

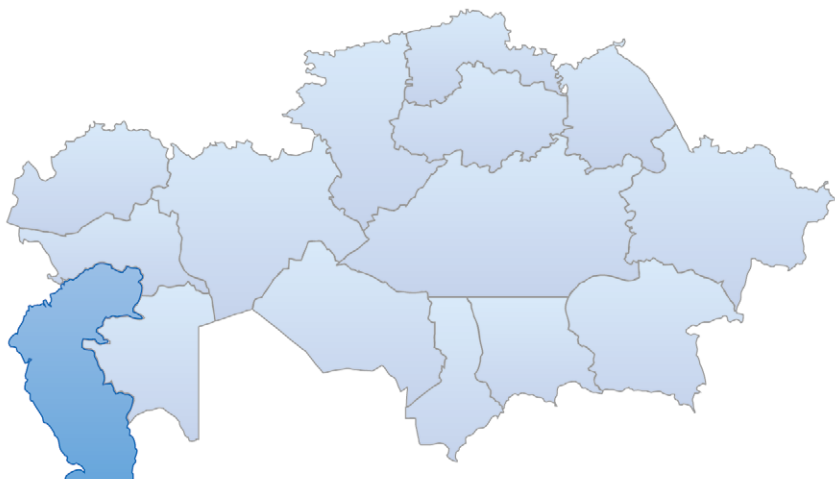
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР СПИД**



Проект по контролю СПИД в Центральной Азии



**Обзор  
эпидемиологической ситуации  
по ВИЧ-инфекции  
и результаты дозорного  
эпидемиологического надзора за  
2007 год в Республике Казахстан**



г. Алматы, 2009

УДК 616.9  
ББК 55.148  
О - 14

Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ – инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) в Республике Казахстан за 2007 год среди 6 дозорных групп населения – потребители инъекционных наркотиков (ПИН), работники секса (РС), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), осужденные, лица с симптомами инфекций, передающимися половым путем (ИППП), беременные.

Хасанова М.А., Жусупов Б.С., Ганина Л.Ю. с соавторами  
г. Алматы, 2009. – 192 с.

### **ISBN 9965-15-773-1**

В данной публикации представлены обобщенные итоги исследований специалистов центров СПИД по оценке эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан по результатам ДЭН. В работе рассматриваются возможности ДЭН для оценки распространенности ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С, сифилиса. Отдельным фрагментом представлены материалы по оценке поведенческого риска среди уязвимых групп населения (УГН), приведены количественные показатели, характеризующие уровень знаний УГН о ВИЧ-инфекции и СПИДе.

Данное исследование предназначено для специалистов системы здравоохранения и НПО, работающих с УГН

Авторский коллектив:

Генеральный директор РЦ СПИД, Хасанова М.А. с соавторами

Рецензент:

Профессор кафедры эпидемиологии Алматинского государственного института усовершенствования врачей, доктор медицинских наук Сапарбеков М.К.

Рекомендовано к печати Научно-практическим Советом РЦ СПИД.

4108060000  
00 (05)-09

УДК 616.9  
ББК 55.148

### **ISBN 9965-15-773-1**

© Хасанова М.А. и др.  
2009 г.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Ввиду того, что ВИЧ-инфекция, на первых этапах своего развития протекает без клинических признаков, которые бы мотивировали людей обращаться в службы здравоохранения, к тому же среди инфицированных лиц велика численность маргинальных социальных групп, отказывающихся от контактов с медицинскими организациями, количество зарегистрированных людей с ВИЧ повсюду в мире существенно ниже их фактической численности.

В 90-е годы во многих странах мира появились новые технологии эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией. Это система эпидемиологического надзора второго поколения, неотъемлемой частью, которой является дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН).

Необходимость разработки новых технологий эпидемиологического надзора была обусловлена различными причинами.

Во-первых, становилось все более очевидным, что сбор эпидемиологической информации и тестирование на ВИЧ должно быть экономичным по затратам.

Во-вторых, имелось большое количество этических вопросов, связанных с обследованием (скринингом) населения на ВИЧ. Так, известно, что передача ВИЧ тесно связана с сексуальным поведением, употреблением инъекционных наркотиков, т.е. с личностными характеристиками поведения человека, что, безусловно, необходимо учитывать при проведении надзора.

Наконец, в третьих, по мнению большинства исследователей, система эпидемиологического надзора второго поколения обеспечивает репрезентативную, достоверную, полную информацию, необходимую, в первую очередь, для планирования и выполнения профилактических вмешательств.

Основная задача ДЭН — получение данных об уровне распространенности инфекции ВИЧ в дозорных группах населения по административным регионам с учетом демографических и поведенческих данных.

Основное требование к такому надзору — проведение его с использованием стандартных методов и получение информации на преемственной и регулярной основе.

По мнению большинства исследователей, изучение тенденций распространения инфекции в дозорных группах населения во времени и по территориям позволяет выявлять изменения в путях и факторах передачи ВИЧ-инфекции.

До 2002 года в Республике Казахстан проводился эпидемиологический надзор только за случаями ВИЧ-инфекции (регистрация случаев при проведении скрининга населения).

Система поименной регистрации случаев ВИЧ-инфекции не может в полной мере представить эпидемиологическую ситуацию, поскольку такая регистрация определяется выявляемостью, а последняя зависит от обращаемости населения в медицинские организации. Большинство же людей с ВИЧ на первых этапах развития инфекции, не имеет

причин обращаться за медицинской помощью, в ходе оказания которой они могли бы быть обследованы на ВИЧ. Кроме того, система поименной регистрации ориентирована на общее, легко доступное население, тогда как распространенность ВИЧ-инфекции может достигать высоких уровней как раз в изолированных и маргинализированных группах, являющихся труднодоступными для тестирования. К этим группам относятся потребители инъекционных наркотиков (ПИН), работники секса (РС), мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), то есть именно те суб-популяции, половое и инъекционное поведение которых предрасполагает к передаче ВИЧ. Опасаясь поименной регистрации и возможных последующих санкций и (или) социального ostracизма, как по причине групповой принадлежности, так и в случае выявления ВИЧ позитивного статуса, данные группы населения предпочитают не проходить тесты на ВИЧ, если они связаны с личной явкой в медицинские организации.

В этой связи особого внимания заслуживают результаты ДЭН, получаемые в дозорных группах населения, каковыми являются как вышеупомянутые группы людей, чье поведение ставит их в наибольший риск заражения, так и беременные женщины, данные о распространенности ВИЧ-инфекции у которых могут быть экстраполированы на общую популяцию.

В настоящее время в Республике Казахстан организован, внедрен и осуществляется дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией на национальном уровне.

ДЭН начал внедряться в стране с 2002 года при методической и технической поддержке ЮНЕЙДС. Были проведены первые исследования среди ПИН и РС (стратегия — отдельные или несвязанные поведенческие и серологические исследования).

Начиная с 2003 года, планомерное, поэтапное внедрение ДЭН проводилось при всестороннем содействии Американских Центров по контролю и профилактике заболеваний (СДС).

В 2003 году ДЭН был внедрен на 4 пилотных территориях — гг. Караганда, Павлодаре, Уральске и Шымкенте, в 6 дозорных группах: ПИН, РС, МСМ, осужденные, лица с симптомами ИППП, беременные.

В 2004 году к проведению ДЭН присоединились еще шесть регионов Казахстана (Костанайская, Восточно-Казахстанская, Акмолинская, Северо-Казахстанская области, города Астана, Алматы).

С 2005 года ДЭН проводится на национальном уровне, т.е. во всех городах областного значения, городах Астана и Алматы и крупных городах областного подчинения.

С 2006 года осуществляется поддержка ДЭН Проектом по контролю СПИД в ЦА.



С 2007 года проведение ДЭН в стране финансируется из бюджетных средств, утвержденных Программой по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы.

Данный отчет, который обобщает результаты эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции и дозорного эпидемиологического надзора за 2007 год в шести приоритетных группах населения (ПИН, РС, МСМ, осужденные, лица, с симптомами ИППП и беременные), является плодом совместных усилий специалистов Республиканского, областных и городских центров по профилактике и борьбе со СПИДом, офиса СДС в Центрально—Азиатском регионе и Проекта по контролю СПИД в Центральной Азии.

## **БЛАГОДАРНОСТИ**

Внедрение и проведение ДЭН на национальном уровне на бюджетной основе стало возможным благодаря политической поддержке со стороны Министерства здравоохранения Республики Казахстан, областных и городских Департаментов здравоохранения.

Особая признательность специалистам Республиканского, областных и городских центров СПИД, которые играют ключевую роль в практической реализации ДЭН — сборе данных, обеспечении участников исследования необходимой консультативной помощью при проведении полевого этапа, получении лабораторных данных, анализе и интерпретации результатов.

Также хочу поблагодарить сотрудников международных организаций — ЮНЕЙДС, СДС, Проекта по контролю СПИД в Центральной Азии за методическую, техническую и финансовую помощь в организации и проведении ДЭН на высоком профессиональном и научно-обоснованном уровне на всей территории Республики Казахстан.

Марьям Хасанова,  
Генеральный директор РЦ СПИД

**ОБЗОР**  
**эпидемиологической ситуации**  
**по ВИЧ-инфекции и результаты**  
**дозорного эпидемиологического надзора**  
**в Республике Казахстан за 2007 год**  
**среди потребителей инъекционных наркотиков**

ОБЗОР  
эпидемиологической  
ситуации  
по ВИЧ-инфекции и  
результаты  
дозорного  
эпидемиологического  
надзора

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ</b>	<b>9</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b>	<b>12</b>
<b>СПИСОК АВТОРОВ</b>	<b>13</b>
<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>14</b>
1.1 Контекст	14
1.2 Цели и задачи	17
1.3 Источники информации	17
<b>2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ</b>	<b>17</b>
2.1 Методика оценки численности ПИН	17
2.2 Оценка численности ПИН	18
<b>3. НАДЗОР ЗА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СЛУЧАЯМИ</b>	<b>21</b>
3.1 Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию	21
3.2 результаты обследования на ВИЧ-инфекцию	22
<b>4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН</b>	<b>26</b>
<b>5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР</b>	<b>33</b>
5.1 Методика проведения ДЭН	33
5.2 Социально-демографические характеристики	34
5.3 Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса	35
5.4 Факторы поведенческого риска	40
5.4.1. Инъекционное поведение	44
5.4.2. Половое поведение	46
5.5 Уровень информированности о ВИЧ и СПИДе	48
5.6 Охват профилактическими программами	49
5.7 Распространенность симптомов ИППП среди ПИН и поведение, связанное с поиском лечения при наличии симптомов ИППП	52
<b>6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	<b>54</b>
6.1 Выводы	54
6.2 Рекомендации	55

## **СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ**

### **Таблицы**

- Таблица 1. Отношение числа наркопотребителей к общему населению на 1000 жителей
- Таблица 2. Численность ПИН по БОС и лиц, состоящих на учете в наркодиспансерах по регионам на конец 2007 года

### **Рисунки**

- Рисунок 1. Распространенность зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по областям Казахстана на 100 тыс. населения на 1 января 2008 года
- Рисунок 2. Распределение зарегистрированных в 2007 году случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи
- Рисунок 3. Распределение зарегистрированных в 2007 году случаев ВИЧ-инфекции по социально-профессиональному статусу
- Рисунок 4. Оценка эпидемиологической ситуации на основе результатов скрининга ПИН на ВИЧ инфекцию (102 код) с учетом изменения характеристик тестирования на ВИЧ инфекцию (2004 – 2007г.г.)
- Рисунок 5. Динамика распространения ВИЧ инфекции среди тестированных по 102 и 112 кодам в 2004 - 2007 годах
- Рисунок 6. Сравнительное количество обследованных по 102 коду (ПИН) и выявление среди них случаев ВИЧ-инфекции в разрезе областей РК 2006-2007гг.
- Рисунок 7. Структура зарегистрированных в 2007 году ВИЧ-инфицированных ПИН по кодам (N=1159)
- Рисунок 8. Прямой охват ПИН профилактическими программами
- Рисунок 9. Систематический охват ПИН профилактическими программами
- Рисунок 10. Структура обслуживания ПИН в ПД
- Рисунок 11. Количество новых ПИН, вовлеченных в профилактические программы
- Рисунок 12. Количество ПИН, обследованных на ВИЧ и проконсультированных в ПД
- Рисунок 13. Количество шприцев, розданных в пунктах доверия
- Рисунок 14. Количество презервативов, розданных в пунктах доверия
- Рисунок 15. Количество единиц ИОМ, розданных в пунктах доверия
- Рисунок 16. Распространенность ВИЧ, гепатита С, сифилиса среди ПИН, Казахстан, 2007 год (N=4902)
- Рисунок 17. Распространенность ВИЧ среди ПИН во всех сайтах Казахстана в 2005-2007гг.
- Рисунок 18. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса среди мужчин и женщин ПИН (Казахстан, 2007)
- Рисунок 19. Распространенность ВИЧ среди ПИН, Казахстан, 2007 год (N=4902)

- Рисунок 20. Распространенность ВИЧ инфекции среди ПИН инфицированных и неинфицированных сифилисом, ВГС
- Рисунок 21. Распространенность ВГС среди ПИН во всех сайтах Казахстана в 2005-2007гг.
- Рисунок 22. Распространенность ВГС среди ПИН, Казахстан, 2007 год (N=4902)
- Рисунок 23. Распространенность сифилиса среди ПИН во всех сайтах Казахстана в 2005-2007 гг.
- Рисунок 24. Распространенность сифилиса среди ПИН, Казахстан, 2007 год. (N=4902)
- Рисунок 25. Безопасная практика употребления наркотиков и безопасное сексуальное поведение среди ПИН во всех сайтах Казахстана (2005-2007)
- Рисунок 26. Безопасная практика употребления наркотиков и безопасное сексуальное поведение среди ПИН в городах Казахстана, 2007 год (%)
- Рисунок 27. Виды употребляемых инъекционным путем психоактивных веществ (Казахстан, 2007)
- Рисунок 28. Поведение, связанное с риском заражения ВИЧ
- Рисунок 29. Доля ПИН, не использовавших общий инструментарий за последний месяц, во всех сайтах Казахстана (2005-2007)
- Рисунок 30. Доля ПИН, не использовавших общий инструментарий за последний месяц, в городах Казахстана (2007 год, N=4902)
- Рисунок 31. Доля ПИН, использовавших общий инструментарий при последней инъекции, во всех сайтах Казахстана (2005-2007)
- Рисунок 32. Доля ПИН, использовавших общий инструментарий при последней инъекции, в городах Казахстана (2007 год, N=4902)
- Рисунок 33. Доля ПИН, использовавших общий шприц при последней инъекции во всех сайтах Казахстана (2005-2007)
- Рисунок 34. Доля ПИН, использовавших общий шприц при последней инъекции, в городах Казахстана (2007 год, N=4902)
- Рисунок 35. Доля ПИН, мужчин и женщин, имевших половых партнеров разных типов, в течение последних шести месяцев (Казахстан, 2007)
- Рисунок 36. Доля ПИН, имевших сексуальные отношения с непостоянными и коммерческими половыми партнерами в течение последних 6 месяцев, во всех сайтах Казахстана (2005-2007)
- Рисунок 37. Доля ПИН, имевших сексуальные отношения с непостоянными и коммерческими половыми партнерами в течение последних 6 месяцев, в городах Казахстана (2007 год, N=4902)
- Рисунок 38. Использование презервативов с половыми партнерами при последнем половом контакте среди мужчин и женщин ПИН, Казахстан, 2007 год

- Рисунок 39. Знания о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ среди ПИН во всех сайтах Казахстана (2005-2007)
- Рисунок 40. Знания о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ в городах Казахстана (2007 год, N=4902)
- Рисунок 41. Охват ПИН профилактическими программами в течение 6 месяцев во всех сайтах Казахстана (2005-2007)
- Рисунок 42. Охват ПИН профилактическими программами (ИОМ и одноразовые шприцы) за шесть месяцев в городах Казахстана (2007 год, N=4902)
- Рисунок 43. Охват ПИН добровольным тестированием на ВИЧ во всех сайтах Казахстана (2005-2007)
- Рисунок 44. Охват ПИН добровольным тестированием на ВИЧ в течение последних 12 месяцев в городах Казахстана (2007 год, N=4902)
- Рисунок 45. Доля ПИН, указавших на наличие хотя бы одного из симптомов ИППП в течение последних шести месяцев, среди ПИН во всех сайтах Казахстана (2005-2007)
- Рисунок 46. Доля ПИН, указавших на наличие хотя бы одного из симптомов ИППП в течение последних шести месяцев, в городах Казахстана (2007 год, N=4902)
- Рисунок 47. Доля ПИН с симптомами ИППП, получивших услуги по диагностике, лечению и консультированию во всех сайтах Казахстана (2005-2006)
- Рисунок 48. Доля ПИН с симптомами ИППП, получивших услуги по диагностике, лечению и консультированию в ЛПО, Казахстан, 2007 год

## Список сокращений

<b>АРТ</b>	Антиретровирусная терапия
<b>БОС</b>	Быстрая оценка ситуации
<b>ВГС</b>	Вирусный гепатит С
<b>ВКО</b>	Восточно-Казахстанская область
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ДК</b>	Дружественные кабинеты
<b>ДЭН</b>	Дозорный эпидемиологический надзор
<b>ЗКО</b>	Западно-Казахстанская область
<b>ИОМ</b>	Информационно-образовательные материалы
<b>ИППП</b>	Инфекции, передающиеся половым путем
<b>ИУ</b>	Исправительное учреждение
<b>КУИС</b>	Комитет уголовно-исполнительной системы
<b>ЛЖВС</b>	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
<b>ЛПО</b>	Лечебно-профилактические организации
<b>МиО</b>	Мониторинг и оценка
<b>МЛС</b>	Места лишения свободы
<b>МСМ</b>	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
<b>НПО</b>	Неправительственные организации
<b>ОГЦ</b>	Областные и городские центры по профилактике и борьбе со СПИДом
<b>ПД</b>	Пункты доверия для ПИН
<b>ПИН</b>	Потребители инъекционных наркотиков
<b>ТБ</b>	Туберкулез
<b>СИ, СИЗО</b>	Следственный изолятор
<b>СКО</b>	Северо-Казахстанская область
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита человека
<b>СР</b>	Секс-работники
<b>УГН</b>	Уязвимые группы населения
<b>ЮКО</b>	Южно-Казахстанская область
<b>юнЭЙДС</b>	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу.
<b>СДС</b>	Центры по контролю и профилактике заболеваний, США.



## **Список авторов**

1. Хасанова Марьям Аулиехановна, Генеральный директор Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом.
2. Ганина Лолита Юрьевна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом.
3. Ковтуненко Наталья Григорьевна, заведующая референс-лабораторией РЦ СПИД
4. Елизарьева Алла Викторовна, врач эпидемиолог РЦ СПИД
5. Бапеннова Батеш Исаковна, врач-эпидемиолог Ақмолинского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом
6. Хасенова Галия – Пану Жумабековна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией Павлодарского центра по профилактике и борьбе со СПИДом
7. Сейтенова Салтанат Бейсембаевна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией центра по профилактике и борьбе со СПИД г.Астаны.
8. Касымбекова Сайранкуль Жузбаевна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Западно-Казахстанского центра по профилактике и борьбе со СПИД.
9. Жусупов Бауржан Сабитович, руководитель отдела управления качеством СПИД Фонда Восток-Запад
10. Крюкова Валерия Александровна, Национальный Координатор в РК Региональной группы управления проектом по контролю СПИД в Центральной Азии

## 1. ВВЕДЕНИЕ

В Казахстане, как и в других странах Восточной Европы и Центральной Азии, эпидемия находится в концентрированной стадии и распространяется преимущественно в группах населения высокого риска инфицирования ВИЧ, прежде всего, среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). ПИН входят в состав других уязвимых групп населения, которые подвержены наибольшему риску инфицирования ВИЧ – заключенные, работницы секса (РС), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ). Данное обстоятельство усиливает потенциал распространения ВИЧ инфекции в этих группах, поскольку инъекционное потребление наркотиков – самый распространенный путь передачи ВИЧ в Казахстане и движущая сила казахстанской эпидемии. Опасная инъекционная практика, прежде всего совместное использование шприцев, вызывает стремительное распространение ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей.

Регистрация ВИЧ инфекции среди ПИН в основном связана с клиниками и диспансерами, предлагающими лечение от наркомании, или со следственными изоляторами и тюрьмами, где задержанные ПИН проходят тестирование. Добровольное тестирование и консультирование до сих пор развито недостаточно. В связи с тем, что группа ПИН тестируется при разных обстоятельствах, а также в силу их скрытости, обуславливаемой противоправным поведением, интерпретировать данные о зарегистрированных случаях ВИЧ очень сложно. Трудно сказать, в какой степени данные по регистрации случаев отражают истинные масштабы эпидемии ВИЧ среди ПИН.

Помимо данных о масштабе эпидемии ВИЧ для проведения профилактических мероприятий важно знать особенности поведения, связанного с риском заражения ВИЧ, уровень и характер знаний о ВИЧ инфекции, степень охвата профилактическими вмешательствами. С учетом этого, эпидемиологический надзор в Казахстане был недавно дополнен новыми методами и принципами системы эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией второго поколения, в частности дозорным эпидемиологическим надзором (ДЭН), который в сборе данных сосредотачивает усилия на группах населения повышенного риска.

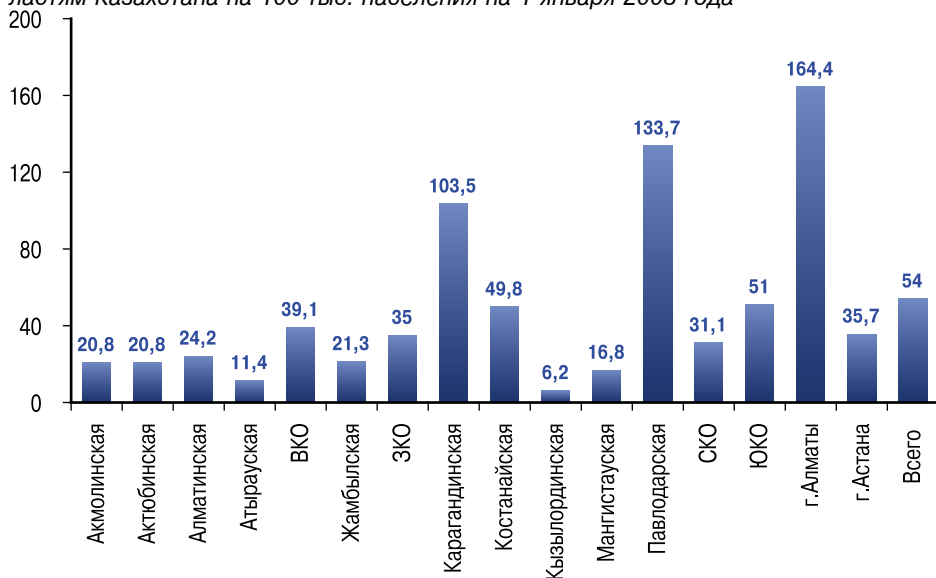
Обобщение результатов ДЭН о распространенности ВИЧ-инфекции и эпидемиологических аналогов ВИЧ, имеющих общие механизмы передачи возбудителя (ВГС и сифилис), в совокупности с анализом динамики рискованного поведения, данными официальной статистики и мониторингом проектов по профилактике позволит шире и глубже оценить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции и принять необходимые решения, особенно в отношении группы ПИН, которая была и остается основной движущей силой эпидемии ВИЧ в стране.

### 1.1 Контекст

На 1 января 2008 года в Казахстане распространенность ВИЧ-инфекции среди населения по данным обращаемости в медицинские организации составляла кумулятивно с момента начала регистрации 54,0 на 100 000 жителей. В абсолютных цифрах было

зарегистрировано 9378 случая ВИЧ-инфекции, из которых 506 умерло от СПИДа. Анализ распределения числа зарегистрированных случаев ВИЧ среди областей показывает, что ВИЧ-инфекция на территории Казахстана распространена неравномерно, численность зарегистрированных случаев широко варьирует в разных регионах страны. Наибольшая распространенность зарегистрированных случаев ВИЧ отмечена в г. Алматы (164,4 на 100 тыс.) Павлодарской (133,7 на 100 тыс.), Карагандинской областях (103,5 на 100 тыс.) (рисунок 1). Административными территориями с наименьшей регистрацией остаются Кызылординская (6,2 на 100 тыс.), Атырауская (11,4 на 100 тыс.) и Мангистауская (16,8 на 100 тыс) области.

*Рисунок 1. Распространенность зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по областям Казахстана на 100 тыс. населения на 1 января 2008 года*



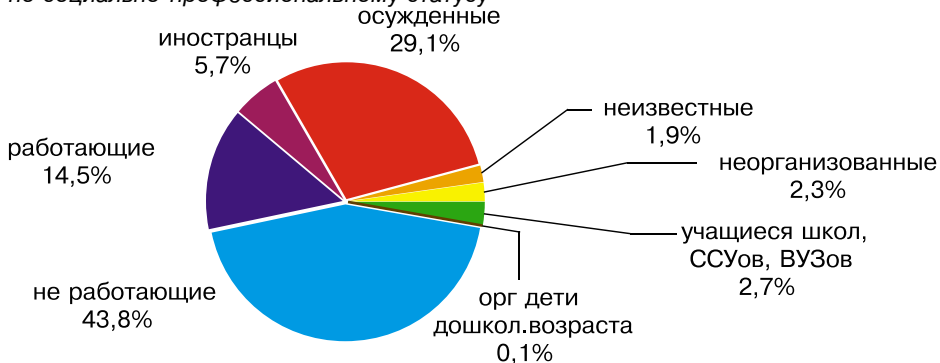
В 2007 году в Казахстане произошел рост регистрации ВИЧ-инфекции, когда было выявлено 1979 случаев ВИЧ-инфекции, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 12,9 (за аналогичный период 2006 года – 1745 случаев, показатель – 11,4). Уровень регистрируемой заболеваемости возрос в СКО в 5,6 раз, в Акмолинской области – в 2,8 раза, в г.Астане – в 2,0 раза, в Атырауской – в 1,9 раза, в Жамбылской области – в 1,8 раза, в Кызылординской области – в 1,7 раза, в Актюбинской и Мангистауской областях – в 1,6 раза, в ВКО – в 1,5 раз. Снижение регистрации случаев ВИЧ-инфекции отмечается в Алматинской, ЗКО, Павлодарской, Карагандинской и Костанайской областях и в г.Алматы. В ЮКО число зарегистрированных случаев осталось на уровне прошлого года.

Соотношение мужчин и женщин среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц составляет три к одному, новые случаи ВИЧ-инфекции преимущественно регистрируются среди городских жителей (80%)<sup>1</sup>. Распределение случаев по путям передачи показывает, что в 2007 году преимущественным путем передачи ВИЧ-инфекции сохранился парентеральный (72,8%). На долю полового пути передачи среди впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции приходилось 19,8%. Доля внутрибольничной регистрации составила 1,3% (рисунок 2).

Рисунок 2. Распределение зарегистрированных в 2007 году случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи



Рисунок 3. Распределение зарегистрированных в 2007 году случаев ВИЧ-инфекции по социально-профессиональному статусу



Таким образом, потребление инъекционных наркотиков остается движущей силой эпидемии ВИЧ/СПИДа в Казахстане. Вероятность обнаружения ВИЧ-инфекции у ПИН почти на два порядка выше, чем у тех, кто не вводит себе наркотики. Однако вполне

<sup>1</sup> Доля городских жителей в Казахстане составляет около 60%.

очевидно, что с каждым годом все большую роль приобретает половой путь передачи ВИЧ-инфекции, тем самым, можно говорить о тенденции к постепенному переходу ВИЧ-инфекции от ПИН к их половым партнерам и затем на общее население. Последствиями инфицирования людей ВИЧ в стране является быстрое развитие вторичных заболеваний и высокая смертность от СПИДа.

## **1.2 Цели и задачи**

*Цель:* Представить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в группе потребителей инъекционных наркотиков на основе доступных источников информации.

*Задачи:*

1. Описать эпидемиологическую ситуацию и оценить роль группы ПИН в развитии эпидемиологического процесса (факторы риска).
2. Оценить реализуемые среди ПИН профилактические вмешательства.

## **1.3 Источники информации**

1. Отчеты РЦ СПИД по эпидемиологическому надзору за зарегистрированными случаями.
2. Отчеты по дозорному эпидемиологическому надзору за 2007г.
3. Отчет о проведении быстрой оценки ситуации (БОС) среди потребителей инъекционных наркотиков.
4. Отчет РЦ СПИД по мониторингу профилактических вмешательств в республике Казахстан за 2007 год.
5. Программа по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010г.г.

## **2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ**

### **2.1 Методика оценки численности ПИН**

Оценка реальной численности ПИН основывается на применении многостороннего подхода с использованием различных методов для изучения одного объекта. Каждый из этих методов имеет свои положительные и отрицательные стороны. Для оценки численности используется метод многократного анализа в совокупности с методом мультипликации и номинации.

Для подсчета ПИН методом многократного анализа на момент исследования необходимы списки лиц, употребляющих наркотические вещества, проживающих на данной территории и состоящих на учете в наркологическом диспансере из территориального наркологического диспансера, а также лиц, лишенных свободы (находящихся под стражей и осужденных) за преступления, связанные с наркотиками (незаконное хранение и незаконное приобретение), из территориального управления внутренних дел<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Методические рекомендации «Быстрая оценка численности уязвимых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами)», РЦ СПИД, 2004 год.

Так как ПИНЫ ведут скрытый образ жизни и стараются не попасть на учет как в наркодиспансер, так и в правоохранительные органы для более реальной оценки численности ПИН используется метод мультипликации и метод номинации. При мультипликационном методе путем опроса выясняется, какая доля опрошенных потребителей инъекционных наркотиков состоит на учете в наркологическом диспансере. Получаемый мультипликатор соотносится с численностью лиц, реально состоящих на учете. При использовании метода номинации аналогичная информация предоставляется респондентом в отношении его знакомых.

Источниками данных должны служить осведомленные потребители инъекционных наркотиков. Информация собирается в полевых условиях. В городах с численностью населения более 200 тысяч человек достаточным является опрос примерно 70 человек, входящих в не менее чем три круга «снежного кома». На каждого респондента интервьюер заполняет типовую анкету. Обработка данных по существующей методике, включая 3 метода определения численности ПИН, описанных выше, и обсуждение полученных результатов в фокус-группах, позволяет определить численность ПИН в социуме. Результаты ДЭН позволяют оценить численность ПИН в пенитенциарной системе. В итоге совокупные данные позволяют оценить общую численность ПИН в стране.

## **2.2 Оценка численности ПИН**

Численность ПИН по быстрой оценке ситуации (БОС), проведенной специалистами ОГЦ СПИД в 2007 году, составляет по республике 128800 (2006г. – 128200) человек. Количество ПИН увеличилось в г. Алматы (с 20500 до 21700), в Костанайской области (с 3400 до 3900), уменьшилось в Карагандинской области (с 17200 до 16900), Кызылординской области (с 3000 до 2000).

БОС проводится в соответствии с методическими рекомендациями РЦ СПИД, утвержденными МЗ РК в 2004 году. Согласно полученным данным на официальном учете в учреждениях наркологической службы состоит 37991 ПИН, что составляет – 29,5% от БОС (2006г. – 37647 ПИН, что составляло 29,4% от БОС).

По состоянию на 01.01.08г., по данным официальной статистики, в организациях наркослужбы состояло на учете 50452 человека, из них 37991 (75,3%) – ПИНЫ. В числе ПИН – 33176 (87,3%) – мужчины и 4815 (12,7%) женщин, то есть соотношение мужчин и женщин среди зарегистрированных в наркослужбе составляет семь к одному. В структуре ПИН 102 человека – дети до 15 лет (0,3%), при этом в г. Астане (43) этот показатель составляет – 1,3%, в Павлодарской (45) – 1,4%. По сравнению с 2006 годом в 2007 году количество ПИН – детей до 15 лет уменьшилось в 1,3 раза.

С использованием данных, полученных на основе БОС, рассчитана доля наркопотребителей в разных областях Казахстана к общей численности населения. Из данных приведенных в таблице, можно сделать вывод, что примерная доля наркопотребителей широко варьирует. Самая высокая доля наркопотребителей наблюдается в Павлодарской области, городах Алматы, Астана, в Мангыстауской и Карагандинской областях. С

другой стороны, наименьшее количество наркопотребителей на душу населения проживает в Акмолинской, Алматинской, Кызылординской и Атырауской областях. По республике в целом доля наркопотребителей составила 0,8%, в пересчете только на взрослое население (от 15 лет и старше) – 1,14%.

*Таблица 1. Отношение числа наркопотребителей к общему населению на 1000 жителей*

Название области	Численность населения РК, тыс. чел.	Распространенность наркопотребления, %
Акмолинская	748,0	0,3
Актюбинская	690,9	0,6
Алматинская	1609,6	0,3
Атырауская	476,1	0,3
ВКО	1428,3	0,8
Жамбылская	1004,7	0,7
ЗКО	611,1	0,7
Карагандинская	1336,9	1,3
Костанайская	902,0	0,4
Кызылординская	621,7	0,3
Мангистауская	382,0	1
Павлодарская	744,1	2,1
СКО	660,6	0,5
ЮКО	2258,2	0,9
г.Алматы	1266,5	1,6
г.Астана	560,7	1
<b>ВСЕГО по РК</b>	<b>15 301,4</b>	<b>0,8</b>

Количество ПИН по данным БОС (2007) в Казахстане по областям представлено в таблице 2.

**Таблица 2. Численность ПИН по БОС и лиц, состоящих на учете в наркодиспансерах по регионам на конец 2007 года**

Области	Численность ПИН по БОС (чел.)	Численность ПИН состоящих на учете в наркодиспансерах (чел.)	Доля ПИН, зарегистрированных в наркодиспансере (%)
Акмолинская	2300	1038	45,1
Актюбинская	4400	2090	47,5
Алматинская	4400	1837	41,8
Атырауская	1700	533	31,4
ВКО	11200	3972	35,5
Жамбылская	6800	1190	17,5
ЗКО	4000	1437	35,9
Карагандинская	16900	4676	27,7
Костанайская	3900	2095	53,7
Кызылординская	2000	626	31,3
Мангистауская	3900	1230	31,5
Павлодарская	15700	3138	19,9
СКО	3500	1259	35,9
ЮКО	20500	2594	12,7
г.Алматы	21700	7115	32,8
г.Астана	5900	3161	53,6
<b>Всего по РК</b>	<b>128800</b>	<b>37991</b>	<b>29,5</b>

Из таблицы видно, что оцениваемое число наркопотребителей в социуме по данным БОС составляет 128800-130000 человек. Число наркопотребителей, находящихся в местах лишения свободы, равно примерно 30000 ПИН (ДЭН, 2007). Общее число ПИН, включая лиц, содержащихся в местах лишения свободы, составляет 160 тысяч человек. То есть каждый пятый ПИН находится в заключении.

По данным статистического учета в наркодиспансерах на конец 2007 года было зарегистрировано 37991 ПИН, что составляет 24% от их оценочного количества (160 000) или 29,5% от БОС, т.е. только каждый третий ПИН, находящийся в социуме состоит на диспансерном учете в наркологической службе. Таким образом, ни одна из этих групп (ПИН на диспансерном учете и ПИН в местах лишения свободы) реально не может характеризовать ситуацию в целом, так как не охватывает ту часть наркопотребителей, которые не обращались за лечением и не задерживались правоохранительными органами.



Число наркопотребителей на учете в наркослужбе приблизительно в 4,5 раза ниже, чем оценочные данные по республике (160 тысяч ПИН).

### **3. НАДЗОР ЗА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СЛУЧАЯМИ**

#### **3.1. Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию**

Постановлением Правительства РК № 1808 от 05.12.2000 г. была утверждена Концепция государственной политики по противодействию ВИЧ/СПИДу, которая определила приоритетные направления деятельности государственных органов и организаций в области профилактики ВИЧ/СПИДа, прежде всего направленные на уязвимые группы населения. В рамках основных мероприятий концепции, разрабатывались первая и вторая стратегические программы противодействия ВИЧ/СПИДу. В настоящее время превентивные мероприятия в республике осуществляются по плану Национальной программы на 2006-2010 годы. Одним из двенадцати направлений является снижение вреда от употребления наркотиков, в рамках чего осуществляется учреждение новых и поддержание действующих объектов, предоставляющих профилактические услуги для уязвимых групп населения, прежде всего, для ПИН. Проведение тестирования на ВИЧ-инфекцию разных групп населения, в том числе ПИН, входит в состав ключевых профилактических услуг. Ожидаемым результатом Национальной программы является достижение к 2010 году ежегодного 10% охвата населения тестированием на ВИЧ-инфекцию. В отношении ПИН этот охват должен быть выше и составлять не менее 50% от оценочной численности популяции ПИН.

Порядок обследования ПИН регламентируется следующими нормативными документами:

- Статьей 5 Закона Республики Казахстан «О профилактике заболевания СПИД» от 05.10.1994 года (дополнения и изменения от 16.11.1999 г. №477-1, от 20.12.2004 г. №13-III, 07.07.2006 года № 172-III ЗРК) – Право граждан Республики Казахстан, иностранцев и лиц без гражданства на медицинское освидетельствование, которые имеют право на бесплатное анонимное обследование, добровольное, конфиденциальное медицинское освидетельствование и консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения.
- Приказом Министра здравоохранения от 11 июня 2002 года № 575 «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека», который регламентирует проведение обследования всех категорий граждан, включая лиц из уязвимых слоев населения, только на добровольной основе при получении информированного согласия тестируемого лица. В соответствии с вышеназванным приказом, тестирование ПИН предлагается при поступлении в наркологические диспансеры, в МЛС и другие учреждения правоохранительной системы и здравоохранения. В большей мере обследование на ВИЧ ПИН проходят в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, в пунктах доверия и дружественных клиниках на основе конфиденци-

альности ВИЧ-статуса.

- Приказом МЗ РК №228 от 9 марта 2004 года «Об утверждении Положения об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков», который определяет спектр услуг, предоставляемых ПИН в пунктах доверия (ПД), в том числе тестирование на ВИЧ.

- Приказом МЗ РК №227 от 9 марта 2004 года «Об организации деятельности кабинетов анонимного тестирования на ВИЧ и психосоциального консультирования по ВИЧ/СПИД», определяющем порядок прохождения обследования населения и, в том числе ПИН, на конфиденциальной основе, либо анонимно в любых действующих при ЛПО кабинетах анонимного тестирования. Наибольшее выявление происходит в тех медицинских организациях, куда чаще всего обращаются ПИН за получением медицинской помощи: токсикологических и хирургических отделениях, в инфекционных больницах, службах репродуктивного здоровья, противотуберкулезных и кожновенерологических диспансерах.

Добровольное консультирование ВИЧ инфицированных ПИН включает несколько элементов:

- дотестовое консультирование;
- посттестовое консультирование ВИЧ инфицированных, для выявления их партнеров;
- определение местонахождения партнеров, конфиденциальное уведомление их о наличии контакта с ВИЧ инфицированным (либо самим ВИЧ инфицированным, либо медреса ботником с согласия ВИЧ-инфицированного);
- проведение консультирования, тестирования контактных лиц и направление в медицинские учреждения, если это необходимо.

Консультирование до и после теста на ВИЧ осуществляют сотрудники медицинских учреждений, при положительном результате – специалисты центров по профилактике и борьбе со СПИДом. Исследования показали, что ПИН, знающие свой ВИЧ статус, начинают себя вести менее рискованно, чем не знающие его. Важную роль в привлечении ПИН на обследование играют НПО и аутрич-работники, являющимися представителями именно этой целевой группы или созависимыми лицами, которые мотивируют ПИН узнать ВИЧ-статус ввиду наличия у них опасных практик инъекционного поведения. Тестирование по Закону «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа» предоставляется бесплатно. Но даже это обстоятельство не позволяет достигнуть более широкого охвата ПИН такой важной услугой, как тестирование.

Учитывая, что обследование ПИН проводится в ограниченной степени, только используя данные тестирования невозможно в полной мере контролировать эпидемиологическую ситуацию. В целях проведения эффективного анализа по ВИЧ/СПИДу необходимо проводить комплексный анализ на основе всех имеющихся в нашем распоряжении источников и, прежде всего, дозорного эпидемиологического надзора среди ПИН.

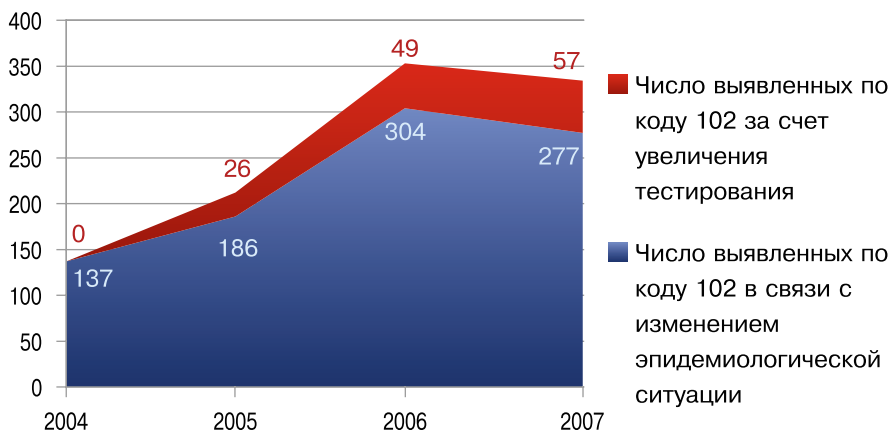
### **3.2 Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию**

За 2007 год среди потребителей инъекционных наркотиков было зарегистрировано

334 случая ВИЧ-инфекции (статистическая отчетная форма №4, 102 код обследования). В структуре лиц, обследованных на ВИЧ инфекцию в 2007 году, доля ПИН (код 102) составила всего 1,3%<sup>3</sup> из 1762768 обследованных лиц, тогда как доля выявленных ВИЧ инфицированных по этому коду составила 16,8%<sup>4</sup>.

За период с 2005 по 2007 годы наблюдается незначительное увеличение объемов тестирования среди ПИН, так в 2006 году увеличение на 2% в сравнении с 2005 годом, а в 2007 году объемы тестирования на ВИЧ среди ПИН увеличились на 4%: 2005 год – 21928 ПИН (212 или 0,96% положительных); 2006 год – 22428 (353 или 1,57%); 2007 год – 23342 (334 или 1,43%). Динамика тестирования и регистрации ВИЧ-инфекции по коду 102 за последние три года показана на рисунке 4. Ухудшение эпидемиологической ситуации произошло в 2006 году, когда было выявлено 353 случая ВИЧ, в 2004 году выявлено 137, в 2005 году было зарегистрировано 212 случаев, в 2007 году зарегистрировано 334. При сопоставимых объемах тестирования в 2006 году было бы выявлено 304 случая, то есть в реальности только 49 случаев были связаны с увеличением объемов тестирования, а основной рост был обусловлен ухудшением эпидемиологической ситуации среди ПИН. Также рисунок демонстрирует стабилизацию ситуации в 2007 году по сравнению с 2006 годом.

*Рисунок 4 Оценка эпидемиологической ситуации на основе результатов скрининга ПИН на ВИЧ инфекцию (102 код) с учетом изменения характеристик тестирования на ВИЧ инфекцию (2004 – 2007г.г.)*

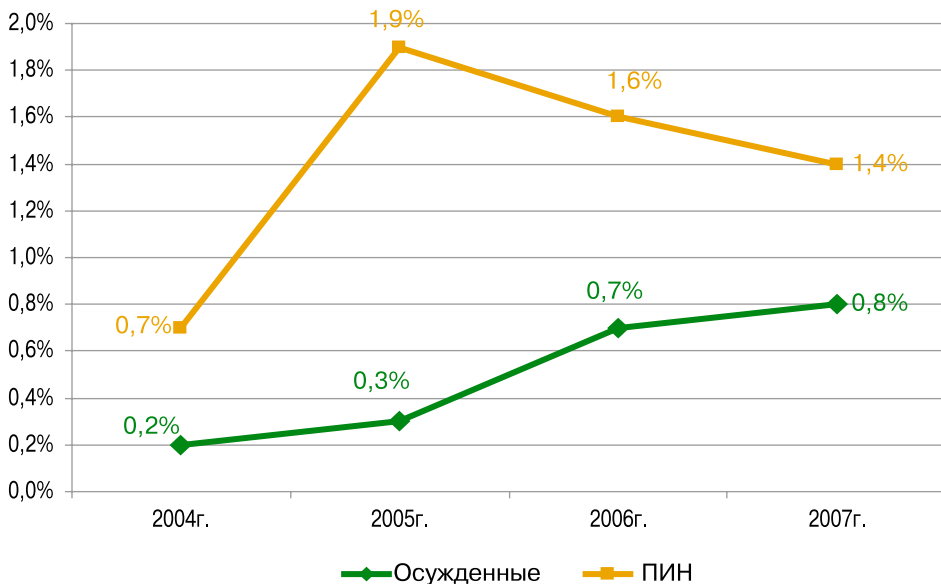


С 2004 года по 2006 год отмечается увеличение распространенности ВИЧ-инфекции (рисунок 5).

<sup>3</sup> Данные статистической отчетной формы №4, РЦ СПИД.

<sup>4</sup> В это количество не входят контактные лица по совместному употреблению наркотиков.

*Рисунок 5 Динамика распространения ВИЧ инфекции среди тестируемых по 102 и 112 кодам в 2004 – 2007 годах*

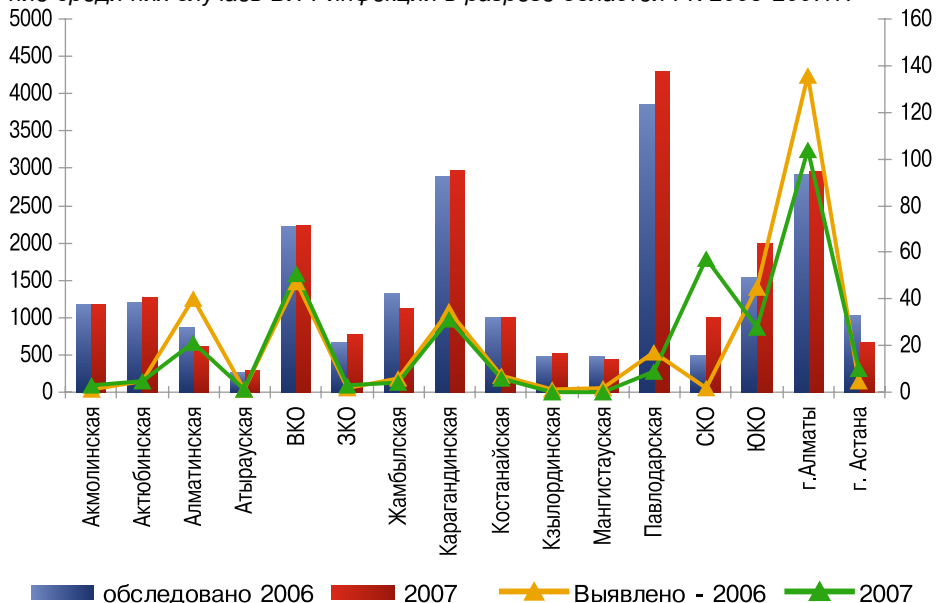


Распространенность ВИЧ-инфекции среди обследованных по коду 102 ПИН увеличилась с 0,7% в 2004 году до 1,4 % в 2007 году, или в 2 раза. Аналогичная динамика наблюдается среди лиц, содержащихся в местах лишения свободы, где распространенность возросла с 0,2 % в 2004 году до 0,8 % в 2007 году, т.е. произошло четырехкратное увеличение. Прослеживается связь между ПИН и заключенными, больше половины которых являются действующими или бывшими ПИН (ДЭН среди заключенных, 2006).

На рисунке 6 представлено количество объемов тестирования по коду 102 обследования и выявление случаев ВИЧ-инфекции за 2006 – 2007 годы в разрезе областей. Ситуация по тестированию и выявлению ПИН по регионам складывается неодинаково, так в Северо-Казахстанской области количество выявленных ПИН увеличилось с 2 до 57 человек, что объясняется более целенаправленной работой с этой целевой группой, объемы тестирования в этой области также увеличились в 2 раза (в 2006 году – 497, в 2007 году – 1002). Незначительное увеличение скрининга в этой группе наблюдается в ЗКО (в 1,2 раза), в ЮКО (в 1,3 раза), однако количество выявленных в этой области уменьшилось в 1,6 раза (2006 год – 45, 2007 год – 28); в Павлодарской области количество обследованных увеличилось на 437 человек, а количество выявленных снизилось с 17 в 2006 году до 9 в 2007 году. В два раза снизились объемы тестирования в г. Астане, однако количество выявленных ВИЧ-инфицированных ПИН по коду 102 увеличилось с 5 (2006 год) до 10 (2007 год); в Алматинской области количество вновь выявленных

случаев также уменьшилось в два раза (с 40 до 21); в Жамбылской области количество обследованных сократилось в 1,2 раза, количество выявленных также уменьшилось с 6 до 4 соответственно. Объемы тестирования и количество выявленных случаев остались на прежнем уровне в Акмолинской, Актобинской, Костанайской, Кызылординской, Мангистауской, Восточно-Казахстанской, Карагандинской и Атырауской областях. В г. Алматы количество обследованных осталось на уровне 2006 года, однако количество выявленных ВИЧ-инфицированных ПИН сократилось на 32 человека (2006 год – 136, 2007 год – 104).

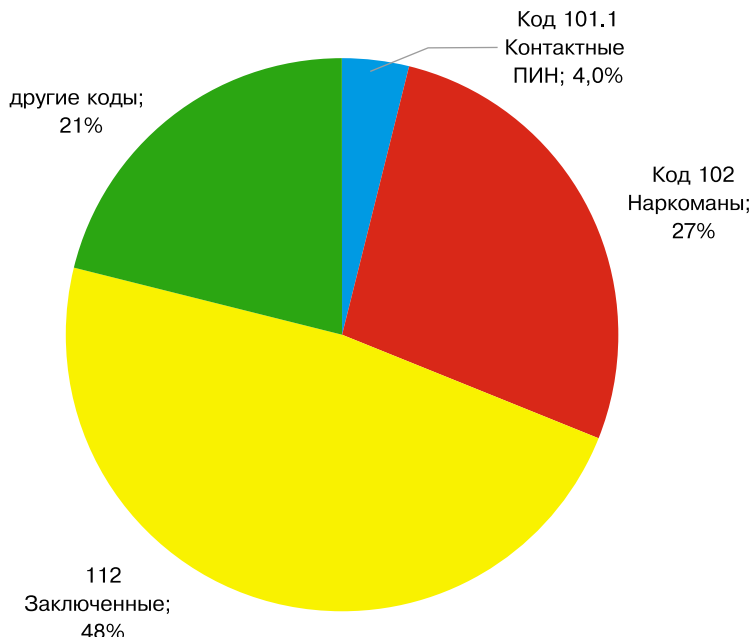
Рисунок 6. Сравнительное количество обследованных по 102 коду (ПИН) и выявление среди них случаев ВИЧ-инфекции в разрезе областей РК 2006-2007гг.



Парентеральный путь инфицирования при употреблении наркотиков установлен в 1258 случаев из 1979 зарегистрированных в 2007 году (63,6%). Далее приводятся данные по структуре контингента по кодам<sup>5</sup>, чтобы определить по каким из них преимущественно выявляются ПИН (см. рис. 7). Наибольшую долю (48%) в регистрацию ВИЧ-инфицированных ПИН вносят заключенные, 27% выявлены по коду 102, 3,6% – партнеры ПИН по совместному введению наркотиков. Остальные ПИН (21,4%) выявляются по различным другим кодам (доноры, беременные, прочие, обследованные по клиническим показаниям и др.).

<sup>5</sup> Каждому человеку, протестированному на ВИЧ-инфекцию, присваивается код. Номер кода отражает причину (назначение) тестирования.

*Рисунок 7. Структура зарегистрированных в 2007 году ВИЧ-инфицированных ПИН по кодам (N=1159)*



Доля зарегистрированных случаев с неустановленным фактором риска заражения в 2007 году составила 7,5%. В этой группе также предполагаются ПИНы, которые отказались сообщить об этом пути инфицирования. Таким образом, анализ данных эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ показал, что в 2007 году по сравнению с 2006 годом эпидемиологическая ситуация стабилизировалась. Она по-прежнему определяется за счет ПИН и ПИН – заключенных. Ведущим путем передачи остается парентеральный путь при совместном употреблении наркотиков.

#### **4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН**

Пункты доверия (ПД) в Казахстане являются одним из основных способов предоставления профилактических услуг для ПИН. Они осуществляют работу путем:

- 1) предоставления ПИН стерильных шприцев, дезинфицирующих средств, презервативов, санитарно-просветительной литературы, сбора и утилизации использованных шприцев;
- 2) предоставления ПИН информации о ВИЧ-инфекции, инфекциях, передающихся половым путем (далее – ИППП), формах поведения, снижающих риск инфицирования ВИЧ, тестировании на ВИЧ;

- 3) проведения психосоциального консультирования по вопросам ВИЧ и СПИД, а также консультаций наркологов, дерматовенерологов, терапевтов, фтизиатров и психологов;
- 4) направления ПИН в государственные медицинские организации для получения специализированной, квалифицированной медицинской помощи;
- 5) предоставления информации о существующих в регионе государственных и неправительственных организациях, оказывающих профилактическую и иную помощь ПИН;
- 6) забора крови для исследования на ВИЧ, ИППП, вирусные гепатиты В и С;
- 7) изучения моделей рискованного поведения ПИН для разработки мер по снижению риска инфицирования ВИЧ.

Помимо стационарных ПД в республике работают передвижные ПД, которые представляют собой группу специалистов, выезжающих на автотранспорте в места концентрации ПИН для проведения профилактических мероприятий. Передвижные ПД работают в соответствии с утвержденным графиком по разработанным маршрутам в местах сбора ПИН. Доля ПИН, охватываемых мобильными ПД, составляет в среднем 6%.

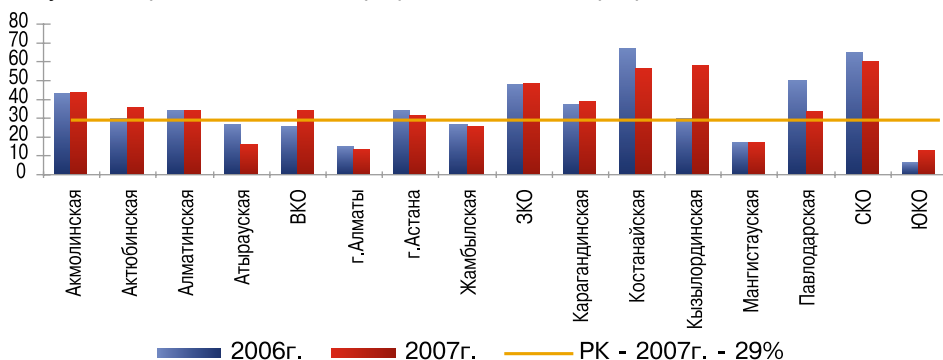
По состоянию на 1 января 2007 года в республике функционировало 129 ПД. В течение отчетного периода было открыто 25 ПД (в Акмолинской, Актюбинской, Карагандинской, Кызылординской, Алматинской областях и г. Астана по 1 ПД, в Костанайской и СКО по 2 ПД, в ВКО – 4, ЮКО – 12) и закрыто 8 ПД (г. Алматы, Астана, Костанайской и Мангистауской области – по 1 ПД, в Акмолинской и Карагандинской области – по 2 ПД). Таким образом, на 01.01.2008 года в РК функционировало 146 ПД, в том числе при центрах СПИД – 18 (12,4%), при ЛПО – 89 (61,0%), передвижных – 15 (10,3%), при НПО – 5 (3,4%), при других организациях – 19 (13,1%).

В целях увеличения охвата профилактическими услугами уязвимых групп населения проводится работа по привлечению аутрич-работников из числа лиц, употребляющих наркотики, прекративших употребление наркотиков или созависимых. Около 60% охвата ПИН профилактическими программами обеспечивается через них. Всего в 2002 году с ПИН работали 150 аутрич-работников, в 2003 году – 320, в 2004 году – 544, в 2005 году – 547, в 2006 году – 562, в 2007 году – 543 аутрич-работника. Оплата аутрич-работников осуществляется из Глобального фонда и государственного и местных бюджетов. Наибольшее количество аутрич-работников в 2007 году было в Павлодарской (80), Карагандинской (61), ЮКО (55), Кызылординской (41) областях, в г.Алматы (37). В Атырауской области было привлечено только 4 человека. Из 543 аутрич-работников только 70,7% (в 2006г. – 71,7%) сами являются ПИН, остальные созависимые. Из задействованных в Алматинской области лиц всего 30% составляют ПИНЫ, в городе Астана они составляют 11% , что негативно отражается на вовлечении ПИН в профилактические программы, поскольку доступ в эту группу преимущественно обеспечивают представители этой целевой группы.

Ежегодно растет число клиентов ПД: в 2004 году ПД самостоятельно или через аутрич-работников посетили 27430 ПИН; в 2005 году посетили 35326 ПИН; в 2006 году – более 37000 ПИН, в 2007 году на уровне прошлого года. Количество ПИН, посетивших

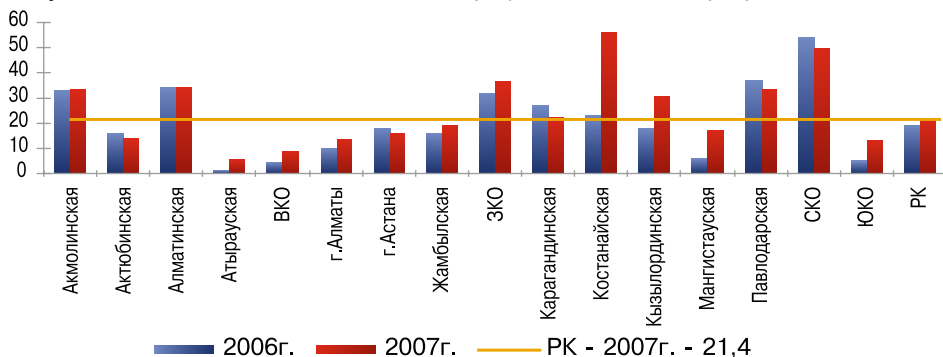
пункты доверия в течение отчетного периода хотя бы один раз (прямой охват ПИН профилактическими программами) составило 37310 человек или 29,0% от оценочной численности ПИН, и осталось на уровне 2006 года. Ниже республиканского показателя охват ПИН профилактическими программами в ЮКО (13,0%); г.Алматы (13,5%), в Мангистауской области (17,0%), Атырауской области (16,0%). Вместе с тем в отдельных регионах этот показатель достаточно высокий: в Акмолинской области – 43,7%, ЗКО – 48,7%, Карагандинской области – 38,7%; Костанайской – 56,1%; СКО – 60,1%; Кызылординской области – 58,0% (рисунок № 8).

Рисунок 8. Прямой охват ПИН профилактическими программами



При этом постоянными клиентами пунктов доверия (ПД), то есть регулярно, не реже одного раза в месяц, посещающими ПД (систематический охват ПИН профилактическими программами), являлись 27517 человек или 21,4% от БОС (против 18,85%). Значительный рост систематического охвата ПИН, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года наблюдается в Атырауской области – в 3,8 раза, Костанайской области – в 2,4 раза, Кызылординской – в 1,7 раза, Мангистауской области, ЮКО – в 2,5 и ВКО – в 2 раза (рисунок № 9). Однако, в Атырауской (5,4%) и Восточно-Казахстанской областях (8,8%) – показатель систематического охвата ПИН остается очень низким.

Рисунок 9. Систематический охват ПИН профилактическими программами



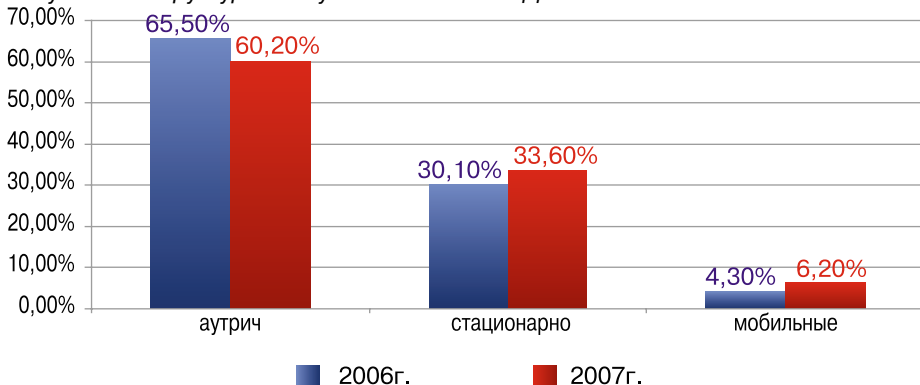


Из общего количества ПИН, вовлеченных в профилактические программы, доля ПИН, обслуживаемых в ПД при центрах СПИД, составила 36,5% (2006 – 30,7%); в ПД при ЛПО – 28,8% (2006 – 34,8%), в передвижных ПД – 6,2% (2006 – 4,2%), в ПД при НПО – 13,4% (2006 – 22,3%), в ПД, расположенных в других зданиях – 15,0% (2006 – 7,9%).

Из числа ПИН, обслуживаемых в пунктах доверия:

- 22449 ПИН (60,2%) обслуживались в полевых условиях, то есть аутрич-работниками (2006 – 24539 чел. или 65,5%).
- 12546 чел. (33,6%) обратились в ПД самостоятельно (в 2006 г. – 11287 чел. или 30,1%).
- 2315чел. (6,2%) ПИН обслуживались в передвижных ПД (2006г. – 1602 чел. или 4,3%).

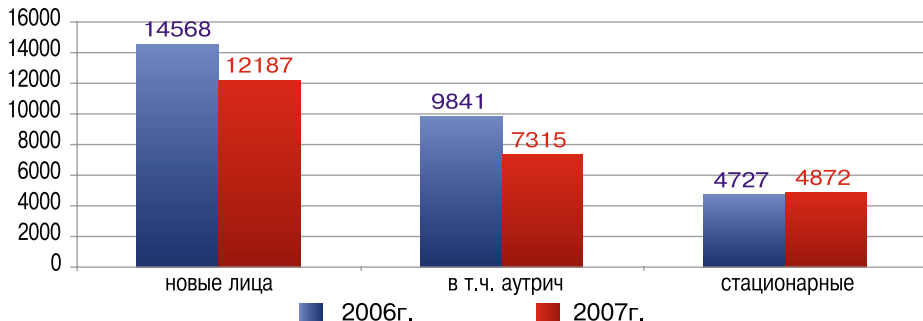
*Рисунок 10. Структура обслуживания ПИН в ПД*



В 2007 году мобильные ПД функционировали в 11 регионах республики (в 2006 году в 8 регионах), охват ПИН через передвижные ПД составил всего 6,2%, что свидетельствует о недостаточном количестве передвижных пунктов доверия и низкой интенсивности их работы. В 2007 году мобильные ПД были организованы в 3 областях – в Акмолинской, Костанайской и ВКО. Охват ПИН передвижными ПД составил в Акмолинской области всего 20 ПИН, в Актюбинской области 443 ПИН, в Атырауской – 164 ПИН, в городе Астана – 206 ПИН, в Жамбылской – 136 ПИН, в СКО – 291 ПИН, в ВКО – 274 ПИН, в ЮКО – 340 ПИН, в Карагандинской – 46 ПИН, в Костанайской – 15 ПИН. В Павлодарской области уже третий год мобильный ПД вообще не востребован.

Из числа клиентов ПД 12187 ПИН (32,6%) были новыми лицами, т.е. впервые охваченные профилактическими программами в отчетном году (в 2006г. – 14568 человек или 38,9%). Из них 7315 человек (2006г. – 9841 чел.) обслуживались волонтерами, а 4872 (2006г. – 4727) – обратились самостоятельно (рисунок № 11). Снижение удельного веса новых лиц по сравнению с 2006 годом указывает на недостаточную эффективность работы ПД в отдельных регионах.

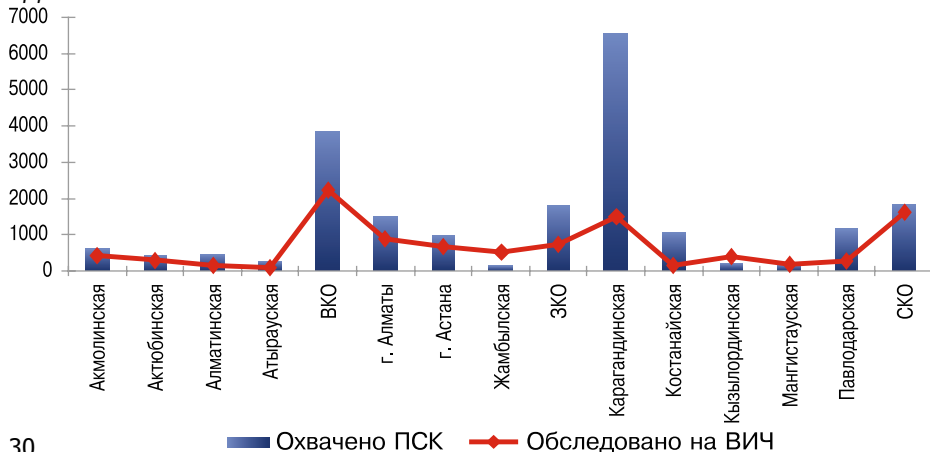
Рисунок 11. Количество новых ПИН, вовлеченных в профилактические программы



В 2006 году было проконсультировано по вопросам ВИЧ/СПИДа 65% от обратившихся в ПД ПИН, в 2007 году произошло снижение этого показателя на 3%, что составило 62% обратившихся ПИН. В отдельных регионах доступ к психосоциальному консультированию (ПСК) имело незначительное количество ПИН из числа обслуживаемых в ПД: в Жамбылской области проконсультировано 8,7%, в Актыбинской области – 26,7%, в Кызылординской области – 25,9%, в Мангыстауской области – 28,9%.

Из числа ПИН, охваченных ПСК, были обследованы на ВИЧ только 48,7% клиентов ПД (2006 год – 56,6%). Из них было выявлено ВИЧ-инфицированных 77 ПИН (2006 год – 169). Низкий процент обследованных на ВИЧ свидетельствует о невысоком качестве ПСК и отсутствии мотивации ПИН к обследованию на ВИЧ. Ниже республиканского, показатель обследованных на ВИЧ в Алматинской (30,8%), Атырауской (31,5%), Карагандинской (22,8%), Павлодарской (26,8%), Костанайской (15,5%) областях. В Жамбылской и Кызылординской областях часть ПИН, являющихся клиентами ПД, проходили обследование на ВИЧ без ПСК.

Рисунок 12. Количество ПИН, обследованных на ВИЧ и проконсультированных в ПД



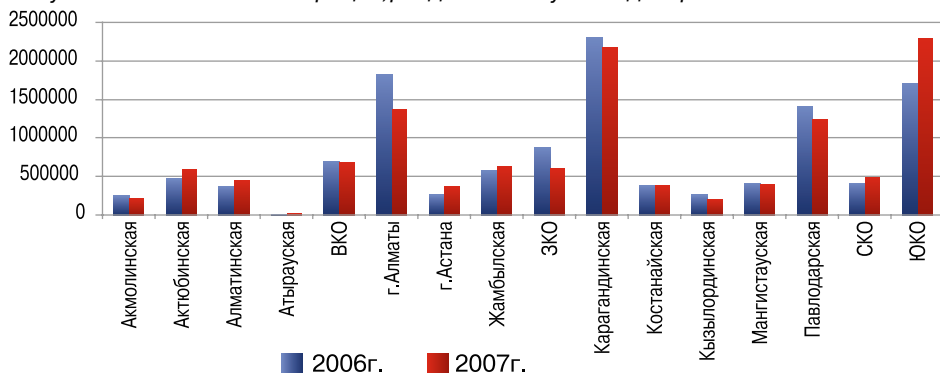
Примерно четверть (23,2%) клиентов ПД (2006г. – 21,1%) были проконсультированы у специалистов ЛПО (нарколога, фтизиатра, дерматовенеролога, гинеколога, хирурга, терапевта и др.). В то же время в отдельных регионах доступ к медицинскому сервису имело незначительное количество ПИН: в ВКО у медицинских специалистов были проконсультировано 3,5% клиентов ПД, в Мангистауской области – 9,9%, в Атырауской – 1,8%, в Костанайской – 1,9%, в ЮКО – 5,4%.

Получили квалифицированную медицинскую помощь в ЛПО 4091 ПИН или 47,2% от проконсультированных (2006г. – 44%), что составило 11,0% от обслуживаемых в ПД (2006г. – 9,7%). В наркодиспансерах регионов получили медицинскую помощь 1854 человек (2006г. – 1880), что составило 4,9% от обслуживаемых ПИН в ПД. Лечение в Республиканском наркоцентре г. Павлодара прошли 143 человек (2006г. – 211); в противотуберкулезных диспансерах – 143 (2006г. – 204), получили хирургическую помощь 230 ПИН (2006г. – 201), гинекологическую – 205 (2006 г. – 283), в инфекционных стационарах были пролечены 369 ПИН (2006г. – 323), в других ЛПО – 1396 (2006 г. – 1396).

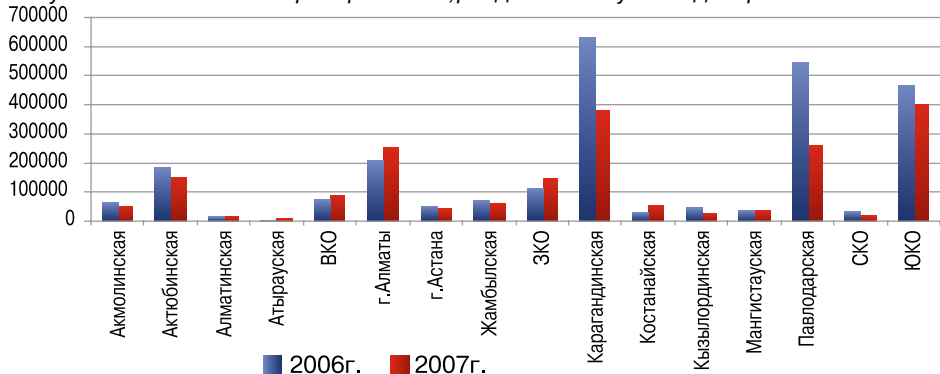
За отчетный период в ПД было роздано 12116640 шприцев (2006г.– 12221663), клиент ПД в среднем получил 325 шприцев. Также было выдано 2000213 презервативов (2006г. – 2540036 шт.) или 53 презерватива на одного клиента-ПИН. Было распространено 68953 единицы информационно-образовательных материалов (2006г.– 80434) или 1,8 единицы ИОМ на одного ПИН. Клиенты ПД получили 280346 упаковок дезинфицирующих средств в индивидуальных пятиграммовых дозах (2006г. – 198477). Не выдавались дезинфицирующие средства в Алматинской, Атырауской, Жамбылской областях, ВКО, СКО и городе Алматы (рисунки №№ 13-15).

Наименьшее количество средств защиты выдано в Атырауской области (87 шприцев и 30 презервативов на 1 ПИН), Восточно-Казахстанской области (177 шприцев, 22 презервативов), Костанайской области (174 шприцев, 25 презервативов), Кызылординской области (175 шприцев, 23 презервативов), СКО (9 презервативов), Алматинской области (10 презервативов), Костанайской области (0,9 единиц ИОМ).

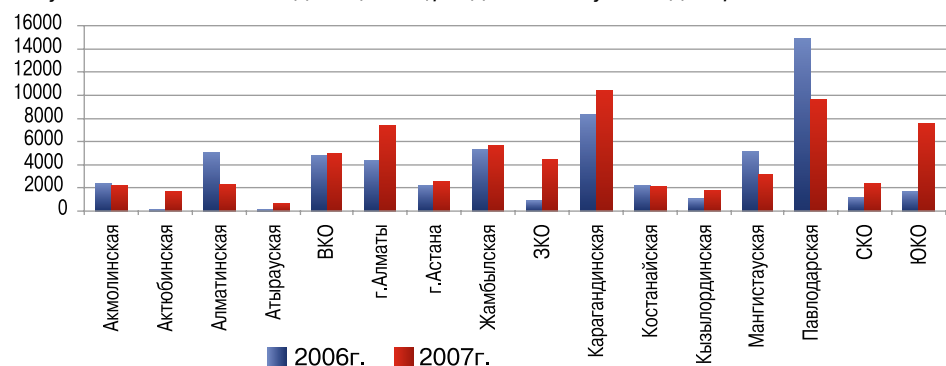
Рисунок 13. Количество шприцев, розданных в пунктах доверия



**Рисунок 14. Количество презервативов, розданных в пунктах доверия**



**Рисунок 15. Количество единиц ИОМ, розданных в пунктах доверия**



Четыре из пяти шприцев (2007г. – 78,0%, 2006г. – 77,0%) были розданы аутрич-работниками, 22% шприцев (2006г. – 23%) получили ПИН, которые самостоятельно обращались в ПД. Доля возвращенных использованных шприцев из числа розданных аутрич работниками в целом по республике составила 65,7% (2006г.– 66,9%). Ниже республиканского показатель возврата был в г.Астане – 57,0%, в Атырауской области – 58,7%, в г.Алматы – 51,2; в ВКО – 52,3%, в Алматинской – 52,8%, в Жамбылской – 45,7%, в Павлодарской области – 58,1%. Процент возврата шприцев, из числа розданных в ПД, составил 66% (2006г.– 63,3% ). Ниже республиканского этот показатель в Алматинской области – 45,2%; в Жамбылской области – 53,2%, в г. Алматы – 51,8%, в ВКО – 48,6%.

В Казахстане функционирует 29 дружественных кабинетов (ДК), где проводится синдромное лечение ИППП. За 2007 год в ДК обратилось 2238 ПИН. Доля ПИН среди лиц, обращавшихся ДК, составила 13,4%. Всего получили лечение ИППП около 25% обратившихся ПИН, в том числе синдромное лечение 13,7%, после лабораторного исследова-

ния – 11%. В ДК, как и в ПД, обеспечивается психосоциальное консультирование. ПД и ДК взаимодействуют друг с другом. В ПД работают консультанты-дерматовенерологи, которые направляют ПИН на лечение в ДК.

Увеличение охвата АРВ терапией лиц, употребляющих инъекционные наркотики, на сегодняшний день является проблематичным, так как трудно обеспечить высокую приверженность к лечению представителей данной целевой группы. Из фактического числа лиц (442 человек), получающих АРТ в 2007 году, только 259 были ПИН (43,8%), при этом они составляют более 70% зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц.

Все вышеуказанные факты говорят о том, что на протяжении последних лет профилактическая работа с ПИН по РК в целом не улучшается, а по некоторым показателям даже ухудшается. Необходимо провести глубокую оценку профилактической работы с ПИН, ее качественных и количественных характеристик, и на основании оценки наметить мероприятия по повышению эффективности пунктов доверия, активизации мобильных пунктов, расширению спектра профилактических программ, прежде всего, за счет внедрения опиоидной заместительной терапии. Также необходимо наращивать потенциал НПО, работающих с ПИН, для увеличения охвата профилактическими программами. Желаемый результат в 50% охвата ПИН, по Республике пока не достигнут. В целом предоставляемые услуги по профилактике ВИЧ/СПИД востребованы среди ПИН, они играют ключевую роль в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции в стране, и их необходимо расширять как качественно, так и количественно.

## **5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР**

В Казахстане внедрение Дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за ВИЧ-инфекцией началось в 2003 году при технической поддержке CDC. Первоначально ДЭН был проведен в четырех пилотных регионах страны (Караганда, Павлодар, Шымкент, Уральск), которые тогда были выбраны исходя из остроты эпидемиологической ситуации по ВИЧ инфекции. Начиная с 2005 года ДЭН внедрен на национальном уровне. В настоящее время ДЭН охвачена 21 административная территория Казахстана.

### **5.1. Методика проведения ДЭН**

ДЭН среди ПИН представляет собой повторяющиеся сквозные связанные серологические и поведенческие исследования.

Цели проведения ДЭН среди ПИН:

- Изучение распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса среди инъекционных потребителей наркотиков.
- Анализ факторов риска передачи ВИЧ – инфекции с целью разработки и внедрения профилактических программ и их оценки в этой группе.

Критерии отбора респондентов: употребление инъекционных наркотиков, хотя бы один раз, в течение 12 месяцев.

Размер выборки: определялся отдельно в каждом городе в зависимости от распро-

странности ВИЧ инфекции среди ПИН, размера допустимой ошибки, численности ПИН по данным оценки (БОС).

Дизайн выборки: снежный ком. На первом этапе территориально город был разбит на участки. В большинстве городов участки совпадали с участками полиции. На каждом участке определялась численность зарегистрированных ПИН, на основе чего рассчитывалась доля выборки респондентов, относящаяся к данному участку. Респонденты отбирались методом снежного кома. Начальные контакты из числа известных ПИН, зарегистрированных в наркологическом диспансере или полиции, должны были составлять не более 25% от выборки.

Участие в исследовании было анонимным и добровольным, на основе информированного согласия респондента на участие в исследовании. Проводилось до и послетестовое консультирование всем ПИН, участвующим в ДЭН.

Анкетирование проводилось согласно типовой анкете для ПИН. Респонденты опрашивались об инъекционном и половом поведении, знаниях о путях передачи, мерах профилактики ВИЧ, симптомах ИППП и поиске лечения, охвате профилактическими мероприятиями.

Серологический этап ДЭН:

Забор крови производился методом сухой капли капиллярной крови (СККК) на фильтровальные тест – карты. СККК исследовалась на ВИЧ, ВГС, сифилис. Исследование проводилось по второй стратегии тестирования методом ИФА:

- скрининговый этап с использованием тест-систем российского производства;
- экспертный этап с использованием тест-систем «Murex» для подтверждения всех положительных и 10% отрицательных результатов.

Результаты тестирования выдавались респонденту по его индивидуальному коду.

Регионы проведения, периоды и количество участников ДЭН среди ПИН в 2003-2007 годах:

В 2003 году в ДЭН участвовало 1042 респондента из четырех пилотных городов Казахстана (Караганда, Павлодар, Уральск, Шымкент). Время проведения ДЭН среди ПИН – апрель – май. В 2004 году количество регионов, в которых проводился ДЭН, и число респондентов увеличилось и составило 3896 ПИН из 15 городов, время проведения: апрель и май месяцы. В 2005 году выборка составила 4679 респондентов из 21 города, время проведения: апрель – май. Это был первый ДЭН, проведенный на национальном уровне. В 2006 году в ДЭН участвовало 4553 ПИН из 21 города РК, время проведения: апрель-май. В 2007 году в ДЭН участвовало 4902 ПИН из 22 городов РК, время проведения также апрель-май

## **5.2. Социально-демографические характеристики ПИН**

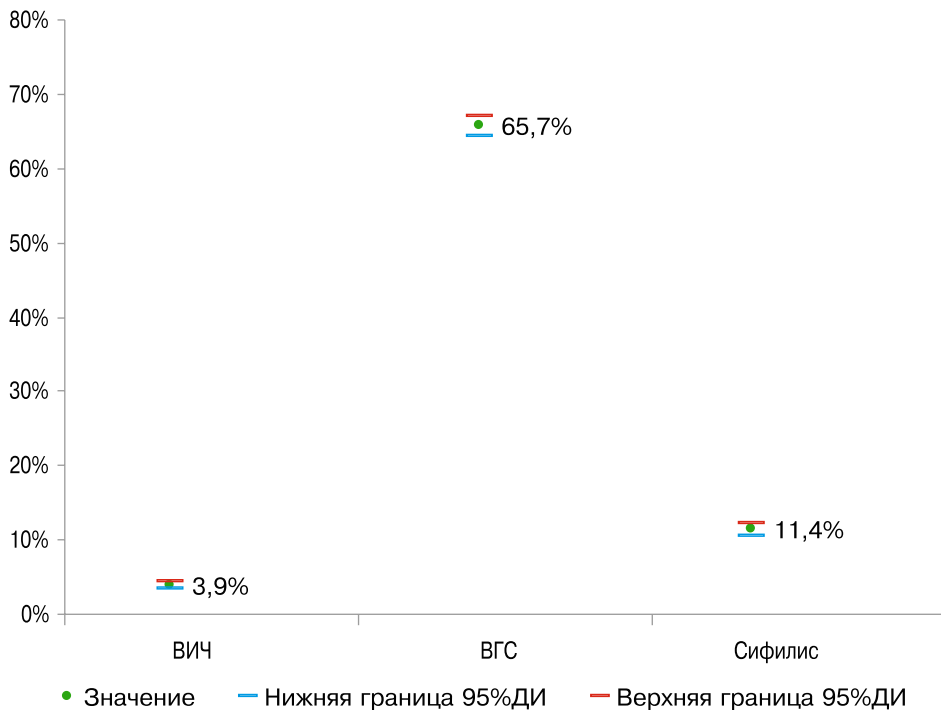
Возрастной состав участников ДЭН варьировал от 15 до 66 лет, медиана возраста 31 год. В 2007 году по сравнению с 2003 годом уменьшилась доля ПИН в возрасте до 25 лет (с 31% до 22%), что свидетельствует о старении популяции ПИН. По гендерному

составу 83% (4069) респондентов были мужчинами и 17% (833) женщинами. Только 28% респондентов состояли в браке; 73% ПИН имели среднее или среднеспециальное образование; 47% ПИН нигде не работали и не учились. Удельный вес респондентов не имевших дохода за последний месяц составил 38%, среди тех, кто имел доход, его средний размер составил 13 тысяч тенге. Среди участников ДЭН 35% респондента отметили, что состояли на учете в наркодиспансере, 37% опрошенных были в местах заключения, у 21% ПИН были случаи передозировки.

### 5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса

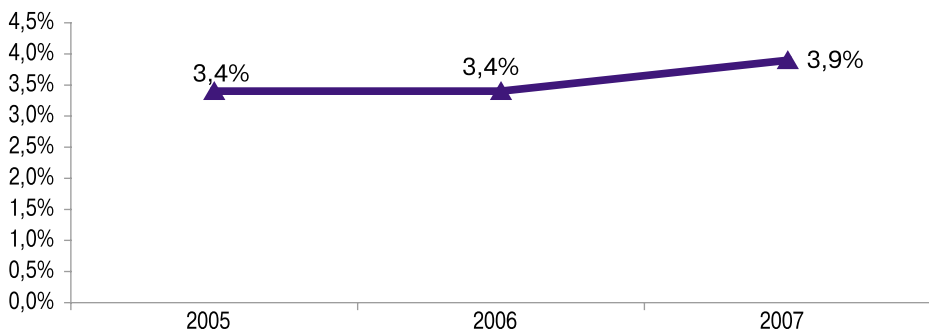
Средневзвешенный показатель распространенности ВИЧ среди ПИН по результатам ДЭН за 2007 год составил 3,9% и находится на уровне прошлого года; распространенность гепатита С составила 65,7% (в 2006 году – 64,5%), сифилиса -11,4% (в 2006 году – 11,1%).

Рисунок 16. Распространенность ВИЧ, гепатита С, сифилиса среди ПИН, Казахстан, 2007 год (N=4902)



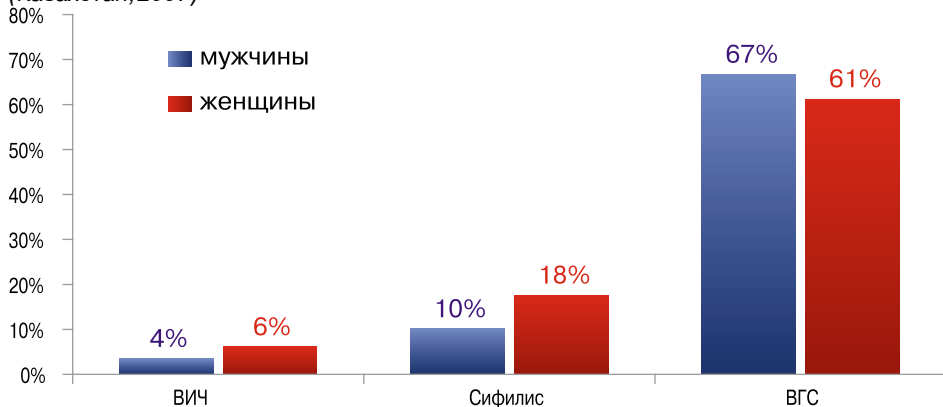
В сравнении с 2006 годом распространенность ВИЧ в среднем по республике осталась на одном уровне.

**Рисунок 17. Распространенность ВИЧ среди ПИН во всех сайтах Казахстана в 2005-2007гг.**



Распространенность ВИЧ и сифилиса в 1,7 раза выше среди женщин, чем среди мужчин. Для женщин, употребляющих инъекционные наркотики, гендерное неравенство дополняется стигмой, связанной с потреблением инъекционных наркотиков. Сочетание данных факторов может подтолкнуть женщин к практикам поведения, которые увеличивают их риск инфицирования ВИЧ. Существует также более высокая вероятность того, что женщины, употребляющие наркотики, предоставляют сексуальные услуги. Именно эта группа – женщины, употребляющие наркотики и оказывающие секс-услуги за деньги – является наиболее уязвимой группой риска, поскольку находится под двойным риском инфицирования – инъекционным и половым путями. Женщины-ПИН также могут зависеть от мужчин при употреблении инъекционных наркотиков – мужчины могут делать им инъекции, снабжать нужным инъекционным инструментарием или наркотиками, что, в свою очередь, может увеличить вероятность использования загрязненного инъекционного инструментария.

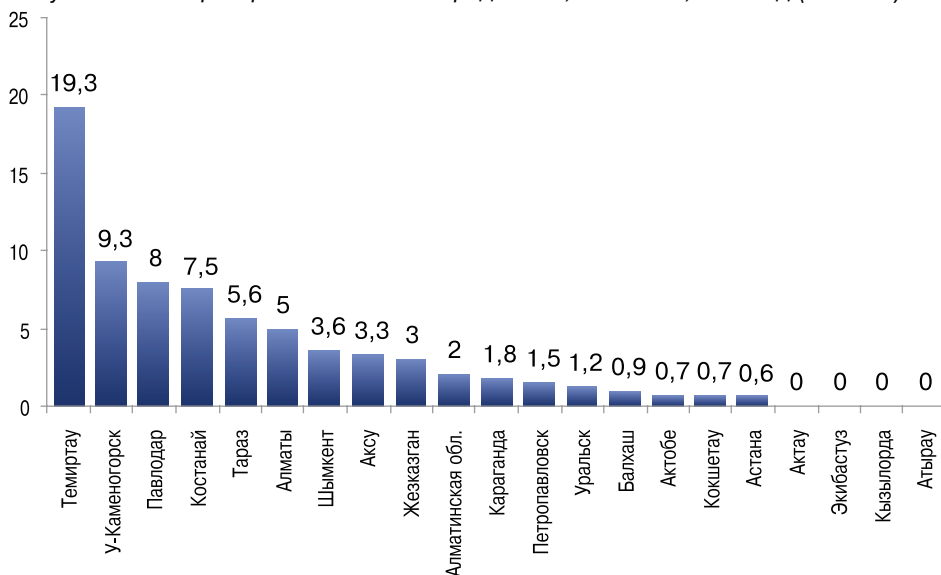
**Рисунок 18. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса среди мужчин и женщин ПИН (Казахстан, 2007)**





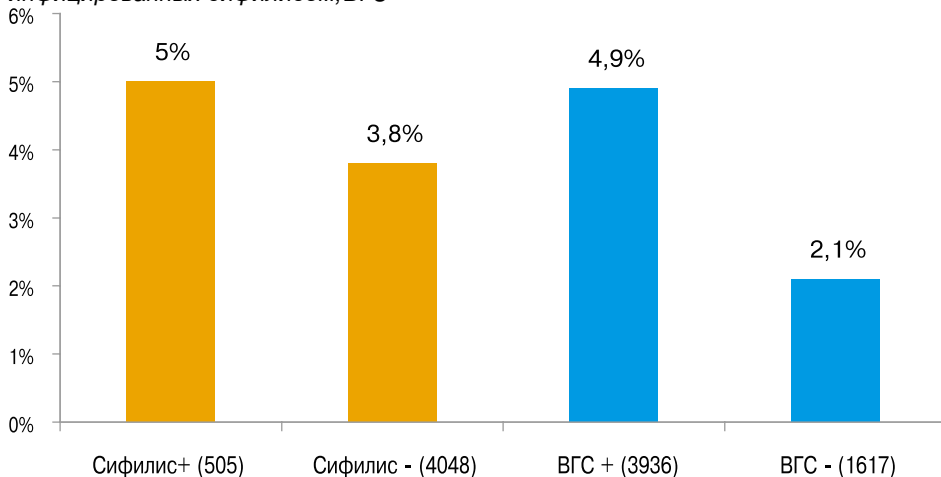
Ситуация по распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН неравномерная и варьирует от 0% до 19,3% в разных городах Казахстана. Распространенность ВИЧ устойчиво превышает 5% в таких городах как г.Темиртау (19,3%), Усть-Каменогорск (9,3), Павлодар (8%), Костанай (7,5%), Тараз (5,6%). Значительно ниже этот показатель в Кокшетау – 0,7% (2006 – 0,4%), Актобе – 0,7% (2006г. – 2,7%) и Астане – 0,6% (2006 – 0,6%). Нулевые показатели распространенности ВИЧ – инфекции в 2007 году наблюдались в городах Кызылорда (2006 – 0,4%), Актау (2006 – 0,5%), Атырау (2006 – 0%) и Экибастуз. В сравнении с 2006 годом отмечается рост распространенности ВИЧ в Усть-Каменогорске в 5 раз (2006-2%, 2007-9,3%), Таразе в 4,4 раза (2006-1,3%, 2007-5,6%), Петропавловске в 3 раза (2006-0,5%, 2007-1,5%), Костаная в 1.6 раза (2006-4,6%, 2007-7,5%).

Рисунок 19. Распространенность ВИЧ среди ПИН, Казахстан, 2007 год (N=4902)



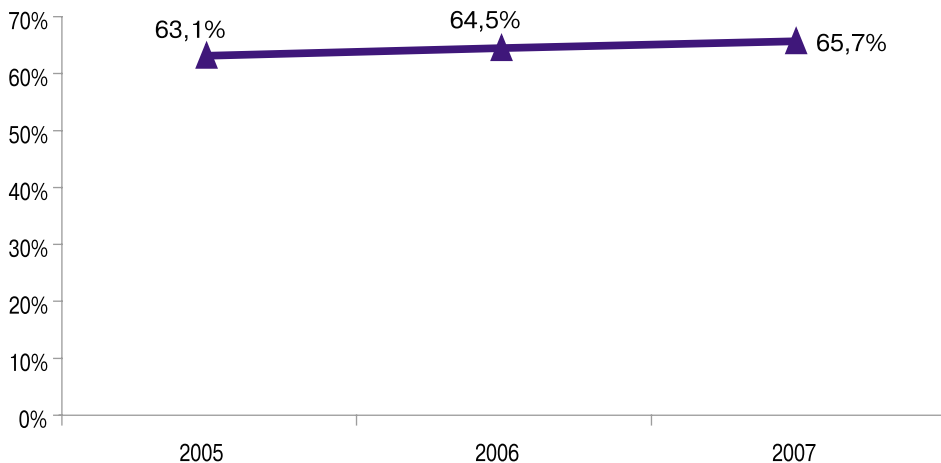
При проведении ДЭН, кроме данных по ВИЧ-инфекции, осуществляется сбор данных по распространенности ВГС и сифилиса, которые используются как маркеры поведения, сопряженного с риском инфицирования ВИЧ. Официальная регистрация по этим инфекциям системно не связана, что затрудняет ее анализ в контексте ВИЧ-инфекции. Однако ДЭН предоставляет такую возможность. Являясь эпидемиологическими аналогами ВИЧ, имеющими общие механизмы передачи возбудителя, распространенность ВИЧ среди ПИН инфицированных ВГС в 4 раза выше, чем у ПИН не инфицированных ВГС и аналогично имеется разница между распространенностью ВИЧ среди ПИН инфицированных и неинфицированных возбудителем сифилиса.

**Рисунок 20. Распространенность ВИЧ инфекции среди ПИН инфицированных и не-инфицированных сифилисом, ВГС**



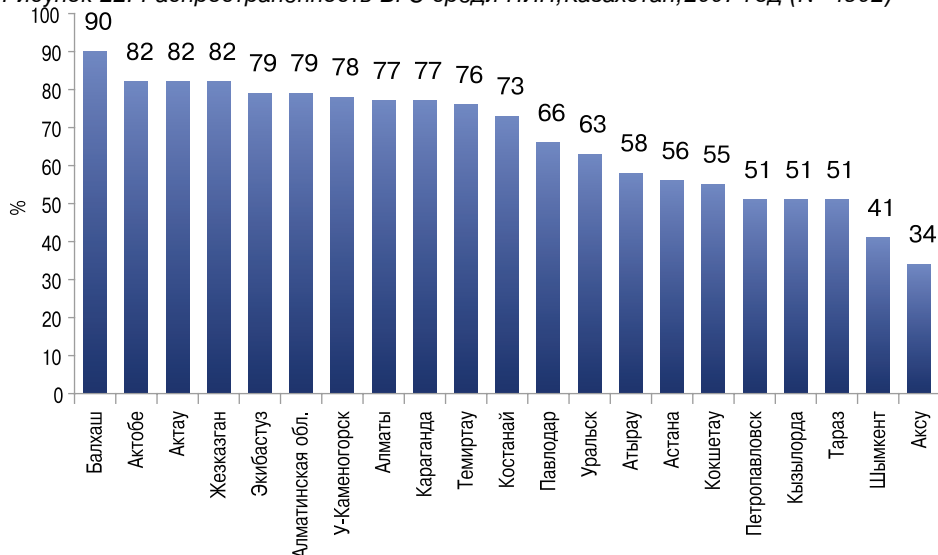
В сравнении с 2006 годом отмечается достоверный рост распространенности ВГС по всем сайтам Казахстана с 64,5% до 65,7%.

**Рисунок 21. Распространенность ВГС среди ПИН во всех сайтах Казахстана в 2005-2007гг.**



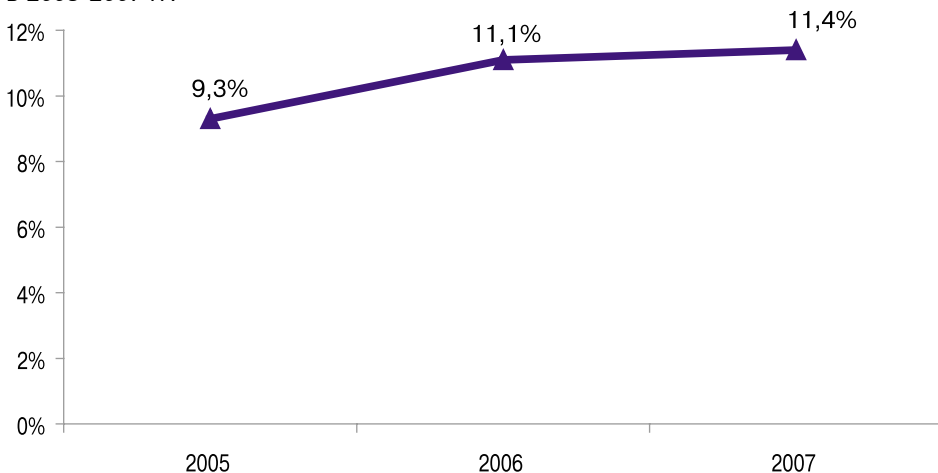
Распространенность ВГС остается на высоком уровне и он варьирует в пределах 34% в г.Аксу до 90% в г.Балхаш, при среднереспубликанском показателе 65,7%.

Рисунок 22. Распространенность ВГС среди ПИН, Казахстан, 2007 год (N=4902)



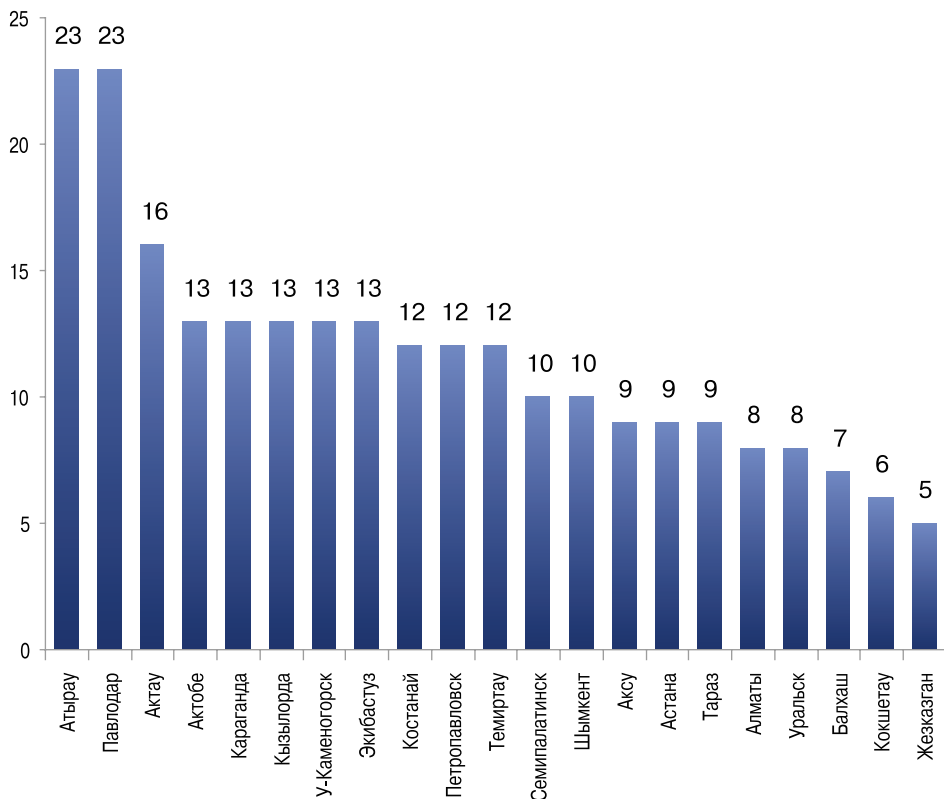
Распространенность сифилиса в популяции ПИН примерно в три раза выше, чем среди общего населения и составляет в среднем по Казахстану 11,4%.

Рисунок 23. Распространенность сифилиса среди ПИН во всех сайтах Казахстана в 2005-2007 гг.



Распространенность сифилиса по регионам республики варьирует от 5% до 23%. Высокая распространенность сифилиса отмечается в Атырау и Павлодаре (23%).

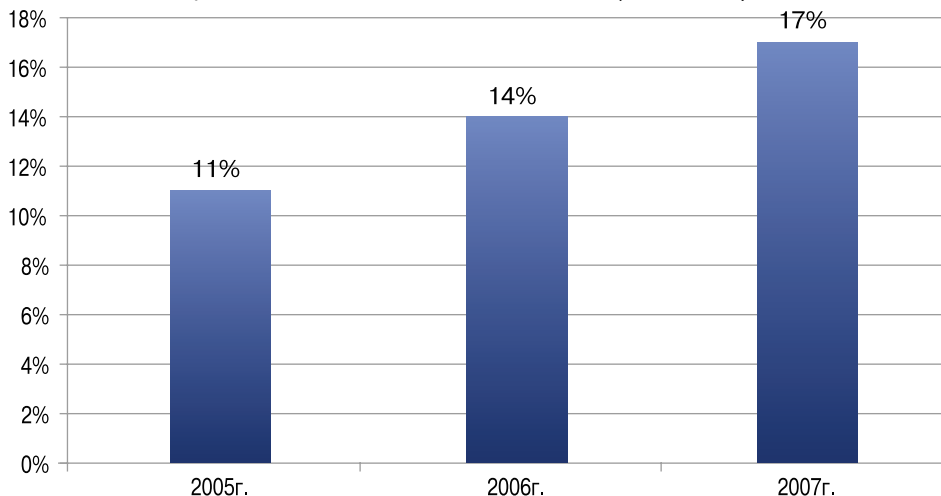
**Рисунок 24. Распространенность сифилиса среди ПИН, Казахстан, 2007 год. (N=4902)**



#### 5.4. Факторы поведенческого риска ПИН

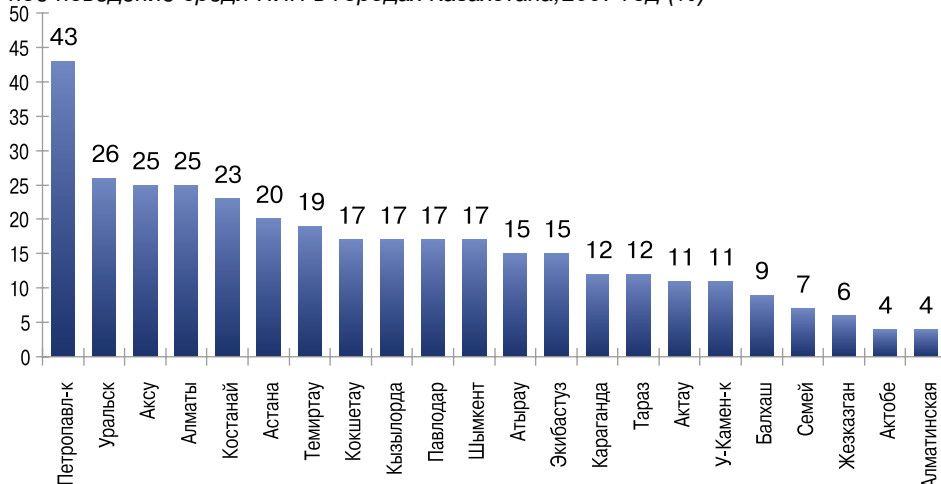
Поведенческий этап ДЭН позволяет определить факторы риска, связанные с инъекционным и половым поведением ПИН, влияние профилактических программ на формирование навыков безопасного поведения и повышения уровня информированности. Для проведения поведенческих исследований использовались типовые анкеты для ПИН. В анкету вошло несколько блоков вопросов для оценки различных параметров рискованного поведения, включая историю и практику употребления наркотиков, сексуальное поведение. Вопросы в анкетах ежегодно повторяются, что позволяет получать сопоставимые результаты. Несмотря на достоверный рост числа ПИН, имеющих безопасную инъекционную и безопасную сексуальную практику, данный показатель остается низким, только 17% участников ДЭН отметили, что не пользовались общим инструментарием и использовали презервативы с непостоянными и коммерческими половыми партнерами.

**Рисунок 25. Безопасная практика употребления наркотиков и безопасное сексуальное поведение среди ПИН во всех сайтах Казахстана (2005-2007)**



В разрезе городов процент лиц, полностью принявших безопасное инъекционное и половое поведение, варьирует от 4% до 43%, при республиканском показателе в 17%, при этом в Алматинской области, Актобе, Жезказгане, Семей и Балхаше данный показатель не превышает 10%.

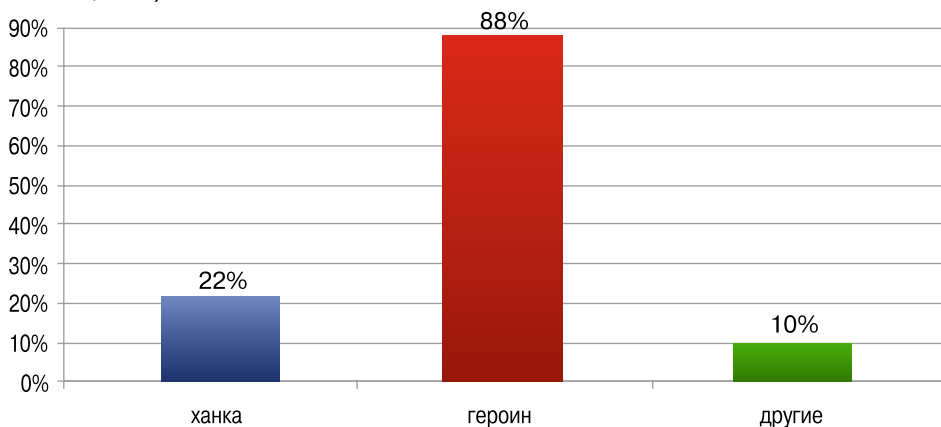
**Рисунок 26. Безопасная практика употребления наркотиков и безопасное сексуальное поведение среди ПИН в городах Казахстана, 2007 год (%)**



### 5.4.1. Инъекционное поведение

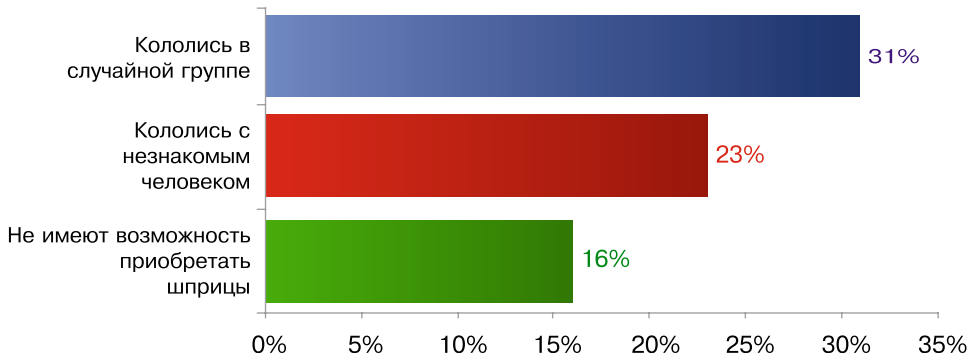
У 64% участников ДЭН стаж употребления инъекционных наркотиков составлял более трех лет, в среднем стаж достигает шести лет. Преимущественно употребляемым наркотиком среди ПИН по республике является героин (88%), данный показатель является подтверждением ситуации на наркорынке страны. В сравнении с 2005 годом возрос удельный вес лиц, употребляющих другие виды психоактивных веществ (2005 – 6%, 2007-10%).

Рисунок 27. Виды употребляемых инъекционным путем психоактивных веществ (Казахстан, 2007)



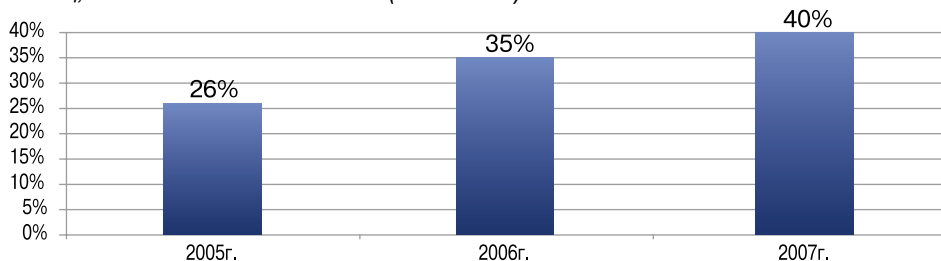
При анализе инъекционной практики ПИН установлен высокий риск инфицирования ВИЧ. Так, каждый третий ПИН употреблял наркотики в случайной группе, и почти каждый четвертый кололся с незнакомыми людьми.

Рисунок 14. Поведение, связанное с риском заражения ВИЧ



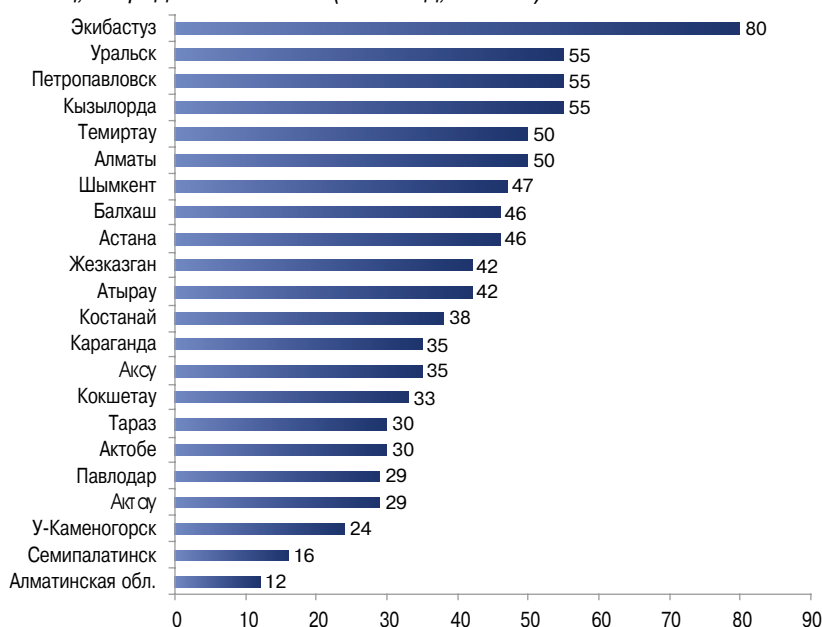
В сравнении с 2006 годом в целом по Казахстану имеется положительная динамика, то есть достоверный рост числа ПИН, не использовавших общий инструментарий за последний месяц, увеличился с 35% до 40%.

*Рисунок 15. Доля ПИН, не использовавших общий инструментарий за последний месяц, во всех сайтах Казахстана (2005-2007)*



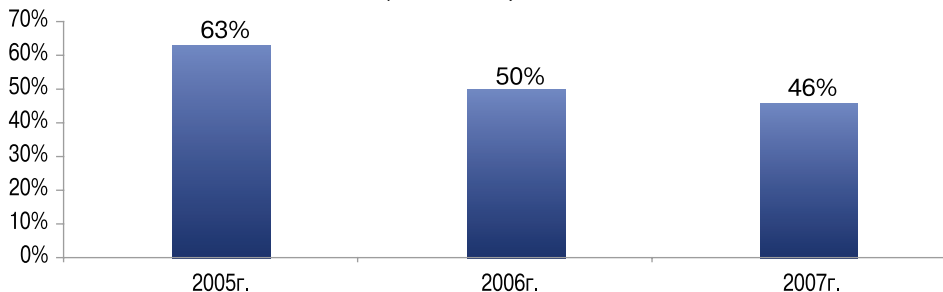
В большинстве городов Казахстана наблюдается низкий показатель безопасной инъекционной практики среди ПИН. Так, в Алматинской области только 12% респондентов не пользовались общим инструментарием, в Семипалатинске – 16%, Усть-Каменогорске – 24%.

*Рисунок 30. Доля ПИН, не использовавших общий инструментарий за последний месяц, в городах Казахстана (2007 год, N=4902)*



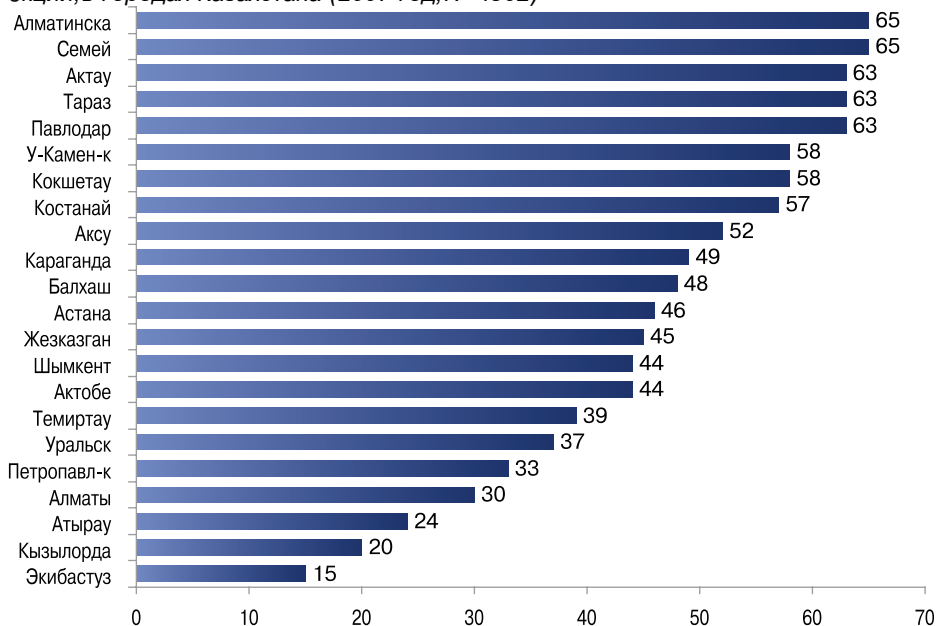
Несмотря на имеющееся достоверное снижение показателя использования общего инструментария при последней инъекции, примерно половина участников ДЭН по Казахстану имеют такую практику.

*Рисунок 31. Доля ПИН, использовавших общий инструментарий при последней инъекции, во всех сайтах Казахстана (2005-2007)*



В разрезе городов данный показатель имеет большой разброс: от 15% в Экибастузе до 65% в Алматинской области и Семипалатинске. В 9 городах больше половины ПИН пользовались общим инструментарием при последней инъекции наркотиков.

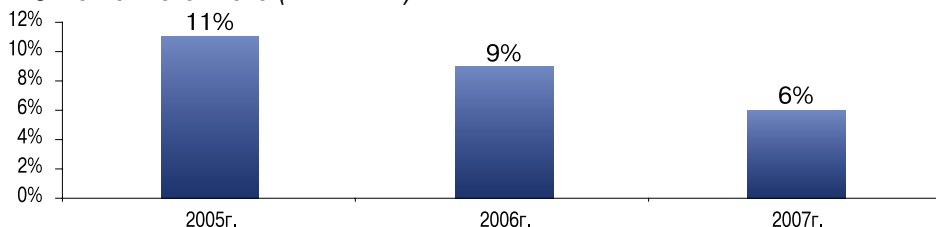
*Рисунок 32. Доля ПИН, использовавших общий инструментарий при последней инъекции, в городах Казахстана (2007 год, N=4902)*





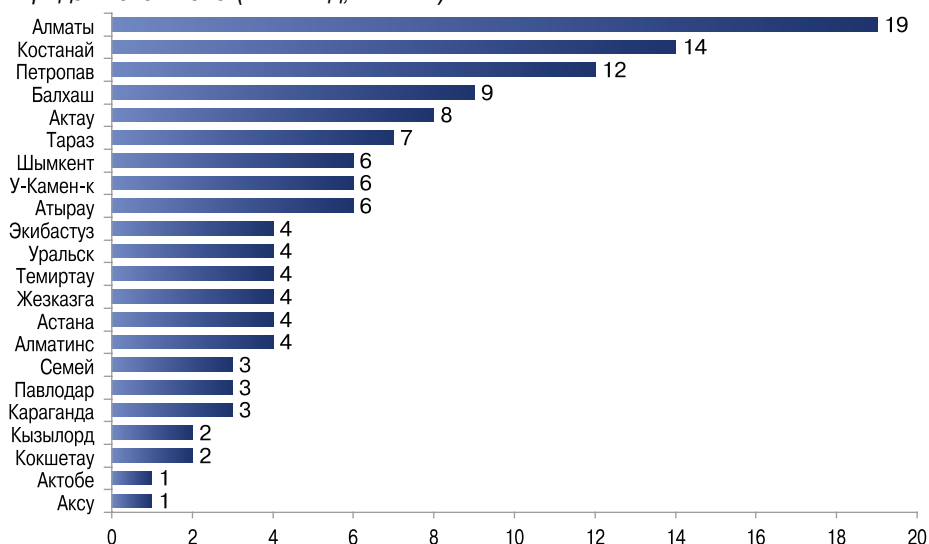
Использование общего шприца является одной из самых опасных инъекционных практик. Примерно каждая шестнадцатая инъекция наркотика производится общим шприцем. В сравнении с предыдущим годом наметилась тенденция к улучшению данного показателя (2006г. – 9%, 2007г. – 6%).

*Рисунок 33. Доля ПИН, использовавших общий шприц при последней инъекции во всех сайтах Казахстана (2005-2007)*



Несмотря на значительное снижение, остается высоким удельный вес респондентов, использовавших общий шприц при последней инъекции, в г.Алматы (2006 – 22%, 2007 – 19%), Таразе (2006 – 18%, 2007 – 7%). В сравнении с 2006 годом в 6 раз увеличилось число лиц, практикующих опасную инъекционную практику в Атырау (2006 – 1%, 2007 – 6%), в два раза возрос данный показатель в Петропавловске (2006 – 6%, 2007 – 12%), Костаное (2006 – 7%, 2007 – 14%)

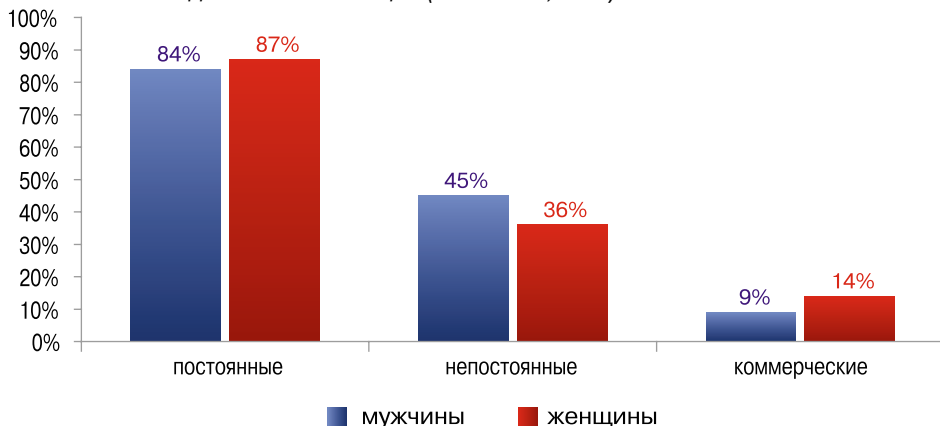
*Рисунок 34. Доля ПИН, использовавших общий шприц при последней инъекции, в городах Казахстана (2007 год, N=4902)*



### 5.4.2. Половое поведение ПИН

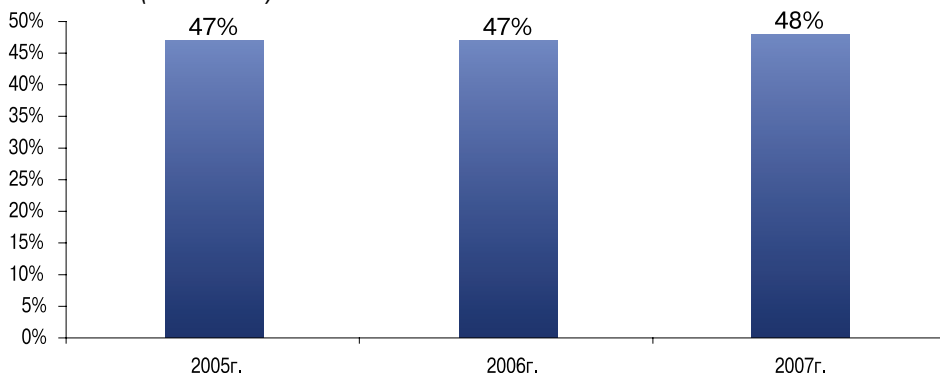
О рискованном сексуальном поведении ПИН свидетельствует то, что показатель распространенности сифилиса составил 11,4%. Среди участников ДЭН 40% имели половые контакты повышенного риска, т.е. с непостоянными и коммерческими половыми партнерами.

*Рисунок 35. Доля ПИН, мужчин и женщин, имевших половых партнеров разных типов, в течение последних шести месяцев (Казахстан, 2007)*



Распространенность половых контактов повышенного риска (с непостоянными и коммерческими половыми партнерами) остается стабильной и составила в 2007 году 48%.

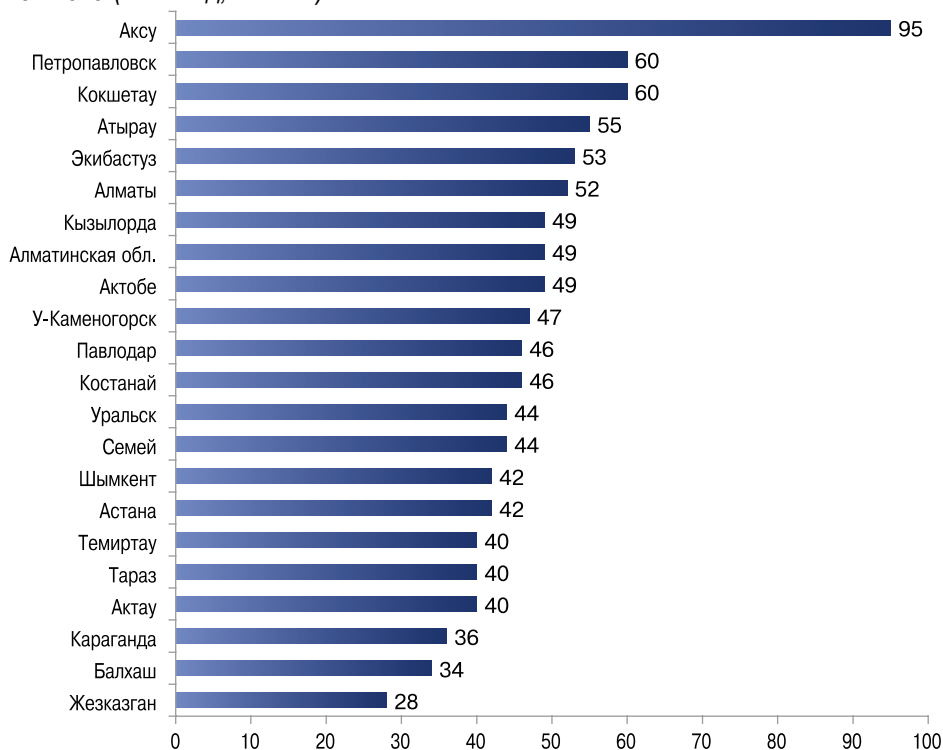
*Рисунок 36. Доля ПИН, имевших сексуальные отношения с непостоянными и коммерческими половыми партнерами в течение последних 6 месяцев, во всех сайтах Казахстана (2005-2007)*



При республиканском показателе 47%, в два раза выше распространенность поло-

вых контактов повышенного риска в г. Аксу Павлодарской области (95%). Высокая доля ПИН, имевших непостоянных и коммерческих половых партнеров, наблюдалась в Петропавловске (60%) и в Кокшетау (60%). Наименьшая доля лиц в группе ПИН, имевших вышеуказанных половых партнеров, была отмечена в Жезказгане (28%), Балхаше (34%) и Караганде (по 36%).

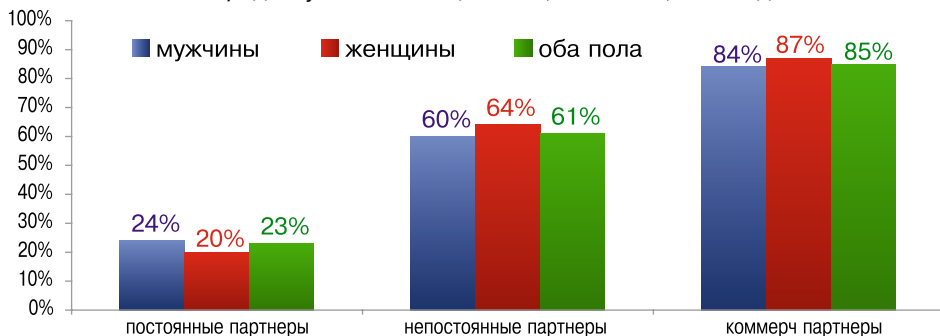
*Рисунок 37. Доля ПИН, имевших сексуальные отношения с непостоянными и коммерческими половыми партнерами в течение последних 6 месяцев, в городах Казахстана (2007 год, N=4902)*



Во время последнего сексуального контакта с коммерческим половым партнером презервативом пользовались 85% ПИН, с непостоянными половыми партнерами – 61%. Из года в год остается низким показатель использования презервативов с постоянными половыми партнерами (2007 – 23%, 2006 – 24%), то есть на использование презервативов оказывает влияние восприятие ПИН потенциальной опасности половых контактов – с постоянными партнерами она меньше, с коммерческими – выше. Но с точки зрения вероятности заражения ВИЧ именно ПИН представляют большую опасность для своих партнеров, чем они для ПИН. Поэтому важно пропагандировать использование презервативов при всех половых контактах независимо от типа партнеров.

Таким образом, в среде наркопотребителей широко распространено рискованное инъекционное и сексуальное поведение. С учетом того, что 85% ПИН имеют постоянных половых партнеров, при этом только 23% пользуются презервативами, наибольшей опасности заражения ВИЧ половым путем подвержены именно постоянные половые партнеры ПИН.

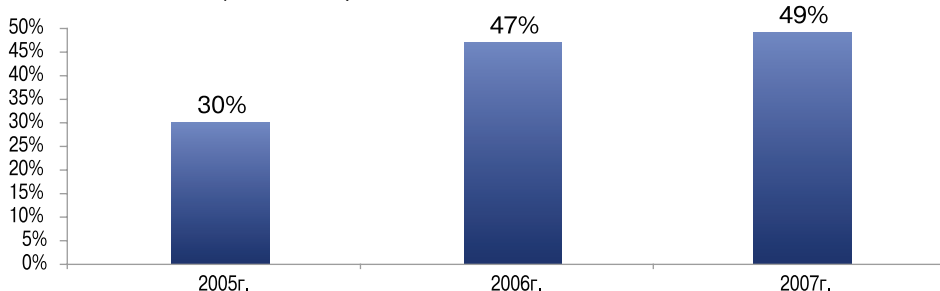
*Рисунок 38. Использование презервативов с половыми партнерами при последнем половом контакте среди мужчин и женщин ПИН, Казахстан, 2007 год*



## 5.5. Уровень информированности о ВИЧ и СПИДе

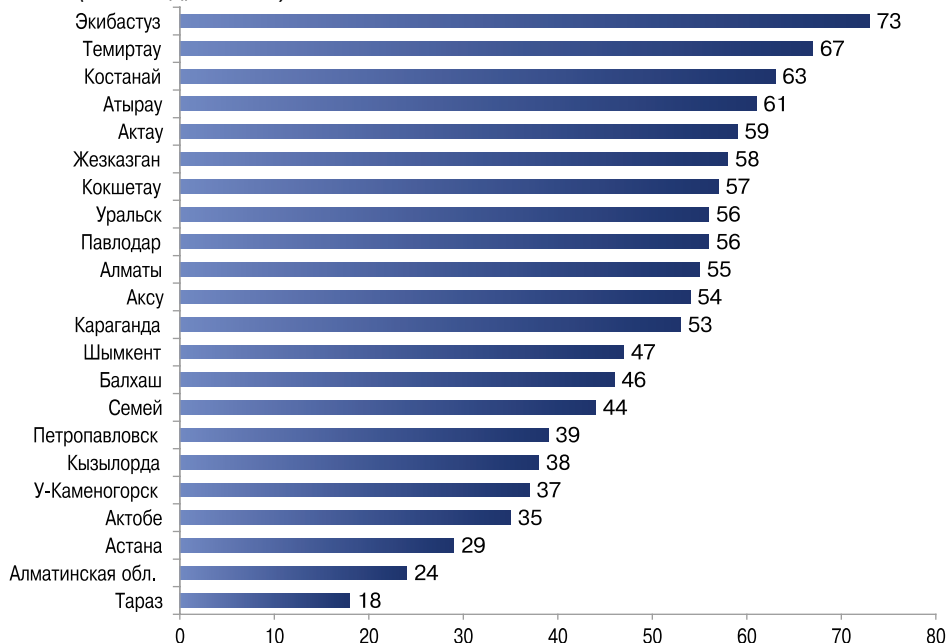
Для оценки уровня информированности ПИН относительно ВИЧ инфекции респондентам были предложены вопросы о мерах профилактики ВИЧ и утверждения о путях передачи ВИЧ, как истинных, так и ложных. Только половина респондентов смогла правильно ответить на вопросы о ВИЧ и СПИД. Полученные данные наглядно демонстрируют, что уровень знаний о ВИЧ инфекции среди ПИН явно недостаточный. Если принять во внимание, что речь идет о части населения, постоянно практикующей рискованное поведение, то становится очевидным, что отсутствие знания о методах защиты от инфекций является дополнительным фактором риска распространения ВИЧ.

*Рисунок 39. Знания о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ среди ПИН во всех сайтах Казахстана (2005-2007)*



Результаты анализа данных исследования показывают, что уровень знаний о ВИЧ-инфекции существенно различается по городам. Например, наиболее низкая информированность отмечается в г. Таразе – 18%, в Алматинской области – 24%, в Астане – 29%, Актобе – 35%. Высокие показатели информированности в Экибастузе – 73%, Темиртау – 67%, Костанай – 63%, Атырау – 61%, Актау – 59%, Жезказган – 58%, Кокшетау – 57%, Уральск – 56%, Павлодар – 56%, Алматы – 55%, Аксу – 54%, Караганда – 53%, Шымкент – 47%, Балхаш – 46%, Семей – 44%, Петропавловск – 39%, Кызылорда – 38%, У-Каменогорск – 37%, Актобе – 35%, Астана – 29%, Алматинская обл. – 24%, Тараз – 18%.

*Рисунок 40. Знания о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ в городах Казахстана (2007 год, N=4902)*

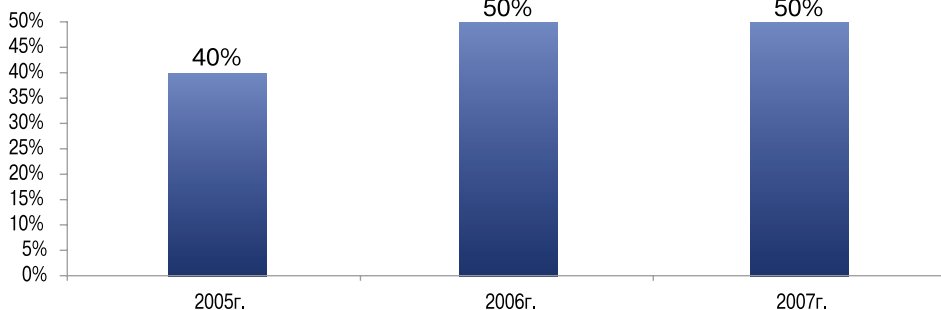


## 5.6. Охват профилактическими программами

Для того, чтобы выяснить доступность для ПИН услуг по профилактике ВИЧ-инфекции и определить охват ПИН профилактическими программами, в анкету были включены вопросы по пользованию следующими услугами: получение шприцев, дезинфицирующих средств, презервативов, информационно-образовательных материалов, медицинской помощи в ЛПО. По результатам ДЭН, доля ПИН, получившей как минимум две из пяти вышеуказанных услуг, составил в среднем по Казахстану 50%.

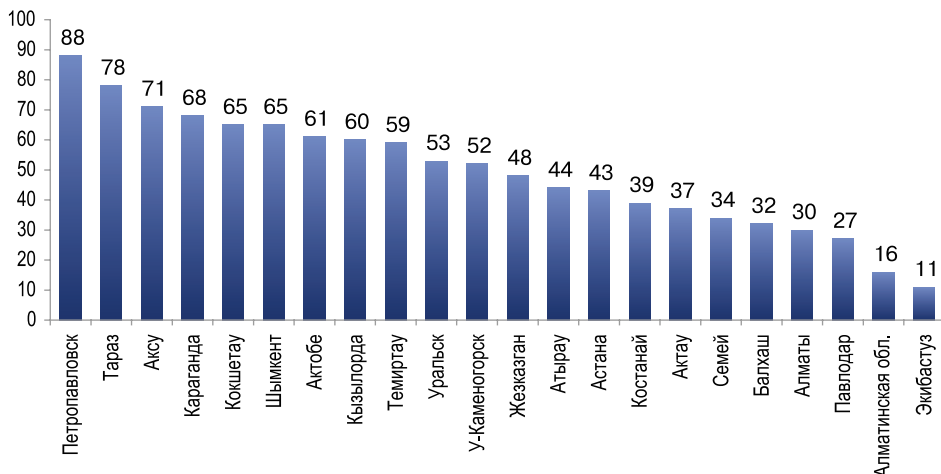
Результаты исследования также дают основания утверждать, что методы профилактической работы с данной целевой группой не достаточно эффективны. Предоставление и раздача печатных информационных материалов не ведет к усвоению наркопотребителями необходимых знаний, выражающемся в изменении поведения. Требуется разработка и внедрение более активных методов работы, в том числе и в рамках программ снижения вреда.

**Рисунок 41. Охват ПИН профилактическими программами в течение 6 месяцев во всех сайтах Казахстана (2005-2007)**



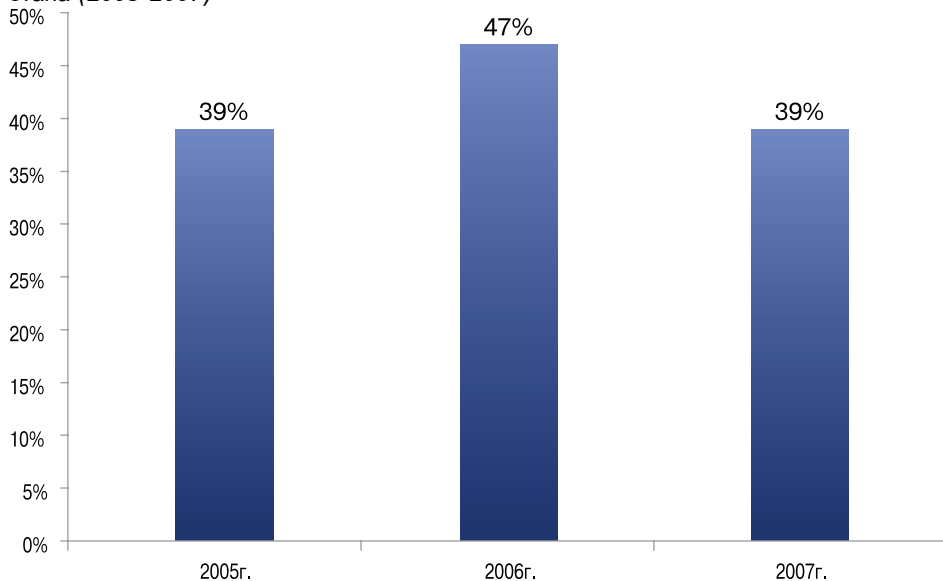
В сравнении с 2006 годом охват ПИН профилактическими программами (ИОМ и одноразовые шприцы) значительно увеличился по следующим городам: Аксу (2006 – 56%, 2007 – 71%), Астана (2006 – 19%, 2007 – 43%), Усть-Каменогорске (2006 – 32%, 2007 – 52%), Темиртау (2006 – 23%, 2007 – 59%), Атырау (2006 – 16%, 2007 – 44%). Значительно снизился данный показатель в Павлодаре (2006 – 69%, 2007 – 27%), Шымкенте (2006 – 87%, 2007 – 65%), Костаное (2006 – 64%, 2007 – 39%), Балхаше (2006 – 43%, 2007 – 32%), Жезказгане (2006 – 61%, 2007 – 48%). Несмотря на высокий показатель охвата профилактическими программами в таких городах как Петропавловск (88%), Тараз (78%), Аксу (71%), отмечается низкий уровень информированности ПИН по вопросам ВИЧ и безопасной инъекционной практики, что является свидетельством низкого качества проводимых профилактических мероприятий.

**Рисунок 42. Охват ПИН профилактическими программами (ИОМ и одноразовые шприцы) за шесть месяцев в городах Казахстана (2007 год, N=4902)**



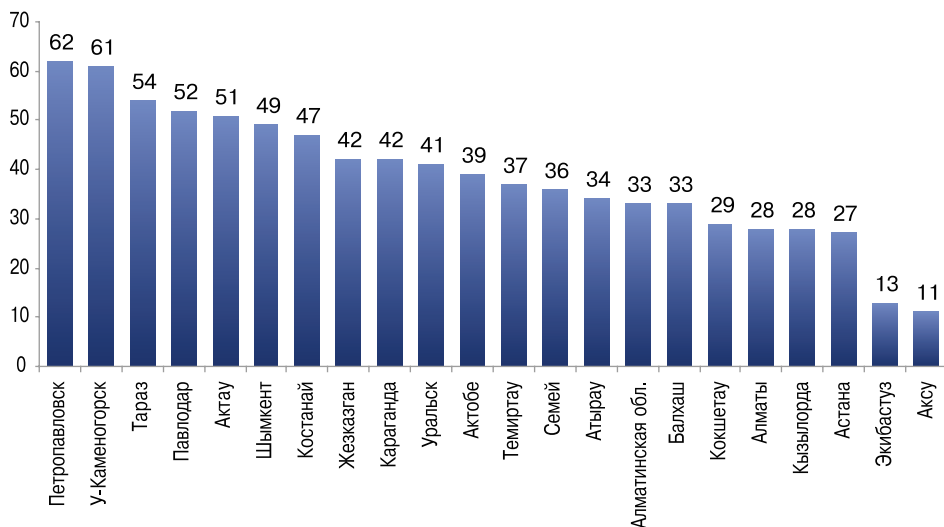
В отношении тестирования на ВИЧ-инфекцию в ходе интервью было выявлено, что подавляющая часть респондентов сдавала анализы по направлению врача, принудительно, то есть, не на добровольной основе. Большинство потребителей инъекционных наркотиков не оценивают должным образом риск заражения и не мотивированы сдавать необходимые анализы, даже в тех случаях, когда анализы на ВИЧ и другие инфекции делаются анонимно и бесплатно. Причем, как показывают данные, особенно низкие показатели тестирования на ВИЧ среди наркопотребителей в небольших городах (Аксу, Экибастуз). Вероятно, это связано с боязнью распространения информации о возможных заболеваниях и последующей стигматизацией. Очевидно, что эффективные превентивные программы для потребителей наркотиков должны в качестве обязательного компонента включать работу, направленную, во-первых, на создание адекватных условий для сдачи анализов на ВИЧ и предоставления необходимого консультирования и лечения и, во-вторых, на повышение мотивации наркопотребителей к объективной оценке своего здоровья, своевременного выявления имеющихся заболеваний и последующего лечения. Охват ПИН добровольным тестированием на ВИЧ по всем регионам Казахстана снизился на 8% и составил 39%.

*Рисунок 43. Охват ПИН добровольным тестированием на ВИЧ во всех сайтах Казахстана (2005-2007)*



По сравнению с 2006 годом в три раза снизился охват добровольным тестированием на ВИЧ в г.Алматы (2006 – 86%, 2007 – 28%); Экибастузе (2006 – 38%, 2007 – 13%), в два раза снизился в г.Астане (2006 – 59%, 2007 – 27%).

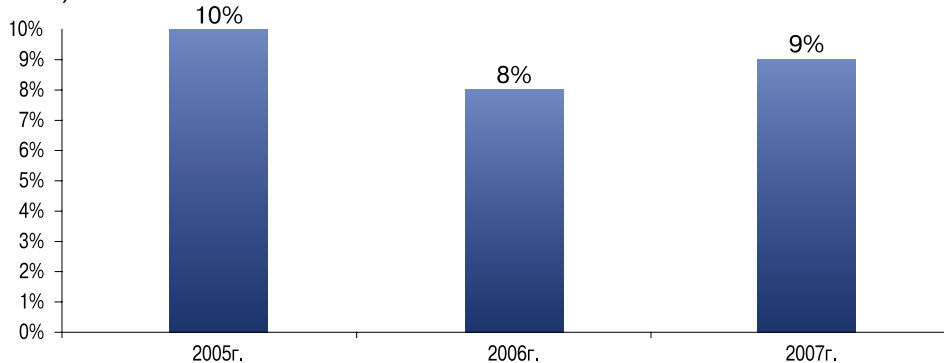
**Рисунок 44. Охват ПИН добровольным тестированием на ВИЧ в течение последних 12 месяцев в городах Казахстана (2007 год, N=4902)**



## 5.7. Распространенность симптомов ИППП среди ПИН и поведение, связанное с поиском лечения при наличии симптомов ИППП

Своевременное выявление и лечение ИППП являются ключевыми мерами профилактики заражения ВИЧ половым путем, поскольку при ИППП вероятность заражения ВИЧ во время полового контакта увеличивается многократно. В среднем у каждого одиннадцатого ПИН в течение шести месяцев, предшествующих исследованию, был хотя бы один из симптомов ИППП.

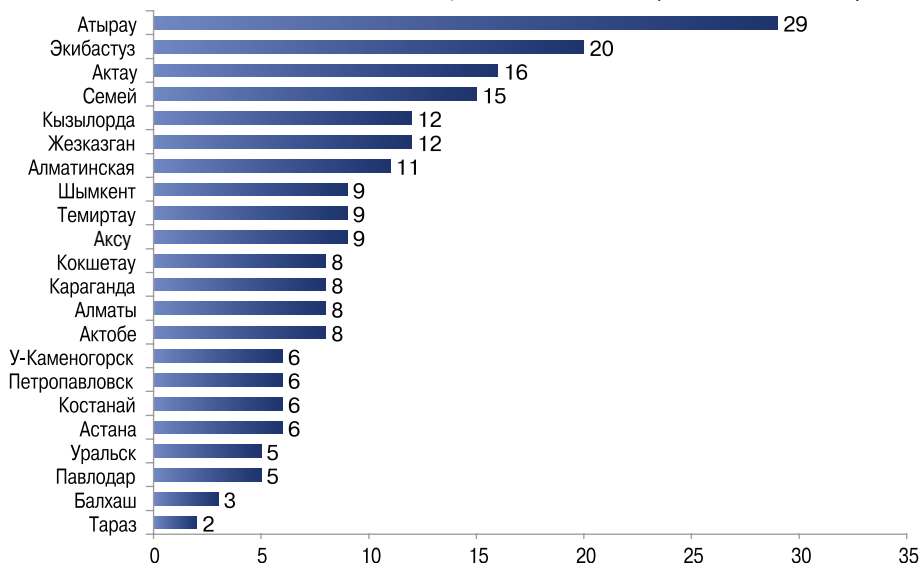
**Рисунок 45. Доля ПИН, указавших на наличие хотя бы одного из симптомов ИППП в течение последних шести месяцев, среди ПИН во всех сайтах Казахстана (2005-2007)**





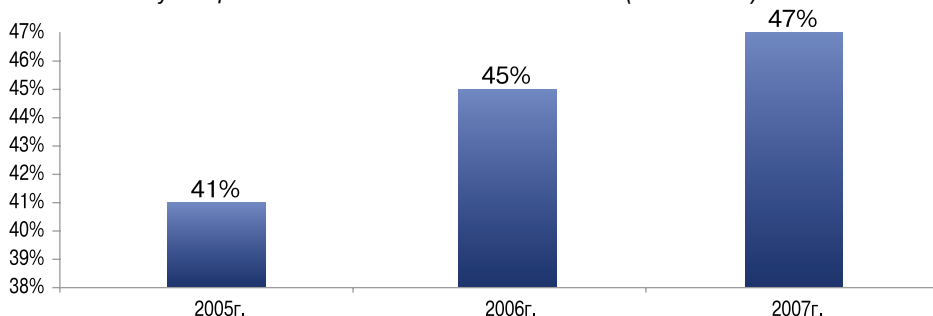
Доля ПИН с наличием симптомов ИППП варьирует в разных городах от 2% в Таразе до 29% в Атырау. Данный показатель выше республиканского в следующих городах: Атырау, Экибастуз, Актау, Семей, Кызылорда, Жезказган и в Алматинской области.

*Рисунок 46. Доля ПИН, указавших на наличие хотя бы одного из симптомов ИППП в течение последних шести месяцев, в городах Казахстана (2007 год, N=4902)*



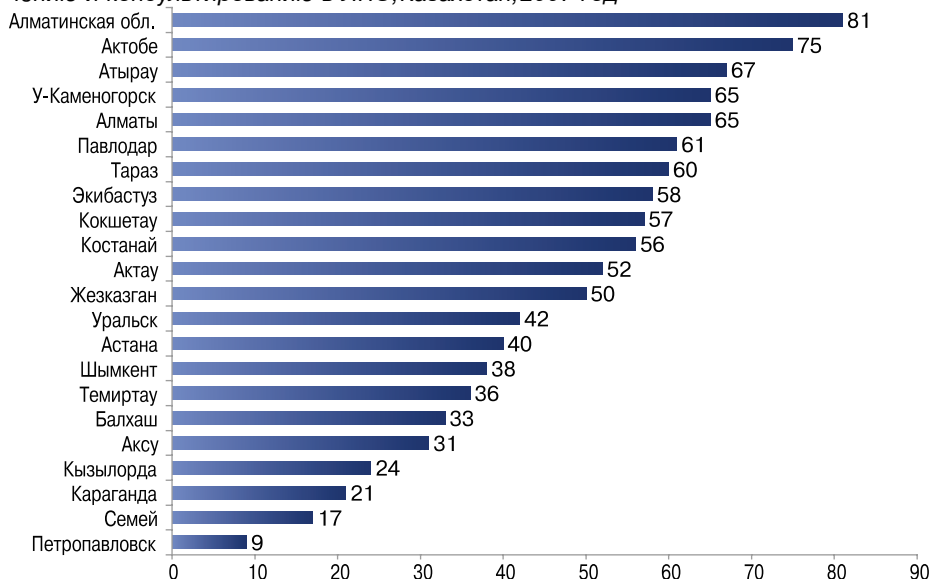
В 2007 году меньше половины ПИН, имевших симптомы ИППП, обратились за медицинской помощью, следовательно, большая их часть при наличии симптомов ИППП квалифицированной медицинской помощи не получила. Таким образом, для ПИН в целом характерно рискованное половое поведение, на что косвенно указывает высокая распространенность симптомов ИППП, при этом своевременная диагностика и лечение ИППП не доступна для большинства ПИН, нуждающихся в них.

*Рисунок 47. Доля ПИН с симптомами ИППП, получивших услуги по диагностике, лечению и консультированию во всех сайтах Казахстана (2005-2006)*



Доля ПИН, обратившихся за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП, колеблется в пределах от 9% до 81%. Наиболее низкий уровень обращения ПИН, с симптомами ИППП, отмечен в Петропавловске -9 %, Семей – 17%, Караганде – 21%, Кызылорде – 24%. В структуре обратившихся за медицинской помощью только 4% ПИН с симптомами ИППП обратились в дружественный кабинет, что является свидетельством не высокой эффективности работы дружественных кабинетов в регионах.

*Рисунок 48. Доля ПИН с симптомами ИППП, получивших услуги по диагностике, лечению и консультированию в ЛПО, Казахстан, 2007 год*



## 6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### 6.1. Выводы

1. Распространенность ВИЧ в РК составила 3,9%. Значимого увеличения уровня ВИЧ инфекции в 2007 году по сравнению с 2006 годом выявлено не было. Оценочное количество ПИН, живущих с ВИЧ, на момент проведения ДЭН составило от 5000 до 7000 человек, то есть от 50% до 70% ВИЧ-инфицированных ПИН знали о своем ВИЧ-статусе.

2. Несмотря на достоверное увеличение доли ПИН, практикующих безопасное инъекционное и сексуальное поведение, показатель, отражающий приверженность безопасному инъекционному и сексуальному поведению, остался на низком уровне – только 17% ПИН имели такую практику. В результате рискованного инъекционного и полового

поведения среди ПИН произошло значимое увеличение распространенности ВГС и сифилиса.

3. Существует большой потенциал передачи ВИЧ половым путем от группы ПИН к их половым партнерам Презервативы гораздо реже используются при контактах с постоянными партнерами, что делает их более уязвимыми в плане заражения ВИЧ

4. Охват ПИН профилактическими программами по результатам ДЭН составил 50%, что примерно в два раза выше показателя прямого охвата по мониторингу профилактических программ (29%). На расхождение показателей могло повлиять то, что ДЭН проводится в областных центрах, где развернуты основные профилактические программы, а также использование в ДЭН метода снежного кома для рекрутирования респондентов.

5. Охват профилактическими программами группы ПИН увеличился как по данным мониторинга профилактических программ, так и по данным ДЭН.

## **6.2. Рекомендации**

1. Необходимо активизировать профилактическую работу, направленную на замедление темпов распространения ВИЧ в группе ПИН.

2. Для профилактики передачи ВИЧ половым путем следует обеспечить использование презервативов ПИН с их постоянными половыми партнерами.

3. Для обеспечения репрезентативности выборки ПИН необходимо использовать выборку, построенную самими респондентами.

4. Необходимо увеличить доступ ПИН к добровольному тестированию на ВИЧ-инфекцию с до- и послетестовым консультированием.



**ОБЗОР  
эпидемиологической ситуации  
по ВИЧ-инфекции и результаты  
дозорного эпидемиологического надзора  
в Республике Казахстан за 2007 год  
среди работников секса**

ОБЗОР  
эпидемиологической  
ситуации  
по ВИЧ-инфекции и  
результаты  
дозорного  
эпидемиологического  
надзора

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ</b>	<b>59</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b>	<b>61</b>
<b>СПИСОК АВТОРОВ</b>	<b>62</b>
<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>63</b>
1.1. Контекст	63
1.2. Цели и задачи	64
1.3. Источники информации	64
<b>2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ</b>	<b>65</b>
2.1. Методика численности	65
2.2. Оценка численности	65
<b>3. НАДЗОР ЗА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СЛУЧАЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ</b>	<b>66</b>
3.1. Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию	66
3.2. Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию	67
<b>4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ</b>	<b>69</b>
<b>5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР</b>	<b>71</b>
5.1. Материалы и методы	71
5.2. Демографические характеристики РС	72
5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса	75
5.3.1. Распространенность ВИЧ-инфекции	75
5.3.2. Распространенность сифилиса	77
5.3.3. Распространенность ВГС	78
5.4. Половое поведение	79
5.4.1. Характеристики секс-работы	79
5.4.2. Использование презервативов	80
5.4.3. Наличие симптомов ИППП и поиск лечения	82
5.5. Употребление инъекционных наркотиков	83
5.6. Уровень знания о ВИЧ и СПИД	84
5.7. Охват профилактическими программами	84
5.8. Охват тестированием на ВИЧ инфекцию	85
5.9. Оценка численности ЛЖВ среди РС и потенциала передачи ВИЧ инфекции от РС к их клиентам	86
<b>6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	<b>87</b>
6.1. Выводы	87
6.2. Рекомендации	88

## СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

### Рисунки

- Рисунок 1. Удельный вес РС, охваченных профилактическими программами
- Рисунок 2. Возрастная структура РС
- Рисунок 3. Возрастная структура РС в пилотных городах в 2006 и 2007 годах
- Рисунок 4. Распределение РС по уровню образования
- Рисунок 5. Распределение РС по уровню образования в 2006-2007 годах
- Рисунок 6. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди РС в 2006 году (N=2067)
- Рисунок 7. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса среди РС (2005-2007)
- Рисунок 8. Распространенность ВИЧ инфекции среди РС, инфицированных и не инфицированных сифилисом и ВГС (Казахстан, 2007 год)
- Рисунок 9. Распространенность ВИЧ среди РС (Казахстан, 2007)
- Рисунок 10. Распространенность сифилиса среди РС (2005-2007годы).
- Рисунок 11. Распространенность сифилиса среди РС (Казахстан, 2007)
- Рисунок 12. Распространенность ВГС среди РС (Казахстан, 2007)
- Рисунок 13. Доля РС со стаж работы в секс бизнесе до одного года
- Рисунок 14. Род занятий клиентов РС по оценкам РС (Казахстан, 2006)
- Рисунок 15. Использование презервативов РС при последней половой связи с коммерческим партнером (Казахстана 2005-2007 год)
- Рисунок 16. Использование презервативов при последней половой связи с коммерческим партнером по сайтам Казахстана
- Рисунок 17. Наличие симптомов ИППП у РС в течение последних 6 месяцев во всех сайтах Казахстана (2005-2007)
- Рисунок 18. Обращаемость РС за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП (Казахстан, 2005-2007 годы)
- Рисунок 19. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди РС-ПИН и РС не ПИН (Казахстан, 2007г.)
- Рисунок 20. Доля РС, осведомленных о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции (2005-2007)
- Рисунок 21. Охват РС профилактическими программами (Казахстан 2005-2007 годы)
- Рисунок 22. Доля РС, тестировавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев на добровольной основе в РК (2005-2007годы)
- Рисунок 23. Доля РС, тестировавшихся на ВИЧ в течении последних 12 месяцев в целом и на добровольной основе (2005-2007годы)

## Таблицы

Таблица 1. Количество РС по БОС (2007г.)

Таблица 2. Количество обследованных и выявленных РС по коду 105.

Таблица 3. Количество РС по БОС, обследованных по коду 105 и выявленных ВИЧ – инфицированных, в разрезе регионов (2007год)

Таблица 4. Количество РС, участвовавших в ДЭН, по городам (2006)



## Список сокращений

<b>БОС</b>	Быстрая оценка ситуации
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВГС</b>	Вирусный гепатит С
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ВКО</b>	Восточно-Казахстанская область
<b>ДЭН</b>	Дозорный эпидемиологический надзор
<b>ЗКО</b>	Западно-Казахстанская область
<b>ИППП</b>	Инфекции, передающиеся половым путем
<b>КВД</b>	Кожно-венерологический диспансер
<b>ЛЖВС</b>	Люди, живущие с ВИЧ
<b>МЗ РК</b>	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
<b>МиО</b>	Мониторинг и оценка
<b>ПИН</b>	Потребители инъекционных наркотиков
<b>РС</b>	Работницы секса
<b>СиДиСи</b>	Центры по контролю и профилактике заболеваний, США.
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита человека
<b>СКО</b>	Северо-Казахстанская область
<b>ТБ</b>	Туберкулез
<b>ЮКО</b>	Южно-Казахстанская область
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу.

## **Список авторов**

1. Хасанова Марьям Аулиехановна, Генеральный директор Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом
2. Елизарьева Алла Викторовна, врач-эпидемиолог отдела эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом.
3. Ганина Лолита Юрьевна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом
4. Ковтуненко Наталья Григорьевна, заведующая референс-лабораторией РЦ СПИД
5. Бабина Наталья Ивановна, заведующая отделом Пунктами Доверия, центра СПИД Павлодарской области
6. Дандыбаева Ботакоз, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией центра СПИД Костанайской области.
7. Есиркепов Ербол, заведующий отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией центра СПИД Шымкентской области.
8. Жусупов Бауржан Сабитович, руководитель отдела управления качеством СПИД Фонда Восток-Запад
9. Крюкова Валерия Александровна, Национальный Координатор в РК Региональной группы управления проектом по контролю СПИД в Центральной Азии

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Данная публикация подготовлена для организаций, работающих с работниками секса (РС). В публикации представлен широкий спектр информации о данной группе, обобщены и представлены все имеющиеся в Казахстане данные по группе РС, полученные из различных источников информации, в том числе дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН), надзора за случаями ВИЧ инфекции, быстрой оценки ситуации (БОС) и мониторинга программной деятельности в рамках исполнения Национальной программы профилактики СПИДа в РК.

Большое количество сексуальных партнеров, невозможность всегда контролировать безопасность сексуального поведения, в первую очередь использование презервативов, недостаточный уровень информированности по вопросам безопасного поведения; высокая частота насильственных действий в отношении РС, ограничение или отсутствие доступа к медицинским, социальным и юридическим услугам, миграция РС, употребление алкоголя и наркотиков – все вышеперечисленное делает группу работников секса и их клиентов уязвимыми в плане инфицирования ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передающимися половым путем.

Материалы, представленные в данном отчете, позволили определить оценочную численность РС, оценить распространенность ВИЧ-инфекции и изучить модели поведения и факторы риска, обуславливающие высокую вероятность заражения ВИЧ в данной группе. Знание уровня распространенности ВИЧ-инфекции, информированности и поведенческих особенностей является необходимым условием для планирования и осуществления профилактических программ среди РС.

### 1.1. Контекст

В Республике Казахстан на 1 января 2008 года в официально было зарегистрировано 9378 ВИЧ-инфицированных (показатель на 100 000 населения – 62,0), том числе мужчин – 6936 (74%), женщин – 2442 (26%). Наибольшее кумулятивное количество ВИЧ-инфицированных выявлено в г.Алматы (2042 человека, 164,4 на 100 000 населения), в Павлодарской области (1172 человека, 133,7 на 100 000), в Карагандинской области (2044 случая, 103,5 на 100 000).

За все время регистрации диагноз СПИД был поставлен 640 пациентам. Преимущественная часть (63,4%) больных СПИДом диагностирована в Карагандинской области. Умерло 506 больных СПИДом. Всего в республике умерло на 01.01.2008г. 1392 ВИЧ-инфицированных, включая больных СПИДом.

В 2007 году было выявлено 1979 ВИЧ-инфицированных. Уровень заболеваемости возрос в Северо-Казахстанской области в 5,6 раза, в Акмолинской области – в 2,8 раза, в г.Астане – в 2 раза, в Атырауской – в 1,9 раза, в Жамбылской области – в 1,8 раза, в Кызылординской области – в 1,7 раза, в Актюбинской и Мангистауской областях – в 1,6 раза, в ВКО – в 1,5 раза. Из числа выявленных людей с ВИЧ-инфекцией

в отчетном году доля городских жителей составила 79,5% (в 2005г. – 80%). Среди ВИЧ-инфицированных преобладали мужчины (73,8%). В 2007 году прирост вновь выявленных случаев, то есть изменение числа зарегистрированных случаев по отношению к аналогичному показателю предыдущего года, составил 13,4%, в 2006 году прирост составлял 82%. Из числа выявленных людей с ВИЧ-инфекцией в отчетном году доля городских жителей составляла 77,0% (в 2006г. – 79,5%), сельских – 23,0% (в 2006г. – 20,5%). Среди ВИЧ-инфицированных преобладали мужчины – 70,5% (2006г. – 73,8%).

Потребление инъекционных наркотиков по-прежнему является основным фактором передачи ВИЧ-инфекции в стране. В 2006 году потребители инъекционных наркотиков (ПИН) составляли 63,6% от всех новых зарегистрированных случаев ВИЧ. На половой путь передачи ВИЧ-инфекции приходилось 25,4%. Причем среди мужчин доля полового пути передачи ВИЧ составляла лишь 12%, парентерального пути (путем употребления инъекционных наркотиков) – 79%, тогда как среди женщин на половой путь приходилось 55,4%, на парентеральный (ПИН) – 25,8% случаев заражения.

В республике на 1 января 2008 года нарастающим итогом были зарегистрированы 695 ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родилось детей от позитивных матерей – 457, из них состоит на диспансерном учете 153 детей, умерло – 24. Двадцати девяти детям, рожденным от серопозитивных матерей, выставлен диагноз ВИЧ инфекция. По оценочным данным в настоящее время в стране проживает не менее 13 500 людей с ВИЧ инфекцией.

## **1.2. Цели и задачи**

*Цель:* Представить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции среди РС на основе всех доступных источников информации, оценить профилактические вмешательства и рассчитать потенциал передачи ВИЧ инфекции от РС к клиентам и прогноз эпидемиологической ситуации по ВИЧ в группе РС

*Задачи:*

- Изучение распространенности ВИЧ инфекции, ВГС, сифилиса,
- Изучение факторов риска и их передачи среди РС для разработки и внедрения эффективных профилактических программ, и их оценки.

## **1.3. Источники информации**

1. Отчеты РЦ СПИД по эпидемиологическому надзору за зарегистрированными случаями.
2. Отчеты по дозорному эпидемиологическому надзору за 2007г.
3. Отчет о проведении быстрой оценки ситуации (БОС) среди РС.
4. Отчет РЦ СПИД по мониторингу профилактических вмешательств в республике Казахстан за 2007 год.

## **2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ**

### **2.1. Методика численности**

Оценка численности РС проводилась в ходе Быстрой оценки ситуации (БОС)<sup>1</sup> в крупных городах Казахстана. Сначала были опрошены ключевые информаторы, способные дать начальную информацию о группе. Ключевыми информаторами стали представители центров СПИД, аутрич-работники, гинекологи и дерматовенерологи, представители НПО, водители такси, водители-дальнобойщики, администраторы гостиниц, полицейские и т.д. По результатам интервью с ключевыми информантами на карте населенного пункта были обозначены места сбора РС. Далее посещалось каждое из мест сбора РС. В каждом из мест сбора РС оценку численности РС, работающих в данном месте, дали не менее трех осведомленных человек. В одно и то же место сбора РС выезжали в разное время суток, в разные дни, в том числе и выходные. Исследователи фиксировали, сколько РС работает данным месте визуально, и составляли список работниц секса по типовой анкете (карточке). Карточки располагались в алфавитном порядке, повторяющиеся изымались. Среднее арифметическое число представляет собой ориентировочную оценку численности РС в данном месте сбора. Средние оценки численности работников секса на каждом кластере суммировались. От суммарной численности кластеров было вычтено число повторяющихся карточек (одна и та же секс работница может работать в разных местах), что и дало оценочную численность секс работниц в данном населенном пункте. Полученная цифра округляется с точностью до десятков. Окончательная оценка была обсуждена на фокус-группе, в которой также участвовали представители РС. Результаты такого обсуждения были проанализированы, и лишь после этого производилась окончательная оценка.

### **2.2. Оценка численности**

По данным, представленным из ОЦ СПИД и ГЦ СПИД на конец 2007 года по БОС в Казахстане насчитывалось 13 570 РС. Поскольку БОС проводилась только в крупных городах, в которых проживает примерно 40% населения (или две трети городского населения), то не были учтены РС в малых городах и сельских населенных пунктах. Принимая во внимание меньшую распространенность секс-бизнеса в этих населенных пунктах и долю проживающего там населения, можно предположить, что число РС в них составляет около 6000-7000 человек. Таким образом, общее число в РС в Казахстане составляет около 20000 человек. Далее в отчете используется только оценка численности РС по БОС, а не общая оценка (20000).

Доля РС среди городских женщин в РК по БОС составляет 0,5%.

---

<sup>1</sup> Методические рекомендации по проведению Быстрой Оценки Ситуации среди РС

Таблица 1. Количество РС по БОС (2007г.)

Название области	Количество РС по БОС	Численность населения	% РС от численности населения	Численность женщин фертильного возраста (городское население)	% РС от численности женщин фертильного возраста (городское население)
Акмолинская	450	747400	0,006	101600	0,3
Актюбинская	400	703700	0,05	117000	0,4
Алматинская	240	1643330	0,01	140800	1,5
Атырауская	1200	490400	0,2	78500	0,4
ВКО	800	1417400	0,06	251700	0,3
Жамбылская	700	1018800	0,07	136300	0,4
ЗКО	270	615400	0,04	83000	0,3
Карагандинская	1050	1342100	0,08	326700	0,3
Костанайская	350	894100	0,04	142000	0,2
Кызылординская	300	632300	0,05	102700	0,3
Мангистауская	300	407400	0,07	77600	0,4
Павлодарская	600	746400	0,08	150500	0,4
СКО	440	653900	0,07	65400	0,6
ЮКО	2720	2331400	0,11	256800	1,1
г.Алматы	3000	1324800	0,2	399300	0,7
г.Астана	750	602700	0,1	183700	0,4
<b>Всего по РК</b>	<b>13570</b>	<b>15571500</b>	<b>0,09</b>	<b>2613600</b>	<b>0,5</b>

### 3. НАДЗОР ЗА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СЛУЧАЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

#### 3.1. Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию

Все граждане Республики Казахстан, иностранцы и лица без гражданства, проживающие или находящиеся на территории Республики в соответствии со Статьей №5 Закона Республики Казахстан «О профилактике заболевания СПИД» от 05.10.1994 года (дополнения и изменения №477-1 от 16.11.1999г., №13-III от 20.12.2004г., ЗРК

№ 172-III от 07.07.2006 года) имеют право на бесплатное анонимное обследование, добровольное, конфиденциальное медицинское освидетельствование и консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения. С 2002 года обследование на ВИЧ-инфекцию проводится в соответствии приказом МЗ РК № 575 от 11.06.02 г., который утвердил «Правила медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека». В соответствии с этими правилами РС обследуются по коду 105. Тестирование должно сопровождаться до- и послетестовым психосоциальным консультированием. Обследование проводится сотрудниками ОЦ СПИД и ГЦ СПИД выездным методом в местах скопления РС, а также при посещении РС дружественных кабинетов, основными посетителями которых они являются (56,2%)#. В рамках реализации приказа МЗ РК №295 от 29.03.2004 г. «Об утверждении положения об организации деятельности дружественных кабинетов» в конце 2007 года в РК функционировало 29 дружественных кабинетов: на базе центров СПИД – 21, на базе НПО – 2, в других учреждениях (женские консультации, кожно – венерологические диспансеры) – 6. С 2007 года в дружественных кабинетах для РС внедрено анонимное экспресс-тестирование на ВИЧ инфекцию. Это тестирование не включается в код 105.

### 3.2. Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию

В 2007 году в республике в соответствии с Правилами медицинского освидетельствования на ВИЧ инфекцию обследовано по 105 коду 4044 РС (30% от численности РС по БОС). Из числа обследованных выявлено 11 РС с положительным ВИЧ статусом (0,1%). В структуре протестированных лиц на ВИЧ инфекцию удельный вес обследованных РС составляет – 0,2%, а удельный вес выявленных – 0,5%.

Таблица 2. Количество обследованных и выявленных РС по коду 105

Годы	Число обследованных РС по коду 105	Из них выявленных ВИЧ-инфицированных	Распространенность ВИЧ инфекции
2004 г.	4155	7	0,2
2005 г.	3903	5	0,1
2006 г.	4652	5	0,1
2007г.	4044	11	0,3

Уровень охвата тестированием РС по коду 105 от общего количества РС по БОС в 2007 году составил 34%. Охват тестированием РС колеблется в регионах от 1,5% в ЮКО до 100% в г. Астана от их оценочной численности.

**Таблица 3. Количество РС по БОС, обследованных по коду 105 и выявленных ВИЧ – инфицированных, в разрезе регионов (2007год)**

Регионы	Численность РС по БОС	Численность РС, обследованных по коду 105	Доля обследованных РС %	Количество выявленных ВИЧ-инфицированных РС
Акмолинская	450	234	52	1
Актюбинская	400	61	15	0
Алматинская	240	49	20	0
Атырауская	1200	348	29	0
ВКО	800	579	72	0
Жамбылская	700	221	31,5	1
ЗКО	270	86	32	0
Карагандинская	1050	244	23	1
Костанайская	350	121	34,5	1
Кызылординская	300	108	36	0
Мангистауская	300	107	36	0
Павлодарская	600	56	9	0
СКО	440	57	13	0
ЮКО	2720	40	1,5	2
г.Алматы	3000	982	33	2
г.Астана	750	750	100	3
<b>Всего по РК</b>	<b>13 570</b>	<b>4044</b>	<b>34%</b>	<b>11</b>

В республике по данным ОГЦ СПИД кумулятивно зарегистрировано 185 ВИЧ-инфицированных РС, из них по коду 105 – всего 30 человек или 17%. Остальные 83% РС выявлены при тестировании по другим кодам. В связи с этим данные тестирования по коду 105 для оценки распространенности ВИЧ-инфекции среди РС использовать некорректно, так как:

Группа РС не является стабильной, как группа ПИН.

Хотя предусмотрен код 105, большинство ВИЧ – инфицированных РС выявляется по другим кодам.

При эпидемиологическом расследовании случаев ВИЧ-инфекции такой фактор ри-



ска, как коммерческий секс, установить сложнее, чем употребление наркотиков инъекционным путем.

*Таблица 4 Кумулятивное количество выявленных РС по форме №4*

КОДЫ	105	101.1	101.2	102	104	108	109	112	113	114	118	121	200	ИТОГО
Количество выявленных РС	30	7	10	31	11	1	3	19	4	10	5	27	28	185
%	17%	4%	5%	17%	6%	0,5%	2%	10%	2%	5%	3%	15%	15%	100%

Вышеизложенное позволяет предположить, что в 2007 году реальный охват тестированием на ВИЧ в этой группе был значительно выше 34% и количество выявленных случаев ВИЧ инфекции больше 11.

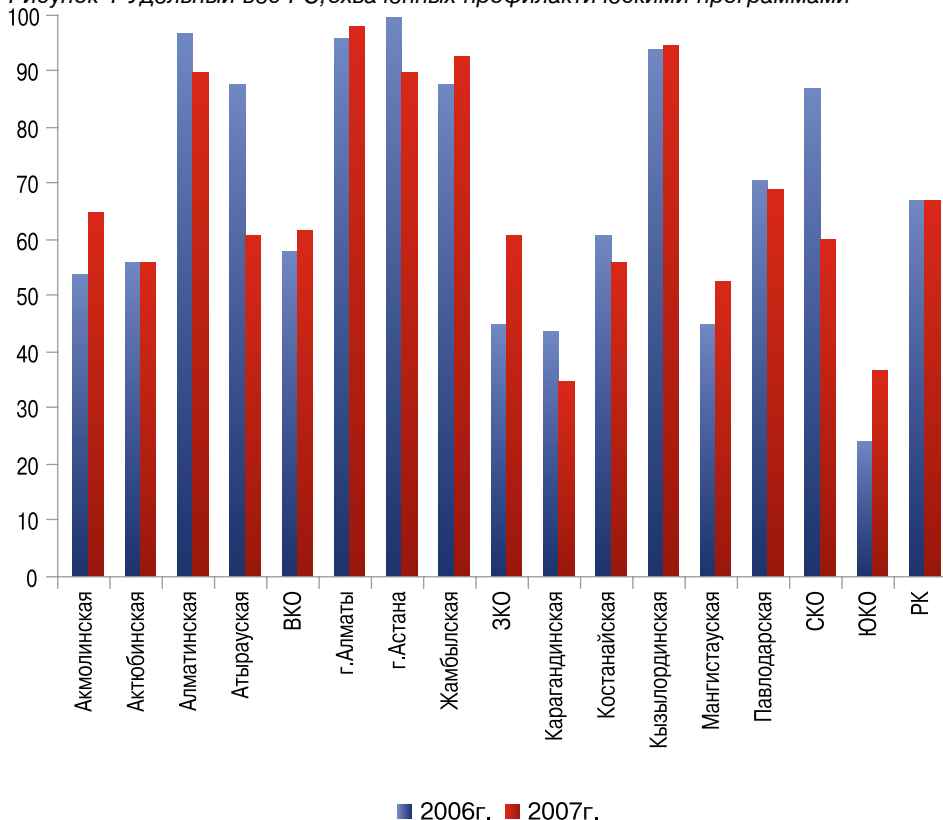
#### **4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Профилактическая работа в группе РС осуществляется двумя основными способами: в местах скопления РС и дружественных кабинетах. Аутрич-работники предоставляют большинство услуг по обеспечению презервативами и информационно-образовательными материалами. Кроме этого, они обеспечивают РС информацией о доступных услугах для этой целевой группы, прежде всего, о местоположении и работе дружественных кабинетов. За 2007 год в республике подготовлен 91 аутрич-работник, работающий среди РС (против 109 в 2006 году), 73 аутрич-работников получали оплату за свою работу за счет средств Глобального фонда. По Республике в области профилактики ВИЧ работает 78 НПО, из них 24 неправительственные организации осуществляют профилактическую работу среди работников секса.

В 2007 году по республике осуществлено 14796 выходов в места сбора РС (2006г. – 15160). Охват профилактической работой РС составил 9148 человека или 67,4 % от БОС, что было на уровне 2006г. Наиболее высокие показатели охвата отмечены в городах Астана, Алматы, в Алматинской и Кызылординской областях. Ниже республиканского показателя охват профпрограммами РС в Актыбинской области (56,5%), Карагандинской области (35,2%), Костанайской области (56,8%), Мангистауской области (53,3%) и ЮКО (37,1%). По сравнению с 2006 годом в 2007 году охват РС профилактической работой уменьшился в Алматинской области на 7% (с 97% до 90%), в Атырауской области – в 1,4 раза (с 88% до 61%), в Астане – на 10% (со 100% до 90%), в Карагандинской об-

ласти – в 1,3 раза (с 44% до 35%), в Костанайской области – на 5% (с 61% до 56%) и Павлодарской области – на 3% (с 71% до 69%).

*Рисунок 1 Удельный вес РС, охваченных профилактическими программами*



За анализируемый период количество РС, вновь вовлеченных в профилактические программы, составило 3289 чел. (24,2% от БОС), что в 1,3 раза меньше чем в 2006 году (4339 или 32,8% от БОС).

За 12 месяцев 2007 года РС было роздано 1136576 (2006г. – 1958890) презервативов, что в 1,7 раза меньше по сравнению с прошлым годом. Показатель обеспеченности презервативами одной РС, вовлеченной в профилактические программы, составил 124 штуки против 195 в 2006 году. Однако для того, чтобы профилактические программы среди РС работали эффективно, необходимо обеспечить не менее 720 презервативов на одну РС в год (рекомендации ВОЗ). Ниже республиканского этот показатель в г. Алматы (25 штук на одну РС), в г. Астане (104), в Акмолинской (142), Костанайской области (69), ЮКО (44). РС, употребляющим наркотики инъекционным путем, роздано шприцев

234166 (2006г. – 267722).

По направлению аутрич–работников проконсультировано у гинеколога 4527 РС, что составляет 33,4% от БОС (в 2005г. – 5143; 38,9% от БОС), у врача– венеролога – 3342 РС или 24,6% от БОС (в 2006г. – 3795 РС, 28,7% от БОС). В Дружественные кабинеты в 2007 году обратилось 9365 РС, из них синдромное лечение получили 6138 РС, лечение после обследования – 4765 РС.

## **5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР**

Целью ДЭН среди РС является изучение распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса, факторов поведенческого риска, уровня знаний и охвата профилактическими программами для разработки и внедрения эффективных профилактических программ; анализ и оценка их эффективности; обоснование и разработка управленческих решений, системы эффективных мер для предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

### **5.1. Материалы и методы**

ДЭН среди РС представляет собой сквозные повторяющиеся исследования в крупных городах Казахстана этой группы населения. Серологические и поведенческие данные связаны друг с другом, то есть берутся от одного и того же лица. Биоматериалом для тестирования служит сухая капля капиллярной крови. Забор биоматериала проводился на фильтровальные тест-карты (бумага Schleicher & Schuell 903). Сухая капля крови тестировалась на ВИЧ, ВГС, сифилис. Исследования проводились по второй стратегии тестирования методом ИФА: скрининговый этап с использованием тест-систем российского производства; экспертный этап для подтверждения положительных результатов с использованием тест-систем, рекомендованных ВОЗ, в данном случае «Murex».

Участникам исследования проводилось до– и послетестовое консультирование. Результаты анализов РС могли узнать по индивидуальному коду. Анкетирование проходило на основании типовой анкеты. РС опрашивались о половом поведении, употреблении наркотиков, участии в профилактических мероприятиях, знаниях о ВИЧ/СПИДе и т.д.

#### *Методика отбора респондентов:*

Критерии включения – женщины, оказывающие секс услуги хотя бы один раз в течение шести месяцев. Тип выборки определялся отдельно для каждого города в зависимости от количества мест дислокации РС. Во всех городах Казахстана (кроме Алматы) исследованием были охвачены все места дислокации РС. В Алматы из-за большого скопления РС был использован метод двухступенчатой кластерной выборки:

- отбор кластеров
- отбор респондентов в кластерах

Выборочная совокупность РС, участвовавших в ДЭН в 2006 году, составила 2103 человека.

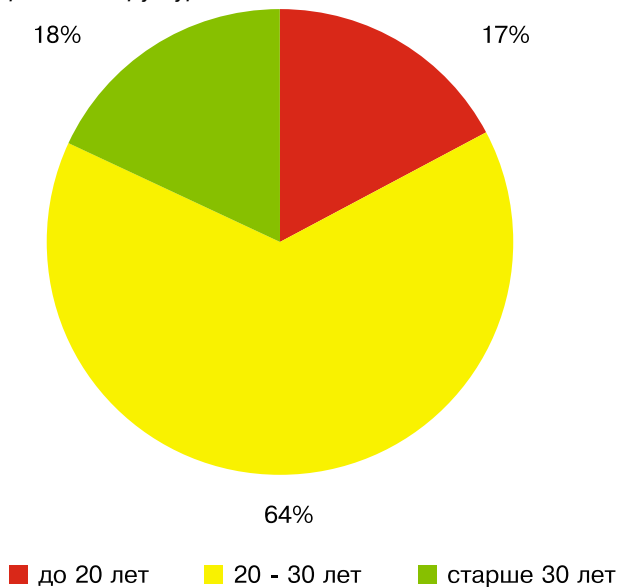
*Таблица 4. Количество РС, участвовавших в ДЭН, по городам (2006)*

Место проведения ДЭН	Количество РС
Талдыкорган	100
Актау	100
Актобе	65
Алматы	290
Астана	150
Атырау	100
Караганда	110
Жезказган	30
Кокшетау	70
Костанай	100
Кызылорда	70
Павлодар	100
Петропавловск	100
Тараз	130
Темиртау	60
Уральск	64
Усть-Каменогорск	118
Шымкент	220
Семипалатинск	90
<b>Всего</b>	<b>2067</b>

## 5.2. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РС

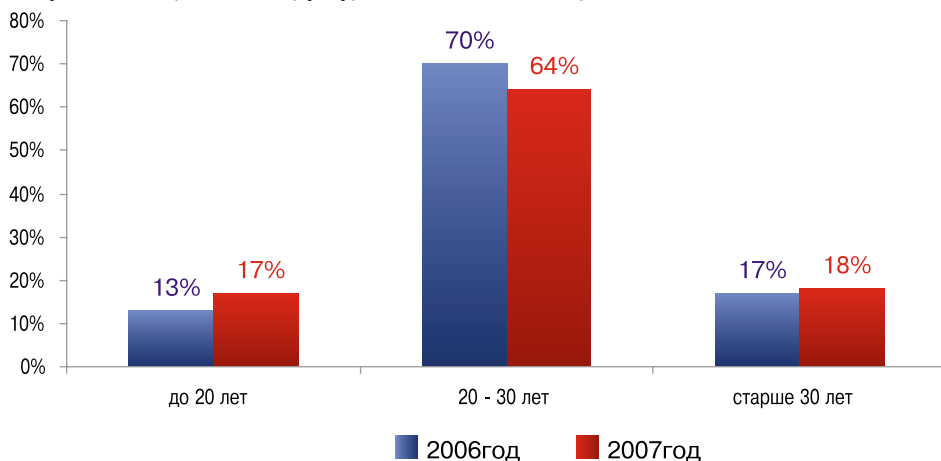
Выборочная совокупность представлена респондентами от 15 до 51 лет. Большая часть РС – это молодые девушки (81% РС в возрасте до 30 лет), средний возраст – 25 лет, медиана возраста – 23 года. По семейному положению РС распределились следующим образом: состоят в браке 9%, не выходили замуж 52% РС, 36% разведены и 3% вдовы.

Рисунок 2. Возрастная структура РС



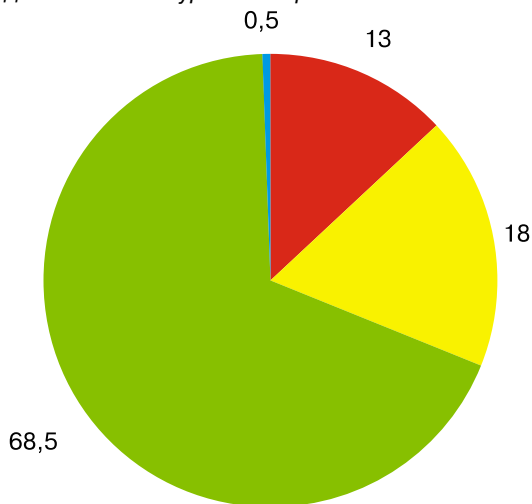
Если сравнивать возрастные характеристики РС, то в 2007 году по сравнению с 2006 годом на 4% увеличилось количество РС в возрасте до 20 лет. На 2% увеличилось количество РС в возрасте старше 30-летнего возраста и соответственно на 6% уменьшилось количество РС в возрасте от 20 до 30 лет.

Рисунок 3. Возрастная структура РС в пилотных городах в 2006 и 2007 годах



Большинство РС имеют среднее образование (68,5%), 18% РС имеют только начальное образование, уровень высшего образования достаточно низкий – всего 13%. Для сравнения среди беременных женщин доля лиц с высшим образованием по результатам ДЭН составила 41%.

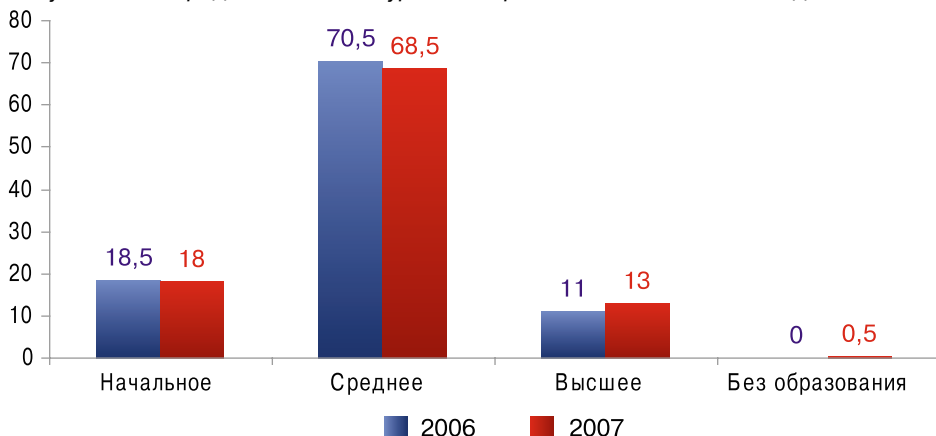
Рисунок 4. Распределение РС по уровню образования



■ Начальное ■ Среднее ■ Высшее ■ Без образования

В 2007 году по сравнению с 2006 годом уровень образования РС не изменился, но появилась группа РС (0,5%), которые не имеют образования.

Рисунок 5. Распределение РС по уровню образования в 2006-2007 годах

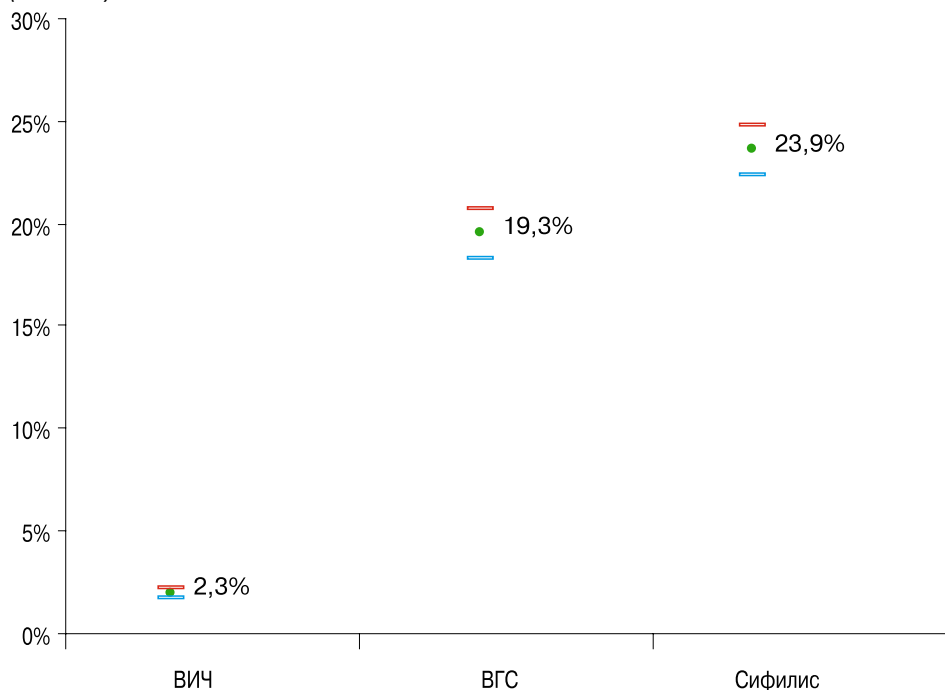


Медиана недельного дохода в 2007 году составила 10 000 тенге, тогда как в 2006 году медиана дохода составляла 15 000 тенге.

### 5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса

В 2007 году распространенность ВИЧ-инфекции среди РС составила 2,3% (95%ДИ<sup>3</sup> = 1,9% – 3,3%), ВГС – 19,3% (95% ДИ = 15,7% – 19,0%), сифилиса – 23,9% (95% ДИ = 24,4% – 28,0%).

*Рисунок 6. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди РС в 2006 году (N=2067)*



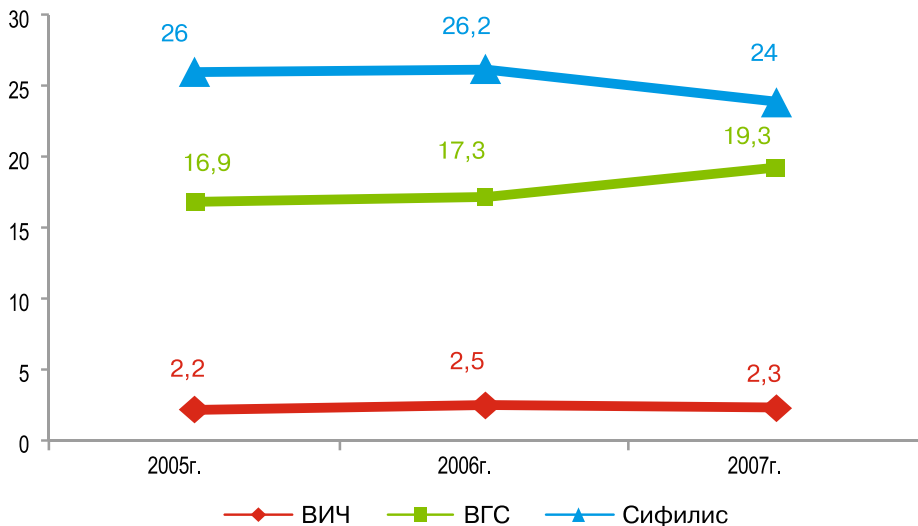
● Распространенность    — Нижняя граница 95%ДИ    — Верхняя граница 95%ДИ

#### 5.3.1. Распространенность ВИЧ-инфекции

В 2007 году по сравнению с 2005 годом средневзвешенный показатель распространенности ВИЧ-инфекции по всем сайтам Казахстана практически не изменился, выросла распространенность ВГС и уменьшилась распространенность сифилиса.

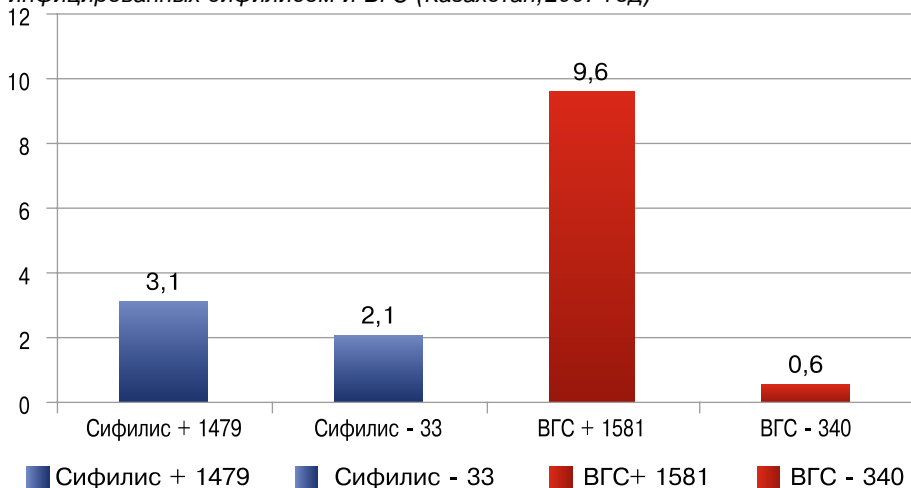
<sup>3</sup> ДИ – доверительный интервал

Рисунок 7 Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса среди РС (2005-2007)



Распространенность ВИЧ-инфекции среди РС достоверно выше у тех, кто инфицирован ВГС (в 16 раз) и сифилисом (в 2,6 раза). Если рассматривать ВГС как маркер употребления инъекционных наркотиков, можно сделать вывод, что в популяции РС ВИЧ-инфекцией заражаются преимущественно РС-ПИН и основные профилактические мероприятия должны быть направлены именно на эту подгруппу.

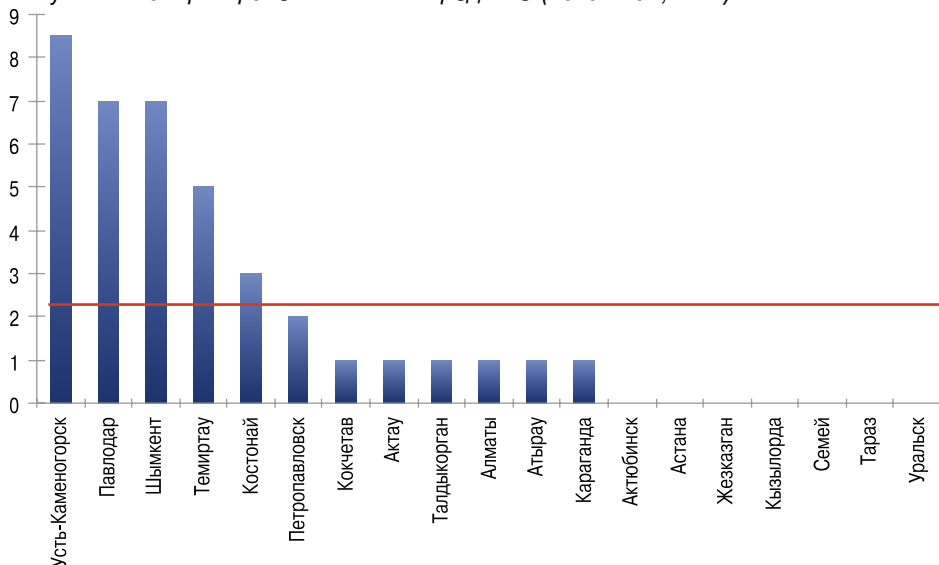
Рисунок 8. Распространенность ВИЧ инфекции среди РС, инфицированных и не инфицированных сифилисом и ВГС (Казахстан, 2007 год)





Случаи серопозитивности к ВИЧ-инфекции выявлены в 12 из 19 дозорных участков, в пяти городах распространенность ВИЧ-инфекции среди РС значительно превышает средневзвешенный показатель (2,3%): в г.Усть-Каменогорске – в 3,6 раза, в г.Павлодаре и г.Шымкенте – в 3 раза, в г.Темиртау – в 2 раза и в г. Костанай – в 1,3 раза. В первых трех городах распространенность ВИЧ-инфекции среди РС превышает 5%.

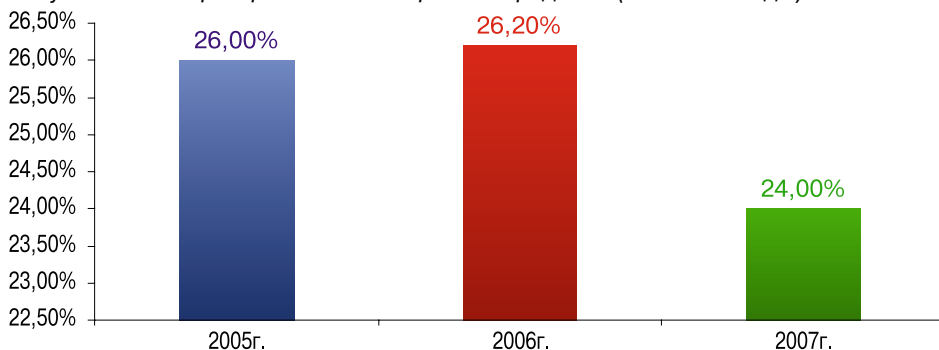
*Рисунок 9. Распространенность ВИЧ среди РС (Казахстан, 2007)*



### 5.3.2. Распространенность сифилиса

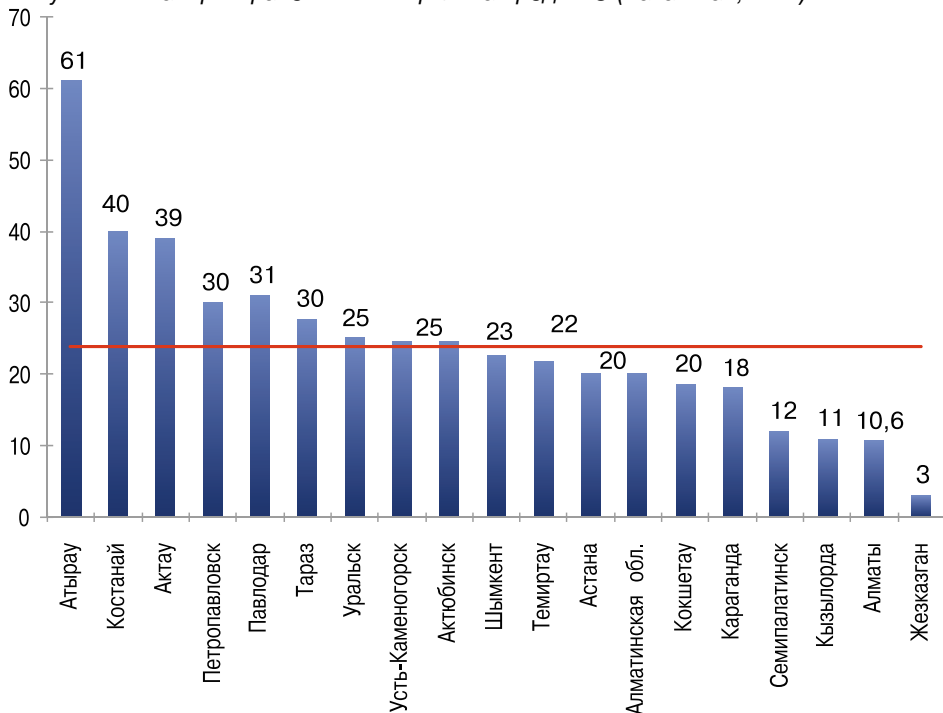
Уровень распространенности сифилиса среди РС уменьшился в 2007 году по сравнению с 2006 годом незначительно и составил 24% (2006г. – 26,2%).

*Рисунок 10. Распространенность сифилиса среди РС (2005-2007годы)*



Сифилис выявлен во всех дозорных городах, но распространенность его неодинакова. В некоторых городах она значительно превышает республиканский показатель: в г. Атырау – в 2,5 раза, в Актобе – в 1,6 раза, в гг. Актау и Костанай – в 1,6 раза, и гг. в Павладаре, Петропавловске и Таразе – в 1,3 раза. Распространенность сифилиса значительно ниже среднего показателя в Жезказгане (в 8 раз), Алматы, Кызылорде и Семипалатинске (в 2 раза).

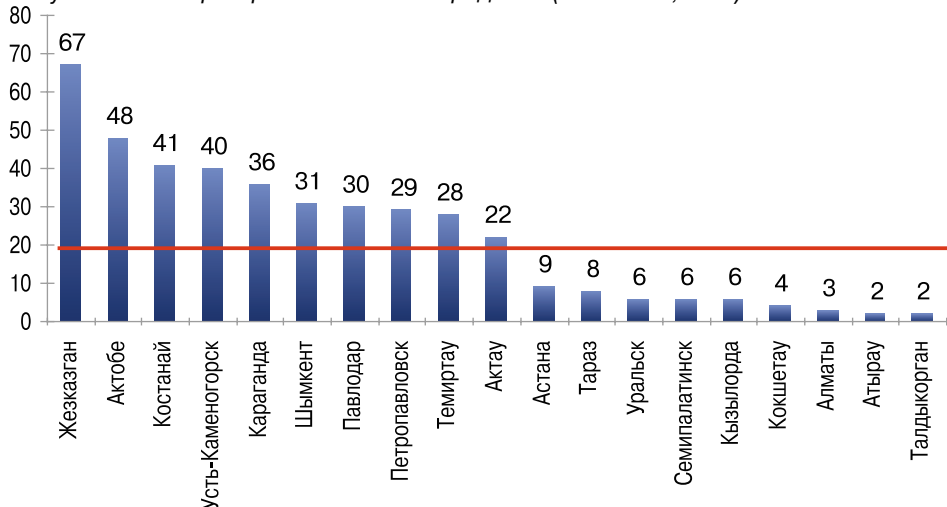
Рисунок 11. Распространенность сифилиса среди РС (Казахстан, 2007)



### 3.5.3. Распространенность ВГС

Показатель распространенности ВГС в 2007 году составил 19,3%. По сравнению с 2006 годом распространенность ВГС увеличилась на 2%. Поскольку ВГС является индикатором инъекционного потребления наркотиков, этот рост может быть обусловлен увеличением в группе РС удельного веса потребителей инъекционных наркотиков. Наибольшие показатели инфицированности ВГС зарегистрированы в гг. Жезказгане, Актобе, Костанай, Усть-Каменогорске, Караганде, Шымкенте, Павладаре, Петропавловске, Темиртау и Актау, где они колеблются от 67% до 22%.

Рисунок 12. Распространенность ВГС среди РС (Казахстан, 2007)

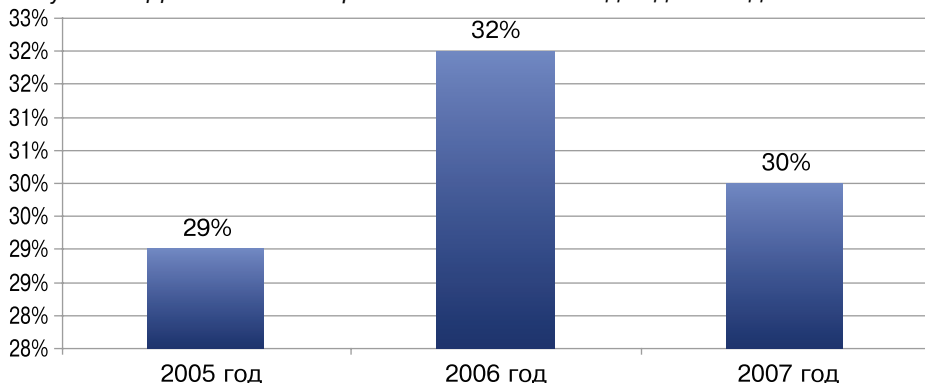


## 5.4. ПОЛОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ

### 5.4.1. Характеристики секс-работы

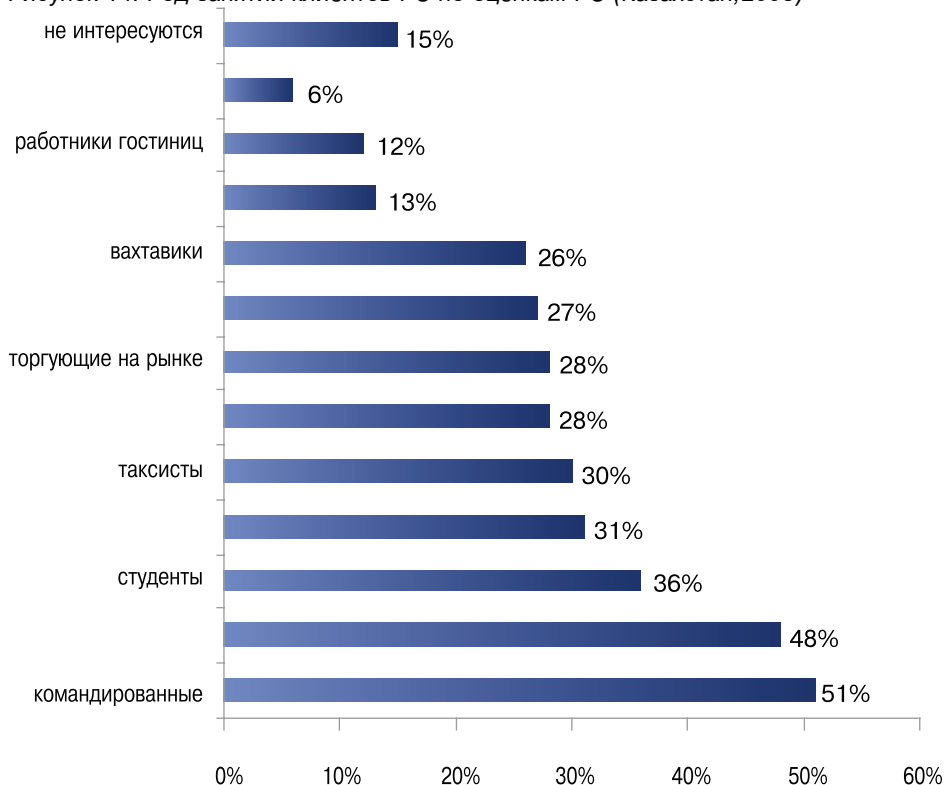
Продолжительность занятия коммерческим сексом варьирует от одного месяца до 23 лет. Среднее значение стажа равно 2,8 годам, медиана стажа – 2 года. Стаж в секс-бизнесе менее одного года в 2007 году имели 30% РС. На протяжении последних трех лет этот показатель оставался неизменным, то есть примерно треть РС можно было отнести к «новичкам». Данное обстоятельство необходимо учитывать при проведении профилактической работы, которая должна быть непрерывной с учетом высокой скорости изменения состава РС.

Рисунок 13. Доля РС со стаж работы в секс бизнесе до одного года



Среднее количество коммерческих половых партнеров за месяц, предшествующий исследованию, составило 34 человека (медиана – 24). РС в среднем за неделю совершают 13 половых актов (медиана – 10). Основными клиентами РС являются командировочные, частные предприниматели, таксисты, полицейские, студенты и дальнбойщики; 15% РС не интересуются, кто является их клиентами.

Рисунок 14. Род занятий клиентов РС по оценкам РС (Казахстан, 2006)



#### 5.4.2. Использование презервативов

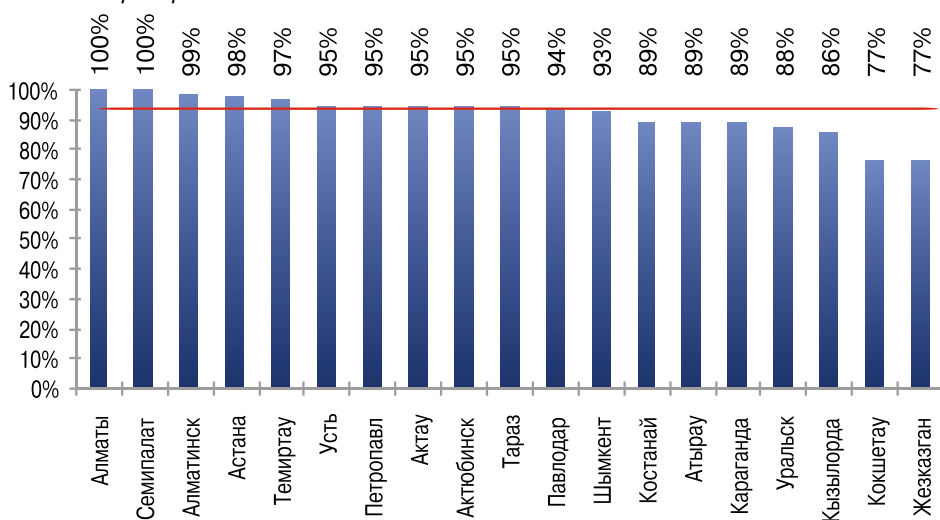
Использование презервативов во время полового контакта с последним коммерческим партнером является ключевым показателем эффективности профилактической работы среди РС. В Казахстане, по данным ДЭН, этот показатель достаточно высок – 94% РС использовали презервативы во время последнего коммерческого полового контакта. Тем не менее, каждый семнадцатый коммерческий половой контакт происходит без презервативов. 86% РС, имели при себе презервативы в день интервьюирования. Этот показатель растет из года в год. По сравнению с 2005 годом он возрос на 14%.

**Рисунок 15. Использование презервативов РС при последней половой связи с коммерческим партнером (Казахстана 2005-2007 год)**



Показатель использования презервативов варьирует от 77% в Кокшетау и Жезказгане до 100% в Алматы и Семипалатинске.

**Рисунок 16. Использование презервативов при последней половой связи с коммерческим партнером по сайтам Казахстана**

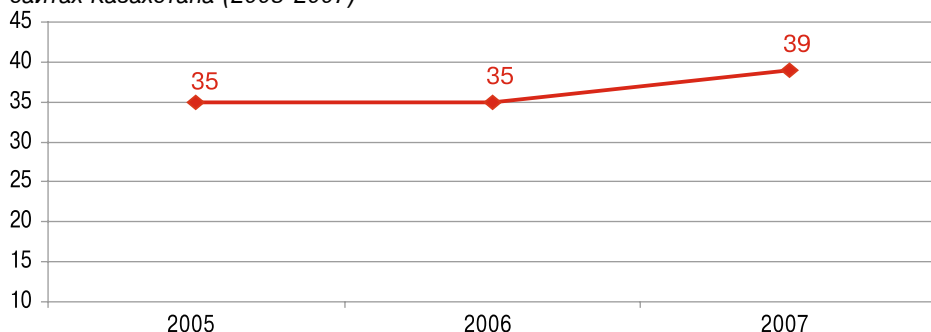


Соотношение приобретенных самими РС презервативами и получаемых в ходе профилактических программ одинаково. Так 52% РС ответили, что покупают презервативы, и 58% РС ответили, что получают их от волонтеров проектов или во время проведения ОЦ СПИД профилактической работы в местах сбора РС.

### 5.4.3. Наличие симптомов ИППП и поиск лечения

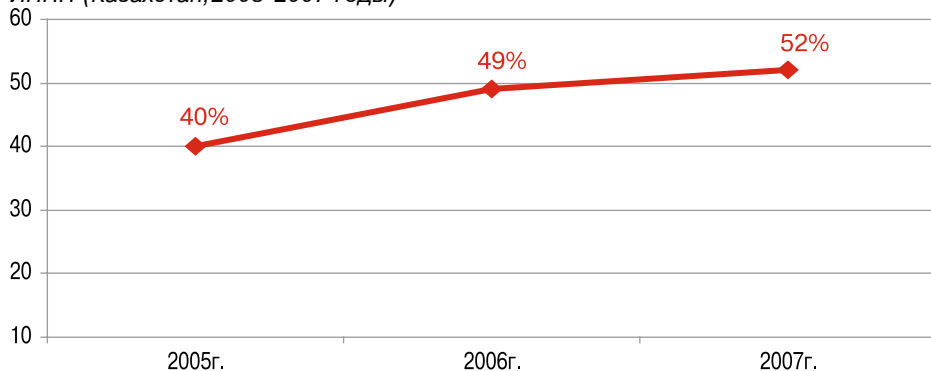
Примерно треть РС имела хотя бы один симптом ИППП в течение шести месяцев, предшествующих исследованию. Распространенность симптомов ИППП по сравнению с предыдущим годом увеличилась на 4%.

*Рисунок 17. Наличие симптомов ИППП у РС в течение последних 6 месяцев во всех сайтах Казахстана (2005-2007)*



Уровень обращения за медицинской помощью (диагностикой и лечением) остается по-прежнему неудовлетворительным, хотя данный показатель в течение двух лет вырос на 12%. Только половина РС, имевших симптомы ИППП, обратились к медицинским специалистам – в КВД, гинекологам, частнопрактикующим врачам и т.д.

*Рисунок 18. Обращаемость РС за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП (Казахстан, 2005-2007 годы)*

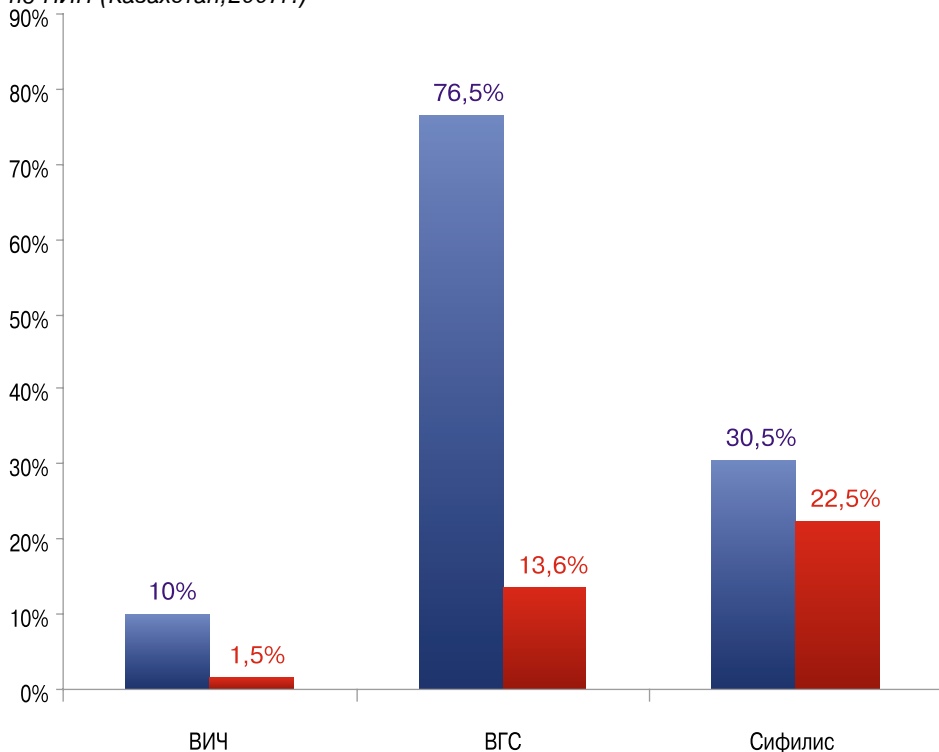


## 5.5. Употребление инъекционных наркотиков

Доля РС, употреблявших когда-либо наркотики инъекционным путем, со слов самих РС в 2007 году составила около 9%. Распространенность ВГС в этой популяции равна 19,3%, что свидетельствует о большей доле РС-ПИН в популяции РС, нежели признается самими РС. Среди ПИН уровень распространенности ВГС равен примерно 65,7%. Если предположить, что среди РС-ПИН уровень инфицированности ВГС такой же, и ВГС они могли заразиться только при внутривенном введении наркотиков, тогда 29% РС могли бы иметь опыт употребления инъекционных наркотиков, то есть около 20% РС-ПИН не призналось в употреблении инъекционных наркотиков.

Использование ВГС как маркера употребления инъекционных наркотиков более информативно, чем ответы РС. Если опираться на ответы РС, то среди РС-ПИН распространенность ВИЧ примерно в шесть раз выше, чем среди РС, не употреблявших инъекционные наркотики (10% и 1,5% соответственно). В то же время, среди РС, инфицированных ВГС, распространенность ВИЧ более чем в пятнадцать раз выше, чем среди РС без ВГС (9,6% и 0,6% соответственно).

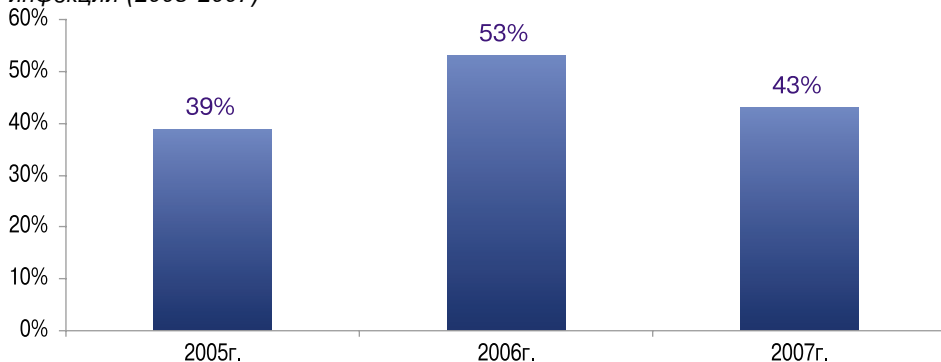
*Рисунок 19. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди РС-ПИН и РС не ПИН (Казахстан, 2007г.)*



## 5.6. Уровень знания о ВИЧ и СПИД

В 2007 году по сравнению с 2006 годом уровень знаний РС о мерах профилактики и о путях передачи ВИЧ снизился на 10%.

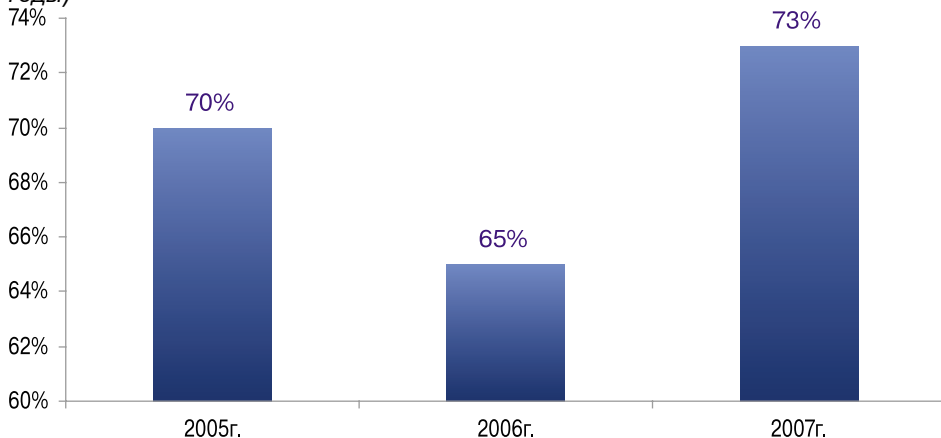
Рисунок 20. Доля РС, осведомленных о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции (2005-2007)



## 5.7. Охват профилактическими программами

Охват профилактическими программами по сравнению с 2006 годом увеличился на 8%. В 2007 году по данным ДЭН профилактическими программами по РК было охвачено 73% РС. Полученный показатель хорошо согласуется с уровнем охвата, определенным на основании мониторинга проектной деятельности (67%). Охват профилактическими мероприятиями остается практически неизменным.

Рисунок 21. Охват РС профилактическими программами (Казахстан 2005-2007 годы)

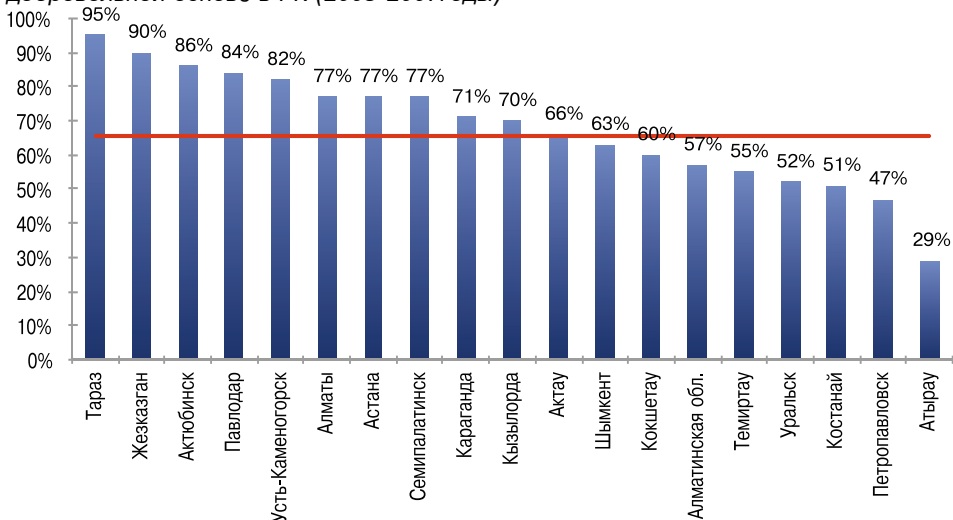




## 5.8. Охват тестированием на ВИЧ инфекцию

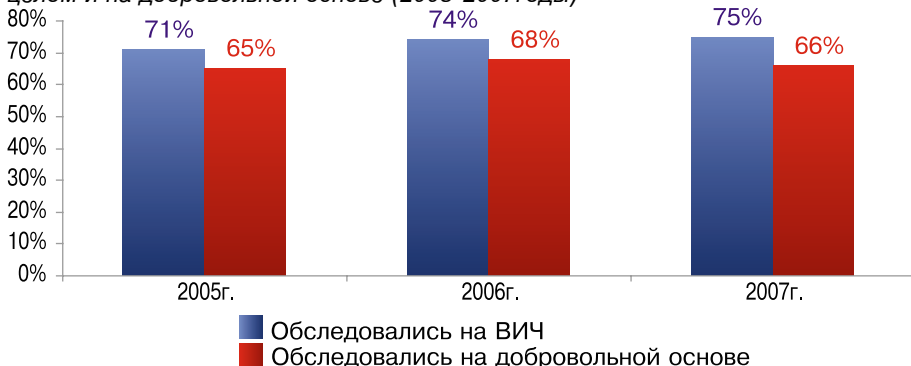
Средний показатель охвата РС тестированием на ВИЧ на добровольной основе в 2007 году остался на уровне 2006 года и составил 66%. Самый высокий процент РС, тестировавшихся на ВИЧ, был в г. Таразе (95%), самый низкий – в г. Атырау (29%).

Рисунок 22. Доля РС, тестировавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев на добровольной основе в РК (2005-2007годы)



Доля РС, которые прошли тестирование на ВИЧ-инфекцию, составила 75%. На протяжении трех лет этот показатель практически не меняется и находится на уровне 71-75%.

Рисунок 23. Доля РС, тестировавшихся на ВИЧ в течении последних 12 месяцев в целом и на добровольной основе (2005-2007годы)



## 5.9. Оценка численности ЛЖВ среди РС и потенциала передачи ВИЧ инфекции от РС к их клиентам

На основе данных ДЭН можно просчитать численность ЛЖВ среди РС. Для этого численность РС по БОС, умножим на распространенность ВИЧ-инфекции. По данным ДЭН в 2007 году распространенность составила 2,3%, численность РС по БОС в крупных городах Казахстана равна 13 570. Таким образом, оценочная численность ЛЖВ среди РС равна 312 человек, а если учесть, что БОС проводился только в крупных городах Казахстана, а коммерческий секс имеет место и в малых городах, оценочное число РС может достигать 20 тыс., и количество ЛЖВ среди РС соответственно может достигать 500 человек.

Также можно определить, сколько коммерческих партнеров РС будут инфицированы ВИЧ в течение года. Для этого используются следующие данные ДЭН:

Оценочная численность РС;

Среднее количество половых актов в неделю;

Процент РС не использовавших презервативы с коммерческими половыми партнерами

Количество незащищенных коммерческих половых контактов с ВИЧ инфицированными РС;

Вероятность передачи ВИЧ от инфицированного партнера во время незащищенного гетеросексуального полового контакта.

Всего коммерческих половых контактов: 13 570 (количество РС) X 12 (среднее количество половых актов в неделю) X 52 (количество недель в году) = 9 173 320

Количество контактов с ВИЧ-инфицированными РС: 9 173 320 X 2,3% (распространенность ВИЧ инфекции среди РС) = 223 864

Количество незащищенных половых контактов с ВИЧ-инфицированными РС: 223 864 X 6% (доля РС, не использовавших презервативы во время последнего полового контакта) = 14 327

Оценка числа клиентов РС, зараженных ВИЧ-инфекцией в течение года: 14 327 X 0,1% (вероятность передачи ВИЧ от инфицированного партнера во время незащищенного гетеросексуального полового контакта) = 14.

Оценка числа РС, которые могли быть инфицированы половым путем за год. Для этого используются данные:

– Распространенность ВИЧ по данным ДЭН среди больных ИППП – мужчин – 0,4%

– Количество коммерческих половых контактов в год – 9173320

– Вероятности передачи ВИЧ через незащищенные половые контакты – от мужчины к женщине – 0,5%

– Процент РС не использовавших презервативы – 6%

9173320 (Количество коммерческих половых контактов в год) \* 0,4% (распространен-

ность ВИЧ у больных ИППП) \* 6% (доля РС, не использовавших презервативы во время последнего полового контакта) \* 0,4% (потенциал передачи ВИЧ от мужчины к женщине при половом контакте) = 8.

Оценка числа РС, которые могли быть инфицированы инъекционным путем. Если потенциал передачи ВИЧ от клиентов, инфицированных ВИЧ, составляет для РС 8 случаев в год, а не единичная регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди населения РК началась примерно 10 лет назад, то можно предположить, что половым путем кумулятивно инфицировались 40 РС. Как было указано, всего по оценочным данным инфицированы ВИЧ 312 РС. То есть  $312 - 40 = 272$  (87%) – это те РС, кто был инфицирован инъекционным путем.

Таким образом, РС инфицируются ВИЧ-инфекцией преимущественно парентеральным путем при употреблении инъекционных наркотиков.

В 2007 году было зарегистрировано 1979 новых случаев ВИЧ-инфекции. Исходя из приведенных расчетов, менее 1% новых случаев может быть связано с заражением ВИЧ-инфекцией во время коммерческого секса. Эти данные отражают высокую эффективность профилактических программ среди РС, направленных на профилактику полового пути передачи ВИЧ инфекции. Вместе с тем, они еще раз демонстрируют приоритет профилактики парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции. Оценочное количество РС-ПИН составляет около 4000 человек. Предотвращение заражения ВИЧ инфекции у 1% РС-ПИН означает предотвращение около 40 новых случаев ВИЧ.

В 2007 году около 20% выявленных случаев ВИЧ заразились этой инфекцией половым путем (10% среди ВИЧ-инфицированных мужчин и 46% среди женщин). Если учесть, что на гетеросексуальные коммерческие контакты приходится только 1% всех заражений, можно предположить, что большинство случаев передачи ВИЧ половым путем происходило среди постоянных половых партнеров ВИЧ инфицированных людей, основная часть которых являются ПИНами. Поэтому высокую актуальность имеют проекты по профилактике ВИЧ среди постоянных половых партнеров ПИН.

## **6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **6.1. Выводы**

По данным официальной статистики в 2007 году выявлено 11 ВИЧ-инфицированных РС (0,3), однако распространенность ВИЧ инфекции среди РС по результатам ДЭН составила 2,3%. Т.е, официальная статистика (надзор за регистрацией случаев) не отражает реальную ситуацию по ВИЧ-инфекции в группе РС.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди РС на протяжении трех лет остается на уровне 2,2 – 2,5%, но колеблется по городам от 0% до 8,5%. Секс-бизнес и употребление инъекционных наркотиков в значительной степени перекрещиваются друг с другом. По ответам самих РС доля ПИН среди них составляет около 9%. Учитывая ВГС как маркер инъекционного наркопотребления, доля ПИН среди РС может достигать 29%.

Распространенность ВИЧ инфекции среди РС, инфицированных ВГС в пятнадцать раз выше, чем у не инфицированных. Это говорит о том, что преимущественным путем распространения ВИЧ в этой популяции, является заражение во время внутривенного употребления наркотиков.

Показатели охвата РС профилактическими мероприятиями по сравнению с прошлым годом увеличились и составили 73% (2006г. – 65%). По данным МиО охват РС профилактическими мероприятиями в республике составил 70% от БОС. Охват добровольным тестированием на ВИЧ-инфекцию остался на уровне 2006 года (2006г. – 67%, 2007г. – 66%) Обращаемость за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП на протяжении уже трех лет остается низкой. В 2007 году обращаемость составила всего 50%.

Основные профилактические вмешательства среди РС и их клиентов направлены на прерывании передачи ВИЧ половым путем. Однако, исходя из того, что 87% РС инфицировались инъекционным путем, необходимо акцентировать внимание на РС-ПИН и усилить профилактические мероприятия и технический потенциал проектов в данном направлении.

## 6.2 Рекомендации

Совершенствовать работу дружественных кабинетов с целью увеличения доступа РС к своевременной и квалифицированной помощи по диагностике и лечению ИППП, расширив сеть дружественных кабинетов.

Усилить программы по профилактике ВИЧ для РС-ПИН, обеспечив доступ к одноразовым шприцам.

При планировании профилактической работы уделять особое внимание половым партнерам ПИН.

**ОБЗОР**  
**эпидемиологической ситуации**  
**по ВИЧ-инфекции и результаты**  
**дозорного эпидемиологического надзора**  
**среди мужчин, имеющих секс с мужчинами**  
**за 2007 год**  
**в Республике Казахстан**

ОБЗОР  
эпидемиологической  
ситуации  
по ВИЧ-инфекции и  
результаты  
дозорного  
эпидемиологического  
надзора

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ</b>	<b>91</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b>	<b>92</b>
<b>СПИСОК АВТОРОВ</b>	<b>93</b>
<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>94</b>
1.1 Контекст	94
1.2 Цели и задачи	95
1.3 Источники информации	95
<b>2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ</b>	<b>95</b>
2.1. Метод оценки размера популяции	95
2.2. Результаты оценки размера популяции	96
<b>3. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА СЛУЧАЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ</b>	<b>97</b>
3.1. Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию	97
3.2. Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию	97
<b>4. ОБЗОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ</b>	<b>98</b>
<b>5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР</b>	<b>99</b>
5.1 Материалы и методы	99
5.2 Демографические характеристики	101
5.3 Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса	101
5.4 Факторы поведенческого риска	103
5.5 Уровень знаний о ВИЧ и СПИДе	105
<b>6. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ</b>	<b>107</b>
6.1 Выводы	107
6.2 Рекомендации	107

## **СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ**

### **Рисунки**

- Рисунок 1. Охват МСМ профилактическими программами в 2007 году (%)
- Рисунок 2. Распространенность сифилиса среди МСМ по дозорным городам РК
- Рисунок 3. Употребление инъекционных наркотиков среди МСМ в дозорных городах Казахстана (ДЭН, 2007г., в %)
- Рисунок 4. Использование презервативов МСМ во время последнего полового контакта с мужчиной по дозорным городам в 2006 и 2007 годах
- Рисунок 5. Использование МСМ презервативов с непостоянными половыми партнерами по городам (ДЭН, 2007г.)
- Рисунок 6. Охват МСМ профилактическими программами в дозорных городах (%)
- Рисунок 8. Охват МСМ тестированием на ВИЧ по дозорным городам (%)

### **Таблицы**

- Таблица 1. Количество МСМ по БОС, регионы РК, (2007г.)
- Таблица 2. Количество лиц обследованных на ВИЧ инфекцию
- Таблица 3. Распределение по возрасту
- Таблица 5. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса
- Таблица 6. Социально-демографическая характеристика МСМ в дозорных городах (ДЭН, 2007г.)
- Таблица 7. Наличие половых партнеров разных типов среди МСМ за последние 3 месяца

## Список сокращений

<b>БОС</b>	Быстрая оценка ситуации
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВГС</b>	Вирусный гепатит С
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ВКО</b>	Восточно-Казахстанская область
<b>ДЭН</b>	Дозорный эпидемиологический надзор
<b>ЗКО</b>	Западно-Казахстанская область
<b>ИППП</b>	Инфекции, передающиеся половым путем
<b>КВД</b>	Кожно-венерологический диспансер
<b>ЛЖВС</b>	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
<b>МЗ РК</b>	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
<b>МиО</b>	Мониторинг и оценка
<b>ПИН</b>	Потребители инъекционных наркотиков
<b>МСМ</b>	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
<b>СидиСи</b>	Центры по контролю и профилактике заболеваний, США.
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита человека
<b>СКО</b>	Северо-Казахстанская область
<b>ТБ</b>	Туберкулез
<b>ЮКО</b>	Южно-Казахстанская область
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу



## **Список авторов**

1. Хасанова Мариям Аулиехановна, Генеральный директор Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом
2. Ганина Лолита Юрьевна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией РЦ СПИД
3. Ковтуненко Наталья Григорьевна, заведующая референс-лабораторией РЦ СПИД
4. Елизарьева Алла Викторовна, врач эпидемиолог РЦ СПИД
5. Бельгужанова Айман Зиядановна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Карагандинского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом
6. Перзадаев Рамиль Оспанович, заведующий отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Жамбылского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом
7. Жусупов Бауржан Сабитович, руководитель отдела управления качеством AFEW
8. Крюкова Валерия Александровна, Национальный Координатор в РК, Проект по контролю СПИД в Центральной Азии

## 1. ВВЕДЕНИЕ

В данном отчете представлен обзор эпидемиологической ситуации и профилактических мероприятий по одной из закрытых групп населения – мужчин имеющих сексуальные отношения с мужчинами (МСМ). Поскольку СПИД, как новое явление, был впервые выявлен в среде гомосексуалистов, эта группа исторически стала первой уязвимой группой. Уязвимость данной группы обусловлена высоким уровнем поведенческого риска.

Во многих странах мира мужчины имеющие секс с мужчинами (МСМ) подвержены эпидемии ВИЧ, как и прочие группы риска. Основные причины распространения ВИЧ среди МСМ – небезопасный анальный секс без презерватива с частой сменой половых партнеров и необходимость скрывать свои гомосексуальные связи.

В странах Азиатского региона, где традиционной религией является ислам, гомосексуализм преследуется и МСМ испытывают общественное неприятие и вынуждены скрывать свою принадлежность к этой группе. Факты враждебности к МСМ, как со стороны населения, так и правоохранительных органов делает эту группу еще более закрытой, а в Узбекистане преследуются законом по статье 120 УК. Таким образом, стигма и дискриминация со стороны общества вынуждают МСМ скрывать свою сексуальную ориентацию, менять часто половых партнеров, вступать в не защищенные половые контакты, тем самым подвергаясь опасности передачи ВИЧ.

В отчете обобщены и представлены имеющиеся в Казахстане данные по группе МСМ, полученные из различных источников информации, в том числе дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН), надзора за случаями ВИЧ инфекции, быстрой оценки ситуации (БОС) и мониторинга программной деятельности в рамках исполнения Национальной программы профилактики СПИДа в РК.

Представленные в данном отчете материалы, позволили определить оценочную численность МСМ, оценить распространенность ВИЧ-инфекции, сифилиса, изучить модели поведения и факторы риска, определяющие вероятность заражения ВИЧ в данной группе. Знание уровня распространенности ВИЧ-инфекции, сифилиса, информированности и поведенческих особенностей является необходимым условием для планирования и осуществления профилактических программ среди МСМ.

### 1.1. Контекст

Первые случаи ВИЧ-инфекции в мире были диагностированы среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), в Нью-Йорке и Лос-Анджелесе в 1981 году. Эпидемиологи обратили внимание на вспышку Саркомы Капоши – болезни, которая чрезвычайно редко встречается у людей младше 60 лет (1 случай на 1 миллион населения), которая была зарегистрирована среди МСМ. В России до 1995 года половину всех ВИЧ-инфицированных составляли МСМ. Всего с 1987 по 2005 гг. в СНГ было выявлено 837 ВИЧ-инфицированных МСМ. В Казахстане также первый случай ВИЧ инфекции был зарегистрирован у МСМ в г.Темиртау в 1990 году.

В настоящее время в республике Казахстан эпидемия ВИЧ-инфекции находится в концентрированной стадии и распространяется преимущественно в группах населения высокого риска инфицирования ВИЧ, прежде всего, среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). По официальной статистике на 01.01.2008 года в РК среди MSM было выявлено 34 случая ВИЧ-инфекции, что составляет 0,4% от всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. Незначительная доля гомосексуальных половых контактов как пути заражения ВИЧ-инфекции может быть связана как с относительно благополучной ситуацией по ВИЧ-инфекции в группе MSM либо с закрытым и труднодоступным характером этой группы, вследствие чего может тестироваться нерепрезентативная часть MSM.

## **1.2. Цели и задачи**

*Цель:* Представить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в группе MSM на основе доступных источников информации.

*Задачи:*

1. Описать эпидемиологическую ситуацию и оценить роль группы MSM в развитии эпидемиологического процесса.
2. Оценить распространенность моделей поведения, сопряженных с риском ВИЧ инфицирования, среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами.
3. Оценить реализуемые среди MSM профилактические вмешательства

## **1.3. Источники информации**

1. Отчеты РЦ СПИД по эпидемиологическому надзору за зарегистрированными случаями.
2. Отчеты по дозорному эпидемиологическому надзору среди MSM за 2007г.
3. Отчет о проведении быстрой оценки ситуации (БОС) среди MSM.
4. Отчет РЦ СПИД по мониторингу профилактических вмешательств в республике Казахстан за 2007 год.
5. Программа по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010г.г.

## **2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ**

### **2.1. Метод оценки размера популяции**

Согласно методическим рекомендациям<sup>1</sup>, гомосексуальная ориентация реализуется примерно у 4% мужского населения, и гомосексуальная ориентация является вариантом психического развития, встречающимся в разных популяциях примерно с одинаковой

---

<sup>1</sup> Быстрая оценка численности уязвимых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами): методические рекомендации/И.Б.Ерасилова, В.А.Крюкова, Р.М.Демеуова, А.Б.Косухин – Алматы, 2004 – 16С

частотой (коэффициент Кинзи<sup>2</sup>). При этом возраст начала однополой сексуальной активности (мода) составляет 18 лет, а ее угасания – 60 лет. Группа мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами, является одной из наименее доступных для непосредственного наблюдения. В соответствии с указанными методическими рекомендациями для оценки численности группы рекомендуется в исполнительном государственном органе статистики выяснить численность мужчин от 18 до 59 лет, проживающих в данном населенном пункте, 4% от их численности составят мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами. Численность этой группы населения является активно дискутируемой.

Например, в городе с населением 300 000 человек проживает 75 000 мужчин от 18 до 59 лет. Численность мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами, в таком городе должна быть оценена в 4% от 75 000 или в 3 000. Данные БОС рассчитываются по следующей методике: общее население делим на 4, получаем мужское население репродуктивного возраста. Определяем от этой цифры 4 процента и получаем количество МСМ.

## 2.2. Результаты оценки размера популяции

Первая оценка численности МСМ была проведена Робертом Ооствогелс 14 мая по 6 июня 2003 в Шымкенте, Астане и Павлодаре. Консультант использовал процент Кинзи (5%). Возраст обследованных мужчин варьировал от 20 до 49 лет. Для проведения оценки численности МСМ в Шымкенте Р.Ооствогелс использовал следующие данные: население в Шымкенте приблизительно 500.000 человек. По оценкам, мужское население составляло примерно 250.000. Сексуально активная часть этого мужского населения оценена в 80% или 200.000. Используя процент Кинзи (5%), он экстраполировал, что субпопуляция сексуально активных мужчин, склонных к гомосексуальному поведению составляет 10.000. Павлодар – город среднего размера, с населением приблизительно 300.000 человек и 5 % сексуально активного мужского населения, склонного к гомосексуальному поведению составило 6000<sup>3</sup> мужчин. По оценкам, среди общего населения Астаны (600.000) существует приблизительно 12.000 мужчин, которые склонны к гомосексуальному поведению.

Согласно методическим рекомендациям за 2007 год оценочная численность МСМ, представленная 9 ОГЦ СПИД (Актюбинская, Восточно-Казахстанская, Жамбылская, Карагандинская, Кызылординская области и гг. Алматы, Астана), составила 41000 человек. В 2006 году численность МСМ по БОС была равна 25980 в семи городах Казахстана. В целом по республике оценка ситуации не проведена.

---

<sup>2</sup> Альфред Кинзи, американский ученый, занимающийся вопросами человеческой сексуальности. Во время своего революционного, на тот момент, исследования сексуальности американского общества в 1948 году, Кинзи обнаружил что, средняя доля мужчин и женщин, склонных к гомосексуальному поведению составляет 5% от общего населения

<sup>3</sup> По грубым подсчетам мужчины составляют половину населения. 80% из 150 000 мужчин сексуально активны. Из 120 000 сексуально активных мужчин 5% равняется 6000.

Таблица 1. Количество МСМ по БОС, регионы РК, (2007г.)

Регион	Количество МСМ по БОС	Численность населения, тыс.
Актюбинская	300	695,454
Восточно-Казахстанская область	10500	1424,513
г.Алматы	3000	1620,696
г.Астана	6000	748,559
Жамбылская	3700	1009,210
Карагандинская	2000	1339,368
Кызылординская	2000	625,070
Павлодарская	3500	744,860
Южно-Казахстанская	10000	2282,470
<b>ВСЕГО</b>	<b>41000</b>	<b>10,490200</b>

### 3. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА СЛУЧАЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ

#### 3.1. Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию

В Республике Казахстан в соответствии со Статьей №5 Закона Республики Казахстан «О профилактике заболевания СПИД» от 05.10.1994 года (дополнения и изменения №477-1от 16.11.1999г., №13-III от 20.12.2004г., ЗПК № 172-III от 07. 07. 2006 года) все граждане имеют право на бесплатное анонимное, добровольное, конфиденциальное медицинское освидетельствование и консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения. Обследование на ВИЧ-инфекцию граждан РК, иностранцев проводится в соответствии с «Правилами медицинского освидетельствования на выявление заражение вирусом иммунодефицита человека», утвержденного приказом МЗ РК №575 от11.06.02г. Тестирование МСМ проводится также на добровольной, анонимной или конфиденциальной основе и регистрируется по коду 103. МСМ обследуются на ВИЧ-инфекцию при обращении в дружественные кабинеты и кабинеты анонимного тестирования, а также при поддержке волонтеров неправительственных организаций. При этом объем обследования по коду 103 среди МСМ остается незначительным. Чаще всего МСМ обращаются в частные медицинские организации для обследования и лечения ИППП, а также тестирования на ВИЧ, то есть тестируются по другим кодам. В связи с этим Центры СПИД не могут дифференцировать эту популяцию от других групп населения. Поэтому данные по коду 103 не могут отражать как объем, так и результаты тестирования МСМ на ВИЧ-инфекцию. Кроме этого, более обеспеченные МСМ могут позволить обследование и лечение за границей, что является другим обстоятельством, влияющим на тестирование и его результаты.

#### 3.2. Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию

На основании данных по форме №4 количество лиц обследованных на ВИЧ в РК за

четыре года с 2004г. по 2007г. составило 4741053, было выявлено новых случаев ВИЧ – 5135. По коду 103 было обследовано 648 МСМ, что составило всего 0,014%. С 2004 года по 2007 год по 103 коду не было выявлено ни одного случая ВИЧ среди МСМ. По другим кодам было выявлено ВИЧ-инфицированных МСМ: в 2004 году – 2, в 2005 году – 3, в 2006 году – 9 человек и в 2007 году – 7. О том, что эти люди инфицированы во время гомосексуальных контактов, было установлено при проведении эпидемиологических расследований.

*Таблица 2. Количество лиц обследованных на ВИЧ инфекцию*

Годы	Количество лиц обследованных на ВИЧ	Количество новых случаев ВИЧ	Количество обследованных МСМ по коду 103	Количество ВИЧ среди МСМ	Количество ВИЧ среди МСМ по другим кодам
2004 г.	863122	625	116	0	2
2005 г.	951748	887	280	0	3
2006 г.	1163415	1644	108	0	9
2007г.	1762768	1979	144	0	7

Таким образом, официальная статистика не отражает в полной мере распространения ВИЧ среди МСМ, в виду того, что данная популяция стигматизирована и при обращении за медицинской помощью не идентифицируют себя как МСМ.

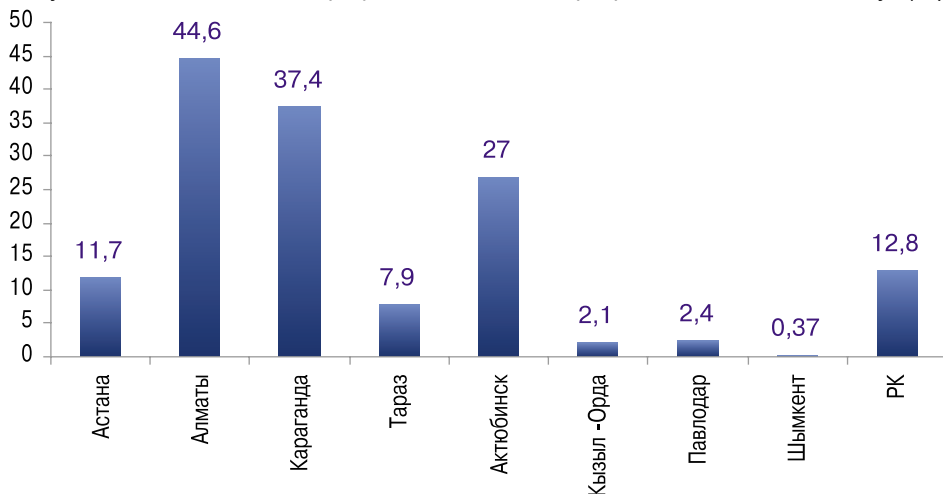
#### **4. ОБЗОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Профилактические мероприятия среди МСМ в 2007 году проводились в девяти городах Казахстана, где МСМ контактировали с местными НПО либо с центрами СПИД: в Алматы, Астане, Караганде, Кызылорде, Таразе, Актобе, Усть-Каменогорске, Павлодаре и Шымкенте. Реализация профилактических программ среди МСМ осуществлялась при поддержке волонтеров из неправительственных организаций, работающих в этом направлении. В целом по Республике зарегистрировано 6 НПО, занимающихся защитой прав секс меньшинств и профилактикой ВИЧ и ИППП среди МСМ: «Жемчужина», «Гала» (Карагандинская область), «Адали», «Альянс Азия» (Алматы), «Оникс» (Актюбинская область), «Лига» (Астана).

Охвачено профилактическими программами 3331 МСМ, что составляет 8,1% от БОС (2006г. – 2087 или 8% от БОС). Основные услуги по обеспечению презервативами и информационно-образовательными материалами оказывают аутрич-работники НПО. За 2007 год произведено 5062 выхода аутрич работников в места сбора МСМ (плешки), в 2006 году – 3984, то есть был отмечен рост в 1,3 раза. Ими же предоставляются информация о доступных услугах для представителей этой целевой группы в дружественных кабинетах центров СПИД: консультировании о ВИЧ, СПИДе и ИППП, тестировании,

лечение ИППП. За 2007 год по Республике подготовлено 155 аутирич-работников, работающих среди МСМ. По направлению аутирич-работников проконсультировано у психолога 998 МСМ, что составляет 2.4% от БОС, получили услуги врача дерматовенеролога 965 МСМ или 2.4% от БОС, роздано – 175836 презервативов.

Рисунок 1. Охват МСМ профилактическими программами в 2007 году (%)



## 5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР

### 5.1 Материалы и методы

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Об организации и проведении дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан» № 634 от 23.12.2005 года на территории Республики Казахстан внедрен и проводится дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН), который предусматривает добровольное связанное анонимное тестирование и анкетирование после получения устного информированного согласия респондента.

Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией среди МСМ в 2007 году проведен в 4 городах (Караганда, Тараз, Астана, Алматы). Выборка группы МСМ составила 450 человек. Критерии отбора: в ДЭН за ВИЧ-инфекцией включались мужчины, имеющие оральный или анальный секс с другими мужчинами в течение последних 6 месяцев и не участвовали в аналогичных исследованиях в течение 2 последних недель. Исследование проводилось в сотрудничестве с неправительственными организациями (НПО) и волонтерами ОГЦСПИД в соответствии с типовым календарным планом. Проводилось связанное анонимное тестирование с до- и послетестовым консультированием с получением устного информированного согласия обследуемого с предложени-

ем сдать биоматериал на исследование и заполнением типовой анкеты.

Участники исследования получали информацию о путях передачи и способах профилактики ВИЧ-инфекции, о значении тестирования на ВИЧ и профилактическое консультирование, направленного на снижение индивидуального риска. В г.Караганде дозорными участками являлись места, где МСМ собираются для поиска сексуальных партнеров и общения – это были гей-клуб, офис НПО, бары и др. В Алматы с использованием «выборки, построенной самими респондентами». Первоначально были распространены письма-приглашения в места, где собираются МСМ. В этих приглашениях описывалось исследование, цели его, задачи, дата начала исследования и предоставление вознаграждения за приглашение своих знакомых МСМ. В 2007 году самостоятельно по письмам приглашения пришли четыре человека. Всем участникам выдавались по три карточки для приглашения своих знакомых. Таким образом была набрана выборка МСМ. Приглашение и участие в исследовании поощрялись вознаграждением.

Целью ДЭН среди МСМ является изучение распространенности ВИЧ инфекции, ВГС, сифилиса, факторов поведенческого риска, уровня знаний и охвата профилактическими программами для разработки и внедрения эффективных профилактических программ; анализ и оценка их эффективности; внедрение системы эффективных мер для предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции среди МСМ.

Задачи дозорного эпидемиологического надзора:

- Оценка распространенности ВИЧ– инфекции, ВГС и сифилиса среди МСМ
- Оценка распространенности моделей поведения и факторов риска, определяющих вероятность заражения ВИЧ, ВГС, сифилисом.
- Определение осведомленности МСМ о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики заражения
- Доступность средств профилактики среди МСМ
- Охват МСМ профилактическими мероприятиями
- Охват МСМ добровольным тестированием на ВИЧ

Критерии отбора: мужчины, которые хотя бы один раз в течении последних 6 месяцев имели оральный или анальный секс с другими мужчинами.

Методика отбора респондентов: ДЭН проводился в местах скопления МСМ, где они собирались для поиска сексуальных партнеров и общения (рестораны, бары, гей-клубы, особые участки городов, квартиры, офисы НПО и т.д.) Данные о таких местах представили сами МСМ – волонтеры НПО «Жемчужина» и «Гала» г. Караганда, волонтеры центров СПИД г. Астаны и г. Тараз.. В г. Караганде составлена карта города, на которую нанесены места встреч МСМ (25 точек). В других городах проводился отбор МСМ волонтерами центров СПИД, среди своего окружения, знакомых. ДЭН проводился во всех местах сбора МСМ (сплошная выборка). . В г. Алматы исследование в 2007г. проводилось по выборке составленной самими респондентами (методика RDS – respondent driven sampling). Участие в исследовании было анонимным и добровольным,



на основе информированного согласия с до- и после-тестовым консультированием.

Места проведения и количество участников ДЭН в 2006-2007гг.

– 2006г. – 215 респондентов (Караганда – 89, Астана – 95, Тараз – 31);

– 2007г. – 450 респондентов (Караганда – 89, Астана – 100, Тараз – 31, Алматы – 230).

Сухая капля крови тестирована на ВИЧ, гепатит С, сифилис. Серологический этап исследования проводился по второй стратегии тестирования методом ИФА:

– скрининговый этап с использованием тест-систем российского производства

– Экспертный этап с использованием тест-системы «Murex».

Результаты анализов можно было узнать по индивидуальному коду.

## 5.2. Демографические характеристики

Выборочная совокупность представлена респондентами от 16 до 51 года в 2006 году и от 18 до 51 года в 2007 году. Медиана возраста составила 25 лет, средний возраст находился в пределах от 25,7 до 25,9 лет.

Таблица 3. Распределение по возрасту

	<b>2006г.</b>	<b>2007г.</b>
Возраст	От 16 до 51 года	От 18 до 50 лет
Медиана возраста	25 лет	25лет
Средний возраст	25,7 лет	25,9лет

## 5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса

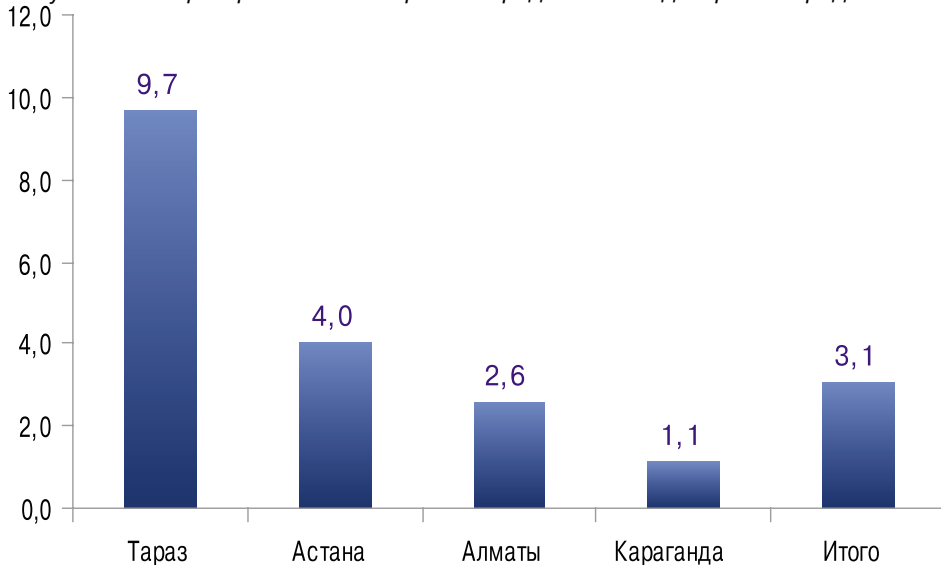
Распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ в 2006-2007годах составила 0%. Значимых изменений в распространенности ВГС и сифилиса в 2007 году по сравнению с 2006 годом не наблюдалось.

Таблица 5. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса

	<b>2006г.</b>	<b>2007г.</b>
ВИЧ	0%	0%
ВГС	1,4%	1,8%
сифилис	2,8%	3,1%

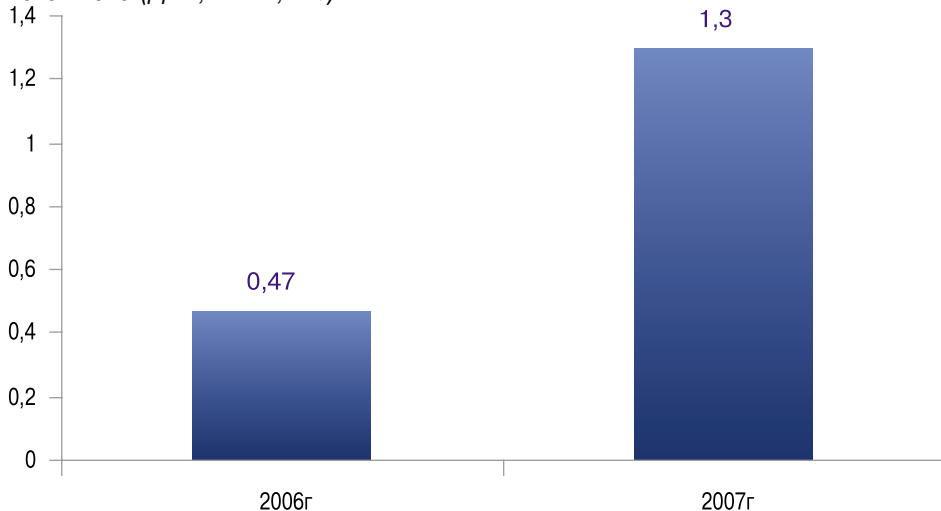
Распространенность сифилиса в целом по дозорным городам составила 3,1%, наиболее высокой она была в г. Таразе (9,7%).

*Рисунок 2. Распространенность сифилиса среди MSM по дозорным городам РК*



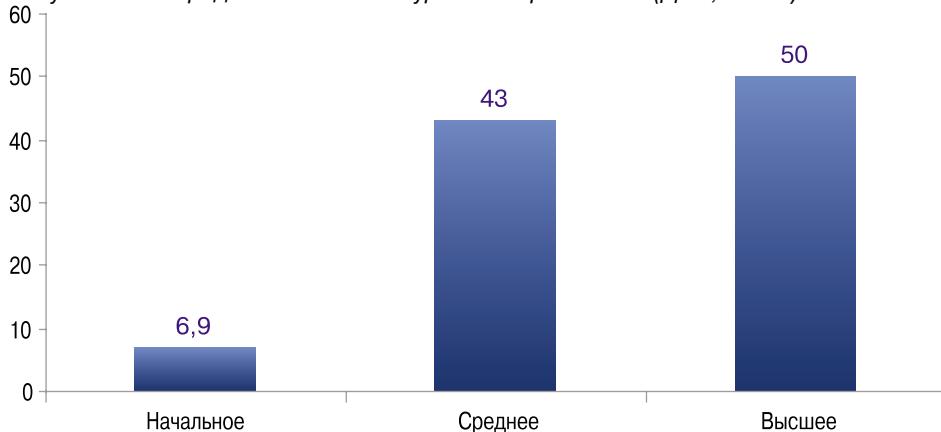
В группе MSM имеет место инъекционное потребление наркотиков. В 2007 году 1.3% MSM ответили, что употребляют наркотики, это почти в 3 раза больше чем в 2006 году. Эти данные подтверждаются распространенностью ВГС: 1,8% в 2007г.

*Рисунок 3. Употребление инъекционных наркотиков среди MSM в дозорных городах Казахстана (ДЭН, 2007г., в %)*



Группа МСМ имеют достаточно высокий уровень образования. В 2007 году доля МСМ с высшим образованием составила 50%, со средним образованием – 43%. Только 6,4% МСМ не работали и не учились.

Рисунок 4. Распределение МСМ по уровню образования (ДЭН, 2007г.)



Данная группа имеет достаточно высокий доход: средний месячный доход составил 81600 тенге, медиана дохода – 60000 тенге. Причем уровень дохода выше в двух столицах – Алматы и Астане.

Таблица 6. Социально-демографическая характеристика МСМ в дозорных городах (ДЭН, 2007г.)

	Алматы	Караганда	Астана	Тараз
Средний возраст	25.8	24.8	26.4	28.8
Медиана возраста	25	24	26	28
Среднее образование	36.5%	55%	45%	51.6%
Высшее образование	59%	38.2	42%	42%
Работают	77%	56%	69%	71%
Не работают	8.7%	0%	8%	3.2%
Средний доход, тенге	95650	34200	80000	39600

#### 5.4. Факторы поведенческого риска

МСМ имеют повышенный риск заражения ВИЧ: 53,5% респондентов имели постоянных половых партнеров и 9,7% коммерческих (2006 год – 75.5% и 11% соответственно). Несмотря на достаточно высокий процент использования презервативов с не-

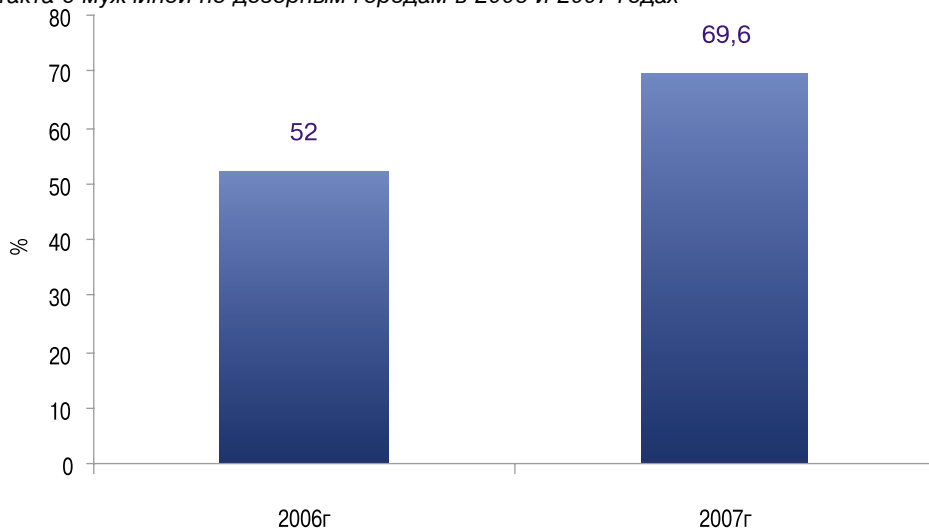
постоянными половыми партнерами (86% по РК), с постоянными половыми партнерами использовали презервативы при последней половой связи только 36% МСМ.

*Таблица 7. Наличие половых партнеров разных типов среди МСМ за последние 3 месяца*

	<b>2006 год</b>	<b>2007год</b>
Постоянные партнеры	64%	65.7%
Непостоянные партнеры	76%	54%
Коммерческие партнеры	11%	10%
Мужчин	99%	91%
Женщин	21%	25%

Использование презервативов во время последнего полового контакта с последним половым партнером является важным показателем эффективности профилактической работы среди МСМ. Данный показатель по сравнению возрос с 52% в 2006 году до 70% в 2007 году.

*Рисунок 4. Использование презервативов МСМ во время последнего полового контакта с мужчиной по дозорным городам в 2006 и 2007 годах*

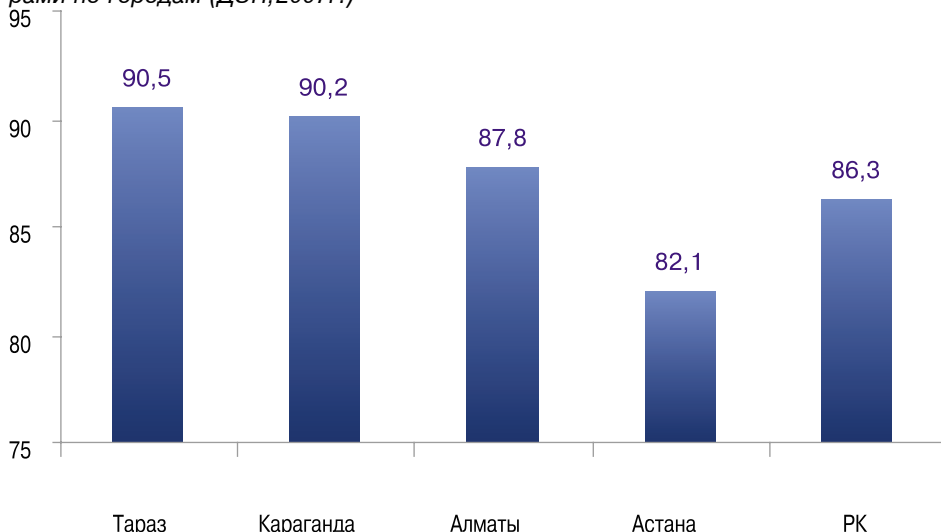


Симптомы ИППП имели 10,2% МСМ (2006г. – 15,3%). При этом предпочли обратиться за помощью к частному врачу 30,4% МСМ с симптомами ИППП, к знакомому медицинскому работнику – около 20%, а 34% ни к кому не обращались. Таким образом,

для МСМ в целом характерно рискованное половое поведение: наличие непостоянных половых партнеров, наличие симптомов ИППП, распространенность сифилиса.

Отмечается довольно высокий процент использования презервативов с непостоянными партнерами. При среднем показателе в 86%, он наиболее высокий в Караганде и Таразе (90%), низкий – в Астане (82%).

*Рисунок 5. Использование МСМ презервативов с непостоянными половыми партнерами по городам (ДЭН, 2007г.)*

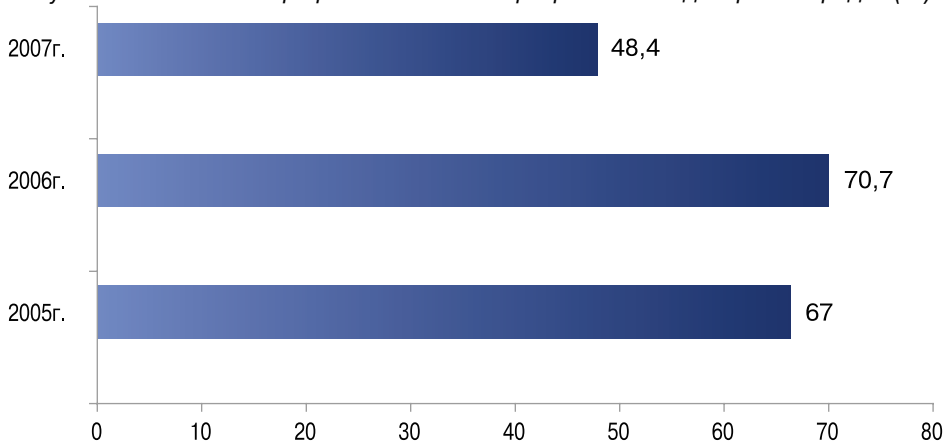


### **5.5. Уровень знаний о ВИЧ и СПИДе**

Уровень знаний МСМ о путях передачи ВИЧ несколько вырос и составил 67,5% (в 2006 году – 54,4%). А доля МСМ правильно определивших истинные меры профилактики ВИЧ-инфекции и правильно назвавшие мнимые пути передачи ВИЧ в 2007 году составила всего 16,2% (73 человека).

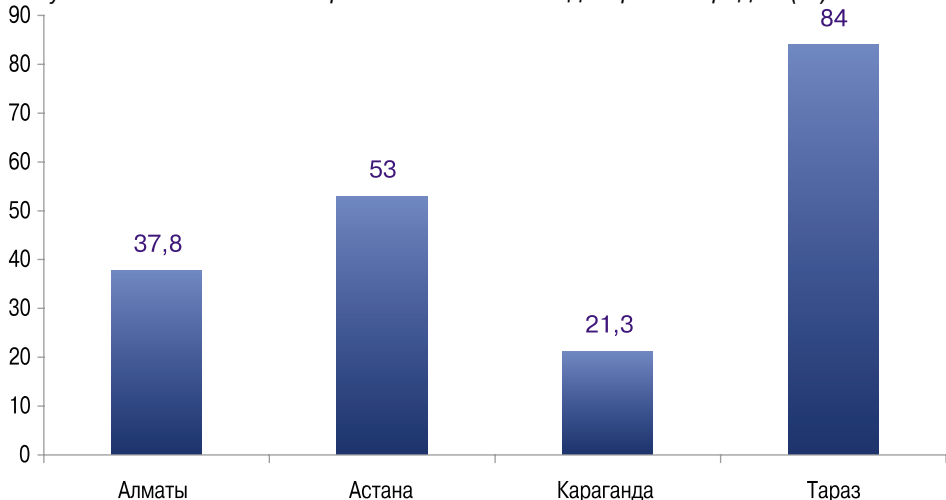
С целью определения доступности услуг по профилактике ВИЧ-инфекции и охвата профилактическими программами МСМ были опрошены о следующих услугах: получение презервативов, информационно-образовательных материалов, медицинской помощи в ЛПО. По результатам ДЭН 2007 года доля МСМ, охваченных профилактическими программами, составила в среднем по Казахстану 48,4%. По сравнению с 2006 годом отмечено уменьшение охвата по Казахстану на 22%, что можно объяснить недостаточно репрезентативной выборкой в 2006 году (анализ проведен только по двум городам Алматы и Караганда, где давно работают НПО и МСМ больше вовлечены в профилактические программы).

*Рисунок 6. Охват МСМ профилактическими программами в дозорных городах (%)*



Одной из действенных профилактических мер является добровольное тестирование на ВИЧ, сопровождающееся психосоциальным консультированием. В 2007 году тестированием на ВИЧ было охвачено всего 41% МСМ. Тестировались добровольно 39% МСМ и получили свои результаты 94% из них.

*Рисунок 8. Охват МСМ тестированием на ВИЧ по дозорным городам (%)*



Самый высокий процент МСМ, тестировавшихся на ВИЧ, наблюдался в Таразе (80%), самый низкий — в Караганде (21%).

## **6. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **6.1 Выводы**

1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ инфекции среди MSM остается относительно благополучной и соответствует регистрации случаев ВИЧ среди этой популяции (по данным ДЭН распространенность ВИЧ составила 0%, по данным официальной статистики только 0,4% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции была связана с гомосексуальным путем передачи).

2. Употребления инъекционных наркотиков среди MSM не распространено. В 2007 году только 1,3% MSM сказали, что употребляют наркотики. Данные подтверждаются распространенностью ВГС: 1,8% в 2007 году.

3. Для MSM в целом характерно рискованное половое поведение: наличие непостоянных и коммерческих половых партнеров (63,2%), наличие симптомов ИППП (10,2%). При этом за медицинской помощью обратились чуть более половины MSM.

4. Несмотря на то, что основная часть MSM (86,3%) используют презервативы с непостоянными половыми партнерами, с постоянными половыми партнерами использовали презервативы только 36% MSM.

5. Достаточно высокая степень риска полового поведения подтверждается данными распространенности сифилиса (2007 год – 3,1%).

6. Доля MSM правильно определивших истинные меры профилактики ВИЧ-инфекции и правильно назвавшие мнимые пути передачи ВИЧ в 2007 году низкая и составила всего 16,2%.

7. Охват MSM профилактическими программами снизился с 70,7% в 2006 году до 48,4% в 2007 году.

8. Всего прошли тестирование 41% MSM, из них добровольно протестировано 39%.

### **6.2. Рекомендации**

1. Необходимо активизировать профилактическую работу среди MSM с усилением образовательного компонента, с упором на реальное изменение поведения, увеличить доступность и пропаганду презервативов

2. Для обеспечения репрезентативности выборки необходимо использовать выборку, построенную самими респондентами.

3. Необходимо увеличить доступ MSM к добровольному тестированию на ВИЧ-инфекцию с до- и послетестовым консультированием.

4. Активизировать работу дружественных кабинетов по диагностике и лечению ИППП у MSM.





**ОБЗОР**  
**эпидемиологической ситуации**  
**по ВИЧ-инфекции и результаты**  
**дозорного эпидемиологического надзора в**  
**Республике Казахстан за 2007 год**  
**среди осужденных**

ОБЗОР  
эпидемиологической  
ситуации  
по ВИЧ-инфекции и  
результаты  
дозорного  
эпидемиологического  
надзора

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ</b>	<b>111</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b>	<b>113</b>
<b>СПИСОК АВТОРОВ</b>	<b>114</b>
<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>115</b>
1.1. Контекст	115
1.2. Цели и задачи	118
1.3. Источники информации	118
<b>2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ</b>	<b>118</b>
<b>3. НАДЗОР ЗА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СЛУЧАЯМИ</b>	<b>120</b>
3.1. Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию	120
3.2. Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию	121
<b>4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ</b>	<b>131</b>
<b>5. ДАННЫЕ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА</b>	<b>134</b>
5.1. Материалы и методы	135
5.2. Характеристика популяции заключенных	136
5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса	136
5.4. Факторы поведенческого риска	142
5.4.1. Инъекционное поведение	142
5.4.2. Половое поведение	143
5.5. Уровень знаний о ВИЧ и СПИД	144
5.6. Охват профилактическими программами	146
5.7. Тестирование на ВИЧ-инфекцию	148
5.8. Оценка доли ПИН среди осужденных	150
5.9. Оценка численности ЛЖВС	150
<b>6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	<b>151</b>
6.1. Выводы	151
6.2. Рекомендации	152

## СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

### Рисунки

- Рисунок 1. Структура выявленных случаев ВИЧ-инфекции по кодам в 2007 году (N=1979)
- Рисунок 2. Численность ВИЧ-инфицированных в МЛС на 1 января 2007 и 2008 годов
- Рисунок 3. Характеристика скрининга спецконтингента в МЛС в динамике по годам (2004-2007)
- Рисунок 4. Объемы тестирования осужденных и следственно арестованных в разбивке по СИ и ИУ в 2006 и 2007 годах
- Рисунок 5. Распределение следственно-арестованных, которые не были обследованы на ВИЧ, по следственным изоляторам (2007 год, N=1911)
- Рисунок 6. Количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе и в социуме по годам (1997-2007)
- Рисунок 7. Распределение зарегистрированных случаев по СИ и ИУ в 2007 году (N=613)
- Рисунок 8. Количество новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в МЛС по областям в 2006-2007 гг.
- Рисунок 9. Соотношение регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции в СИ и ИУ, 2007г. (N=213)
- Рисунок 10. Распределение случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в ИУ, по предполагаемым местам заражения в 2007 году (N=213)
- Рисунок 11. Регистрация новых случаев ВИЧ среди осужденных, инфицированных в исправительных учреждениях РК в 2006-2007 гг.
- Рисунок 12. Случаи инфицирования ВИЧ среди осужденных внутри исправительных учреждений в 2007 году
- Рисунок 13. Распределение осужденных, заражение которых предположительно произошло в СИ-1 г.Алматы, по регионам (2007, N=102)
- Рисунок 14. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди осужденных в 2007 году (N=4549)
- Рисунок 15. Распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных в Республике Казахстан за 2004-2007 гг. (ДЭН)
- Рисунок 16. Распространенность ВИЧ среди осужденных по областям Казахстана, 2007 год, (N =4549)
- Рисунок 17. Распространенность ВГС среди осужденных в Республике Казахстан за 2005-2007 годы
- Рисунок 18. Распространенность гепатита С среди осужденных по областям Казахстана, 2007г. (N = 4549)

- Рисунок 19. Распространенность сифилиса среди осужденных в Республике Казахстан за 2005-2007 годы
- Рисунок 20. Распространенность сифилиса среди осужденных по областям Казахстана, 2007г (N =4549)
- Рисунок 21. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, инфицированных и не инфицированных гепатитом С и сифилисом, 2007г. (N =4549)
- Рисунок 22. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса среди осужденных – мужчин и женщин – в ИУ Казахстана, 2007 год (N =4549)
- Рисунок 23. Мнение осужденных об инъекционных практиках введения наркотиков в ИУ, Казахстан, 2005-2007 годы
- Рисунок 24. Мнение осужденных об использовании презервативов при гомосексуальных контактах в ИУ, Казахстан (2005-2006гг.)
- Рисунок 25. Процент осужденных, которые правильно указали меры профилактики ВИЧ и в то же время правильно назвали неверные представления о путях передачи ВИЧ, Казахстан, 2005 -2007гг.
- Рисунок 26. Процент осужденных, которые правильно указали меры профилактики ВИЧ и в то же время правильно назвали неверные представления о путях передачи ВИЧ, Казахстан, 2007г. (N=4549)
- Рисунок 27. Доступность дезинфицирующих средств, Казахстан, 2007г. (N=4549)
- Рисунок 28. Доступность дезинфицирующих средств в ИУ по областям Казахстана, 2007г. (N=4549)
- Рисунок 29. Доступность презервативов в ИУ Казахстана (2005 -2007 гг.)
- Рисунок 30. Доступность презервативов в ИУ по областям Казахстана, 2007 год, (N=4549)
- Рисунок 31. Процент осужденных, тестировавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев, все сайты, Казахстан (2005-2007 гг.)
- Рисунок 32. Доля осужденных, тестировавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев, по областям Казахстана, 2007 год (N=4549)
- Рисунок 34. Распространенность ВГС среди ПИН и заключенных (ДЭН, 2007)

## Таблицы

- Таблица 1. Данные по скринингу в следственных изоляторах в разрезе областей
- Таблица 2. Количество выявленных ВИЧ-инфицированных среди спецконтингента в пенитенциарной системе в разрезе областей в 2006 -2007г.г. и нарастающим итогом.

## Список сокращений

<b>АРВТ</b>	Антиретровирусная терапия
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита человека
<b>ИППП</b>	Инфекции, передающиеся половым путем
<b>ТБ</b>	Туберкулез
<b>ВГС</b>	Вирусный гепатит С
<b>СИ, СИЗО</b>	Следственный изолятор
<b>ИУ</b>	Исправительное учреждение
<b>Спец.</b>	Лица, находящиеся в местах лишения свободы
<b>контингент</b>	
<b>МиО</b>	Мониторинг и оценка
<b>МЛС</b>	Места лишения свободы
<b>ДЭН</b>	Дозорный эпидемиологический надзор
<b>БОС</b>	Быстрая оценка ситуации
<b>ЛЖВС</b>	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
<b>КУИС</b>	Комитет уголовно-исполнительной системы
<b>ПИН</b>	Потребители инъекционных наркотиков
<b>СР</b>	Секс-работники
<b>ИОМ</b>	Информационно-образовательные материалы
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу.
<b>СиДиСи</b>	Центры по контролю и профилактике заболеваний, США.
<b>СААР</b>	Проект Всемирного банка по контролю СПИД в Центральной Азии.

## **Список авторов**

1. Хасанова Марьям, Генеральный директор Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом
2. Ганина Лолита Юрьевна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом
3. Ковтуненко Наталья Григорьевна, заведующая референс-лабораторией РЦ СПИД
4. Тасбулатова Акнур Ханаевна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Мангистауского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом
5. Лопухина Ольга Алексеевна, врач-эпидемиолог Северо-Казахстанского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом
6. Жусупов Бауржан Сабитович, руководитель отдела управления качеством СПИД фонда Восток-Запад
7. Крюкова Валерия Александровна, Национальный Координатор в РК Региональной группы управления проектом по контролю СПИД в Центральной Азии

## 1. ВВЕДЕНИЕ

### 1.1 Контекст

Данный отчет представляет собой анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ и СПИД в пенитенциарной системе Республики Казахстан. Он подготовлен с использованием данных, полученных из следующих источников информации:

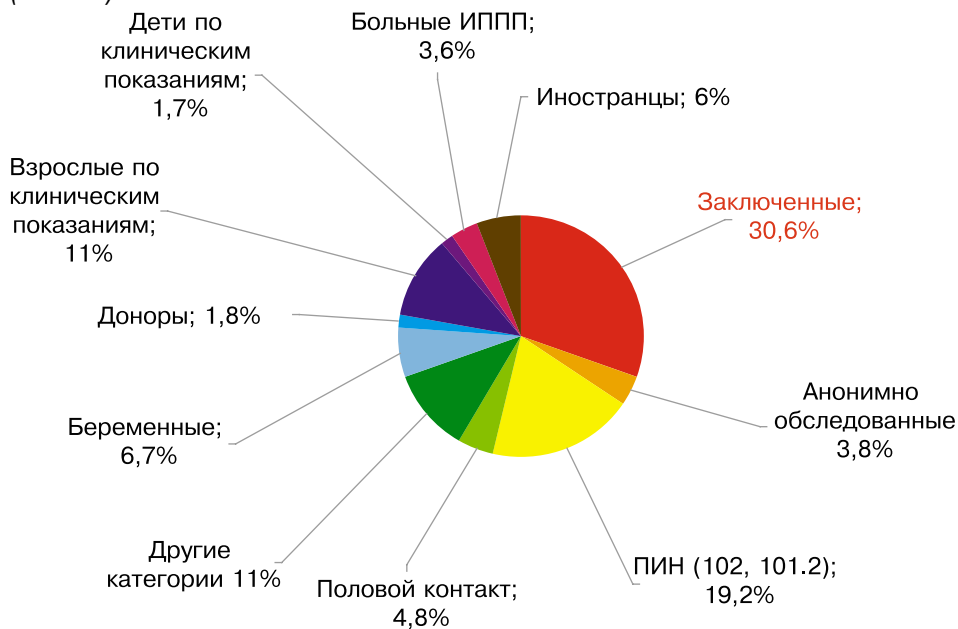
- результатов исследования, полученных методом активного слежения (ДЭН, 2007г.) среди осужденных;
- отчетов Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом по эпидемиологическому надзору за случаями, учитывающему количество зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИДа;
- показателей мониторинга программной деятельности.

Мониторинг ситуации, связанной с распространением ВИЧ, и сбор соответствующих данных крайне необходимы для контроля уровня заболеваемости ВИЧ, более глубокого представления об эпидемии и для принятия адекватных решений. От понимания основных путей распространения ВИЧ-инфекции, социальных, поведенческих, культурных и экономических факторов и правильного отношения к мерам профилактики зависит стабилизация ситуации и сокращение дальнейшего распространения СПИДа.

В Казахстане, как и в других странах Восточной Европы и Центральной Азии, эпидемия распространяется преимущественно в группах населения высокого риска, прежде всего, среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и заключенных. Уровень реального распространения ВИЧ в этих двух группах значительно выше, чем среди остального населения. Многочисленные исследования в различных странах показывают, что доля наркопотребителей среди лиц, содержащихся в тюрьмах, может достигать 40-80%. Популяция ПИН является криминогенной средой. Можно привести следующие обстоятельства, объясняющие взаимосвязь между наркопотреблением и содержанием в местах лишения свободы: некоторые заключенные употребляли наркотики до попадания в тюрьму и продолжают употреблять в местах лишения свободы; некоторые начинают употреблять наркотики в тюрьме; некоторые из числа наркопотребителей совершают преступления для финансирования своих потребностей в наркотиках; некоторые вовлечены в преступную деятельность, которая приводит их в контакт с наркотиками; в некоторых странах потребление наркотиков является уголовно наказуемым, и поэтому наркопотребители рано или поздно, в своем большинстве попадают в места лишения свободы. Именно поэтому потребители наркотиков зачастую составляют значительную часть среди заключенных и, как показывают результаты независимых исследований и дозорного эпидемиологического надзора, продолжают употреблять наркотики, находясь в заключении. Употребление наркотиков вообще, и инъекционных наркотиков в частности, а также насилие и практика сексуальных отношений между мужчинами имеют место в местах лишения свободы. Многие потребители наркотиков отбывают тюремное наказание неоднократно. Немало заключенных попадает в тюрьму уже инфицированными

ми ВИЧ. Но есть также факты, подтверждающие заражение ВИЧ инфекцией во время отбывания наказания в местах лишения свободы. Частое использование зараженного инструментария для инъекций, нанесение татуировок является основными путями передачи ВИЧ среди заключенных. Данная ситуация характерна для большинства пенитенциарных систем мира, вспышки ВИЧ-инфекции в тюрьмах зарегистрированы во многих странах, включая Шотландию, Австралию, Литву и Россию. Казахстан в этом плане также не является исключением. Ситуация с распространением ВИЧ и СПИДа в республике сложная. Кумулятивно на конец 2007 года в республике было зарегистрировано 9379 случаев ВИЧ-инфекции, из них 30,6% от всех случаев выявления приходится на пенитенциарную систему. В 2007 году в Казахстане было зарегистрировано 1979 новых случаев ВИЧ-инфекции, из них в МЛС было выявлено 613 случаев ВИЧ, среди которых 13 человек являются иностранными гражданами. На рисунке 1 приводится структура зарегистрированных в 2007 году случаев ВИЧ-инфекции, которая отражает долю пенитенциарной системы в общей регистрации случаев.

Рисунок 1. Структура выявленных случаев ВИЧ-инфекции по кодам в 2007 году (N=1979)

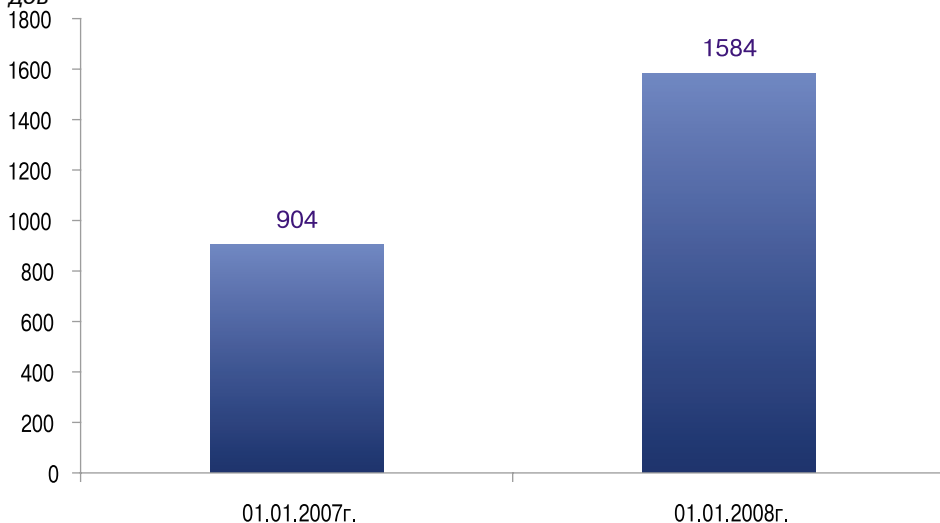


Не вызывает сомнений, что в МЛС происходит нарастание концентрации людей с ВИЧ-положительным статусом. На 01.01.2008 года в пенитенциарных учреждениях республики содержалось 1584 ВИЧ-инфицированных (2006г. – 705), в том числе в след-



ственных изоляторах — 168 человек. Возрастающая концентрация ВИЧ-позитивных в местах лишения свободы требует принятия безотлагательных мер по предотвращению новых заражений уже внутри системы КУИС Республики Казахстан. Поскольку значительная доля лиц, находящихся в МЛС, имеет опыт употребления наркотиков, что подтверждается выявлением большого количества ВИЧ-инфицированных в этой категории населения, то эффективный контроль над эпидемией должен включать активную работу среди заключенных.

*Рисунок 2. Численность ВИЧ-инфицированных в МЛС на 1 января 2007 и 2008 годов*



Наибольшее число ВИЧ-инфицированных осужденных содержится в Карагандинской (383) и Восточно-Казахстанской (313) и Алматинской (187) областях, т.е. в тех регионах, где сосредоточено наибольшее число исправительных учреждений. Во всех областях ВИЧ-инфицированные содержатся вместе с другими осужденными. Анализируя результаты эпидемиологических исследований случаев ВИЧ-инфекции среди заключенных, можно сделать вывод, что распространению ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях способствуют такие факторы, как:

- доступность наркотиков в исправительных учреждениях;
- увеличение количества осужденных, отбывающих наказание по ст.259 (ПИН), продолжающие опасные формы инъекционного и полового поведения в колониях и следственных изоляторах;
- совместное употребление инъекционных наркотиков общими шприцами и использование общей емкости для промывания шприцев;

- сексуальные контакты без использования презервативов;
- вовлечение в наркопотребление новичков из числа вновь прибывших, ранее не употреблявших наркотики;

Именно поэтому заключенные являются приоритетной группой населения, среди которой необходимы масштабные профилактические и противозидемические меры.

В данный отчет включены важные описательные данные и информация, полезная для определения вмешательств и направлений профилактической работы в местах лишения свободы.

## **1.2. Цели и задачи**

*Цель:* Представить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в группе лиц, находящихся в МЛС, на основе доступных источников информации.

*Задачи:*

1. Описать эпидемиологическую ситуацию и оценить роль группы (осужденные) в развитии эпидемиологического процесса.
2. Оценить реализуемые в пенитенциарной системе профилактические вмешательства.
3. Представить характеристику популяции осужденных, динамику распространения ВИЧ, ВГС и сифилиса и описать опасные практики в отношении ВИЧ-инфекции.

## **1.3. Источники информации**

1. Отчеты РЦ СПИД по эпидемиологическому надзору за случаями ВИЧ.
2. Отчеты по дозорному эпидемиологическому надзору за 2006 – 2007годы.
3. Отчет о проведении быстрой оценки ситуации (БОС) среди потребителей инъекционных наркотиков.
4. Отчет РЦ СПИД по мониторингу профилактических вмешательств в республике Казахстан за 2007 год.
5. Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/ СПИДа в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан.

## **2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ**

Данные о численности спецконтингента используются для определения размера охвата осужденных и следственно арестованных образовательными программами. Также они применяются для других расчетов, например, для определения оценочного числа ВИЧ-инфицированных в МЛС с использованием результатов ДЭН или охвата данной целевой группы тестированием на ВИЧ-инфекцию.

Данные по численности спецконтингента представляются Управлениями Комитета уголовно-исполнительной системы областей в рамках отчетности по мониторингу на основании Приказа МЗ РК № 591 от 23.11.2005г. «Об утверждении инструкции по мо-

ниторингу и оценке мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан» и приказа № 45 от 05.02. 2008г. «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения РК от 23.11. 2005г. №591», которые с целью обеспечения мультисекторального подхода в реализации Национальной Программы согласованы с шестью министерствами, в том числе и с Министром юстиции. Согласно вышеуказанным Приказам, сбор информации из министерств и их подведомственных учреждений, включая данные о численности осужденных и следственно арестованных, осуществляется в областях в строго установленные сроки за шесть и двенадцать месяцев территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИДом.

Учитывая то обстоятельство, что численность осужденных в исправительных учреждениях постоянно меняется и количество лиц, поступающих в исправительные учреждения примерно равно числу лиц, освобождающихся из них, то можно считать, что количество осужденных на конец отчетного периода примерно соответствует среднегодовой численности спецконтингента (в 2007г. – 48066). Учитывая вышеизложенное, для проведения оценки эффективности профилактических программ в исправительных учреждениях можно оперировать данными по численности осужденных на конец отчетного периода, также можно рассчитывать среднегодовую численность спецконтингента. Для расчета среднегодовой численности осужденных необходимо из показателя 5.3 отчета по мониторингу и оценки ВИЧ/СПИД профилактических программ РЦ СПИД (МиО) определить значение трех величин: численности спец. контингента на начало года, за 6 месяцев и на конец анализируемого периода. Например, на начало 2007 года численность осужденных в МЛС составляла 45537 человек, на 01.07.2007 – 41657, а на конец 2007 года – 48066 осужденных<sup>1</sup>. По этим данным из показателя 5.3. МиО рассчитывается среднегодовая численность осужденных, которая составила в 2007 году 44006 человек:  $(45537 + 41657 + 48066) / 3 = 44006$ . Для определения численности спец. контингента могут использоваться обе методики оценки. В этом отчете при расчетах используется оценка, равная 48066, т.е. данные по численности спец. контингента на конец анализируемого периода (МиО, 2007 г.).

В отношении следственно арестованных, ввиду их быстрой ротации, для расчета из показателя 5.3 МиО берутся данные о лицах, помещенных в следственные изоляторы в течение всего отчетного периода, а не на его окончание. В следственные изоляторы в 2007 году было помещено 28174 человека. Эти данные могут также использоваться для определения различных видов охвата (тестированием, лечением, обучением и др.) следственно арестованных.

Таким образом, среднегодовая численность осужденных в Казахстане составляет 0,3% от численности населения республики, а среднегодовая численность следственно арестованных составляет 13000-15000 человек или 0,1% от общего населения страны.

---

<sup>1</sup> Отчет по МиО за 2007г., Республиканский центр СПИД.

### **3. НАДЗОР ЗА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СЛУЧАЯМИ.**

#### **3.1. Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию**

Порядок обследования осужденных в 2007 году регламентировался следующими нормативными документами:

- Приказом Министра здравоохранения от 11 июня 2002 года № 575 «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека», который регламентирует проведение обследования всех категорий граждан, включая лиц, помещенных в места лишения свободы, только на добровольной основе при информированном согласии тестируемого лица.

- Совместным приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 28 марта 2005 года № 96 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года № 179 «О мерах по совершенствованию профилактики ВИЧ инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан», который также регламентирует обследование осужденных на предмет выявления ВИЧ/СПИДа на добровольной основе с представлением полной информации тестируемому лицу о заболевании, риске заражения и его профилактике.

- Совместным приказом Министра юстиции и Министра здравоохранения Республики Казахстан № 374 «Об утверждении плана мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы МЮ РК на 2007-2010г.г.»

Принимая во внимание продолжающееся ухудшение эпидемиологической ситуации среди заключенных, Министерством здравоохранения РК был утвержден приказ № 648 от 26 декабря 2006 года, согласно которому по эпидемиологическим показаниям обследование на ВИЧ осужденных стало проводиться двукратно: при поступлении в места лишения свободы (МЛС) и через 6 месяцев. Изменения в политике тестирования были отражены в 2006 году в Законе «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа». В соответствии с изменениями, внесенными в этот закон, тестирование осужденных проводится в обязательном порядке.

В 2007 году приказом Министра юстиции от 14 августа 2007 года № 229 была утверждена ведомственная Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан на 2007-2010 годы, которая призвана усовершенствовать систему оказания медицинской помощи в учреждениях пенитенциарной системы. В данной программе была еще раз подчеркнута необходимость обеспечения тестирования на ВИЧ инфекцию с предоставлением им психосоциального консультирования.

Источником данных об эпидемиологической ситуации в следственных изоляторах и исправительных учреждениях является статистическая отчетная форма № 4. Поскольку обследование заключенных проводится несколько раз, то можно разделить весь скрининг по этой группе на несколько этапов, и получить следующую интерпретацию полученных результатов по тестированию.

### Обязательное тестирование на ВИЧ при поступлении в СИ

Характеризует эпидемиологическую ситуацию в общей популяции ПИН и не учитывает заражение ВИЧ внутри СИ.

### Обязательное тестирование при поступлении в ИУ

Отражает заражение ВИЧ в СИ (в основном). Также позволяет выявить ВИЧ-инфицированных лиц, поступивших в СИ в период серологического окна (незначительная часть).

### Обязательное тестирование через шесть месяцев после поступления в ИУ

Отражает заражение ВИЧ в ИУ (в основном). Также, выявляет ВИЧ-инфицированных лиц, поступивших в ИУ из СИ в период серологического окна (незначительная часть).

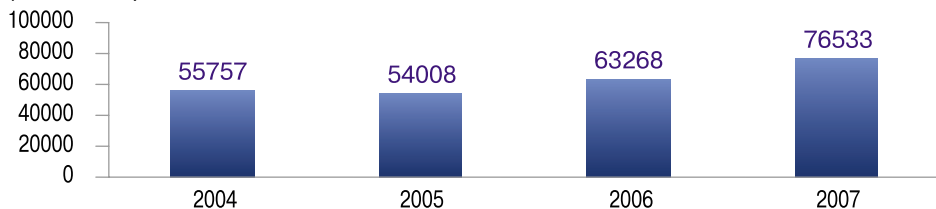
Учитывая выше изложенное, для проведения более углубленного анализа ситуации в МЛС в целом, необходимо внести изменения в статистическую отчетную форму №4, в которой 112 код (код обследования заключенных) разбить на соответствующие подкоды: тестирование на ВИЧ при поступлении в СИ – 112.1; тестирование на ВИЧ при поступлении в ИУ – 112.2; тестирование на ВИЧ через шесть месяцев после поступления в ИУ – 112.3. Данный подход позволит дифференцированно подходить к оценке не только практики тестирования, но и эпидемиологической ситуации отдельно по СИ и ИУ.

При анализе эпидемиологической ситуации и скрининга на ВИЧ-инфекцию, необходимо иметь в виду, что не учитываются лица, поступившие в МЛС с ранее установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, которых в последнее время стало достаточно много. Также нам ничего не известно о количестве лиц, которые могли инфицироваться во время нахождения в МЛС. Для оценки реальной ситуации по распространению ВИЧ-инфекции необходимо использовать данные из других источников – ДЭН или других специальных исследований.

## 3.2. Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию

В соответствие с вышеуказанными приказами лица, поступающие в пенитенциарные учреждения, тестируются на ВИЧ, по меньшей мере, три раза, а если находятся в следственном изоляторе более 6 месяцев, то должны обследоваться 4 раза. Кроме того, осужденные могут обращаться за тестированием добровольно в течение всего срока нахождения в местах лишения свободы (МЛС).

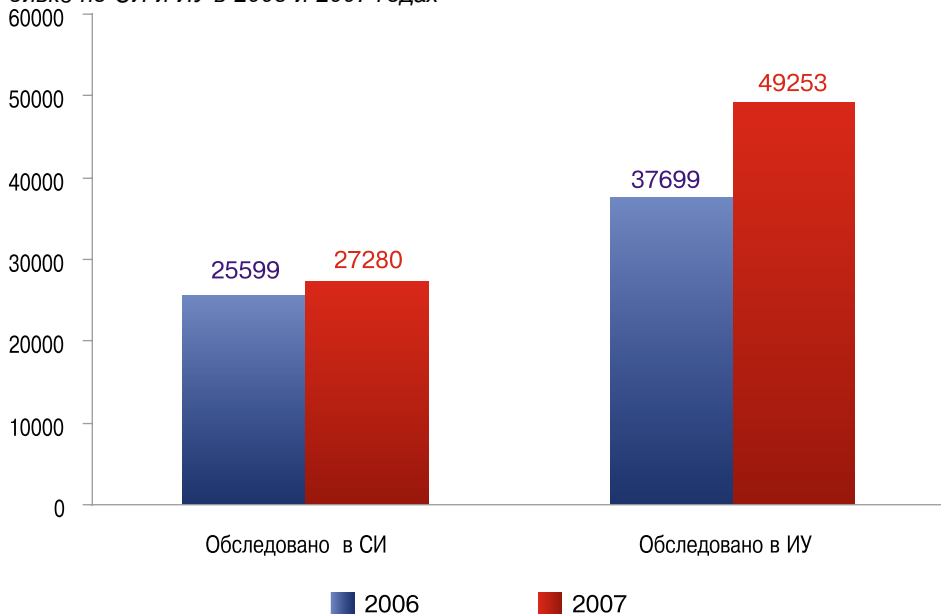
*Рисунок 3. Характеристика скрининга спецконтингента в МЛС в динамике по годам (2004-2007)*



В связи с изменением законодательства и введением обязательного тестирования, увеличилось количество тестов на ВИЧ. Объемы тестирования в 2007 году по сравнению с 2006 годом увеличились в 1,2 раза, по сравнению с 2004 г. – в 1,3 раза при аналогичной среднегодовой численности спецконтингента. Количество тестов на ВИЧ среди заключенных составило в 2007 году 76533, что значительно больше (рисунок 3), чем в предыдущие годы. Доля обследований на ВИЧ лиц, содержащихся в МЛС, в общем скрининге населения РК составляет 4%, а процент выявления положительных случаев – более 30%.

На рисунке 4 представлены характеристики скрининга спецконтингента в разбивке по СИ и ИУ. Объемы тестирования в следственных изоляторах составили 25000-27000 человек, также в исправительных учреждениях наблюдался рост по количеству тестов на выявление ВИЧ-инфекции среди спецконтингента.

*Рисунок 4. Объемы тестирования осужденных и следственно арестованных в разбивке по СИ и ИУ в 2006 и 2007 годах*



В целом обследование лиц, поступающих в СИ, налажено в соответствие с принятыми нормативными документами. Однако отчеты из областей по результатам проведенных эпидемиологических расследований зарегистрированных случаев позволяют сделать заключение, что 6,5% из числа следственно арестованных не прошли тестирование в следственных изоляторах. Это только та часть заключенных, о которых инфор-

мация доступна, так как они были этапированы в ИУ без результатов тестирования. Мы не располагаем данными, сколько было не обследовано тех следственно арестованных, которые освободились непосредственно из зала суда. Следовательно, это количество может составить не 6,5%, а значительно больше.

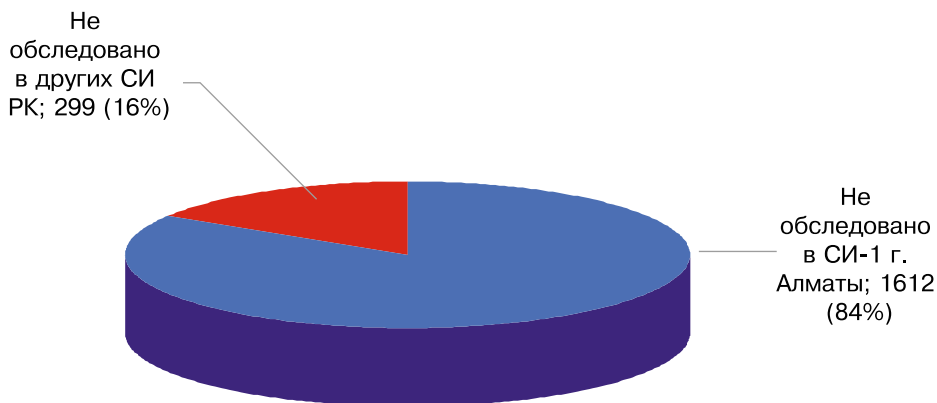
*Таблица 1. Данные по скринингу в следственных изоляторах в разрезе областей*

Название области	Количество поступивших следственно арестованных в СИ в 2006г.	Количество тестов на ВИЧ	Соотношение количества тестов на ВИЧ к поступившим в СИ, %
Акмолинская	853	1059	124,1
Актюбинская	970	1121	115
Алматинская	711	783	110
Атырауская	387	654	168
ВКО	3645	3018	82,7
Жамбылская	1675	1337	79,8
ЗКО	877	1191	135,8
Карагандинская	6090	2931	48,1
Костанайская	1398	1534	109,7
Кызылординская	1038	951	91,6
Мангистауская	959	865	90,1
Павлодарская	1530	1834	119,8
СКО	290*	937	323
ЮКО	2453	1994	81,2
г.Алматы	4600*	5321	115,6
г.Астана	698	1749	250
Референс-лаборатория		1	-
<b>ВСЕГО по РК</b>	<b>28174</b>	<b>27280</b>	<b>96,8</b>

\* Данные по количеству поступивших следственно арестованных по СКО и г. Алматы являются не точными и нуждаются в уточнении.

Наименьший охват тестированием был отмечен в СИ Карагандинской области (48,1 %) Жамбылской области (79,8%), Южно-Казахстанской области (81,2%). В 2007 году во все следственные изоляторы республики поступило 28174 следственно-арестованных, из них не было обследовано на ВИЧ 1911 человек (6,5%)<sup>2</sup>. Из числа не обследованных следственно арестованных (1911 чел.) 1612 были из СИ-1 г. Алматы. В основном не в полном объеме обследуются жители Алматинской области. Если учесть, что в СИ-1 г. Алматы в 2007 году поступило 6952 следственно арестованных, то минимально не было протестировано 23% (данные только по этапированным). Учитывая неполный охват тестированием следственно арестованных в СИ-1 г. Алматы, невозможно реально оценивать и контролировать эпидемическую ситуацию в этом учреждении. Ситуация по СИ-1 не характерна для большинства других областей.

*Рисунок 5. Распределение следственно-арестованных, которые не были обследованы на ВИЧ, по следственным изоляторам (2007 год, N=1911)*



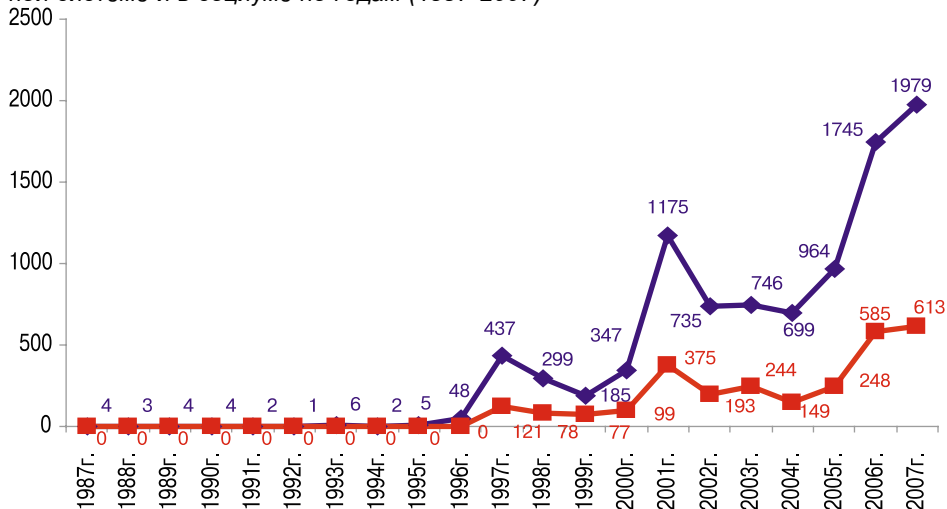
Начиная с 2004 года, в Казахстане отмечается ухудшение эпидемиологической ситуации как в обществе в целом, так и в пенитенциарных учреждениях. Изменение подходов к тестированию и увеличение скрининга населения способствуют выявлению новых случаев ВИЧ-инфекции. В настоящее время в РК ежегодно тестируется более 10% населения страны, и основное внимание в диагностике уделяется тем группам, среди которых преимущественно распространяется ВИЧ-инфекция. Это потребители инъекционных наркотиков, со-зависимые с ПИН лица, заключенные, контактные по совместному употреблению наркотиков. Кумулятивно на 01.01.08г. в пенитенциарных учреждениях республики зарегистрировано 2752 ВИЧ-инфицированных. Удельный вес

<sup>2</sup> Отчеты из областных центров СПИД, 2007г.



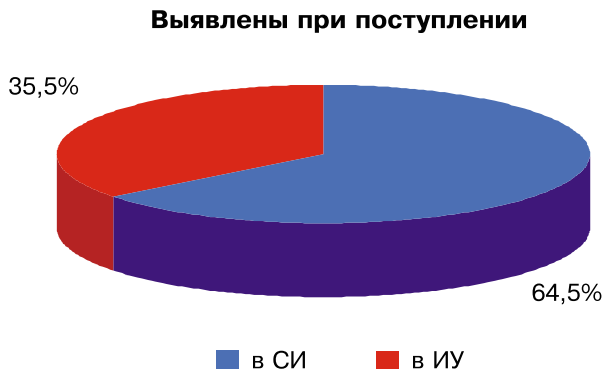
ВИЧ-инфицированных заключенных в общей структуре обследованных от кумулятивного числа по РК составляет 29,6%, от числа выявленных в 2007 году – 30,6%, т.е. в течение многих лет находится на одном уровне.

Рисунок 6. Количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе и в социуме по годам (1997-2007)



В 2007 году в пенитенциарных учреждениях республики зарегистрировано 613 новых случаев ВИЧ-инфекции, против 585 в 2006 году. Из общего числа зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в МЛС 64,5% были выявлены при поступлении в следственные изоляторы и 35,5% – в исправительных учреждениях.

Рисунок 7. Распределение зарегистрированных случаев по СИ и ИУ в 2007 году (N=613)



Среди ВИЧ-инфицированных заключенных на долю мужчин приходится 92%, женщины составляют 8%. Потребители инъекционных наркотиков составляют 95,2%, на половой путь передачи приходится 4,2%, путь передачи не установлен в 0,6% случаев. Большинство новых случаев ВИЧ-инфекции выявляется в СИ г.Алматы. При этом, медицинская служба УКУИС и ГЦ СПИД г. Алматы не проводят полномасштабное тестирование следственно арестованных. Это позволяет по отчетным формам сократить регистрацию случаев ВИЧ-инфекции по своему региону, искажая реальную картину по распространенности. Но многие не выявленные в СИ г.Алматы случаи все равно были диагностированы позже в областях, куда заключенные переводились для отбывания наказания.

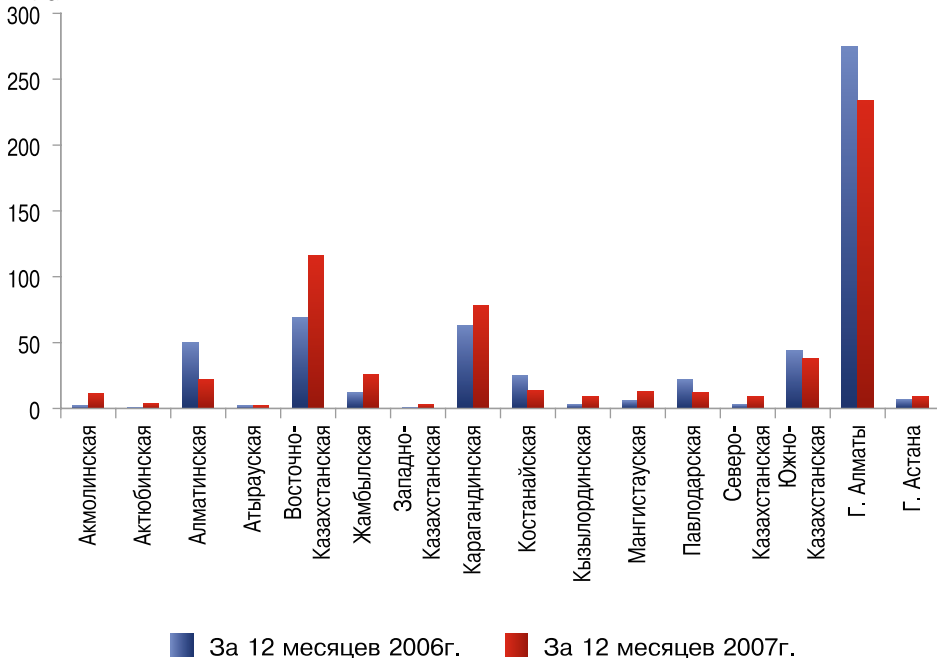
*Таблица 2. Количество выявленных ВИЧ-инфицированных среди спецконтингента в пенитенциарной системе в разрезе областей в 2006 -2007г.г. и нарастающим итогом.*

Название области	За 12 месяцев 2006г.	За 12 месяцев 2007г.	Нарастающим итогом
Акмолинская	2	11	36
Актюбинская	1	4	45
Алматинская	50	22	124
Атырауская	2	2	16
Восточно-Казахстанская	69	16	248
Жамбылская	12	26	96
Западно-Казахстанская	1	3	36
Карагандинская	63	78	550
Костанайская	25	14	188
Кызылординская	3	9	21
Мангистауская	6	13	28
Павлодарская	22	12	125
Северо-Казахстанская	3	9	47
Южно-Казахстанская	44	38	327
Г. Алматы	275	234	823
Г. Астана	7	9	42
<b>Всего</b>	<b>585</b>	<b>600</b>	<b>2752</b>

Рост выявления ВИЧ-инфекции среди заключенных в отчетном году был отмечен в Восточно-Казахстанской с 69 до 116 случаев (в 1,7 раза), Жамбылской с 12 до 26 (в 2,1 раза), Карагандинской с 63 до 78 случаев (в 1,2 раза), в Кызылординской с 3 до 11

случаев, в Мангистауской – с 6 до 13 случаев, в Северо-Казахстанской области – с 3 до 10 случаев и г. Астане – с 7 до 10 случаев.

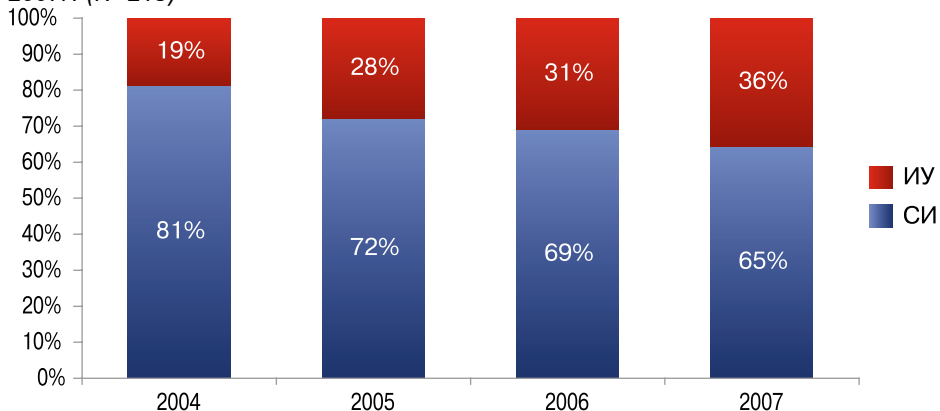
*Рисунок 8. Количество новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в МЛС по областям в 2006-2007 гг.*



Рост регистрации новых случаев в 2006 – 2007 гг. в регионах обусловлен не только увеличением объемов тестирования осужденных по сравнению с предыдущими годами, но и ухудшением эпидемической ситуации, как в обществе, так и в пенитенциарной системе. Осложняет ситуацию также выявление случаев ВИЧ-инфекции среди осужденных и следственно арестованных, инфицирование которых происходит внутри учреждений уголовно-исполнительной системы.

Рост регистрации происходит более быстрыми темпами в исправительных учреждениях по сравнению со следственными изоляторами. Соотношение выявленных случаев ВИЧ в СИ и в ИУ в 2002-2004 гг. в среднем составляло 6:1, а в 2006 – 2007 гг. стало 2:1. Причем многие следственно арестованные имели при поступлении в СИ отрицательный ВИЧ-статус. Данное обстоятельство вызывает тревогу, поскольку указывает на неблагополучие в следственных изоляторах, где необходимо усиливать профилактическую работу. По сравнению с 2005 годом регистрация в ИУ возросла с 69 случаев до 213 в 2007 году, т.е. произошел трехкратный рост.

**Рисунок 9. Соотношение регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции в СИ и ИУ, 2007г. (N=213)**

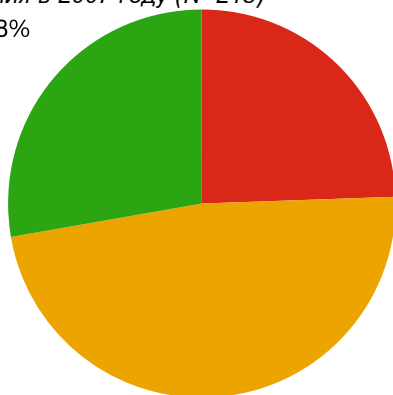


Выявление случаев ВИЧ-инфекции в ИУ означает высокую вероятность заражения внутри МЛС, поскольку подавляющее большинство заключенных, зараженных до попадания в МЛС, определяются во время тестирования в СИ. Нами проведен анализ по распределению выявленных случаев ВИЧ-инфекции в ИУ по предполагаемым местам заражения. Из 213 случаев, выявленных в ИУ, 102 (48%) приходится на СИ-1 г.Алматы. 52 случая связаны с инфицированием внутри исправительных учреждений. В остальных 59 случаях (28%) инфицирование могло произойти в других следственных изоляторах, т.е. неблагополучие в эпидемиологическом отношении в СИ было отмечено не только в г. Алматы, но и в других областях.

**Рисунок 10. Распределение случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в ИУ, по предполагаемым местам заражения в 2007 году (N=213)**

Другие СИ; 59; 28%

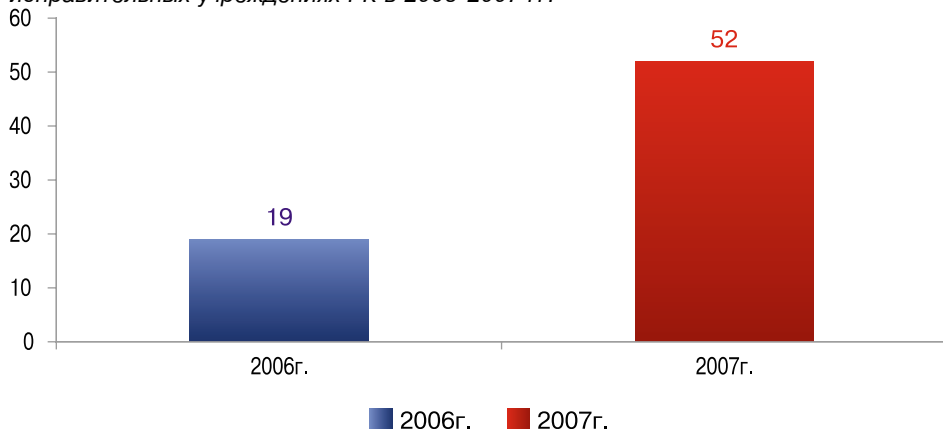
ИУ; 52; 24%



СИ г. Алматы; 102; 48%

Необходимо отметить, что в 2007 году произошел существенный рост инфицирования ВИЧ осужденных внутри ИУ. Прирост по сравнению с прошлым годом рост составил 34 случая (в 2006г. – 19, в 2007г. – 52) или в 2,8 раза.

*Рисунок 11. Регистрация новых случаев ВИЧ среди осужденных, инфицированных в исправительных учреждениях РК в 2006-2007 гг.*



В 2007 году в пяти областях республики было зарегистрировано 52 случая ВИЧ-инфекции среди спецконтингента в ИУ (Карагандинская, Павлодарская, Восточно-Казахстанская, Мангистауская и Алматинская.

*Рисунок 12. Случаи инфицирования ВИЧ среди осужденных внутри исправительных учреждений в 2007 году*



В разрезе областей ситуация выглядит следующим образом: 28 осужденных заразились в Карагандинской области (АК 159/18), 12 – в исправительном учреждении Мангистауской области (ГМ 172/1), 8 – в Восточно-Казахстанской (ОВ 156/15 – 6 сл., ОВ 165/3 – 1 сл., ОВ 155/13 – 1), 2 – в Павлодарской области (АП 162/5) и 2 – в Алматинской области (ЛА 155/14). Анализ причин инфицирования ВИЧ осужденных внутри ИУ и результаты эпидемиологических расследований показали, что 43 человека (81%) инфицировались при употреблении наркотиков, 7 – при гомосексуальных контактах и в одном случае путь передачи не установлен.

По итогам 2007 года число лиц, инфицирование которых предположительно произошло в следственном изоляторе г. Алматы, составило 102 человека. Анализ ситуации по СИ-1 г. Алматы показывает, что ничего не меняется в лучшую сторону, как в плане доступности наркотических средств, так и в эпидемиологической ситуации. В 2006 году число лиц, инфицирование которых предположительно произошло в следственном изоляторе г. Алматы, составило 106 человек. Данные случаи были выявлены в областях, куда осужденных из этого следственного изолятора этапировались.

*Рисунок 13. Распределение осужденных, заражение которых предположительно произошло в СИ-1 г.Алматы, по регионам (2007, N=102)*



Результаты эпидемиологического расследования случаев 2007 года показывают, что 100 человек, прибывших из СИ-1 г.Алматы, инфицировались инъекционным путем при употреблении наркотиков в группах с использованием общего инъекционного инструментария. Установлен один случай полового заражения и в одном случае путь передачи не определен.

Учитывая вышеизложенное, ситуация с распространением ВИЧ в уголовно-исполнительной системе неблагоприятная, а в следственном изоляторе г. Алматы — чрезвычайная. Распространенность ВИЧ-инфекции составила по результатам тестирования в 2004г. — 0,27%, в 2005г. — 0,46%, в 2006г. — 0,92%, в 2007г. — 0,8%. Но данный показатель не отражает реальной распространенности ВИЧ в этой популяции, поскольку тестированию подлежали лица, не знавшие своего ВИЧ статуса, то есть не имевшие подтвержденного диагноза ВИЧ-инфекция. С учетом количества лиц в МЛС, положительный ВИЧ статус которых был установлен ранее, реальная распространенность выше примерно в 2,5 раза.

Подводя итоги, можно сделать заключение, что практически во всех областях основным путем инфицирования осужденных является парентеральный (92%). Осложнение эпидемиологической ситуации во многих областях произошло не только за счет местных случаев, но и было обусловлено ситуацией в СИ г.Алматы. Новые случаи ВИЧ-инфекции регистрируются не только при поступлении в следственные изоляторы, что указывало бы на заражение вне учреждений пенитенциарной системы, но также в исправительных учреждениях. Расчеты показывают, что для части случаев (примерно 25% от всех зарегистрированных в МЛС в 2007г.) заражение имело место внутри МЛС, прежде всего, среди лиц, практикующих опасное инъекционное поведение.

Таким образом, на фоне увеличения доли потребителей инъекционных наркотиков в исправительных учреждениях и ЛЖВ, при существующей доступности наркотических средств в пенитенциарных учреждениях и при отсутствии стерильного инъекционного оборудования кардинально улучшить ситуацию в пенитенциарных учреждениях не представляется возможным. Необходимо расширить спектр профилактических мероприятий, включая обеспечение доступности одноразовых шприцев и, возможно, заместительной терапии в МЛС.

#### **4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.**

Учитывая неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию в пенитенциарной системе, хотелось бы обратить внимание на необходимость активизации профилактической работы, которая направлена на замедление темпов распространения ВИЧ в МЛС, что в конечном итоге позволит предотвратить широкую экспансию ВИЧ на общее население. Профилактические программы в учреждениях уголовно-исполнительной системы стали внедряться с 2000 года, и в настоящее время они определены как приоритетные в

действующей Национальной программе на 2007-2010 годы. В 2007 году была принята ведомственная Программа по противодействию распространения эпидемии СПИДа в учреждениях УИС Министерства Юстиции РК, утверждена Приказом МЮ РК №229 от 14.08.2007г.

Основные стратегии ведомственной программы МЮ РК:

- Пресечение каналов поступления наркотиков в учреждения УИС.
- Обеспечение лечения лиц, страдающих наркоманией, направленного на отказ от дальнейшего употребления наркотиков.
- Снижение спроса на наркотики, снижение вреда поведения при употреблении наркотиков.
- Профилактика полового пути передачи.
- Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку.
- Обеспечение доступа к ПКП.
- Предупреждение внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции.
- Обеспечение нуждающихся ПКП, АРВ-терапией, лечением оппортунистических инфекций, паллиативного лечения, ухода и поддержки людей с ВИЧ.
- Создание правовой и социальной среды, способствующей эффективной реализации превентивных и лечебных вмешательств.
- Совершенствование эпидемиологического надзора, мониторинга и оценки.

Из Республиканского бюджета предусмотрено финансирование уголовно-исполнительной системы на профилактические мероприятия по ВИЧ в пределах 39,49 млн. (на первую программу – 17,6 млн. тенге). В пенитенциарных учреждениях проводятся:

- информационно-образовательные программы, коммуникации с широким использованием методов обучения осужденных самими осужденными,
- распространяются дезинфицирующие средства и презервативы,
- осуществляется диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем,
- издаются и распространяются брошюры и информационные материалы по вопросам профилактики ВИЧ, специально предназначенные для следственно арестованных и лиц, отбывающих наказания, в которых учитываются специфические риски, с которыми они сталкиваются,
- проводятся тренинги, семинары, лекции, осуществляется показ видеофильмов, читаются радио лекции, оформляются санитарные уголки.
- Повсеместно осужденные принимают участие в кампаниях, посвященных Всемирному дню борьбы со СПИДом.

С 2005 года к работе с заключенными привлечено 7 неправительственных организаций, которые готовят волонтеров из числа заключенных по вопросам ВИЧ и СПИДа, реализуют проекты по социальному сопровождению спецконтингента. АРВ терапия в системе КУИС начата с 2005года. ВИЧ-инфицированные получают АРВТ под контролем врачей



системы КУИС и специалистов центров СПИД. Все нуждающиеся ВИЧ-инфицированные получают АРВТ бесплатно, препараты планируются специалистами центров СПИД и закупаются за счет Глобального Фонда. Врачи центров СПИД и системы КУИС совместно ведут диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных. На начало 2008 года АРВ терапию получали в МЛС 63 осужденных.

Информационно-образовательная деятельность является приоритетным разделом работы во всех пенитенциарных учреждениях и проводится по плану. Обучение осужденных и следственно арестованных проводится в объеме четырех часов, с личным составом – шести часов. В объеме восьми часовой программы проходят подготовку медицинские работники. В 2007 году было обучено 50009 осужденных<sup>3</sup>, охват обучением составил 100%. Недостаточно проводится обучение спец. контингента в Южно-Казахстанской области – 82,4% (в 2006г. – 50% г. – 84%).

В СИ было обучено 24668 следственно арестованных, охват обучением составил 87,6% (2006г. – 84%). В целом ситуация с обучением меняется в лучшую сторону. Неудовлетворительно проводится обучение следственно арестованных в Южно-Казахстанской области, где за весь 2007 год было обучено только 10%. Ниже средне республиканского показателя охват образовательными программами следственно арестованных в Атырауской области (79,8%). Обучили 99% – 100% спецконтингента от числа поступивших в СИ в Актюбинской, Акмолинской, Алматинской, Жамбылской, Карагандинской, Павлодарской областях.

Охват образовательными программами медицинских работников в среднем по РК составил 103% (в 2006 году – 94%). Во всех областях медицинские работники системы УИС прошли обучение по вопросам ВИЧ и СПИДа.

Увеличился в 2007 году охват обучением личного состава, который составил 99,9% (в 2006 г. – 92%). Самый низкий охват образовательными программами личного состава в Западно – Казахстанской области (89%). Курсантов МВД и Министерства Юстиции было обучено 7555 человек, что составило 97,8% (2006г. – 97%).

В 2007 году в учреждениях уголовно-исполнительной системы распространялись информационные материалы на государственном и русском языках. Всего было распространено (!) экземпляров ИОМ, в этом году существенно возросло количество изданной литературы на государственном языке.

Недостаточно используемым ресурсом являются вмешательства на уровне субкультуры контингента УИС, формирования безопасного поведения при участии неформальных лидеров населения пенитенциарной системы. Недостаточно используется потенциал волонтеров, процент подготовки волонтеров для обучения по методу «равный – равному» составляет 6,8% (2006г. – 8,9%). По-прежнему, недостаточно используется потенциал неправительственного сектора в реализации профилактических программ.

Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-

---

<sup>3</sup> Данные мониторинга РЦ СПИД за 2006г.

2010 годы, утвержденная постановлением Правительства от 15 декабря 2006 года, предусматривает обмен шприцев потребителям инъекционных наркотиков, находящихся на свободе. В пенитенциарной системе данная мера профилактики отсутствует, что при нынешней эпидемиологической ситуации ведет к нежелательным последствиям.

Весьма важным вопросом является совершенствование предоставления АРВТ нуждающимся людям с ВИЧ, которое продлевает их жизнь и трудоспособность, снижает вирусную нагрузку, следовательно, и вероятность передачи ВИЧ окружающим, мотивирует население знать свой ВИЧ статус. Всего в учреждениях УИС в 2006 г. было начато лечение 115 людям с ВИЧ, однако в конце 2007 г. продолжало лечение только 63 человека, то есть уровень приверженности к лечению у заключенных остается низким.

Вместе с тем, многих ожидавшихся ключевых результатов, относящихся к принятию осужденными менее опасного поведения, достичь не удалось. Как указывалось выше, темпы прироста выявления новых случаев ВИЧ инфекции у осужденных резко увеличиваются. По сравнению с 2004 годом распространенность ВИЧ-инфекции увеличилась в 4 раза, стали регистрироваться случаи инфицирования внутри пенитенциарной системы. Несмотря на достаточно хорошую информированность о путях передачи ВИЧ-инфекции и мерах профилактики по сравнению с другими уязвимыми группами и доступность презервативов для использования при половых контактах, в 2007 году в учреждениях УИС распространенность сифилиса не уменьшилась. Это свидетельствует о том, что средства индивидуальной защиты от передачи ВИЧ половым путем используются недостаточно. Кроме того, существующий комплекс профилактических мер в МЛС не в полной мере способствует изменению поведения осужденных на безопасное в аспекте передачи ВИЧ, так как в нем отсутствует самый главный компонент – это стерильное инъекционное оборудование. Наркотики, несмотря на принимаемые жесткие меры, остаются доступными в МЛС и в Казахстане и в других пенитенциарных системах мира. Учитывая большой потенциал распространения ВИЧ-инфекции, до настоящего времени в учреждениях УИС не внедрена постконтактная профилактика ВИЧ.

Таким образом, при проведении ответных мероприятий на распространение эпидемии ВИЧ инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы не используются все имеющиеся возможности, и эффективность сдерживания распространения эпидемии остается недостаточной. Необходимо внедрение эффективных мер профилактики, прежде всего обмен шприцев, который играет решающую роль в профилактике инъекционного пути заражения и рекомендуется ВОЗ.

## **5. ДАННЫЕ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА**

ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди осужденных впервые был внедрен в Казахстане в 2003 году при технической и финансовой поддержке CDC. С того времени осуществляется систематический и регулярный сбор информации, направленный на изучение динамики, факторов распространения ВИЧ-инфекции в сочетании с моделями поведе-

ния в шести дозорных группах, в том числе среди осужденных. Методика организации и проведения дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за ВИЧ-инфекцией разработана и утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 634 от 23.12.2005 года.

## **5.1. Материалы и методы**

### **Цель ДЭН за ВИЧ инфекцией в местах лишения свободы**

Изучение распространенности ВИЧ инфекции, ВГС, сифилиса, факторов риска среди осужденных в учреждениях уголовно-исполнительной системы для разработки и внедрения эффективных профилактических программ; анализ и оценка их эффективности; обоснование и разработка управленческих решений, системы эффективных мер для предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

### **Характеристика выборки**

В исследовании участвовали осужденные, находящиеся в местах заключения шесть и более месяцев. Для отбора ИУ применялась стратифицированная выборка по режиму содержания. Если в области имелось несколько ИУ с одним режимом содержания, то в выборку на основе случайного отбора включалось одно-два ИУ. Размер выборки определялся с учетом долевой значимости каждого учреждения. Отбор респондентов осуществлялся по систематической случайной выборке на основании списка заключенных. Участие в исследовании было анонимным, добровольным, на основе информированного согласия. При проведении обследования всем осужденным проводилось дотестовое и послетестовое консультирование. Результаты анализов можно было узнать по индивидуальному коду респондента.

### **Серологический этап ДЭН**

- Забор крови производился методом сухой капиллярной капли на фильтровальные тест карты (бумага Schreiber & Schuell № 903)
- Сухая капля крови тестирована на ВИЧ, гепатит С, сифилис
- Исследования проводились по второй стратегии тестирования методом ИФА
- Скрининговый этап с использованием тест-систем российского производства
- Экспертный этап с использованием тест-системы «Murex»

Места проведения, период и количество участников ДЭН.

В 2007 году ДЭН проведен в 14 областях Казахстана, случайным образом было отобрано 53 исправительных учреждения из 75 функционирующих в республике, выборка составила 4549 осужденных. Период проведения ДЭН: март-апрель 2007 года.

В разрезе регионов респонденты распределились следующим образом:

Области	Выборка
Карагандинская	440
Павлодарская	500
ЗКО	200
ЮКО	400
Жамбылская	350
Костанайская	350
Мангистауская	360
СКО	250
г. Астана	111
ВКО	513
Актюбинская	300
Алматинская	305
Атырауская	150
Акмолинская	320

## 5.2 Характеристика популяции заключенных

В ДЭН приняли участие 4268 (93,8%) мужчин и 281 женщина (6,2%). Возраст опрошенных респондентов находился в пределах от 18 до 75 лет, медиана возраста составляла 30 лет. Начальное образование имели 21% (953/4549), среднее – 72,4% (3293/4549), высшее – 6,7% (303/4549), то есть уровень образования этой группы ниже, чем у населения в целом. По месту проживания до заключения городские жители составили 72,5% (3296/4549), сельские жители – 27,5% (1253/4549), тогда как в структуре населения Казахстана доля городских жителей составляет примерно 60%.

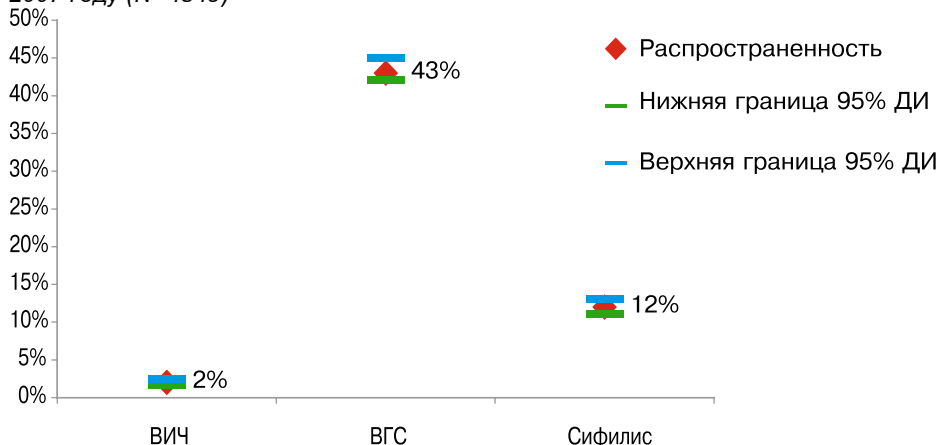
Только четверть осужденных – 25% (1137/4549), принявших участие в ДЭН, состояла в браке. Около половины осужденных (49,2%, 2236/4549) пребывали в местах заключения впервые; второй раз – 20,2% (919/4549); три и более раза – 30,6% (1394/4549).

## 5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса

Распространенность ВИЧ-инфекции на порядок выше среди спец. контингента, чем среди общего населения. Средневзвешенный показатель распространенности ВИЧ среди осужденных по результатам ДЭН за 2007 г. составляет 2% (2006г. – 1%); распространен-

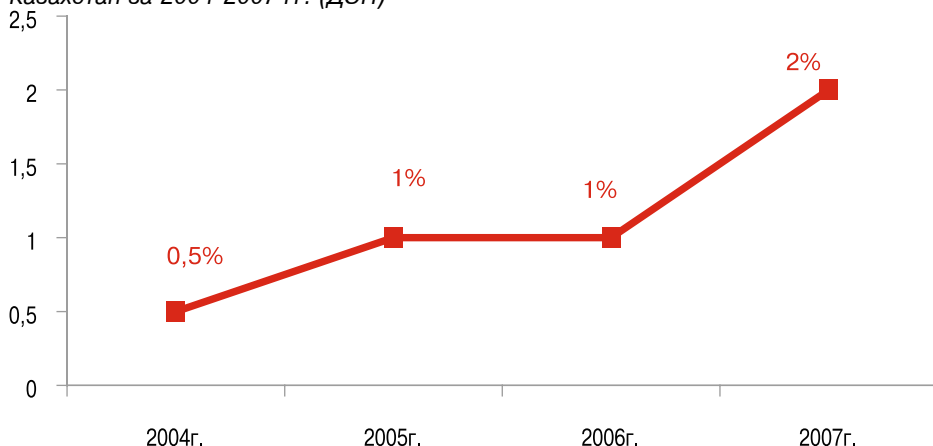
ность гепатита С составила 43,1% (2006г. – 40,1%) и сифилиса -12,1% (2006г. – 13,6%).

*Рисунок 14. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди осужденных в 2007 году (N=4549)*



В динамике по годам, с 2004 года по 2007 год распространенность выросла в 4 раза.

*Рисунок 15. Распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных в Республике Казахстан за 2004-2007 гг. (ДЭН)*



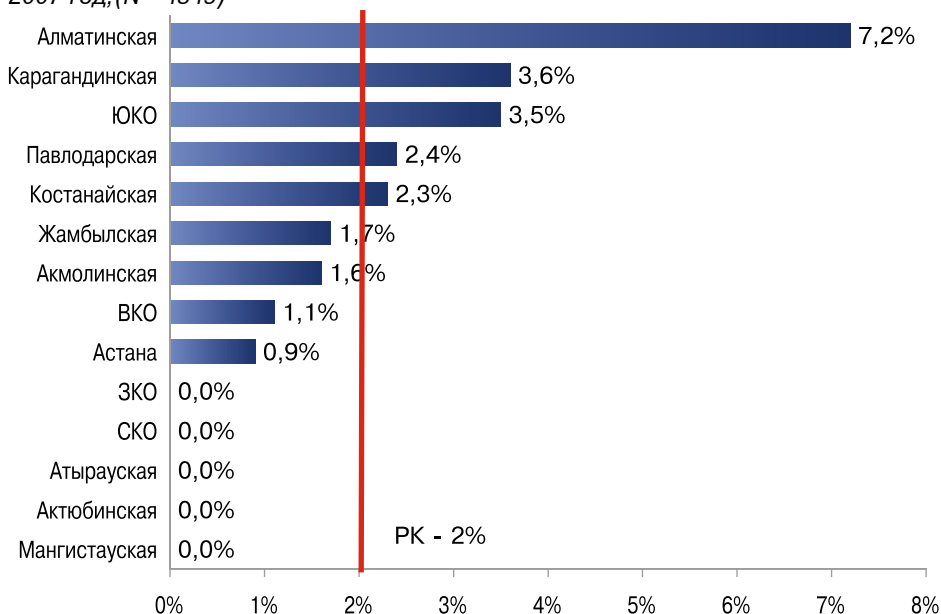
Аналогичная картина по темпам прироста отмечена и по результатам официальной регистрации случаев ВИЧ-инфекции. По результатам скрининга заключенных с 2004 года распространенность ВИЧ в данной популяции увеличилась с 0,5% до 2,0%, т.е. также в 4 раза.

Распространенность ВИЧ-инфекции по результатам ДЭН (2007г.) составляет:

- Менее 0,5% в следующих областях: в Западно-Казахстанской, Атырауской, Мангистауской, Актюбинской, Кызылординской, Северо-Казахстанской;
- От 0,5% до 1,0%: в г. Астане
- От 1,0% до 2,0%: в Акмолинской, Жамбылской, Восточно-Казахстанской областях.
- От 2% до 7,2%, т.е. выше средне республиканского показателя: в Южно-Казахстанской, Алматинской, Костанайской, Карагандинской, Павлодарской областях.

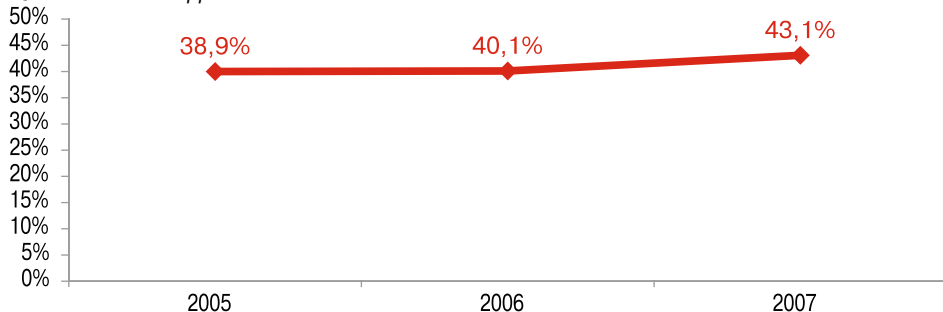
Самая высокая распространенность ВИЧ-инфекции отмечена в ИУ Алматинской области, где в настоящее время идет нарастание концентрации ЛЖВ, среди которых на жителей г. Алматы приходится более 60%. Необходимо отметить, что распространенность ВИЧ выросла в ИУ Алматинской области в 3 раза (2006г. – 2,3%), в ИУ Южно-Казахстанской – в 1,75 раза (2006г. – 2,0%), в ИУ Карагандинской – в 2,6 раза (2006г. – 1,4%), в ИУ Костанайской – в 4 раза (2006г. – 0,6%), в ИУ Павлодарской – в 4 раза (2006г. – 0,6%), в ИУ Жамбылской – в 3 раза (2006г. – 0,6%). В отличие от результатов ДЭН 2006 года, где ВИЧ-инфекция была выявлена во всех регионах, где проводился ДЭН, то в 2007 году в ходе проведения ДЭН ВИЧ-инфекция не была выявлена в 5 областях.

Рисунок 16. Распространенность ВИЧ среди осужденных по областям Казахстана, 2007 год, (N =4549)



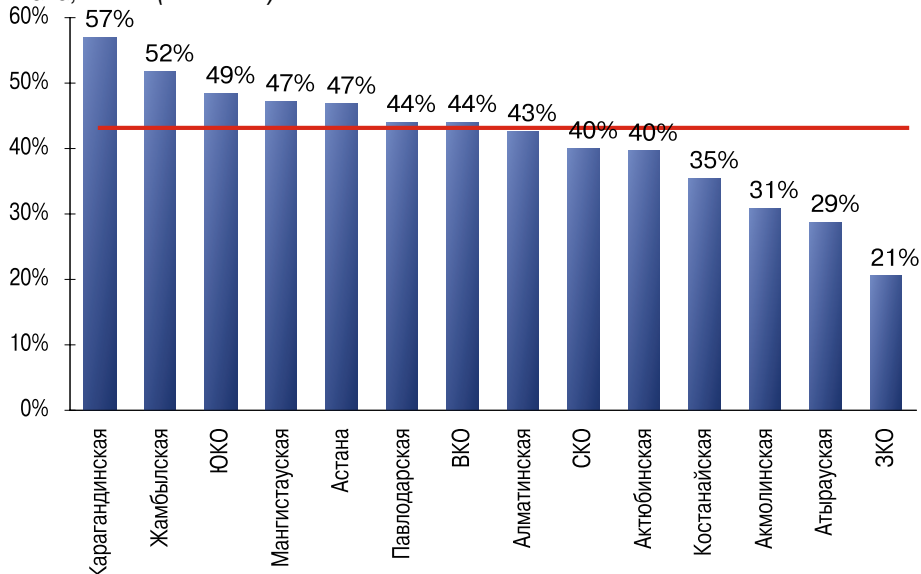
Частота обнаружения антител к вирусу гепатита С среди осужденных составила 43,1% (в 2006г. – 40,1%; в 2005г. – 38,9%).

*Рисунок 17. Распространенность ВГС среди осужденных в Республике Казахстан за 2005-2007 годы*



Существенно выше республиканского показателя распространенность гепатита С в Карагандинской области – 57% (2006г. – 53%), в Жамбылской области – 52% (2006г. – 45%), Южно-Казахстанской – 49% (2006г. – 43%). Также выше средне республиканского показателя распространенность ВГС в г. Астане – 47% (2006г. – 44%), в Павлодарской – 44% (2006г. – 48%), Мангистауской – 47% (2006г. – 41%) областях.

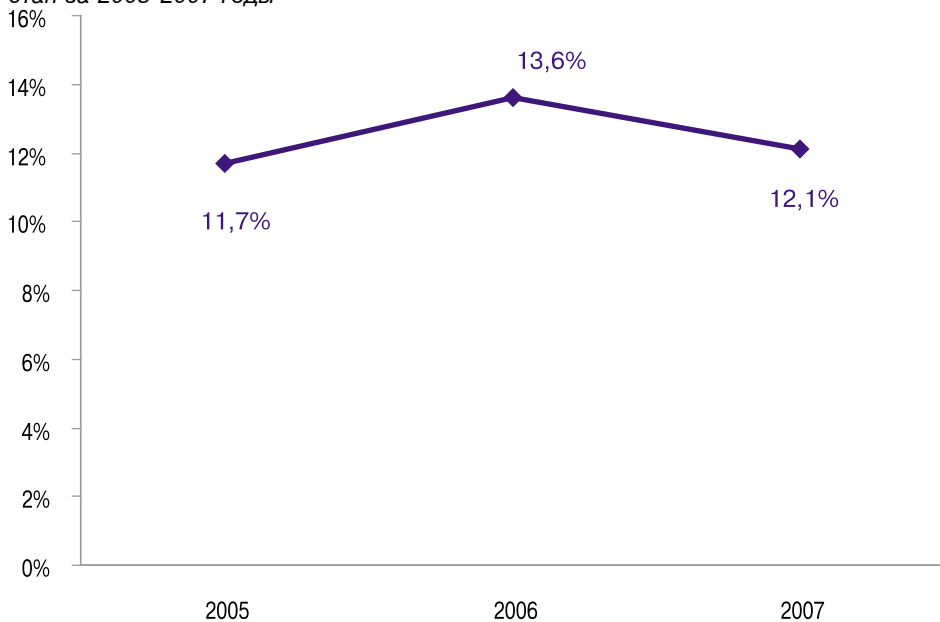
*Рисунок 18. Распространенность гепатита С среди осужденных по областям Казахстана, 2007г. (N = 4549)*



ИУ Алматинской области, где наибольшая распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных в республике, распространенность ВГС на уровне средне республиканского показателя (43%), в то же время это существенно больше, чем в 2006 году (33%). Самая низкая распространенность ВГС наблюдается в ИУ Западно-Казахстанской области (21%). Увеличение данного индикатора свидетельствует о том, что в МЛС увеличивается доля наркопотребителей и сохраняются опасные инъекционные практики.

Также существенной движущей силой распространения ВИЧ-инфекции является небезопасное половое поведение. ДЭН за 2007 год показал, что антитела к сифилису обнаружены у 12% заключенных (2006г. – 13,6%) , что практически на уровне прошлого года. Данный индикатор позволяет нам сделать вывод, что в МЛС недостаточно используются средства профилактики полового пути передачи ВИЧ-инфекции (презервативы).

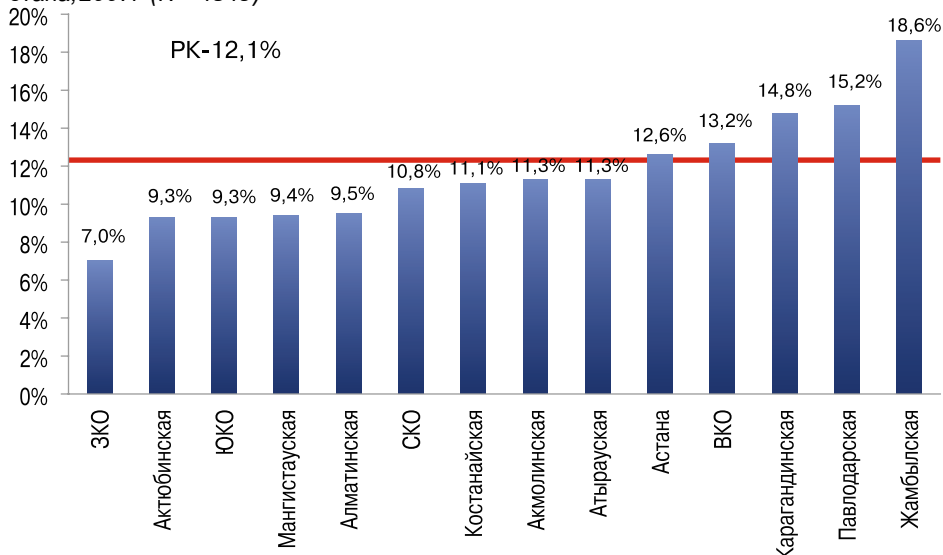
*Рисунок 19. Распространенность сифилиса среди осужденных в Республике Казахстан за 2005-2007 годы*



Ниже приводятся данные по распространенности сифилиса по областям Казахстана. Самые высокие показатели распространенности сифилиса наблюдаются в ИУ Жамбылской области – 18,6% (2006г. – 12%), Павлодарской – 15,2% (2006г. – 17%) и в ИУ Карагандинской области – 14,8% (2006г. – 18%). Также выше средне республиканского показателя распространенность сифилиса в Восточно-Казахстанской области – 13% (2006г. – 17%) и в г. Астане – 12,6% (2006г. – 7%). Наименьшая распространенность сифилиса отмечена в Западно-Казахстанской области (7%).

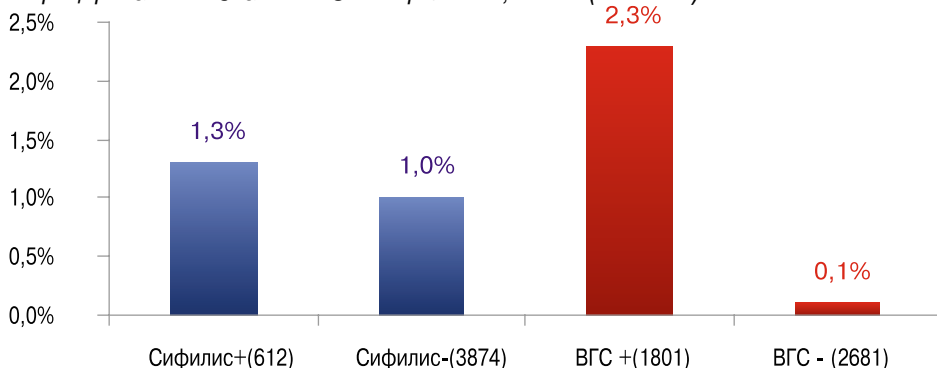


**Рисунок 20. Распространенность сифилиса среди осужденных по областям Казахстана, 2007г (N =4549)**



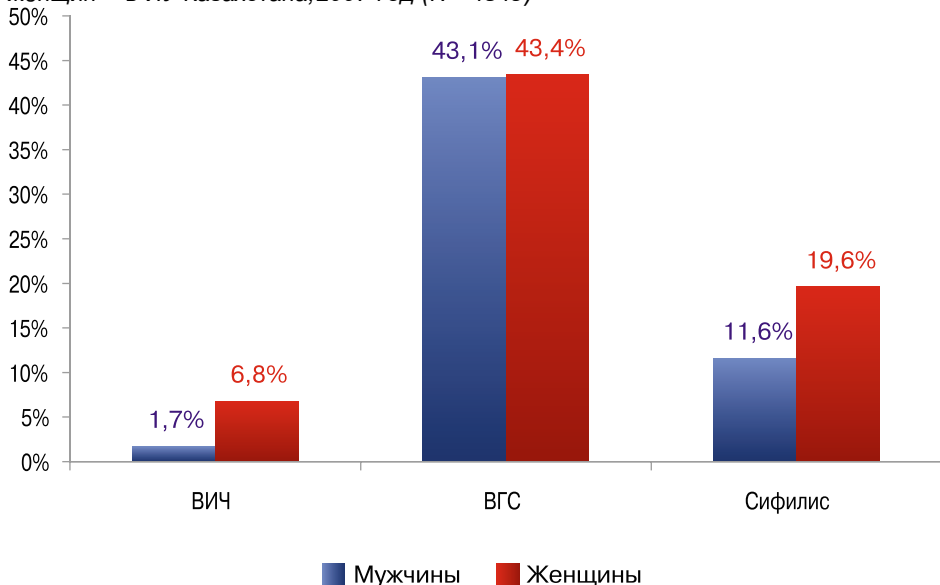
Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, инфицированных гепатитом С в 23 раза выше, чем среди лиц, не инфицированных гепатитом С. Это подтверждает ведущую роль парентерального пути передачи ВИЧ в популяции осужденных. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, имевших антитела к возбудителю сифилиса, также в 1,3 раза выше, чем среди лиц, у кого такие антитела не выявлены, но данное различие не является статистически значимым.

**Рисунок 21. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, инфицированных и не инфицированных гепатитом С и сифилисом, 2007г. (N =4549)**



Распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин, содержащихся в местах лишения свободы, значительно выше, чем среди мужчин и составляет 6,8% против 1,7%. Также в 1,7 раза у женщин выше распространенность сифилиса.

*Рисунок 22. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса среди осужденных – мужчин и женщин – в ИУ Казахстана, 2007 год (N =4549)*



#### 5.4. Факторы поведенческого риска

В процессе исследования осужденные опрашивались об инъекционной практике введения наркотиков и половом поведении. Употребление наркотиков и половые контакты с другими осужденными являются нарушением режима содержания, вслед за обнаружением которых следуют наказания. В связи с этим нельзя было ожидать, что осужденные будут откровенно отвечать на вопросы, которые характеризуют непосредственно их инъекционное и половое поведение. Поэтому вопросы об инъекционном и половом поведении задавались в отношении третьих лиц, а не самого респондента. То есть осужденного просили оценить практики инъекционного и полового поведения, которые он знает, и которые необязательно относятся к нему непосредственно.

##### 5.4.1 Инъекционное поведение

Респонденты свидетельствуют о том, что осужденные в МЛС употребляют инъекционные наркотики. Доля осужденных, которые так считают, равна 45,3% (2006г. – 44%).

**Рисунок 23. Мнение осужденных об инъекционных практиках введения наркотиков в ИУ, Казахстан, 2005-2007 годы**

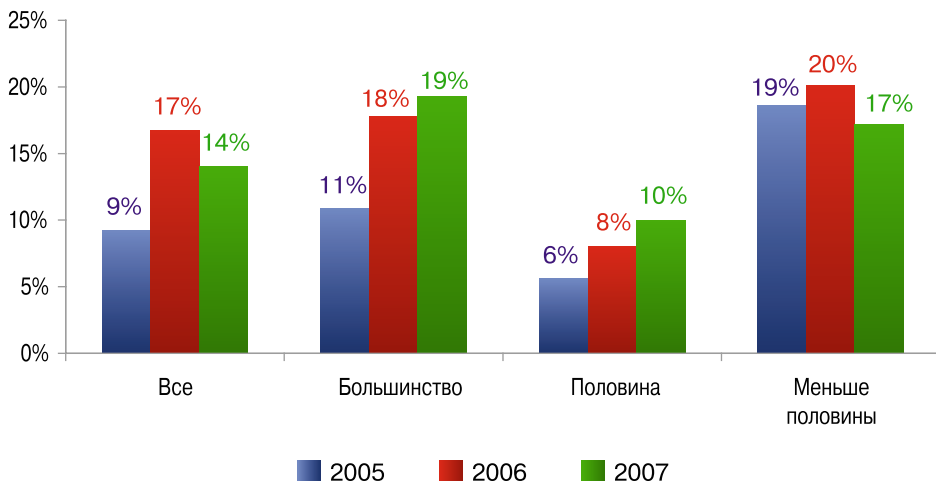


Более четверти осужденных сообщила о практике использовании общего шприца (28%) при употреблении наркотиков. В 2 раза снизилось число лиц, считающих, что заключенные используют только свой шприц (16%); 11% указали на использование подручных средств для введения наркотиков. Лишь 16% (2006г. – 12%) респондентов сообщили, что инструментарий для введения наркотиков предварительно обрабатывается дезинфицирующим раствором. За период слежения ежегодно увеличивается доступность дезинфицирующих средств в ИУ республики, но только на 4% больше осужденных сообщили об использовании дезрастворов для обеззараживания инструментария. Учитывая выше изложенное, можно сделать заключение, что в МЛС в 2007 году достаточно широко были распространены опасные практики при введении инъекционных наркотиков, и этими данными можно объяснить ухудшение эпидемиологической ситуации в пенитенциарной системе, когда распространенность ВИЧ-инфекции только за год возросла с 1% до 2% (в 2 раза).

#### 5.4.2 Половое поведение

Доля опрошенных осужденных, сказавших, что заключенные вступают в исправительных учреждениях в половые контакты, составляет по республике 37% (2006г. – 40%). При этом использование презервативов не является повсеместным и постоянным.

*Рисунок 24. Мнение осужденных об использовании презервативов при гомосексуальных контактах в ИУ, Казахстан (2005-2006гг.)*



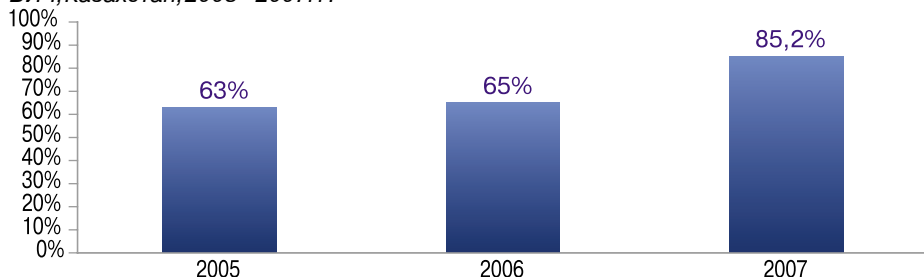
Мнение осужденных об использовании презервативов при гомосексуальных контактах разделились: 17% осужденных считает, что презервативами пользуется меньше половины заключенных, 10% ответили, что презервативами пользуется при половых контактах половина осужденных. Немного больше – 33% респондентов ответили, что «все» или «большинство» лиц пользуются презервативами.

Небезопасное половое поведение на фоне высокой распространенности сифилиса и других инфекций, передающихся половым путем, является движущей силой распространения ВИЧ в пенитенциарной системе. При высоком доступе к презервативам использование этой меры профилактики остается недостаточным. Необходимо усилить пропаганду использования презервативов, объяснение необходимости их использования во избежание инфицирования ВИЧ и инфекциями, передаваемыми половым путем, особенно с учетом сложной эпидемиологической ситуации в МЛС по этим инфекциям.

## 5.5. Уровень знаний о ВИЧ и СПИД

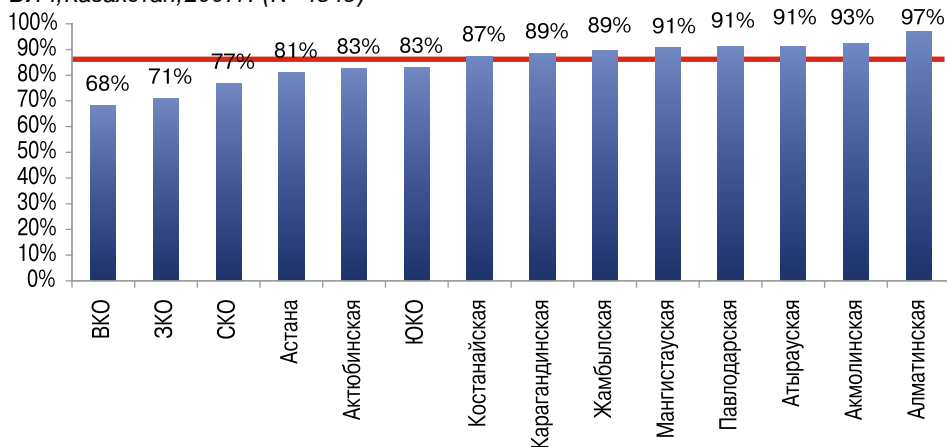
Осведомленность осужденных о мерах профилактики и мнимых путях передачи ВИЧ-инфекции составила 85,2%. Это говорит о том, что осужденные очень хорошо осведомлены о мерах профилактики ВИЧ/СПИД и путях передачи ВИЧ-инфекции. В 2007 году, как и во все предыдущие годы, заключенные лучше, чем другие уязвимые группы, были информированы по вопросам ВИЧ и СПИДа. Уровень знаний спецконтингента значительно возрос по сравнению с 2006 годом с 65% до 85,2%. Осведомленность мужчин выше (63,4%), чем женщин (51,4%) практически на 12%.

**Рисунок 25. Процент осужденных, которые правильно указали меры профилактики ВИЧ и в то же время правильно назвали неверные представления о путях передачи ВИЧ, Казахстан, 2005 -2007гг.**



Вместе с тем, ожидавшихся результатов, относящихся к принятию осужденными менее опасного поведения, достичь не удастся. По данным анкетирования необходимыми знаниями в области профилактики ВИЧ обладает менее 70% осужденных в ИУ Восточно-Казахстанской области. В этой единственной области произошло снижение информированности среди спец. контингента с 73% в 2006 году до 68% в 2007 году. В остальных регионах уровень знаний осужденных значительно вырос. К примеру, в ИУ Алматинской области информированность заключенных повысилась с 68% до 90%, в ИУ ЮКО с 37% до 83%, в ИУ Мангистауской области – с 47% до 91%. Также повысилась осведомленность у осужденных г. Астаны (с 52% до 81%), Актюбинской области (с 56% до 83%), Западно-Казахстанской (с 57% до 71%) и Костанайской (61% до 87%) областей.

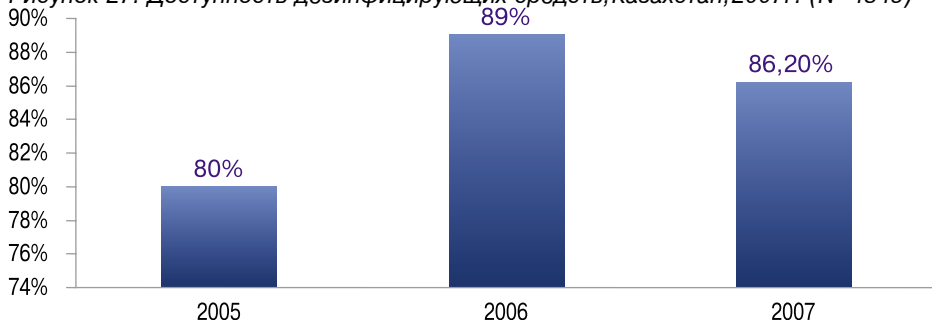
**Рисунок 26. Процент осужденных, которые правильно указали меры профилактики ВИЧ и в то же время правильно назвали неверные представления о путях передачи ВИЧ, Казахстан, 2007г. (N=4549)**



## 5.6. Охват профилактическими программами

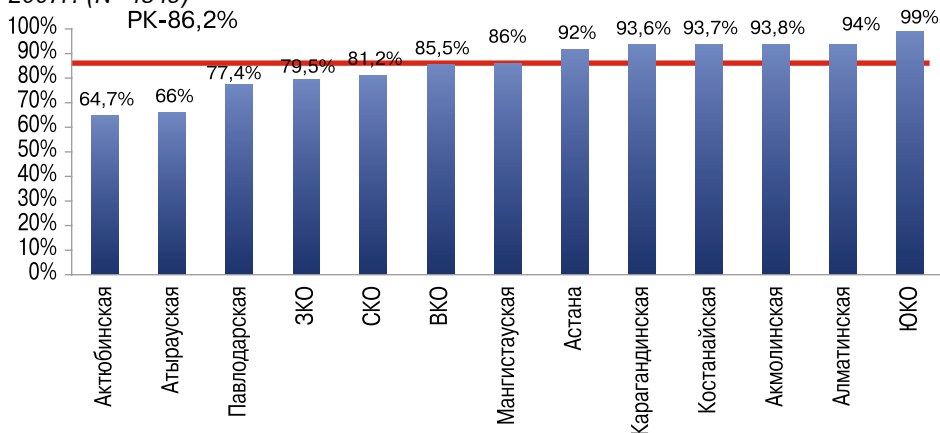
Охват осужденных профилактическими программами отслеживается по доступности к дезинфицирующим средствам и презервативам. Между регионами в этом плане имеются существенные различия. На доступность дезинфицирующих средств в исправительных учреждениях указали в среднем по Казахстану 86,2% осужденных (2006г. – 89%). Ниже средне республиканского показателя доступность дезинфицирующих средств в Актыбинской области (65%) и Атырауской области (66%).

Рисунок 27. Доступность дезинфицирующих средств, Казахстан, 2007г. (N=4549)



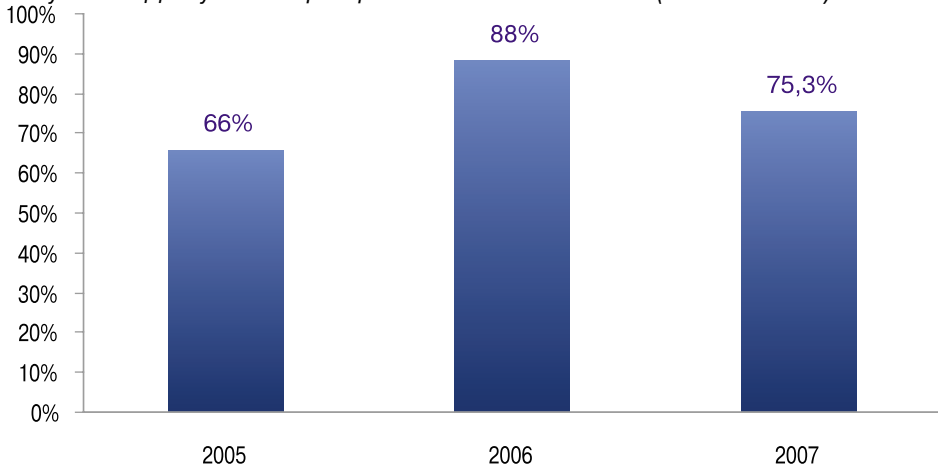
По сравнению с прошлым годом, увеличилась доступность дезинфицирующих средств в Мангистауской области (с 68% до 86%) и в г. Астане (с 81% до 92%). В Атырауской области, наоборот, доступность значительно снизилась (с 90% до 66%). Уменьшилась доступность дезинфицирующих средств для заключенных в ИУ Павлодарской области (с 95% до 74%).

Рисунок 28. Доступность дезинфицирующих средств в ИУ по областям Казахстана, 2007г. (N=4549)



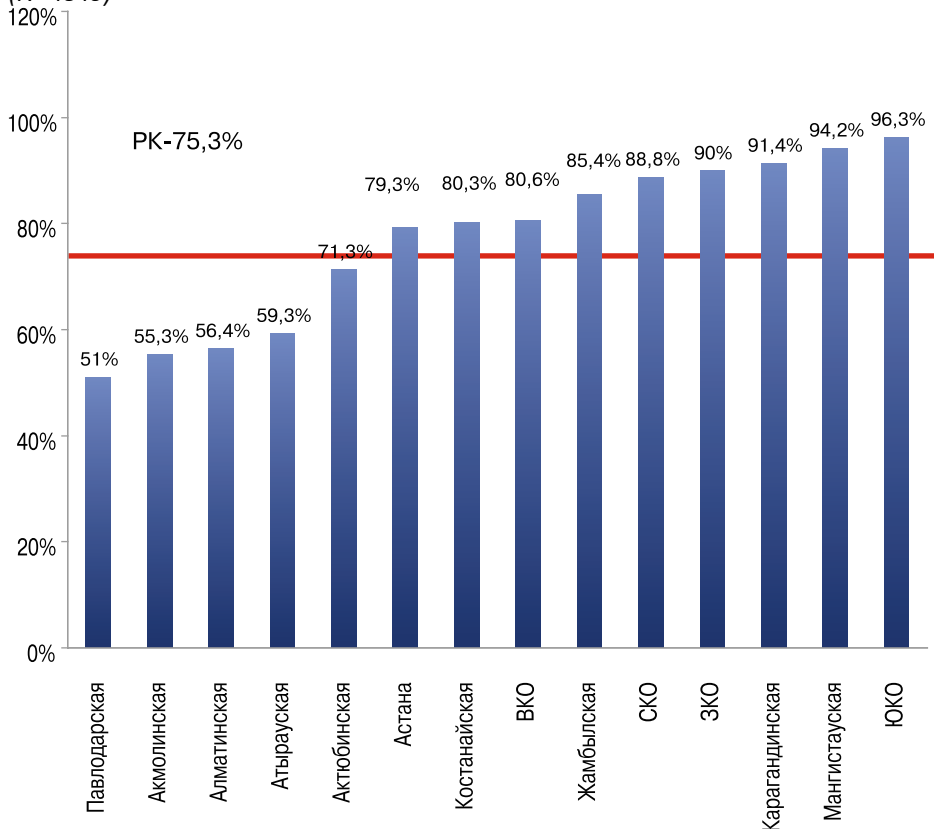
Разная картина наблюдается в отношении обеспечения доступа к презервативам по областям (от 60% до 100%). Несмотря на то, что в большинстве ИУ презервативы доступны, продолжает увеличиваться распространенность сифилиса, свидетельствующая о том, что средства индивидуальной защиты используются недостаточно.

*Рисунок 29. Доступность презервативов в ИУ Казахстана (2005 -2007 гг.)*



Доступность презервативов по сравнению с 2006 годом снизилась на 12,7% и составила в 2007 году 75,3%, т.е. если осужденным понадобятся презервативы, то их смогут достать только 3/4 заключенных. Противоречива связь между обеспечением доступа к презервативам и распространенностью сифилиса. Несмотря на высокую осведомленность о ВИЧ/СПИДе и высокий доступ к презервативам, распространенность антител к сифилису не снижается. Это свидетельствует о том, осужденные не всегда используют презервативы при половых контактах, либо не всегда могут их достать в случае необходимости. В 2007 году крайне низкий доступ был в ИУ Павлодарской области (51%), Акмолинской (55,3%) и Алматинской (56,4%) областей. Ниже средне республиканского индикатора доступность презервативов в ИУ Атырау. Сравнительный анализ показывает, что резко снизилась доступность презервативов в ИУ Павлодара (с 92% до 51%), в ИУ Акмолинской области (с 77% до 55%), в ИУ Алматинской области (с 70% до 55,3%). В ИУ Атырау снижение этого индикатора произошло почти наполовину, в ИУ г. Астаны доступность презервативов уменьшилась со 100% до 73%. При том, что в 2007 году была принята к исполнению ведомственная Программа по противодействию эпидемии СПИДа, в которой предусмотрен закуп, как изделий медицинского назначения (презервативов), так и дезинфицирующих препаратов. Но есть регионы, где доступность презервативов увеличилась, к примеру, в ИУ Костанайской области (с 60% до 83%), в ИУ ЮКО (с 85% до 96%).

Рисунок 30. Доступность презервативов в ИУ по областям Казахстана, 2007 год, (N=4549)



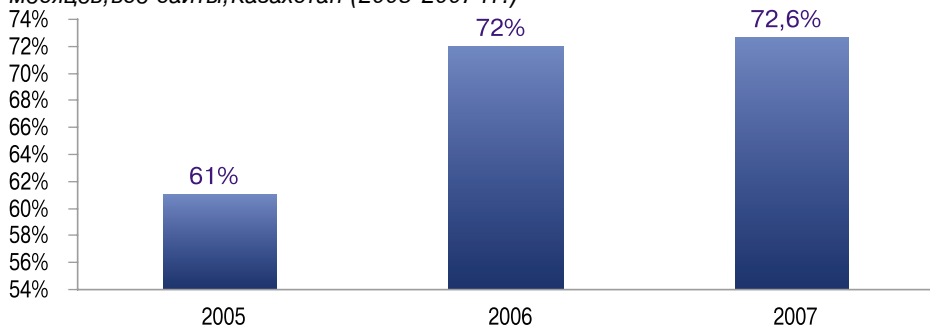
Таким образом, по сравнению с 2006 годом доступ к профилактическим программам снизился, как по презервативам, так и дезинфицирующим препаратам. Спектр профилактических услуг в исправительных учреждениях остается весьма ограниченным.

### 5.7. Тестирование на ВИЧ-инфекцию

В 2007 году согласно данным статистики произошло увеличение количества анализов на ВИЧ по сравнению с 2006 годом в 1,2 раза. По результатам ДЭН в 2007 году прошли обследование на ВИЧ 73% осужденных, что на уровне прошлого года. Данную разницу можно объяснить тем, что заключенные тестируются 3-4 раза при поступлении в МЛС, а также тем фактом, что не все осужденные получают услуги послетестового консультирования и знают результаты тестирования. Ниже приводится информация, характеризующая доступность услуг тестирования в МЛС.

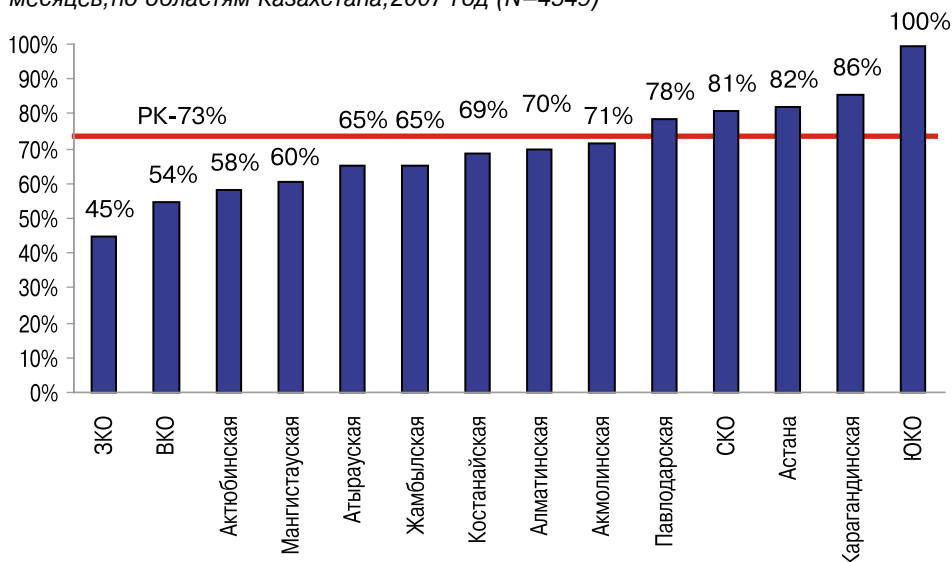


**Рисунок 31. Процент осужденных, тестирувавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев, все сайты, Казахстан (2005-2007 гг.)**



Из всех осужденных, которые сообщили, что проходили тестирование на ВИЧ в течение последнего года, знают результаты обследования только 69%. Меньше всего заключенных, согласно результатам анкетирования, тестируется в Западно-Казахстанской области – 45% (2006г. – 51%), в Восточно-Казахстанской – 54% (2006г. – 72%), в Актыбинской – 58% (2006г. – 53%) областях. В Южно-Казахстанской области обследуется 100% заключенных, что на 20% больше по сравнению с предыдущим годом. В Атырауской области, наоборот, на 20% меньше заключенных сообщили, что были обследованы на ВИЧ.

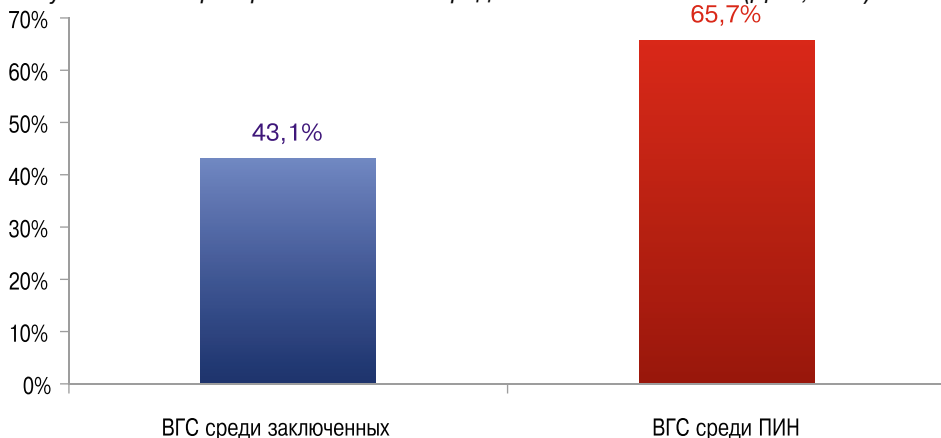
**Рисунок 32. Доля осужденных, тестирувавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев, по областям Казахстана, 2007 год (N=4549)**



## 5.8. Оценка доли ПИН среди осужденных.

Распространенность гепатита С среди осужденных по результатам ДЭН в 2007 году составляет 43%, распространенность гепатита С в популяции наркопотребителей составляет 65,7% (ДЭН среди ПИН, 2007г.). На основании этого, можно предположить, что доля лиц в ИУ, имевших опыт употребления инъекционных наркотиков, может достигать 60-66%.

Рисунок 34. Распространенность ВГС среди ПИН и заключенных (ДЭН, 2007)



Необходимо принять во внимание тот факт, что численность наркозависимых осужденных, которым назначалось принудительное лечение наркомании по решению суда, составляет в среднем не более 10%, следовательно, большая часть лиц, содержащихся в местах лишения свободы, которые склонны к употреблению или имели в жизни опыт употребления наркотиков, не учтена, но является группой повышенного риска. Таким образом, количество лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и употребляющих инъекционные наркотики, составляет 28000-30000 человек. Официальное число зарегистрированных ПИН в местах лишения свободы не может показать фактическую картину распространения потребления наркотиков. Оценка, основанная только на зарегистрированных случаях, является неполной.

## 5.9. Оценка численности ЛЖВС

Среднегодовая численность осужденных, находящихся в ИУ в 2007 году составляет 46000-48000 человек. Распространенность ВИЧ-инфекции составляла в апреле-мае 2007г. в среднем по РК около 2%. На 01. 01. 2007 года в исправительных учреждениях по официальным данным КУИС содержалось 705 ВИЧ-инфицированных, в следствен-

ных изоляторах – 199. Оценка численности спец. контингента, проведенная согласно результатам ДЭН, сопоставима с данными регистрации случаев ВИЧ инфекции. Таким образом, данные регистрации случаев ВИЧ среди осужденных могут характеризовать ситуацию в целом.

## **6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **6.1. Выводы**

#### **Эпидемиология и динамика распространенности изучаемых инфекций среди осужденных**

– Распространенность ВИЧ-инфекции в исправительных учреждениях КУИС увеличилась в 2007 году по сравнению с 2006 годом, в 2 раза ( $p=0,01$ ), и в среднем по республике составила 2% (95%CI = 1,8% – 2,2%). Аналогичная динамика по темпам прироста отмечена также по результатам официальной регистрации случаев ВИЧ-инфекции.

– Определены по результатам ДЭН другие области, где произошло более значительное ухудшение эпидемиологической ситуации и рост распространенности ВИЧ (Алматинская – в 3 раза, ЮКО – в 1,8 раза, в Карагандинской – в 2,6 раза, в Костанайской – в 4 раза, в Павлодарской – в 4 раза, в Жамбылской – в 3 раза). Аналогичная картина по этим областям отмечается по данным официального статистического учета. Распространенность ВИЧ-инфекции в ИУ по регионам колеблется от 0% до 7,4%.

– Данные ДЭН на начало 2007 года сопоставимы с данными о количестве ВИЧ-позитивных, содержащихся учреждениях КУИС. Отмечен рост выявления новых случаев ВИЧ среди осужденных в течение всего 2007 года, особенно увеличилось выявление ВИЧ-инфекции среди осужденных, поступающих в ИУ, что говорит об осложнении эпидемиологической ситуации в СИ. Неблагополучная ситуация в СИ-1 г. Алматы сохраняется.

– В 2007 году отмечено увеличение на 3% распространенности вирусного гепатита С в сравнении с 2006 годом, что можно объяснить увеличением доли потребителей инъекционных наркотиков в исправительных учреждениях, и как следствие этого – увеличение числа ЛЖВ в пенитенциарной системе. Распространенность ВГС в регионах находится в пределах от 21% в ЗКО до 57% в Карагандинской области. Средне республиканский показатель распространенности ВГС составляет 43,1%.

– В МЛС среди заключенных отмечается стабильно высокая распространенность сифилиса, которая составила в 2007 году 12,1%. Минимальная распространенность отмечена в ИУ в ЗКО (7%); максимальная распространенность сифилиса – в ИУ Жамбылской области (19%).

– Распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин, содержащихся в местах лишения свободы, значительно выше, чем среди мужчин и составляет 6,8% против 1,7% (в 4 раза). Также в 1,7 раза у женщин выше распространенность сифилиса.

### **Оценка реализации профилактических программ.**

– В ИУ не обеспечена всеобщая доступность к средствам личной профилактики. Только ... заключенных ответили, что презервативы им доступны. Доступность презервативов в исправительных учреждениях Казахстана увеличивалась в период 2005-2006 годов с 66% до 88%, а в 2007 году снизилась до 75%.

– За период слежения увеличивалась доступность дезинфицирующих средств в ИУ республики с 80% в 2005 году до 89% в 2006 году. В 2007 году отмечено снижение данного показателя.

– Осужденные лучше, чем другие уязвимые группы, осведомлены как о путях передачи ВИЧ, так и о мерах профилактики инфицирования ВИЧ. Охват обучением составил 99%. Уровень информированности заключенных в республике в 2007 году составил 85%, то есть остается еще часть осужденных, которые не имеют базовых знаний по вопросам ВИЧ/СПИДа и мерах его профилактики. Рост информированности произошел в большинстве областей Казахстана. В среднем по всем ИУ он составил 20%. В то же время ожидаемых результатов по принятию безопасного поведения заключенными достичь не удается.

– Около половины осужденных свидетельствуют об употреблении наркотиков в МЛС.

– В 2007 году в два раза сократилось количество респондентов, которые говорили о том, что в МЛС используют только свой шприц для инъекций.

– Спектр профилактических услуг по ВИЧ в МЛС весьма ограничен. В частности отсутствует доступ к стерильному инъекционному оборудованию, нет программ обмена шприцев.

– В МЛС широко распространены опасные практики введения наркотиков, что влечет за собой ухудшение эпидемиологической ситуации в пенитенциарной системе.

– В сравнении с 2006 годом, в 2007 году количество обследованных на ВИЧ осужденных в исправительных учреждениях республики не увеличилось и составило 73% и 72% соответственно. Практически только ... осужденных тестируется ежегодно, но знают результаты тестирования только 69% от числа обследуемых.

### **6.2. Рекомендации**

1. На фоне увеличения доли ПИН в исправительных учреждениях, учитывая рост распространенности ВИЧ-инфекции и гепатита С среди осужденных, а также наличие рискованного инъекционного поведения, необходимо обеспечить доступность одноразовых шприцев в ИУ.

2. Совершенствовать систему предоставления антиретровирусного лечения в учреждениях уголовно-исполнительной системы, работать по увеличению приверженности к лечению.

3. Обеспечить исполнение действующих приказов в части тестирования заключенных при поступлении и через 6 месяцев, а также обеспечить доступ к тестированию в

течение всего срока пребывания всех осужденных в МЛС.

4. Разделить код 112 на подкоды в соответствии с местом (СИ или ИУ) и временем (при поступлении или через шесть месяцев) тестирования на ВИЧ.

5. Стабилизировать ситуацию в СИ-1 г. Алматы путем обеспечения 100% тестирования и проведения эффективных профилактических мер.

6. Усилить образовательный компонент, с упором на реальное изменение поведения, увеличить доступность и пропаганду презервативов.

7. Шире привлекать к реализации профилактических программ в МЛС неправительственный сектор (НПО), неформальных лидеров и волонтеров.

8. Способствовать расширению профилактических программ и внедрению новых и эффективных для пенитенциарной системы мер профилактики (обмен шприцев).

С целью стабилизации дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции в областях предпринимаются меры локализации очагов, но, как показывает эпидемиологическая ситуация, они явно недостаточны, эффективность остается низкой. Сложившаяся эпидемиологическая ситуация требует коренного изменения принципов профилактических вмешательств в исправительных учреждениях. В связи с чем, назрела необходимость решать вопрос о внедрении обмена шприцев в исправительных учреждениях (первоначально, возможно, на пилотном уровне).



**ОБЗОР**  
**эпидемиологической ситуации**  
**по ВИЧ-инфекции и результаты**  
**дозорного эпидемиологического надзора**  
**среди пациентов с симптомами инфекций,**  
**передающихся половым путем**  
**за 2007 год в Республике Казахстан**

ОБЗОР  
эпидемиологической  
ситуации  
по ВИЧ-инфекции и  
результаты  
дозорного  
эпидемиологического  
надзора

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ</b>	<b>157</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b>	<b>159</b>
<b>СПИСОК АВТОРОВ</b>	<b>160</b>
<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>161</b>
1.1. Контекст	161
1.2. Цели и задачи	163
1.3. Источники информации	163
<b>2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ</b>	<b>164</b>
2.1. Методика оценки численности	164
2.2. Оценка численности группы	164
<b>3. НАДЗОР ЗА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СЛУЧАЯМИ ВИЧ</b>	<b>166</b>
3.1. Характеристика обследования на вич инфекцию лиц с ИППП	166
3.2. Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию	167
<b>4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЛИЦ С ИППП</b>	<b>168</b>
<b>5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР</b>	<b>170</b>
5.1. Материалы и методы	170
5.2. Социально-демографические показатели	171
5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса	171
5.4. Факторы поведенческого риска	175
5.5. Уровень знаний о ВИЧ/СПИДе	176
5.6. Охват профилактическими программами	177
<b>6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	<b>178</b>
6.1. Выводы	178
6.2. Рекомендации	178



## **СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ**

### **Рисунки**

- Рисунок 1. Число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан, 1987-2007 годы
- Рисунок 2. Регистрируемая заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан в 1996-2007 годах (на 100 000 населения)
- Рисунок 3. Распределение случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи 2006-2007гг
- Рисунок 4. Удельный вес главных путей передачи ВИЧ-инфекции в структуре зарегистрированных случаев в 2005-2007 годах
- Рисунок 5. Динамика интенсивного показателя заболеваемости ИППП РК в 2003-2007гг. (на 100 000)
- Рисунок 6. Количество тестированных на ВИЧ, в том числе лиц с ИППП, в РК за 2003-2007гг.
- Рисунок 7. Удельный вес кода 104 (пациенты с ИППП) в структуре обследования на ВИЧ-инфекцию в РК в 2003-2007гг.
- Рисунок 8. Количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (общее и среди лиц с ИППП) в 2004-2007гг.
- Рисунок 9. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц с ИППП, протестированных по коду 104 (РК, 2005-2007гг.)
- Рисунок 10. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса среди пациентов с симптомами ИППП в РК (ДЭН, 2005-2007гг.)
- Рисунок 11. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц с ИППП, инфицированных и не инфицированных сифилисом и ВГС (РК, ДЭН, 2007г.)
- Рисунок 12. Распространенность ВИЧ среди пациентов с ИППП в городах РК (ДЭН, 2007г.)
- Рисунок 13. Распространенность ВГС среди лиц с ИППП по городам РК (ДЭН, 2007г.)
- Рисунок 14. Распространенность сифилиса среди пациентов с ИППП в городах РК (ДЭН, 2007г.)
- Рисунок 15. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса в зависимости от возраста (ДЭН, РК, 2007г.)
- Рисунок 16. Наличие половых контактов повышенного риска среди лиц с ИППП (ДЭН, 2005-2007 гг.)
- Рисунок 17. Наличие половых партнеров разных типов в течение шести месяцев у лиц с симптомами ИППП в зависимости от пола (ДЭН, 2007г.)
- Рисунок 18. Знание мнимых путей передачи и истинных мер профилактики ВИЧ-инфекций среди лиц с симптомами ИППП в 2005-2007 гг.

Рисунок 19. Знание мнимых путей передачи и истинных мер профилактики ВИЧ-инфекций лиц с симптомами ИППП в городах Казахстана (ДЭН, 2007г.)

Рисунок 20. Охват тестированием на ВИЧ лиц с симптомами ИППП (ДЭН, 2005-2007гг.)

Рисунок 21. Охват тестированием на ВИЧ пациентов с симптомами ИППП по городам РК (ДЭН, 2007г.)

## **Таблицы**

Таблица 1. Заболеваемость ИППП в РК за 2003-2007гг.

Таблица 2. Соотношение пациентов с ИППП, прошедших тестирование на ВИЧ, к количеству зарегистрированных случаев ИППП (2003-2007гг.)

Таблица 3. Деятельность дружественных кабинетов по Республике Казахстан за 2007г.

Таблица 4. Количество участников ДЭН в РК среди лиц с ИППП в 2007г.

## Список сокращений

<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита человека
<b>ИППП</b>	Инфекции, передающиеся половым путем
<b>УГН</b>	Уязвимая группа населения
<b>ВГС</b>	Вирусный гепатит «С»
<b>МиО</b>	Мониторинг и оценка
<b>ДЭН</b>	Дозорный эпидемиологический надзор
<b>БОС</b>	Быстрая оценка ситуации
<b>ИОМ</b>	Информационно-образовательный материал
<b>УГСЭН</b>	Управление государственного санитарно-эпидемиологического надзора
<b>ЛЖВ</b>	Люди, живущие с ВИЧ
<b>ПИН</b>	Потребители инъекционных наркотиков
<b>РС</b>	Работники секса
<b>МСМ</b>	Мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами
<b>КВД</b>	Кожно-венерологический диспансер
<b>ДК</b>	Дружественный кабинет
<b>ЛПО</b>	Лечебно-профилактические организации
<b>НПО</b>	Неправительственная организация
<b>РК</b>	Республика Казахстан
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу.
<b>СиДиСи</b>	Центры по контролю и профилактике заболеваний, США.

## **Список авторов**

1. Хасанова Мариям Аулихановна, Генеральный директор Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом
2. Ганина Лолита Юрьевна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией РЦ СПИД
3. Ковтуненко Наталья Григорьевна, заведующая референс-лабораторией РЦ СПИД
4. Туребаева Айбарша Махматовна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Актюбинского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом
5. Кикбаева Гульсум Ильясовна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Алматинского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом
6. Жусупов Бауржан Сабитович, руководитель отдела управления качеством AFEW
7. Крюкова Валерия Александровна, Национальный Координатор в РК, Проект по контролю СПИД в Центральной Азии

## 1. ВВЕДЕНИЕ

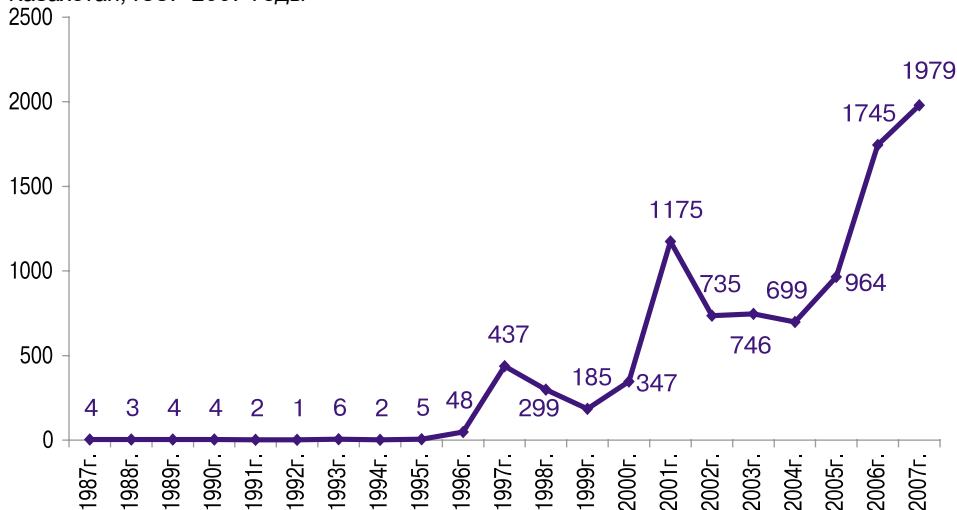
Данный отчет представляет собой обзор ситуации по ВИЧ и СПИД в Республике Казахстан в группе лиц с симптомами инфекции передающиеся половым путем (ИППП). Отчет подготовлен с использованием данных, полученных из разных источников, а именно надзора за зарегистрированными случаями ВИЧ и ИППП, дозорного эпидемиологического надзора; данных мониторинга профилактических вмешательств; данных медицинской статистики и т.п.

В Казахстане ВИЧ инфекция распространяется преимущественно в группах населения высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией, прежде всего, среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Высокая степень риска полового поведения ПИН, который характеризуется большим числом половых партнеров и низким уровнем использования презервативов, особенно с постоянными и случайными половыми партнерами, вкупе со значительной распространенностью ИППП свидетельствует о потенциале передачи ВИЧ от представителей уязвимой группы населения к общему населению. ИППП усиливают восприимчивость организма к ВИЧ-инфекции. Выявление и лечение ИППП приводит к значительному снижению распространения ВИЧ-инфекции. Диагностика и лечение ИППП должны стать одним из направлений профилактики ВИЧ.

### 1.1. Контекст

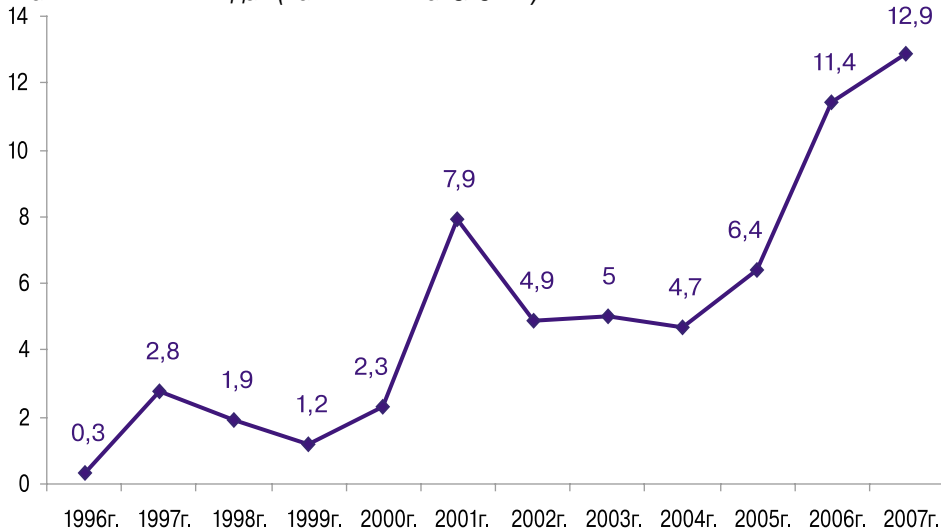
В течение последних трех лет в РК отмечается достоверный рост заболеваемости ВИЧ инфекцией. За 2007 год в РК зарегистрировано 1979 случаев ВИЧ инфекции (2006 г. – 1745 случаев).

Рисунок 1. Число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан, 1987-2007 годы



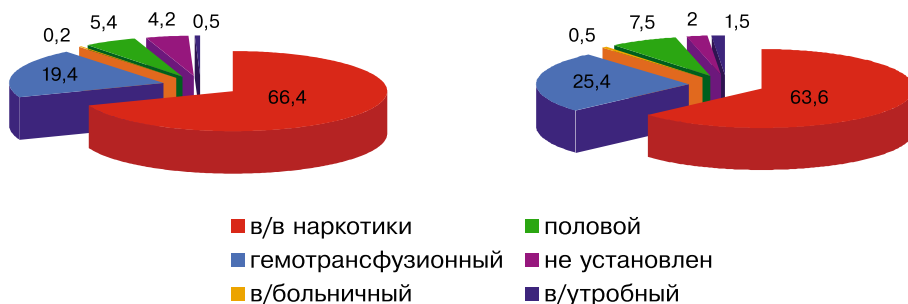
В 2007г. показатель регистрируемой заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 100 тысяч населения составил 12,9 (2006г. – 11,4).

Рисунок 2. Регистрируемая заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан в 1996-2007 годах (на 100 000 населения)



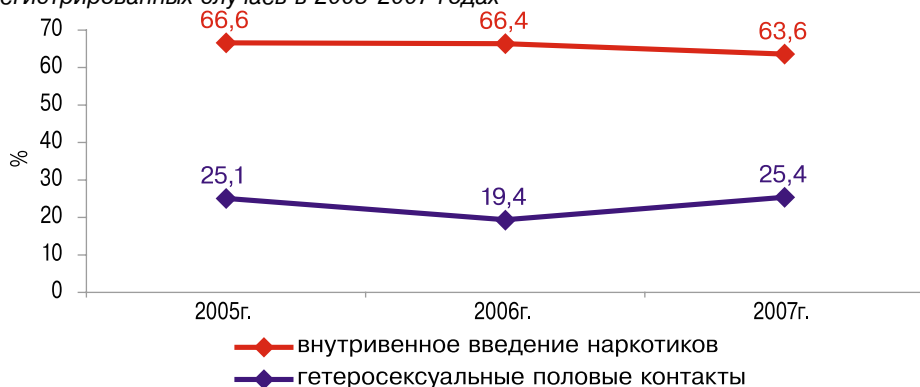
Среди ВИЧ-инфицированных, выявленных в 2007 году, преобладают мужчины. Их доля составила 70,5% (2006г.-73,8%). Удельный вес молодежи в возрасте 20-29 лет был равен 42,0% (2006г.-42,8%). В 2007 году доля ВИЧ-инфицированных, заразившихся при употреблении наркотиков инъекционным путем, составила 63,6% (2006г. – 66,4%), половым путем – 25,4% (2006г. – 19,4%).

Рисунок 3. Распределение случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи 2006-2007гг



Эпидемия ВИЧ-инфекции в стране главным образом обусловлена инъекционным употреблением наркотиков. Доля полового пути передачи ВИЧ-инфекции за последние два года остается стабильной.

*Рисунок 4. Удельный вес главных путей передачи ВИЧ-инфекции в структуре зарегистрированных случаев в 2005-2007 годах*



Таким образом, сегодня эпидемия ВИЧ-инфекции в Казахстане выходит за пределы популяции ПИН и распространяется среди потенциально здорового населения посредством половых контактов по направлению от ПИН через группы проводников, включающие работников секса. Высокая распространенность ИППП в Казахстане является причиной изучения проблемы с целью разработки противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение полового пути передачи ВИЧ и ИППП.

## 1.2. Цели и задачи

*Целью* данной работы является представление эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в группе населения с симптомами ИППП на основе доступных источников информации.

*Задачи:*

- Описать эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в группе ИППП и изучить роль группы ИППП в развитии общего эпидемиологического процесса по ВИЧ-инфекции (факторы риска)
- Оценить профилактические вмешательства

## 1.3. Источники информации

1. Отчеты центров СПИД по эпидемиологическому надзору за зарегистрированными случаями.
2. Анализ данных центров СПИД по дозорному эпидемиологическому надзору за 2007г.

3. Отчеты центров СПИД по мониторингу и оценке (МиО) профилактических вмешательств в Республике Казахстан за 2007 год.

4. Медицинская статистика

## 2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ

### 2.1. Методика оценки численности

Численность лиц с ИППП учитывается на основании статистических данных по заболеваемости населения ИППП, полученных из лечебно-профилактических организаций, кожно-венерологических диспансеров (КВД). В КВД официальная отчетность ведется по заболеваемости сифилисом, гонореей, хламидиозом и трихомониазом. Экстренное извещение в территориальное управление государственного санитарно-эпидемиологического надзора (УГСЭН) подается только по двум нозологиям – сифилис и гонорея. В КВД не проводится учет обращаемости населения в ЛПО с симптомами ИППП. Большинство людей с ИППП предпочитают обращаться в частные клиники/кабинеты или занимаются самолечением, в связи, с чем не включаются в официальную статистику.

Кроме того, не все нозологические формы ИППП диагностируются. Все эти причины ведут к тому, что КВД, которые составляют большую часть дозорных участков, охватывают только небольшую и, возможно, нерепрезентативную выборку людей с ИППП. Тем не менее, данные, полученные в этих подгруппах населения, могут использоваться для приблизительной оценки потенциала распространения ВИЧ через половые контакты и служить в качестве системы раннего выявления. Таким образом, статистические данные численности лиц с ИППП из КВД не отражают истинную ситуацию заболеваемости ИППП населения РК.

### 2.2. Оценка численности группы

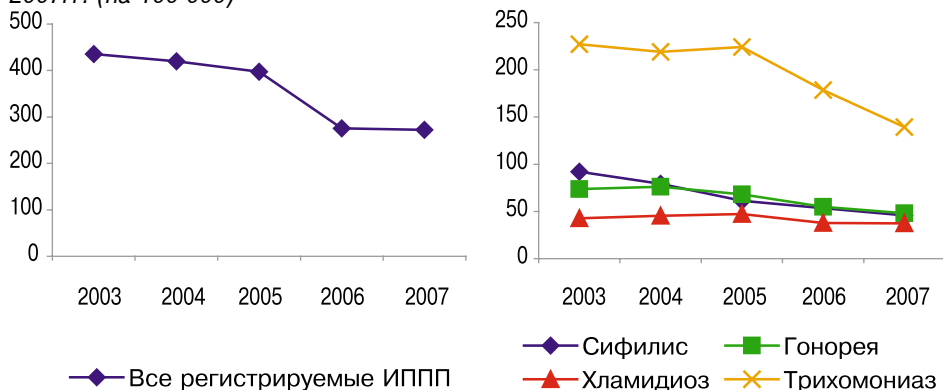
В таблице 1 приведены статистические данные заболеваемости ИППП в Казахстане за 2003-2007г.г. по четырем нозологическим формам.

Таблица 1. Заболеваемость ИППП в РК за 2003-2007гг.

Нозологические формы ИППП	2003		2004		2005		2006		2007	
	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.
Сифилис	13729	92,1	11907	79,3	9223	61,4	8195	53,5	7114	45,9
Гонорея	10988	73,7	11438	76,1	10228	68,1	8416	55,0	7438	48,0
Хламидиоз	6386	42,8	6811	45,4	7099	47,3	5772	37,7	5797	37,4
трихомониаз	33836	227,0	32897	219,0	33639	224,1	27328	178,5	21561	139,3
всего	64939	435,5	63053	419,9	60189	397,4	42141	275,4	41910	272,2



**Рисунок 5. Динамика интенсивного показателя заболеваемости ИППП РК в 2003-2007гг. (на 100 000)**



Как видно из таблицы 1, отмечается снижение заболеваемости по всем четырем нозологическим формам ИППП с 397,4 на 100 000 в 2005г. до 272,2 в 2007г.

Статистические данные не отражают истинную ситуацию заболеваемости ИППП населения РК. Косвенно об этом свидетельствует количество лиц, прошедших тестирование на ВИЧ по коду 104. За период 2003-2007гг. удельный вес лиц с ИППП, прошедших тестирование, возрос от 118% до 166,1% от зарегистрированных случаев ИППП. То есть в 2007 году количество обследований на ВИЧ-инфекцию лиц с ИППП превышало на 60% число таких лиц. Это стало возможным, если бы лица с ИППП проходили тестирование на ВИЧ более одного раза в течение времени, когда им предоставляется помощь по диагностике и лечению ИППП, либо регистрируются не все случаи ИППП, в том числе из-за ограниченного списка регистрируемых нозологий.

**Таблица 2. Соотношение пациентов с ИППП, прошедших тестирование на ВИЧ, к количеству зарегистрированных случаев ИППП (2003-2007гг.)**

	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.
Всего пациентов с ИППП	64939	63053	60189	42141	41910
Прошли тестирование на ВИЧ лиц с ИППП	85074	73530	67328	64928	69601
Удельный вес прошедших тестирование от количества зарегистрированных лиц с ИППП, %	131	119,7	111,8	154,1	166,1

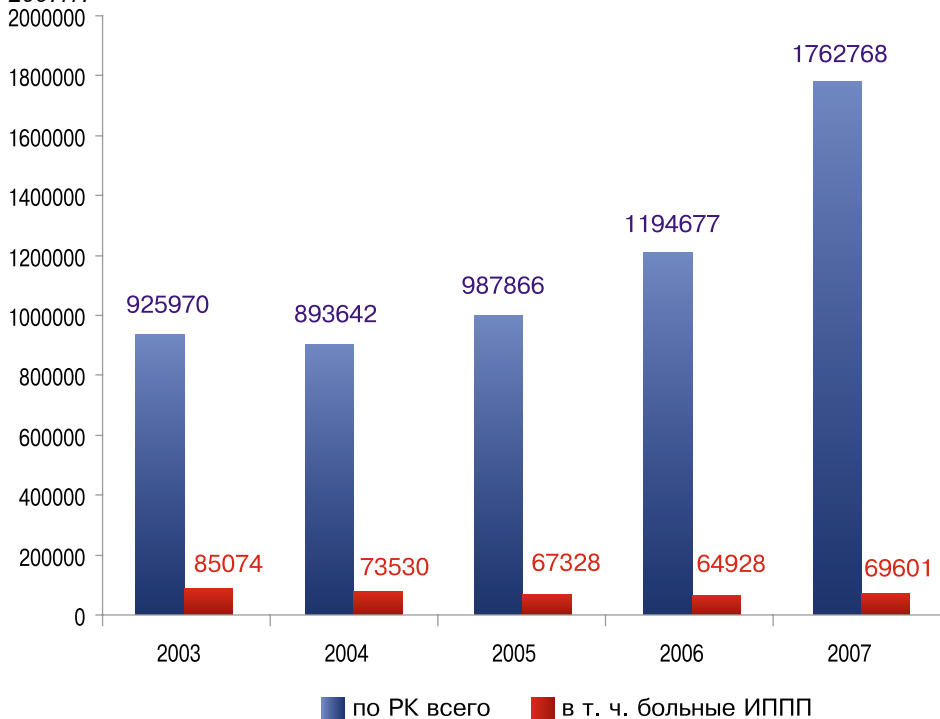
Увеличение объема тестирования лиц с ИППП (код 104) в 2007г. в сравнении с 2006г. свидетельствует о повышении доступности тестирования для данной категории лиц.

### 3. НАДЗОР ЗА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СЛУЧАЯМИ ВИЧ

#### 3.1. Характеристика обследования на ВИЧ инфекцию лиц с ИППП

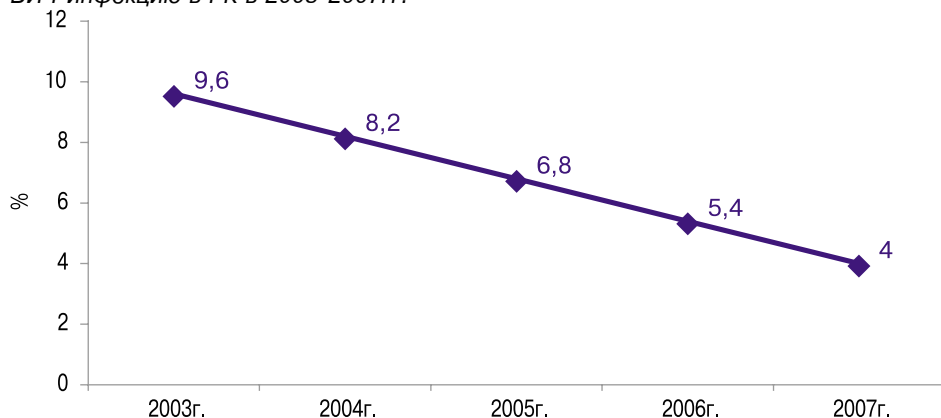
В Республике Казахстан в соответствии с приказом МЗ РК №648 от 26.12.2006г. внесены изменения в приказ №575 от 11.07.2002г. по обследованию лиц с ИППП (п.25), где указано, что «больные ИППП обследуются по клиническим и эпидемиологическим показаниям». В 2007 году отмечено увеличение объемов тестирования на ВИЧ-инфекцию в 1,5 раза в сравнении с 2006г., за счет увеличения тестирования беременных, реципиентов, заключенных, иностранцев.

Рисунок 6. Количество тестируемых на ВИЧ, в том числе лиц с ИППП, в РК за 2003-2007гг.



При увеличении общих объемов тестирования удельный вес тестирования по коду 104 (пациенты с ИППП), несмотря на его стабильность, последовательно снижается с 9,6% в 2003 году до 4% в 2007 году.

*Рисунок 7. Удельный вес кода 104 (пациенты с ИППП) в структуре обследования на ВИЧ-инфекцию в РК в 2003-2007гг.*



### 3.2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

В 2007 году в Казахстане произошел общий рост числа выявленных случаев ВИЧ-инфекции в 1,1 раза по сравнению с 2006 годом. Среди лиц с ИППП количество зарегистрированных случаев ВИЧ возросло в 1,6 раза<sup>1</sup> (2006 – 45, 2007 – 72).

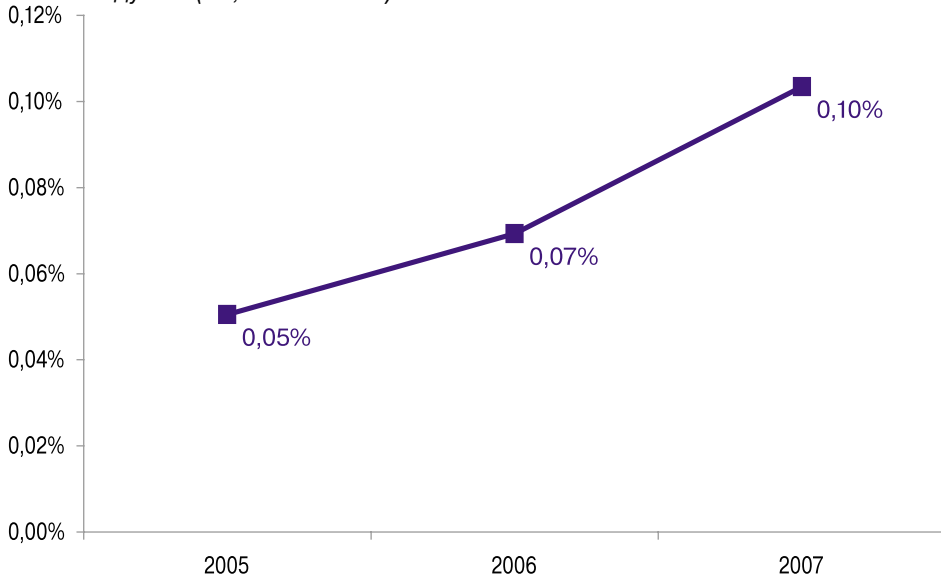
*Рисунок 8. Количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (общее и среди лиц с ИППП) в 2004-2007гг.*



<sup>1</sup> Отчет о результатах лабораторного исследования крови на ВИЧ инфекцию, форма 4 за 2006-2007гг.

За последние три года отмечен рост показателя распространенности ВИЧ-инфекции среди пациентов с ИППП по коду 104 с 0,05% до 0,1%, то есть в два раза.

*Рисунок 9. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц с ИППП, протестированных по коду 104 (РК, 2005-2007гг.)*



#### **4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЛИЦ С ИППП**

Есть научные свидетельства, что инфекции передаваемые половым путем в среднем от 6 до 10 раз могут увеличить вероятность передачи ВИЧ. Проведение профилактической программы по профилактике и лечению ИППП необходимо для снижения темпов распространения ВИЧ-инфекции половым путем, особенно среди УГН. Лицам с ИППП лечение должно быть доступным на всех уровнях общественного здравоохранения, независимо от форм собственности. В Казахстане на основании приказа МЗ РК №295 от 29.03.2004г. «Об утверждении положения об организации деятельности дружественных кабинетов» были организованы дружественные клиники (ДК) по оказанию помощи УГН с ИППП.

На конец 2007 года в РК функционировало 29 дружественных кабинетов, в том числе на базе ЦСПИД – 21, НПО – 2 и в других учреждениях – 6. По данным РЦ СПИД в ДК в 2007 году обратились 16646 лиц, при этом удельный вес УГН распределился следующим образом: ПИН – 13,4%, СР-56,2%, МСМ – 0,8%, молодежь – 2,4%. Из числа обратившихся в ДК получили лечение 11267 человек (67,7%), в том числе ПИН – 1517 (13,4% от количества пролеченных), РС – 6138 (54,5%), МСМ – 79 (0,7%), молодежь – 199 человека (1,8%).

**Таблица 3. Деятельность дружественных кабинетов по Республике Казахстан за 2007г.**

Наименование	всего	в т.ч.		ПИН			PC	MCM	молодежь		
		М	Ж	всего	М	Ж			всего	М	Ж
Всего обратилось в ДК	16646	4200	12446	2238	1619	619	9365	140	404	253	151
Из них проконсультировано (ДКТ)	16128	4191	11937	2235	1617	618	8860	136	404	253	151
Получили лечение, в том числе:	11267	2448	8818	1517	964	553	6138	79	199	138	61
Выделения из половых органов	8616	1363	7253	1145	651	494	5084	21	146	84	62
Боли внизу живота у женщин*	1462	0	1462	103	0	103	881	0	11	0	11
Уретрит/жжение и боль при мочеисп	1579	1216	363	389	356	33	209	57	91	85	6
Генитальные язвы	482	165	317	97	77	20	237	8	6	6	0
Боль и отечность мошонки	59	59	0	21	21	0	0	0	0	0	0
Увеличение лимфоузлов	377	115	262	76	45	31	167	10	3	3	0
Получили лечение, после лаб обсл:	8420	1626	6794	932	565	367	4765	68	146	106	40
Положительная микрореакция	411	116	295	52	44	8	233	6	5	3	2
Трихомонады в мазке	1363	313	1050	163	125	38	669	5	47	31	16
Дрожжевые грибки в мазке	1669	230	1439	194	59	135	899	3	30	14	16
Увеличение кол-ва лейкоцитов	6088	1143	4945	611	368	243	3411	51	103	64	38
Роздано презервативов	509875	58838	451037	28576	19501	9075	397808	7673	1885	1124	761
Роздано шприцев	102081	92744	9337	91176	90565	3384	5823	1924	60	42	18
Роздано ИОМ	17417	4635	12782	2849	2308	541	10763	265	442	260	182

## 5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР

### 5.1. Материалы и методы

Дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) за ВИЧ-инфекцией является одним из видов эпидемиологического надзора, позволяющим оценить эпидемиологическую ситуацию в целевых группах и составить представление о популяции в целом. В соответствии с приказом МЗ РК №634 от 23.12.2005 года «Об организации и проведении дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан» на территории Республики Казахстан внедрен и проводится ДЭН, который предусматривает добровольное связанное анонимное тестирование и анкетирование после получения устного информированного согласия респондента.

Цель ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди пациентов с симптомами ИППП: изучение распространенности ВИЧ инфекции, ВГС, сифилиса, факторов риска их передачи среди пациентов с симптомами ИППП для разработки и внедрения эффективных профилактических программ, и их оценки.

Задачами ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди лиц с ИППП являются:

- оценка распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди пациентов с симптомами ИППП;
- оценка распространенности моделей поведения и факторов риска, определяющих вероятность заражения ВИЧ, ВГС, сифилисом;
- определение осведомленности пациентов с симптомами ИППП о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики заражения;
- доступность средств профилактики ВИЧ;
- охват профилактическими мероприятиями;
- обращаемость за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП;
- охват тестированием на ВИЧ;

Метод – связанное серологическое и поведенческое исследование. Для поведенческого исследования разработаны стандартные анкеты для всех дозорных групп. Для серологического исследования используется сухая капля, которая тестируется на ВИЧ, гепатит С и сифилис. Метод серологического тестирования – иммуноферментный анализ.

К дозорным территориям и учреждениям для проведения ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди лиц с ИППП относятся лечебно-профилактические организации, обслуживающие лиц с ИППП. В дозорную группу включены пациенты, посещающие лечебно-профилактические организации с жалобами и/или симптомами на инфекции, передающиеся половым путем. Критерии отбора: больные с клиническими симптомами инфекций, передающихся половым путем. Повторное исследование биоматериалов и анкетирование одного и того же лица, в один и тот же срок наблюдения не допускается (в амбулаторной карте делается отметка «ДЭН»).

Размер выборки определялся на основе данных областного кожно-венерологического

диспансера о среднегодовой численности больных ИППП, ожидаемой распространенности ВИЧ-инфекции и допустимой ошибки. Выдача результатов тестирования проводилась по желанию обследуемых по месту тестирования, в кожно-венерологических диспансерах, в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом с последующим послетестовым консультированием.

В октябре-ноябре 2007г. было проведено исследование, в котором участвовали 3689 респондентов (15 городов РК). В ДЭН были включены пациенты с клиническими симптомами инфекций, передающихся половым путем, при обращении в КВД.

*Таблица 4. Количество участников ДЭН в РК среди лиц с ИППП в 2007г.*

Города	№	Города	№
Актау	200	Костанай	328
Актобе	230	Кызылорда	400
Алматинская обл	95	Павлодар	360
г.Алматы	400	Темиртау	125
г. Астана	150	Уральск	350
Атырау	150	Шымкент	280
Караганда	200	Экибастуз	150
Кокшетау	271	<b>Итого по РК</b>	<b>3689</b>

## 5.2. Социально-демографические показатели

Возраст: минимальный – 14 лет, максимальный – 79 лет, медиана – 2 года.

Пол: доля женщин – 52%, мужчин – 48%

Образование: высшее образование – 29%

Род занятий: не работают и не учатся – 30%

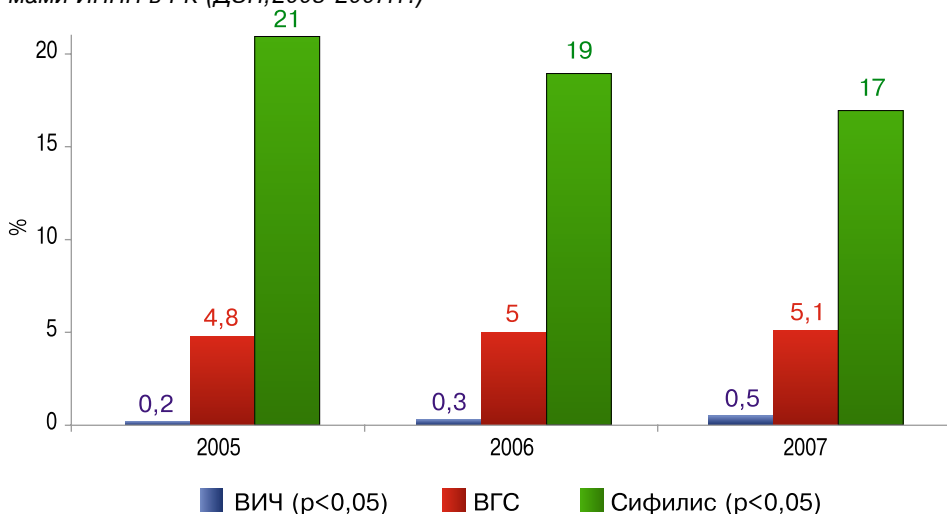
Семейное положение: состоят в браке – 47%

Доход: не имеют дохода – 36%; медиана дохода 20000 т.

## 5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса

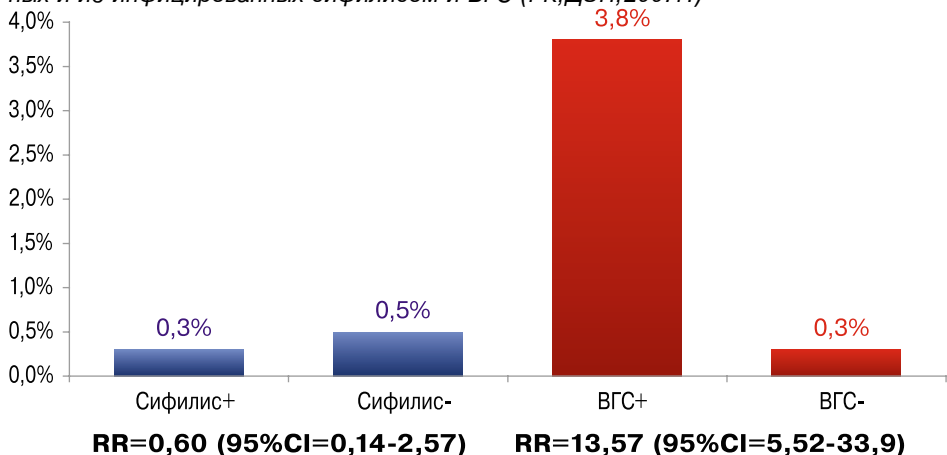
В РК среди лиц с ИППП отмечается достоверная тенденция роста распространенности ВИЧ-инфекции и снижение антител к сифилису.

**Рисунок 10. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса среди пациентов с симптомами ИППП в РК (ДЭН, 2005-2007гг.)**



Рост распространенности ВИЧ в исследуемой группе объясняется присутствием в ней ПИН. Связь между инфицированием ВИЧ и сифилисом не прослеживается, тогда как распространенность ВИЧ среди инфицированных ВГС в 14 раз выше, чем среди не инфицированных. ВГС передается парентеральным путем и его наличие косвенно свидетельствует об опасном инъекционном поведении.

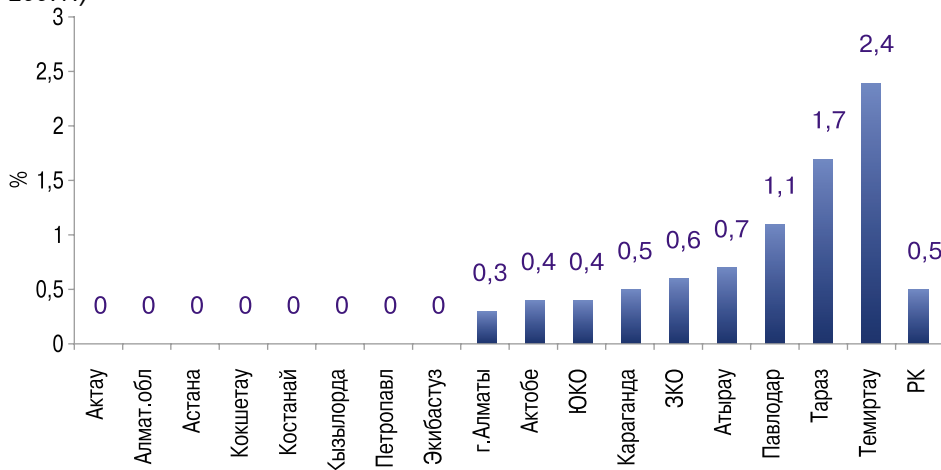
**Рисунок 11. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц с ИППП, инфицированных и не инфицированных сифилисом и ВГС (РК, ДЭН, 2007г.)**





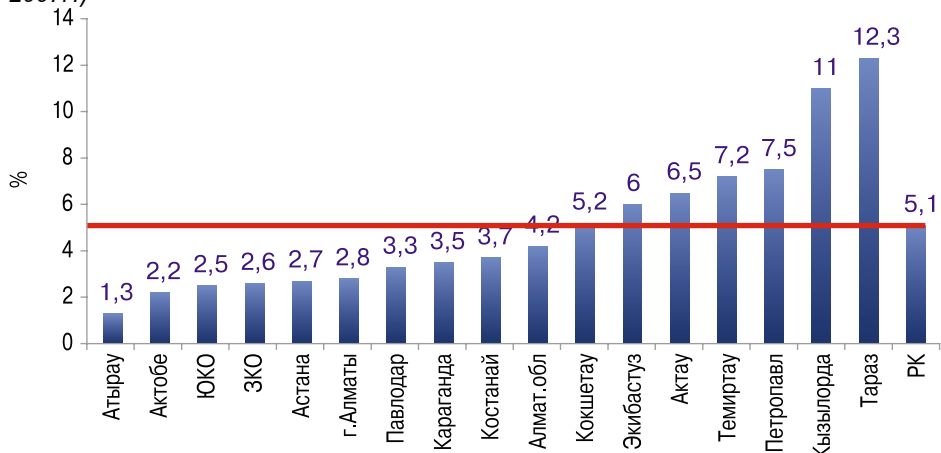
Средний республиканский показатель распространенности ВИЧ среди лиц с ИППП в 2007г. составил 0,5%. Этот показатель выше республиканского в городах Темиртау (2,4%), Тараз (1,7%), Павлодар (1,1%).

Рисунок 12. Распространенность ВИЧ среди пациентов с ИППП в городах РК (ДЭН, 2007г.)



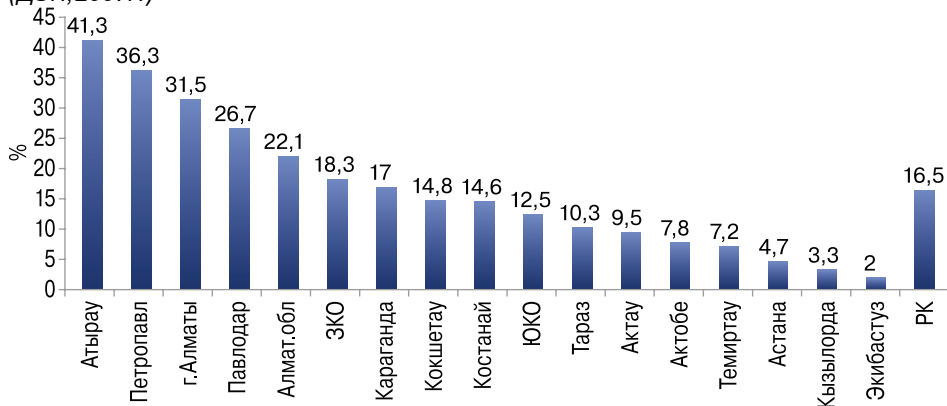
Распространенности ВГС в группе ИППП составила 5,1%: от 1,3% в Атырау, до 12,3% в Таразе. В целом по республике в шести регионах отмечается превышение среднего республиканского показателя.

Рисунок 13. Распространенность ВГС среди лиц с ИППП по городам РК (ДЭН, 2007г.)



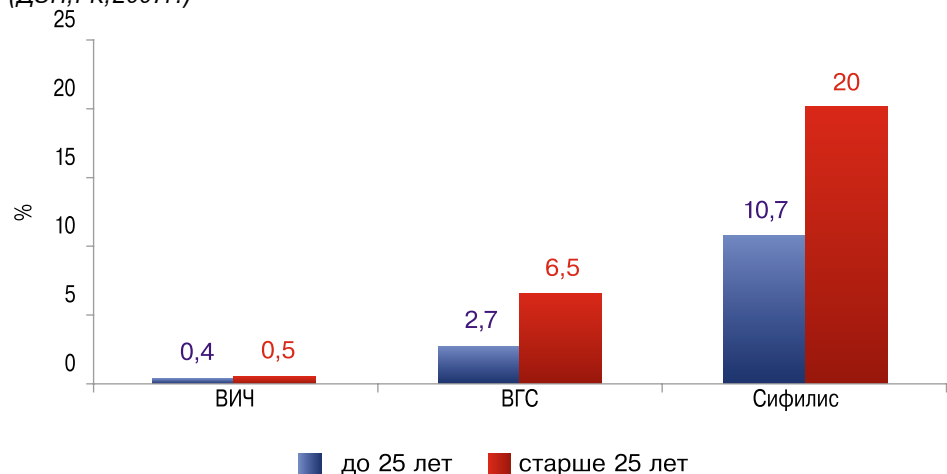
Распространенность сифилиса по РК составила 16,5%. Выше республиканского показателя она была в городах Атырау (41,3%), Петропавловске (36,3%), Алматы (31,5%), Павлодаре (26,7%). Также этот показатель выше в Алматинской области, ЗКО и Караганде.

Рисунок 14. Распространенность сифилиса среди пациентов с ИППП в городах РК (ДЭН, 2007г.)



В группе пациентов с симптомами ИППП распространенность ВГС и сифилиса выше среди лиц в возрасте 25 лет и старше.

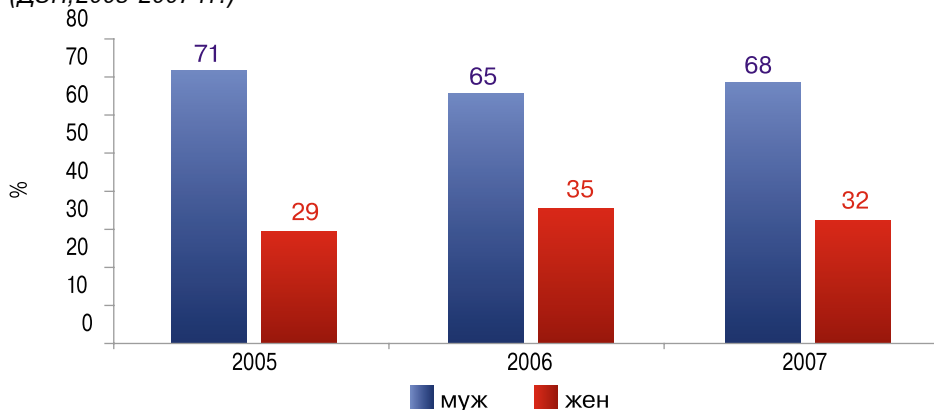
Рисунок 15. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса в зависимости от возраста (ДЭН, РК, 2007г.)



## 5.4. Факторы поведенческого риска

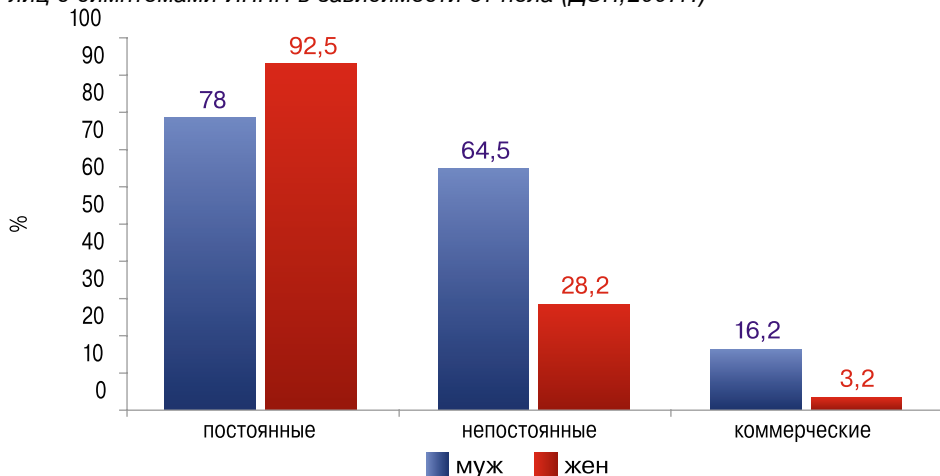
При определении риска полового поведения среди лиц с ИППП во внимание принимаются количество половых контактов, количество и тип половых партнеров и использования презервативов с половыми партнерами. В течение последних трех лет доля мужчин, имевших половые контакты повышенного риска, остается высокой.

Рисунок 16. Наличие половых контактов повышенного риска среди лиц с ИППП (ДЭН, 2005-2007 гг.)



Доля мужчин, имевших непостоянных и коммерческих половых партнеров, выше, чем женщин.

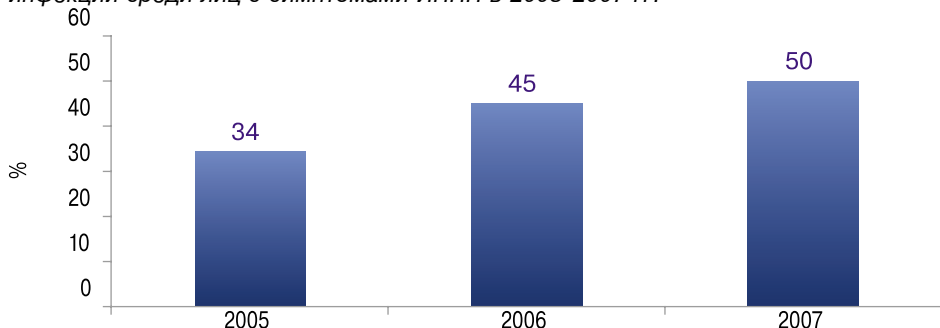
Рисунок 17. Наличие половых партнеров разных типов в течение шести месяцев у лиц с симптомами ИППП в зависимости от пола (ДЭН, 2007г.)



## 5.5. Уровень знаний о ВИЧ/СПИДе

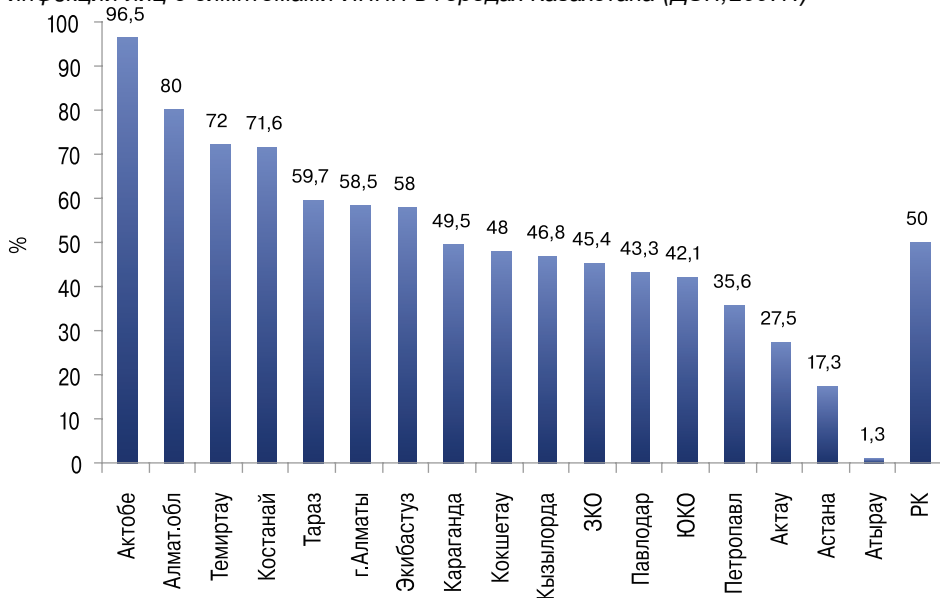
Уровень осведомленности о мнимых путях передачи и мерах профилактики среди пациентов с ИППП по РК возрос с 34% (2005г.) до 50% (2007г.).

Рисунок 18. Знание мнимых путей передачи и истинных мер профилактики ВИЧ-инфекций среди лиц с симптомами ИППП в 2005-2007 гг.



Низкий уровень знаний среди пациентов симптомами ИППП в 2007 г. отмечен в городах Атырау, Астана, Актау, Петропавловск.

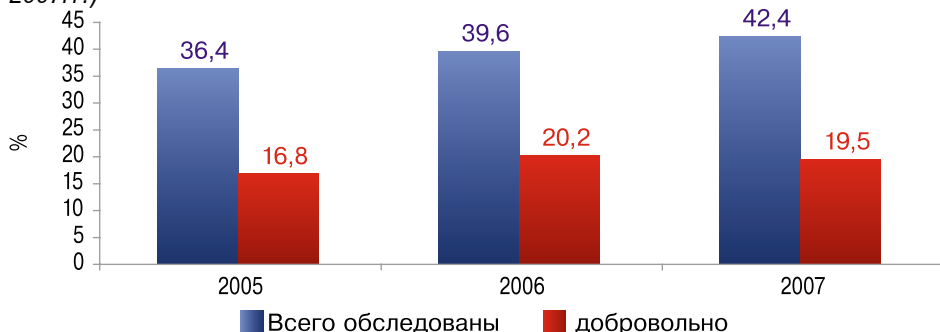
Рисунок 19. Знание мнимых путей передачи и истинных мер профилактики ВИЧ-инфекций лиц с симптомами ИППП в городах Казахстана (ДЭН, 2007г.)



## 5.6. Охват профилактическими программами

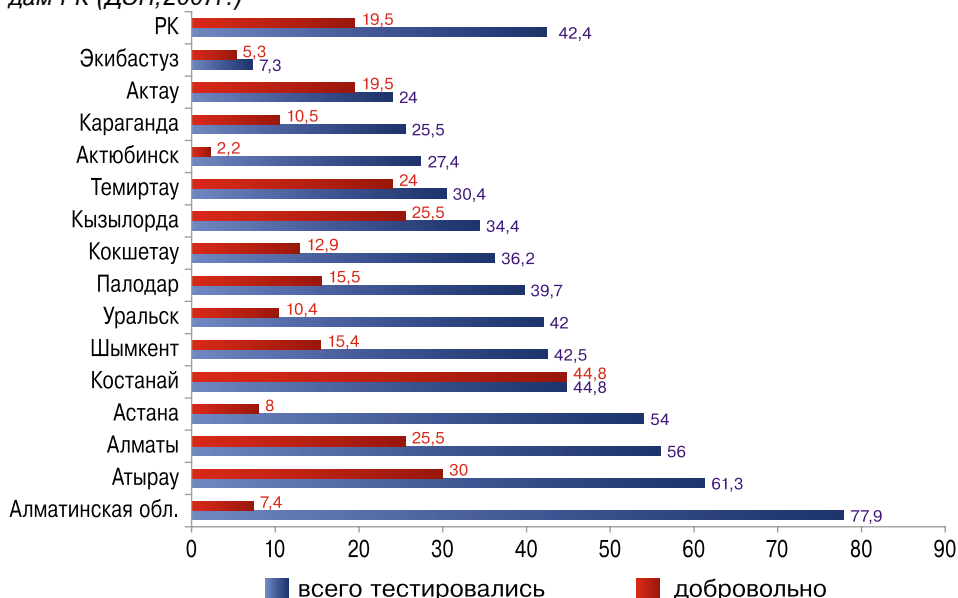
В республике охват тестированием на ВИЧ лиц с симптомами ИППП возрос с 36% (2005г.) до 42%, при этом только пятая часть тестируется добровольно.

Рисунок 20. Охват тестированием на ВИЧ лиц с симптомами ИППП (ДЭН, 2005-2007гг.)



Данный показатель значительно ниже в городах Екибастуз (7,3%), Актау (2,4%), Караганда (25,5%), Актюбе (27,4%).

Рисунок 21. Охват тестированием на ВИЧ пациентов с симптомами ИППП по городам РК (ДЭН, 2007г.)



В соответствии с приказом МЗ РК №648 от 26.12.06г. больные с ИППП обследуются на сифилис и ВИЧ в обязательном порядке. Этим можно объяснить низкий показатель охвата добровольным тестированием на ВИЧ пациентов с симптомами ИППП.

## **6.ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **6.1. Выводы**

- Статистические данные не отражают истинную ситуацию заболеваемости ИППП населения РК.
- За последние три года отмечается двукратный рост показателя распространенности ВИЧ-инфекции среди пациентов с ИППП в РК с 0,05% в 2005 году до 0,1% в 2007 году по данным тестирования по коду 104 и с 0,2% в 2005г. до 0,5% в 2007г. по результатам ДЭН.
- Примерно половина случаев ВИЧ-инфекции в группе с симптомами ИППП может быть связана с употреблением инъекционных наркотиков. Распространенность ВИЧ среди пациентов с симптомами ИППП, инфицированными ВГС, в 14 раз выше по сравнению с пациентами без ВГС.
- Существует расхождение данных по охвату тестированием на ВИЧ лиц с ИППП. По официальным данным охват тестированием на ВИЧ составил 166% от зарегистрированного числа четырех ИППП, тогда как ДЭН показывает 42% охват тестированием. Это расхождение можно объяснить несовершенством регистрации случаев ИППП.

### **6.2. Рекомендации**

1. Совершенствовать диагностику и регистрацию лиц с ИППП в ЛПО.
2. Увеличить доступ к тестированию на ВИЧ лиц, обращающихся в ЛПО по поводу симптомов ИППП.
3. Расширить сети ДК, что позволит обеспечить уязвимые группы населения консультированием, диагностикой и лечением ИППП.

**ОБЗОР**  
**эпидемиологической ситуации**  
**по ВИЧ-инфекции и результаты**  
**дозорного эпидемиологического надзора**  
**среди беременных женщин за 2007 год**  
**в Республике Казахстан**

ОБЗОР  
эпидемиологической  
ситуации  
по ВИЧ-инфекции и  
результаты  
дозорного  
эпидемиологического  
надзора

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>СПИСОК РИСУНКОВ И ТАБЛИЦ</b>	<b>181</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b>	<b>182</b>
<b>СПИСОК АВТОРОВ</b>	<b>183</b>
<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>184</b>
1.1. Контекст	184
1.2. Цели и задачи	186
1.3. Список источников	186
<b>2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ</b>	<b>186</b>
2.1. Методика определения численности беременных женщин	186
2.2. Оценка численности беременных женщин	187
<b>3. НАДЗОР ЗА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СЛУЧАЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ</b>	<b>188</b>
3.1. Характеристика обследования на вич-инфекцию	188
3.2. Результаты обследования на вич-инфекцию	189
<b>4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ</b>	<b>191</b>
<b>5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР</b>	<b>192</b>
5.1. Материалы и методы	192
5.2. Социально-демографические показатели	193
5.3. Распространенность вич,вгс и сифилиса	193
5.4. Половое поведение	195
5.5. Уровень знания о вич и спид	197
5.6. Оценка доли пин среди беременных	197
5.7. Оценка численности лжв	197
<b>6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	<b>198</b>
6.1. Выводы	198
6.2. Рекомендации	198



## СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

### Рисунки

- Рисунок 1. Распределение случаев ВИЧ-инфекции среди женщин по путям передачи в 2007 году
- Рисунок 2. Количество беременностей среди женщин с известным положительным статусом ВИЧ-инфекции и число детей, рожденных от таких женщин, в 2005-2007 годах
- Рисунок 3. Количество детей, рожденных от матерей с известным положительным ВИЧ-статусом, в 2007 году в областях Казахстана
- Рисунок 4. Результаты обследования беременных женщин на ВИЧ-инфекцию в Казахстане (2005-2007 гг.)
- Рисунок 5. Количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин, зарегистрированных по коду 109 и другим кодам, с нарастающим итогом на конец 2007 года
- Рисунок 6. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса среди беременных женщин (РК, 2007г., N= 6286)
- Рисунок 7. Распространенность ВГС среди беременных женщин в городах Казахстана в 2007 году
- Рисунок 8. Распространенность сифилиса среди беременных женщин в городах Казахстана в 2007 году
- Рисунок 9. Распространенность ВИЧ инфекции, ВГС и сифилиса среди беременных женщин в РК в 2005-2007гг. (в %)
- Рисунок 10. Наличие у беременных женщин постоянных, непостоянных и коммерческих половых партнеров за последние 12 месяцев в 2007г. (N=6286)
- Рисунок 11. Использование беременными женщинами презервативов при последнем половом контакте с непостоянными половыми партнерами в 2005-2007 гг. (в % от беременных женщин, имевших непостоянных половых партнеров)
- Рисунок 12. Наличие симптомов ИППП у беременных женщин и обращаемость за медпомощью в 2005-2007гг.
- Рисунок 13. Информированность беременных женщин о ВИЧ инфекции (пути передачи и меры профилактики) в 2005-2007 годы

### Таблицы

- Таблица 1. Количество родов, новорожденных и рождаемость по РК за 2004-2007гг.
- Таблица 2. Количество родов, новорожденных и рождаемость по РК за 2007г. в разрезе областей
- Таблица 3. Результаты обследования беременных женщин на ВИЧ-инфекцию в областях Казахстана в 2007 году
- Таблица 4. Количество участников ДЭН среди беременных женщин, сроки и количество дозорных территорий

## Список сокращений

<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита человека
<b>ИППП</b>	Инфекции, передающиеся половым путем
<b>ТБ</b>	Туберкулез
<b>ВГС</b>	Вирусный гепатит С
<b>МиО</b>	Мониторинг и оценка
<b>ДЭН</b>	Дозорный эпидемиологический надзор
<b>БОС</b>	Быстрая оценка ситуации
<b>ЛЖВ</b>	Люди, живущие с ВИЧ
<b>ПИН</b>	Потребители инъекционных наркотиков
<b>СР</b>	Секс – работники
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу.
<b>СиДиСи</b>	Центры по контролю и профилактике заболеваний, США.
<b>ПСК</b>	Психосоциальное консультирование

## **Список авторов**

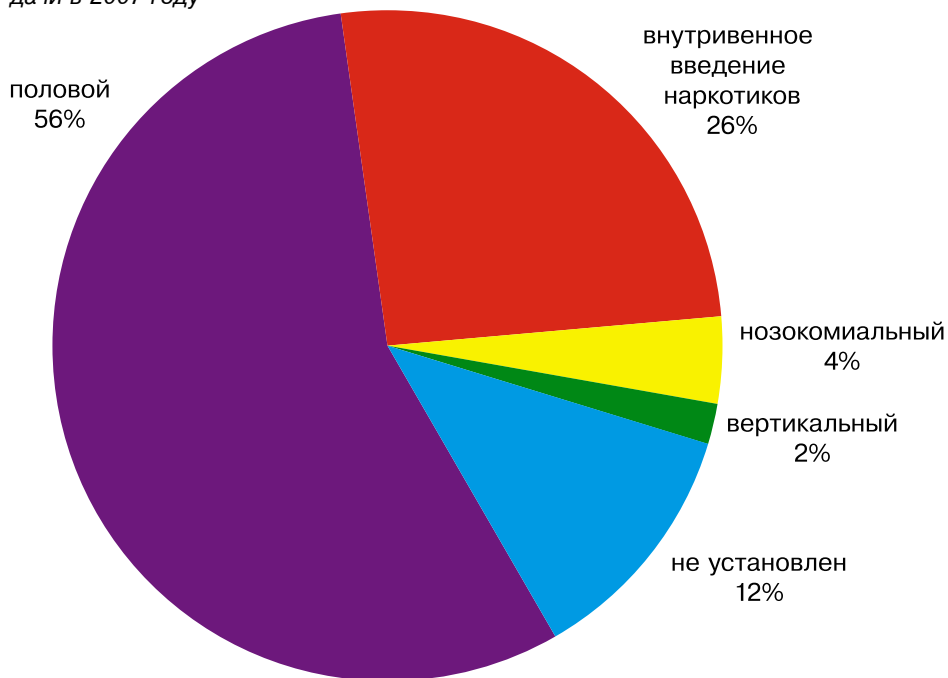
1. Хасанова Марьям Аулиехановна, Генеральный директор республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом.
2. Ганина Лолита Юрьевна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией РЦ СПИД
3. Ковтуненко Наталья Григорьевна, заведующая референс-лабораторией РЦ СПИД
4. Карымсакова Дина Смагуловна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Кызылординского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом
5. Умарова Гульнар Акмагамбетовна, заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Атырауского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом
6. Турсуналиев Серик Турсуналиевич, врач эпидемиолог Алматинского городского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом
7. Жусупов Бауржан Сабитович, руководитель отдела управления качеством, AFEW
8. Крюкова Валерия Александровна, Национальный Координатор в РК, Проект по контролю СПИД в Центральной Азии

## 1. ВВЕДЕНИЕ

### 1.1. Контекст

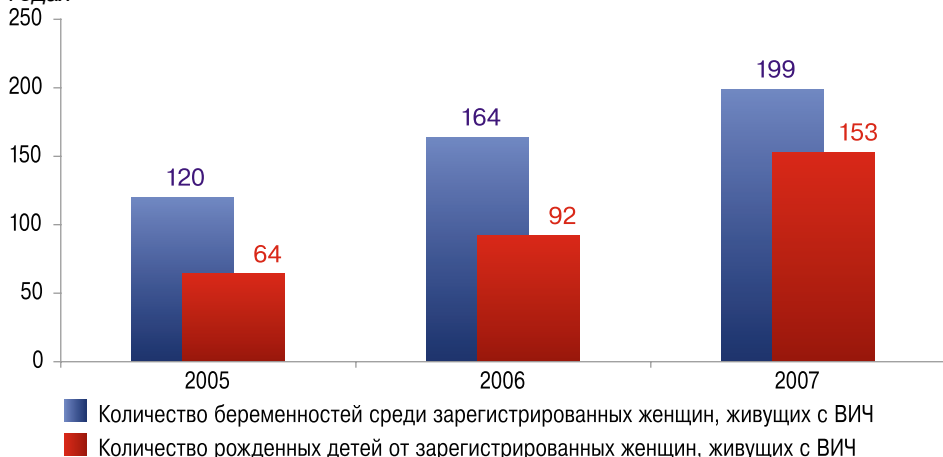
По данным официальной регистрации ситуация с распространением ВИЧ в Республике Казахстан продолжает ухудшаться. На 1 января 2008 года кумулятивно было зарегистрировано 9378 случаев ВИЧ-инфекции, в том числе 1979 случаев только за 2007 год. При республиканском показателе 54,0 на 100 тысяч населения наибольшая распространенность отмечена в г. Алматы (164,4), Павлодарской (133,7) и Карагандинской областях (103,5). В 2005-2007 гг. доля женщин среди зарегистрированных случаев ВИЧ оставалась стабильной и колебалась в пределах 26-30%. Из рисунка 1 видно, что в 2007 году для женщин первое место среди путей передачи ВИЧ занимали сексуальные контакты, на которые пришлось 55,6% от общего числа зарегистрированных случаев. Второе место заняло инфицирование через внутривенное использование наркотиков (25,8%).

Рисунок 1. Распределение случаев ВИЧ-инфекции среди женщин по путям передачи в 2007 году



В республике наблюдается тенденция к увеличению беременностей среди женщин с известным положительным ВИЧ-статусом, а также рождение детей от ВИЧ-инфицированных матерей (рисунок 2).

**Рисунок 2. Количество беременностей среди женщин с известным положительным статусом ВИЧ-инфекции и число детей, рожденных от таких женщин, в 2005-2007 годах**



Наибольшая регистрация детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, отмечается в Карагандинской, Южно-Казахстанской, Павлодарской областях и г.Алматы.

**Рисунок 3. Количество детей, рожденных от матерей с известным положительным ВИЧ-статусом, в 2007 году в областях Казахстана**



Приведенные выше данные по распространенности по областям, путям передачи у женщин, в том числе проведенный анализ рождения детей от ВИЧ – инфицированных матерей, показывает, что эпидемия в Казахстане преимущественно распространяется в популяции наркопотребителей-мужчин. Однако основной путь заражения у женщин – половой. Учитывая зависимость женщин от многих факторов и вероятность осуществления вертикального пути передачи, необходимо разрабатывать адекватные меры профилактики рождения детей от ВИЧ позитивных матерей. Далее представлены детальные данные об эпидемиологической ситуации и результатах ДЭН в группе беременных женщин.

Данный отчет представляет собой обзор эпидемиологической ситуации ВИЧ в данной группе на основе нескольких источников данных (надзор за зарегистрированными случаями, дозорный эпидемиологический надзор, данные мониторинга профилактических вмешательств и другой информации).

## **1.2. Цели и задачи**

*Цель:* Представить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в группе беременных женщин на основе доступных источников информации.

*Задачи:*

1. Описать эпидемиологическую ситуацию среди беременных женщин, как группы, отражающей население с низким риском инфицирования ВИЧ.
2. Оценить информированность беременных женщин по проблеме ВИЧ/СПИД, сексуальное поведение и репродуктивное здоровье.
3. Оценить реализуемые профилактические вмешательства в учреждениях родовспоможения.

## **1.3. Список источников**

1. Отчеты РЦ СПИД по эпидемиологическому надзору за зарегистрированными случаями 2004-2007гг. в динамике и в разрезе областей.
2. Отчет о результатах лабораторного исследования крови на ВИЧ инфекцию, форма 4 за 2004-2007г.г.
3. Статистический сборник МЗ РК за 2007 год
4. Результаты ДЭН в группе беременные (2004-2006г.г.)
5. Мониторинг (2007г)

## **2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ**

### **2.1. Методика определения численности беременных женщин**

Беременные женщины рассматриваются как группа населения с низким риском ВИЧ-инфицирования. Существует два основных исхода беременностей: роды и прерывание беременности. Беременные женщины, которые идут на прерывание беременности не

могут относиться к группе низкого риска, поскольку их половое поведение привело к нежелательной беременности, поэтому для характеристики населения с низким риском поведения берутся только беременные женщины, идущие на роды. Для определения количества беременных женщин можно использовать несколько источников данных, например, количество женщин, получивших медицинские услуги по ведению беременности и родовспоможению, количество родившихся детей и т.д. В медицинской статистике чаще всего используются данные о родившихся детях. Так, для определения показателя материнской смертности в качестве знаменателя используется именно число родившихся детей. Это обусловлено тем, что статистика по рождению гораздо более надежна, чем остальные показатели. В данном руководстве использована информация статистических отчетов МЗ РК, данные по обследованию беременных женщин из формы № 4 «Отчет о результатах лабораторного исследования крови на ВИЧ-инфекцию» (по коду 109) и данные эпидситуации по ВИЧ/СПИД РЦ СПИД за 2004 – 2007 годы в динамике и за 2007г. в разрезе областей.

## 2.2. Оценка численности беременных женщин

В Казахстане в 2007г. родилось 327073 детей, в 2006г. – 302818, в 2005г. – 281700, в 2004г. – 271489, то есть за четыре года количество родов увеличилось примерно на 55000. Наиболее высокий уровень рождаемости в 2007г. отмечался в Южно-Казахстанской (29,08), Мангыстауской (27,40), Кызылординской (25,82), Атырауской (24,84) областях; наиболее низкий – в Северо-Казахстанской (12,31), Костанайской (12,91), Восточно-Казахстанской (15,36) областях.

*Таблица 1. Количество родов, новорожденных и рождаемость по РК за 2004-2007гг.*

Год	Количество родов	Количество новорожденных	Рождаемость (число родившихся на 1000 чел. населения)
2004г.	271183	271489	18,19
2005г.	281354	281700	18,42
2006г.	302296	302818	19,71
2007г.	326508	327073	21,01

*Таблица 2. Количество родов, новорожденных и рождаемость по РК за 2007г. в разрезе областей*

Область	Количество родов	Количество новорожденных	Рождаемость (число родившихся на 1000 чел. населения)
Акмолинская	12444	12472	16,69
Актюбинская	14575	14590	20,74
Алматинская	34548	34600	21,06
Атырауская	12186	12181	24,84
В-Казахстанская	21786	21758	15,36
Жамбылская	24425	24517	24,07
З-Казахстанская	10643	10641	17,29
Карагандинская	21823	21856	16,29
Кзылординская	16238	16319	25,82
Костанайская	11518	11544	12,91
Мангыстауская	11193	11160	27,40
Павлодарская	11511	11560	15,49
С-Казахстанская	8071	8054	12,31
Ю-Казахстанская	67771	67815	29,08
г.Астана	13265	13283	22,04
г.Алматы	32213	32364	24,44

### **3. НАДЗОР ЗА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СЛУЧАЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

#### **3.1. Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию**

Все граждане Республики Казахстан, иностранцы и лица без гражданства, проживающие или находящиеся на территории Республики в соответствии со Статьей 5 Закона Республики Казахстан «О профилактике заболевания СПИД» от 05.10.1994 года (дополнения и изменения №477-1 от 16.11.1999г., №13-III от 20.12.2004г., ЗПК № 172-III от 07. 07. 2006 года) имеют право на бесплатное анонимное обследование, добровольное, конфиденциальное медицинское освидетельствование и консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения. С 2002г. приказом МЗ РК №575 от 11.06.02г. «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека» отменено обязательное обследование беременных на ВИЧ. Однако, в связи с ростом регистрации ВИЧ-инфекции среди беременных приказом МЗ РК № 648 от 26.12.2006 года «О внесении изменений и дополнений в «Правила медицинского освидетельствования»» в Республике прово-



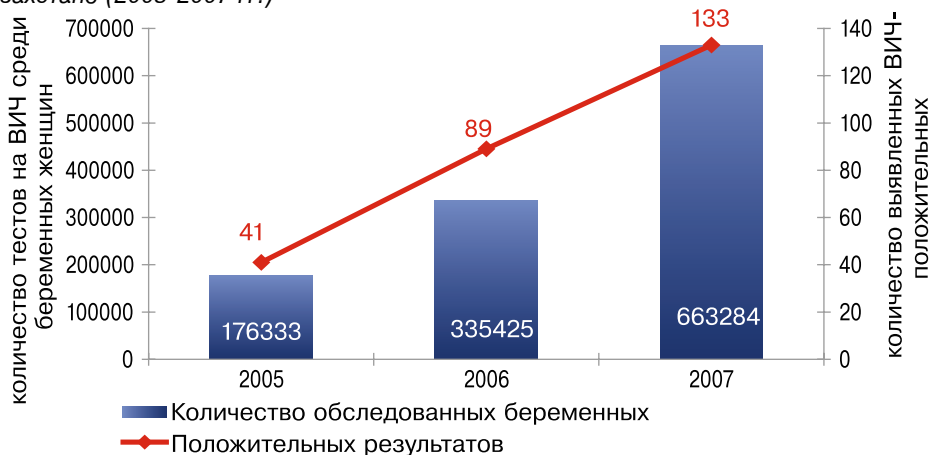
дится обязательный двукратный скрининг на ВИЧ беременных при постановке на учет и в 30 недель беременности. Обследование на ВИЧ проводится в женских консультациях после предварительного дотестового психосоциального консультирования, где выясняются возможные факторы рискованного поведения женщины, дается информация для чего необходимо обследование, объясняется значение положительного и отрицательного результата теста на ВИЧ. Психосоциальное консультирование проводят подготовленные медицинские работники. При получении результатов проводится послетестовое консультирование. Результаты обследования на ВИЧ вклеиваются в учетную форму № 111 (карта беременной) и записываются в обменную карту беременных.

### 3.2. Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию

В 2002-2004гг. в связи с сокращением подлежащих обследованию на ВИЧ групп снизилось общее количество обследованных в РК с 1073773 до 893642 человек. В 2004-2006 гг. с изменениями в структуре обязательного обследования на ВИЧ произошло увеличение количества обследованных с 893642 до 1194677 человек. В 2006-2007гг. в связи с приказом №648 от 26 декабря 2006 года о внесении изменений и дополнений в «Правила медицинского освидетельствования» о проведении двукратного обследования на ВИЧ беременных увеличилось количество обследованных с 1194677 до 1762768 человек.

Согласно данным формы №4 «Отчет о результатах лабораторного исследования крови на ВИЧ-инфекцию» в 2005г. обследовано 176333 беременных, из них с ВИЧ-положительным статусом выявлено 41. В 2006г. из 335425 обследованных беременных было выявлено 89 с положительным ВИЧ-статусом, в 2007 г. из обследованных 663284 беременных 133 были с ВИЧ.

Рисунок 4. Результаты обследования беременных женщин на ВИЧ-инфекцию в Казахстане (2005-2007 гг.)

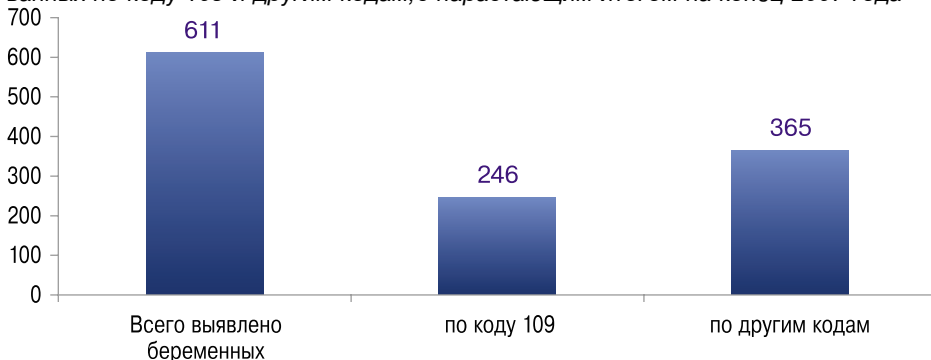


*Таблица 3. Результаты обследования беременных женщин на ВИЧ-инфекцию в областях Казахстана в 2007 году*

Область	Количество обследований среди беременных женщин	Удельный вес от всех обследований на ВИЧ-инфекцию	Количество выявленных беременных женщин с положительным ВИЧ статусом по коду 109	Процент выявления
Акмолинская	26258	29,64	4	0,01
Актюбинская	25253	44,25	0	0,00
Алматинская	48917	54,11	8	0,02
Атырауская	21115	48,19	3	0,01
В-Казахстанская	42240	27,82	9	0,02
Жамбылская	32379	41,57	5	0,01
З-Казахстанская	21341	31,19	0	0,00
Карагандинская	51685	39,83	18	0,03
Кзылординская	28362	44,50	0	0,00
Костанайская	24177	27,93	6	0,02
Мангыстауская	21517	47,98	1	0,01
Павлодарская	36627	35,85	15	0,04
С-Казахстанская	24580	31,20	7	0,03
Ю-Казахстанская	142237	38,03	30	0,02
г.Алматы	70643	41,15	24	0,03
г.Астана	45706	34,24	3	0,01
<b>Всего</b>	<b>663284</b>	<b>38,29</b>	<b>133</b>	<b>0,3</b>

Данные формы №4 «Отчет о результатах лабораторного исследования крови на ВИЧ– инфекцию» не дают полной информации об истинном количестве выявленных беременных с ВИЧ+ статусом, т.к. беременные могут обследоваться и под другими кодами (например: как донор, реципиент, по клиническим показаниям и др.). Удельный вес ВИЧ позитивных беременных выявленных при обследовании по коду 109 составил 40,3%. Остальные 56,7% выявлены при обследовании по другим причинам.

*Рисунок 5. Количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин, зарегистрированных по коду 109 и другим кодам, с нарастающим итогом на конец 2007 года*



#### **4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Тестирование беременных женщин на ВИЧ-инфекцию является одной из основных составляющих профилактики вертикальной трансмиссии. С целью повышения уровня знаний медицинских работников о ВИЧ/СПИД, а также обеспечения качественного ухода на всех звеньях системы здравоохранения, специалистами центров СПИД проводятся обучающие семинары по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа, методам лечения, ухода за ВИЧ – инфицированными и больными СПИД.

Из 152 родивших ВИЧ-инфицированных женщин, АРВ профилактику с 28 недель беременности за отчетный период получили 104 женщины (68,4%). Данный показатель остался на уровне 2006 года. Из числа не пролеченных ВИЧ-инфицированных женщин 31,6% являются потребителями инъекционных наркотиков. Женщины – наркопотребители оказались вне сферы стандартных услуг дородовой помощи и первый контакт с системой здравоохранения у них происходит только во время родов. При этом тестирование перед родами рожениц, поступающих без обменной карты, не было вовремя организовано.

Причинами, по которым ВИЧ-инфицированные не были охвачены АРВ профилактикой, стали выявление после родов (73%), скрывание своего ВИЧ-статуса (15 %), отказ от лечения (8%). В динамике отмечается рост числа детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, в два раза по сравнению с предыдущим годом. Так, за 2007 год родилось 153 ребенка, в 2006 году – 93 ребенка. Наблюдается снижение охвата профилактическим лечением детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. В 2006 году профилактическое лечение проведено у 85 из 93 детей, что составило 91 %. В 2007 году удельный вес детей, получивших профилактическое лечение, составил только 85% (130 из 153). Не проведено лечение у 23 (15 %) детей в связи с поздним выявлением ВИЧ-статуса у матери.

## 5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР

### 5.1. Материалы и методы

Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией (ДЭН) среди беременных женщин представляет собой повторяющиеся сквозные связанные серологические и поведенческие исследования этой группы населения. Размер выборки определялся на основании данных о ежегодной средней численности беременных женщин, оценки распространенности и размере допустимой ошибки выборки. В 2007 году ДЭН среди беременных был проведен на 20 дозорных территориях с охватом всех областей Казахстана.

*Таблица 4. Количество участников ДЭН среди беременных женщин, сроки и количество дозорных территорий*

Год	Количество участников в ДЭН	Сроки проведения ДЭН	Количество дозорных территорий
2003г.	2170	август-октябрь	4
2004г.	7111	август-октябрь	13
2005г.	7533	август-октябрь	21
2006г.	6405	август-октябрь	14
2007г.	6286	август-октябрь	20

Критерии отбора. В ДЭН за ВИЧ-инфекцией были включены женщины, посещающие лечебно-профилактические организации в связи с сохранением беременности. Отбор осуществлялся по систематической случайной выборке. Участие в исследовании было анонимным и добровольным, на основе информированного согласия. Проводилось дотестовое консультирование после анкетирования и перед забором биологического материала для тестирования и послетестовое консультирование во время сообщения результатов серологических исследований.

Сухая капля крови тестирована на ВИЧ, гепатит С, сифилис.

Исследования проводились по второй стратегии тестирования методом ИФА:

- скрининговый этап с использованием тест-систем Российского производства;
- экспертный этап с использованием тест-системы «Murex».

Результаты анализов можно было узнать по индивидуальному коду. Анкетирование проводилось на основании типовой анкеты для беременных женщин, где респонденты опрашивались о половом поведении, участии в профилактических мероприятиях, знаниях о ВИЧ и СПИДе и т.д.

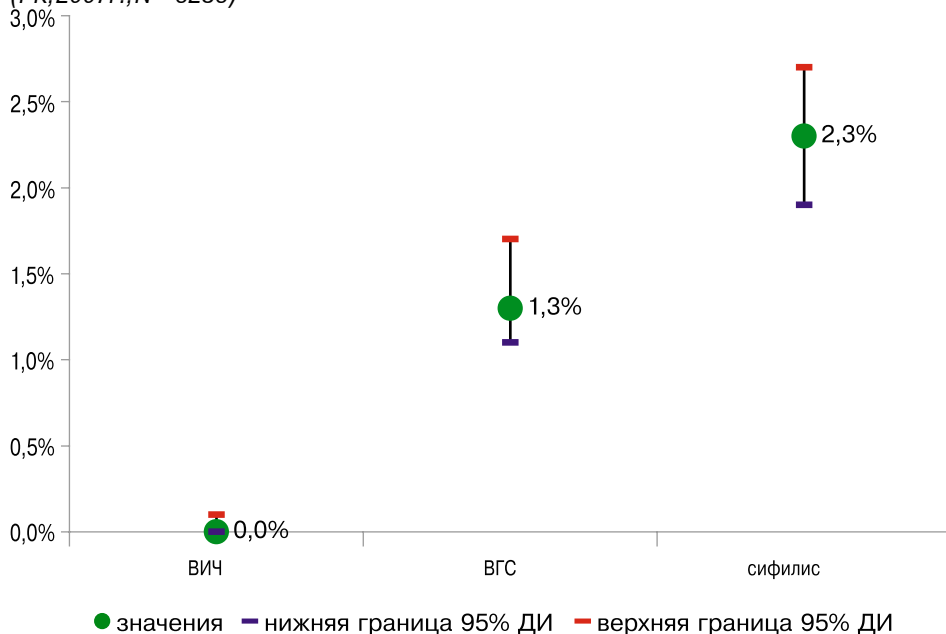
## 5.2. Социально-демографические показатели

В 2007 году минимальный возраст составил 13 лет, максимальный – 47 лет, медиана равна 25 годам. Доля беременных женщин с высшим или незаконченным высшим образованием составила 41%, с начальным или неполным средним образованием – 5%, со средним или средним специальным образованием – 54%. Не работали и не учились 46% беременных женщин. Состоят в браке 93% беременных женщин. Не имели личного дохода 53% женщин, медиана дохода составила 25000 тенге. Медиана возраста начала половой жизни равна 19 годам.

## 5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса

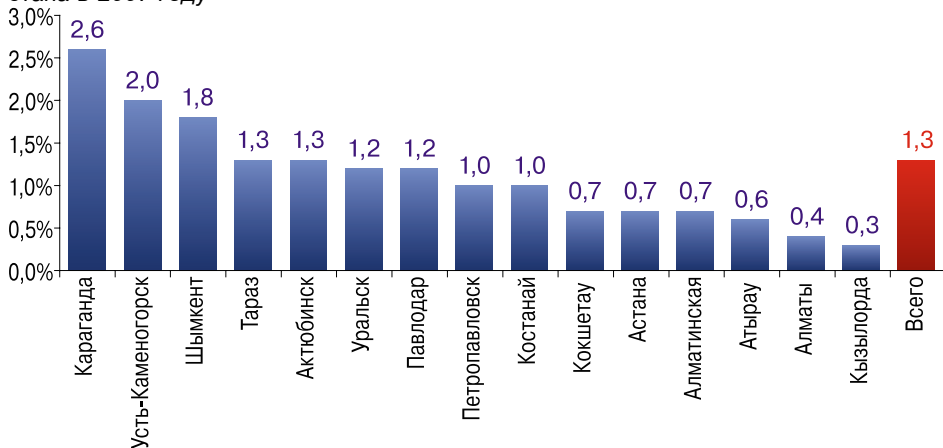
По результатам ДЭН 2007 года ВИЧ-инфекция среди беременных по РК не была выявлена, ВГС был выявлен у 81 женщины из 6286 респондентов (1,3%), антитела к сифилису были обнаружены у 144 женщины (2,3%).

Рисунок 6. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса среди беременных женщин (РК, 2007г., N= 6286)



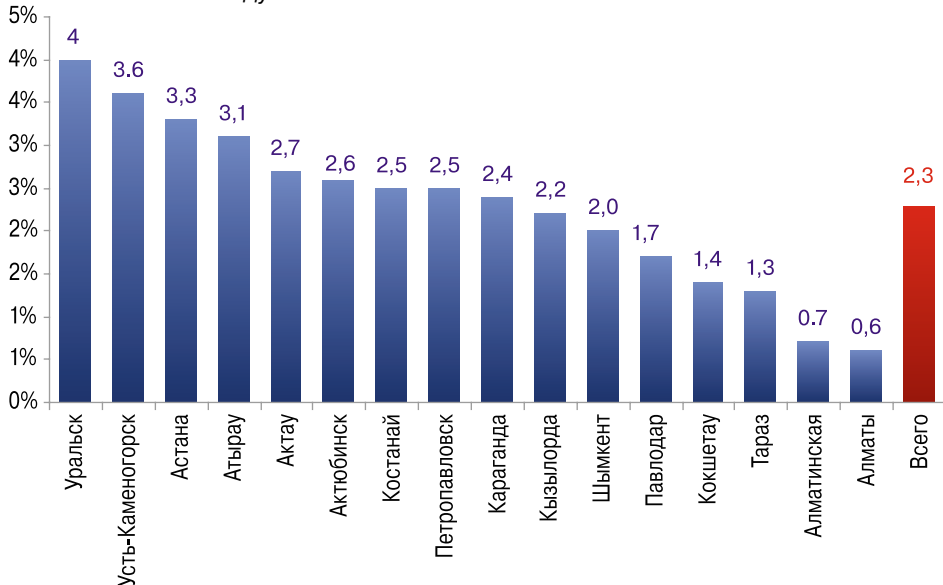
Наибольшая распространенность ВГС среди беременных женщин была отмечена в Карагандинской (2,6%), Восточно-Казахстанской (2%), Южно-Казахстанской (1,8%) областях при среднереспубликанском показателе в 1,3%.

**Рисунок 7. Распространенность ВГС среди беременных женщин в городах Казахстана в 2007 году**



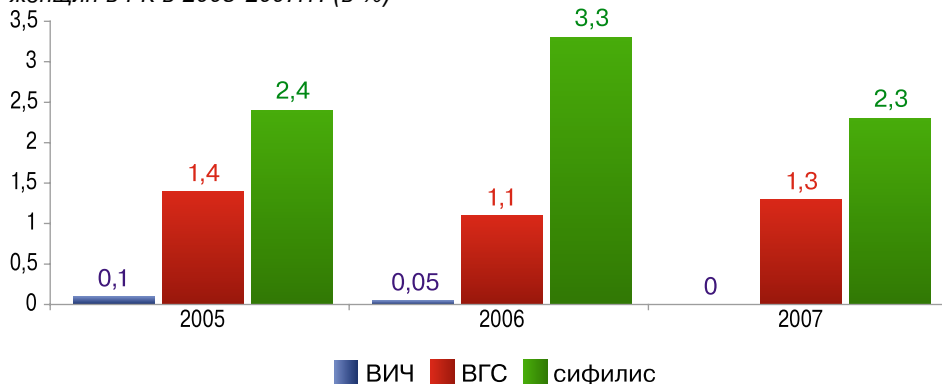
В 2007 году выше республиканского показателя распространенность сифилиса была выявлена в Западно-Казахстанской (4%), Восточно-Казахстанской (3,6%), Атырауской (3,1%), Мангистауской (2,7%) областях и г. Астана (3,3%).

**Рисунок 8. Распространенность сифилиса среди беременных женщин в городах Казахстана в 2007 году**



В регистрации ВГС и сифилиса среди беременных женщин в динамике за три года существенных изменений не произошло.

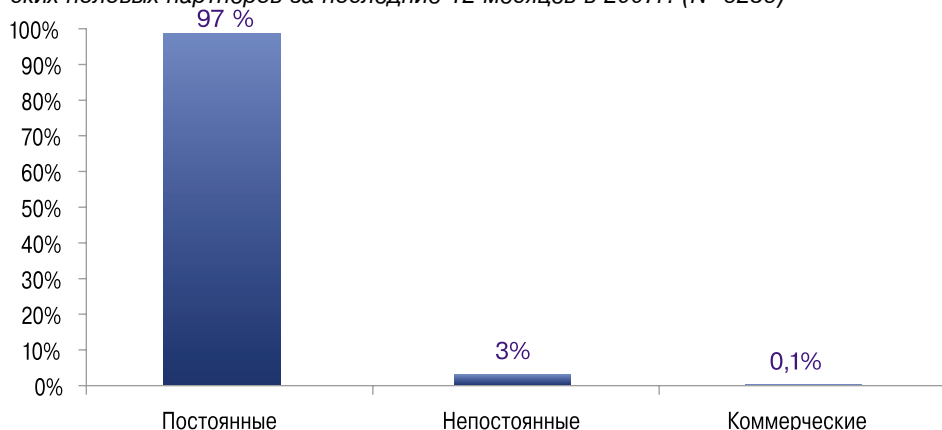
*Рисунок 9. Распространенность ВИЧ инфекции, ВГС и сифилиса среди беременных женщин в РК в 2005-2007гг. (в %)*



#### 5.4. Половое поведение

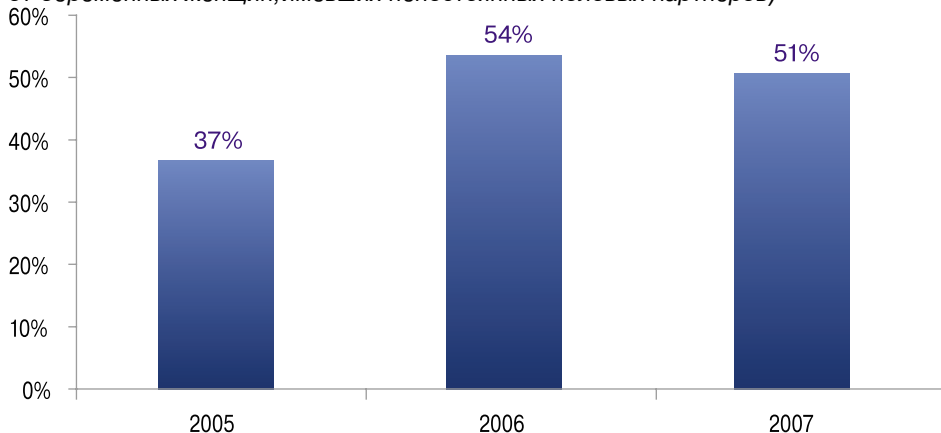
По результатам ДЭН 2007г. 3% беременных женщин имели непостоянных половых партнеров, 0,1% – коммерческих. При последнем половом контакте с непостоянными половыми партнерами использовали презерватив только 51% респондентов. Эти данные показывают, что среди беременных женщин имеется пусть и небольшая, но группа повышенного риска заражения.

*Рисунок 10. Наличие у беременных женщин постоянных, непостоянных и коммерческих половых партнеров за последние 12 месяцев в 2007г. (N=6286)*



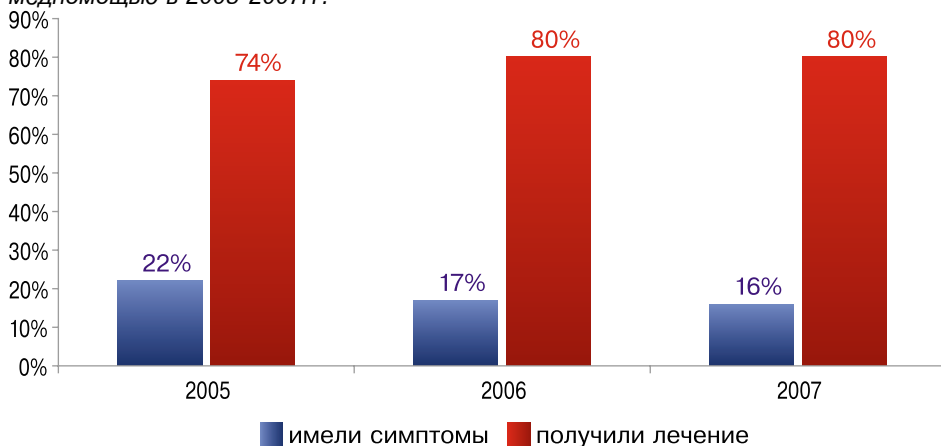
По сравнению с 2005 годом количество беременных женщин, использовавших презервативы при последнем половом контакте с непостоянными половыми партнерами, увеличилось от 37% в 2005 году до 51% в 2007 г.

*Рисунок 11. Использование беременными женщинами презервативов при последнем половом контакте с непостоянными половыми партнерами в 2005-2007 гг. (в % от беременных женщин, имевших непостоянных половых партнеров)*



Около 16% беременных женщин сказали, что они имели хотя бы один из симптомов ИППП в течение шести месяцев, предшествовавших исследованию. При этом 80% из них обратились по этому поводу в ЛПУ.

*Рисунок 12. Наличие симптомов ИППП у беременных женщин и обращаемость за медпомощью в 2005-2007гг.*

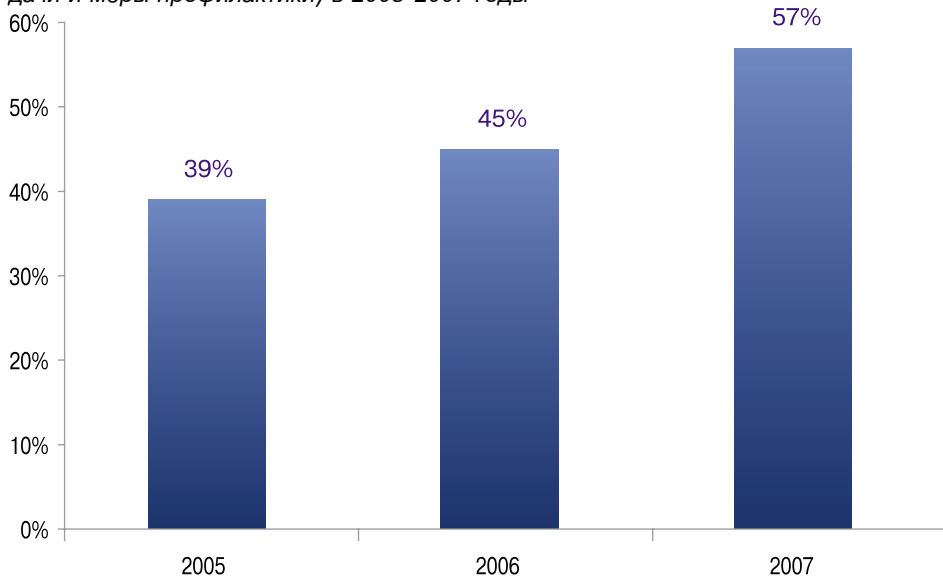




## 5.5. Уровень знания о ВИЧ и СПИД

Информированность беременных женщин по ВИЧ инфекции возросла с 39% в 2005 году до 57% в 2007 году.

*Рисунок 13. Информированность беременных женщин о ВИЧ инфекции (пути передачи и меры профилактики) в 2005-2007 годы*



## 5.6. Оценка доли ПИН среди беременных

По данным ДЭН за 2007 год из 695 выявленных ВИЧ-инфицированных беременных женщин с нарастающим итогом 72 (10,3%) имели полового партнера потребителя инъекционных наркотиков, 30 (4,3%) сами являлись потребителями инъекционных наркотиков, положительный результат на ВГС был у 81 женщин (1,3%).

## 5.7. Оценка численности ЛЖВ

По данным ДЭН среди беременных за 2007 год ВИЧ инфекция не выявлена. Тогда как данные эпидситуации по ВИЧ за 2007 год показывают, что в 2007 г. среди беременных было выявлено 611 случаев ВИЧ инфекции. На основании распространенности ВИЧ среди беременных можно сделать вывод, что оценочное число ЛЖВ среди населения с низким риском составляет около 2000 человек.

## **6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **6.1. Выводы**

1. Распространенность ВИЧ среди беременных женщин по Республике устойчиво ниже 1%.
2. Распространенность ВГС в целом по республике не изменилась и в 2007 году составила 1,3%.
3. Распространенность сифилиса среди беременных женщин по республике составила 2,3%.
4. Общая информированность беременных женщин о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции возросла с 39% в 2005 г. до 57% в 2007 г.
5. Анализ поведения и распространенности инфекций свидетельствует о том, что для беременных женщин характерен небольшой риск заражения

### **6.2 Рекомендации**

Чтобы получить данные об истинной распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных с учетом того факта, что большинство из них тестируются на ВИЧ-инфекцию двукратно, необходимо в статистической форме №4 создать для кода 109 два подкода:

- Подкод 109.1 – первичное тестирование при постановке на учет
- Подкод 109.2 – повторное тестирование в срок 30 недель.