, и статья о депортации иностранных граждан исключена из новой версии закона. Обновлен «Порядок медицинского освидетельствования с целью выявления заражения ВИЧ, учета, медицинского освидетельствования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними» и принудительное тестирование ПИН исключено из нового варианта порядка. В то же время продолжают оставаться статьи, нормативно-правовые подзаконные акты, которые должны быть пересмотрены и обновлены в связи с основным законодательством, согласно международным стандартам, адаптированным к условиям Таджикистана, для создания более благоприятной среды, способствующей внедрению программ по ВИЧ/СПИДу.

Высокий уровень стигматизации ЛЖВ, в том числе и медицинскими работниками был установлен в ходе проведения национального исследования по стигме и дискриминации. Результаты данного исследования были признаны на государственном уровне, широкое обсуждение результатов на специальном совещании позволило выработать рекомендации для действий, направленных на снижение стигмы и дискриминации. Первые шаги по их воплощению были сделаны уже в 2008- 2009г. Вмешательства по снижению стигмы и дискриминации были включены в заявку 8-го раунда ГФСТМ. Началась подготовка кадров по вопросам стигмы и дискриминации в области ВИЧ/СПИДа. Внедрение пост контактной профилактики в лечебные учреждения также позволит снизить дискриминацию, существующую среди медицинских работников в отношении ЛЖВ. Планируется разработка плана действий, направленных на снижение уровня стигмы и дискриминации, и его интеграция в следующую национальную Программу.

Все эти факторы существуют параллельно с низким уровнем знаний населения по вопросам ВИЧ /СПИДа. 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/СПИДа. За отчетный период Министерством Образования проделана значительная работа по внедрению вопросов ЗОЖ в программу средних школ, однако охват школ Национальной программой по здоровому образу жизни остается низким. Начиная с 2010 г. запланировано постепенное увеличение охвата школ для внедрения программы ЗОЖ, в среднем около 150 школ в год. Разработка Национальной ИОК стратегии, политики профилактики ВИЧ на рабочем месте, широкое вовлечение представителей гражданского общества, таких как религиозные лидеры, ОО, включая ОО работающие с женщинами, уязвимыми группами и сообществами, лидеров общин, использование всех доступных

каналов СМИ, позволит расширить подходы, направленные на повышение информированности и уровня знаний по проблемам ВИЧ/СПИДа, в частности по мерам профилактики и функционировании программ в стране.

На 2010 г. запланирована разработка новой Национальной Программы по противодействию ВИЧ/СПИДу, которая будет направлена на расширение всеобщего доступа к услугам и достижению Целей Развития Тысячелетия, а именно Цели 6 (Борьба с ВИЧ/СПИДОм, малярией и другими заболеваниями): Остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости. Разработка данной программы предоставляет возможность для включения широких вмешательств, направленных на решение имеющихся проблем и сдерживание эпидемии.

VII. ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ ПАРТНЕРОВ ПО ПРОЦЕССУ РАЗВИТИЯ В СТРАНЕ

В настоящее время деятельность международных доноров по поддержке программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Таджикистане заключается в целом комплексе мероприятий, из которых можно выделить следующее:

- Адвокация
- Предоставление финансовой помощи
- Участие в мобилизации ресурсов
- Оказание технической поддержки
- Участие в непосредственном внедрении программ

За отчетный период было продолжено внедрение началось непосредственное внедрение проектов (в основном региональных) – СААР (WB/DFID), CAPACITY(USAID) SARHAP/DFID, AFEW, UNODC/OPEC, CDC. Продолжена деятельность по проектам ГФСТМ, ADB, OSI, проектам, поддерживаемых агентствами ООН на страновом уровне.

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

Выполнение некоторых региональных проектов закончилось во время отчетного периода или заканчивается к концу 2010 года, в тоже время другие региональные проекты будут начаты (USAID, GTZ). В основном программы по ВИЧ/СПИДу финансируются из внешних источников, что связано с экономическими трудностями, испытываемыми Таджикистаном. В настоящее время не ожидается уменьшение внешнего финансирования до конца 2010г., однако воздействие мирового финансового кризиса может сказаться на дальнейшем внешнем финансировании программ. Внешние партнеры по процессу развития согласуют и гармонизируют свои программы в связи с ВИЧ с национальной программой по ВИЧ/СПИДу и «триединые 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/СПИДу в РТ, и как члены НКК могут оказывать поддержку в приоритизации мер, направленных на сдерживание эпидемии, а также включать программы по ВИЧ/СПИДу 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.

Основные области необходимой поддержки со стороны партнеров по процессу развития: Необходимость продолжения финансовой поддержки Национального ответа по ВИЧ/СПИДу с учетом расширения вмешательств по сдерживанию эпидемии, которые будут включены в Национальную Программу нового цикла на период 2011-2015 г. 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, приоритизации 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

В стране существует единый план мониторинга и оценки, разработанный в 2007 г. для мониторинга Национальной Программы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2007-2010 гг. и утвержденный НКК. Данный план был разработан при широком участии всех ключевых партнеров, включая представителей гражданского общества и, в частности людей, живущих с ВИЧ. Большинство основных партнеров согласовали и гармонизировали свои требования к МиО, включая показатели с национальным планом МиО. Данный план включает 67 национальных индикаторов, из которых 26 являются ключевыми индикаторами ССГА ООН и остальные являются дополнительными национальными индикаторами, необходимыми для полной оценки реализации Программы. Также план включает области проведения стандартного программного мониторинга, эпиднадзора за ВИЧ и дозорного эпиднадзора, как и

руководящие принципы по использованию инструментов для сбора данных. Одновременно в стране разработано национальное руководство по МиО, которое включает стратегию по сбору и анализу данных и их распространению. К национальному плану МиО разработан детальный бюджет и рассмотрены возможности обеспечения его финансирования, а также составлен график проведения необходимых исследований.

Ежегодно при проведении Национальной конференции по результатам эпидемиологического надзора за эпидемией, включая результаты ДЭН, проводится оценка достижений и недостатков в функционировании системы МиО с определением приоритетов для ее улучшения. За отчетный период в стране впервые создано Национальное подразделение по МиО в структуре РЦ СПИД с выделением 4-х штатных единиц. 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 предоставляются 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.

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.

За отчетный период внедрение ДЭН расширено от 2 пилотных сайтов (2007) до 6-ти (2009). Дозорными группами в Таджикистане являются ПИН, РС, заключенные и беременные женщины на регулярной основе, а также несколько исследований на основе ДЭН проведены среди мигрантов и пациентов ИППП на пилотной основе. Дозорный надзор проводится один раз в год, и его результаты докладываются на ежегодных Национальных конференциях и публикуются на веб-сайте НКК. До настоящего времени МСМ не являются дозорной группой в Таджикистане и проведение первого подобного исследования среди МСМ запланировано на 2010 г.

За отчетный период наряду с получением обновленных результатов ДЭН, проведены 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», «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», «Национальное исследование по выявлению форм стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ», пилотное исследование среди МСМ с целью оценки уровня рискованного поведения в отношении ВИЧ/СПИД и факторов, препятствующих профилактике ВИЧ в данной группе и другие пилотные исследования. В 2009 г. обновлены оценочные данные по численности групп ПИН и РС в национальном масштабе. 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.

Центральная национальная база данных разработана, но включает в основном статистические данные по эпидемиологическому надзору. Сбор данных о результатах внедрения программ проводится, однако эти данные не концентрируются в Центральной базе данных на регулярной основе.

Система КРИС была установлена на республиканском и областных уровнях в Центрах СПИД, однако до настоящего времени база данных этой системы не заполняется.

Информация по МиО недостаточно широко и часто используется в реализации программ и их корректировке для быстрого реагирования на результаты МиО в текущих программах. За отчетный период данные эпидемиологического надзора, включая ДЭН, и другие данные, полученные в системе МиО были широко использованы при разработке заявки в 8-ой раунд ГФСТМ, текущей оценке в достижении универсального доступа к профилактике, уходу и поддержке в области ВИЧ/СПИДа.

За отчетный период впервые РЦ СПИД инициировал проведение национального семинара по определению качества предоставляемой стратегической информации на основе дозорного эпиднадзора, на котором были подчеркнуты достигнутые успехи и определены дальнейшие шаги по улучшению проведения ДЭН и усилению эпидемиологического надзора в целом.

РЦ СПИД определил необходимость улучшения системы мониторинга и оценки и использования полученных данных. Качество эпидемиологического надзора, включая дозорный надзор второго поколения, должно быть, улучшено, данные должны накапливаться систематически в динамике временного ряда с использованием улучшенных подходов к формированию выборки, увеличению количества сайтов для постоянного наблюдения, увеличению количества дозорных групп и регулярно обновляться. Протоколы для проведения ДЭН, руководство по мониторингу и оценке, включая набор национальных индикаторов, план МиО должны быть обновлены.

Также на семинаре было отмечено, что сроки проведения ДЭН от начала до презентации занимают более 7-8 месяцев, нет гарантии четкого и правильного выполнения ДЭН на местах, в частности выполнения методики выборки, построенной респондентами.

Также возникают трудности в анализе результатов, и определении возможности их экстраполяции на всю страну в целом экстраполировать на всю ситуацию в целом.

Информационные технологии и специальные программы, включая программу КРИС, должны быть адаптированы и широко применяться для постоянного мониторинга. Национальный план мониторинга и оценки должен быть обновлен с учетом следующей Национальной Программы. Руководство для МиО также должно быть пересмотрено с учетом обновленного плана по МиО. Интеграция поведенческих данных в национальную систему эпиднадзора за ВИЧ/СПИДом должна быть усилена.

За отчетный период обучение по вопросам МиО проводилось достаточно широко как на международных, региональных, так и на Национальных тренингах и семинарах. Подготовлен ряд специалистов по проведению ДЭН и анализу его результатов, проведению оценок и расчетов, стратегическому планированию, проведению оценки национальных расходов в связи со СПИД, проведению быстрой оценки размеров групп высокого риска. Однако план по подготовке кадров в системе МиО на долгосрочной основе не разработан, как и не проведена оценки нужд в технической помощи в области МиО.

В целом, требуется улучшение системы мониторинга и оценки для получения качественной и обоснованной стратегической информации для принятия решений, планирования и слежения за эпидемией.

Заключение

В заключении хотелось бы отметить, что результаты эпидемиологических данных, изменения, произошедшие в расширении Национального ответа за отчетный период показывают, что Таджикистан может достичь основной цели Национальной Программы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа на период 2007-2010 г. и основных утвержденных целей по достижению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке до конца 2010г. В рамках подготовки данного Национального отчета

были выявлены, как прогресс в достижении целей, так и ряд проблем, которые могут препятствовать расширению национального ответа. В 2010г. запланирована разработка новой Национальной Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа на период 2011-2015, основной целью которой будет являться достижение ЦРТ в области ВИЧ/СПИДа: Остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости.

В 2010 г. запланирована разработка новой Национальной Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа на период 2011-2015, основной целью которой будет являться достижение ЦРТ в области ВИЧ/СПИДа: Остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости. Разработка новой программы предоставляет возможности для определения приоритетных действий, направленных на расширение национального ответа для достижения ЦРТ на основании стратегической информации. Расширение Национального ответа потребует проведения мобилизации ресурсов и предоставления расширенной технической поддержки, усиления кадрового потенциала, выполнения немедленных мер по расширению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке и улучшению качества предоставляемых услуг.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ:

1. Вопросы трудовой миграции в Республике Таджикистан. Бобоев А., первый заместитель директора Государственного агентства занятости и миграции Министерства Труда и социальной занятости населения РТ, презентация на заседании круглого стола, посвященного началу реализации нового проекта «Профилактика ВИЧ среди трудовых мигрантов в странах Центральной Азии», МЗ РТ, СААР, МОМ, Душанбе, Таджикистан, 4 ноября 2009
2. Глобальное исследование по изучению статуса здоровья школьников, Таджикистан, 2006
3. Данные Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД, Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан, 2009
4. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2008
5. 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
6. Заявка НКК РТ в Глобальный Фонд по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, 8-ой раунд, Душанбе, 2008
7. Здоровье населения и здравоохранение в республике Таджикистан, Центр Медицинской статистики и информации Министерства Здравоохранения республики Таджикистан, 2009
8. 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)
9. Исследование поведения молодежи в возрасте 15-24 лет в области ВИЧ/СПИД в Таджикистане, Центр Стратегических Исследований при Президенте РТ (ЦСИ) ПРООН/ЮНЭЙДС, 2006.
10. 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
11. Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов по данным проведенных исследований, Дехканова М, ДЭН, 2007
12. Оперативное Руководство: Заместительная поддерживающая терапия метадоном при синдроме зависимости от опиоидов. Министерство Здравоохранения РТ, Душанбе, 2009
13. Национальная стратегия Развития республики Таджикистан на период до 2015 (Душанбе, 2006)
14. Национальное исследование по выявлению форм стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ (2008),
15. Национальный план мониторинга и оценки Программы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2007 -2010 гг.
16. Национальный протокол по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан
17. Поведенческое исследование среди мигрантов Таджикистана по вопросам ВИЧ и ИППП (МЗ/МОМ/ НПО «Шарк»/ПРООН/ ГФСТМ, 2006).
18. 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.
19. Проведение поведенческого исследования среди МСМ с целью оценки уровня рискованного поведения в отношении ВИЧ/СПИД и факторов препятствующих профилактике, МЗ РТ/ ПРООН, Душанбе, 2008

20. Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2007 -2010 гг.
21. Региональный отчет по потреблению наркотиков в странах Центральной Азии, UNODC, 2002
22. Ситуация в области секс-работы в городах Турсунзаде, Конибодом, Исфара, Истаравшан Республики Таджикистан. Отчет о результатах быстрой оценки для внедрения заявки ГФСТМ, 2003
23. Состояние эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан по результатам дозорного эпидемиологического надзора за 2008 год, Республиканская конференция, г. Душанбе, 22-23 мая, 2009.
24. Стратегия Снижения Бедности на период 2007-2009, Душанбе, 2009.
25. Стратегия Снижения Бедности на период 2010-2012, Душанбе, 2009.
26. Рамочная Программа ООН по оказанию помощи в целях развития для Таджикистана на период 2010-2015 гг., Душанбе, 2009
27. Фармон дар бораи ба таври таҷрибавӣ дар амалияи муассисаҳои таълимӣ ва тибӣ барои профилактикаи ворида намудани протоколи амалияи клиникаи оид ба пешгирии сирояти вируси норасоии масуняи одам аз модар ба кудак. №269 аз 24.05.2008
28. Таджикистан, Обследование уровня жизни, Государственный Комитет статистики РТ, 2007.
29. Annual Project Report : Reducing the Burden of HIV/AIDS in Tajikistan, Round 4. Support to National AIDS Response to Scale up HIV/AIDS Prevention and Care System in Tajikistan, Round6 , UNDP, 01-01-2009-31-12-2009
30. WHO/UNDP Review of the Tuberculosis Control in the Republic of Tajikistan, Richard Zaleskis, Gombogaram Tsot, Andrei Dadu, Stefan Talevski, Kai Blondal, Harald Hoffman. Maria Iddrisova, Dushanbe, March, 2009
31. WHO TB country profile, Tajikistan
<http://www.euro.who.int/tuberculosis/ctryinfo/CtryInfoRes?COUNTRY=TJK&CtryInputSubmit>
32. Сайт НКК <http://www.ncc.tj/>
33. Национальный доклад о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН, Таджикистан, 2007.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Консультационный процесс/подготовка национального доклада о ходе работы по мониторингу выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3: Матрица национального финансирования (2008 и 2009).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4: Национальный комбинированный индекс политики (НКИП), 2009.