

УДК 614
ББК 51.1 (2) 1
О - 14

Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ – инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) в Республике Казахстан за 2009 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) и оценка эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди общего населения и в группах с низким риском инфицирования на основе результатов скрининга беременных женщин.

Ганина Л.Ю. Елизарьева с соавторами
Г.Алматы, 2010. – 198 с.

ISBN 9965–15–901-7

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 и проведена оценка эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди общего населения и в группах с низким риском инфицирования на основе результатов скрининга беременных женщин в Республике Казахстан.

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

Рецензент:
д.м.н. профессор Сапарбеков М.К.

Рекомендовано к печати Научно-практическим Советом РЦ СПИД

УДК 614
ББК 51.1 (2) 1

ISBN 9965–15–901-7

© **Ганина Л.Ю и др.**
2010

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	
Обзор эпидемиологической ситуации по распространению ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан за 2009 год.....	
Анализ ситуации по ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Республике Казахстан по данным эпидемиологического надзора за 2009 год.....	
Анализ ситуации по ВИЧ – инфекции среди работниц секса в Республике Казахстан за 2009 год.....	
Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, по результатам эпидемиологического надзора за 2009 год.....	
Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе Республики Казахстан и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2009 год.....	
Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2009 г. среди пациентов с симптомами инфекций, передающихся половым путем.....	
Оценка эпидемиологической ситуации по распространению ВИЧ-инфекции среди общего населения и в группах с низким риском инфицирования на основе результатов скрининга беременных женщин в Республике Казахстан за 2009 г.....	

Список сокращений

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



**Обзор
эпидемиологической ситуации по распространению ВИЧ-инфекции в
республике Казахстан.**

Л. Ганина

Руководитель отдела
эпидемиологического надзора за ВИЧ-
инфекцией и профилактических
мероприятий

Республиканского центра по профилактике
и борьбе со СПИД

Введение.

ВИЧ-инфекции остается глобальной проблемой человечества, за 28 лет унесла более 25 миллионов жизней, несмотря на большие финансовые инвестиции и интеллектуальные усилия всего мирового сообщества. В настоящее время мир переживает пандемию ВИЧ инфекции, которая вследствие длительного течения и неизбежного смертельного исхода наносит человечеству серьезнейший ущерб.

По оценкам ЮНЭЙДС общее число людей в мире, живущих с ВИЧ, на конец 2009 года, составило 33,4 миллиона человек. Заражение ВИЧ-инфекцией такого количества людей во всем мире делает пандемию ВИЧ инфекции самой разрушительной эпидемией в истории человечества. До настоящего времени эпидемия ВИЧ инфекции продолжает опережать глобальные усилия по ее сдерживанию. В мире ежегодно регистрируется 2,7 миллионов новых случаев ВИЧ инфекции. В странах Восточной Европы и Центральной Азии зафиксированы самые высокие темпы распространения эпидемии в мире.

В странах Центральной Азии, согласно страновым оценкам, сегодня проживает более 50 тысяч людей с ВИЧ, из которых более 15000 – в Казахстане. Повсюду эпидемия преодолела начальную и находится на концентрированной стадии развития. Все страны региона затронуты эпидемией. Согласно оценочным данным, распространенность вредоносного потребления наркотиков (в основном, инъекционных опиатов) колеблется в пределах 1% от всего взрослого населения Казахстана (самый высокий показатель) до 0.4% в Таджикистане (самый низкий показатель); в других странах эти показатели находятся в пределах данного диапазона. В среднем, около 70% случаев передачи ВИЧ-инфекции в этих странах объясняются потреблением инъекционных наркотиков с использованием зараженных инструментов. Распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков достигает 20 процентов в городской местности некоторых центрально-азиатских стран; распространенность гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков, согласно оценке, составляет около 60 процентов. Распространенность других заболеваний, передаваемых через кровь и передающихся половым путем, а также туберкулеза среди потребителей инъекционных наркотиков значительно выше, чем среди обычного населения.

В Казахстане, как и в других странах Восточной Европы и Центральной Азии, эпидемия распространяется преимущественно в труднодоступных группах населения высокого риска (ПИН, СР, МСМ, заключенные) и среди половых партнеров наркопотребителей.

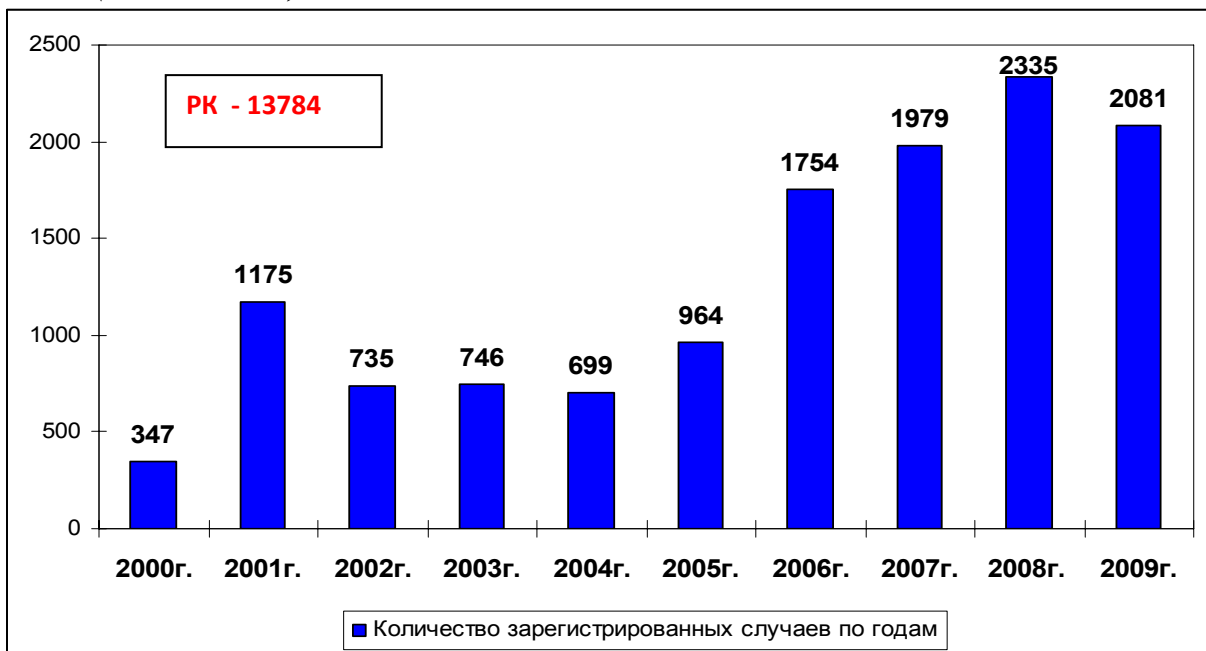
Возрастает роль полового пути передачи среди выявленных случаев ВИЧ-инфекции и растет число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Ежегодно увеличивается число людей, нуждающихся в специфическом лечении, что требует возрастающего государственного финансирования и планирования всех программ.

Обзор эпидемиологической ситуации по распространению ВИЧ-инфекции в республике Казахстан.

Республика Казахстан (РК) по уровню распространенности ВИЧ-инфекции среди населения занимает первое место в Центральной Азии. В стране с начала выявления первого случая ВИЧ-инфекции в 1987 году и по состоянию на 01.01.2010 года зарегистрировано 13784 случаев ВИЧ-инфекции, из них диагноз СПИД выставлен 989 ЛЖВ. Количество ВИЧ-инфицированных, выявленных в заключении, составило 3981, из которых на конец 2009 года содержится в исправительных учреждениях и следственных изоляторах – 2416 ЛЖВ (более 25%, от числа всех состоящих на «Д» учете ЛЖВ).

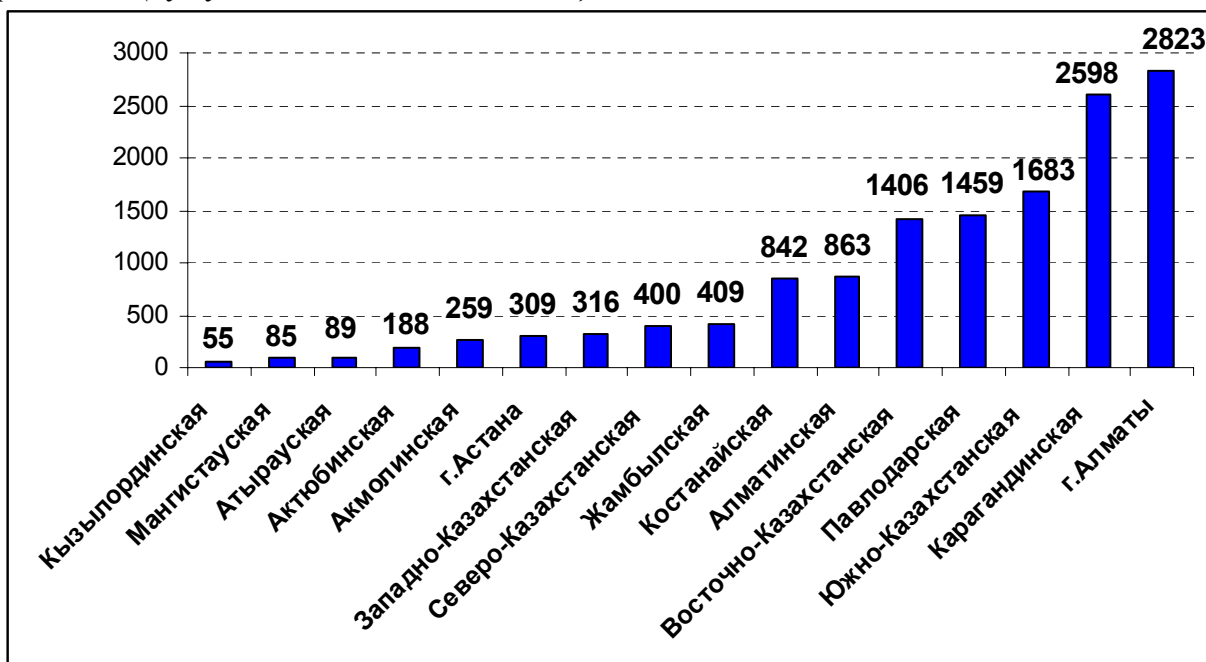
В Казахстане период с 1987 года до 1995 г. характеризовался стабильными и очень низкими показателями заболеваемости и пораженности. Начиная с 1996 г., в РК началось стремительное увеличение числа новых случаев заражения ВИЧ, связанное с распространением вируса в популяции потребителей наркотиков (г.Темиртау Карагандинской области). Вторая волна подъема началась в 2001 году и характеризовалась распространением ВИЧ-инфекции на новые территории (Павлодарскую, Западно-Казахстанскую и Южно-Казахстанскую области). В 2005г. был зарегистрирован третий подъем уровня регистрации ВИЧ-инфекции (г. Алматы), и начала увеличиваться пропорция лиц, зараженных половым путем. В 2008 году был зарегистрирован исторический максимум по числу выявления новых случаев ВИЧ-инфекции за весь период развития эпидемии - 2335 случаев, что было обусловлено ухудшением ситуации в Восточно-Казахстанской области и в пенитенциарной системе ряда областей РК.

Рисунок 1. Количество зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции в РК по годам (2000-2009гг.), абс.



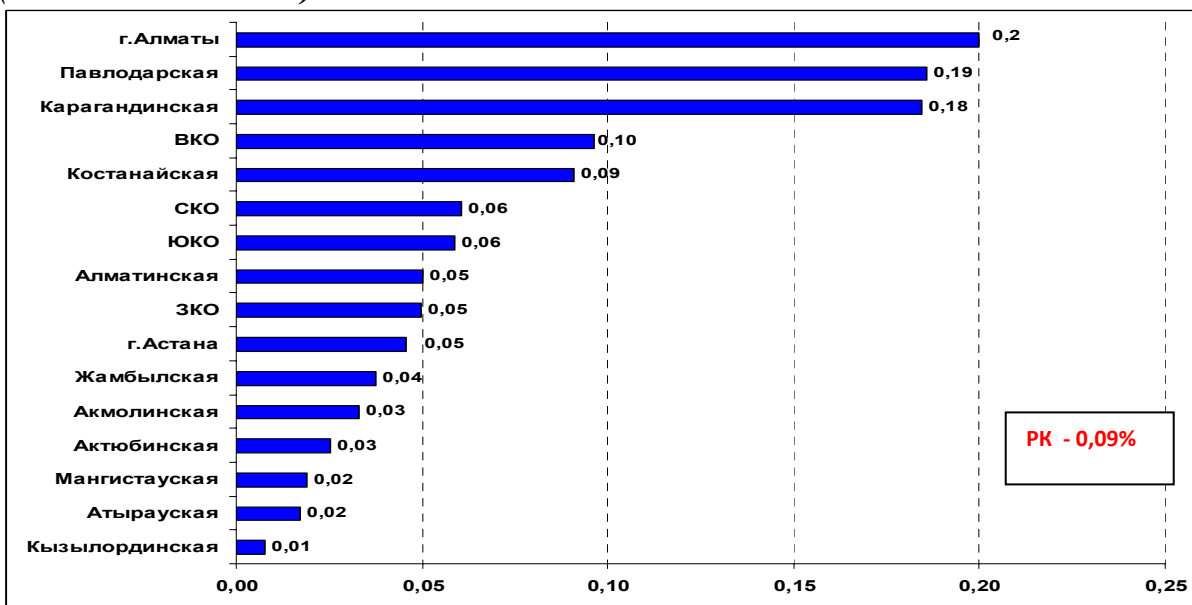
Наибольшая число случаев ВИЧ-инфекции по кумулятивной регистрации наблюдается в г. Алматы, Карагандинской, Южно-Казахстанской, Павлодарской и в Восточно-Казахстанской областях.

Рисунок 2. Количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в разрезе регионов (кумулятивно 1987г. – 2009г.), абс.



Средне республиканский показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди населения Казахстана составляет 0,1%. Наибольший уровень распространенности ВИЧ-инфекции зарегистрирован в г. Алматы. Павлодарской, Карагандинской, Восточно-Казахстанской областях, т.е. в тех регионах, где были зарегистрированы наиболее яркие вспышки среди ПИН.

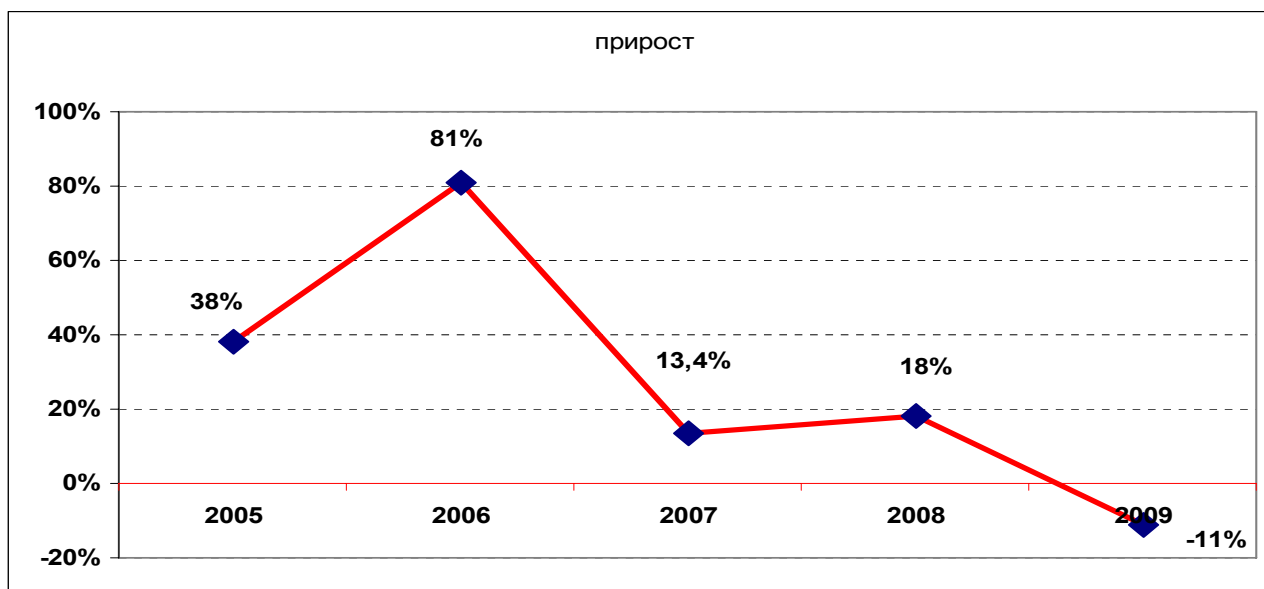
Рисунок 3. Распространенность ВИЧ-инфекции по областям РК (на 01.01.2010 г. в %)



Прирост новых случаев ВИЧ-инфекции в 2005 году (период начала третьего подъема уровня заболеваемости) составил 38%, в 2006 году прирост новых случаев ВИЧ-инфекции по отношению к 2005 году достиг максимального уровня и составил 81%, в 2007 г. – 13,4% и в 2008 г. – 18% (рисунок 4).

В 2009 году при увеличении объемов тестирования на 6,5%, отмечено снижение регистрации новых случаев по сравнению с 2008 годом на 11% ($(2081-2335)/2335 \cdot 100\% = -11\%$).

Рисунок 4. Прирост новых случаев ВИЧ-инфекции в 2005г. - 2009г. (%)



Однако, в 4-х областях РК в 2009 году отмечен рост вновь выявленных случаев: прирост в Атырауской области составил 57%, в Кызылординской - 80%, в г. Алматы - 8% и в г. Астане - 36%. В остальных областях количество зарегистрированных случаев в 2009 году уменьшилось по сравнению с 2008 годом.

Таблица 1. Регистрация случаев ВИЧ-инфекции в разрезе областей в 2009г. и прирост новых случаев.

№	Области	Количество случаев ВИЧ-инфекции, выявленных за отчетный период (абс.)		Интенсивный показатель на 100 тыс. населения (абс.)		Прирост новых случаев ВИЧ-инфекции по областям (%)
		2008	2009	2008	2009	
1	Акмолинская	42	40	5,7	5,4	
2	Актюбинская	15	15	2,1	2,1	
3	Алматинская	243	208	14,8	12,7	
4	Атырауская	14	22	2,8	4,4	57,1
5	ВКО	435	347	30,7	24,5	
6	Жамбылская	87	84	8,4	8,1	

7	ЗКО	46	37	7,5	6,0	
8	Карагандинская	311	244	23,1	18,1	
9	Костанайская	169	142	18,9	15,9	
10	Кызылординская	5	9	0,8	1,4	80,0
11	Мангистауская	16	5	3,9	1,2	
12	Павлодарская	147	142	19,7	19,0	
13	СКО	88	70	13,6	10,8	
14	ЮКО	273	228	11,7	9,8	
15	г.Алматы	361	390	24,6	26,6	8,0
16	г.Астана	63	86	10,5	14,3	36,5
17	РК	2315	2069	14,7	13,1	

В 2009 году в РК было выявлено на 254 случая меньше, чем за 2008 год;
Степень прироста новых случаев в 2009 году составила: $(2081 - 447)/9935 \cdot 100\% = 16,5\%$.

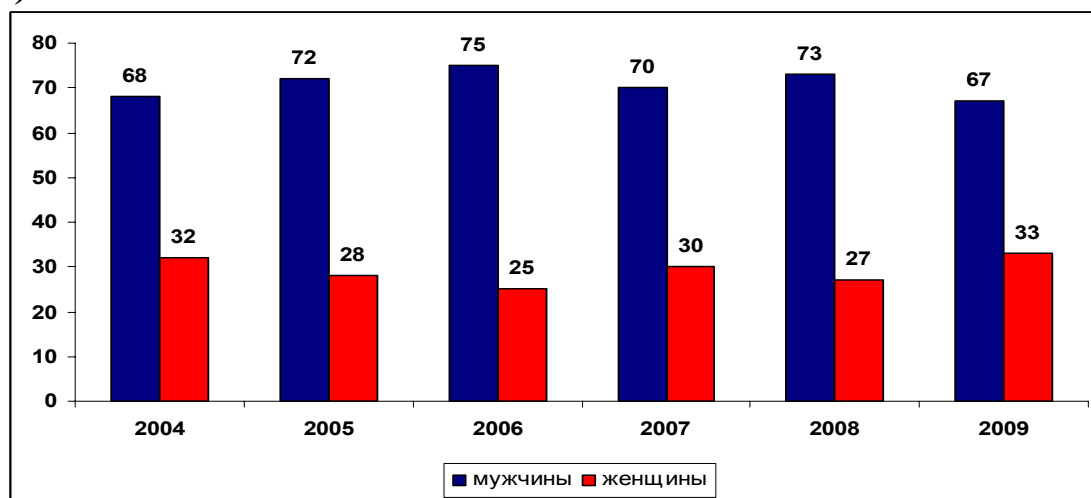
За последние 10 лет количество ЛЖВ (живых) в республике увеличилось в 10 раз.
Оценочное число ЛЖВ в РК на начало 2010 года составляет 15000 человек.

Распределение случаев ВИЧ-инфекции по полу.

Из кумулятивно зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (13784), мужчины составляют 9985 (72,4%), женщины – 3799 (27,6%). Соотношение мужчин и женщин составляет 2,6:1. Наблюдается тенденция к росту числа ВИЧ-инфицированных женщин, заражение которых преимущественно происходит от половых партнеров, являющихся наркопотребителями.

В распределении по гендерному составу случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в 2009 году, удельный вес мужчин в 2 раза больше доли ВИЧ-инфицированных женщин.

Рисунок 5. Распределение случаев ВИЧ-инфекции по гендерному составу в % (2004-2009г.г.)



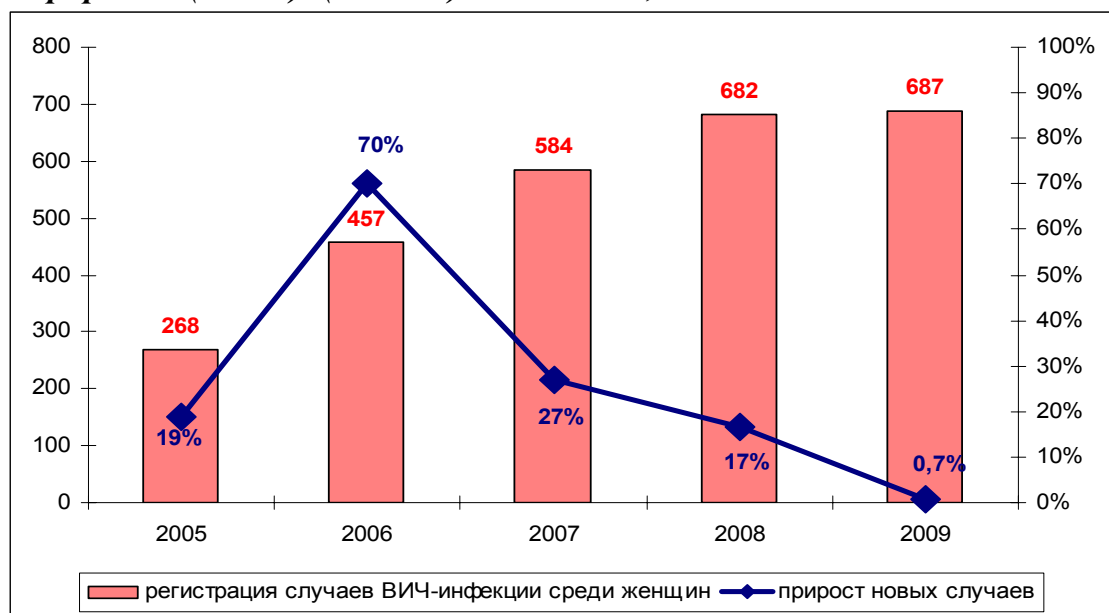
На рисунке 6 представлены данные по количеству зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди женщин и рассчитан прирост новых случаев к предыдущему

году. Наибольший прирост случаев наблюдался в 2006 году и составлял 70%. В течение 2007г. - 2009г.г. отмечалось снижение прироста новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных среди женщин: 2007 - 27%, 2008г.- 17%, 2009г. - 0,7%.

Если учесть, что в 2009 году произошло снижение регистрации новых случаев на 11%, то можно утверждать, что снижение регистрации отмечено за счет ЛЖВ-мужчин, так как среди ЛЖВ-женщин прирост на низком уровне сохранился (+0,7%).

Рисунок 6. Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди женщин и прирост новых случаев ВИЧ-инфекции (2004-2009г.г.)

Расчет прироста (2009г.): $(687-682)/682 \cdot 100 = 0,7\%$

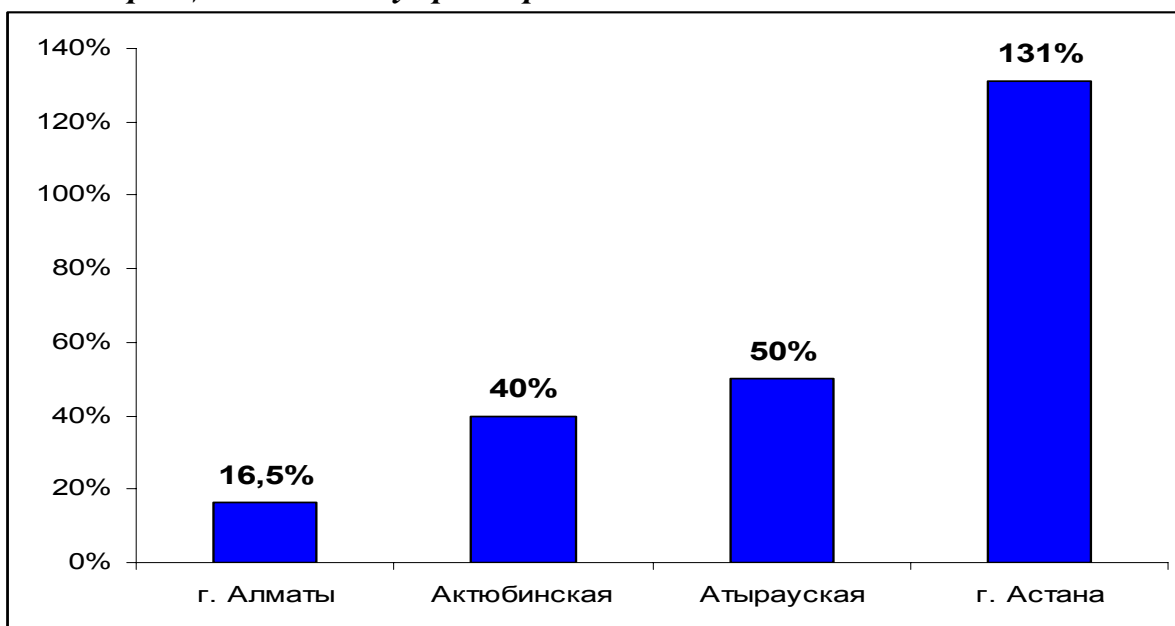


Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди граждан РК.

В 2009 году было проведено 1994716 тестов на выявление ВИЧ-инфекции среди граждан РК (Ф. № 4 код 100), отмечено увеличение объемов тестирования на 9% по сравнению с 2008 годом. Было выявлено 1940 новых случаев ВИЧ-инфекции против 2132 - в 2008 году, отмечено снижение на 192 случая. Доля граждан РК в общей структуре зарегистрированных случаев в 2009 году составила 93%.

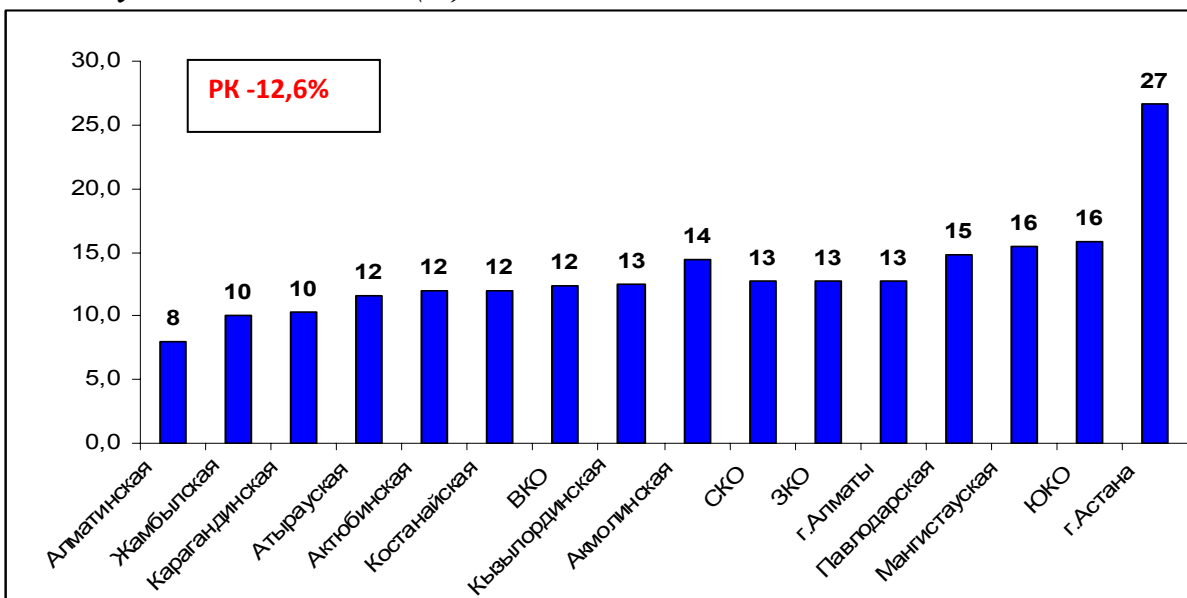
Между тем, в 4-х областях Казахстана наблюдался прирост новых случаев ВИЧ-инфекции среди граждан РК: г. Астана (131%), г. Алматы (16,5%), в Актыбинской (40%), и Атырауской (50%) областях.

Рисунок 7. Области Казахстана, в которых отмечен прирост новых случаев ВИЧ-инфекции в 2009 году среди граждан РК



Охват тестированием на выявление ВИЧ-инфекции в 2009 году граждан РК составляет 12,6%. Меньше всего охвачено обследованием население в Алматинской области (8%) и наибольший охват тестированием наблюдался в г. Астане (27%)

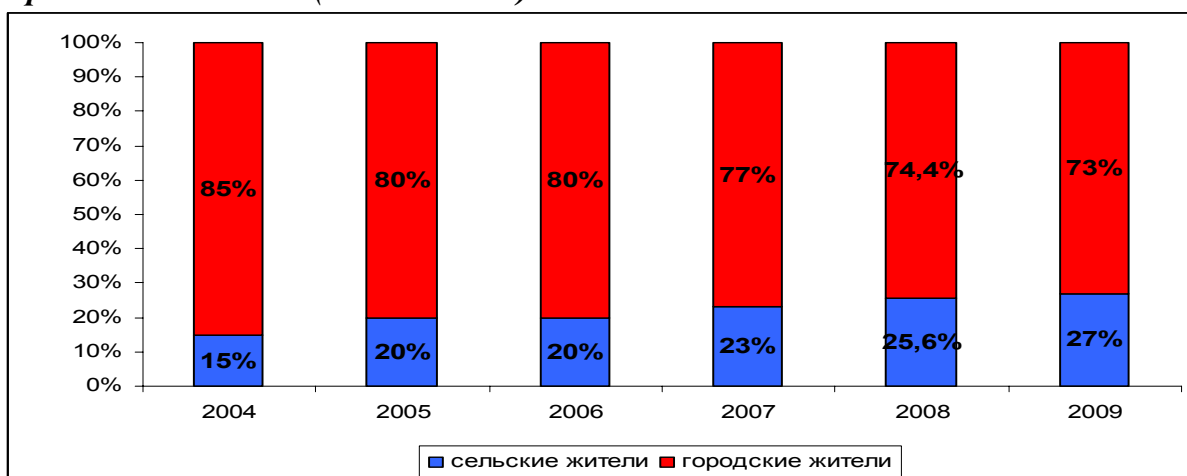
Рисунок 8. Охват тестированием на выявление ВИЧ-инфекции граждан РК в 2009 году по областям РК (%).



Распределение случаев ВИЧ-инфекции по местожительству

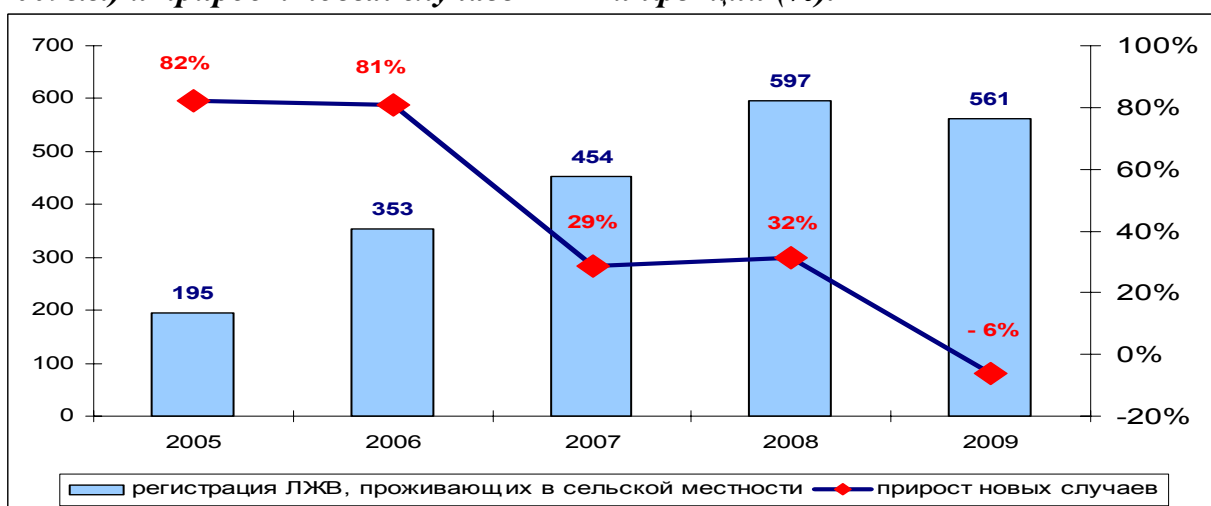
В динамике по годам, с 2004 года по 2008г., наблюдается рост выявления случаев ВИЧ-инфекции среди сельского населения. Если в 2004 году доля сельских жителей, выявленных с ВИЧ-положительным статусом, составляла всего 15% в структуре выявления, то в 2009 году - 27%.

Рисунок 9. Соотношение случаев ВИЧ-инфекции, выявленных среди сельских и городских жителей (2004-2009г.г.)



На рисунке 10 представлены данные по числу зарегистрированных ЛЖВ, проживающих в сельской местности и прирост новых случаев ВИЧ-инфекции. В 2005 году прирост составлял 82%, в 2006г. - 81%, в 2007г. - 29%, в 2008г. - 32% и в 2009г. отмечено снижение регистрации новых случаев по сравнению с 2008г. на 6,0%. Если в целом, в 2009 году произошло снижение регистрации случаев на 11%, то из них снижение регистрации ВИЧ-инфекции среди ЛЖВ, проживающих в сельской местности составило 6%, среди городских жителей, соответственно регистрация снизилась на 5%.

Рисунок 10. Регистрация ЛЖВ, проживающих в сельской местности, абс. (2004-2009г.г.) и прирост новых случаев ВИЧ-инфекции (%).



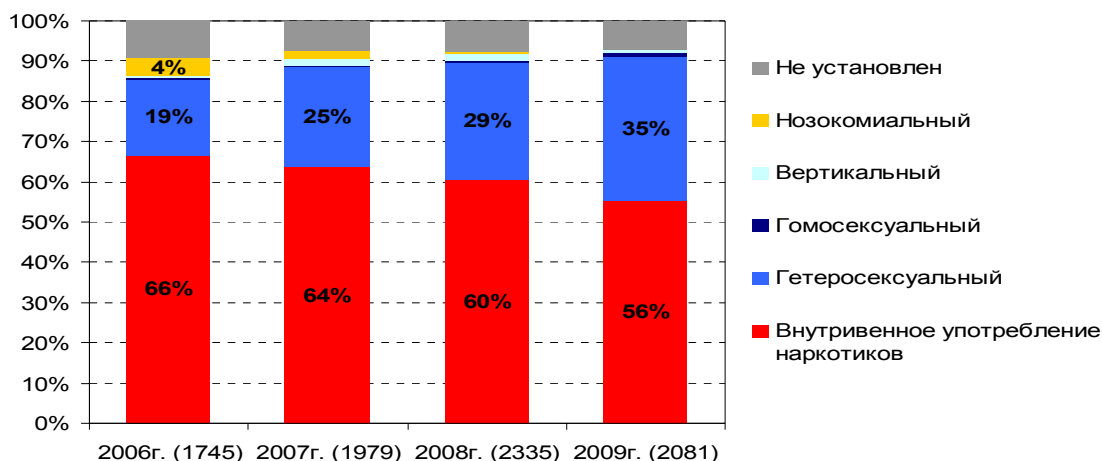
Расчет прироста (2009г.): $(561-597)/597 \cdot 100 = - 6,0\%$.

Динамика регистрации случаев ВИЧ-инфекции и основные пути передачи.

Инфицирование населения РК ВИЧ-инфекцией половым путем постоянно возрастает. Доля полового пути передачи ВИЧ-инфекции составляла в 2006 году 19%, в 2009 году возросла до 35% в структуре выявления. Однако, по-прежнему, основным путем передачи в 2009 г. продолжает оставаться парентеральный (ВВН) при употреблении наркотиков инъекционным путем – 56%. Кумулятивно при

употреблении инъекционных наркотиков инфицировалось ВИЧ-инфекцией 9355 человек, что составляет 68% от общего числа выявленных ВИЧ-инфицированных в РК.

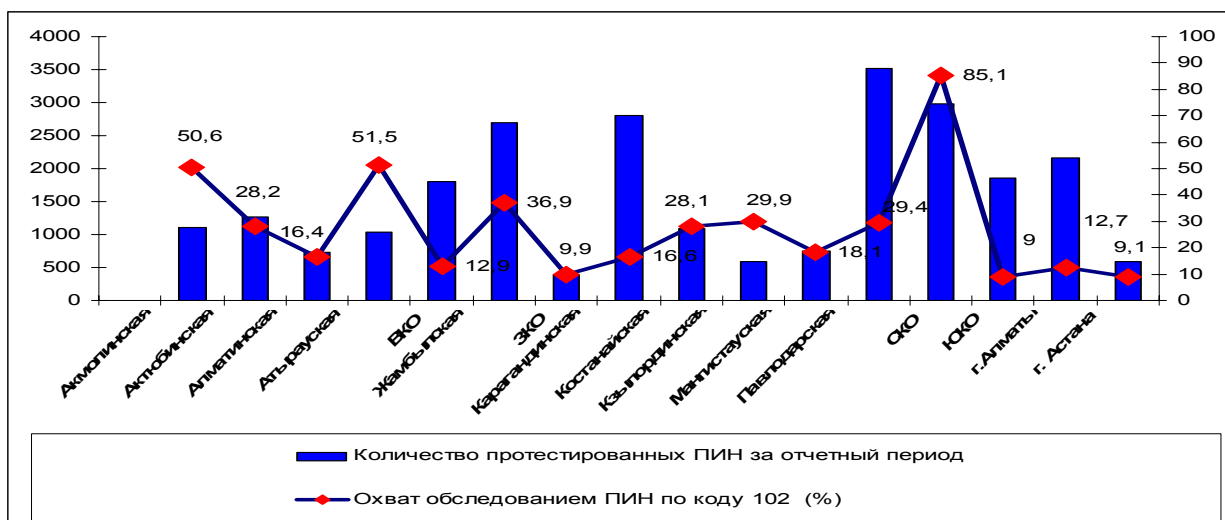
Рисунок 11. Распределение зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи (2006-2009г.г.)



Всего в 2009 году было протестировано 25402 ПИН, выявлено 300 ПИН с ВИЧ-положительным статусом (Ф. № 4 код 102). Отмечено снижение регистрации по сравнению с 2008 годом на 85 случаев ВИЧ-инфекции. Если учесть, что в 2009 году при употреблении наркотиков инфицировалось 1156 ЛЖВ от числа всех выявленных случаев ВИЧ-инфекции, то доля ПИН (код 102) составляет всего 26% в структуре выявления ЛЖВ с парентеральным путем передачи. Таким образом, большая часть лиц, инфицированных ВИЧ-инфекцией при употреблении инъекционных наркотиков, была выявлена по другим кодам обследования (74%).

Охват наркопотребителей тестированием на выявление ВИЧ-инфекции от оценочной численности всей популяции ПИН (124400) составил в 2009 году - 20% (2008г. – 16%). При этом, наименьший охват тестированием ПИН в 2009 году наблюдался в Южно-Казахстанской области (9%), г. Астане (9,1%), Западно-Казахстанской области (9,9%). Более половины от оценочного числа ПИН было протестировано в Акмолинской, Северо-Казахстанской и Атырауской областях (рисунок 12).

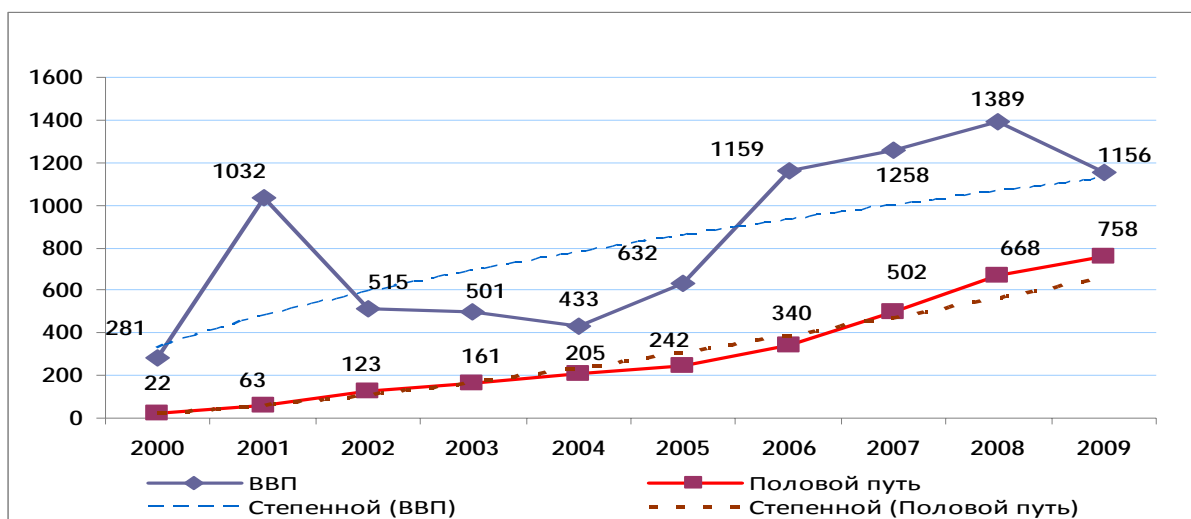
Рисунок 12. Объемы тестирования на ВИЧ-инфекцию (Ф. № 4 код 102) и охват ПИН обследованием от результатов БОС по областям в % (2009г.)



Процент выявления ВИЧ-инфекции среди протестированных потребителей инъекционных наркотиков составил в 2009 году - 1,2%, отмечено снижение доли выявленных случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с 2008 годом (1,8%).

Диаграмма, представленная на рисунке 13, показывает динамику абсолютного числа зарегистрированных случаев среди ЛЖВ, инфицированных внутривенным (ВВП) и половым путями передачи.

Рисунок 13. Абсолютное количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи (2000-2009г).



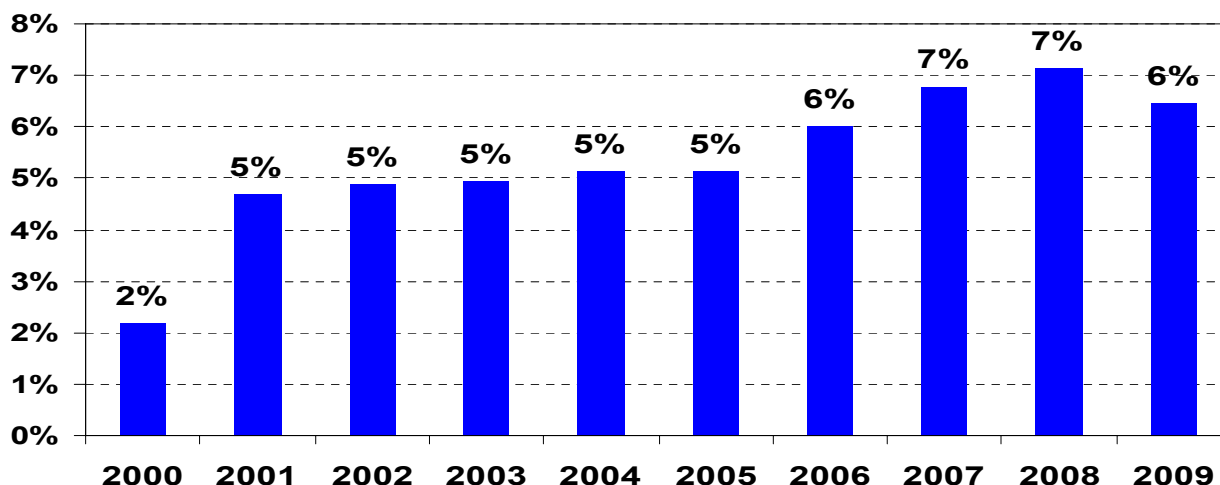
Распределение случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи показывает, что в периоды подъема уровня регистрации, которые мы наблюдали в 1996 году или в 2001 году, или в 2005-2006 г.г. связаны с резким ростом инъекционного пути передачи. Характерно и то обстоятельство, что в динамике по годам постепенно увеличивается число ЛЖВ, инфицированных половым путем.

Таким образом, динамика регистрации ВИЧ-инфекции зависит, как от уровней подъема регистрируемой ВИЧ-инфекции среди ПИН, так и от постоянного роста числа ЛЖВ, заразившихся половым путем.

Многолетнее наблюдение показывает (рисунок 14), что степень прироста случаев с половым путем передачи составляет в среднем 6% в год (от 5% до 7%).

Рассчитывается как соотношение количества выявленных случаев ВИЧ-инфекции с половым путем передачи, выявленных в отчетном году к кумулятивному числу зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции на начало отчетного года. Данная диаграмма подтверждает наше предположение, что распространение ВИЧ-инфекции половым путем зависит от накопленного числа ЛЖВ в социуме, каждый из которых является потенциальным источником инфекции.

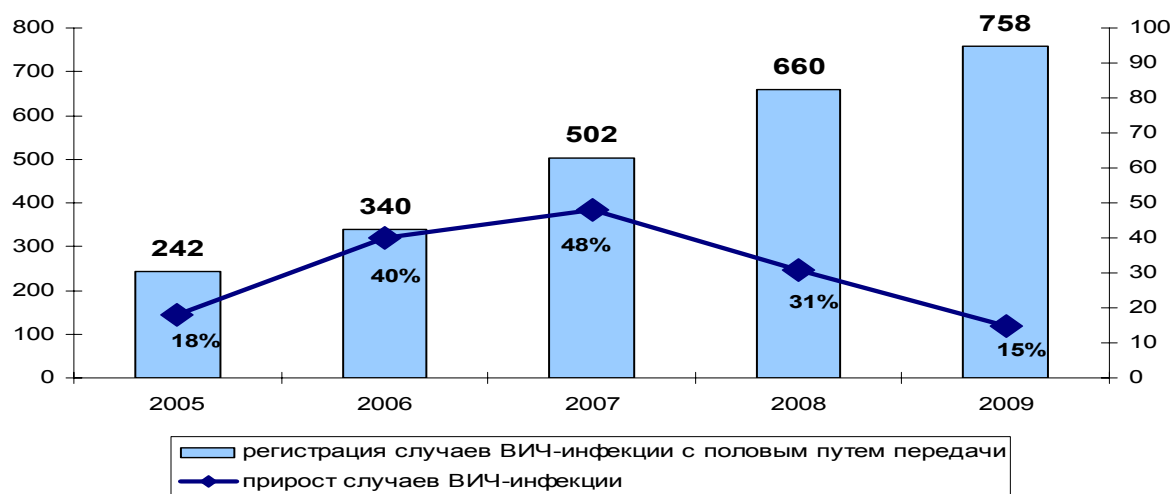
Рисунок 14. Соотношение количества выявленных случаев ВИЧ с половым путем передачи в отчетном году к кумулятивному числу зарегистрированных случаев ВИЧ на начало отчетного года.



Диаграмма, представленная на рисунке 14, показывает нам, что соотношение выявленных случаев ВИЧ-инфекции с половым путем передачи к кумулятивному числу зарегистрированных случаев ВИЧ на начало отчетного периода в целом стабильно и составляет 5-7% в год с тенденцией к постепенному росту.

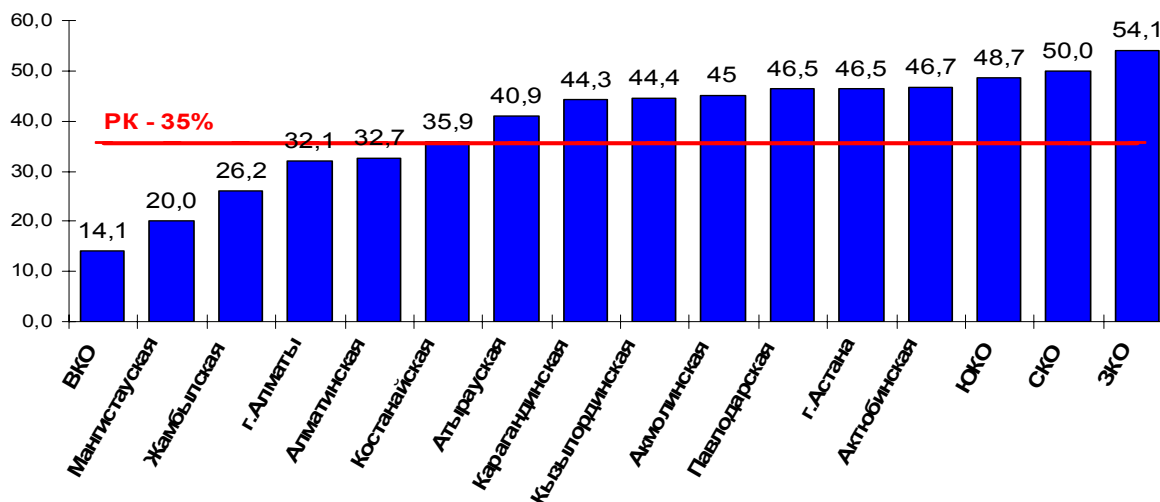
Эту же диаграмму можно трактовать несколько иначе: вероятность того, что 1 ВИЧ-инфицированный станет источником заражения другого лица половым путем в течение одного года, составляет в среднем 5% - 7%, или примерно 16-17 ЛЖВ в год в среднем заражают 1 человека половым путем.

Рисунок 15. Динамика регистрации случаев ВИЧ-инфекции с половым путем передачи (абс.) и прирост новых случаев (2004-2009г.г.)



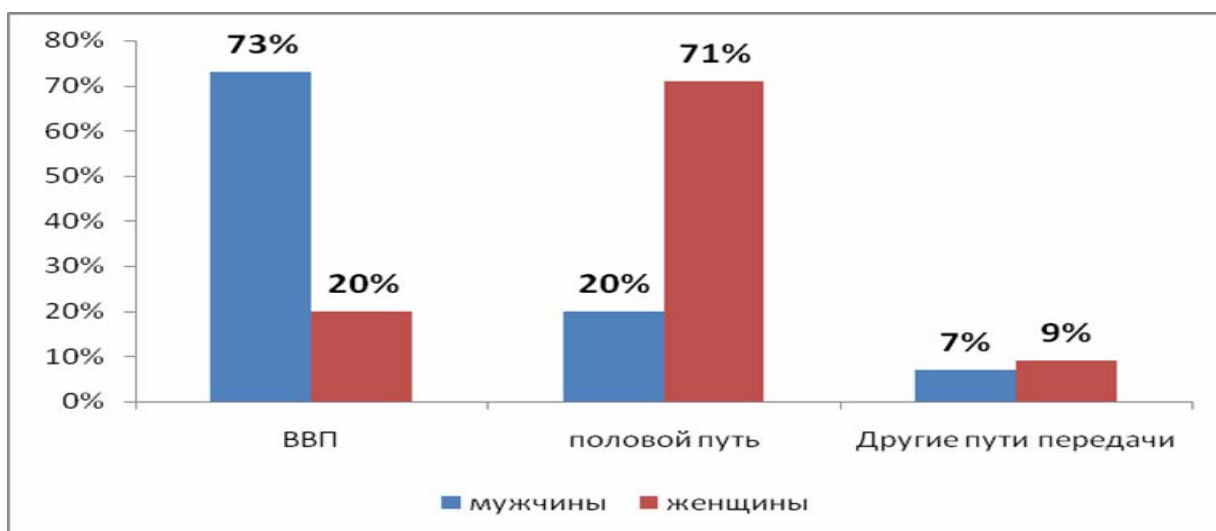
В динамике 2005г. - 2007г. прирост новых случаев ВИЧ-инфекции с половым путем передачи увеличивался (рис.15). В 2008г. прирост новых случаев ВИЧ-инфекции составил 31%. В 2009г. тенденция к снижению темпов прироста случаев ВИЧ-инфекции с половым путем передачи сохраняется, по сравнению с 2008 годом он снизился в 2 раза и составил 15%.

Рисунок 16. Доля зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции с половым путем передачи в разрезе регионов (% , 2009г.)



Доля зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции с половым (гетеросексуальным) путем передачи в Казахстане в 2009 году составила 35%. Однако в ряде регионов на половой путь передачи приходится более 40% (Атырауская, Карагандинская, Кызылординская, Акмолинская, Южно-Казахстанская, Павлодарская, Актюбинская и г. Астана), а в 2-х областях (Западно-Казахстанская, Северо-Казахстанская) более 50% регистрируемой ВИЧ-инфекции;

Рисунок 17. Распределение случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи в гендерном аспекте (% , 2009 год).



Преобладающим путем инфицирования в структуре вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин является внутривенная инъекционная практика (73%) и на втором месте – незащищенные сексуальные контакты (20%). Среди женщин, наоборот, преобладает инфицирование при сексуальных контактах (71%), затем внутривенное использование наркотиков (20%). Женщины преимущественно инфицируются от своих половых партнеров, являющихся потребителями

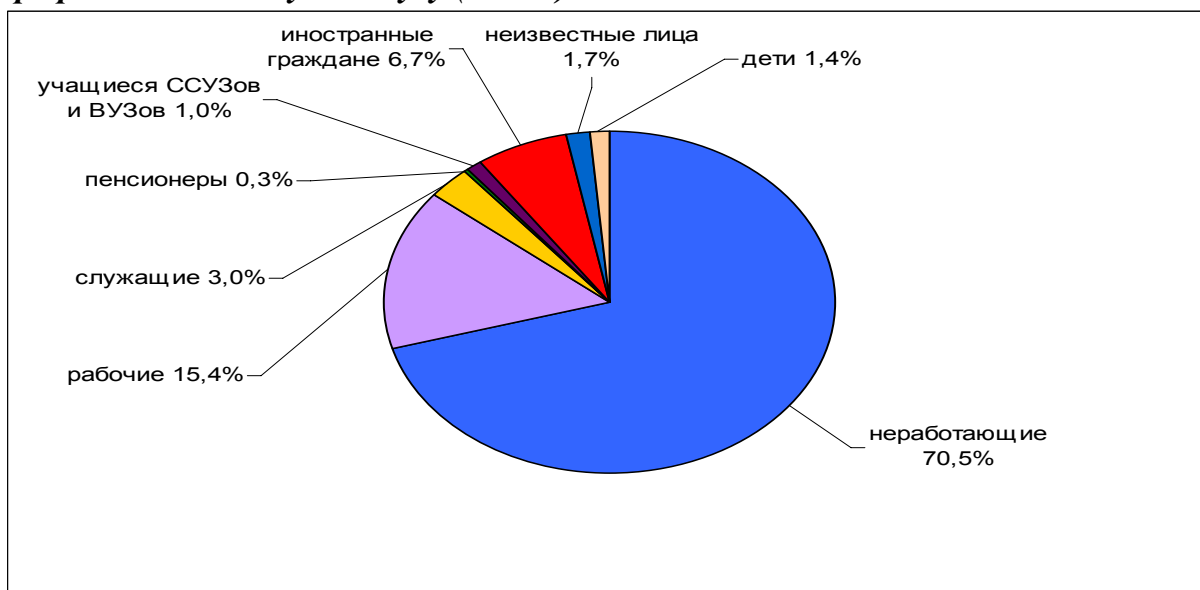
инъекционных наркотиков. Следовательно, статистические данные убедительно свидетельствуют о том, что эпидемия затрагивает не только уязвимые группы, но и часть общего населения, прежде всего женщин, связанных с этими группами. Эпидемия связана с употреблением наркотических средств, соответственно эффективность мер по предотвращению распространения эпидемии, зависит от усилий, направленных на снижение риска передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Достижению данной цели способствуют реализуемые программы снижения вреда.

Распределение случаев ВИЧ-инфекции по социально- профессиональному статусу.

В социально - профессиональной структуре ВИЧ-инфицированных в 2009 году ситуация аналогичная, которая наблюдалась в прошлые годы. По-прежнему, более 70% выявленных ЛЖВ нигде не работает и не учиться. На долю иностранных граждан приходится 6,7% (2008г.- 6,9%). Несколько больше стало среди ЛЖВ рабочих - 15,4% (2008г. - 12,6%). Служащие в структуре выявленных в 2009 году ЛЖВ составили 3%. Выявляются случаи ВИЧ-инфекции у ЛЖВ пенсионного возраста, доля которых в 2009 году составила 0,3%. Доля молодых людей - учащихся ССУЗов и ВУЗов составляет 1% и на ВИЧ-инфицированных до 14 лет приходится 1,4%.

Лица, которые обследуются анонимно и свои социально-демографические характеристики не раскрывают, регистрируются как неизвестные и на них приходится 1,7%.

Рисунок 18. Распределение случаев ВИЧ-инфекции по социально – профессиональному статусу (2009г.).



Распределение случаев ВИЧ-инфекции по возрастному составу.

На протяжении последних лет имеется тенденция сдвига вновь выявленных ВИЧ-инфицированных в сторону более старших возрастов (30-39 лет). Доля ВИЧ-инфицированных в возрасте 15-19 лет в последние годы в структуре регистрации

составляет 2% - 3%, но в сравнении с 2002 годом произошло снижение с 9% (2002г.) до 3% (2009г.) Это можно объяснить тем обстоятельством, что не происходит столь интенсивного вовлечения молодых людей в наркоманию, как было ранее, в 90-х годах прошлого столетия.

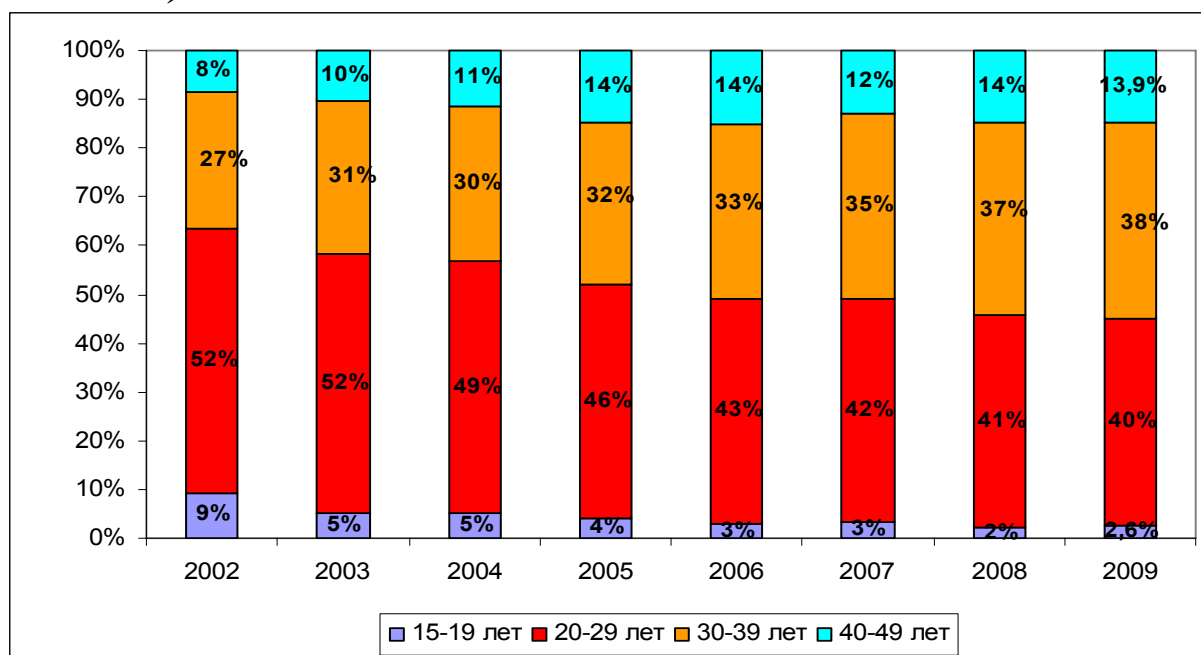
Доля ЛЖВ в возрасте 20-29 лет в динамике по годам постепенно уменьшалась и составляет в последние годы 40% - 43%. Однако, если сравнивать структуру выявления ВИЧ-инфекции в 2002 году и в 2009 году, то доля ЛЖВ в этой возрастной группе сократилась с 52% (2002г.) до 40% (2009г.)

А вот доля ЛЖВ в возрастном диапазоне от 30 до 39 лет ежегодно увеличивается. В 2002г. в структуре регистрации новых случаев эта часть ВИЧ-инфицированных составляла всего 27%; в 2009г. – 38%.

Аналогично растет доля ЛЖВ (рисунок 19) в возрасте от 40 до 49 лет. Если в 2002 году на эту часть ВИЧ-инфицированных приходилось всего 8% случаев, то в 2009 году -13,9%.

Это можно объяснить тем, что тестирование стало более целенаправленным на группы населения, в большей мере подверженные риску заражения ВИЧ. Больше стало обследоваться лиц по клиническим показаниям, среди которых многие инфицировались годами ранее, и на момент установления диагноза имеют 3-4 клиническую стадию. Смещение в сторону выявления ЛЖВ старших возрастов происходит за счет регистрации случаев ВИЧ-инфекции среди заключенных в МЛС, возраст которых, в основном, от 30 лет и выше.

Рисунок 19. Распределение случаев ВИЧ-инфекции по возрасту. (2002-2009г.г.)



Характеристика обследования населения на выявление ВИЧ-инфекции.

Серьезное внимание уделяется интеграции вопросов ВИЧ и СПИД в концепцию развития системы здравоохранения в РК с целью улучшения доступа к

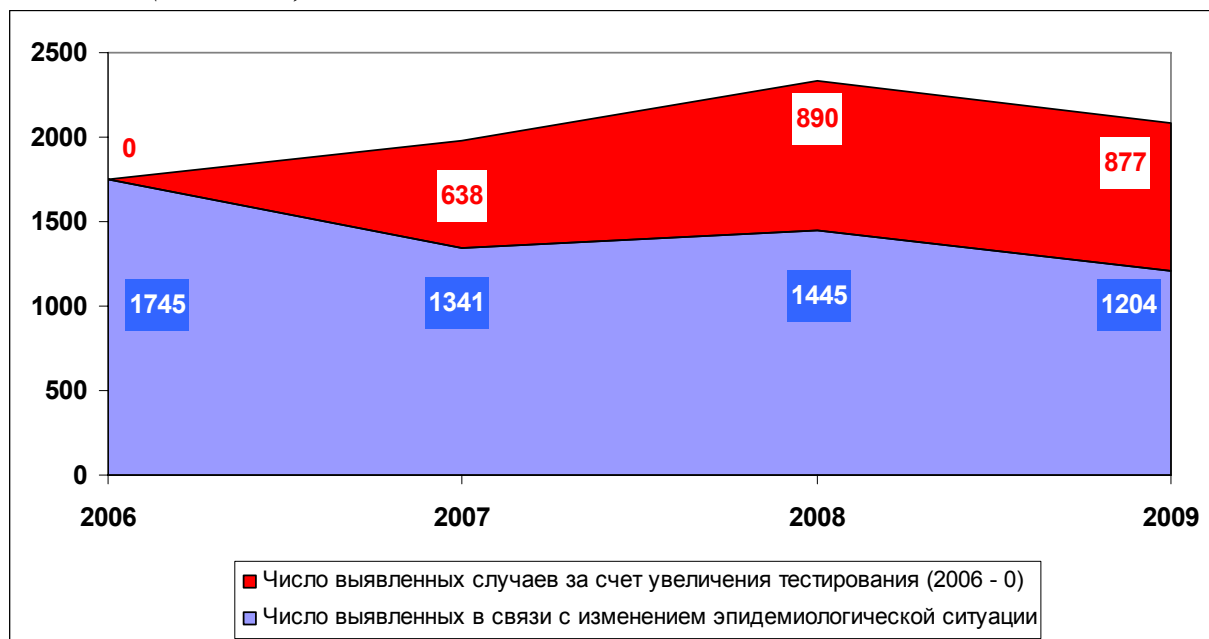
добровольному консультированию и тестированию, профилактике и обеспечению современных подходов к АРВ – лечению. Способствует выявлению новых случаев ВИЧ-инфекции проводимая в стране политика тестирования в отношении различных групп населения, позволяющая ежегодно тестировать более 10% граждан республики. Объемы тестирования в 2009 году по сравнению с 2006 годом возросли в 1,7 раза, а по сравнению с 2004 годом более чем в 2,5 раза.

В результате такой политики тестирования в РК около 70% ВИЧ-инфицированных знают свой ВИЧ-статус.

На рисунке 20 представлена диаграмма, которая показывает, как влияет политика тестирования на выявление новых случаев ВИЧ-инфекции.

Если бы объемы тестирования не увеличивались ежегодно, а оставались бы на уровне 2006 года в 2007-2009г.г., то, к примеру, в 2008г. было бы выявлено 1445 случаев ВИЧ-инфекции, а не 2335; в 2009 году было бы зарегистрировано 1204 случая ВИЧ-инфекции, а не 2081.

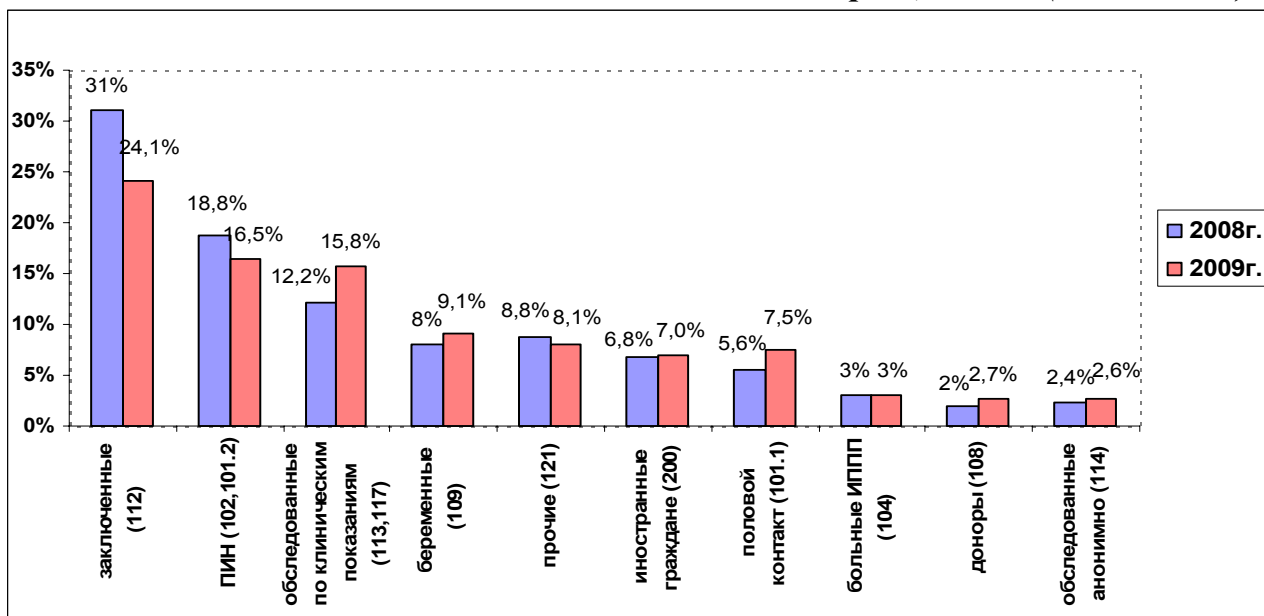
Рисунок 20. Количество выявленных новых случаев ВИЧ-инфекции за счет увеличения объемов тестирования и изменения эпидемиологической ситуации, абсолютные значения (2006г. = 0).



В структуре выявления новых случаев ВИЧ-инфекции в 2009 году наибольшую часть составляют заключенные (24,1%). При этом необходимо отметить, что в отчетном году отмечено уменьшение доли заключенных по сравнению с 2008 годом (31%). Отмечено снижение доли ПИН с 18,8% до 16,5%.

В числе вновь выявленных случаев увеличилась доля ВИЧ-инфицированных среди лиц, обследованных по клиническим показаниям с 12,2% до 15,8%. Сохраняется тенденция к росту выявления ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и лиц, обследованных по половому контакту с ЛЖВ с 5,6% до 7,5%, а также среди лиц, обратившихся для участия в донорстве с 2% до 2,7%.

Рисунок 21. Структура выявления случаев ВИЧ инфекции в разрезе контингентов, обследованных на выявление ВИЧ-инфекции в РК (2007- 2008г.)



Рост/снижение по кодам обследования(Ф №4, 2009г.)

Отмечено снижение по следующим кодам обследования:	Отмечен рост по следующим кодам обследования:
<ul style="list-style-type: none"> - 102 (- 85 случаев) - 104 (- 4 случая) - 111 (- 2 случая) - 112 (- 177 случаев) - 114 (- 1 случай) - 117 (- 14 случаев) - 120 (- 1 случай) - 121 (- 39 случаев) - 122 (- 13 случаев) - 123 (- 1 случай) - 200 (- 20 случаев) 	<ul style="list-style-type: none"> - 101 (+ 16 случаев) - 103 (+ 3 случая) - 105 (+ 2 случая) - 108 (+ 11 случаев) - 109 (+ 3 случая) - 113 (+ 55 случаев) - 118 (+ 13 случаев)

При общем снижении регистрации на 254 случая по сравнению с 2008 годом, в 2009 году произошло увеличение регистрации новых случаев по отдельным кодам: по 101 коду (среди контактных) - на 16 случаев, по 103 коду (МСМ) с 0 до 3-х случаев, по 113 коду (обследованные по клиническим показаниям) – на 55 случаев, по 118 коду (лица, содержащиеся в ИВС, ЦВИАРН, приемниках - распределителях) - на 13 случаев.

Характеристика обследования населения в возрастной группе 15-49 лет.

Существующие объемы тестирования на ВИЧ-инфекцию отвечают целям Программы по противодействию эпидемии СПИД в РК, рассчитанной на 2006-2010г.г. и текущей эпидемиологической ситуации (тестируется более 10% от численности общего населения и 17% - в возрастной группе 15-49 лет). Именно в этой возрастной группе регистрируется более 90% всех новых случаев ВИЧ-инфекции

Рисунок 22. Количество тестов на ВИЧ-инфекцию в РК по годам и охват населения в возрасте 15-49 лет тестированием в 2006-2009гг. (%)

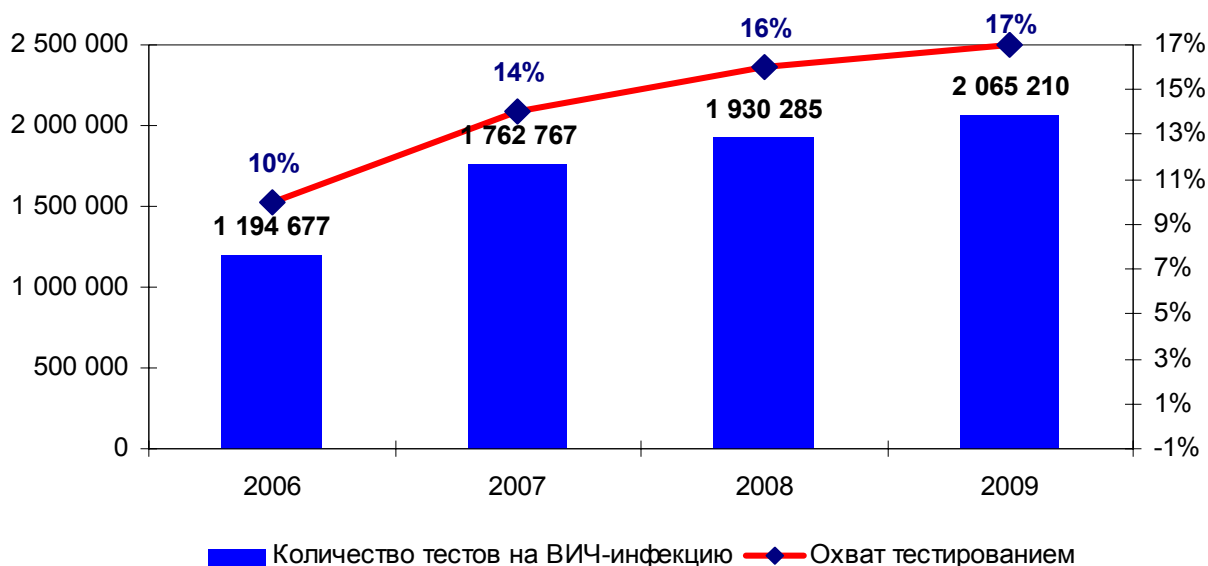


Таблица №2. Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения 15-49 лет на 01.01.2010г. по областям Казахстана.

Области	Количество ВИЧ инфицированных в возрасте 15 - 49 лет	Количество умерших ВИЧ инфицированных в возрасте 15 - 49 лет	Количество ЛЖВ 15-49 лет	Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения 15-49 лет (за вычетом умерших) в %
Акмолинская	245	37	208	0,050
Актюбинская	180	25	155	0,038
Алматинская	837	95	742	0,081
Атырауская	87	7	80	0,029
ВКО	1364	93	1271	0,162
Жамбылская	390	49	341	0,061
ЗКО	308	43	265	0,076
Карагандинская	2483	820	1663	0,223
Костанайская	809	84	725	0,145

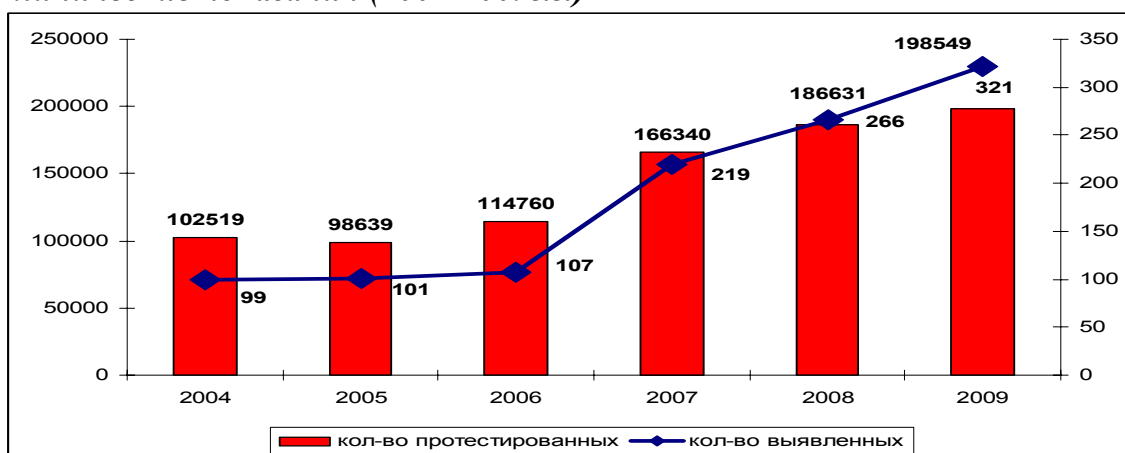
Кызылординская	49	3	46	0,013
Мангистауская	82	13	69	0,029
Павлодарская	1393	263	1130	0,264
Северо-Казахстанская	391	36	355	0,101
Южно-Казахстанская	1411	203	1208	0,093
г.Алматы	2744	267	2477	0,326
г.Астана	296	16	280	0,081
ВСЕГО	13069	2054	11015	0,13

Распространенность ВИЧ - инфекции среди населения 15 - 49 лет по РК - 0,13%, прогнозируемая распространенность к 2011 году будет удержана на уровне, не превышающем 0,2%. Выше средне республиканского показателя распространенность ВИЧ - инфекции среди населения 15 - 49 лет в г. Алматы, Павлодарской, Карагандинской, Восточно - Казахстанской и Костанайской областях (см. таблица 2).

Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди лиц, обследованных по клиническим показаниям.

Наибольший рост числа новых случаев в 2009 году (в 1,2 раза) отмечен среди лиц, обследованных по клиническим показаниям, количество зарегистрированных случаев (Ф № 4 код 113) составило 321. Доля ЛЖВ, выявленных по клиническим показаниям в 2009 году, составила в структуре регистрации случаев 15,4%.

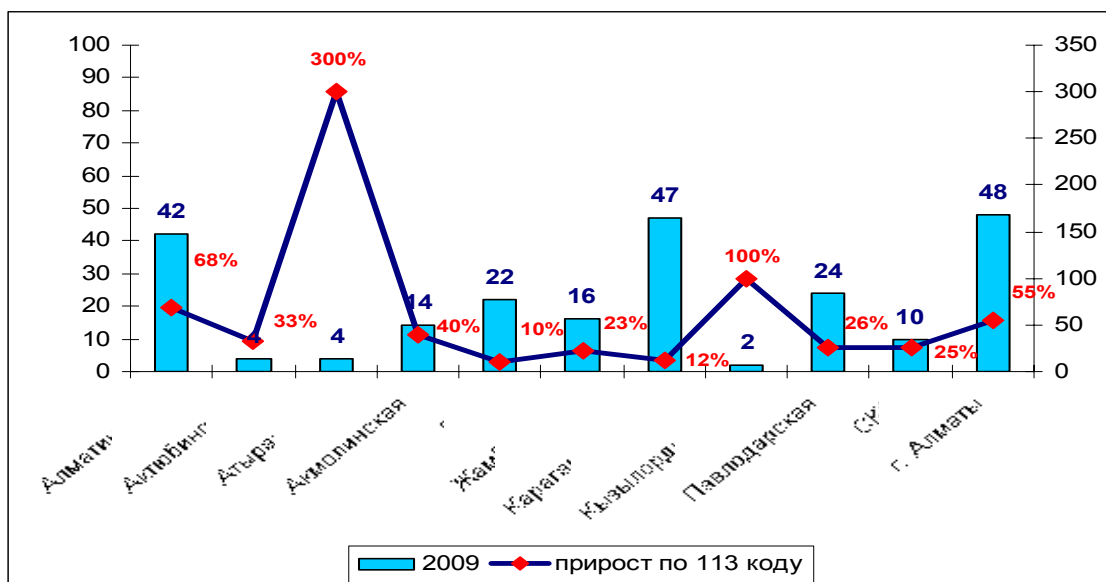
Рисунок 23. Результаты скринингового тестирования на ВИЧ лиц, имеющих клинические показания (2004-2009г.г.)



Ежегодно увеличиваются объемы тестирования лиц, имеющих клинические показания к обследованию: в 2009 году было протестировано 198549 человек, что

почти вдвое больше, чем в 2004 году. При этом, количество выявленных случаев возросло более чем в 3 раза: с 99 – в 2004г. и 321 – в 2009г.

Рисунок 24. Области, в которых отмечен прирост новых случаев ВИЧ-инфекции среди лиц, протестированных по клиническим показаниям (2009г.).



Прирост случаев ВИЧ-инфекции по РК (Ф.№ 4 код 113) в 2005 году - 2%, в 2006 году – 5,9%, в 2007г. -105%. В течение 2008-2009г.г. темпы прироста составили: в 2008г. – 21,4%; в 2009г. – 20,7%.

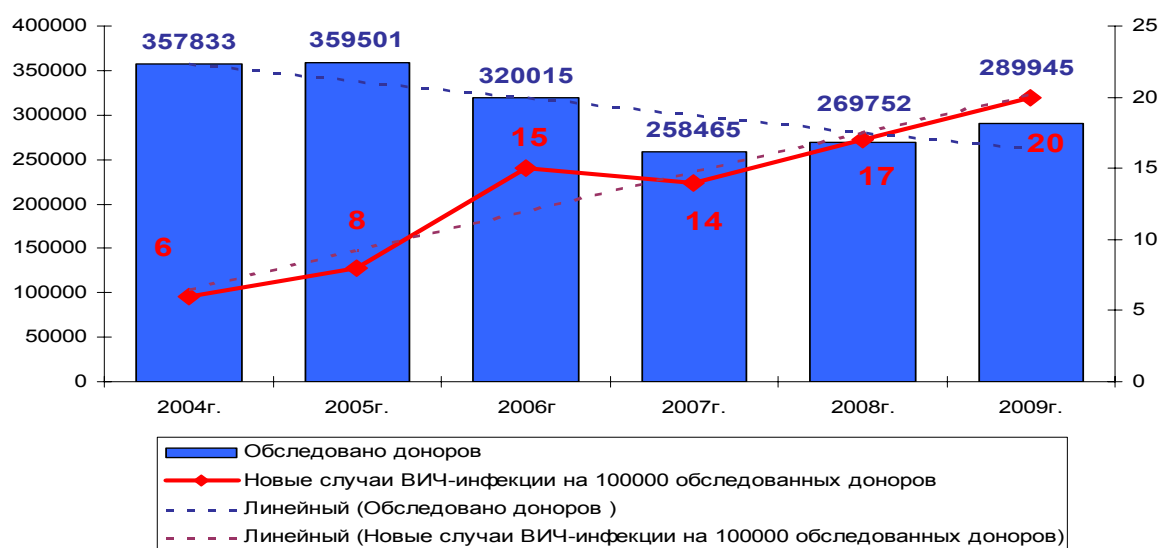
Туберкулёз принадлежит к числу важнейших оппортунистических заболеваний, поражающих ВИЧ-инфицированных и является ведущей причиной смерти. В 2009 году из 51006 обследованных пациентов с ТБ, выявлено 142 ВИЧ-инфицированных, процент выявления составил 0,25%.

Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди доноров и реципиентов донорского биоматериала.

По состоянию на начало 2010 года нарастающим итогом из 13784 ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных в республике, 329 человек были выявлены по факту участия в донорстве крови и ее компонентов, что составляет 2,4% от общего количества выявленных.

Ежегодно растет выявление ВИЧ-положительных граждан, обратившихся для выполнения донорской функции. В 2004 году выявление ВИЧ-позитивных среди доноров составляло 6,0 на 100 тысяч кроводач, в 2009 году - 20 на 100 тысяч. В 2009 году рост выявления ВИЧ-инфекции среди лиц, обратившихся для участия в донорстве, произошел с 46 (2008г.) до 57 (2009г.) случаев или в 1,2 раза.

Рисунок 25. Результаты скринингового тестирования на ВИЧ-инфекцию доноров (2004-2009г.г.)



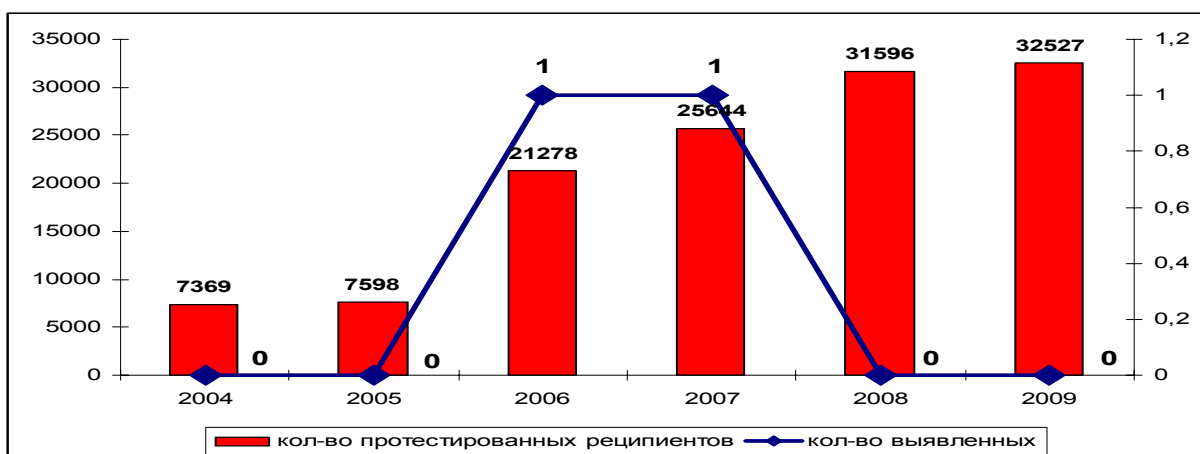
Случаи ВИЧ-инфекции среди доноров крови зарегистрированы во всех регионах страны, при этом наибольшее количество инфицированных доноров выявлено в Карагандинской области – 57 случаев, г.Алматы – 44, Алматинской области – 41, ЮКО – 38, Павлодарской – 37, ВКО – 36, Костанайской - 34, г.Астана - 18.

Из 57 доноров, выявленных с ВИЧ-инфекцией, - 55 участвовали в донорстве на безвозмездной основе и 2 ВИЧ-инфицированных были выявлены из числа платных доноров. Впервые приняли участие в донорстве крови – 45 человек, повторно – 12;

По результатам проведенного эпид.расследования каждого случая ВИЧ-инфекции среди доноров, установлено, что 50 доноров из 57 выявленных, имели в анамнезе факторы высокого риска заражения ВИЧ.

В 2008 – 2009г.г. случаев инфицирования ВИЧ-инфекцией среди реципиентов компонентов крови не выявлено.

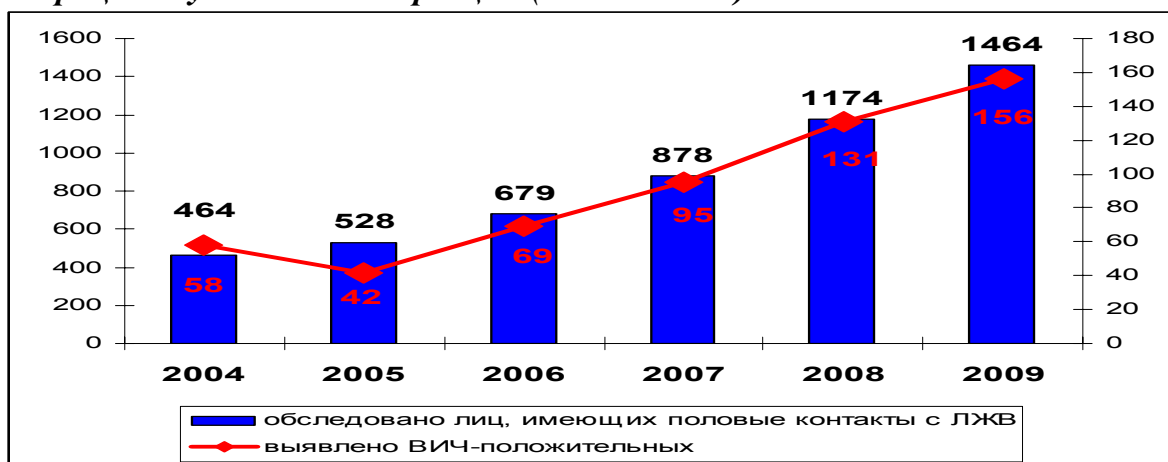
Рисунок 26. Результаты скринингового обследования на ВИЧ-инфекцию реципиентов компонентов крови и биоматериала.



Результаты обследования контактных с ЛЖВ, на выявление ВИЧ-инфекции (половые контакты и совместное употребление наркотиков)

В 2009 году в результате проведенных эпидрасследований, по контакту с ВИЧ-инфицированными было обследовано 1650 человек, выявлен 201 положительный результат. Из 201 ВИЧ-инфицированного, по половому контакту диагноз ВИЧ-инфекция установлен у 156 человек (код 101.1), по совместному введению наркотиков (код 101.2) – у 45 ПИН.

Рисунок 27. Обследование лиц, имеющих половые контакты с ЛЖВ (код 101.1) и регистрация случаев ВИЧ-инфекции (2004-2009г.г.)



При обследовании лиц, имеющих половые контакты с ЛЖВ, процент положительных результатов по всем годам, за исключением 2005г., превышает 10%. В динамике по годам увеличивается количество обследованных. По сравнению с 2004 годом, объемы тестирования лиц, имеющих половые контакты с ЛЖВ, возросли более чем в 3 раза.

Рисунок 28. Обследование контактных по совместному введению наркотиков и регистрация случаев ВИЧ-инфекции (код 101.2), (2004-2009г.г.)



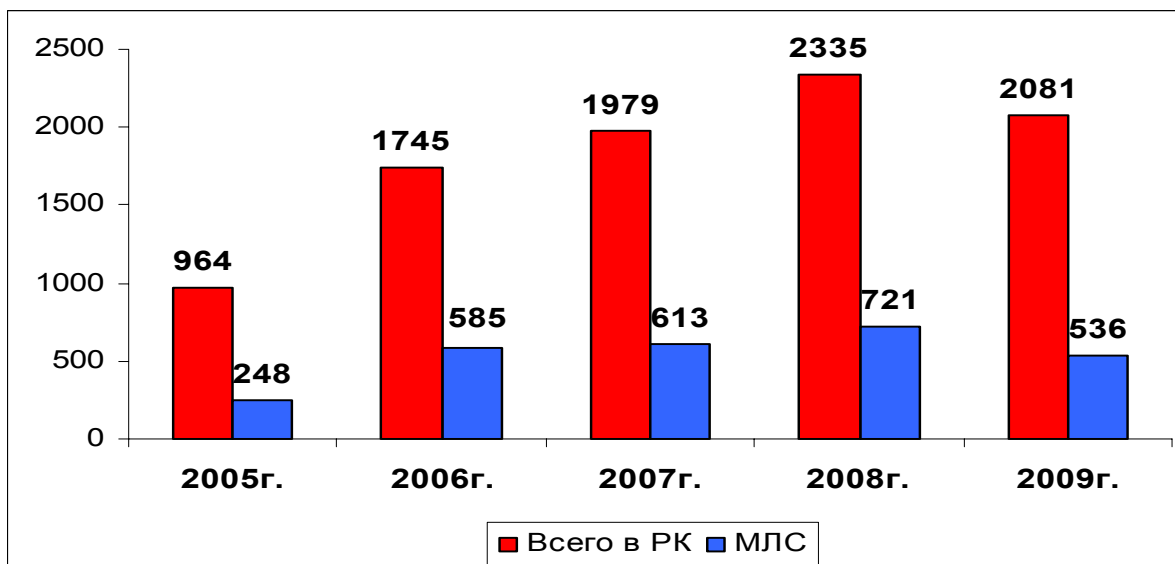
В 2009 году было выявлено 45 ВИЧ-инфицированных - ПИН, при обследовании контактных лиц по совместному введению наркотиков. Всего было протестировано 168 ПИН. Процент положительных результатов от числа обследованных контактных с ЛЖВ-ПИН лицами, составил в 2009 году - 26,8%.

Регистрация случаев ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе РК.

Неблагоприятное воздействие на эпидемическую ситуацию в целом по РК, оказывает пенитенциарная система. Количество зарегистрированных случаев составляет 29% в структуре выявления, усугубляет ситуацию регистрация локальных вспышек в некоторых учреждениях, рост в МЛС числа наркопотребителей и людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

В динамике по годам, в течение 2005 - 2009г.г. отмечалось неуклонное увеличение регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в местах лишения свободы: 2005г. - 248, 2006г. - 585, 2007г. - 613, 2008г. - 721. Нарастающим итогом в пенитенциарной системе выявлен 3981 ВИЧ-инфицированный. В 2009 году отмечено снижение регистрации новых случаев в пенитенциарной системе на 185 случаев и было зарегистрировано 536 случаев, в том числе 34 случая ВИЧ-инфекции выявлено среди иностранных граждан и 502 – среди граждан РК.

Рисунок 29. Результаты скринингового обследования на ВИЧ-инфекцию заключенных, абс. (2005г. - 2009г.)



В 2009 году увеличение числа зарегистрированных случаев среди осужденных и следственно арестованных произошло в 2-х областях: в Павлодарской - с 25 до 40 и в г. Алматы - с 74 до 113.

Наибольшее число ВИЧ-инфицированных осужденных содержится в Восточно-Казахстанской (13 исправительных учреждений, 611 ВИЧ-инфицированных), в Карагандинской (10 исправительных учреждений, 421 ВИЧ-инфицированный) и в Алматинской областях (7 исправительных учреждений, 368 ЛЖВ). Получают антиретровирусную терапию 172 ЛЖВ из 196, нуждающихся в лечении (87,7%).

В результате проведенных эпидрасследований случаев ВИЧ-инфекции, были установлены случаи инфицирования осужденных в исправительных учреждениях: в 2006г.-19 человек; 2007г. - 53; в 2008 году - 143; в 2009 году - 109.

В 2009 году наибольшее число заражений среди осужденных наблюдалось в Восточно-Казахстанской (41), Алматинской (36) и в Павлодарской областях. Кроме того, были установлены случаи инфицирования ВИЧ лиц во время их содержания в следственных изоляторах (2006г.- 102; 2007г.- 106; 2008г.-174; 2009г.- 32).

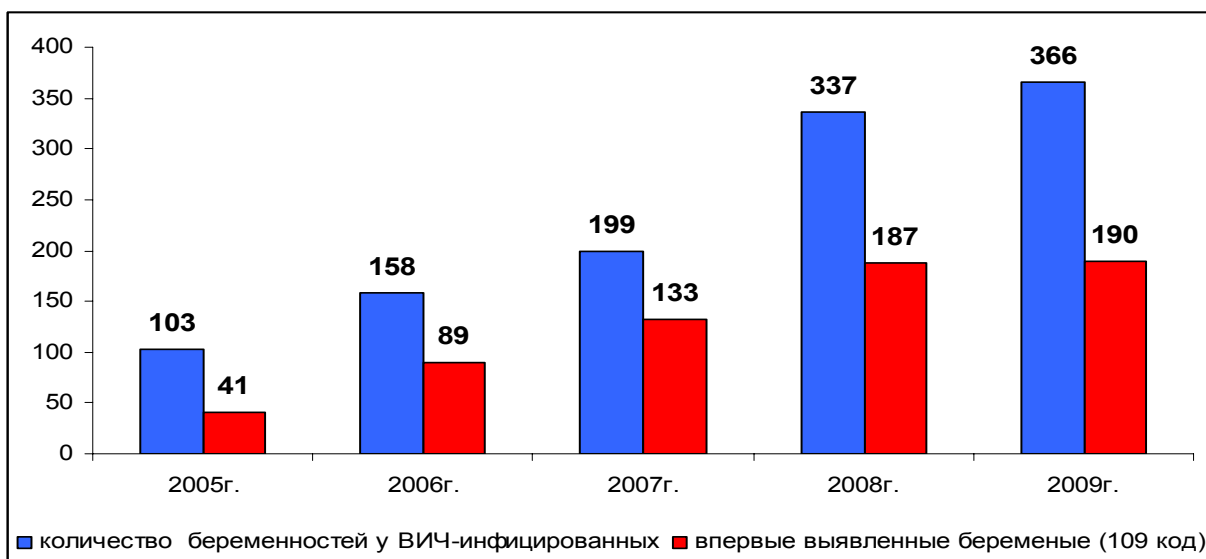
Ежегодно в исправительных учреждениях ДУИС происходит нарастание концентрации ЛЖВ (в 2005г. содержалось 705 человек; 2006г.- 904, 2007г.- 1584, 2008г. – 2016, 2009г.- 2202 ЛЖВ). Высокая распространенность ВГС (43%) свидетельствует о высокой доле ПИН в пенитенциарной системе, а сифилиса (11%) - о наличии практик опасного полового поведения.

Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди беременных и детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

В Казахстане ежегодно увеличивается число впервые выявленных ВИЧ-инфицированных беременных (код 109): 2004г.-19 женщин с ВИЧ-положительным статусом было взято на учет, в 2009г. - 190, т.е. за 5 лет частота обнаружения новых случаев ВИЧ-инфекции среди беременных возросла в 10 раз.

Однако, количество беременных женщин с ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете в ОГЦ СПИД, довольно значительно превышает количество впервые выявленных беременных. На диспансерном учете состоят беременные женщины, как с ранее установленным ВИЧ-статусом, так и ВИЧ позитивные, имеющие повторные беременности. Исходя из этого, по данным лечебно-профилактических отделов ОГЦ СПИД, в 2009 году состояло на учете 366 беременных женщин с ВИЧ - положительным статусом. За аналогичный период 2008 года количество беременных с ВИЧ-инфекцией составляло 337 (рисунок 36).

Рисунок 30. Количество беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин, абс. (2005-2009г.г.)



Внедрение протокола – профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в РК (ППМР), способствует увеличению беременностей и родов у ЛЖВ и, в то же время, сокращает вероятность вертикальной передачи ВИЧ-инфекции у детей.

На 1 января 2010 года нарастающим итогом родился 851 ребенок от ВИЧ-инфицированных матерей, из них 463 сняты с диспансерного учета по окончании срока наблюдения и при отрицательных лабораторных данных на ВИЧ-инфекцию. Диагноз ВИЧ-инфекция выставлен 58 детям, из них 43 ребенка с ВИЧ-инфекцией были выявлены ретроспективно. Из детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, умерло 36 детей. На 01.01.2010 года в центрах по профилактике и борьбе со СПИД под наблюдением находилось 257 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей до верификации диагноза.

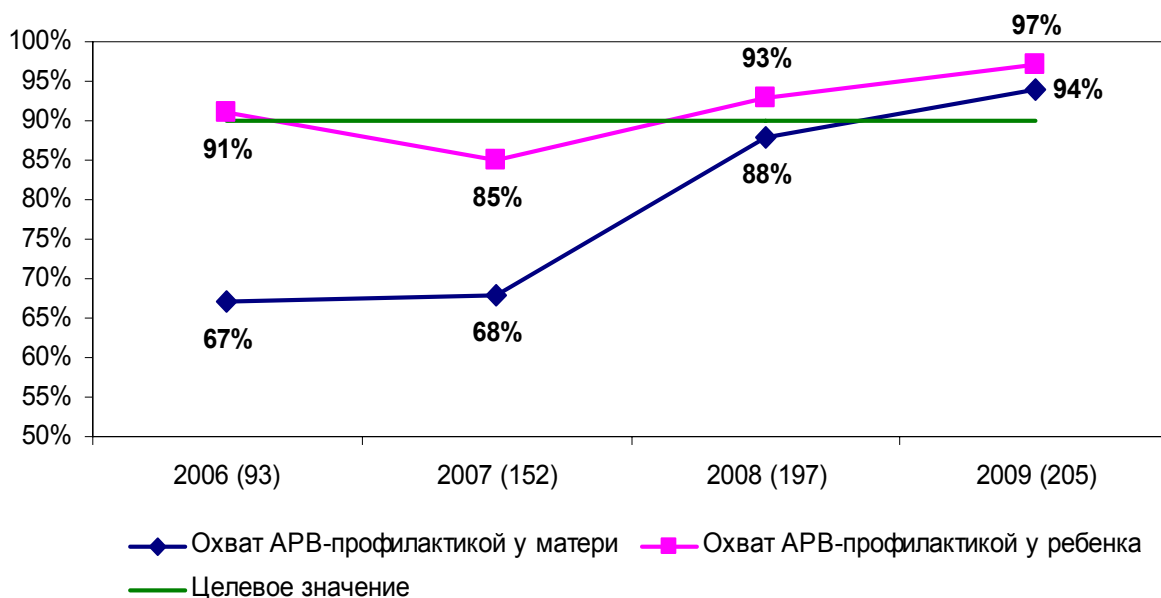
В 2009 году беременности закончились родами у 205 ВИЧ-инфицированных женщин (2008г.- 197). За 12 месяцев 2009 года от ВИЧ-инфицированных женщин родилось 204 ребенка. Уровень перинатальной трансмиссии составил 3,4% (2008г.- 5,8%),

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.

Из 205 родивших ВИЧ-инфицированных женщин в 2009 году, полный курс АРВ профилактики получили 193 женщины, или 94 %. Данный показатель вырос по сравнению с прошлым годом (2008г.- 88%).

Из 204 детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, 198 получили АРВ – профилактику, т.е. 97 %, тогда как в 2008 году этот показатель составлял 93% (178 из 191).

Рисунок 31. Охват химиопрофилактикой ВИЧ-позитивных беременных и новорожденных, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей в РК (2006-2009гг.)



Регистрация случаев СПИД.

Кумулятивно диагноз СПИД поставлен 989 пациентам, в том числе – 64 детям до 14 лет. Преимущественная часть (58,7%) больных СПИД диагностирована в Карагандинской области, т.е. 581 из 989 больных (58,7%).

На 1 января 2010 года в республике от СПИД умерло 760 больных, в том числе детей до 14 лет – 5. Всего умер 2221 ВИЧ-инфицированный, включая среди других причин смертности количество смертей от СПИД.

Таблица № 4. Количество умерших среди всех зарегистрированных ЛЖВ по состоянию на 01.01.2010г. в разрезе областей РК, в том числе среди пациентов в возрастной группе 15-49 лет.

№	Наименование территории	Количество умерших ВИЧ-инфицированных по состоянию на 01.01.2010 года	Количество умерших ВИЧ-инфицированных в возрасте 15 -49 лет на 01.01.2010 года
1.	Акмолинская	41	37
2.	Актюбинская	26	25
3.	Алматинская	107	95
4.	Атырауская	7	7
5.	ВКО	99	93
6.	Жамбылская	52	49
7.	ЗКО	46	43

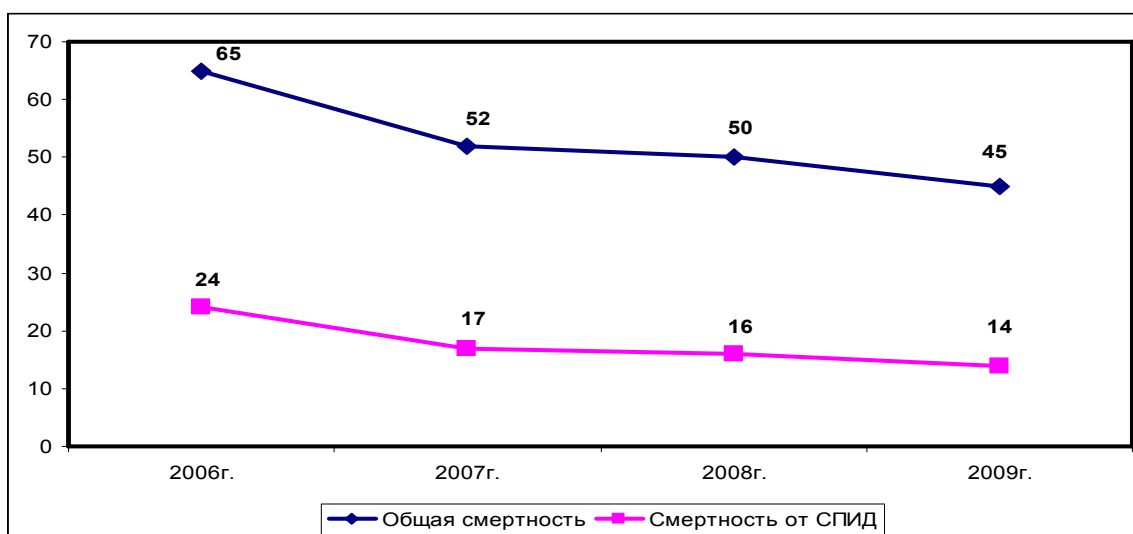
8.	Костанайская	96	84
9.	Карагандинская	874	820
10.	Кызылординская	4	3
11.	Мангистауская	14	13
12.	Павлодарская	267	263
13.	СКО	37	36
14.	ЮКО	234	203
15.	г. Алматы	297	267
16.	г. Астана	20	16
17.	Всего	2221	2054

Таблица 5. Кумулятивные данные о регистрации больных СПИД и умерших ЛЖВ от СПИД в разрезе областей РК

№	Наименование территории	Количество больных СПИД	Количество умерших ВИЧ-инфицированных от СПИД
1.	Акмолинская	19	12
2.	Актюбинская	10	6
3.	Алматинская	11	6
4.	Атырауская	5	3
5.	ВКО	23	16
6.	Жамбылская	11	10
7.	ЗКО	13	10
8.	Костанайская	17	15
9.	Карагандинская	581	479
10.	Кызылординская	3	3
11.	Мангистауская	3	3
12.	Павлодарская	121	105
13.	СКО	14	10
14.	ЮКО	112	46
15.	г. Алматы	39	30
16.	г. Астана	7	6
17.	Всего	989	760

По сравнению с 2006 годом смертность ЛЖВ сократилась в 1,4 раза: с 65,0 на 1000 ЛЖВ до 45,0 на 1000. Смертность ЛЖВ от СПИД в 2009 году по сравнению с 2006 годом также снизилась с 24,0 до 14,0 на 1000, что можно объяснить увеличением охвата ЛЖВ антиретровирусной терапией.

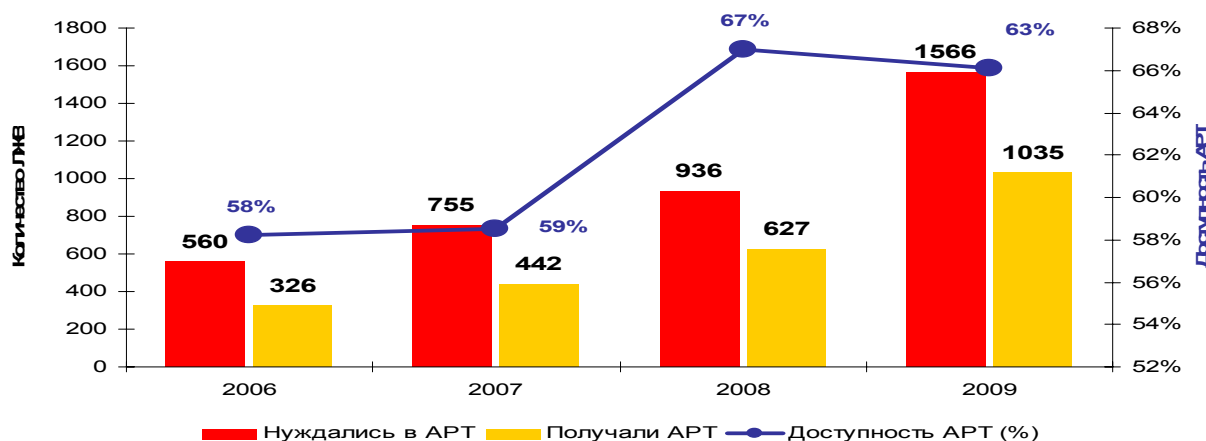
Рисунок 32. Смертность среди ЛЖВ, в том числе от СПИД (на 1000 ЛЖВ, 2005-2009гг.)



Число людей, имеющих показания для антитретровирусной терапии (АРТ) (клинические, иммунологические, вирусологические) на конец 2009 года составило 1566 больных. Доля ЛЖВС, получающих комбинированную АРТ, согласно национального Протокола лечения, составила 63% или 1035 (в т.ч. 517 ПИН – 50%) из числа нуждающихся в антитретровирусной терапии. По сравнению с 2006 годом, число лиц, получающих лечение (АРТ), возросло в 3,2 раза, но охват АРВТ в 70%, заданный программой, в 2009 году еще не достигнут.

Начиная с 2009 года, АРВ терапия в Казахстане предоставляется за счет государства на бесплатной основе. В стране зарегистрировано 24 препарата для проведения АРТ, 11 из них - вошли в список жизненно важных препаратов.

Рисунок 33. Количество ЛЖВ, нуждающихся и получающих антитретровирусную терапию, доступность АРТ в 2006-2009гг.



Выводы:

1. Объемы тестирования населения в 2009 году увеличились на 6,5%, при этом отмечено снижение регистрации случаев ВИЧ-инфекции в 2009г. по сравнению с 2008 годом на 254 случая или на 11%.
2. Снижение количества выявленных случаев произошло за счет ЛЖВ-мужчин, так как прирост новых случаев ВИЧ-инфекции среди ЛЖВ - женщин сохранился на уровне - +0,7%.
3. Граждане РК в структуре новых случаев ВИЧ-инфекции в 2009 году составляют 93%. При увеличении объемов тестирования населения РК в 2009 году на 9%, отмечено снижение регистрируемой ВИЧ-инфекции на 192 случая.
4. В динамике отмечается рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди сельских жителей. В 2009 году отмечено снижение вновь выявленных случаев на 6% - среди сельских жителей и на 5% - среди городских.
5. В динамике по годам увеличивается частота выявления случаев с половым путем передачи (2006г. - 19%, 2009г. - 35%). Однако, в период 2007-2009г.г. наблюдалось снижение темпов прироста новых случаев ВИЧ-инфекции с половым путем передачи (2007г. - 48%, 2009г. - 15%).
6. Динамика регистрации случаев ВИЧ-инфекции зависит как от уровней подъема заболеваемости среди ПИН, так и от постепенного роста числа ЛЖВ, инфицированных половым путем.
7. Прирост случаев ВИЧ-инфекции с половым путем передачи к кумулятивной регистрации случаев ВИЧ-инфекции на конец предыдущего года, в целом стабильный и находится на уровне 6%.
8. Постепенно увеличивается охват тестированием на выявление ВИЧ-инфекции ПИН (2008г. - 16%, 2009г. - 20%).
9. Для ЛЖВ-женщин характерно, в основном, инфицирование половым путем (71%), для ЛЖВ-мужчин - инфицирование ВИЧ-инфекцией при употреблении инъекционных наркотиков (73%).
10. В социально-профессиональной структуре ЛЖВ, по-прежнему, более 70% составляют неработающие граждане.
11. Сохраняется тенденция в сторону увеличения регистрации новых случаев у лиц старших возрастов (30-49 лет). Доля ЛЖВ в возрасте 15-49 лет составляет 93%.
12. Наибольшую долю в структуре регистрации случаев ВИЧ-инфекции составляют заключенные (29%).
13. Увеличилось в 2009 году выявление новых случаев среди лиц, обследованных по клиническим показаниям, контактных с ЛЖВ и доноров компонентов крови.
14. В пенитенциарной системе в 2009 году отмечено снижение выявленных случаев (на 185) по сравнению с 2008 годом. Однако, имели место локальные вспышки ВИЧ-инфекции в некоторых исправительных учреждениях. Количество случаев инфицирования осужденных внутри учреждений - 109, что составляет 20% от общего числа выявленных в пенитенциарной системе в 2009г.
15. Ежегодно увеличивается количество ЛЖВ, получающих АРТ. Охват антиретровирусной терапией составил 63% от числа лиц, нуждающихся в лечении.
16. Отмечается постепенное снижение смертности среди ЛЖВ, в том числе от СПИД.

На сегодняшний день можно сказать, что проводимые мероприятия обеспечивают достаточный эффект, но в то же время необходимо продолжать профилактическую работу среди разных групп населения, поиск и внедрение новых стратегий и услуг, способных позитивно повлиять на ход эпидемии в Республике Казахстан.

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

АНАЛИЗ

**ситуации по ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных
наркотиков в Республике Казахстан по данным эпидемиологического
надзора за 2009 год**

Сахнова Наталия,
заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией,
Центр по профилактике и борьбе со СПИД г.Семей.

1. КОНТЕКСТ

1.1 Введение.

ВИЧ-инфекция и наркомания в большинстве случаев являются сопутствующими заболеваниями и взаимно осложняют друг друга. Наркопотребители инфицируются, когда ВИЧ, находящейся на стенках нестерильного шприца или иглы, при инъекции очередной порции наркотика, попадает непосредственно в кровь человека. Опыт других стран показывает, что, попав в популяцию ПИН, ВИЧ распространяется в ней с колоссальной скоростью. Таким образом, инъекционные наркопотребители являются самой опасной группой риска в отношении распространения ВИЧ инфекции.

По данным ВОЗ (1997), эпидемия ВИЧ - инфекции в Западной Европе среди потребителей инъекционных наркотиков (далее ПИН) началась с середины 1980 годов. До 1993 года было инфицировано до 30 % ПИН, а в некоторых странах (таких, как Испания, Италия) - до 70 %.

Инъекционное употребление наркотиков в Центрально-Азиатском регионе, в том числе и в Республике Казахстан также является решающим фактором в распространении ВИЧ-инфекции. По данным Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД, из 13784 ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных в стране нарастающим итогом на 01.01.2010 года, доля ПИН составила 9355 чел. (67,9 %). Среди зарегистрированных за 12 месяцев 2009 года, 2081 ВИЧ-инфицированных, потребители инъекционных наркотиков составили 1155 чел. (55,5 %).

Часто у ПИН, зараженных ВИЧ-инфекцией, появляются проблемы с законом. Они привлекаются к уголовной деятельности, поскольку постоянно нуждаются в деньгах для приобретения наркотиков. От 40 до 90 % уголовных преступлений связано с наркотиками. Больной человек, ощущая надвигающуюся ломку, готов сделать все, чтобы избежать мучений. Поэтому кражи в магазинах и на рынках - самый безобидный вид преступления. Находясь в состоянии злобного напряжения, абстинентного психоза, депрессии, многие наркопотребители совершают физическое насилие. Вследствие этого, многие из ПИН попадают в тюрьмы. Увеличение числа носителей ВИЧ среди заключенных за счет инъекционных наркопотребителей последнее время уже принесло много проблем и осложнений в места лишения свободы.

Девушки-наркопотребители, морально опускаясь, становятся на путь торговли своим телом, чтобы иметь деньги на приобретение наркотиков для себя, а часто и для своего «близкого друга». Это нередко приводит к заражению ВИЧ-инфекцией. Кроме того, секс бизнес получает распространение и среди мужчин.

Потребители инъекционных наркотиков могут быть не только пострадавшими от ВИЧ, но и источником заражения других. ПИНЫ зачастую, вступают в

сексуальные отношения с мужчинами и женщинами, которые не являются наркоманами, тем самым, передавая ВИЧ в здоровую от наркотиков часть общества.

Таким образом, реализация профилактических программ по ВИЧ/СПИДу в популяции инъекционных наркопотребителей – важнейшая часть профилактики ВИЧ-инфекции во всем обществе. Необходимо внедрять комплексные программы профилактики ВИЧ среди ПИН, которые включают обеспечение доступа ПИН к информационно-образовательным мероприятиям по проблеме ВИЧ/СПИДа, предоставление стерильного инъекционного инструментария и презервативов, лечение от наркотической зависимости и ИППП, применение заместительной терапии метадонот и другие превентивные меры.

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 по ВИЧ-инфекции и оценить роль популяции ПИН в развитии эпидемиологического процесса с учетом факторов рискованного поведения.
2. Оценить реализуемые в стране профилактические вмешательства среди ПИН.

1.3 Источники информации

1. Отчеты РЦ СПИД по эпидемиологическому надзору за зарегистрированными случаями (статистическая отчетная форма № 4).
2. Отчеты по дозорному эпидемиологическому надзору в РК за 2009 год.
3. Отчет о проведении быстрой оценки ситуации среди потребителей инъекционных наркотиков РК за 2009 год.
4. Отчеты РЦ СПИД по мониторингу профилактических вмешательств в Республике Казахстан за 2009 год.
5. Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы.

2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ

2.1. Методика оценки численности ПИН

Для планирования и проведения профилактических вмешательств среди инъекционных наркопотребителей, необходимо максимально достоверно оценить их истинное количество в том или ином регионе страны. Знание численности ПИН на данной территории диктуется, прежде всего, необходимостью осуществления мониторинга и оценки адекватных ситуации превентивных вмешательств, важным индикатором которых является *эффективный охват*, то есть доля представителей

уязвимых групп населения, принявших в результате проведения профилактических вмешательств, превентивное поведение. Имеются различные методики оценки реальной численности ПИН. На территории Республики Казахстан БОС среди ПИН проводится на основании Методических рекомендаций Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД от 2004 года «Быстрая оценка численности уязвимых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и мужчин, вступающих в сексуальные отношения мужчинами)».

В качестве первичной информации при проведении БОС использовались предоставляемые:

- региональными наркодиспансерами списки лиц, состоящих на диспансерном учете в связи с употреблением инъекционных наркотиков, из числа проживающих на данной территории;

- территориальными управлениями внутренних дел списки лиц, состоящих на учете за преступления, связанные с незаконным употреблением и приобретением инъекционных наркотиков, из числа проживающих на данной территории;

При проведении БОС подразумевается, что только часть ПИН учтена наркодиспансерами и правоохранительными органами. Значительное их количество скрывается от учета, особенно в начале наркопотребления. С целью получения более достоверных данных по популяции ПИН, расчет численности этой «группы риска» проводился 3-мя методами, представленными в Методических рекомендациях: методом многократного анализа данных, методом мультипликации, методом номинации. При использовании метода многократного анализа данных, расчет данных проводится с использованием таблицы 4-х полей и списков наркодиспансера и полиции. Затем проводится картирование населенного пункта и определение наиболее осведомленных «ключевых информаторов». Данные картирования используются в процессе формирования сетевой выборки («снежного кома») для сбора первичной информации.

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 наркопотребителей. На каждого респондента заполняется типовая анкета. Обработка данных анкет с последующим обсуждением результатов в фокус-группах позволяют оценить численность популяции ПИН в том или ином регионе.

Дополнительно, при расчете показателей БОС, также учитывались результаты анализа поведенческих показателей ДЭН среди ПИН (вопросы анкеты ДЭН среди ПИН № 7 – «состоите ли Вы на учете в наркодиспансере?», пункт № 46 анкеты – «сколько ПИН Вы знаете, и они знают Вас как ПИН?», № 47 – «состоите ли Вы на

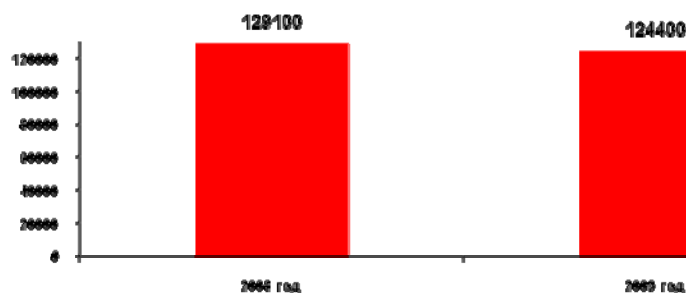
учете в полиции?» № 48 – «Какая часть из ПИН, которых Вы знаете, и они знают Вас, как ПИН, состоит на учете в а) наркодиспансере, б) в полиции?».

2.2. Оценка численности ПИН в РК

Общая популяция наркозависимых в РК (оценочные данные) составляет до 200 тысяч человек. Из них, по данным Республиканского научно - практического центра медико-социальных проблем наркомании (2007 год) до 100 тысяч человек являются потребителями инъекционных наркотиков (те, кто употребляет наркотики в течение последнего месяца).

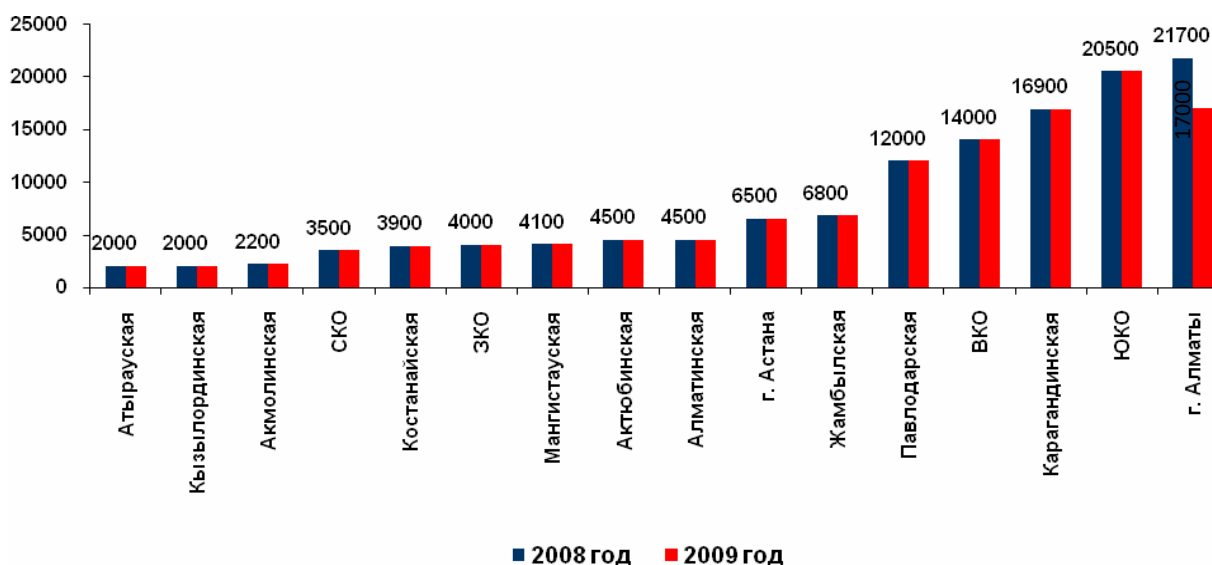
На 01.01.2010 года численность ПИН (те, кто употреблял наркотики в течение последних 12 месяцев) по быстрой оценке ситуации (БОС), проведенной специалистами ОГЦ СПИД РК в 2009 году, составляет 124 400 человек (2007г. – 129 100). За 2 года количество ПИН по БОС снизилось на 4700 чел. (на 3,6 %) – рисунок № 1.

Рисунок 1. Число ПИН РК (абс. числа), по БОС, 2008-2009 г.г.



Снижение количества ПИН в 2009 году произошло за счет города Алматы, где количество ПИН уменьшилось с 21 700 до 17 000, т.е. в 1,3 раза. В остальных областях количество ПИН по БОС осталось на уровне 2008 года – рисунок № 2.

Рисунок 2. Количество ПИН по БОС (абс. числа) в разрезе областей (2008-2009 г.г.)



С использованием полученных на основе БОС данных, рассчитана доля наркопотребителей на 2009 год в разных областях Казахстана, к численности населения от 15 лет и старше (таблица № 1).

Таблица 1. Доля ПИН к численности населения РК от 15 лет и старше (%).

Области РК	Численность населения РК старше 15 лет (абс.)	Распространенность наркопотребления (%)
Ақмолинская	580310	0,38
Ақтөбінская	541724	0,83
Алматынская	1278802	0,35
Атырауская	365651	0,55
ВКО	1141214	1,23
Жамбылская	747025	0,91
ЗКО	486174	0,82
Карагандинская	1074739	1,57
Костанайская	722421	0,54
Кызылординская	479189	0,42
Мангыстауская	308852	1,33
Павлодарская	604308	1,99
СКО	521430	0,67
ЮКО	1626081	1,26
г. Алматы	1108692	1,96
г. Астана	547187	1,19
ВСЕГО ПО РК	12133799	1,03

Доля наркопотребителей широко варьирует, и в целом по республике, в пересчете на взрослое население (от 15 лет и старше) составляет 1,03 %. Самый

высокий уровень наркопотребителей наблюдается в Павлодарской (1,99 %), г.Алматы (1,96 %), Карагандинской (1,57 %) и Мангистауской (1,33 %) областях. Наименьшее количество наркопотребителей проживает в Алматинской (0,35 %), Акмолинской (0,38 %), Кызылординской (0,42 %) и Костанайской (0,54 %) областях.

По состоянию на 01.01.2010 г. по данным официальной статистики, в организациях наркослужбы состояло на учете 48530 наркопотребителей (2008 год - 50 776), из них 36123 человек - 74 % – ПИНЫ. (2008 год - 37 549). . На учете в наркослужбе состоит - 29,1% ПИН от БОС. Таким образом, число ПИН, состоящих на официальном учете в наркослужбе, в 3,4 раза ниже оценочного числа по БОС. В числе ПИН 88,6 % составляют мужчины и 11,4 % – женщины. Детей до 15 лет состоит на учете в наркологических диспансерах на конец 2009 года – 61 человек (52 – мужчины и 9 женщины). Наибольшее количество детей состоит на учете в Павлодарской области – 22 человека, в Мангистауской области – 12 человек; в Северно-Казахстанской, Карагандинской – по 7 человек, в Алматинской – 4 человека, в Южно-Казахстанской, Кызылординской, Атырауской, Западно-Казахстанской областях - по 2 человека. и в г. Алматы – 1 человек. Данные по областям представлены в таблице № 2.

Таблица 2. Количество ПИН, состоящих на официальном учете в НД РК и количество ПИН по БОС (2009год).

Области	Количество ПИН, состоящих на официальном учете в НД (абс.)	Количество ПИН по БОС	% ПИН, состоящих на учете от БОС
Акмолинская	915	2200	41,6
Актюбинская	1673	4500	37,2
Алматинская	1563	4500	34,7
Атырауская	467	2000	23,4
ВКО	4100	14000	29,3
Жамбылская	2213	6800	32,5
ЗКО	1408	4000	35,2
Карагандинская	4589	16900	27,2
Костанайская	2532	3900	64,9

Кызылординская	642	2000	32,1
Мангистауская	1064	4100	26,0
Павлодарская	2825	12000	23,5
СКО	946	3500	27,0
ЮКО	2685	20500	13,1
г. Алматы	5621	17000	33,1
г. Астана	2880	6500	44,3
РК	36123	124400	29,1

3. НАДЗОР ЗА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СЛУЧАЯМИ

3.1. Результаты обследования ПИН на ВИЧ инфекцию (рутинный скрининг).

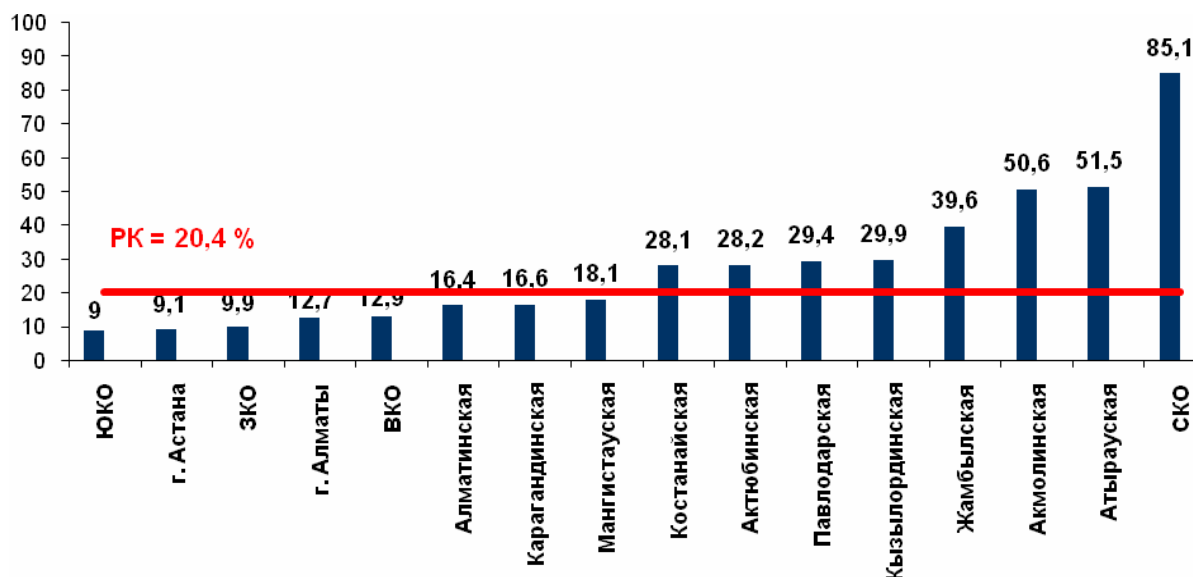
Проблема снижения темпов распространения ВИЧ-инфекции является одним из приоритетных направлений здравоохранения нашей страны. С 2000 года все мероприятия по ВИЧ/СПИД основываются на «Концепции государственной политики по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан», утвержденной Постановлением Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2000 года № 1808. Концепция государственной политики по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан определяет приоритетные направления деятельности государственных органов и организаций по достижению поставленных целей и прежде всего тех, реализация которых требует оперативных изменений (как в сторону отказа от не оправдывающих себя практик, так и в сторону усиления и внедрения эффективных подходов). В рамках Концепции, в РК реализуется уже вторая «Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы», одной из основных ее приоритетных задач является реализация стратегии снижения вреда введения наркотиков.

Государством гарантируется бесплатное конфиденциальное и анонимное тестирование на ВИЧ. Это прописано в Кодексе Республики Казахстан № 193-IV ЗРК от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», подписанный Президентом РК Н.А. Назарбаевым: Глава 19 «Оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД», Статья 115. «Обследование на ВИЧ» - Граждане Республики Казахстан и оралманы имеют право на добровольное анонимное и (или) конфиденциальное медицинское обследование и консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции на бесплатной основе».

Несмотря на достаточную нормативно-правовую базу, до сих пор обследование ПИН на ВИЧ-инфекцию остается на низком уровне. Это связано в первую очередь с закрытостью популяции ПИН, боязни их подвергнуться дискриминации при выявлении положительного ВИЧ-статуса, низкой мотивацией к тестированию, неудовлетворительным качеством проводимого до- и послетестового консультирования в кабинетах ПСК и специалистами Пунктов доверия.

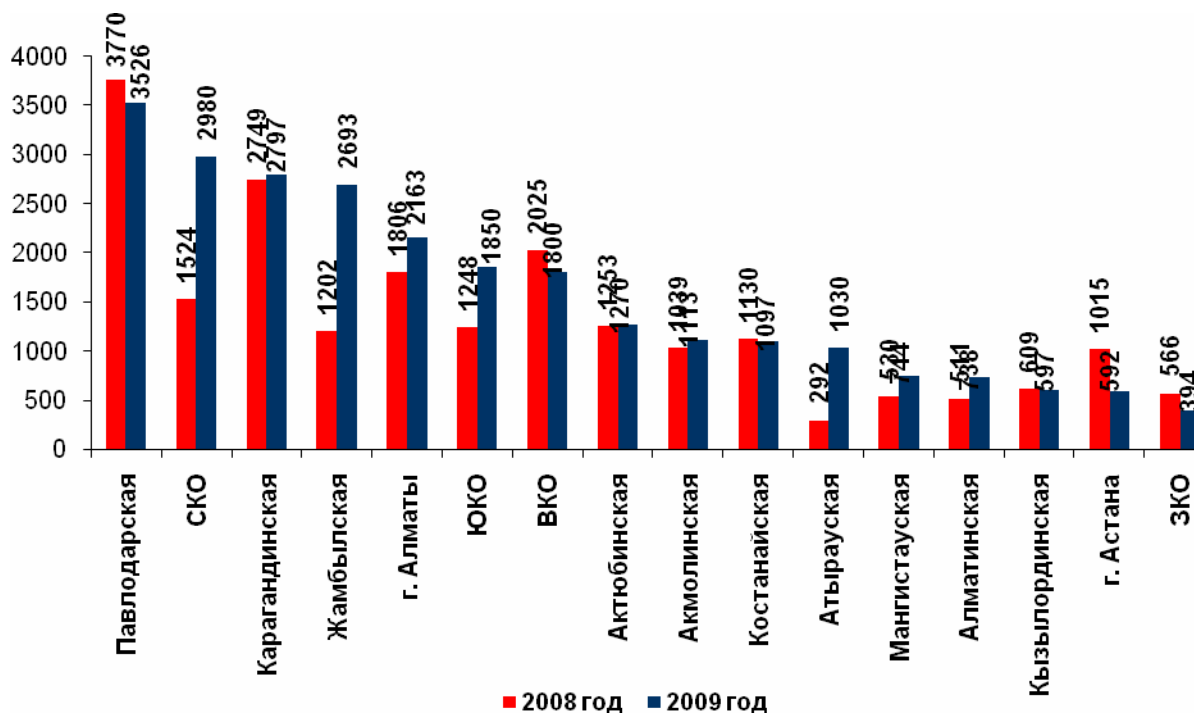
В 2009 году в соответствии с Правилами медицинского освидетельствования на ВИЧ инфекцию по 102 коду (ф. № 4) в РК обследовано – 25 402 ПИН (2008 год – 21 264), что составляет всего 20,4 % от численности ПИН по БОС. Ситуация по тестированию ПИН в регионах складывается неодинаково: так в Акмолинской области по коду 102 было протестировано 47 % ПИН от БОС, в СКО – 44 %. Этот показатель говорит о целенаправленной работе в этих областях по выявлению ВИЧ-инфекции у ПИН. Также выше республиканского этот показатель в Павлодарской (31 %), Кызылординской (30 %), Костанайской (29 %), Актюбинской (28 %) областях. Ниже республиканского, показатель тестирования ПИН по коду 102 – в ВКО, ЗКО, Мангистауской, Алматинской, Карагандинской областях г. Алматы, г. Астане и ЮКО (рисунок № 3).

Рисунок 3. Доля обследованных ПИН по коду 102 (%) от их оценочного количества в разрезе областей РК (2009 год).



По сравнению с 2008 годом в 2009 году объемы тестирования ПИН в РК по коду 102 увеличились на 4138 чел. или на 19,5 %. Увеличение объемов тестирования произошло в Атырауской области - в 3,5 раза, Жамбылской - в 2,2 раза, СКО - в 2 раза, ЮКО - в 1,5 раза, в Мангистауской и Алматинской областях - в 1,4 раза и г. Алматы - в 1,2 раза. На уровне прошлого года объемы тестирования остались в ВКО, Павлодарской, Карагандинской, Акмолинской, Костанайской, Кызылординской, Актюбинской областях. Сокращение объемов тестирования наблюдается в ЗКО - в 1,4 раза и г. Астане в 1,7 раза (рисунок № 4).

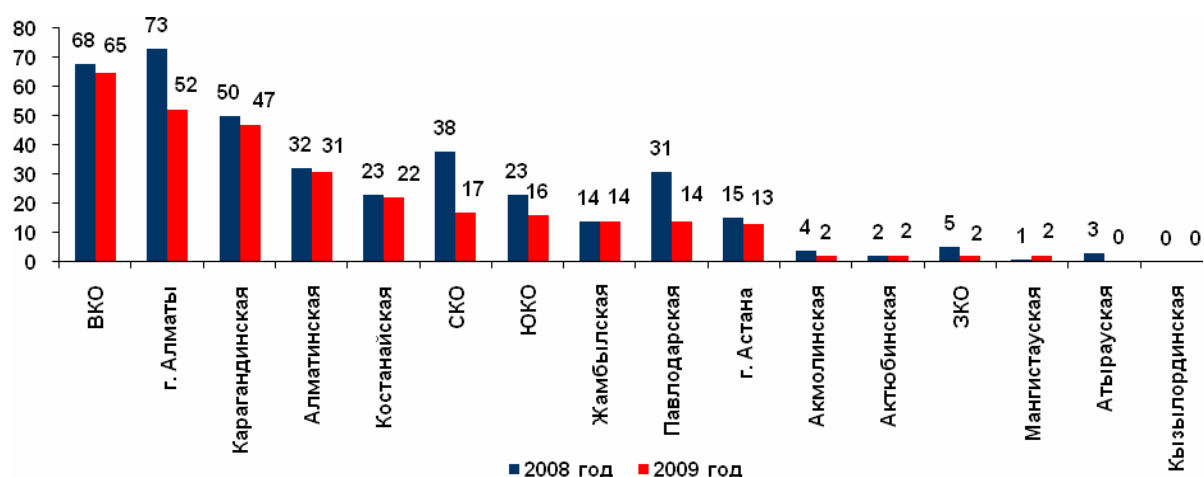
Рисунок 5. Количество обследованных ПИН по коду 102 (абс. числа) в разрезе регионов в 2008-2009 годах.



В 2009 году из 2047238 обследований на ВИЧ – инфекцию доля ПИН (коды 102, 101.2) составила всего 1,2 %, тогда как доля выявленных ВИЧ-инфицированных по этим кодам составляет - 16,6 %.

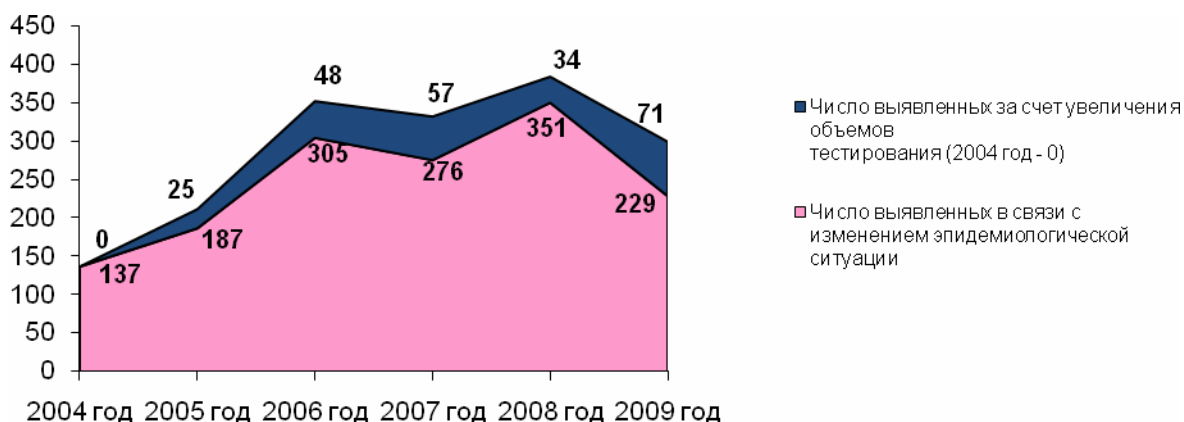
Всего в 2009 году по коду 102 было выявлено – 300 ВИЧ-инфицированных ПИН и еще 45 ПИН выявлены, как контактные по совместному введению наркотиков. Наибольшее количество ПИН зарегистрировано в ВКО – 65 человек или 21,6 % от выявленных в РК ПИН по коду 102, в г. Алматы – 52 человека. (17,3 %), в Карагандинской области – 47 человек (15,7 %). По сравнению с прошлым годом в 1,3 раза уменьшилось количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН (с 385 до 300 случаев) – рисунок № 5.

Рисунок 6. Количество выявленных в РК ВИЧ-инфицированных ПИН (абс. числа) по коду 102 в разрезе регионов в 2008-2009 годах.



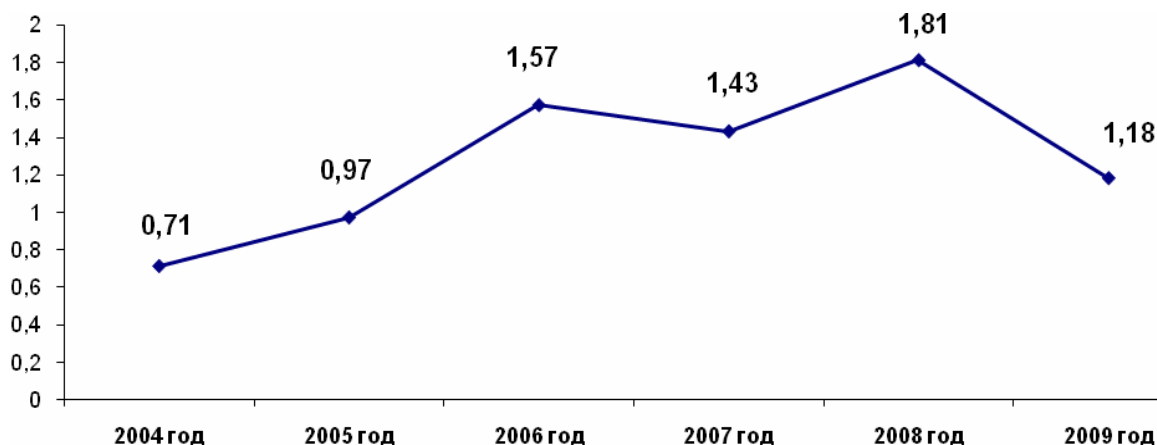
Объемы тестирования ПИН по коду 102 в течение последних 6 лет увеличились в 1,3 раза. Если в 2004 году было зарегистрировано 137 новых случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН, то при сопоставимых объемах тестирования с 2004 годом, в 2009 году 229 случаев ВИЧ-инфекции были выявлены в данной группе за счет ухудшения эпидситуации, а 71 случай - за счет увеличения объемов тестирования (в 2008 году из 385 случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН – 351 случай выявлен за счет ухудшения эпидситуации и 34 случая ВИЧ-инфекции были выявлены за счет увеличения объемов тестирования), рисунок № 6.

Рисунок 7. Оценка эпидемиологической ситуации на основе результатов скрининга ПИН на ВИЧ-инфекцию (102 код) с учетом изменения характеристик тестирования на ВИЧ, 2004-2009г.г.



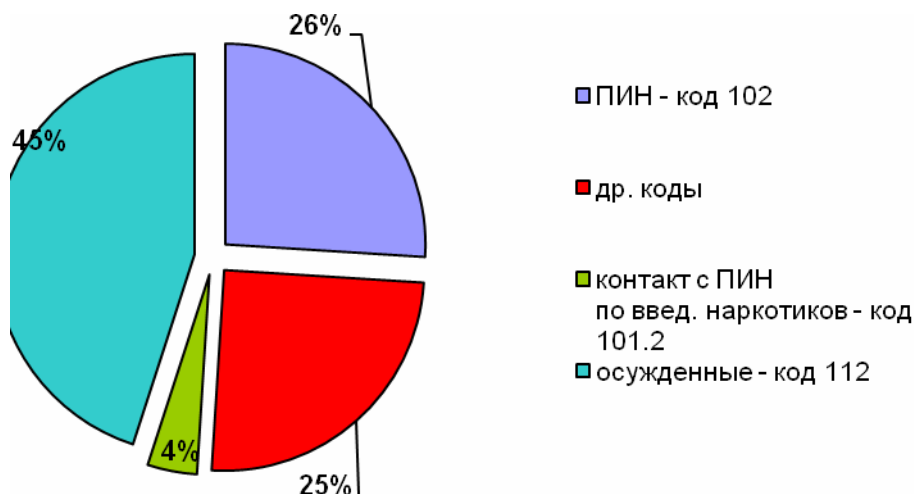
За последние шесть лет распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН, обследованных по коду 102 увеличилась в 2,2 раза, т.е. с 0,7 % в 2004 году, до 1,18 % в 2009 году – рисунок № 7.

Рисунок 8. Динамика распространенности ВИЧ – инфекции среди ПИН (%) от количества обследованных по коду 102 за 2004-2009 годы, РК



В 2009 году парентеральный путь передачи при употреблении инъекционных наркотиков установлен в 1155 случаев из 2081 зарегистрированных, т.е. в 55,5 %. Причем по 102 коду было выявлено только 26 % случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН, тогда как наибольшая доля ВИЧ – инфицированных ПИН была выявлена среди заключенных (код 112) – 45 %; 4 % среди выявленных с парентеральным путем передачи составляют партнеры ПИН по совместному введению наркотиков (код 101.2), и остальные 25 % выявлены по другим кодам (доноры, беременные, прочие, обследованные по клиническим показаниям и т.д.) – рисунок № 8.

Рисунок 9. Структура зарегистрированных ВИЧ-инфицированных ПИН (N-1155) по кодам, РК, 2009 год



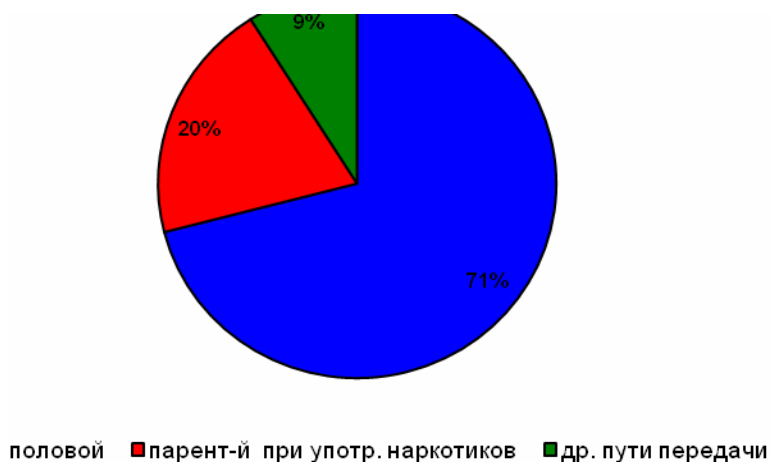
Анализ эпидситуации среди ПИН по РК за 2009 год показывает, что преобладающим путем инфицирования в структуре вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции для мужчин является внутривенная инъекционная практика (73 %), а на половой путь передачи приходится только 20 % (рисунок № 9).

Рисунок 10. Пути передачи ВИЧ-инфекции среди мужчин (%), РК, 2009 год



Тогда как для женщин основным путем передачи является половой (71 %), а на парентеральный путь передачи при внутривенном использовании наркотиков приходится только – 20 % (рисунок № 10).

Рисунок 10. Пути передачи ВИЧ-инфекции среди женщин (%), РК, 2009 год



4. РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ВВЕДЕНИЯ НАРКОТИКОВ.

Наиболее действенным способом реализации стратегии снижения вреда введения наркотиков, уже доказавшим свою эффективность, является открытие и регулярное функционирование Пунктов Доверия для инъекционных наркопотребителей. Их деятельность прописана в «Программе по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы», функции и задачи определены Приказом МЗ РК № 228 от 09.03.2004 года «Об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков».

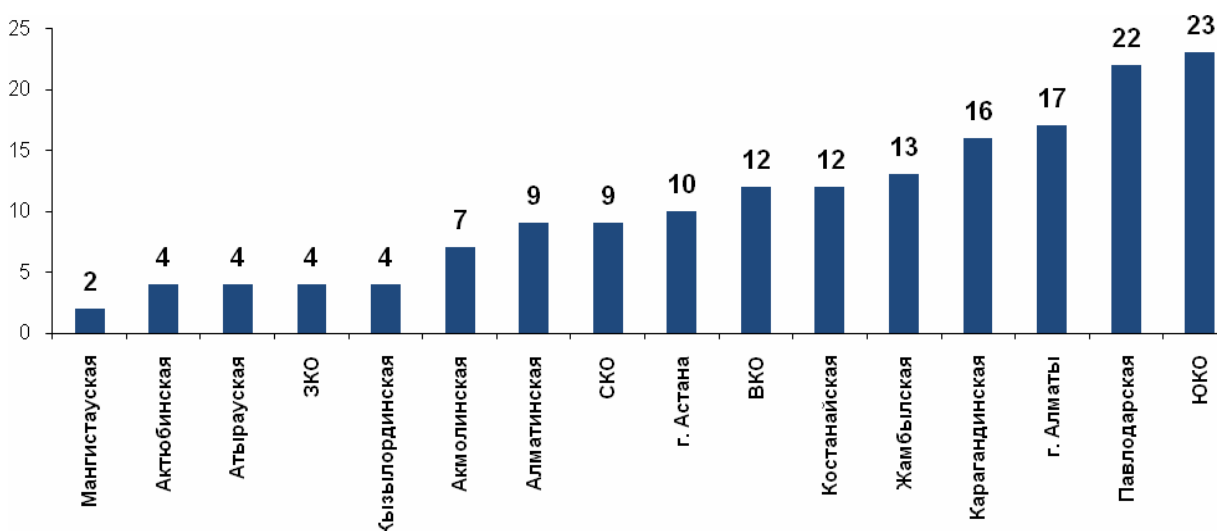
Задачи, осуществляемые ПД:

- Предоставление ПИНам стерильных одноразовых шприцев, дезинфицирующих средств, презервативов, ИОМ. Сбор и утилизация возвращаемых использованных шприцев.
- Своевременное предоставление ПИН качественной, проверенной и наиболее актуальной информации медицинского и социального характера о ВИЧ-инфекции, гепатитах и ИППП, формах поведения, снижающих риск заражения ими, тестировании на ВИЧ и др. инфекции. Обеспечение ПИН консультированием, тестированием, обучением, информацией по снижению риска передачи ВИЧ в ПД и в полевых условиях.
- Установление и поддержание доверительных контактов с представителями целевой группы, оказание ПИН психологической поддержки.
- Обсуждение возможного лечения и направление ПИН в Дружественные кабинеты, др. медицинские учреждения для консультаций узкими специалистами, в том числе и для лечения наркозависимости.
- Предоставление ПИН до- и после - тестового психосоциального консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП; проведение совместной с ПИН оценки степени личного риска инфицирования различными инфекциями.
- Направление ПИН для тестирования на ВИЧ, ИППП, ВГС и ВГВ.
- Предоставление ПИН информации о работе кризисных центров, НПО, работающих по проблемам ВИЧ-инфекции и ИППП, медицинских учреждениях, кабинетах анонимного тестирования, социальных службах и т.д.
- Создание команды аутрич-работников и волонтеров среди ПИН, вовлечение в нее представителей целевой группы. Подготовка волонтеров, поддержка их инициатив, помощь во взаимодействии с НПО, работающими среди ПИН.

- Изучение моделей рискованного поведения ПИН с целью разработки мер по снижению риска инфицирования ВИЧ.

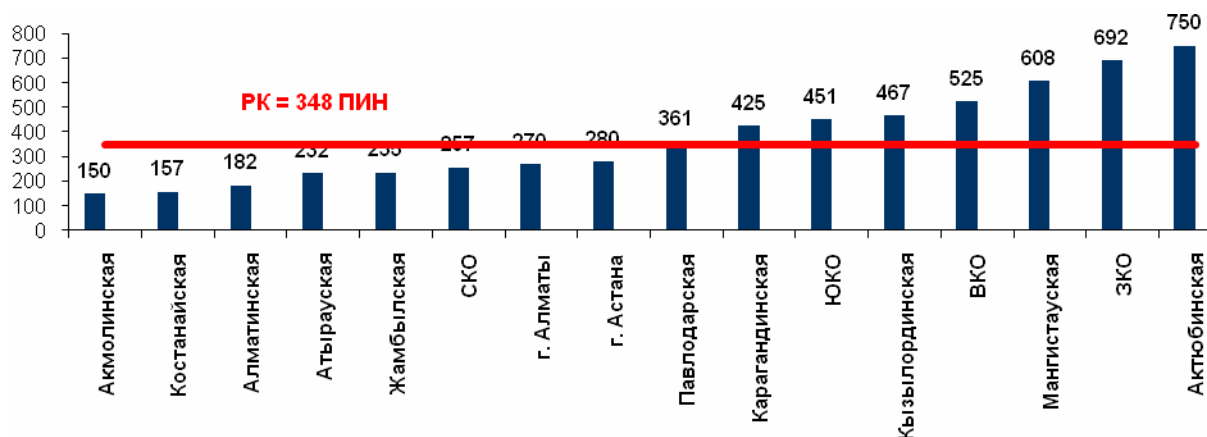
На конец 2009 года в Республике функционировало 168 Пунктов Доверия для ПИН. В течение года было закрыто 9 ПД, открыто 18 новых ПД. ПД находятся при Центрах СПИД – 18 (10,7 %), при медицинских организациях – 92 (54,8 %), передвижных – 24 (14,3 %), при НПО – 9 (5,3 %), в других местах дислокации – 25 (14,9 %). По сравнению с 2008 годом, количество ПД увеличилось на 9 ПД (2008 год – 159 ПД). Наибольшее количество ПД работает в ЮКО – 23 и в Павлодарской области – 22 (рисунок № 11).

Рисунок 11. Количество Пунктов Доверия (абс. числа) в разрезе регионов РК, 2009 год



Нагрузка на 1 ПД составляет в среднем – 348 ПИН, но сильно различается по регионам РК. Так, в Актюбинской области на один ПД приходится – 750 ПИН, а в Акмолинской – 150 ПИН (рисунок № 12).

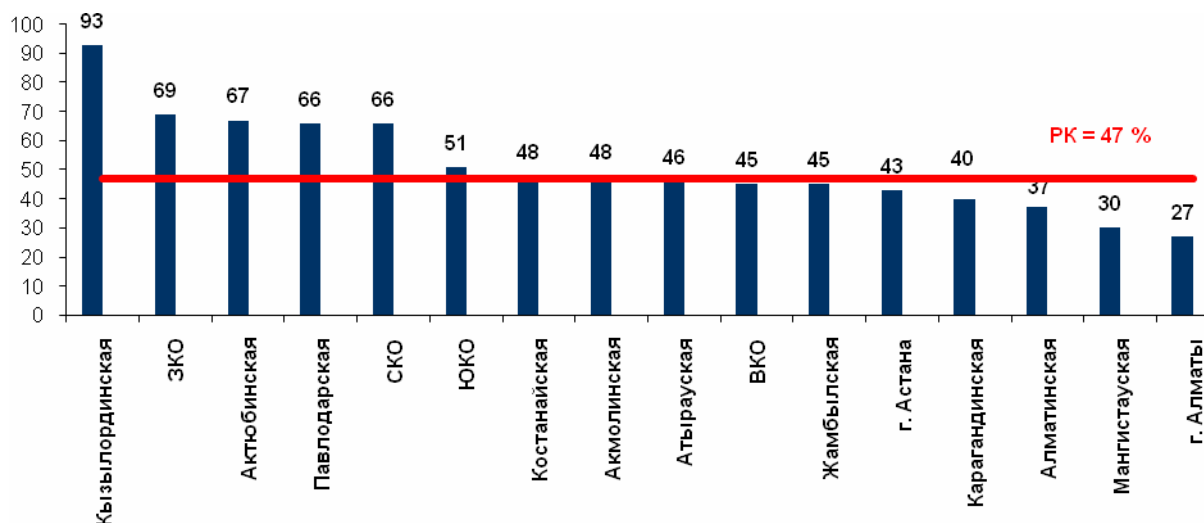
Рисунок 12. Нагрузка на один ПД (абс. числа) в разрезе регионов РК, 2009 год.



Также постепенно растет количество ПИН, посетивших ПД РК. В 2009 году 58521 ПИН, хотя бы один раз (прямой охват) был охвачен профилактическими услугами, т.е. посетил пункты доверия, либо получил профилактические услуги через волонтеров. Прямой охват ПИН профпрограммами за отчетный период составил 47 % от оценочного количества по БОС. Это в 1,3 раза больше, чем в 2008 году (45518 чел. - 35,3 % от БОС).

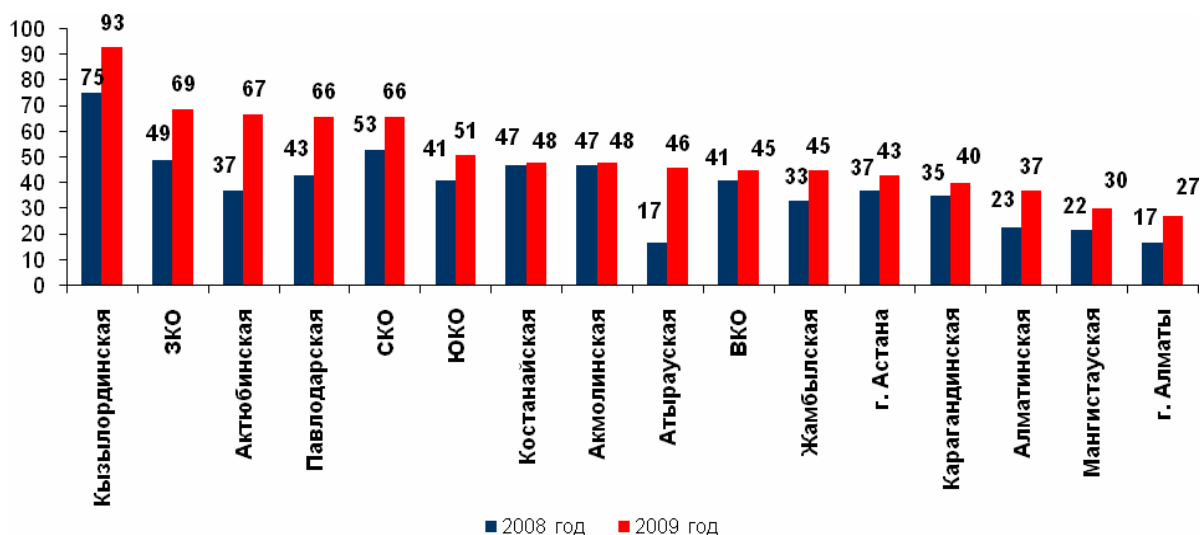
Ниже республиканского показателя прямой охват ПИН профилактическими программами наблюдается в Атырауской области и г. Алматы – 27 %. В Мангистауской области прямой охват составил 30 %, Алматинской – 37 %, Жамбылской – 40 % и в г. Астане – 43 %. Самый высокий показатель наблюдается в Кызылординской области – 93 % (рисунок № 13).

Рисунок 13. Прямой охват ПИН профпрограммами (%) от БОС в разрезе областей РК, 2009 год



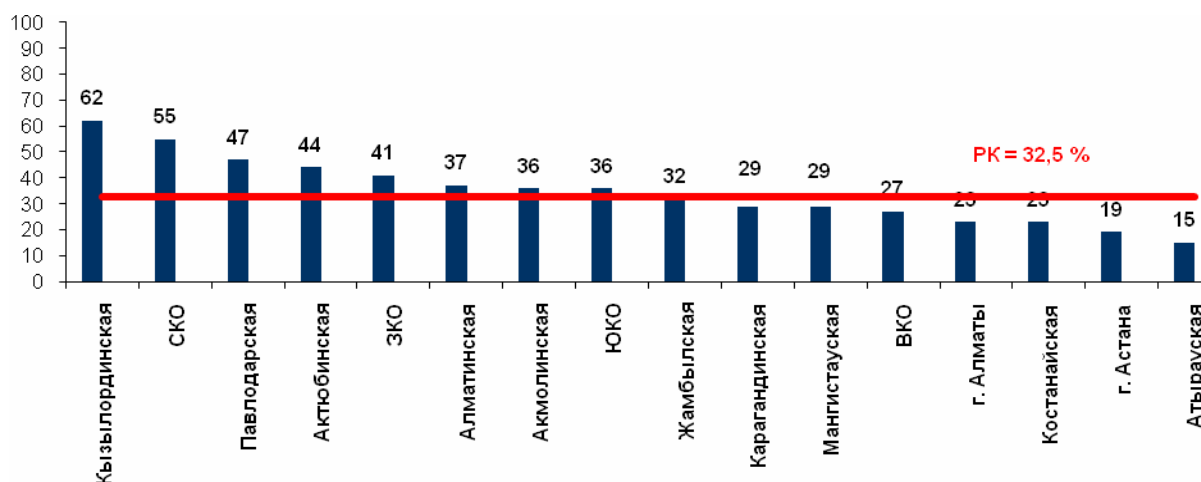
По сравнению с 2008 годом в 2009 году во всех областях наблюдается увеличение прямого охвата ПИН профилактическими программами. Наибольшее увеличение прямого охвата ПИН наблюдается в Атырауской - в 2,7 раза, Актюбинской - в 1,8 раза, Павлодарской областях - в 1,5 раза, в Западно-Казахстанской области - в 1,4 раза (рисунок № 14).

Рисунок 114. Прямой охват ПИН (%) от БОС в разрезе регионов (2008 - 2009 з.з.)



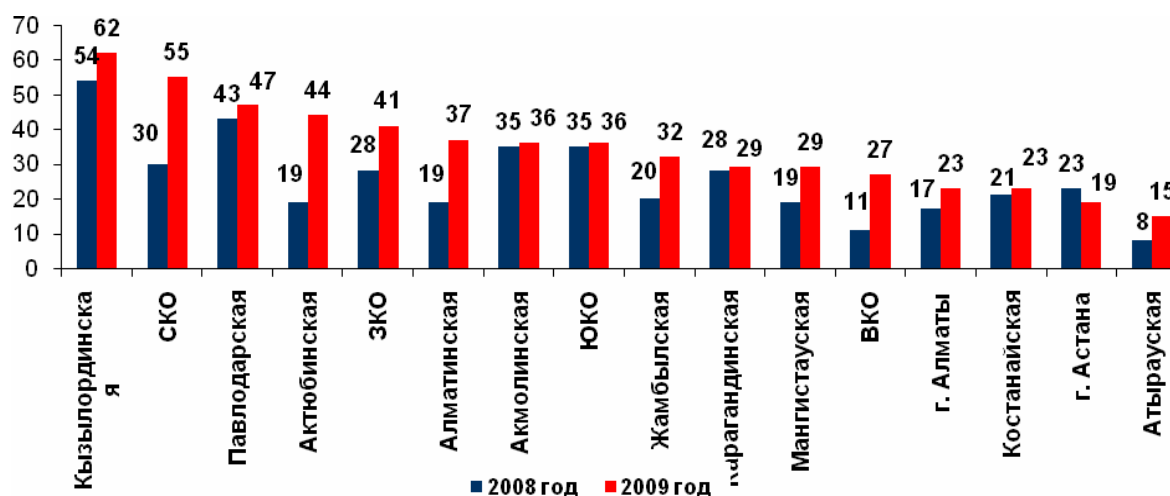
Более значимым показателем эффективности работы ПД и востребованности их среди ПИН является систематический охват (посещение ПД не реже одного раза в месяц). Систематический охват ПИН профпрограммами в 2009 году составил 40416 человек (32,5% от БОС), что в 1,3 раза больше, чем в 2008 году (25,1%). Выше республиканского показатель систематического охвата ПИН профпрограммами, наблюдается в Кызылординской, Северо-Казахстанской, Павлодарской, Актюбинской, Западно-Казахстанской, Алматинской, Акмолинской и Южно-Казахстанской областях. Низкие показатели систематического охвата – в Атырауской, Восточно-Казахстанской областях, гг. Астана и Алматы (рисунок № 15).

Рисунок 15. Систематический охват ПИН (%) от БОС в разрезе регионов (2009 год)



Рост систематического охвата ПИН, в 2009 году по сравнению с 2008 годом отмечен во всех областях, за исключением г. Астаны, где произошло уменьшение систематического охвата в 1,2 раза (рисунок № 16).

Рисунок 16. Систематический охват ПИН профпрограммами (%) от БОС в разрезе регионов РК, (2008-2009 з.з.)



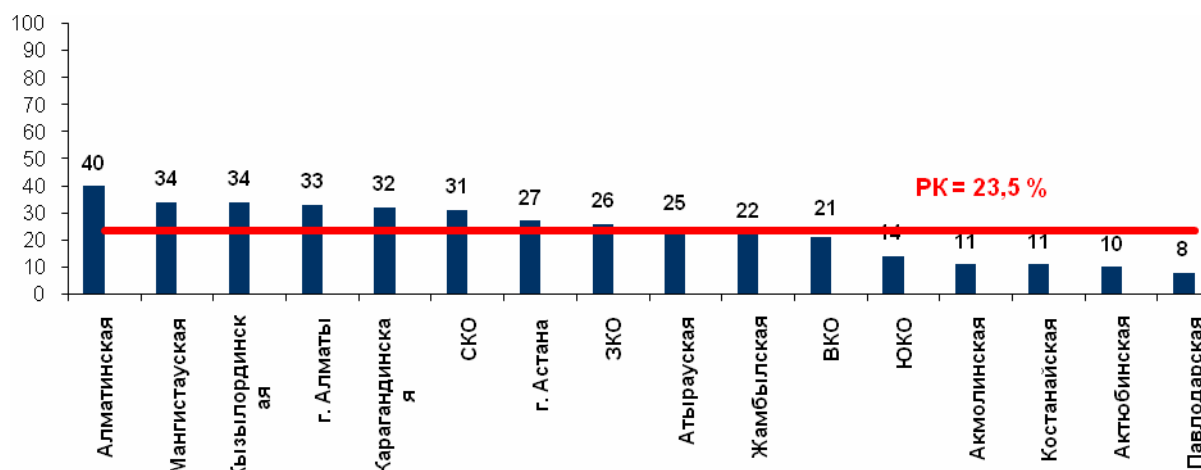
В 2009 году в профпрограммы было вновь привлечено 29208 ПИН, что составляет 49,9 % от всех обслуженных ПИН. Это в 1,7 раза больше, чем в 2008 году (16790 ПИН-37 %).

В том числе:

- из 19782 самостоятельно обратившихся ПИН в ПД, новые лица составили 7935 человек или 40,1 % (2008 год – из 14545 самостоятельно обратившихся ПИН, новые лица составили 4710 человек или 32,4 %);
- из 3620 ПИН, обслуженных через передвижные ПД, новые лица составили 1790 человек или 49,4 %;
- из 35119 ПИН, обслуженных через аутрич-работников, новые лица составили 19483 чел. или 55,5 %.

Количество вновь привлеченных ПИН от БОС в 2009 году составило – 23,5 %. Наименьшее количество новых ПИН было привлечено в Павлодарской (8 %), Актюбинской (10 %), Костанайской (11 %), Ақмолинской (11 %), Южно-Казахстанской (14 %) областях (рисунок № 17).

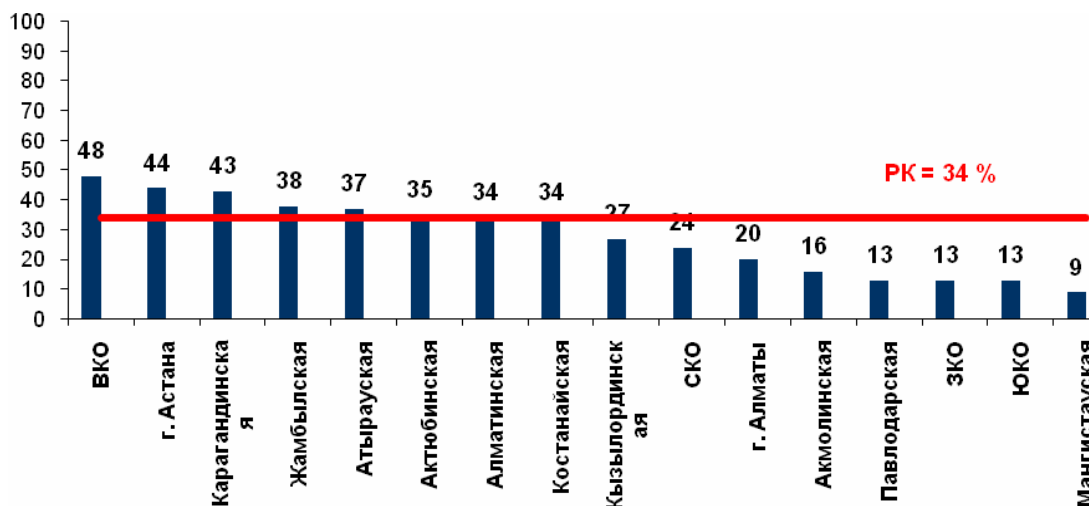
Рисунок 17. Новые ПИН, привлеченные в профпрограммы, (%) от БОС в разрезе регионов РК, (2009год.)



Из общего числа ПИН, привлеченных в профпрограммы в 2009 году, - 19782 ПИН (34 %) обратились самостоятельно (2008 год - 14545 ПИН или 32 %). Доля

самостоятельно обратившихся ПИН, от числа привлеченных в профпрограммы, различается по областям. Так в ВКО – 48 % ПИН обслуживались самостоятельно в ПД, тогда как в Мангистауской области самостоятельно обслуживались только – 9%; в ЮКО, ЗКО, Павлодарской области – 13 % (рисунок № 18).

Рисунок 12. Доля самостоятельно обратившихся ПИН в ПД (%) от привлеченных в профпрограммы по регионам РК, 2009 год.

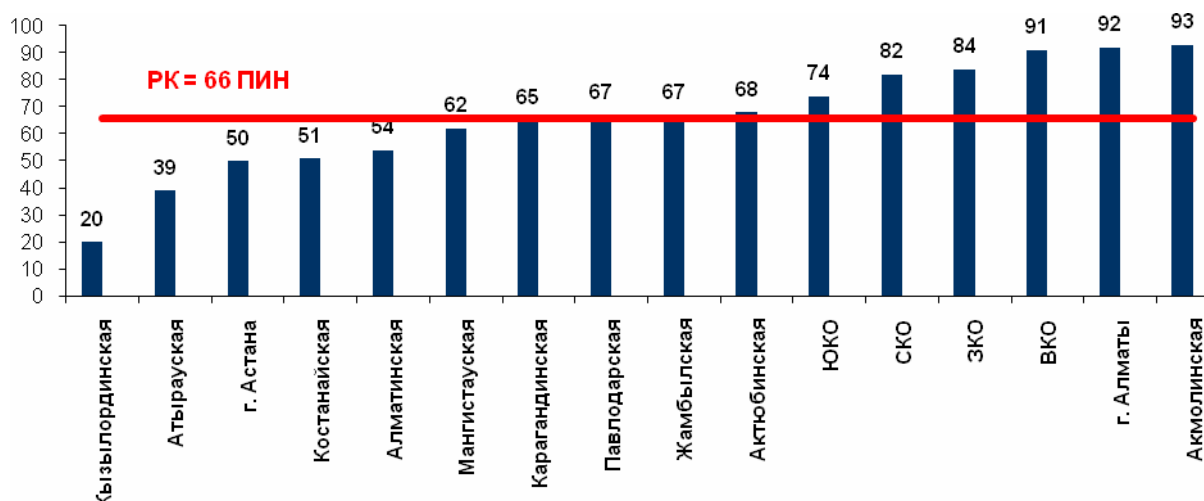


В 2009 году 38739 ПИН (66,2 %) обслуживались в полевых условиях, из них - 3620 ПИН (9,3 %) обслуживались в передвижных ПД, а 35119 ПИН (90,7 %) обслуживались через аутрич-работников.

В 2009 году средняя нагрузка на 1 передвижной ПД составила 150 ПИН. Передвижные ПД функционируют в 14 областях РК, за исключением г. Алматы и Алматинской области. В Атырауской области 29 % ПИН, от числа привлеченных в профилактические программы, обслуживаются в передвижных ПД, тогда как в Костанайской области и ЮКО только 2 % ПИН обслуживаются через передвижные ПД. Из 3620 ПИН, обслуженных через передвижные ПД, новые лица составили 1790 чел. (49,4 %).

В 2009 году к работе с ПИН в ПД было привлечено 603 аутрич-работника (2008 год - 521), из которых – 486 или 80,6 % (в 2008 году - 70,7 %) сами являются ПИН, остальные созависимые. Нагрузка на 1 аутрич-работника в среднем по стране составляет – 66 ПИН, при норме в соответствии с Приказом МЗ РК № 228 от 9 марта 2004 года «Об утверждении Положения об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков» – 20-30 ПИН на 1 аутрич-работника и 75-100 в соответствии с заявкой ГФ. Наибольшая нагрузка на 1 аутрич-работника наблюдается - в Акмолинской (93), г. Алматы (92), ВКО (91), наименьшая - в Кызылординской (20), Атырауской (39) областях (рисунок № 19).

Рисунок 19. Нагрузка на 1 аутрич-работника (абс. числа) по регионам РК, 2009 год

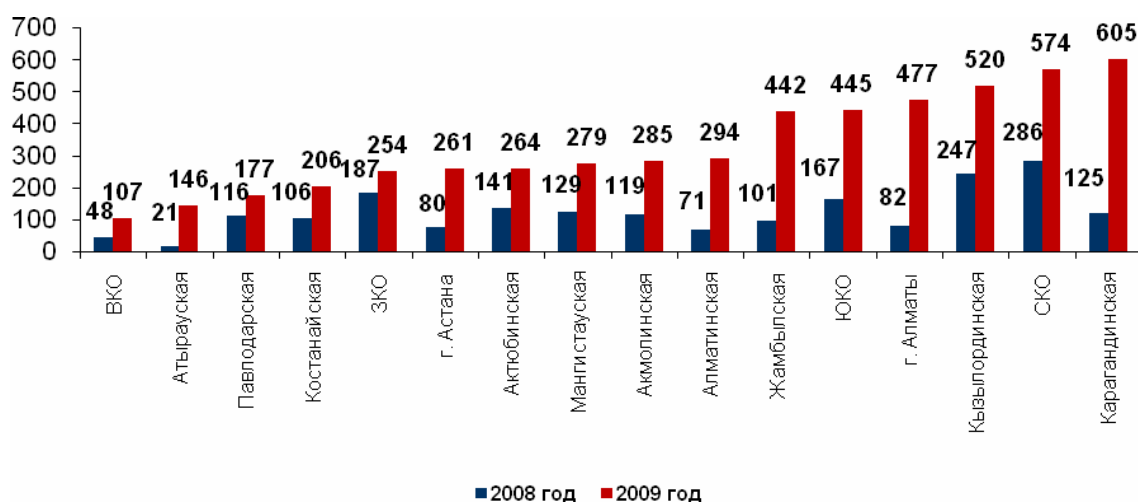


За 2009 год в ПД было роздано 20510779 шт. шприцев - это в 1,4 раза больше, чем в 2008 году (2008 год – 15032962 шт.). Таким образом, на 1 ПИН в расчете от оценочного количества по БОС, в среднем по РК пришлось – 165 шт. шприцев (2008 год – 116 шт.) или 350 шт. шприцев на 1 ПИН, привлеченного в профпрограмму (2008 год – 330 шт.). По рекомендациям ВОЗ для проведения превентивных мероприятий необходимо ≈ 200 шт. шприцев на 1 ПИН в год, что соответствует среднему уровню охвата. Таким образом, рекомендации ВОЗ не были соблюдены только в 3-х областях – ВКО, Атырауской и Павлодарской областях.

Из 20510779 шт. шприцев, розданных в 2009 году, 13969137 шт. (68,1 %) роздано через аутич-работников, 1206179 шт. (5,9 %) роздано в передвижных ПД, 5335463 шт. (26 %) роздано клиентам стационарных ПД.

По сравнению с 2008 годом, количество выданных ПИНам шприцев значительно увеличилось по всем регионам Республики (рисунок № 20).

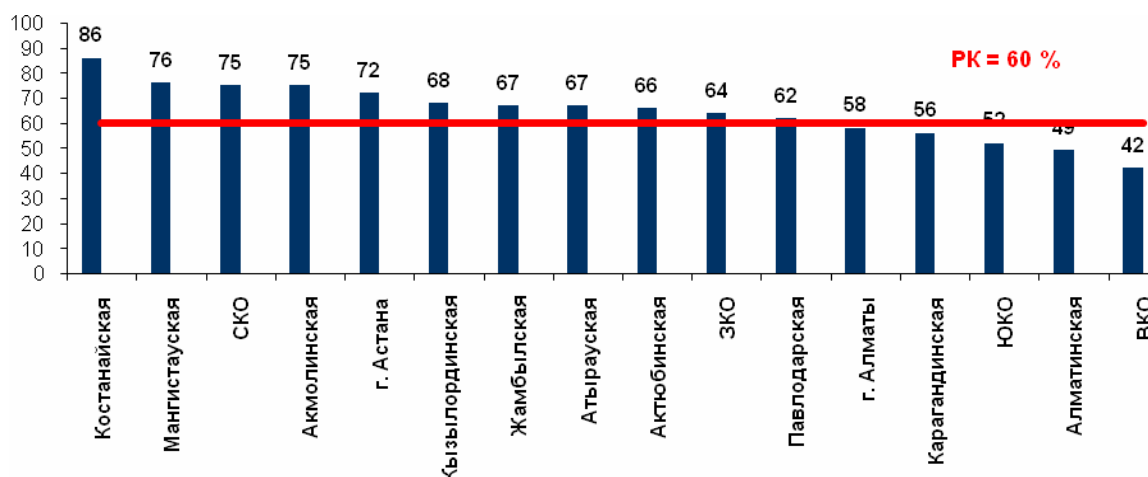
Рисунок 20. Количество шприцев (абс. числа) на 1 ПИН, привлеченного в профпрограммы, в разрезе регионов РК в 2008-2009 годах.



В 2009 году 60 % использованных шприцев было возвращено в ПД для последующей утилизации (2008 год – 58 %). Ниже республиканского, показатель

возврата шприцев наблюдается в ВКО, Алматинской, ЮКО, Жамбылской областях и г. Алматы (рисунок № 21).

Рисунок 21. Процент возвращенных для утилизации шприцев от количества выданных в ПД РК, 2009 год.

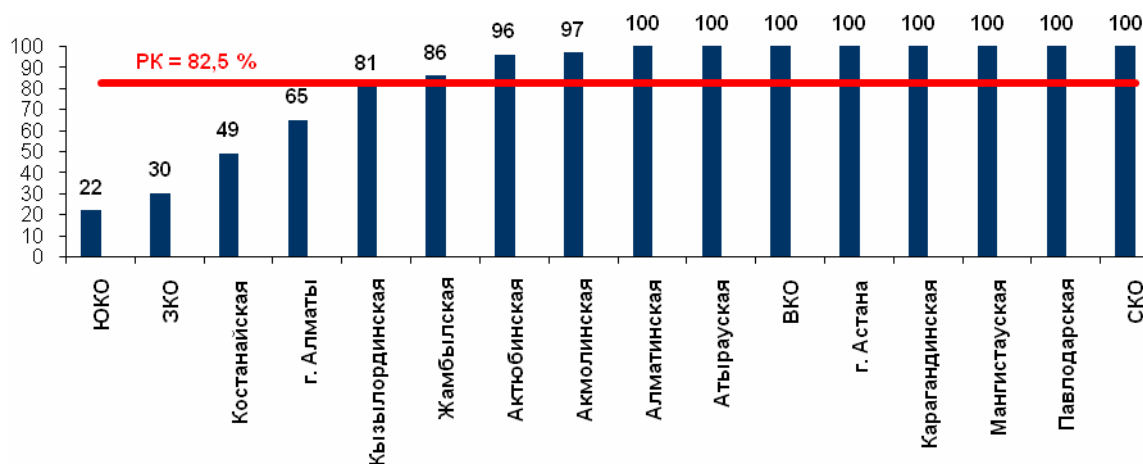


В ПД в 2009 году было роздано – 7099650 презервативов (2008 год - 4156715 шт.), и 160553 экземпляров информационных материалов (2008 год - 126075 экз.). Количество розданных презервативов выросло на 2942935 шт. или на 70,8 %.

Количество розданных информационных материалов выросло на 34478 экз. или на 27,3 %.

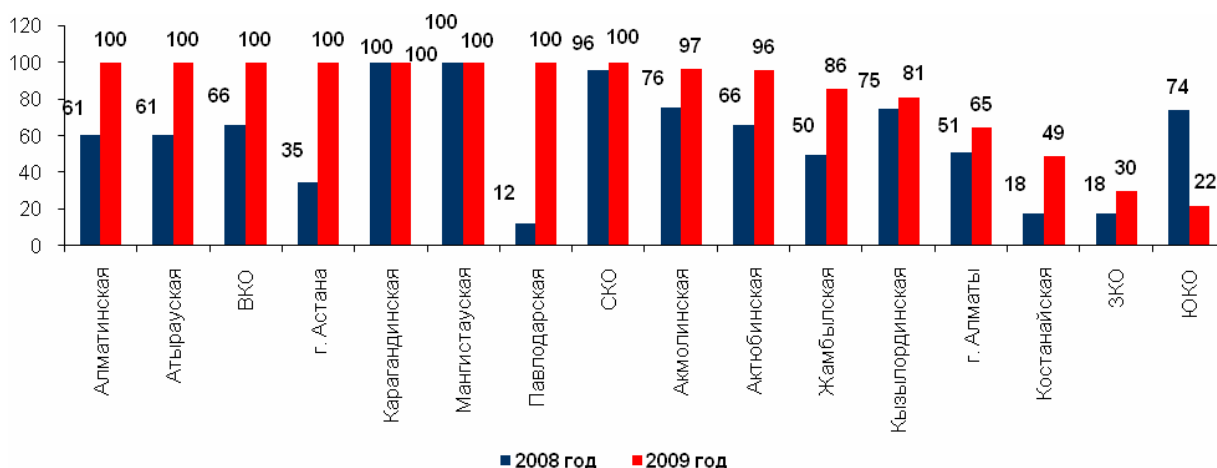
В 2009 году из 52135 клиентов ПД, 43010 ПИН - 82,5 % были охвачены услугами ПСК (психосоциальное консультирование), что в 1,4 раза больше, чем в 2008 году (2008 год - 60,4 %). В 50% областей РК психосоциальным консультированием было охвачено 100 % ПИН. Наименьший охват ПИН психосоциальным консультированием наблюдается в Южно-Казахстанской (22 %) и Западно - Казахстанской (30 %) областях (рисунок № 22).

Рисунок 22. Охват ПИН (%) услугами ПСК в разрезе регионов РК, 2009 год.



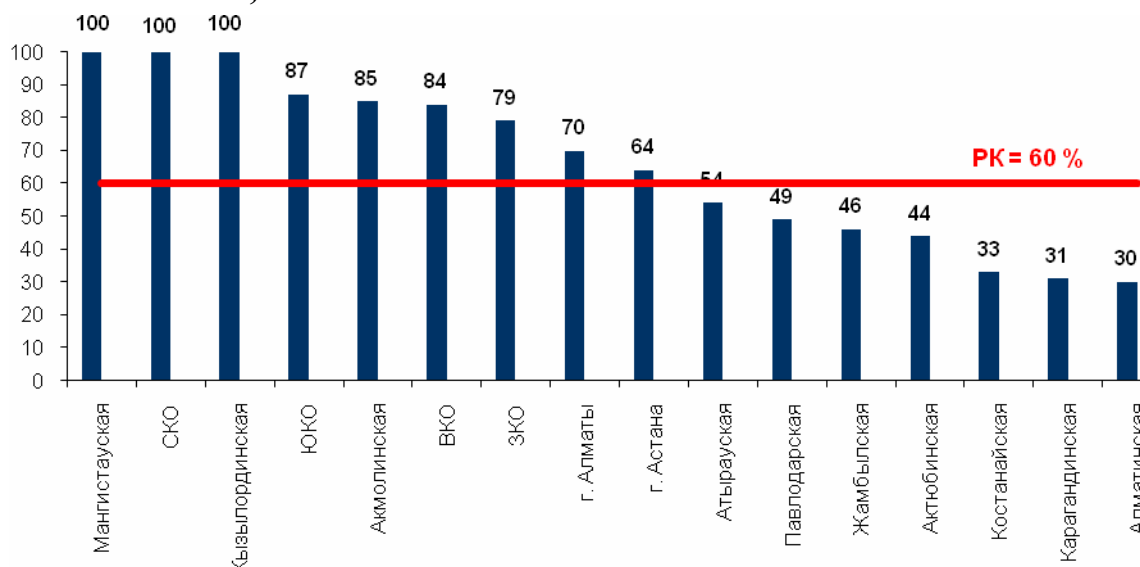
В 2009 году по сравнению с 2008 годом охват ПИН ПСК снизился только в ЮКО в 3,4 раза (рисунок № 23)

Рисунок 23. Охват ПИН (%) услугами ПСК в разрезе регионов РК в 2008 - 2009 годах.



Из числа проконсультированных ПИН, были обследованы на ВИЧ только 60 % или 25769 клиентов ПД (2008 год – 68 %). Низкий процент обследованных на ВИЧ свидетельствует о неудовлетворительном качестве ПСК и отсутствии мотивации у ПИН к обследованию на ВИЧ. Ниже республиканского, показатель обследования ПИН на ВИЧ наблюдается в Алматинской, Карагандинской, Костанайской, Ақтөбинской, Жамбылской, Павлодарской и Атырауской областях (рисунок № 24).

Рисунок 24. Доля ПИН (%), обследованных на ВИЧ-инфекцию из числа охваченных ПСК, 2009 год.



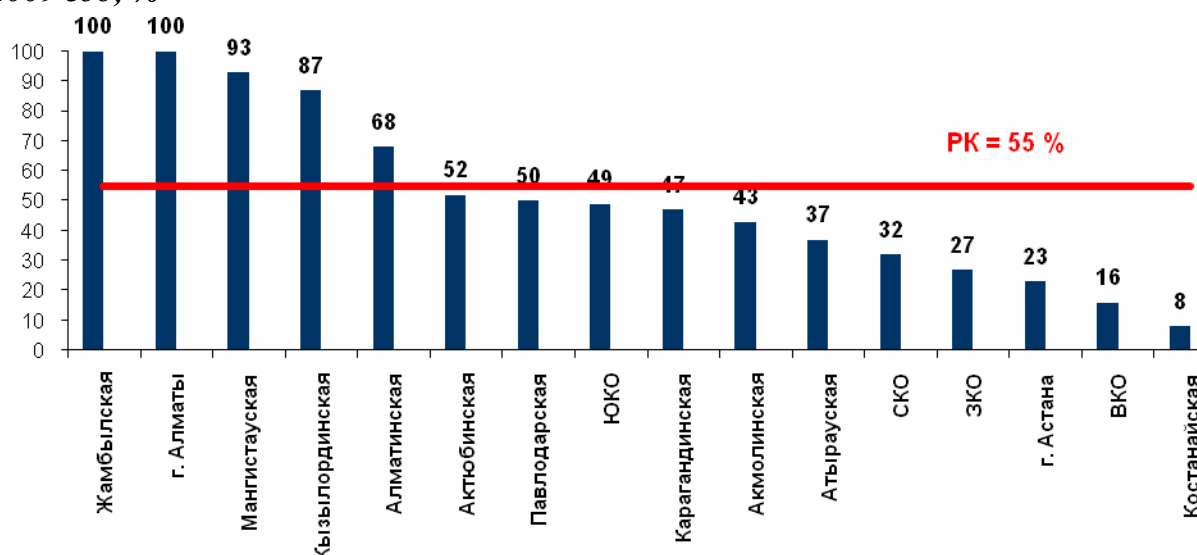
В 2009 году в ПД РК было выявлено – 127 ВИЧ-инфицированных ПИН (2008 год - 158) в 13 областях РК (Ақмолинской – 1, Ақтөбинской – 3, Алматинской – 8, ВКО – 15, г. Алматы и Астане – по 17, ЗКО - 4, Карагандинской - 5 - Костанайской -7, Қызылординской – 4, Павлодарской – ЮКО – по 10 ПИН и СКО – 26 ПИН).

Наибольший удельный вес выявленных ВИЧ-инфицированных, из числа обследованных в ПД ПИН, наблюдается в Костанайской – 2,3 % и Алматинской – 1,7 % областях при среднереспубликанском – 0,2 %.

Из числа обслуживаемых в 2009 году ПИН в ПД, 28 674 или 55 % (2008 год - 33 %) получили медицинские консультации, в т.ч. нарколога, фтизиатра, дерматовенеролога, гинеколога, хирурга, терапевта и др.

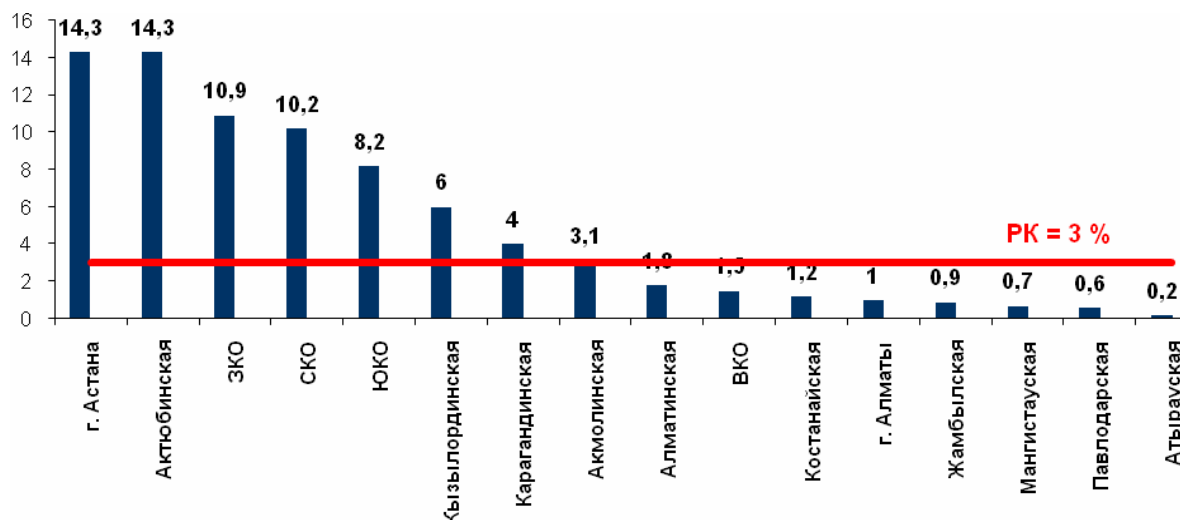
Наибольшая доступность ПИН к получению медицинской помощи наблюдается в Жамбылской области, в то же время в отдельных регионах доступ к медицинскому сервису имело незначительное количество ПИН: в Костанайской области – 8 %, ВКО – 16 %, г. Астане – 23 % (рисунок № 25).

Рисунок 25. Охват ПИН медицинскими консультациями узких специалистов, 2009 год, %



Получили квалифицированную медицинскую помощь в МО 7205 ПИН - 25 % (2008 год – 5435 ПИН – 36 %) от проконсультированных или 14 % (2008 год – 12 %) от обслуживаемых в ПД. В наркодиспансерах регионов получили медицинскую помощь 2755 человек, что составляет 3 % от числа ПИН, обслуженных в ПД (2008 год – 2070 ПИН или 5 %) – рисунок № 26.

Рисунок 26. Процент ПИН, получивших наркологическую помощь в 2009 году в наркодиспансерах от числа обслуженных в ПД



В РК, для предоставления медицинских услуг по диагностике и лечению ИППП представителям уязвимых групп населения функционирует 29 дружественных кабинетов (ДК). В ДК в 2009 году обратилось 4220 ПИН, что в 1,4 раза больше, чем в 2008 году (2008 год – 2917 ПИН). Получили синдромное лечение ИППП 2623 человека (62 % от числа обратившихся в ДК).

Из числа пролеченных клиентов ПД, получили лечение после обследования на ИППП 1856 ПИН, или 71 %.

Положительная микрореакция была получена у 188 ПИН (10 % от числа обследованных, 2008 год – 12 %), трихомонады в мазке у 314 ПИН (17 % обследованных, 2008 год - 12,5 %), дрожжевые грибы наблюдались у 604 ПИН (32,5 % обследованных, 2008 год – 28 %), увеличение лейкоцитов наблюдалось у 1194 ПИН (64 %, 2008 год – 62 %), гарднереллы в мазке были выявлены у 147 ПИН (7,9 %). Так же в ДК проводится экспресс -тестирование представителей уязвимых групп на ВИЧ-инфекцию. В 2009 году в ДК были обследованы экспресс-тестированием 3625 ПИН.

Из 1035 ЛЖВ, получающих антиретровирусную терапию, 524 (51 %) являются ПИНами. Несмотря на то, что 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, тем не менее, в 2009 году в 1,6 раза по сравнению с 2008 годом, увеличился охват ПИН АРВТ, лечение стало получать на 197 ПИН больше, чем в 2008 году.

В 2008 году на средства гранта 2 раунда ГФСМТ внедрен пилотный проект по опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в 2 регионах РК: Павлодарской области (г. Павлодар) и Карагандинской области (г. Темиртау). Внедрение пилотного проекта

проводится через пункты ОЗТ, расположенные на базе учреждений наркологической службы регионов: ККП «Областной центр профилактики и лечения зависимых заболеваний» г. Павлодар и КГКП «Наркологический диспансер г. Темиртау». Кадровый потенциал пилотного проекта включает специалистов: нарколога, психотерапевта, фармацевта, социального работника, медицинскую сестру.

По состоянию на 01.01.2010 года в г. Павлодаре количество ПИН, являющихся пациентами ОЗТ, составляет 29 участников. У 84 % пациентов стаж употребления наркотиков составляет от 10 и более лет, количество участников пилотного проекта, принимающих АРВ-препараты, - 5 ЛЖВ. В г. Темиртау количество ПИН, являющихся пациентами ОЗТ, составляет 20 участников. У 72 % пациентов стаж употребления наркотиков составляет от 10 и более лет. В 2010 году планируется расширение ОЗТ до 200 человек (в г.г. Павлодар, Темиртау, Усть-Каменогорск, г. Алматы).

5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР СРЕДИ ПИН.

Меры вмешательства среди ПИН должны основываться на регулярной оценке характера и масштабов злоупотребления наркотиками, а также тенденций и особенностей ВИЧ-инфекции. Такие меры должны опираться на знания, полученные в результате исследований, включая эмпирические знания о социальной среде, в которой происходит потребление наркотиков, а также на опыт, приобретенный в ходе осуществления предыдущих проектов и мер. Традиционная же система контроля за ВИЧ-инфекцией, основывается на официально зарегистрированных случаях ВИЧ/СПИДа и не отражает реальной ситуации с распространением ВИЧ-инфекции.

В целях получения более надежных эпидемиологических данных о тенденциях ВИЧ-эпидемии и формирования более прочной основы для оценки влияния профилактических мер полезно использование системы дозорного эпидемиологического надзора.

Дозорный эпидемиологический надзор относится ко второму поколению методики эпиднадзора, которое разработано ВОЗ и ЮНЭЙДС в девяностых годах 20-го века.

Метод дозорного эпиднадзора особенно удобен для сбора данных из отдельных регионов и от конкретных групп сообщества, а также для определения различий в распространенности ВИЧ-инфекции среди различных групп и населенных пунктов. Контроль над группами как высокого, так и низкого риска позволяет определить масштабы распространения ВИЧ в разных сообществах.

Опыт внедрения ДЭН в разных странах свидетельствует о том, что уровни распространенности ВИЧ-инфекции в группах инъекционных наркопотребителей, определенные с помощью ДЭН, значительно превышают показатели, расчет которых проводился с помощью официальной системы отчетности.

В Республике Казахстан ДЭН за ВИЧ-инфекцией внедрен при технической поддержке CDC с 2003 года сначала в 4-х пилотных регионах (Павлодар, Караганда, Шымкент, Уральск), а с 2005 года – по всей стране (Приказ МЗ РК № 634 от 23.12.2005 года «Об организации и проведении дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан»). На сегодня, дозорным эпидемиологическим надзором охвачена 21 административная территория Казахстана, включая г.г. Астана и Алматы. Накопленный за это время опыт и данные, полученные в ходе исследований, позволяют с должной мерой объективности оценить особенности эпидемиологического процесса среди исследуемых групп в динамике по годам, а также изменения, произошедшие в ходе внедрения профилактических программ, в том числе и среди инъекционных наркопотребителей.

5.1. Методика проведения ДЭН

Дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН), предусматривает добровольное связанное анонимное тестирование и анкетирование после получения устного информированного согласия респондента. Очень важным моментом является то, что методика формирования и расчета выборки одинакова для всех регионов и результаты, полученные при проведении ДЭН, могут быть сравнимы как в динамике по годам, так и по регионам.

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

Дизайн выборки: ДЭН среди ПИН проводился в 11 регионах РК с элементами метода RDS (выборка, построенная самими респондентами), за исключением Акмолинской, Кызылординской, Южно-Казахстанской, Павлодарской областей и г. Астаны. Первые приглашения для участия в ДЭН раздавались среди волонтеров в этой группе (семена). За участие в проведении ДЭН наркопотребителям выдавались пайки и приглашения на 3-х следующих участников, чем обеспечивалась репрезентативность выборки. В остальных регионах ДЭН среди ПИН проводился методом «снежного кома». При этом, территориально город разбивался на участки, которые в основном совпадали с участками полиции. На каждом участке определялась численность зарегистрированных ПИН, на основе чего рассчитывалась доля выборки респондентов, относящаяся к данному участку. Начальные контакты отбирались из числа известных ПИН, зарегистрированных в наркологическом диспансере или полиции, доля которых в объеме выборки не превышала 25 %.

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

Анкетирование проводилось по типовой анкете, разработанной для ПИН. Респонденты опрашивались об инъекционном и половом поведении, выяснялись их знания об истинных и ложных путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции, наличие симптомов ИППП и поиске лечения, охват профилактическими программами.

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 «Migex» для подтверждения всех положительных и 10 % отрицательных результатов.

Результаты тестирования выдавались респонденту по его индивидуальному коду с проведением послетестового консультирования.

Регионы проведения, периоды и количество участников ДЭН среди ПИН в 2003-2009 годах:

Время проведения ДЭН среди ПИН – апрель – май месяцы, в течение последующих лет не менялось.

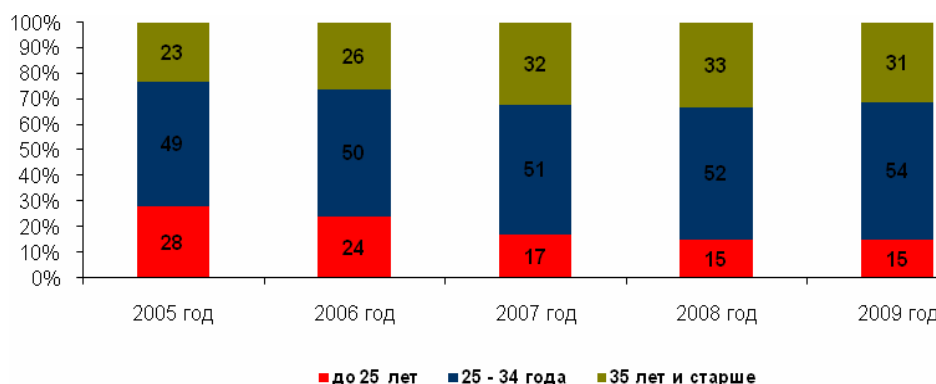
- 2003 год в ДЭН участвовало 1042 респондента из четырех пилотных городов Казахстана (Караганда, Павлодар, Уральск, Шымкент).
- 2004 год - количество регионов, в которых проводился ДЭН, и число респондентов увеличилось и составило 3896 ПИН из 15 городов.
- 2005 год впервые был проведен ДЭН на национальном уровне, выборка составила 4679 респондентов из 21 города РК.
- 2006 год в ДЭН участвовало 4553 ПИН из 21 города РК.
- 2007 год - в ДЭН участвовало 4902 ПИН из 22 городов РК.
- 2008 год - в ДЭН участвовало 4868 человек из 22 регионов РК.
- 2009 год - в ДЭН участвовало 4860 человек из 22 регионов РК.

5.2. Социально-демографические характеристики ПИН

В 2009 году в ДЭН среди ПИН приняли участие 4860 человек. Гендерный состав ПИН в течение ряда лет практически не меняется: 4034 (83 %) мужчины и 826 (17 %) женщины. Больше половины ПИН РК (52,3 %) – представители русской национальности.

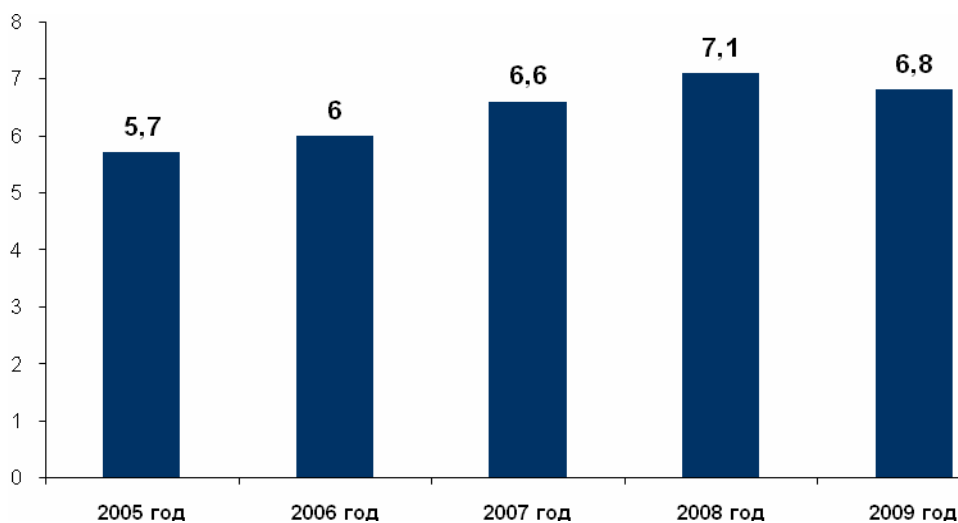
Возрастной состав участников ДЭН варьировал от 16 до 78 лет, медиана возраста 31 год, мода 30 лет. За 5 лет проведения ДЭН изменился возрастной состав популяции ПИН РК. Достоверно в 1,9 раза снизилось число ПИН моложе 25 лет при одновременном увеличении в 1,3 раза числа ПИН 35 лет и старше (рисунок № 27).

Рисунок 27. Изменение возрастного состава ПИН РК (%) в динамике по годам, ДЭН, 2005-2009 годы.



Параллельно со «старением» популяции ПИН наблюдается постепенное увеличение среднего стажа потребления инъекционных наркотиков с 5,7 лет - в 2005 году до 6,8 лет в 2009 году. Динамика по годам представлена на рисунке № 28.

Рисунок 28. Динамика изменения инъекционного наркостажа ПИН РК (в годах), ДЭН, 2005-2009 годы.



Другие социально-демографические характеристики ПИН (ДЭН 2009 год):

- 74 % ПИН имеют среднее или среднеспециальное, а каждый десятый (12 %) – высшее образование;
- 53 % респондентов нигде не работают и не учатся, при этом не имели дохода за последний месяц 39 % респондентов. Средний размер дохода среди его имевших, составил 30636 тенге.
- Только каждый четвертый ПИН (26 % выборки) состоит в браке.

По-прежнему, более трети ПИН состоит на учете в наркодиспансере и милиции (соответственно 42 % и 31 %), в противотуберкулезном диспансере - 12 %. Имели передозировки за последний год – 17 % ПИН, но только 37 % ПИН помощь при передозировках оказывала скорая помощь, а 59 % ПИН - друзья и знакомые. Как и в предыдущие годы, 2,7 % ПИН за последний год участвовали в донорстве, то есть остается возможной гемотрансфузионное заражение ВИЧ от доноров ПИН.

5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса

По данным дозорного эпидемиологического надзора, показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН в 2009 году составил 2,9 % при 95 % доверительном интервале (2,5 % - 3,4 %). Впервые, за последние 5 лет наблюдения наблюдается снижение распространенности ВИЧ-инфекции в популяции ПИН РК. По сравнению с 2008 годом (4,2 %) среди ПИН произошло снижение распространенности ВИЧ – инфекции в 1,4 раза. Распространенность гепатита С в 2009 году также снизилась и составила 60,3 % (2008 год – 64,1 %, 2007 год – 65,7 %). Распространенность сифилиса в 2009 году осталась на уровне прошлого года и составила 10,9 % (2008 год – 11,5 %, 2007 год – 11,4 %). Учитывая тот факт, что ВГС практически не передается половым путем, а сифилис – парентеральным, эти две инфекции являются дополнительными индикаторами, указывающими на рискованное инъекционное и половое поведение. Показатели распространенности ВИЧ, ВГС и антител к сифилису в 2009 году и по годам представлены на рисунках 29 и 30.

Рисунок 29. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и антител к сифилису (%) среди ПИН РК, ДЭН, 2009 год (N = 4860).

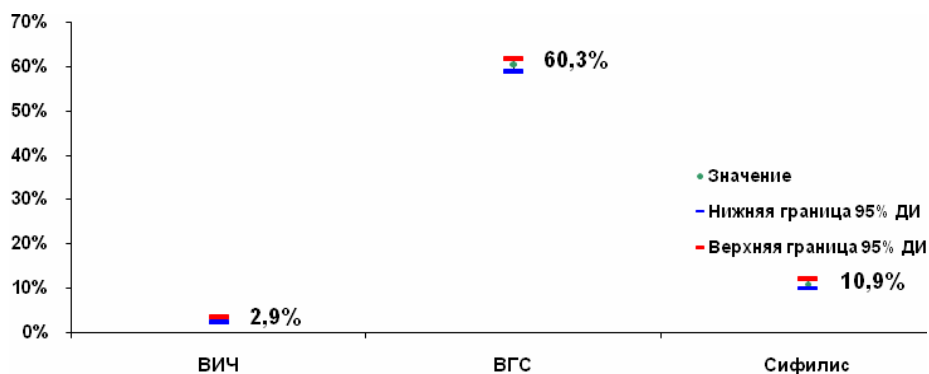
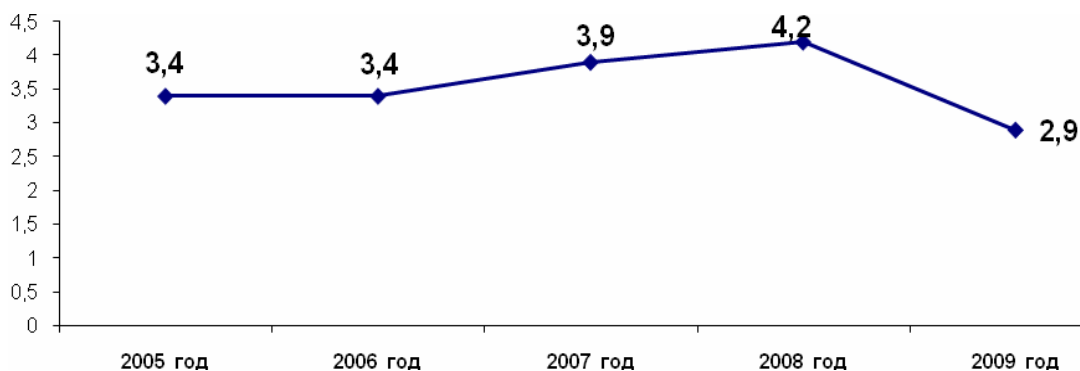
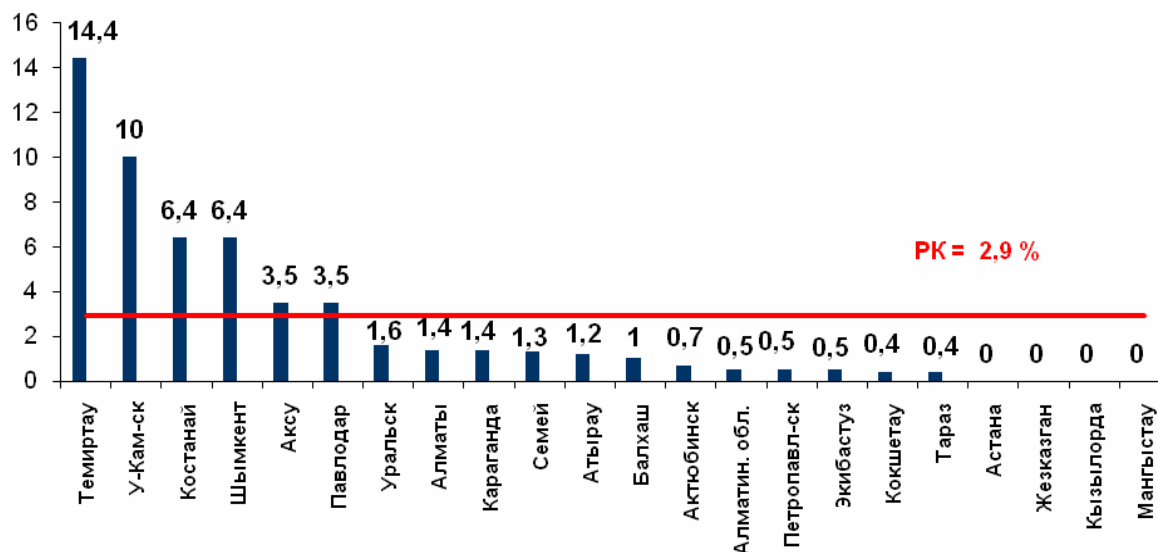


Рисунок 30. Распространенность ВИЧ-инфекции (%) среди ПИН РК, ДЭН, 2005-2009 годы.



Ситуация по распространенности ВИЧ – инфекции среди ПИН по республике неравномерная. Наиболее высокие показатели распространенности ВИЧ среди ПИН в 2009 году, по-прежнему, наблюдаются в г. Темиртау – 14,4 % (2008 год – 17,3 %) и в ВКО – 10 % (2008 год – 8,2 %), где распространенность ВИЧ превышает республиканский показатель соответственно в 5 и в 3,4 раза. Выше среднереспубликанского и более 6 % показатель распространенности ВИЧ-инфекции в Костанайской области – 6,4 % (2008 год – 8,2 %); в ЮКО – 6,4 % (2008 год – 6,8 %). В г. Павлодаре и г. Аксу показатель распространенности ВИЧ также превышает средний по стране (3,5 %). В остальных сайтах распространенность ВИЧ инфекции ниже республиканского показателя (рисунок № 31).

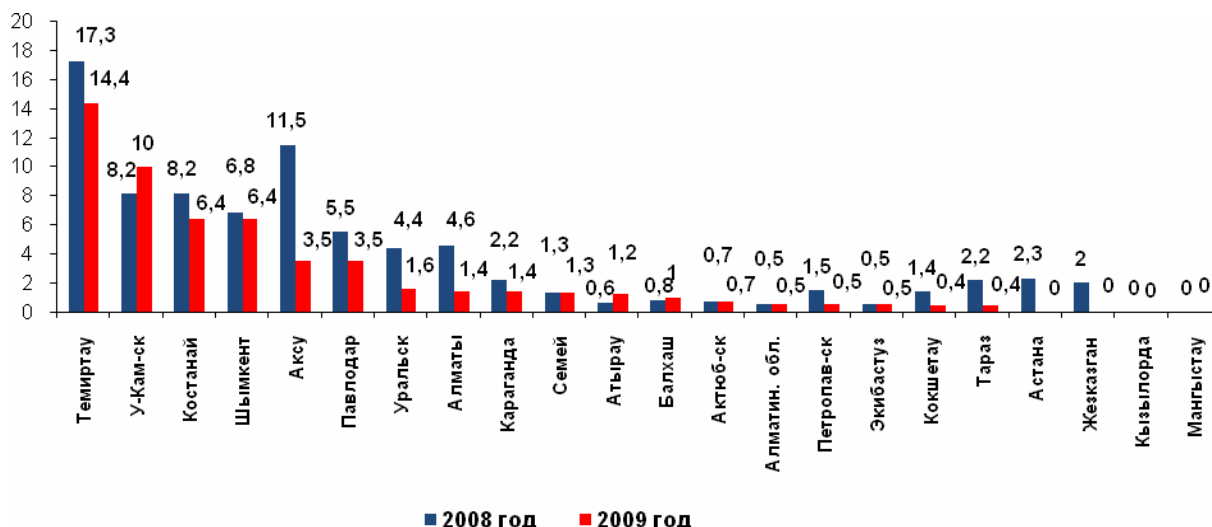
Рисунок 31. Распространенность ВИЧ-инфекции (%) среди ПИН в разрезе регионов, ДЭН, 2009 год (N=4860).



Показатели распространенности ВИЧ-инфекции в 2009 году увеличились в г. Атырау - в 2 раза, г. Усть-Каменогорске - в 1,2 раза, Балхаше - в 1,25 раза. На уровне прошлого года распространенность осталась в г.г. Семей, Экибастузе, Актюбинске, Кызылорде, Мангыстауской и Алматинской областях. В остальных регионах

произошло снижение распространенности ВИЧ-инфекции, причем в г. Таразе распространенность ВИЧ снизилась в 5,5 раза, в Акмолинской области в 3,5 раза, в г. Алматы в 3,3 раза, в г. Петропавловске в 3 раза, в Западно – Казахстанской – в 2,8 раза, в Астане с 2,3 % до 0 % (рисунок № 32).

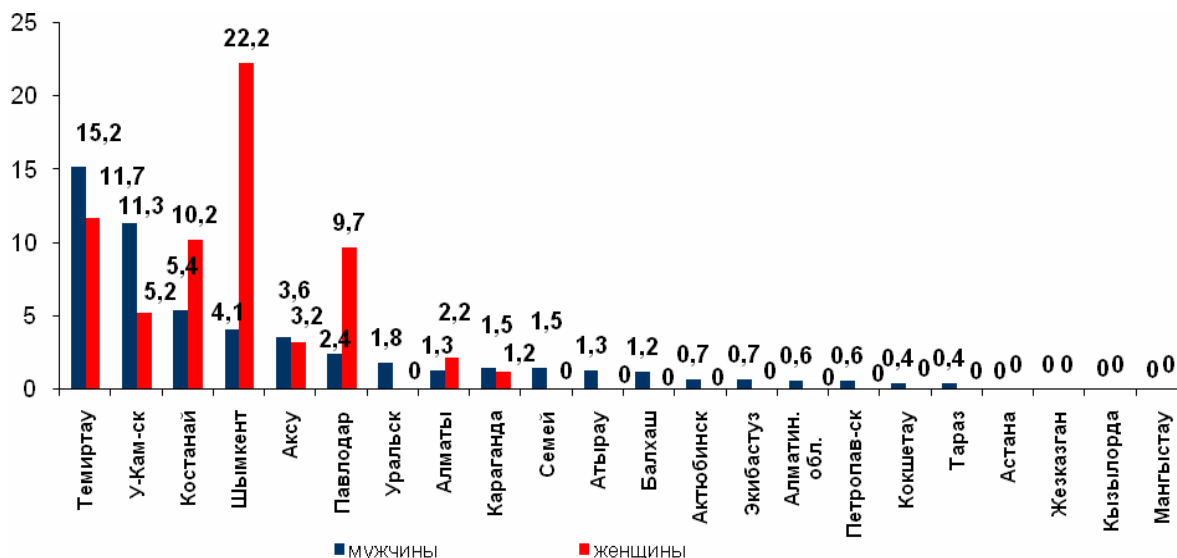
Рисунок 32. Распространенность ВИЧ-инфекции (%) среди ПИН в разрезе регионов, ДЭН, 2008-2009 годы.



ВИЧ-инфекция среди женщин по данным ДЭН 2009 года выявлена в 8-ми сайтах - г. г. Темиртау, Усть-Каменогорске, Костанаве, Шымкенте, Аксу, Павлодаре, Алматы, Караганде. Среднереспубликанский показатель распространенности ВИЧ-инфекции в 2009 году среди ПИН – мужчин – составил - 2,8 % (2008 год – 4,1 %), среди ПИН – женщин – 3,6 % (2008 год - 4,7 %).

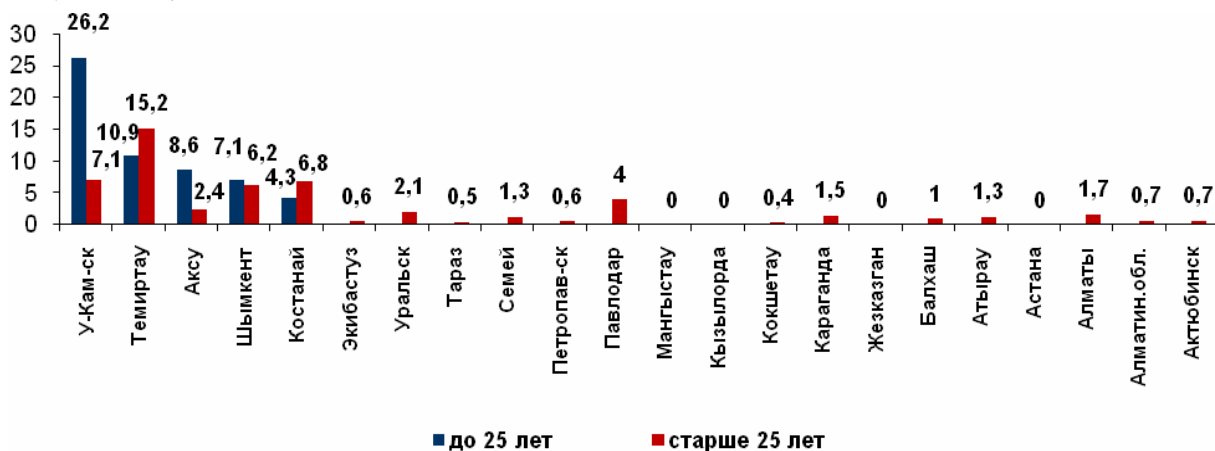
Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди женщин выше, чем среди мужчин в г.г. Костанаве (в 1,9 раза), Шымкенте (в 5,4 раза), Алматы (в 1,7 раза), Павлодаре (в 4 раза) (рисунок № 33).

Рисунок 33. Распространенность ВИЧ-инфекции (%) среди ПИН РК в гендерном аспекте в разрезе регионов, ДЭН, 2009 год (N=4860).



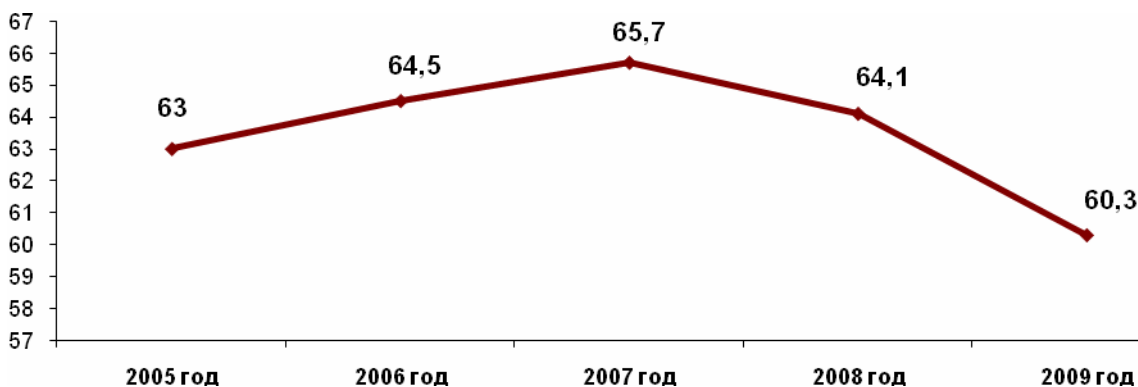
ВИЧ-инфекция среди ПИН в возрасте до 25 лет выявлена в 5-ти сайтах. Среднереспубликанский показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН до 25 летнего возраста -3,6 %, что в 1,2 раза больше, чем среди ПИН старше 25 лет (2,8 %). В разрезе сайтов, распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в возрасте до 25 лет выше, чем распространенность ВИЧ среди ПИН старше 25 летнего возраста: в г. Усть-Каменогорске в 3,7 раза, в г. Аксу - в 3,6 раза, в г. Шымкенте - в 1,1 раза (рисунок № 34).

Рисунок 34. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН РК (%) по возрасту (младше 25 летнего и старше 25 летнего возраста) в разрезе регионов, ДЭН, 2009 год (N=4860).



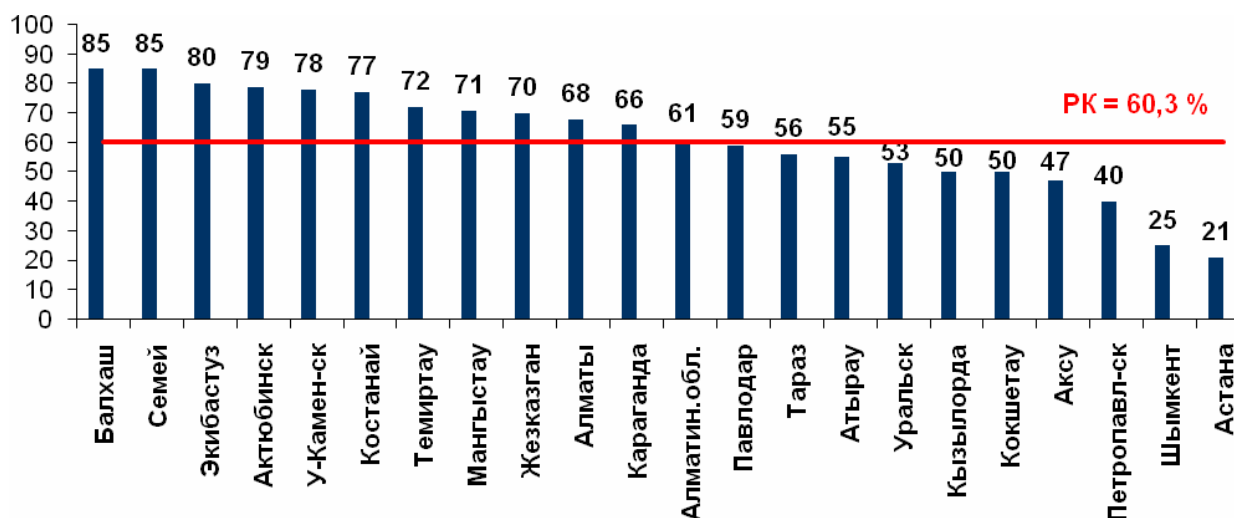
Распространенность ВГС, в 2009г. среди ПИН составила – 60,3 % при 95 % доверительном интервале 58,9 % - 61,7 % (2008 – 64,1 %). На протяжении 4-х лет среднереспубликанский показатель распространенности ВГС, как маркера небезопасного инъекционного поведения, остается высоким и устойчиво превышает 60 % (рисунок № 35).

Рисунок 135. Распространенность ВГС (%) среди ПИН РК, ДЭН, 2005-2009 годы.



Выше республиканского показатель распространенности ВГС в 12 сайтах: г.г. Балхаше, Семее, Экибастузе, Актюбинске, Усть-Каменогорске, Костанае, Темиртау, Мангыстау, Карагане, Жезказгане, Алматы, Алматинской области (рисунок № 36).

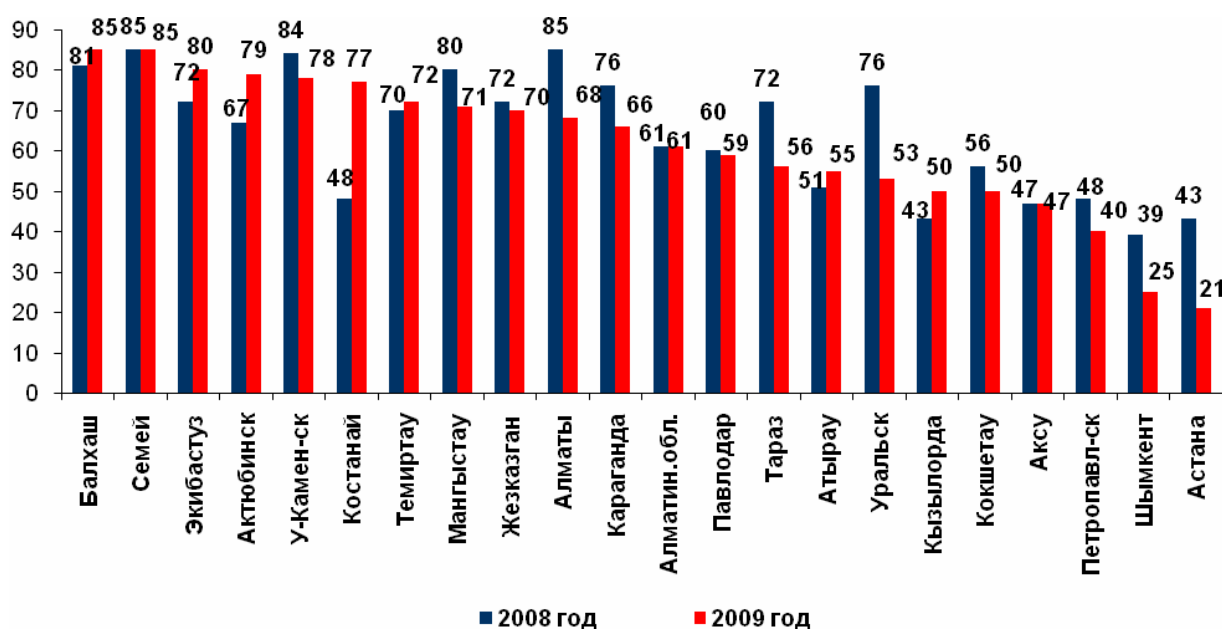
Рисунок 36. Распространенность ВГС (%) среди ПИН в разрезе регионов, ДЭН, 2009 год (N=4860).



Распространенность ВГС в 2009 году по сравнению с 2008 годом увеличилась в г.г. Костанай - в 1,6 раза и Актюбинске - в 1,2 раза.

Необходимо отметить, что при высокой распространенности ВГС среди ПИН в Мангыстау (2007 год – 82 %, 2008 год – 81 %, 2009 год – 71%), распространенность ВИЧ- инфекции по-прежнему - 0 % (рисунок № 37).

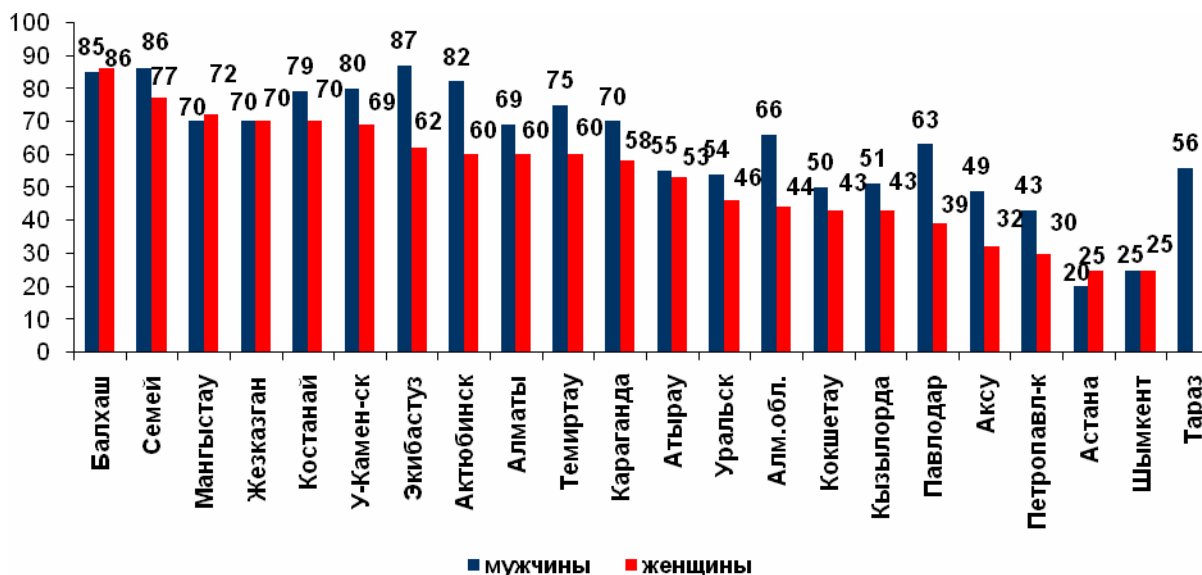
Рисунок 37. Распространенность ВГС (%) среди ПИН РК в разрезе регионов, ДЭН, 2008 – 2009 годы.



Показатель распространенности ВГС среди ПИН – мужчин – составил - 61,2 %, среди ПИН – женщин – 56,1 %. Однако в ряде регионов: Астане и Мангыстау

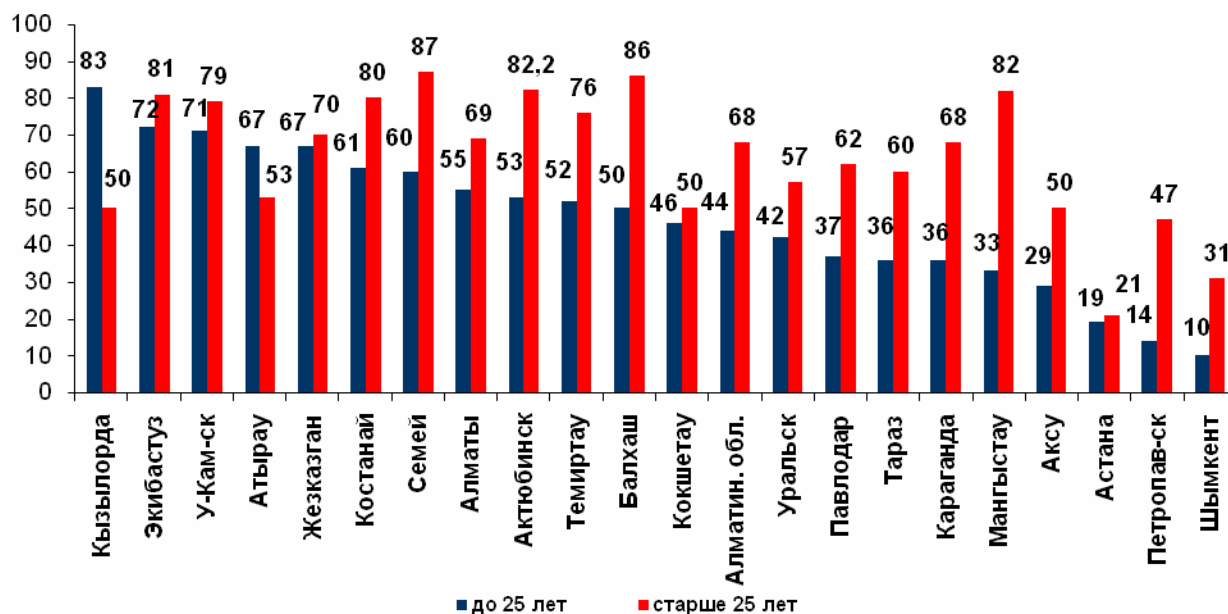
распространенность ВГС среди женщин несколько выше, чем у мужчин (рисунок № 38).

Рисунок 38. Распространенность ВГС (%) среди ПИН РК - мужчин и женщин в разрезе регионов, ДЭН, 2009 год (N=4860).



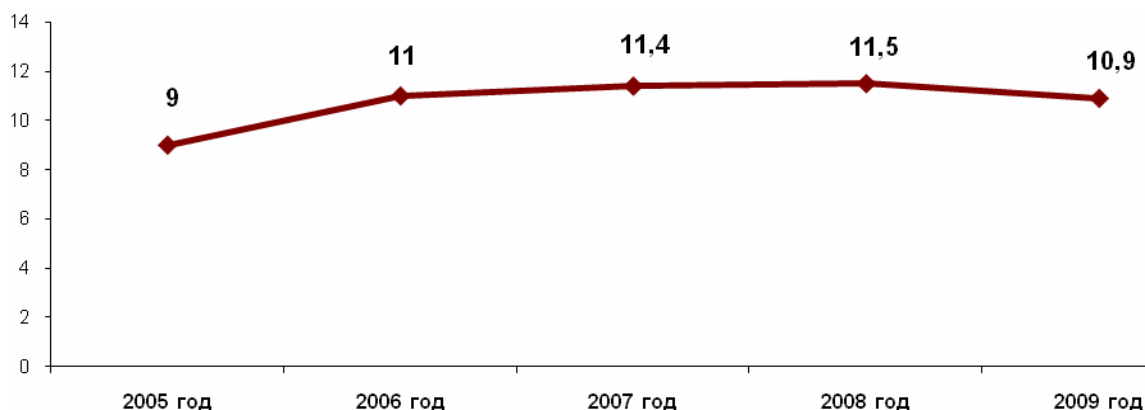
В среднем по республике распространенность ВГС в 1,5 раза выше у ПИН старше 25 – летнего возраста (63,5 %), чем у ПИН моложе 25 лет (41,9 %). Но в Кызылорде (в 1,7 раза), и Атырау (в 1,3 раза) распространенность ВГС у ПИН моложе 25 лет превышает распространенность ВГС у ПИН старше 25 лет (рисунок № 39).

Рисунок 39. Распространенность ВГС (%) среди ПИН РК по возрасту (младше 25-лет и старше 25-лет) в разрезе регионов, ДЭН, 2009 год (N=4860).



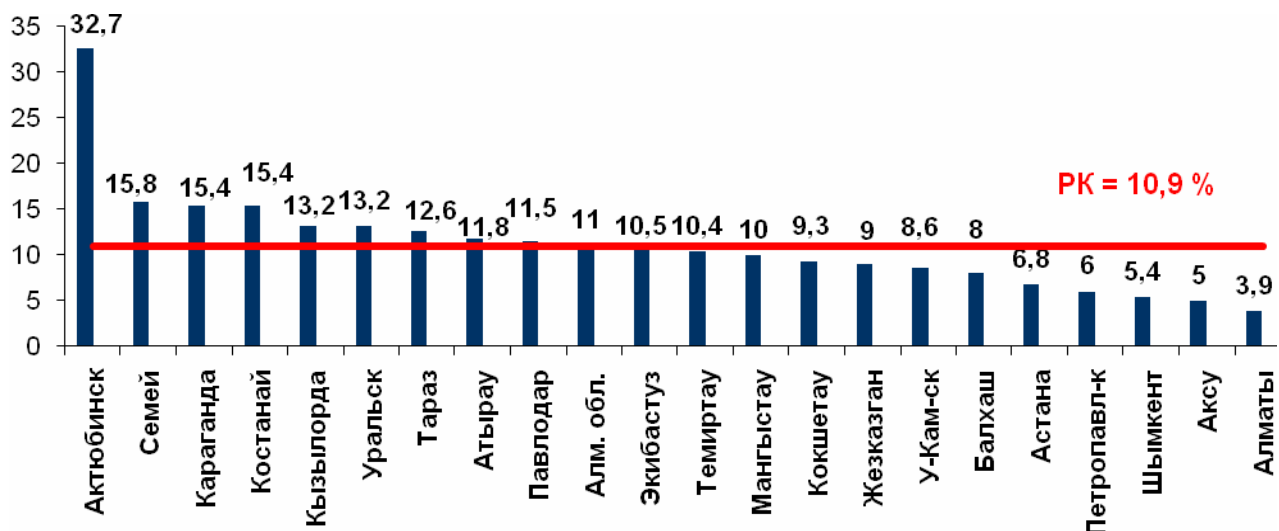
Распространенность антител к сифилису среди ПИН РК в 2009 году составила 10,9 % (2008 год – 11,5 %). В течение 4-х лет распространенность сифилиса остается высокой и находится в пределах 9 - 11,5 % (рисунок № 40).

Рисунок 40. Распространенность антител к сифилису (%) среди ПИН РК, ДЭН, 2005 – 2009 годы.



Распространенность антител к сифилису значительно различается по регионам страны. Значительно выше других регионов распространенность сифилиса в Актыбинске (32,7 %); ниже среднереспубликанского показателя - в г. Астане (6,8 %), СКО (6 %), ЮКО (5,4 %), г. Аксу (5 %) , г. Алматы (3,9 %). (рисунок № 41).

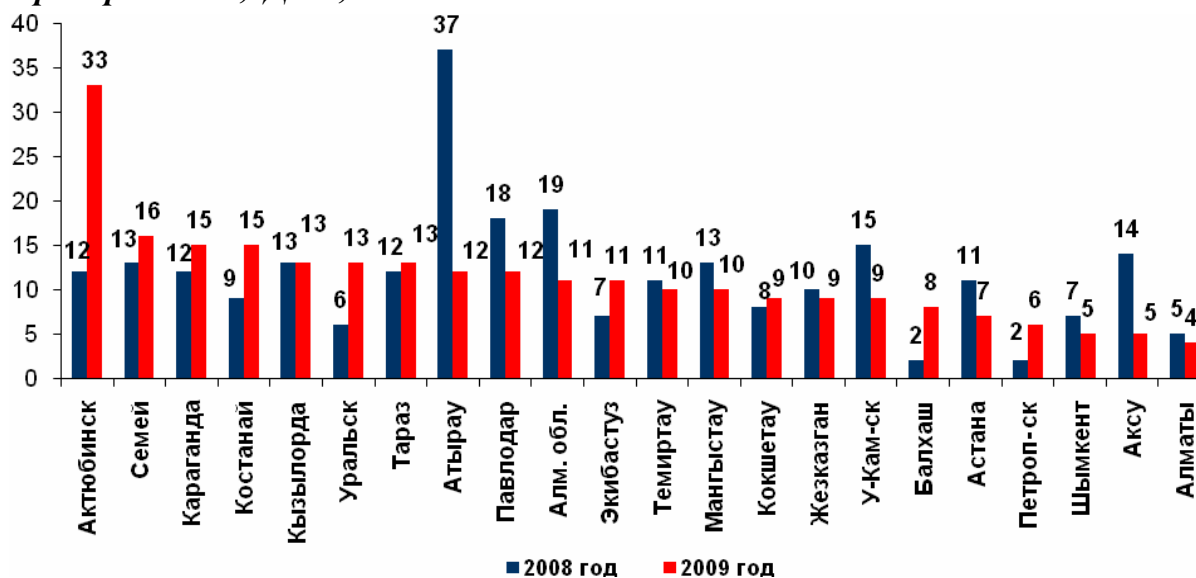
Рисунок 41. Распространенность антител к сифилису (%) среди ПИН в разрезе регионов, ДЭН, 2009 год (N=4860).



По сравнению с 2008 годом в 2009 году показатель распространенности сифилиса увеличился в Актыбинском регионе в 2,8 раза, Уральске – в 2,2 раза, СКО – в 3 раза, Костанайской области в 1,7 раза, Экибастузе в 1,6 раза, Семее – в 1,2 раза,

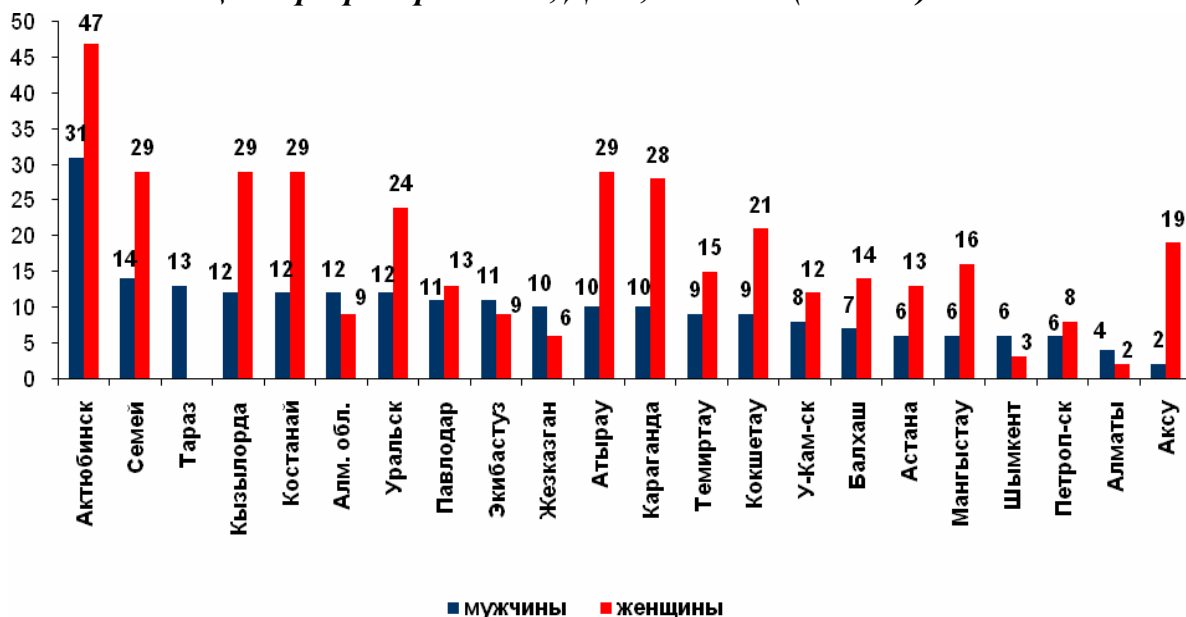
Балхаше – в 4 раза. Снизилась распространенность антител к сифилису в Атырау - в 3 раза, Павлодаре - в 1,5 раза, Аксу - в 2,8 раза, Шымкенте - в 1,4 раза, Алматинской области - в 1,7 раза, в г. Алматы - в 1,2 раза (рисунок № 42).

Рисунок 42. Распространенность антител к сифилису (%) среди ПИН РК в разрезе регионов, ДЭН, 2008 – 2009 годы.



Показатель распространенности антител к сифилису в 1,7 раза ниже среди ПИН – мужчин (9,8 %), чем среди ПИН – женщин (16,7 %), за исключением Алматинской области, г.г. Экибастуза, Жезказгана, Шымкента и города Алматы, где распространенность сифилиса у мужчин превышает данный показатель у женщин. Распределение сифилиса в зависимости от гендерной принадлежности представлено на рисунке № 43.

Рисунок 43. Распространенность антител к сифилису (%) среди ПИН РК - мужчин и женщин в разрезе регионов, ДЭН, 2009 год (N=4860).

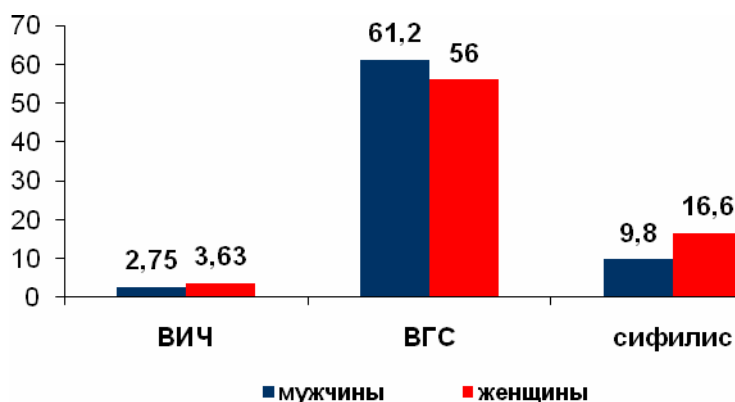


Превалирование антител к сифилису у женщин объясняется тем, что мужчины

чаще чем женщины, решают вопрос об использовании презерватива. Кроме того, женщины-ПИН часто зарабатывают на наркотики коммерческим сексом. В случае, если ей нужна «доза», женщина-ПИН легко пойдет на рискованные сексуальные отношения без презерватива. При большом количестве клиентов, риск заразиться ИППП и ВИЧ-инфекцией половым путем значительно возрастает. По результатам ДЭН 2009 года - 15 % женщин-ПИН признали наличие коммерческих половых партнеров. По данным ДЭН среди РС 2009 года – 7,2 % РС признали употребление инъекционных наркотиков. А если учитывать распространенность ВГС среди РС, как маркер инъекционного употребления наркотиков, тогда количество РС-ПИН увеличивается до 11,1 %.

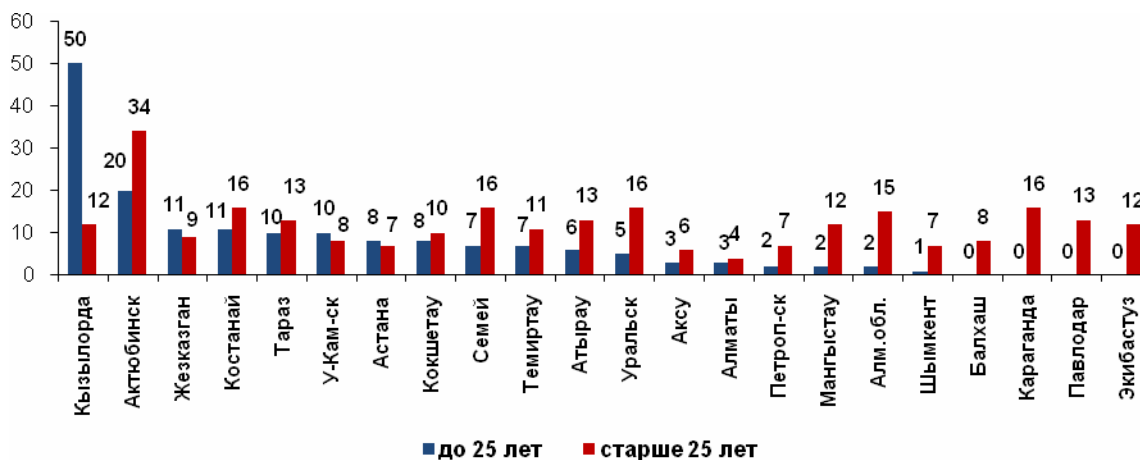
Как и в предыдущие годы, по-прежнему среди женщин-ПИН выше, чем у мужчин-ПИН показатели распространенности ВИЧ и сифилиса, но ниже ВГС. Распределение ВИЧ-инфекции, маркеров ВГС и сифилиса в зависимости от гендерного состава представлена на рисунке № 44.

Рисунок 44. Распространенность ВИЧ-инфекции, маркеров ВГС и антител к сифилису среди ПИН РК – мужчин и женщин (%), ДЭН, 2009 год (N=4860).



Распространенность антител к сифилису в 2,2 раза ниже у ПИН моложе 25 лет (5,5 %), чем у ПИН старше 25 – летнего возраста (11,9 %). В разбивке по регионам: за исключением Кызылординской области, во всех регионах антитела к сифилису значительно выше у ПИН старше 25 лет, чем у ПИН моложе 25 летнего возраста (рисунок № 45).

Рисунок 45. Распространенность антител к сифилису среди ПИН РК (%) по возрасту (моложе 25 лет и старше 25 лет) в разрезе регионов, ДЭН, 2009 год.

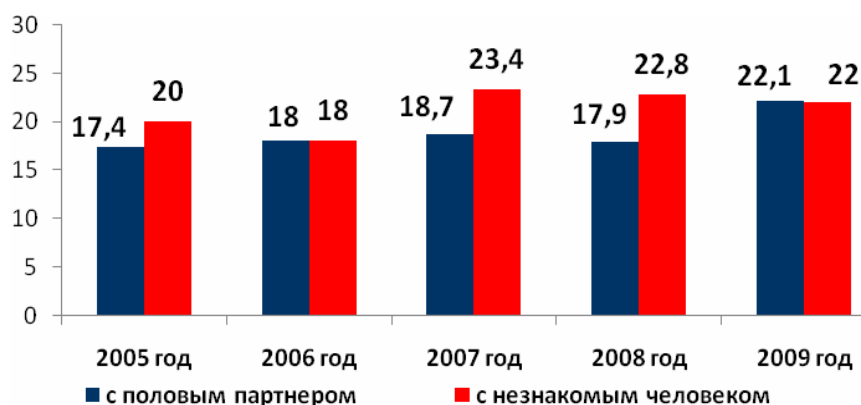


5.4. Факторы поведенческого риска ПИН

Параллельно с обследованием сухой капли крови на ВИЧ, ВГС и сифилис, проводится связанное анкетирование участников ДЭН по типовой анкете для ПИН, единой по всей Республике. В анкете отдельными блоками включены вопросы по инъекционному, сексуальному поведению ПИН, их инъекционных и половых партнерах, наличию симптомов ИППП, обращению ПИН за медицинской помощью при их наличии, знанию путей передачи ВИЧ и мер профилактики, для оценки и сопоставления различных параметров рискованного поведения. Поведенческий этап ДЭН позволяет определить рискованные формы инъекционного и полового поведения ПИН, влияние профилактических программ на формирование навыков безопасного поведения и повышения уровня информированности. Внедряемые программы «снижения вреда» предполагают формирование среди ПИН устойчивое безопасное и инъекционное поведение. Анализ результатов ДЭН за текущий период и в динамике по годам позволяет оценить произошедшие изменения факторов «риска» и предложить дальнейшие рекомендации по достижению необходимых изменений.

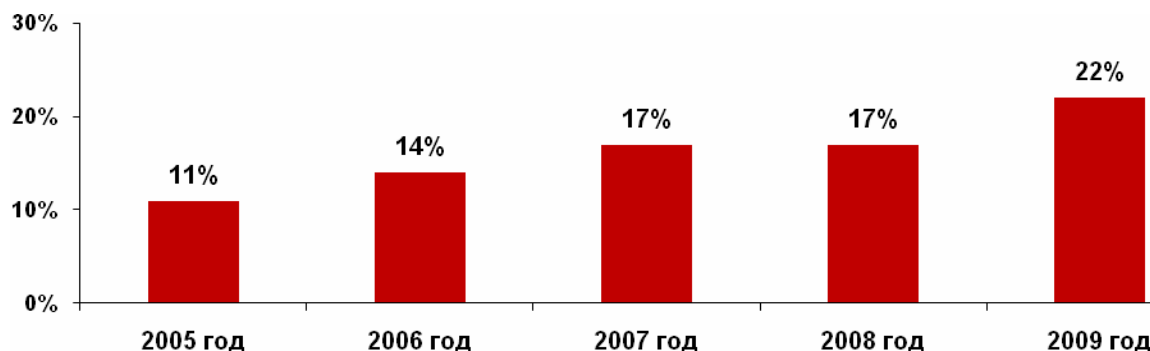
Использование инъекционных наркотиков с половым партнером и незнакомым человеком является очень рискованным фактором в отношении заражения ВИЧ. Однако, за 5 лет проведения ДЭН эти показатели не изменились: по-прежнему, каждый пятый ПИН за последний год употреблял инъекционные наркотики с половым партнером и с незнакомым человеком (рисунок № 46).

Рисунок 46. Употребление инъекционных наркотиков ПИНами РК (%) с половым партнером и с незнакомым человеком, ДЭН, 2005-2009 годы.



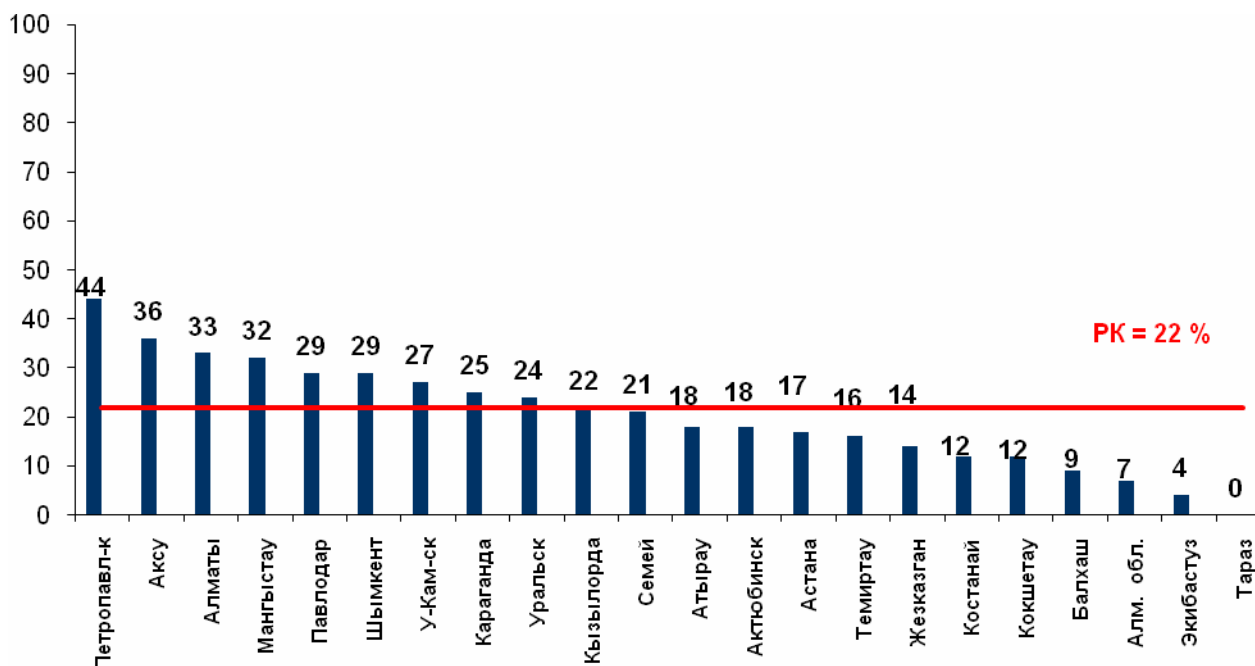
Одним из важнейших показателей эффективности внедрения программ «снижения вреда» среди ПИН, является одновременное принятие ими как безопасного инъекционного (неиспользование общего инструментария, в том числе готовых растворов для введения наркотиков), так и безопасного сексуального (использование презервативов с непостоянными и коммерческими половыми партнерами) поведений. За 5 лет проведения ДЭН, в 2009 году, по сравнению с 2005 годом, количество ПИН, принявших одновременно безопасное сексуальное и инъекционное поведение, выросло в 2 раза: с 11 % до 22 % . (Рисунок № 47).

Рисунок 47. Безопасная практика употребления наркотиков и безопасное сексуальное поведение среди ПИН РК (%) в динамике по годам, ДЭН, 2005-2009 годы.



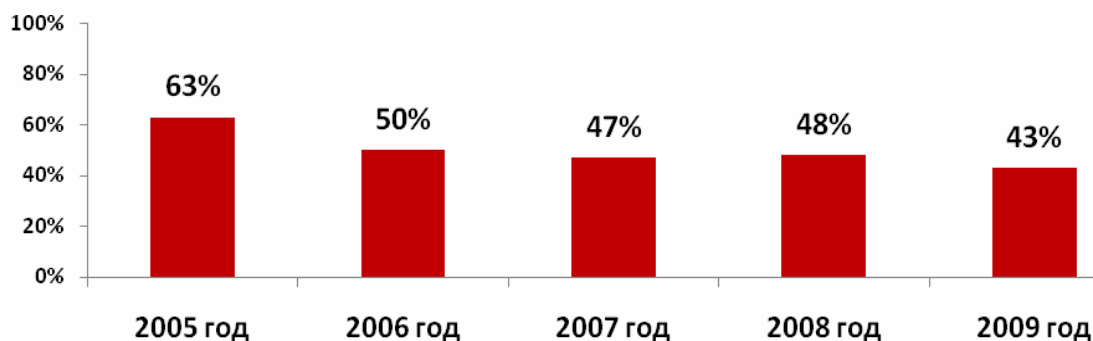
По сайтам в 2009 году показатель безопасной практики употребления наркотиков и безопасного сексуального поведения среди ПИН варьирует от 44 % - в г. Петропавловске до 0 % - в г. Таразе. Выше республиканского уровня показатель безопасной практики употребления наркотиков наблюдается в г.г. Петропавловске, Аксу, Алматы, Мангыстау, Павлодаре, Шымкенте, Усть-Каменогорске, Караганде, Уральске. В остальных регионах – ниже республиканского показателя (Рисунок № 48).

Рисунок 148. Безопасная практика употребления наркотиков и безопасное сексуальное поведение среди ПИН (%), Казахстан, ДЭН 2009 год (N=4860).



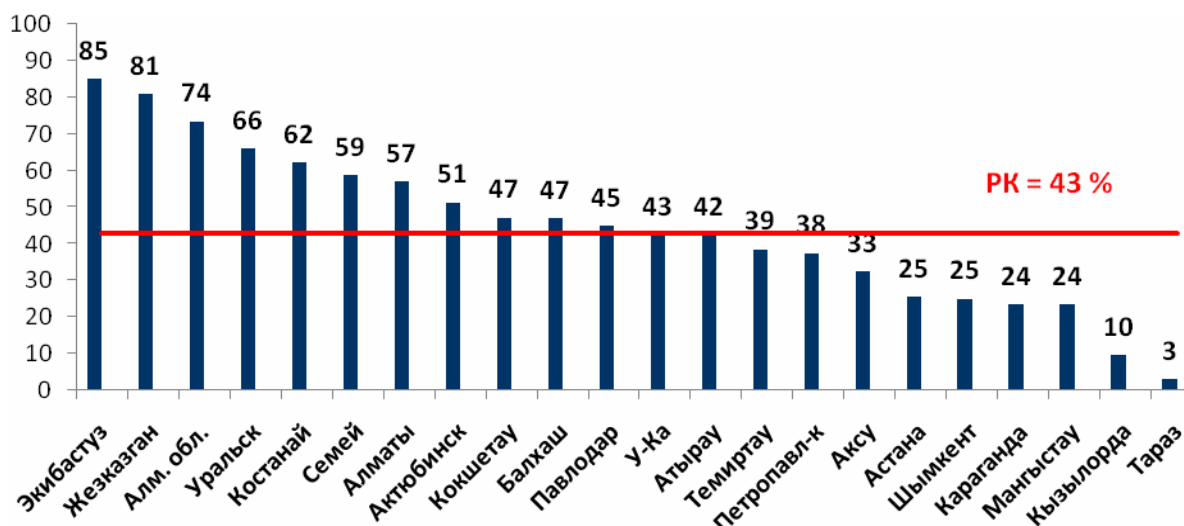
Постепенно снижается доля ПИН, использующих общий инъекционный инструментарий (в том числе готовых растворов). В 2009 году в сравнении с 2008 годом отмечено снижение с 43 % до 48 %. Данные использования общего инструментария при последней инъекции с 2005 по 2009 годы представлены на рисунке № 49.

Рисунок 49. Доля ПИН, использовавших общий инструментарий при последней инъекции (%) в динамике по годам, ДЭН, РК, 2005-2009 годы.



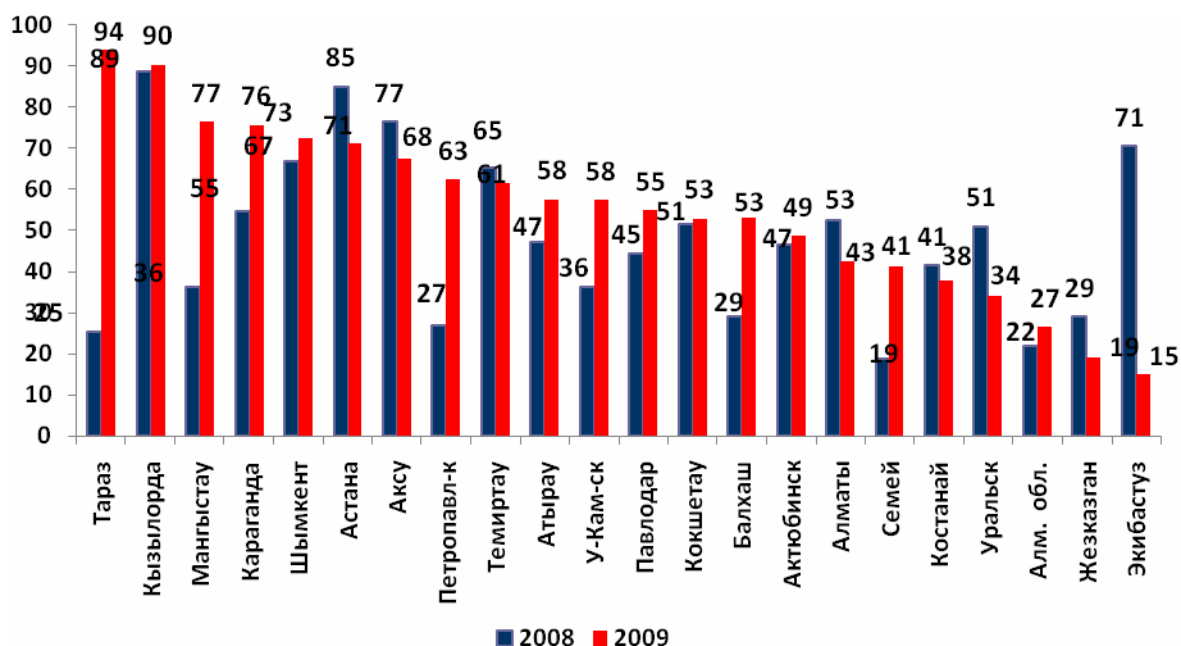
В разрезе по регионам, доля ПИН, использовавших общий инструментарий при последней инъекции, значительно разнится: от 85 % в Экибастузе до 3 % - в Таразе. Выше среднереспубликанского, показатель использования общего инструментария при введении наркотиков - в г.г. Экибасткзе, Жезказгане и в Алматинской области, Уральске, Костанаве, Семее, Алматы, Актюбинске, Кокшетау, Балхаше, Павлодаре. Использование общего инструментария при последней инъекции по регионам страны представлено на рисунке № 50.

Рисунок 50. Доля ПИН (%), использовавших общий инструментарий при последней инъекции, Казахстан, ДЭН 2009 год (N=4860).



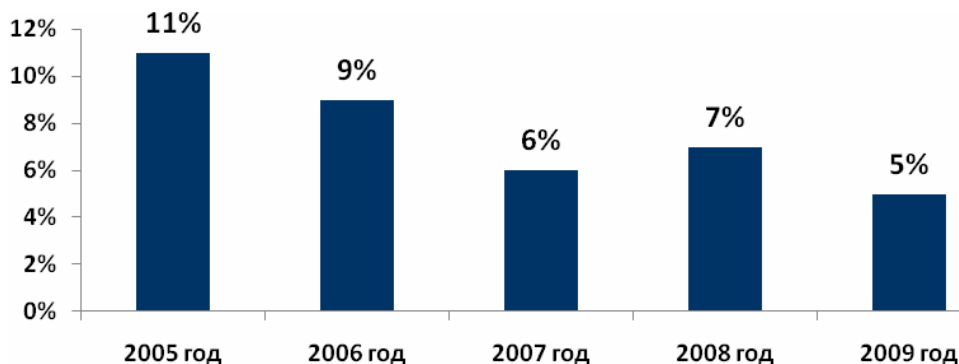
По сравнению с 2008 годом, доля ПИН, принявших на себя поведение, снижающее риск парентеральной передачи ВИЧ, т.е. тех, кто не пользуется общим инъекционным инструментарием (в том числе готовыми растворами) при последней инъекции достоверно увеличилась с 50 % в 2008 году до 56,5 % в 2009 году. Как и в 2008 году, ПИНЫ старше 25 лет практикуют более безопасное инъекционное поведение, чем ПИНЫ младше 25 лет, и этот показатель составляет соответственно – 57,2 % и 52,7 % (2008 год у ПИН старше 25 лет – 50,6 %, моложе 25 лет - 46,6%) - $P < 0,00006$. В гендерном аспекте: мужчины чаще не используют общий инструментарий во время последнего приема наркотиков (57,8%), чем женщины – 50,2% (2008 год: мужчины – 50,4 %, женщины - 48 %). По сайтам: по сравнению с 2008 годом: уменьшилось количество ПИН, принявших на себя поведение, снижающее риск передачи ВИЧ, т.е. тех, кто не пользуется общим инъекционным инструментарием в г.г.Астане и Алматы – в 1,2 раза, г.г. Аксу и Темиртау – в 1,1 раза, г.Костанай на 7 %, – в 1,2 раза, ЗКО и г. Жезказгане - в 1,5 раза, - в 1,5 раза, Экибастузе – в 4,7 раза. При этом обращает на себя внимание тот факт, что распространенность ВИЧ-инфекции в этих регионах уменьшилась – рисунок № 51.

Рисунок 51. Доля ПИН (%) , принявших на себя поведение, снижающее риск передачи ВИЧ, т.е. тех, кто не пользуется общим инъекционным инструментарием в разрезе регионов (2008-2009 годы).



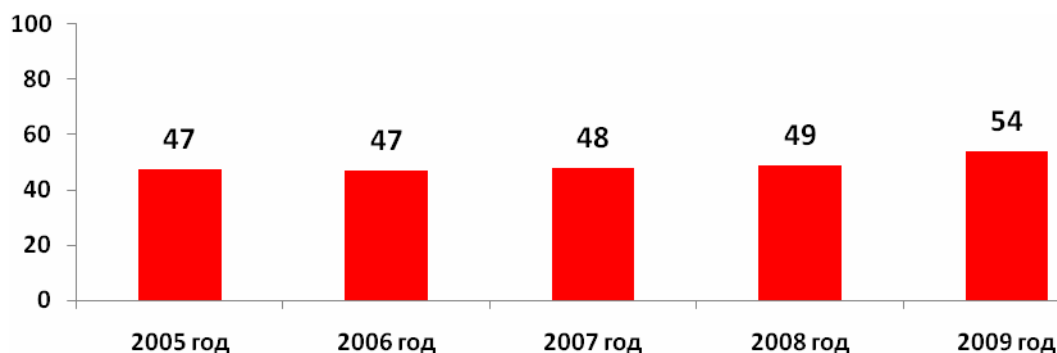
Одной из самых опасных инъекционных практик является использование ПИНами общего шприца. По сравнению с 2008 годом, наблюдается достоверное снижение количества ПИН, пользующихся общими шприцами с 7% до 5 % ($P < 0,000005$). Динамика использования общего шприца при последней инъекции по годам представлена на рисунке № 52.

Рисунок 52. Доля ПИН, использовавших общий шприц при последней инъекции (%) в динамике по годам (2005-2009 гг.).



Вызывает беспокойство тот факт, что в 2009 году достоверно до 54 % увеличилась доля ПИН, имевших сексуальные отношения с непостоянными и коммерческими половыми партнерами (рисунок № 53).

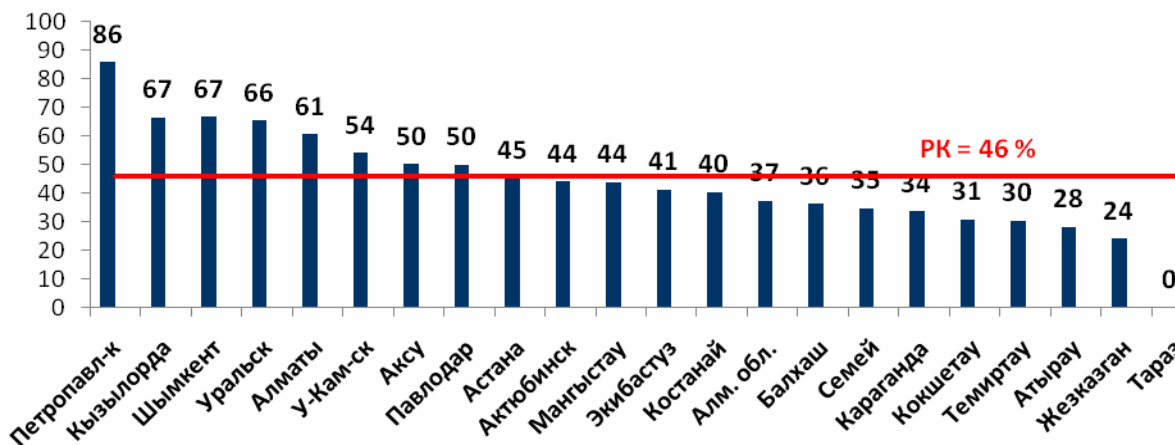
Рисунок 53. Доля ПИН РК (%), имевших сексуальные отношения с непостоянными и коммерческими половыми партнерами в течение последних 6 месяцев ДЭН, 2005-2009 годы.



Доля ПИИ, принявших на себя поведение, снижающее риск передачи ВИЧ половым путем, т.е. тех, кто использовал презерватив при последней половой связи составила 46 % (2008 – 40 %). ПИИ в возрасте до 25 лет имеют более безопасное сексуальное поведение – 60,5 % (2008 год - 55,5 %), чем ПИИ старше 25 лет - 43,1 % (2008 год – 36,7 %). В 2009 году достоверной разницы между женщинами-ПИИ и мужчинами-ПИИ в использовании презервативов при последней половой связи, за последний месяц, не установлено (соответственно 46,6 % и 45,8 %) (2008 год соответственно 38,1 и 40,4 %).

Наиболее высокие показатели использования презерватива в г.г.Петропавловске (86 %), Кызылорде (67 %), Шымкенте (67 %), Уральске (66 %). Вызывает удивление тот факт, что по данным ДЭН 2009 года, в г. Таразе всего двое ПИИ имели половые контакты в течение последних 6 месяцев, и ни один из них не пользовался презервативом. Самый низкий показатель использования презерватива - в Атырау (28 %) и Жезказгане (24 %). Причем в Жезказгане, при низком уровне использования презервативов, распространенность антител к сифилису составила всего 9 %, а в Таразе, наоборот, где всего 2 ПИИ имели половые контакты за последний месяц - распространенность антител к сифилису -12,6 % – рисунок № 54.

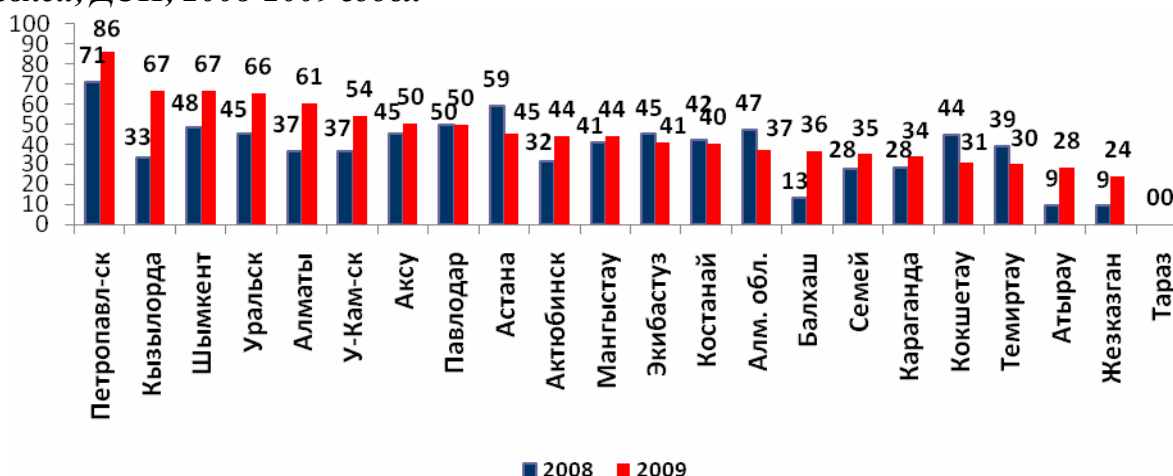
Рисунок 54. Доля ПИИ (%), принявших на себя поведение, снижающее риск передачи ВИЧ, т.е. тех, кто пользовался презервативами при последней половой связи, ДЭН РК, 2009 год (N=4860).



В большинстве сайтов в 2009 году в сравнении с 2008 годом, за исключением Астаны, Экибастуза, Костаная, Алматинской области, Кокшетау, Темиртау и Тараза, увеличилось количество ПИИ, которые использовали презервативы во время

последнего полового контакта. В том числе: в г.г. в Кызылорде в 2 раза, Атырау в 3 раза, Балхаше и Жезказгане – в 2,8 раза, Петропавловске – в 1,2 раза, Шымкенте и Актюбинске – в 1,5 раза, Семее и Усть-Каменогорске – в 1,3 раза, Мангистауской области на 7 %, Карагандинской области – на 21 %. Уменьшилось количество ПИН, использовавших презервативы, в г.Кокшетау – в 1,4 раза, Астане и Темиртау – в 1,3 раза. В г.Павлодаре ситуация по использованию презервативов осталась на уровне 2008 года. Непонятная ситуация с ПИНами г.Тараза: в этом регионе ПИНЫ половой жизнью «не живут», из выборки в 230 ПИН имели половые контакты за последний месяц в 2008 году - только 1 ПИН, в 2009 году - только 2 ПИНа. Соответственно никто из этих ПИН презервативами не пользовался (рисунок № 55).

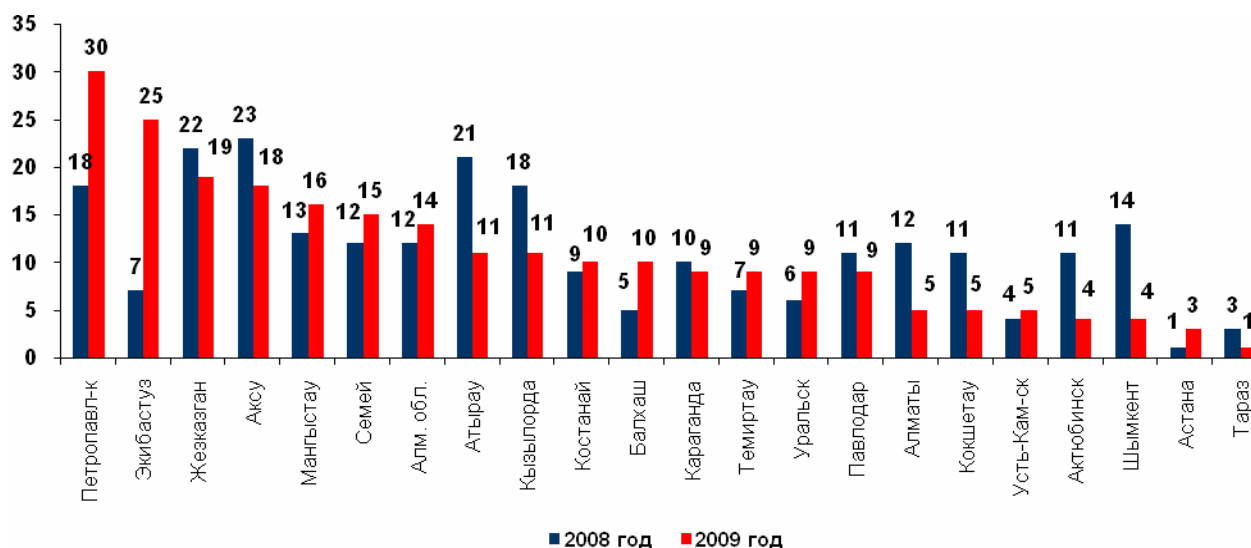
Рисунок 55. Доля ПИН (%), принявших на себя поведение, снижающее риск передачи ВИЧ, т.е. тех, кто пользовался презервативами при последней половой связи, ДЭН, 2008-2009 годы.



В 2009 году доля ПИН, признавших у себя наличие симптомов ИППП, составила 10,2 % и, по сравнению с прошлым годом, не изменилась (2008 год – 11 %). На протяжении 5 лет проведения ДЭН, частота симптомов ИППП у ПИН стабильно остается на уровне 10 %.

В 2009 году максимальная распространенность симптомов ИППП отмечается в Петропавловске (30 %) и Экибастузе (25 %). Наименьшая доля ПИН, признавших наличие симптомов ИППП - в Актюбинске (4 %), Шымкенте (4 %), Астане (3 %) и Таразе (1 %). В сравнении с 2008 годом, увеличилось количество ПИН с симптомами ИППП в Экибастузе – в 3,6 раза, Балхаше – в 2 раза, Петропавловске – в 1,7 раза, Уральске – в 1,5 раза. Значительное снижение доли ПИН, имевших симптомы ИППП, произошло в Шымкенте – в 3,5 раза, Актюбинске – в 2,4 раза, Кокшетау – в 2,2 раза, Атырау – в 2 раза, Кызылорде – в 1,6 раза. По регионам республики в сравнении с 2008 годом этот показатель представлен на рисунке № 56.

Рисунок 56. Доля ПИН РК (%), указавших на наличие хотя бы одного из симптомов ИППП по регионам, ДЭН 2008-2009 годы.

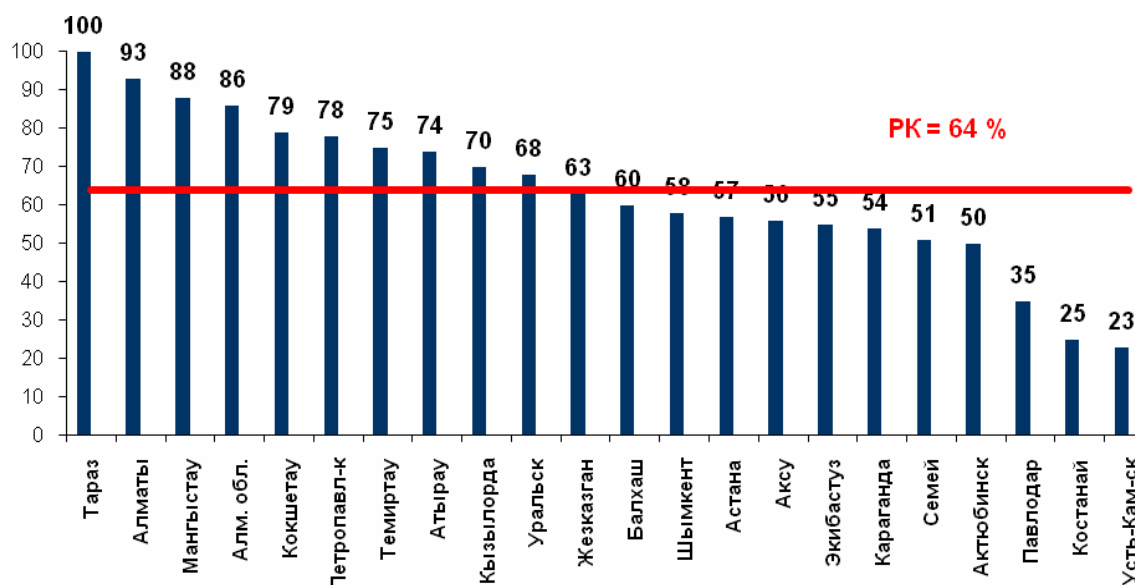


Важнейшей составляющей профилактических программ по ВИЧ/СПИД среди ПИН является получение соответствующих услуг по диагностике, консультированию и лечению ИППП в МО. В 2009 году специализированную медицинскую помощь получили 63,7 % ПИН, признавших у себя наличие симптомов ИППП. Это в 1,3 раза больше, чем в 2008 году (2008 год – 51 %).

В возрастном аспекте: в 2009 году нет разницы в получении медицинской помощи при наличии симптомов ИППП у ПИН до 25 лет и ПИН старше 25 лет. Доля ПИН до 25 лет с симптомами ИППП, получивших соответствующие услуги по диагностике, лечению и консультированию составила - 65% (2008 год – 52,7%), ПИН старше 25 лет - 64% (2008 год – 50,1%). Доля мужчин - ПИН с симптомами ИППП, получивших соответствующие услуги по диагностике, лечению и консультированию составила – 67% (2008 год – 48%), это на 8 % больше доли женщин – ПИН с симптомами ИППП, получивших соответствующие услуги по диагностике, лечению и консультированию - 59% (2008 год – 54,5%).

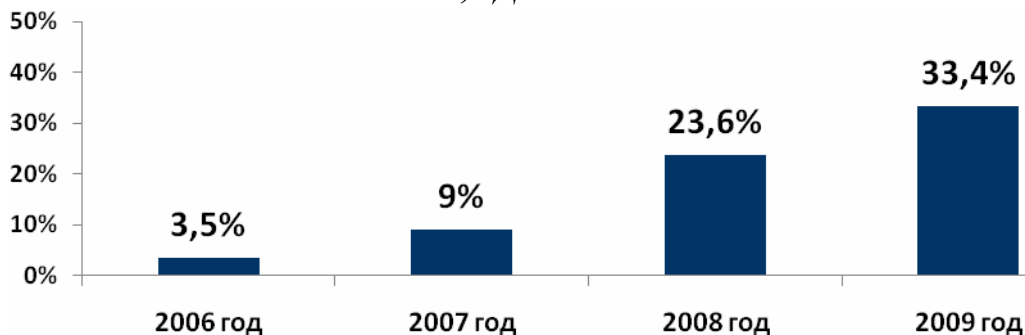
В соответствии с Программой по противодействию эпидемии ВИЧ на 2006-2010 гг. ежегодно 70% лиц из уязвимых групп населения, в том числе наркопотребители, должны иметь доступ к лечению ИППП. Этот показатель в 2009 году достигнут только в 8 сайтах – г. Алматы (93%), Мангыстау (88%), Алматинской (86%), Кокшетау (79%) и Петропавловске (78%), Темиртау (75%), Атырау (74%), Кызылорде (70%). Г.Тараз в расчет не берется, так как по данным ДЭН, из 230 ПИН (выборка), только 3 ПИН (1%) указали, что имели симптомы ИППП и все получили медицинскую помощь. Хуже всего с обращением за лечением ИППП, ситуация среди ПИН в Павлодаре (35%), Костаное (25%) и г. Усть-Каменогорске (23%). Рисунок № 57.

Рисунок 57. Доля ПИН (%) с симптомами ИППП, получивших услуги по диагностике, лечению и консультированию в ЛПО, РК, ДЭН 2009 год (N=498).



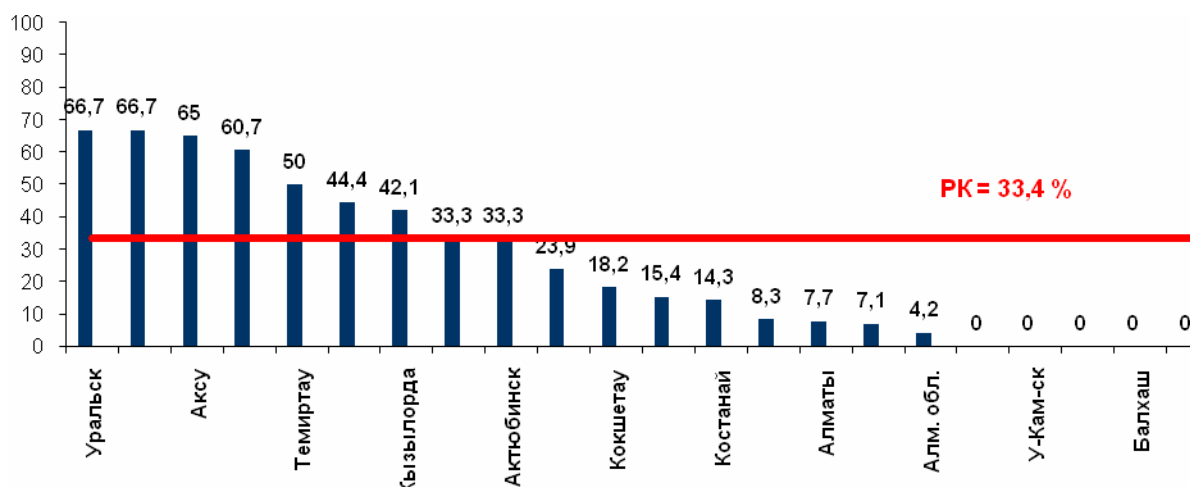
Для получения бесплатного консультирования, диагностики и, при необходимости, синдромного лечения ИППП, для уязвимых групп во всех регионах Республики открыты Дружественные кабинеты (ДК). За 5 лет проведения ДЭН наблюдается рост востребованности услуг ДК у представителей уязвимых групп: с 3,5 % - в 2005 году до 33,4 % - в 2009 году – рисунок № 58.

Рисунок 58. Доля ПИН РК (%), получивших лечение по поводу ИППП в Дружественных кабинетах, из общего числа получивших медицинскую помощь при наличии симптомов ИППП, ДЭН 2005-2009 годы.



Однако в разрезе сайтов в 2009 году ситуация с лечением ПИН в ДК сильно разнится. В 2009 году максимально востребованы у ПИН услуги ДК в Уральске и Экибастузе (66,7 %), Аксу (65%), Мангыстау (60,7 %), Темиртау (50%). Значительно ниже среднереспубликанского, этот показатель в Алматинской области (4,2%), Атырау (7,1%), Жезказгане (8,3%). А в Шымкенте, Астане, Таразе, Усть-Каменогорске, Балхаше ни один ПИН с симптомами ИППП не обратился за медицинской помощью в ДК, что говорит о низком уровне работы с ПИН в отношении профилактики полового пути передачи ВИЧ – рисунок № 59.

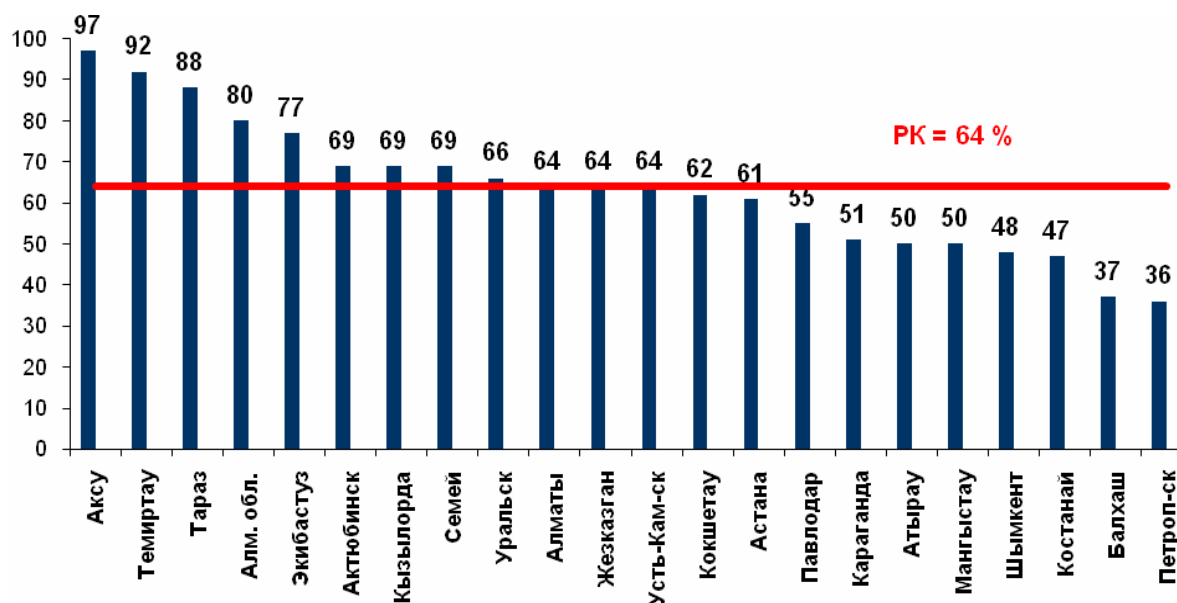
Рисунок 59. Доля ПИН РК (%) в разрезе регионов, получивших лечение по поводу ИППП в Дружественных кабинетах, из общего числа получивших медицинскую помощь при наличии симптомов ИППП, ДЭН 2009 год.



В 2009 году, доля ПИН, которые правильно указали способы профилактики и пути передачи ВИЧ и, в то же время, отвергли основные неверные представления о передаче ВИЧ составил 64% (2008 – 59,1%). ПИНЫ моложе 25 лет менее информированы о путях передачи и способах профилактики ВИЧ – 58,4% (2008 год – 52,5%), чем ПИНЫ старше 25 летнего возраста – 64,8% (2008 год – 63,1%). Осведомленность мужчин – 63,4% (2008 год – 62,1%) несколько выше, чем женщин – 66% (2008 год – 57,7%). Данные по регионам представлены в рисунке 58.

Наибольший показатель осведомленности ПИН в Аксу (92%), Темиртау (92%), Таразе (88%), Алматинской области (80%), Экибастузе (77%). Минимальные показатели информированности ПИН – в Петропавловске (36%) и Балхаше (37%) – рисунок № 60.

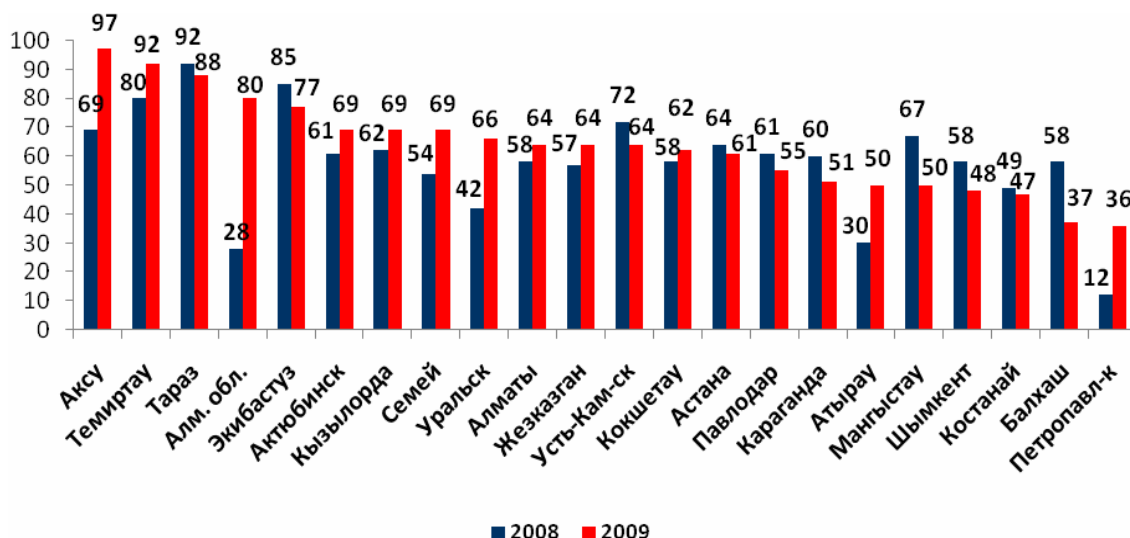
Рисунок 60. Осведомленность ПИН РК (%) о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ, ДЭН 2009 год, N=4860.



В сравнении с 2008 годом, информированность ПИН увеличилась в Петропавловске – в 3 раза, Алматинской области – в 2,9 раза, Уральске – в 1,6 раза,

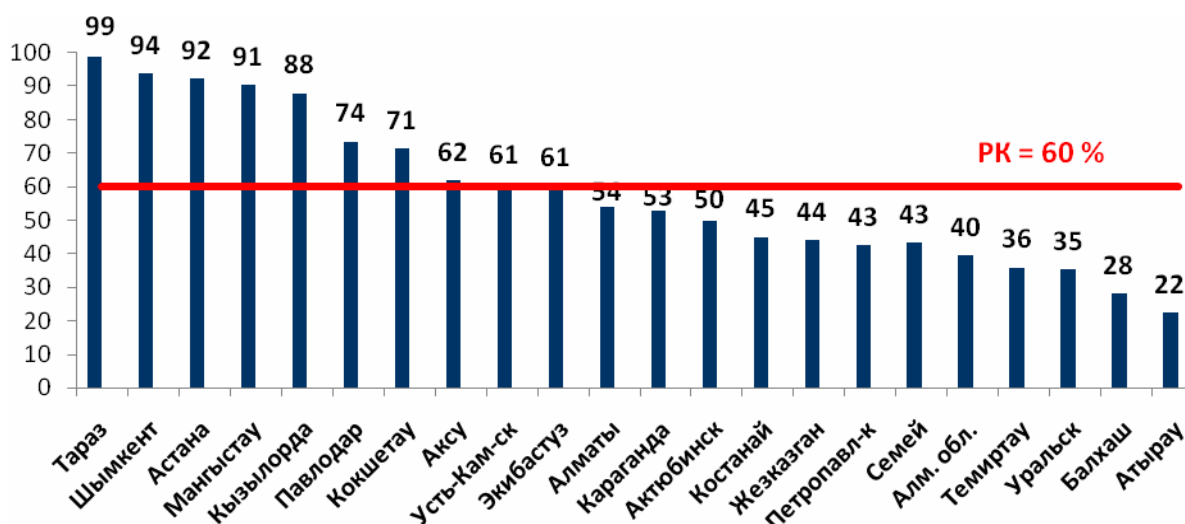
Аксу – в 1,4 раза, Семей – в 1,3 раза, Темиртау – в 1,2 раза, Атырау – в 1,7 раза, Алматы, Кызылорде и Жезказгане – в 1,1 раза. Снижение уровня информированности произошло в Усть-Каменогорске и Балхаше – в 1,6 раза, Мангыстау – в 1,3 раза, Караганде и Шымкенте в 1,2 раза, Экибастузе, Павлодаре - в 1,1 раза. См. рисунок № 61.

Рисунок 61. Осведомленность ПИН РК (%) о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ, ДЭН 2008 -2009 годы.



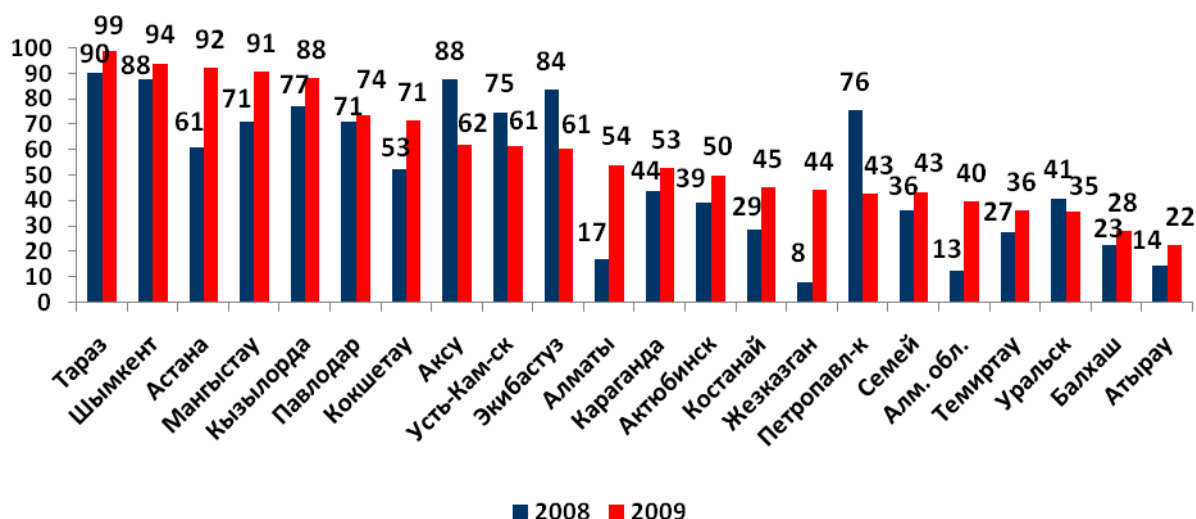
В 2009 году 60 % ПИН, участвующих в ДЭН, ответили, что знают, куда пройти обследоваться на ВИЧ, а также получали шприцы и презервативы, т.е. охвачены программами профилактики ВИЧ (2008 год – 53 %). По сравнению с прошлым годом, этот показатель достоверно вырос на 7%. В разбивке по возрастам и полу: в 2009 году не установлено достоверной разницы в охвате профилактическими программами ПИН моложе 25 лет и ПИН старше 25 лет, а также ПИН-женщин и ПИН-мужчин. Охват профилактическими программами ПИН моложе 25 лет составил 59,1 % (2008 год - 48,3%), ПИН старше 25 лет – 60,1% (2008 год – 53,5%). Охват мужчин-ПИН профпрограммами составляет - 59,8 % (2008 год - 53%), женщин-ПИН – 60,6% (2008 год – 51,4%). При росте охвата ПИН профпрограммами, этот показатель неодинаков в регионах республики. В большинстве регионов он ниже среднереспубликанского от 22% - в г.Атырау до 54% - в г. Алматы. Показатель охвата ПИН профпрограммами выше среднереспубликанского варьирует от 99% в г. Таразе до 61% - в г.г.Усть-Каменогорске и Экибастузе – см. рисунок № 62.

Рисунок 15. Охват ПИН профилактическими программами (%), (т.е. знают, куда пойти обследоваться на ВИЧ, получили одноразовые шприцы и презервативы - индикатор UNGASS), по регионам РК, ДЭН 2009 год.



В сравнении с 2008 годом, в 2009 году снижение количества ПИН, которые ответили, что были охвачены профилактическими программами, произошло в Петропавловске – в 1,8 раза, Аксу – в 1,4 раза, Усть-Каменогорске – в 1,2 раза, Экибастузе – в 1,4 раза, Уральске – в 1,2 раза. В остальных сайтах наблюдается увеличение охвата ПИН профпрограммами – рисунок № 63.

Рисунок 163. Динамика охвата ПИН профилактическими программами (%), (т.е. знают, куда пойти обследоваться на ВИЧ, получили одноразовые шприцы и презервативы - индикатор UNGASS), по регионам РК, ДЭН, 2008-2009 годы.

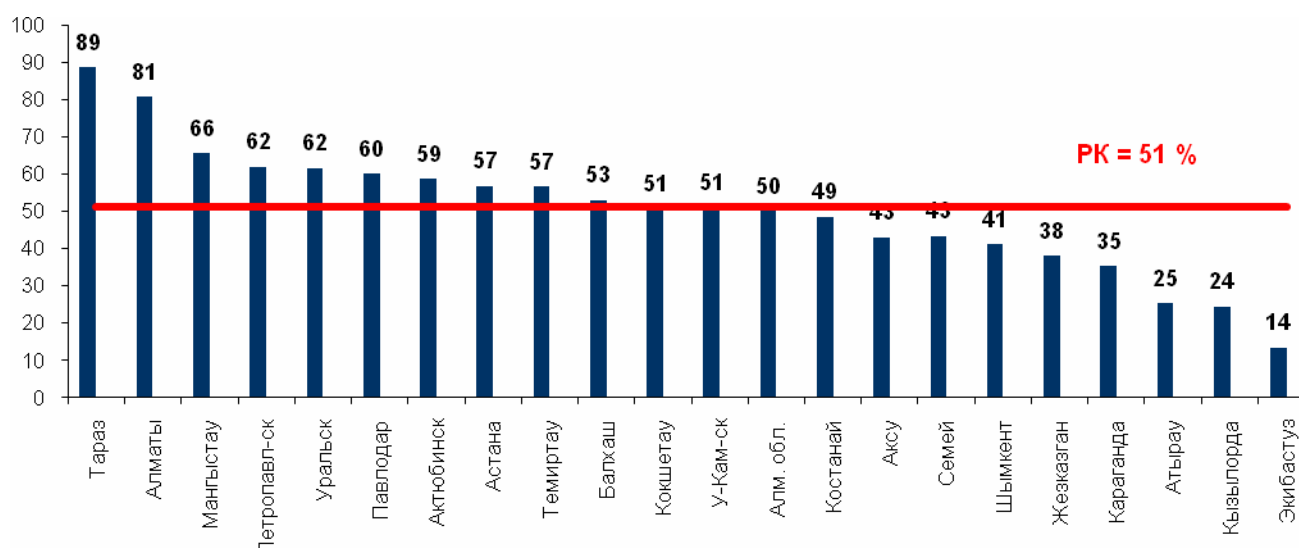


Тестирование ПИН на ВИЧ тоже является важнейшим показателем внедрения программ «снижения вреда». В 2009 году доля ПИН, которые прошли добровольное тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев достоверно увеличилась ($P < 0,007$) и составила – 50,9% (2008 год – 48,1%). Доля ПИН моложе 25 летнего возраста, которые прошли добровольное тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев, составила 46,4% (2008 год – 46,9%), и по сравнению с ПИН старше 25 лет достоверно ниже ($P < 0,009$). У ПИН старше 25 летнего возраста добровольное тестирование на ВИЧ составило 51,6 % (2008 год – 48,3%). Доля женщин-ПИН, которые прошли

добровольное тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев составила 52,2 % (2008 год – 50,2%), у мужчин-ПИН – 50,6 % (2008 год – 47,7 %). Достоверной разницы между уровнем тестирования по гендерному составу не выявлено ($P < 0,4$).

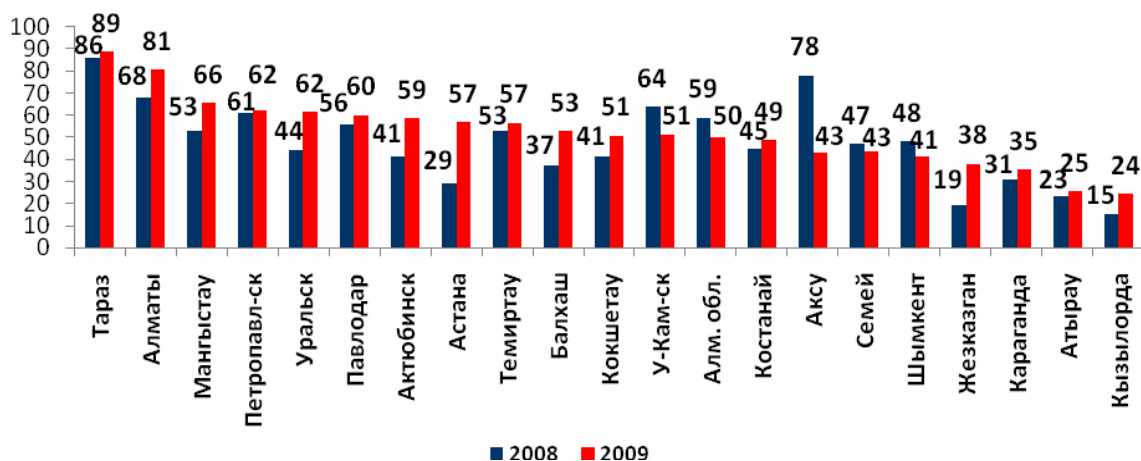
Уровень добровольного тестирования ПИН на ВИЧ сильно различается по регионам. Максимальное добровольное тестирование на ВИЧ наблюдается в Таразе, (89%), Алматы (81%) и Мангистау (66%), наименьшие показатели - в Атырау (25%), Кызылорде (24%), г. Экибастузе (14 %) – см. рисунок № 64. Вызывают большое сомнение данные по обследованию ПИН на ВИЧ в г.Таразе (89 %) и 81 % - в г. Алматы, при том, что в 2009 году в этом регионах обследовано на ВИЧ по 102 коду соответственно только 39,6 % и 12,7 % ПИН от БОС – рисунок № 64.

Рисунок 64. Доля ПИН (%), которые прошли добровольное тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев по регионам РК, ДЭН, 2009 год.



В 2009 году по сравнению с 2008 годом, доля ПИН, прошедших добровольное тестирование на ВИЧ, уменьшилась в Аксу (в 1,8 раза), Усть-Каменогорске и Алматинской области (в 1,2 раза), Семей (в 1,1 раза). Во всех остальных регионах наблюдается рост добровольного тестирования на ВИЧ – рисунок № 65.

Рисунок 65. Доля ПИН (%), которые прошли добровольное тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев по регионам РК, ДЭН, 2008-2009 годы.



6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

6.1. Выводы.

1. В 2009 году доля ПИН в РК от общего количества населения старше 15 лет составила 1,03 %.
2. Число ПИН, состоящих на официальном учете в учреждениях наркослужбы, в 3,4 раза ниже оценочного их количества по БОС.
3. Количество Пунктов доверия в РК по сравнению с 2008 годом увеличилось на 5,7 %.
4. Прямой и систематический охват ПИН профилактическими программами за 2009 год по сравнению с 2008 годом выросли в 1,3 раза.
5. В 2009 году в профпрограммы привлечено в 1,7 раза больше новых ПИН, чем в 2008 году.
6. Тестирование ПИН на ВИЧ-инфекцию остается в РК на низком уровне и составляет всего 20,4 % от численности ПИН по БОС, что свидетельствует о низком уровне проводимого психосоциального консультирования ПИН и отсутствие у них мотивации.
7. За 5 лет проведения ДЭН изменился возрастной состав популяции ПИН РК. Достоверно в 1,9 снизилось число ПИН моложе 25 лет при одновременном увеличении в 1,3 раза числа ПИН 35 лет и старше.
8. Впервые, за последние 5 лет наблюдения наблюдается снижение распространенности ВИЧ-инфекции в популяции ПИН РК до 2,9 %. По

сравнению с 2008 годом (4,2 %) среди ПИН произошло снижение распространенности ВИЧ – инфекции в 1,4 раза.

9. Среднереспубликанский показатель распространенности ВГС в 2009 году составил 60,3 % и все время проведения ДЭН устойчиво превышает 60 %.
10. Распространенность антител к сифилису по данным ДЭН 2009 года составила – 10,9 %. В течение 4 лет распространенность сифилиса стабильно находится в пределах 9 - 11,5 %.
11. В 2009 году, при снижении распространенности ВИЧ-инфекции, увеличились качественные показатели, характеризующие сексуальное и инъекционное поведение ПИН:
 - В 2009 году, по сравнению с 2005 годом, количество участников ДЭН среди ПИН принявших одновременно безопасные сексуальное и инъекционное поведение, выросло в 2 раза с 11 % до 22 % .
 - В 2009 году в сравнении с 2008 годом доля ПИН, использующих общий инъекционный инструментарий, снизилась с 48 % до 43 %.
 - По сравнению с 2008 годом, наблюдается достоверное снижение количества ПИН, пользующихся общими шприцами, с 7 % до 5 %.
 - Доля ПИН, принявших на себя безопасное сексуальное поведение, увеличилась с 40 % - в 2008 году до 46 % - в 2009 году.
12. В 2009 году в сравнении с 2008 годом, специализированную медицинскую помощь получили в 1,3 раза больше ПИН, признавших у себя наличие симптомов ИППП.
13. За 5 лет проведения ДЭН наблюдается рост востребованности услуг ДК у представителей уязвимых групп: с 3,5 % - в 2005 году до 33,4 % - в 2009 году.
14. В 2009 году в сравнении с 2008 годом, доля ПИН, правильно указавших способы профилактики и пути передачи ВИЧ и в то же время отвергших основные неверные представления о передаче ВИЧ увеличилась с 59,1 % до 64 %.
15. В 2009 году, в сравнении с 2008 годом, доля ПИН, охваченных программами профилактики ВИЧ увеличилась с 53 % до 60 %.
16. В 2009 году в сравнении с 2008 годом, доля ПИН, прошедших добровольное тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев, увеличилась с 48,1 % до 50,9 %.
17. Доступ к услугам снижения вреда среди ПИН сосредоточен в основном в больших городах, но практически отсутствует в малых городах и сельских местностях. Имеется дефицит обученных мотивированных кадров, и существует высокая ротация сотрудников привлеченных в профпрограммы среди ПИН.

18. Заместительная терапия метадоном внедрена на пилотном уровне.

19. Деятельность НПО не устойчива и малоэффективна, и не все НПО представляют информацию в ОГЦ СПИД об охвате ПИН профпрограммами, так как сами не проводят мониторинг своей деятельности.

6.2. Рекомендации

1. Дальнейшее расширение сети ПД в малых городах и сельских населенных пунктах.
2. Нацелить работу специалистов Пунктов доверия на привлечение к профилактическим программам более уязвимых в отношении инфицирования ВИЧ женщин-ПИН и ПИН моложе 25 лет.
3. Пересмотреть возможности дальнейшего привлечения ПИН в Дружественные кабинеты. В частности, привлекать на дальнейшее обследование и лечение ПИН, имеющих положительные результаты антител к сифилису по данным ДЭН. Практиковать участие сотрудников ДК в аутрич-выходах, выезды с передвижными ПД в места дислокации ПИН с целью увеличения охвата ПИН этой услугой.
4. Более тщательно осуществлять подбор аутрич-работников и их помощников. Всем ОГЦ СПИД пересмотреть графики, программы и формы обучения аутрич-работников и волонтеров. Расширять сеть добровольных волонтеров и их помощников. Подключать к проведению семинаров самих аутрич-работников и волонтеров. По возможности использовать дополнительные методы поощрения наиболее достойных.
5. При проведении профилактической работы среди ПИН необходимо акцентировать специалистов ПД на следующие моменты:
 - На привлечении новых ПИН к посещению ПД и ДК;
 - На повышенном риске инфицирования ВИЧ и ВГС при употреблении ИН с половым партнером и с незнакомым человеком;
 - На опасности сексуальных контактов с непостоянными и коммерческими партнерами, и обязательном использовании презервативов с такими партнерами;
 - На повышение роли волонтеров и аутрич-работников среди ПИН, как источников достоверной информации для ПИН в отношении путей передачи и мер профилактики ВИЧ-инфекции, по принципу «равный – равному»;
 - На увеличение мотивации ПИН к добровольному тестированию на ВИЧ и соответственное повышение качества ПСК, как в кабинетах ПСК, так и в ПД;
 - Предупреждение участия в донорстве.

6. Использовать возможности НПО, работающих в регионе по профилактическим программам среди уязвимых групп.
7. Использовать средства массовой информации для рекламирования услуг Пунктов доверия и Дружественных кабинетов (бегущая строка, рекламные ролики и др.).

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

**Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ – инфекции
среди работниц секса в Республике Казахстан за 2009 год**

Бабина Наталья
заведующая отдела эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией
Павлодарского областного центра СПИД

I. Контекст

Сегодня профилактика ВИЧ-инфекции среди людей, вовлеченных в коммерческий секс, становится для нас особенно актуальной, так как, достигнув максимального распространения среди потребителей инъекционных наркотиков, она начинает передаваться сексуальным путем. Исходя из опыта других стран мира видно, что предотвратить и контролировать «сексуальную» эпидемию гораздо сложнее, чем работать в группе наркопотребителей, и это требует вложения гораздо больших ресурсов. Эпидемиологический мониторинг, проводимый нами в Казахстане, показывает, что многие люди, предоставляющие сексуальные услуги на профессиональной основе, являются также потребителями инъекционных наркотиков или имеют партнеров – потребителей. Именно они могут стать «мостиком», переводящим эпидемию в другие слои населения. СР при высоком уровне знаний продолжают вести опасные практики как сексуального, так и инъекционного поведения. В работе по профилактике ВИЧ-инфекции не учитываются гендерное и другие виды неравенства, которые формируют типы поведения людей и ограничивают возможности их выбора. В реальной жизни женщины подвержены различным факторам риска и уязвимости. Многие из этих факторов обусловлены социальными отношениями и экономическими реалиями общества, в котором они живут. Для того чтобы профилактические мероприятия имели в конечном итоге успех, они должны быть направлены на взаимосвязь между гендерным и социально-экономическим неравенством и уязвимостью к ВИЧ.

Результаты дозорного эпиднадзора среди СР показали, что группа СР несет двойную угрозу для эпидемии ВИЧ (два пути передачи ВИЧ – инъекционный и половой), и здесь нельзя исключить и третий путь – вертикальный, так как СР находятся в фертильном возрасте. Половой путь передачи играет все большую роль в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Казахстане.

1.2 Цели и задачи

Цель: представить эпидемическую ситуацию по ВИЧ- инфекции и профилактические вмешательства среди РС

Задачи:

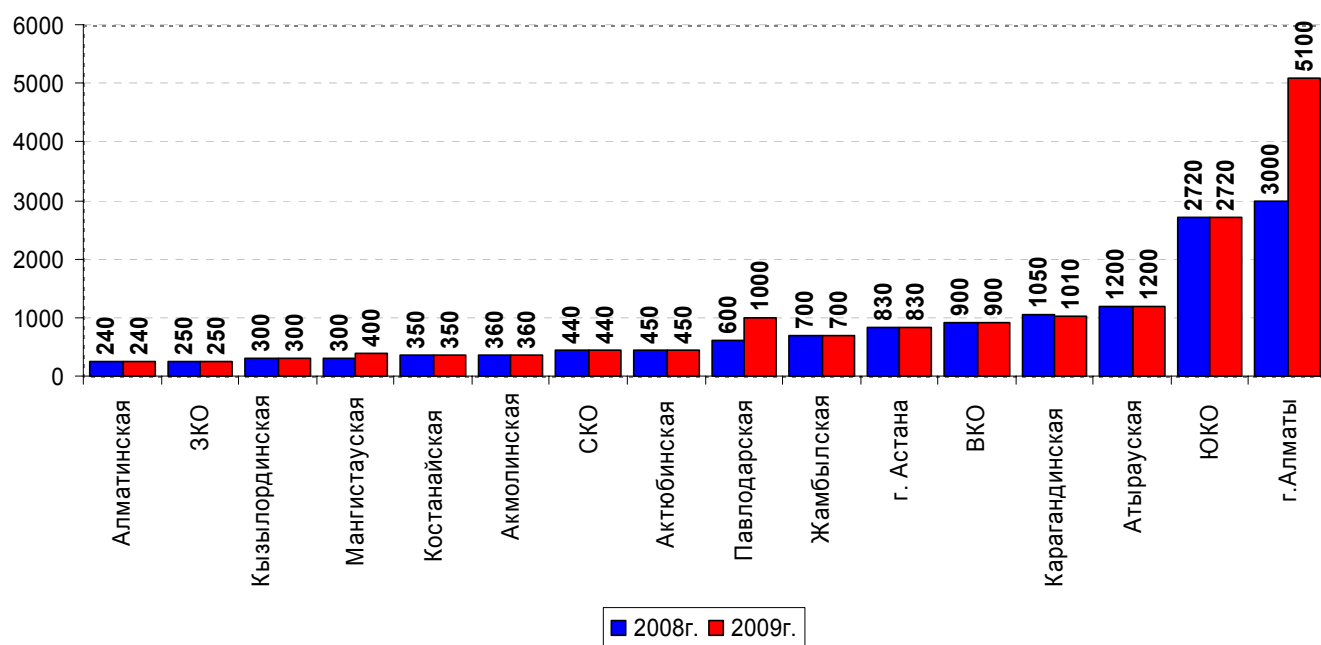
- анализ результатов БОС среди РС;
- изучение распространенности ВИЧ – инфекции в группе РС по данным скрининга;
- анализ данных ДЭН;
- заключение

II. Размер популяции

В республике оценка численности РС проводится в соответствии с методическими рекомендациями «Быстрая оценка численности уязвимых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами)» от 2004г. в крупных городах Казахстана. При оценке численности секс работников использовались первичные данные.

По результатам БОС, представленной из ОГЦ СПИД на 01.01.2010 года, в РК насчитывается 16 250 работников секса, что в 1,2 раза больше, чем в 2008 году (13 690). Количество РС по БОС увеличилось в 1,7 раза в г. Алматы (с 3000 до 5100) и в Павлодарской области (с 600 до 1000).

Рисунок 17 Количество РС по БОС (2008г. - 2009г.)



В остальных областях количество РС по БОС осталось без изменений.

Таблица 1. Количество РС по БОС (2009г.)

	Количество РС по БОС	Численность населения от 15 и старше	% РС от численности населения
Акмолинская	360	580447	0,06
Актюбинская	450	513660	0,09
Алматинская	240	1223278	0,02
Атырауская	1200	340369	0,35
ВКО	900	1122384	0,08

Жамбылская	700	728845	0,10
ЗКО	250	479710	0,05
Карагандинская	1010	1052081	0,10
Костанайская	350	724192	0,05
Кызылординская	300	432234	0,07
Мангистауская	400	281403	0,14
Павлодарская	1000	586454	0,17
СКО	440	526921	0,08
ЮКО	2720	1581505	0,17
г.Алматы	5100	1024739	0,50
г.Астана	830	492684	0,17
Всего по РК	16250	11690906	0,14

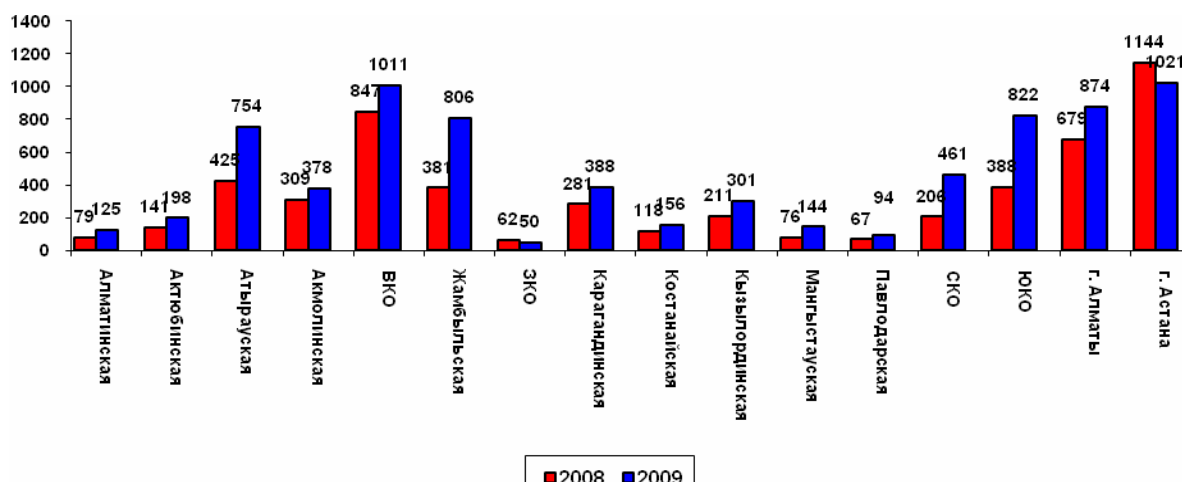
Доля РС от численности населения в РК составляет 0,14%. Этот показатель может применяться для триангуляционного расчета группы по БОС.

III. Надзор за зарегистрированными случаями ВИЧ-инфекции

В 2009 году по Республике в соответствии с Правилами медицинского освидетельствования на заражение ВИЧ по коду 105 обследовано - 7583 РС, это в 1,4 раза больше, чем в 2008 году (2008г. - 5415 РС).

Уровень охвата тестированием РС по коду 105 от БОС в 2008 году составил 33,3% (5415/16250), в 2009 году 46,6% (7583/16250).

Рисунок 18. Кратность обследования РС на ВИЧ по коду 105.



Увеличение объемов тестирования РС произошло в: ЮКО, СКО, Жамбылской – в 2 раза; Мангистауской и Атырауской областях – в 1,8 раза; Алматинской, Карагандинской, Актюбинской, Кызылординской, Костанайской областях – в 1,3 раза.

Таблица 2. Количество РС, обследованных по коду 105 и выявленных среди них ВИЧ – инфицированных, в разрезе регионов (2009 год)

Регионы	Численность РС, обследованных по коду 105	Количество выявленных ВИЧ-инфицированных РС
Акмолинская	378	0
Актюбинская	198	0
Алматинская	125	1
Атырауская	754	0
ВКО	1011	3
Жамбылская	806	0
ЗКО	50	0
Карагандинская	388	1
Костанайская	156	1
Кызылординская	301	0

Мангистауская	144	0
Павлодарская	94	0
СКО	461	0
ЮКО	822	3
г.Алматы	874	4
г.Астана	1021	2
Всего по РК	7583	15

Доля выявленных ВИЧ инфицированных по 105 коду и в 2008 и 2009 годах осталась на одном уровне и составила 0,2%.

Таблица 3. Распространенность ВИЧ-инфекции в группе РС по данным скрининга

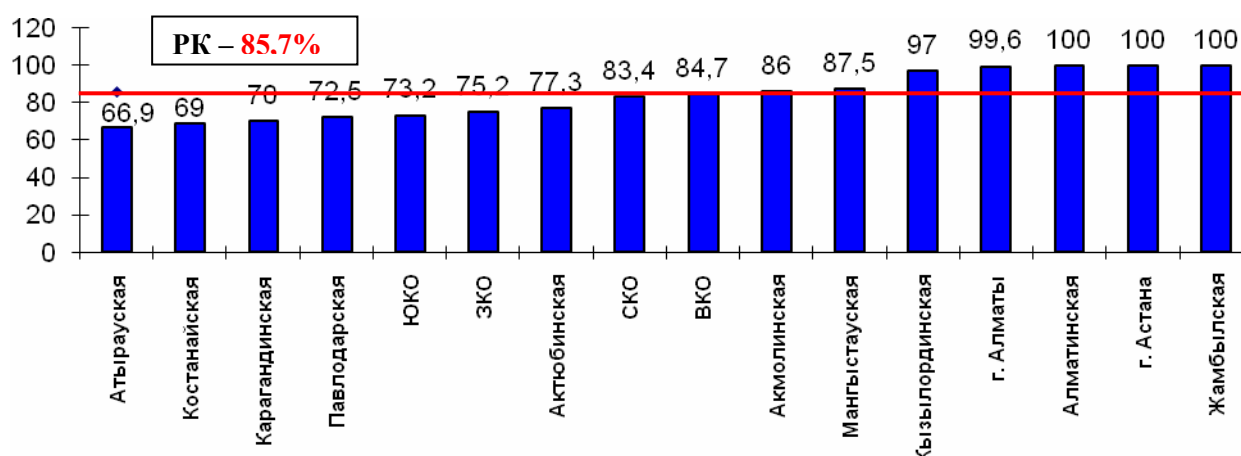
Годы	Число обследованных РС по коду 105	Из них выявлено ВИЧ - инфицированных	Распространенность ВИЧ инфекции по коду 105
2004 г.	4155	7	0,2
2005 г.	3903	5	0,1
2006 г.	4652	5	0,1
2007г.	4044	11	0,3
2008г.	5413	13	0,2
2009г.	7583	15	0,2

Регистрация ВИЧ-инфекции по коду 105 не отражает истинного уровня распространенности ВИЧ-инфекции в этой группе и не зависит от увеличения количества обследования (2004г.: обследовано 4155, распространенность ВИЧ – 0,2%; 2009г.: обследовано 7583, распространенность – 0,2%). ВИЧ - инфицированные среди РС также регистрируются по кодам 114 (анонимное обследование), 104 (ИППП), 102 (ПИН) и др.

IV. Программа «снижения вреда» среди РС

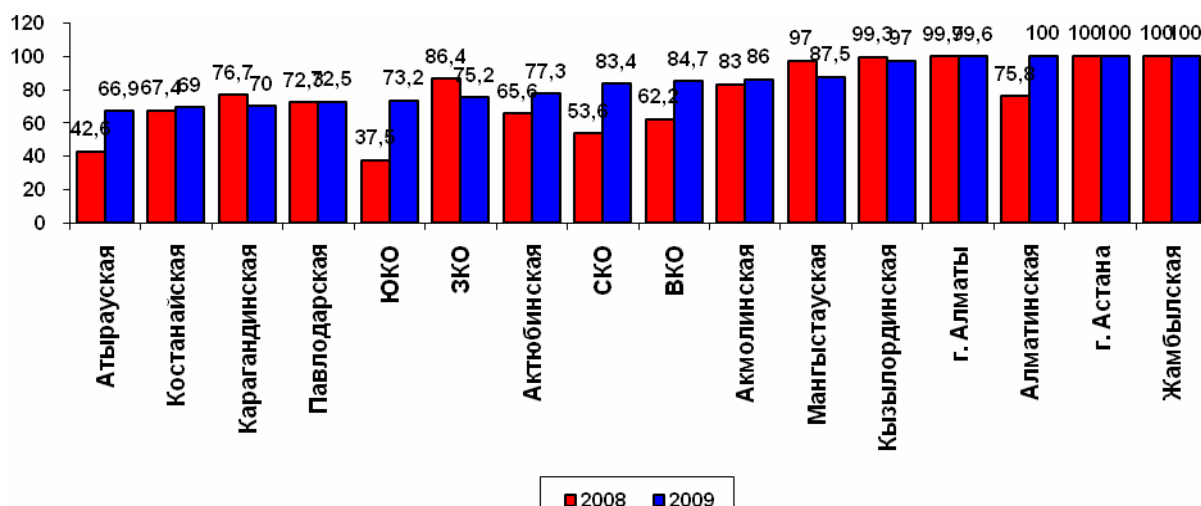
За 2009 год по Республике осуществлено 30 602 выходов в места сбора секс - работников (2008г. – 24 594). Профилактической работой в 2009 году было охвачено – 13936 работников секса, то есть 85,8% от БОС (2008г. - 77%), это на 8,8% больше чем в 2008 году. В г. Астана, Алматинской и Жамбылской областях 100% РС от БОС были охвачены профилактическими программами. Ниже республиканского показателя охват профпрограммами РС в Актюбинской, ЗКО, ЮКО, Павлодарской, Карагандинской, Костанайской и Атырауской областях.

Рисунок 3. Охват РС профилактическими программами (%)



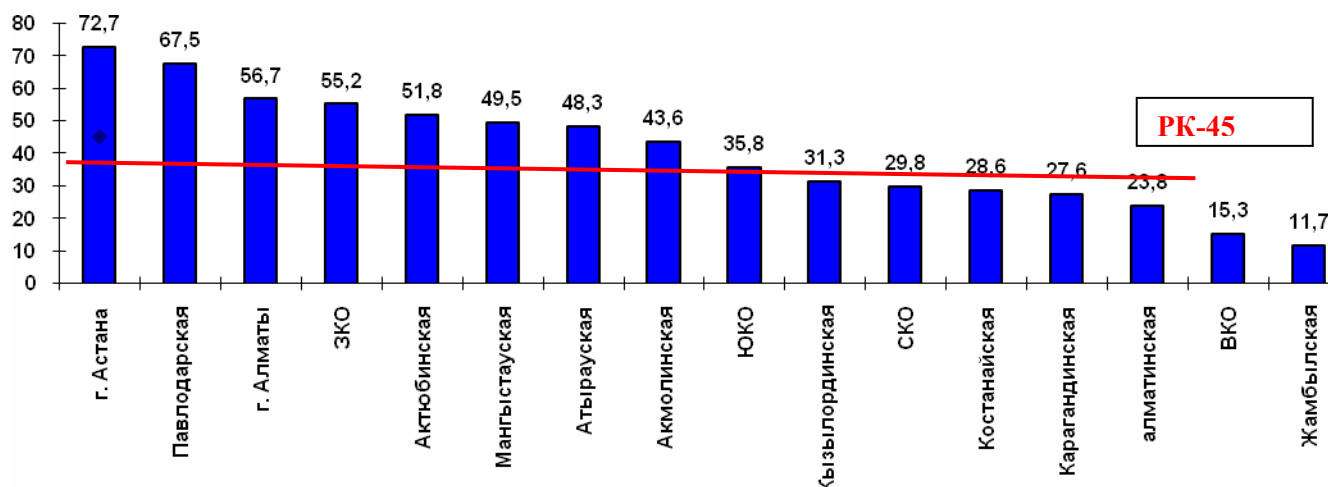
По сравнению с 2008 годом в 2009 году охват РС профилактическими программами уменьшился в ЗКО на 11,2%, в Мангыстауской области на 9,5%, в Карагандинской области на 6,6%.

Рисунок 4. Охват РС профилактическими программами



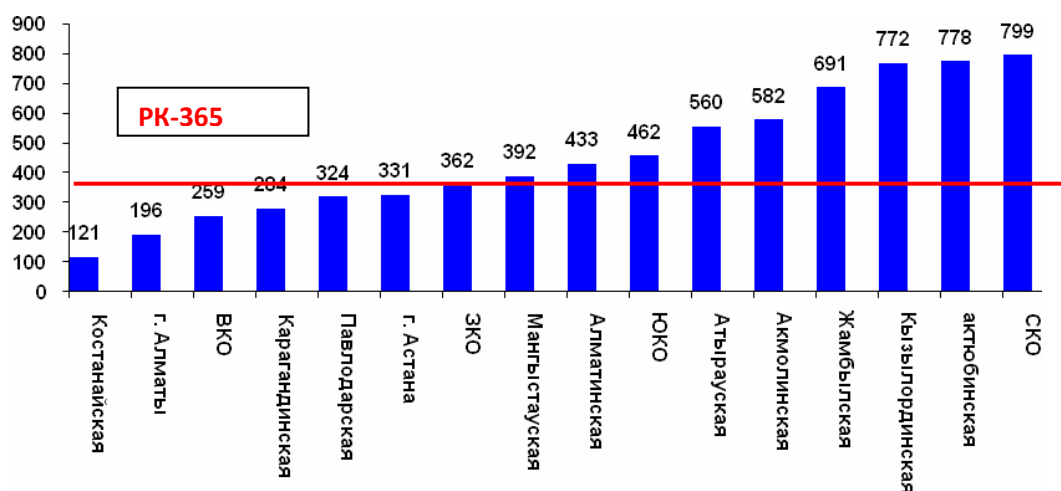
За анализируемый период 7330 РС впервые были вовлечены в профилактические программы, или 45% от БОС, что в 1,7 раза больше, чем в 2008 год. Наибольшее количество вновь вовлеченных РС от БОС в профпрограммы наблюдается в г. Астане, Павлодарской области и г. Алматы.

Рисунок 5. Процент новых РС, вовлеченных в профилактические программы, 2009г. (%)



За 12 месяцев 2009 года РС было роздано 5090026 (2008г. - 3649990) презервативов, что в 1,4 раза больше по сравнению с прошлым годом. Показатель обеспеченности презервативами РС составил 365 штук на одну РС, против 267 – в 2008 году. Однако для того, чтобы профилактические программы среди РС работали необходимо не менее 720 презервативов на 1 РС в год (рекомендации ВОЗ). Ниже республиканского показатель в Костанайской области, г. Алматы, ВКО, Карагандинской и Павлодарской областях.

Рисунок 19. Обеспеченность 1 РС презервативами на год, 2009 (шт.,)



Секс - работницам, употребляющим наркотики инъекционным путем, роздано 241197 шприцев (2008г. - 491683).

По направлению аутрич – работников проконсультировано у гинеколога 6460 РС, что составляет 39,7% от БОС (в 2007г. 3684; 27% от БОС), у врача- венеролога - 5628 - 34,6% от БОС (в 2007 г. – 3322 РС, 24,3% от БОС), у нарколога – 170 – 1% от БОС, у психолога – 7169 РС, 44% от БОС.

В Дружественные кабинеты в 2009 году обратилось 8957 РС (2008г. - 8858). Из числа обратившихся РС получили синдромальное лечение – 6278. 7252 РС было проведено экспресс тестирование на ВИЧ-инфекцию.

V. Дозорный эпидемиологический надзор

Цель: определение прогностических факторов ВИЧ - инфекции, о которых сообщают сами опрошенные секс работницы. Оценка поведенческого риска при существующих типах практики сексуального поведения и употребления наркотических веществ стала возможна благодаря установленной взаимосвязи между данными факторами и распространением ВИЧ-инфекции среди СР в Казахстане.

Материалы и методы

В июне – августе 2009 года был проведен дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) среди секс работниц (СР), в котором участвовали 2249 СР.

Субъектами исследования были лица, оказывающие секс услуги в течение любого времени последних 6 месяцев. Дозорными территориями являлись места сбора СР, места, где ищут и находят сексуальных партнеров (рестораны, бары, «пятаки», гостиницы, квартиры). Данные о таких местах представили сами СР, таксисты, полицейские, работники НПО. Составлена была карта города, на которую были нанесены места дислокации СР, их примерная численность на «точках» и время работы. Методика отбора респондентов определена отдельно для каждого города в зависимости от количества СР по БОС: во всех городах Казахстана (участие приняли 20 городов Казахстана) кроме Алматы, исследованием были охвачены все места дислокации РС; в г. Алматы из-за размера города и большого количества мест скопления СР исследованием использован метод двухступенчатой кластерной выборки. Отбор кластера был вероятностный. Отбор респондентов произведен случайным образом, с использованием систематической (шаговой) выборки.

Размер выборки был вычислен с помощью компьютерной программы Epi-Info 2003 для популяционного эпидемиологического анализа. Во время ДЭН одновременно проводился подсчет количества лиц, отказавшихся от анкетирования и сдачи материала на исследование. Анкетирование проводилось на основании типовой анкеты для работников секса. Анкета содержала 44 вопроса, разработана специалистами Американского центра по контролю и профилактике заболеваний (СДС) и сотрудниками Республиканского и областных центров СПИД (ОЦ СПИД).

Интервьюируемые опрашивались о половом поведении, инъекционной практике, участии в профилактических мероприятиях, знаниях о ВИЧ/СПИДе.

Подготовительный этап ДЭН включал проведение семинара и инструктажа для сотрудников центра СПИД и волонтеров привлеченных к данному исследованию. Интервьюерами устанавливались контакты с СР и проводился опрос других респондентов. После интервью взятие крови участников проводилось методом «сухой капли» на три инфекции: ВИЧ, сифилис, ВГС. Кровь брали из пальца, капли крови наносились на специальную фильтровальную бумагу (Schleicher&Schuell #903) для последующего исследования. Анкета и биоматериал от каждого исследуемого кодировался, присваивался единый номер и код с тем, чтобы только участник исследования мог идентифицировать себя с результатами теста.

Выдача результатов тестирования производилась по желанию обследуемых в центрах СПИД с проведением послетестового консультирования. Данные вносились и анализировались с использованием программы Epi-Info. Проведен анализ описательных переменных и ассоциации между социально-демографическими переменными и риском сексуального поведения.

ВИЧ серология

Для исследования биообразцов был применен иммуноферментный анализ (ИФА). В ДЭН были использованы скрининговые тест-системы, применяемые в лабораторной практике ОЦ СПИД. Случай считался «положительным» если результат был положительным в скрининговой тест системе и подтверждался экспертным тестом. В качестве скрининговых тестов были использованы тесты на определение антител к ВИЧ - скрининговая тест - система - ЗАО «Вектор-Бест» г. Новосибирска «Комби - Бест анти ВИЧ-1+2». В качестве экспертных тестов использовались тесты фирмы «Эбботт - Мюрекс» производства США.

Сифилис

В качестве скрининговых тестов использовался тест на определение антител к сифилису – Рекомби-Бест антипаллидум стрип, ЗАО Вектор-Бест, Новосибирск, Россия.

Экспертная тест - система - «Murex» фирма «Abbott» США Экспертными тест системами были тесты фирмы «Эбботт - Мюрекс» производства США.

Случай считался «положительным», если результат был положительным в скрининговом тесте и подтверждался в экспертной тест системе.

Гепатит С

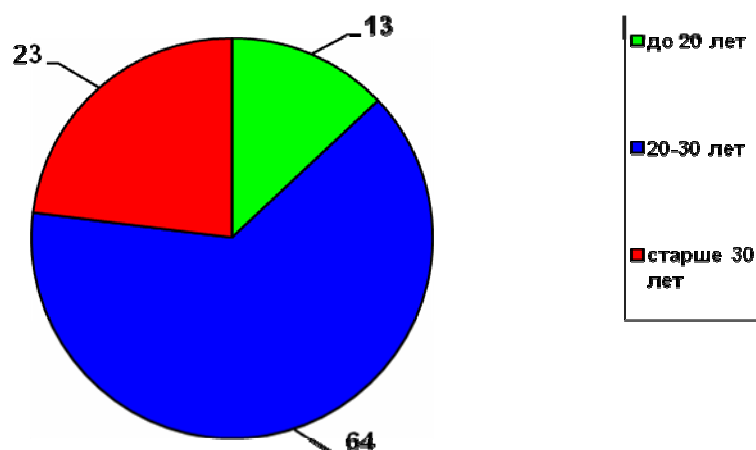
В качестве скринингового теста применялся тест на определение антител к вирусному гепатиту «С» - РекомбиБест анти ВГС ЗАО Вектор-Бест, Новосибирск, Россия. Экспертными тестам были тесты фирмы «Эбботт - Мюрекс» производства США.

Случай считался «положительным» при положительном результате скринингового теста на антитела к вирусному гепатиту «С», подтвержденного в экспертной тест системе.

5.2 Демографические данные РС

При ДЭН в городах Республики Казахстан было опрошено 2249 СР (женщин – 100%). Выборочная совокупность представлена респондентами от 14 до 56 лет. Медиана возраста равна 26 годам. В 2009 году по сравнению с 2008 годом на 3% увеличилась группа РС до 20 лет и на 1% увеличилась группа РС в возрасте старше 30 лет.

Рисунок 7. Возрастная структура РС, 2009 (%)

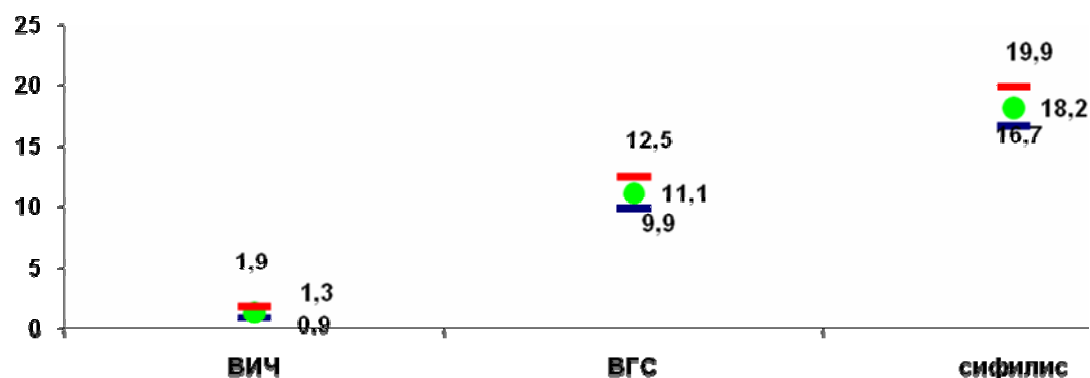


исследования в браке не состояли 90,6% РС, никогда не состояли 50,7%. В зарегистрированном браке проживают 7,2%. Доля респондентов с неполным средним образованием составила 18,6%. Более 67,2% респондентов имеют среднее образование (среднее общее и среднее специальное). Средний образовательный уровень РС будет учтен при реализации информационно – образовательных материалов. В 2009 году медиана дохода РС выросла и составила 30000 тенге, в 2008 году она была равна 25000тенге.

5.3 Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса

Распространенность ВИЧ - инфекции по данным дозорного эпиднадзора в 6,5 раза превышает данные официальной статистики (0,2%) и составила в 2009 г. - 1,3% (2008 г.- 1,4%).

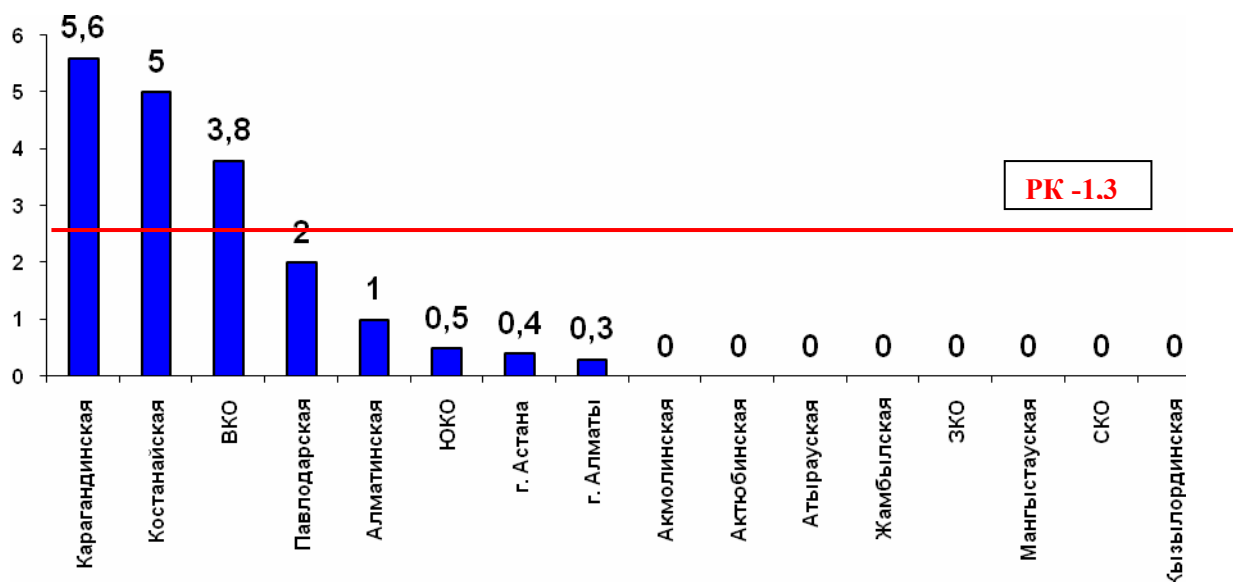
Рисунок 8. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса (N=2249)



Распространенность ВИЧ равна 1,3%(95%ДИ=0,9-1,9); распространенность ВГС равна 11,1%(95%ДИ=9,9-12,5); распространенность сифилиса равна 18,2% (95%ДИ=16,7-19,9).

Выше республиканского показателя, распространенность ВИЧ среди РС наблюдается в Карагандинской области – 5,6%, Костанайской областях – 5,0%, ВКО – 3,8% и Павлодарской – 2% областях. В 8 областях распространенность ВИЧ-инфекции среди РС – 0%.

Рисунок 9. Распространенность ВИЧ-инфекции среди РС (2009,%).



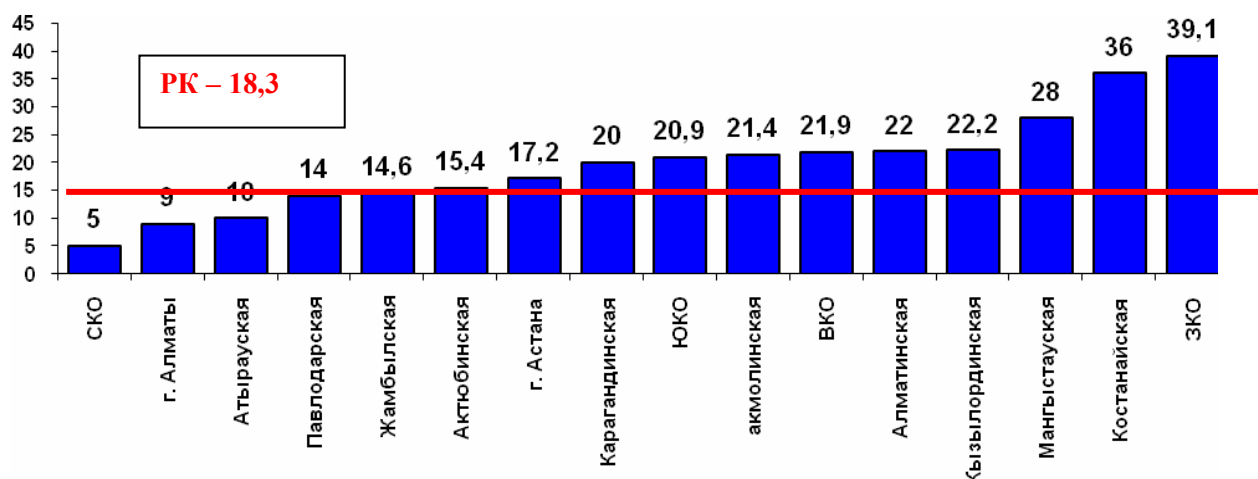
Распространенность ВИЧ-инфекции среди РС в 2009 году по сравнению с 2008 годом увеличилась в Карагандинской области в 2 раза, Костанайской в 1,6 раза, ВКО – в 1,6 раза, в Алматинской области с 0 до 1%. Уменьшилась в Павлодарской области с 3,0% до 2,0%, в ЮКО – с 1,8% до 0,5%, в г. Астане с 1,2% до 0,4% и в г. Алматы с 1,4% до 0,3%, в Атырауской и СКО – с 1% до 0%.

Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди РС, являющихся потребителями инъекционных наркотиков, выше и составляет – 9,8% (2008г. - 4,2%); среди РС не ПИН распространенность ВИЧ – инфекции составила - 0,67% (2008г. – 1,8%). В популяции РС - ВИЧ инфекцией продолжают заражаться преимущественно РС-ПИН и основные профилактические мероприятия должны быть направлены именно на эту подгруппу. ВИЧ - инфицированные РС-ПИН выявлены в 4 областях – ВКО, Карагандинской, Костанайской, Павлодарской областях.

ВИЧ-инфекция у РС моложе 25 лет выявлена в 2 регионах – ВКО и Карагандинской области. Показатель распространенность ВИЧ - инфекции у РС моложе 25 лет составил - 0,53%, у РС старше 25 лет - 1,9%.

Распространенность сифилиса среди РС по данным ДЭН в 2009 году составила – 18,3%, что на уровне 2008 года (17,6%). Выше республиканского показатель распространенность сифилиса в ЗКО – 39%, Костанайской области – 36%, Мангыстауской – 28%, Кызылординской, ВКО и Алматинской области – 22%, ЮКО – 21% и Карагандинской – 20%.

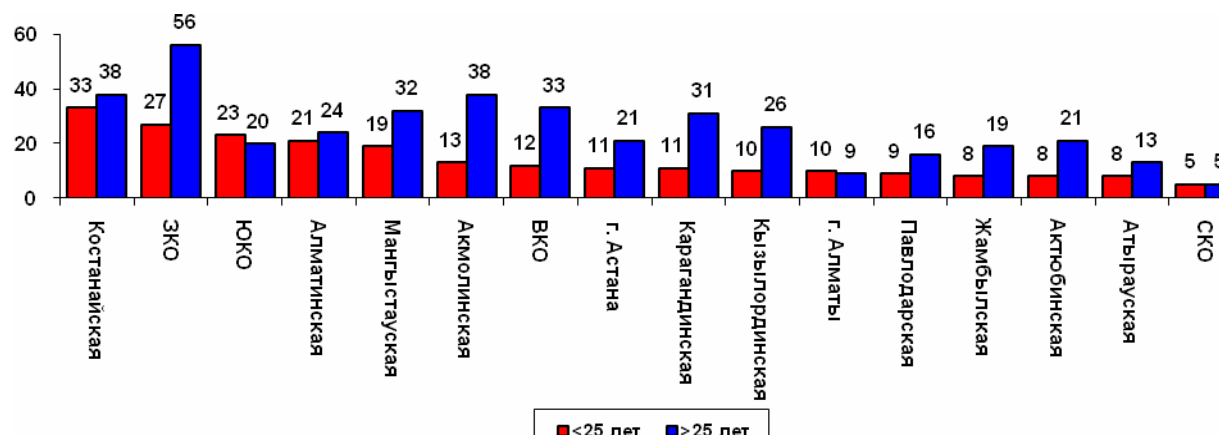
Рисунок 11. Распространенность сифилиса среди РС (2009,%)



Распространенность сифилиса в 2009 году по сравнению с 2008 годом, среди РС увеличилась в ЮКО в 2 раза, Карагандинской области в 1,7 раза, г. Астана в 1,5 раза, ЗКО - в 1,4 раза, Костанайской области - в 1,2 раза и Акмолинской области в 1,1 раза.

Распространенность сифилиса по республике в 1,6 раза ниже у РС младше 25 - летнего возраста, чем у РС старше 25 - летнего возраста. Во всех областях распространенность сифилиса среди РС старше 25 лет выше, чем у РС -моложе 25 лет.

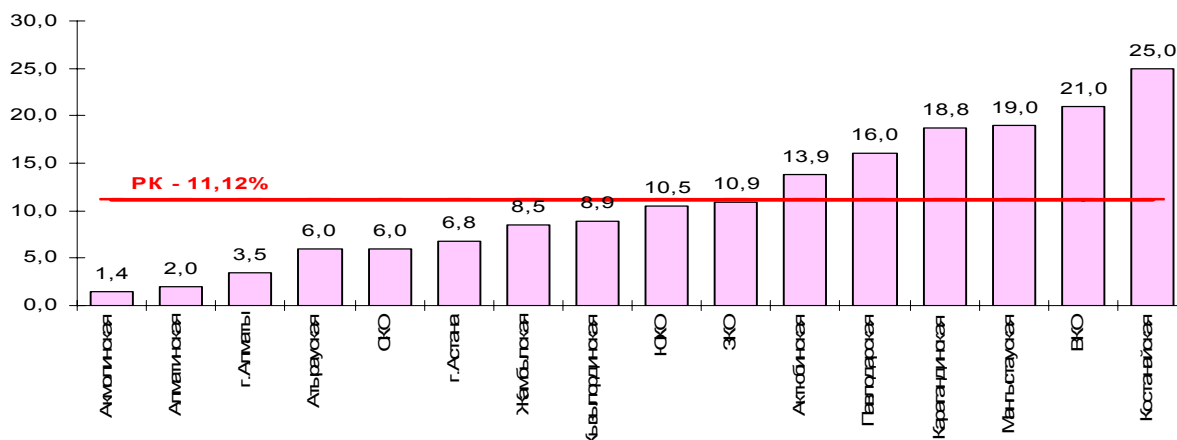
Рисунок 13. Распространенность сифилиса среди РС <25 лет и >25 лет



Распространенность сифилиса по РК среди РС, употребляющих инъекционные наркотики, – 24,7% (2008- 25,9%), что в 1,5 раза больше, чем среди РС не ПИН – 17,7% (2008г.- 17,1%).

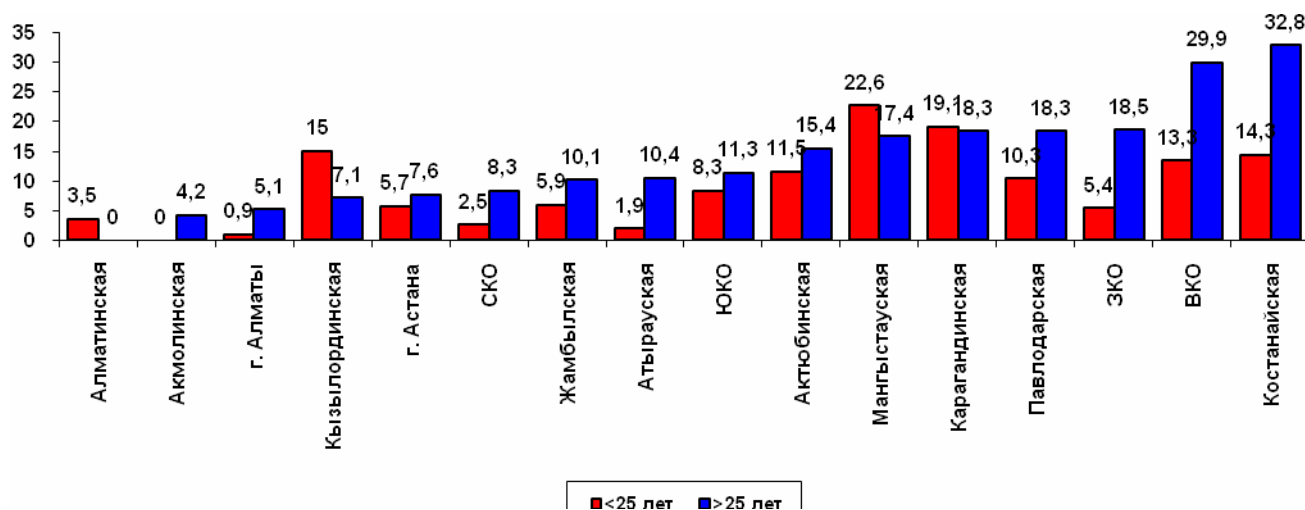
Показатель распространенности ВГС в 2009 году составил 11,1% (2008г. - 12,3%). Выше республиканского показателя зарегистрирована распространенность ВГС в Костанайской области (25%), ВКО(21%), Мангыстауской (19%), Карагандинской (18,8%), Павлодарской областях (16%).

Рисунок 14. Распространенность ВГС среди РС



Распространенность ВГС в 2009 году по сравнению с 2008 годом снизилась в Актюбинской области - в 2 раза, Павлодарской области - в 1,4 раза, ВКО – в 1,3 раза. Увеличилась в Кызылординской области в 4 раза, Мангистауской области в 1,5 раза, Костанайской области, ЮКО - в 1,4 раза. Распространенность ВГС по республике выше у РС старше 25 лет (13,2%), чем у РС младше 25 лет (8,3%), однако в разрезе регионов отмечается следующее: в Кызылординской, Алматинской, Мангистауской и Карагандинской области распространенность ВГС у РС моложе 25 лет выше, чем у РС старше 25 лет.

Рисунок 16. Распространенность ВГС среди РС старше и младше 25-летнего возраста (2009,%).



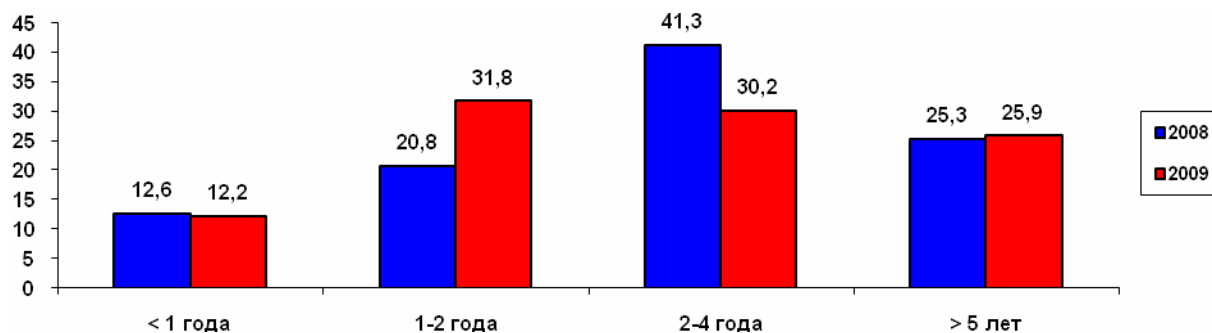
Распространенность ВГС среди РС – ПИН (54,3%) в 7 раз превышает распространенность ВГС у РС не ПИН (7,8%).

Поведенческие показатели

5.4.1. Характеристика секс - бизнеса

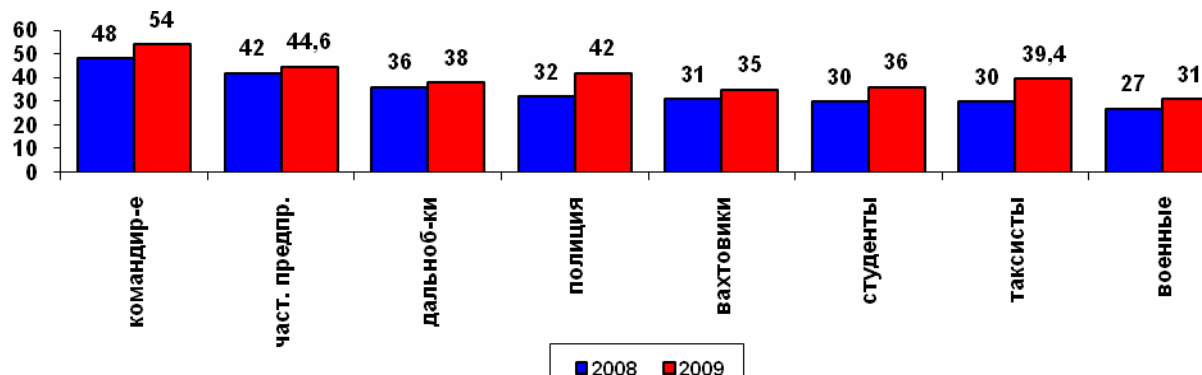
Продолжительность занятия коммерческим сексом – от одного месяца до 19 лет. Среднее значение стажа равно 3 годам, медиана стажа равна 2 годам.

Рисунок 17. Стаж работы РС в секс бизнесе (N=2249)



В 2009 году увеличилось количество РС со стажем работы в секс бизнесе от 1 года до 2 лет и составила 31,8%, что в 1,5 раза больше чем в 2008 году (20,8%). Идет постоянное пополнение группы РС за счет вновь рекрутируемых. Большой приток РС со стажем работы в секс бизнесе до 1 года отмечается в г. Астана – 25,3% (69/273), ВКО – 9,5% (26/273), ЮКО 8,8% (24/273).

Рисунок 18. Род занятий клиентов РС по оценкам РС (%)



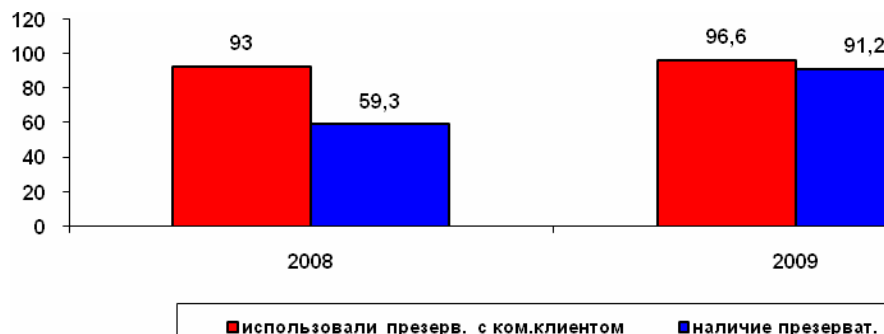
За 2009 среди клиентов РС увеличилось количество полицейских и таксистов. Обращает на себя внимание увеличение числа клиентов РС среди студентов с 30% в 2008 году до 36% в 2009 году (в 1,2 раза).

5.4.2. Использование презервативов

Количество РС, указавших на использование презерватива во время полового контакта с последним клиентом составил – 96,6% (2008г. – 93%).

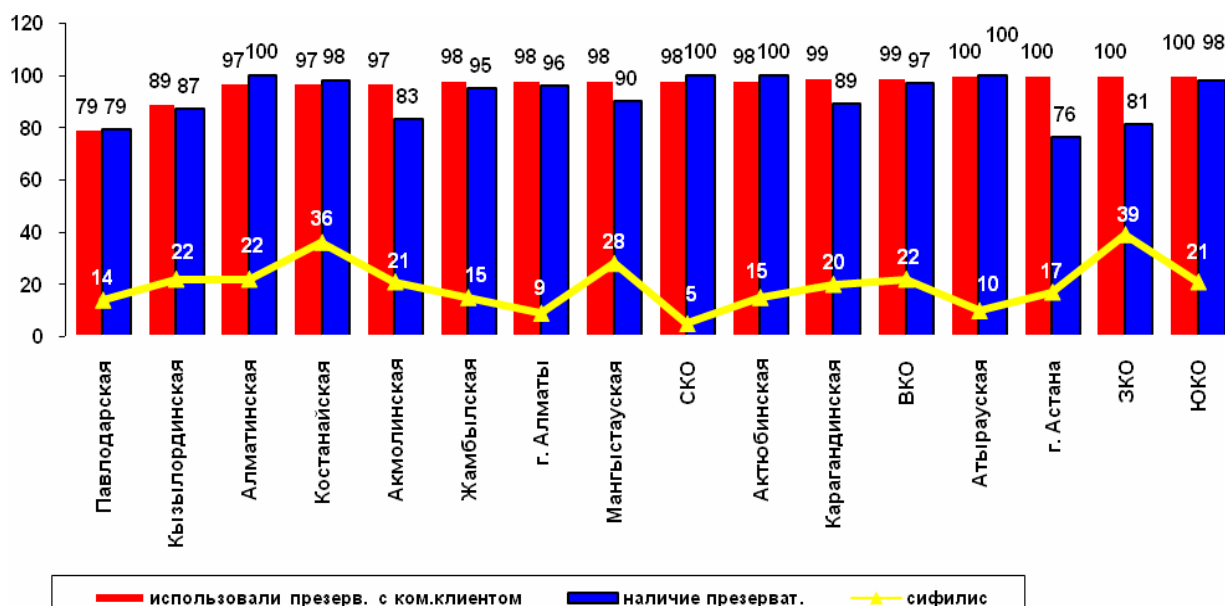
В 2009 году возросло количество РС с 59,3% до 91,2%, имеющих с собой презервативы на «точках».

Рисунок 19. РС имели с собой презервативы и использовали презервативы с последним клиентом



В ЮКО, ЗКО и Атырауской области 100% РС указали на использование презерватива во время полового контакта с последним клиентом. Однако в ЗКО в 2009 году наблюдается самый высокий показатель распространенности сифилиса. Меньше всего РС указали на использование презерватива с последним клиентом в Павлодарской области – 79%.

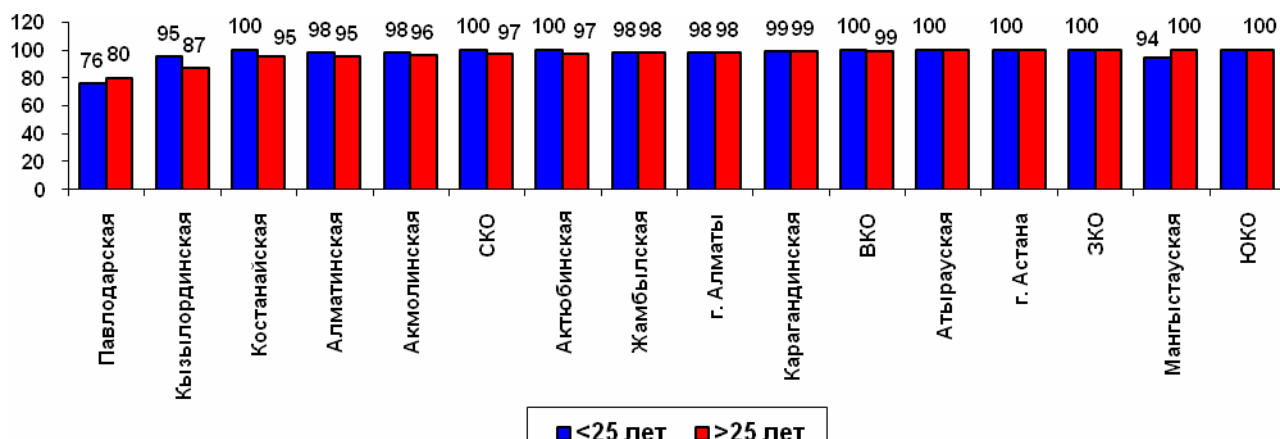
Рисунок 20. РС, имеющие с собой презервативы, использовали презервативы с последним клиентом и распространенность сифилиса в областях среди группы (2009, %)



Показатель распространенности сифилиса среди РС выше республиканского (18,2%; (95% ДИ=16,7-19,9) отмечается в ЗКО, ВКО, Мангыстауской, Костанайской, Алматинской, Кызылординской областях при этом в этих же областях отмечаются и самые высокие данные по использованию презервативов и наличию презервативов у группы РС.

Отсутствует разница в практике использования презервативов среди РС до 25 лет (97,5%) и старше 25 лет 95,8%.

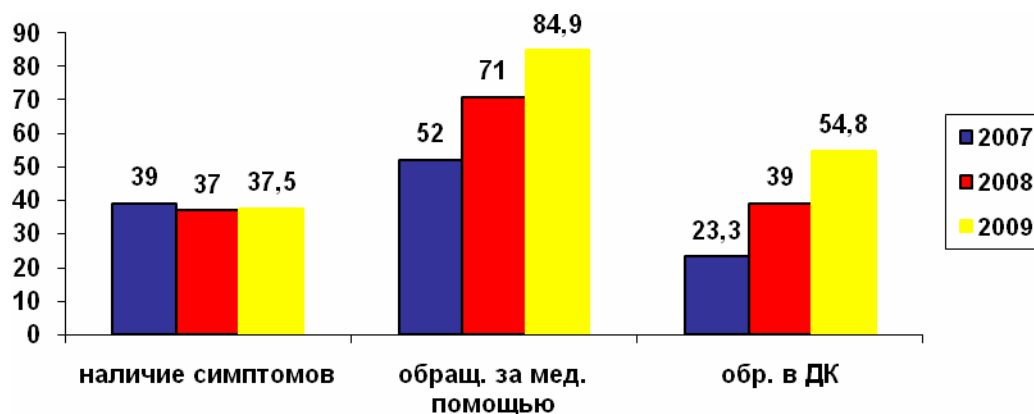
Рисунок 21. Процент РС, указавших на использование презерватива с последним клиентом старше и младше 25 лет (2009,%)



5.4.3. Симптомы ИППП и поиск лечения

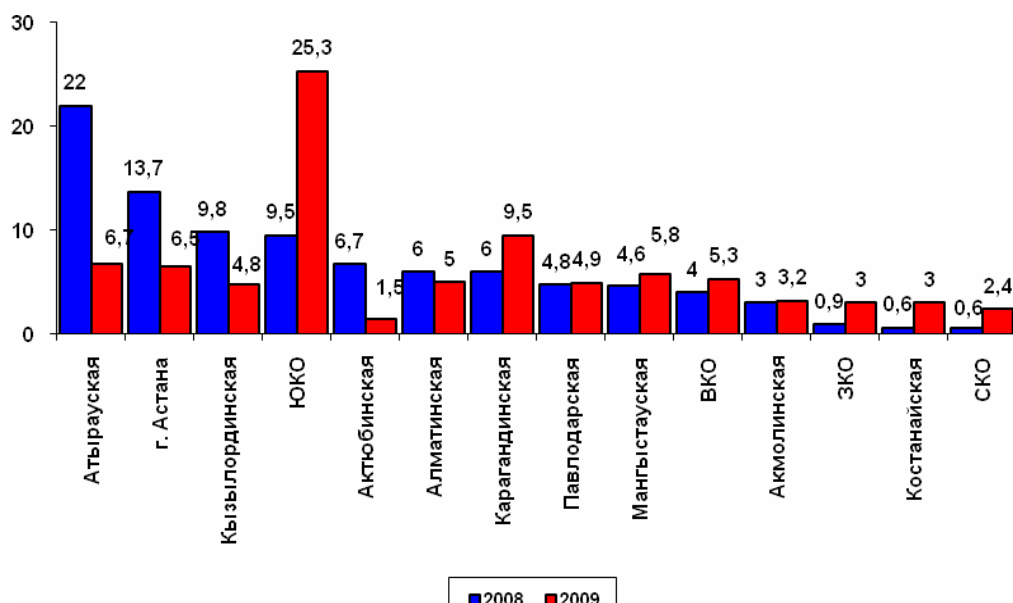
Наличие симптомов ИППП за последние 3 года осталось без изменений, хотя обращаемость в ЛПО и ДК достоверно увеличилась.

Рисунок 22. Наличие симптомов ИППП у РС и их обращаемость за лечением (%).



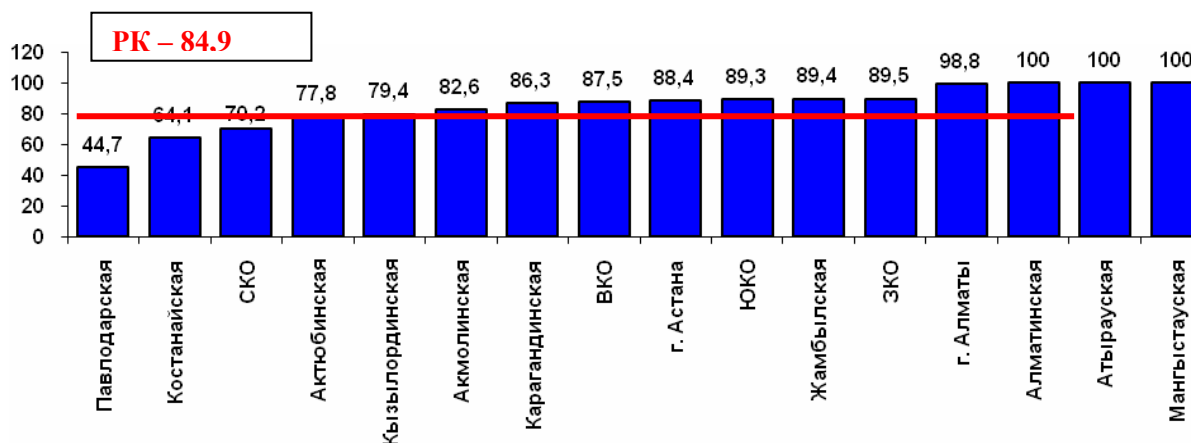
Уменьшилось количество РС с симптомами ИППП, обратившиеся за медицинской помощью в ДК в следующих областях: в Актюбинской - в 4,5 раза, в Атырауской - в 3,3 раза, в г. Астане, Кызылординской – в 2 раза. Достоверное увеличение обращаемости в ДК РС отмечается в ЮКО – в 2,6 раза, в Карагандинской области – в 1,6 раза. Уже в течении 2 лет отмечается низкий уровень обращаемости в ДК РС в следующих областях: СКО, Костанайской, ЗКО, Акмолинской, ВКО, Мангыстауской, Павлодарской.

Рисунок 23. Доля РС с симптомами ИППП, обратившихся за лечением в ДК ОГЦ СПИД (2009-N=462, 2008-N=328),%.



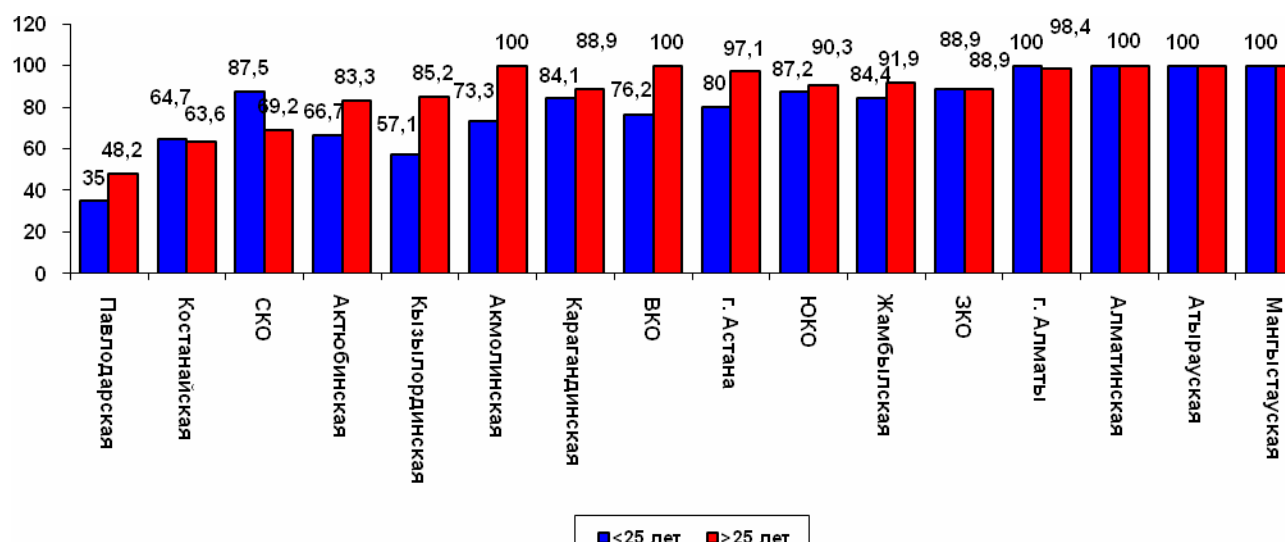
РС, имевшие симптомы ИПСП и получившие соответствующие услуги по диагностике, лечению и консультированию в ЛПО составили - 84,9% (2008г. – 67,5%). В Мангыстауской, Атырауской и Алматинской областях этот показатель равен 100%. Обращаемость РС в ЛПО ниже республиканского показателя отмечается в Павлодарской области (44,4%), Костанайской области (64%), СКО (76,2%), Актюбинской области (77,8%).

Рисунок 24. Доля РС с симптомами ИПСП, получивших соответствующие услуги по диагностике, лечению и консультированию, 2009г. (%)



Среди РС в возрасте до 25 лет обращаемость по поводу лечения ИПСП в ЛПУ ниже (81,6%), чем РС старше 25 лет (87%).

Рисунок 25. Процент РС с симптомами ИППП, получивших соответствующие услуги по диагностике, лечению и консультированию старше и младше 25 лет (2009, %).

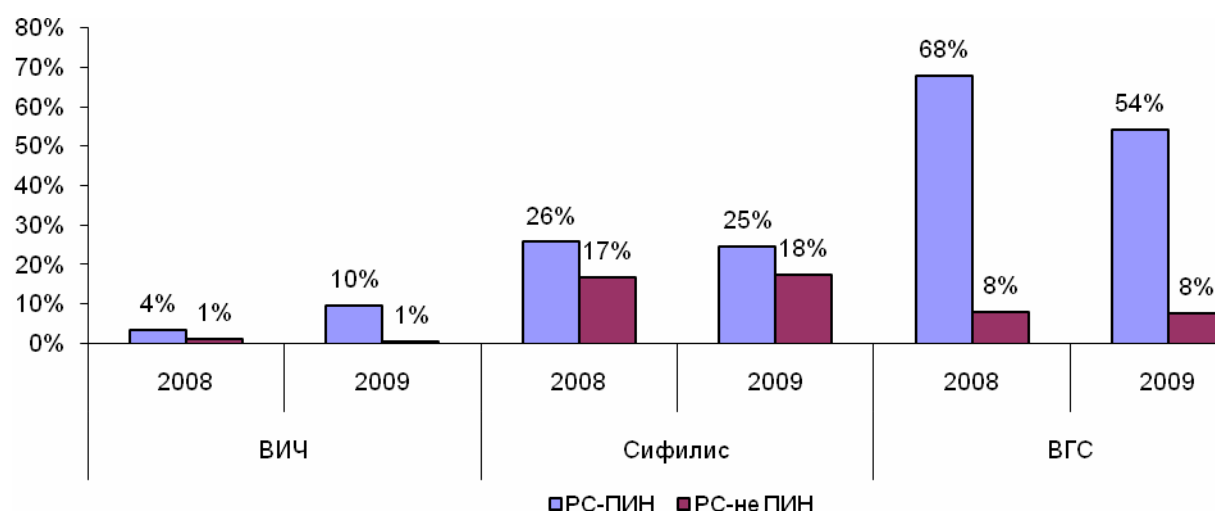


5.4.4. Инъекционное поведение РС

В 2009 году возрос средний стаж употребления наркотиков у РС – ПИН и составил 5,6 лет, медиана стажа 5 лет. В 2008 году инъекционный стаж составил 3,3 года, медиана стажа – 2 года.

Отмечается увеличение распространенности ВИЧ инфекции в 2009 году у РС – ПИН в 2,7 раза выше, чем в 2008 году и в 14 раз выше по сравнению с РС не ПИН. Распространенность ВГС у РС – ПИН снизилась с 67,9% до 54,3%, такая же тенденция наблюдается и в группе ПИН (2008-64%; 2009 – 60,4%).

Рисунок 26. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса среди РС-ПИН и РС не ПИН

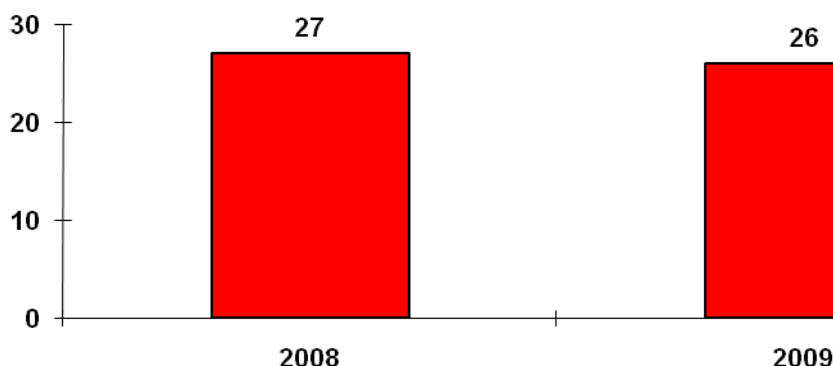


Среди СР только 7% ответили положительно на вопрос об употреблении наркотиков, однако среди тех, кто отрицает употребление наркотических средств 7,8%

имеют положительный результат на ВГС. Носительство ВГС является индикатором употребления наркотиков, значит распространенность употребления наркотических средств среди РС примерно равна 14,8% (в 2008 году этот показатель был равен 17%).

Безопасное сексуальное поведение и безопасная практика употребления наркотиков у РС – ПИН в течении 2-х лет (2008-24,7% и 2009г. – 26%) осталась без изменений.

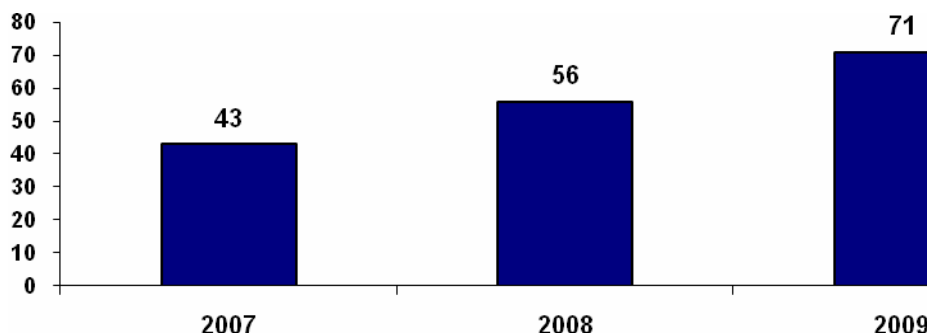
Рисунок 27. Безопасное сексуальное поведение и безопасная практика употребления наркотиков у РС – ПИН (%)



5.5. Знания о ВИЧ/СПИД

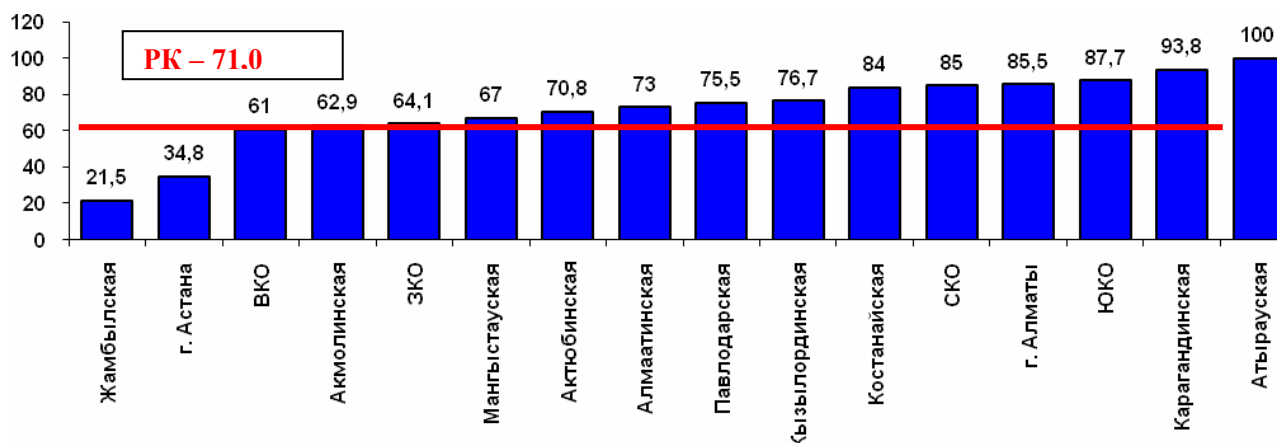
Уровень знаний у группы РС достаточно высок и в 2009 году составил 71%, что выше в 1,3 раза по сравнению с 2008 годом (56%).

Рисунок 28. РС, которые правильно указали способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергли основные неверные представления о передаче ВИЧ, РК (%)



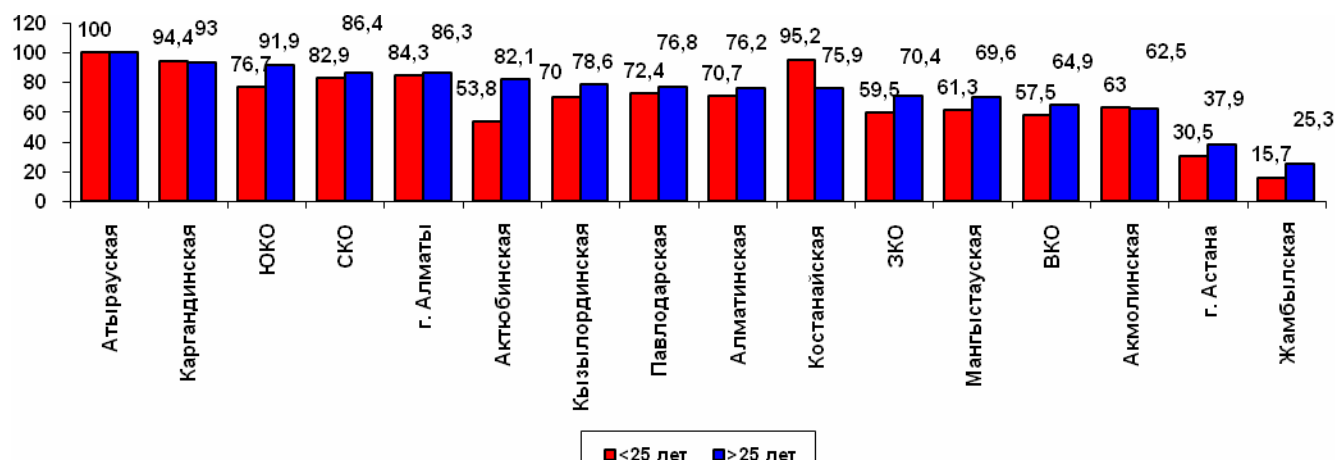
Ниже республиканского показателя уровень знаний о ВИЧ/СПИДе отмечается в Мангыстауской области, ЗКО, Акмолинской области, ВКО, г. Астане, Жамбылской области.

Рисунок 29. РС, которые правильно указали способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергли основные неверные представления о передаче ВИЧ, 2009 г. (%)



Осведомленность РС по РК старше 25 летнего возраста (2009г. - 73,2%, 2008г. - 65,5%) выше, чем у РС моложе 25 лет (2009г. - 67,7%, 2008г. - 56,4%). В разрезе регионов осведомленность РС старше 25 летнего возраста ниже, чем у РС моложе 25 лет отмечается только в Костанайской области.

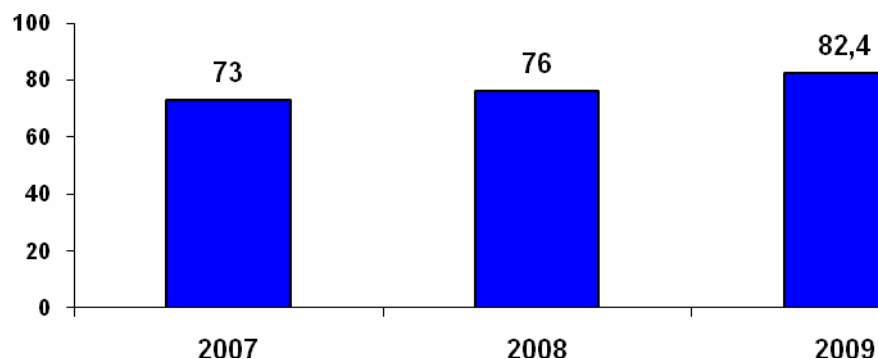
Рисунок 30. РС, которые правильно указали способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергли основные неверные представления о передаче ВИЧ старше и младше 25 лет, 2009 (%)



5.6. Охват профилактическими программами

Охват РС программами профилактики ВИЧ в 2009 году составил – 82,4% (2008г. – 76%).

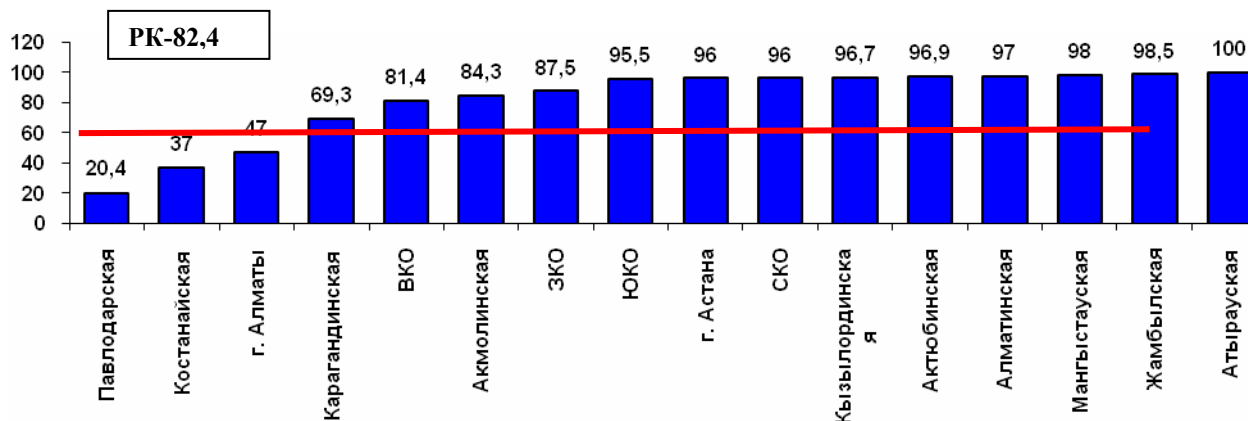
Рисунок 31. Охват РС профилактическими программами ВИЧ (РК,%)



В 2009 году получили информацию от медработников и сотрудников НПО о правилах использования презервативов 88% РС, о диагностике и лечении ИППП – 89,7% РС, об обследовании на ВИЧ – 91,2% РС.

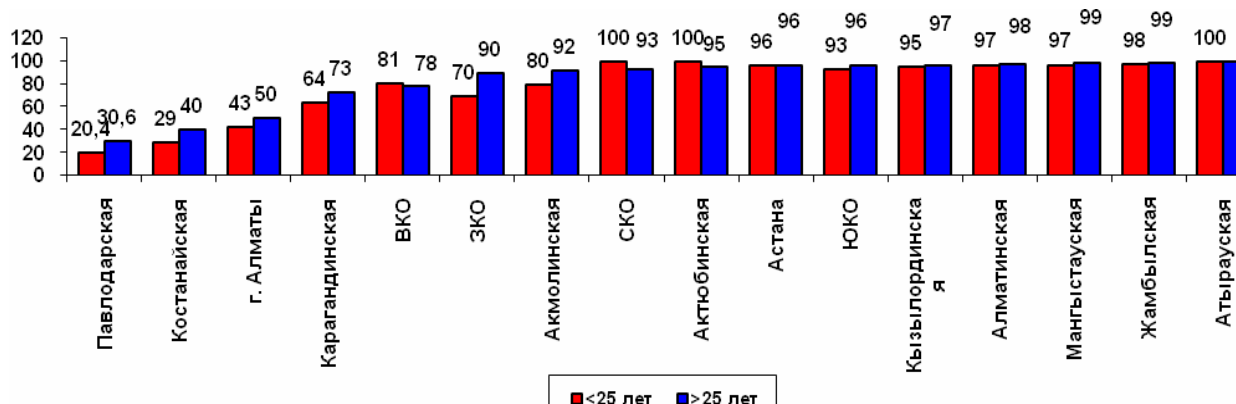
В Атырауской области 100% РС ответили, что охвачены программами профилактики ВИЧ, тогда как в Костанайской области – 47%, в Павлодарской – 37%.

Рисунок 32. Охват РС программами профилактики ВИЧ, 2009г. (%)



В 2009 году увеличился охват РС проф. программами: РС в возрасте до 25 лет охвачено 80,9% (2008 - 64%) и в возрасте старше 25 лет - 83,5% (2008-72%).

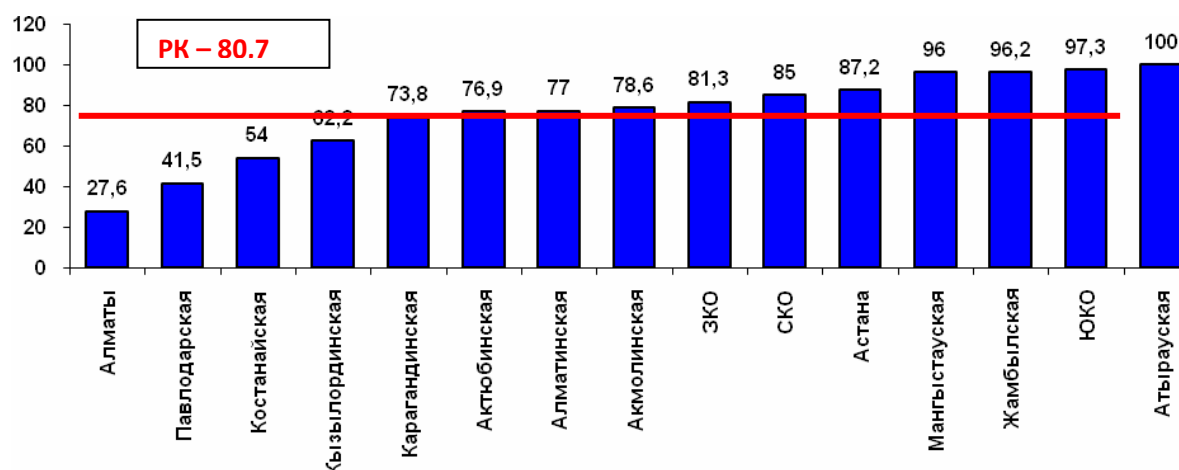
Рисунок 33. Охват РС программами профилактики ВИЧ старше и младше 25 лет, 2009г. (%)



5.7. Тестирование на ВИЧ

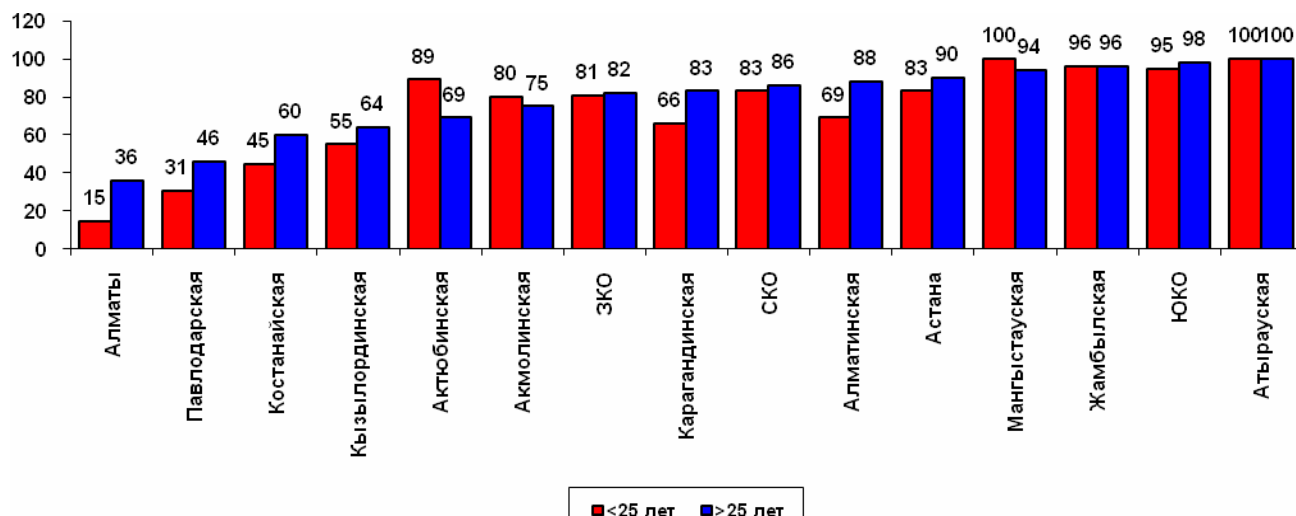
РС, прошедшие тестирование на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и которые знают результаты своего теста составили 80,7% (2008г. – 68,0%). Доля РС, прошедших тестирование на ВИЧ и которые знают результаты тестирования в Атырауской области составила – 100%, тогда как в г. Алматы только 27,6%.

Рисунок 34. РС, которые прошли тестирование на ВИЧ и знают результат теста, 2009г. (%)



До 25 лет 70,3% РС (2008г. - 62,3%) прошли тестирование на ВИЧ и знают результаты своего теста, старше 25 летнего возраста – 87,7% (2008г. - 73,4%).

Рисунок 35. РС, которые прошли тестирование на ВИЧ и знают результаты старше и младше 25 лет, 2009г. (%)



Выводы:

1. Распространенность ВИЧ равна 1,3% (95%ДИ=0,9-1,9). Выше республиканского показателя, распространенность ВИЧ среди РС в Карагандинской области – 5,6%, Костанайской области – 5,0%, ВКО – 3,8% и Павлодарской области – 2%. В 8 областях распространенность ВИЧ-инфекции среди РС - 0.
2. Распространенность сифилиса среди СР равна 18,2% (95% ДИ=16,7-19,9). Распространенность сифилиса в 2009 году по сравнению с 2008 годом, среди РС увеличилась в ЮКО в 2 раза, Карагандинской области в 1,7 раза, г. Астане в 1,5 раза, ЗКО - в 1,4 раза, Костанайской и Акмолинской областях - в 1,2 раза.
3. Распространенность ВГС равна 11,1% (95%ДИ=9,9-12,5). Выше республиканского показателя распространность ВГС в Костанайской (25%), ВКО(21%), Мангистауской (19%), Карагандинской (18,8%), Павлодарской (16%) областях.
4. В 2008 - 2009 году в популяции секс - работниц наблюдается снижение РС-ПИН. Доля РС-ПИН составила 7% против 9% - в 2007 году. Это подтверждается снижением распространенности ВГС в данной группе. Распространенность ВИЧ среди РС – ПИН (9,9%) в 14 раз превышает распространенность ВИЧ у РС не ПИН (0,7%). Распространенность ВГС среди РС – ПИН (54,3%) в 7 раз превышает распространенность ВГС у РС не ПИН (7,8%). Распространенность сифилиса среди РС – ПИН (24,7%) в 1,4 раза превышает распространенность сифилиса у РС не ПИН (17,7%).
5. Как и прежде основным путем заражения ВИЧ-инфекцией группы РС является инъекционное наркопотребление.
6. Республиканский показатель обследования РС по 105 коду от БОС увеличился и составил в 2009 году 46,6% (2008г. – 39,5%). Низкие показатели обследования РС по 105 отмечаются в следующих областях: Павлодарской – 9,4%, г. Алматы – 17%, ЗКО – 20%, Карагандинской – 30%.
7. Не во всех областях республики проведен корректный подсчет БОС среди РС, во многих регионах данный показатель занижен и не коррелируется с республиканскими показателями соотношения группы РС от общего населения и группы РС от женщин фертильного возраста.
8. Профилактической работой в 2009 году было охвачено 85,8% РС от БОС (2008г. - 77%), это на 8,8% больше чем в 2008 году. Ниже республиканского показателя охват профпрограммами РС в Актыбинской, ЗКО, ЮКО, Павлодарской, Карагандинской, Костанайской и Атырауской областях. По сравнению с 2008 годом в 2009 году охват РС профилактическими программами уменьшился в ЗКО на 11,2%, в Мангыстауской области на 9,5%, в Карагандинской области на 6,6%.
- 9. Распространенность ИППП среди РС за последние 2 года осталось на одном уровне (37% в 2008г. и 37,5% в 2009г.), хотя обращаемость за лечением в ЛПО и ДК достоверно увеличилась.**
10. Уровень знаний о ВИЧ/СПИДе у группы РС достаточно высок и в 2009 году составил 71%, что выше в 1,3 раза по сравнению с 2008 годом (56%). Ниже республиканского показателя уровень знаний о ВИЧ/СПИДе отмечается в Мангыстауской области, ЗКО, Акмолинской области, ВКО, г. Астане, Жамбылской области.

11. Увеличился охват РС программами профилактики ВИЧ в 2009 году в 1,1 раза и составил – 82,4% (2008г. – 76%).

12. Количество РС, прошедшие тестирование на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и которые знают результаты своего теста возросло в 1,2 раза и составило 80,7% (2008г. – 68%). \

6.2 Рекомендации

1. Необходимо продолжить проведение ДЭН в популяции РС, так как официальная статистика (надзор за регистрацией случаев) не отражает реальную ситуацию по ВИЧ-инфекции.

2. Республиканскому центру СПИД необходимо разработать новые методические рекомендации по быстрой оценке ситуации группы РС для более корректного подсчета популяции с применением данных ДЭН.

3. Активизировать работу волонтерской сети с целью увеличения доступа РС к своевременной и квалифицированной помощи по диагностике и лечению ИППП в дружественных кабинетах. Использовать средства массовой информации для рекламы деятельности дружественных кабинетов.

4. Ввести в штатное расписание ОГЦ СПИД ставки волонтеров и врача гинеколога для работы с РС по профилактике ВИЧ/СПИДа.

5. Продолжить выполнение профилактической работы по программе «снижение вреда» в группе РС.

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

**Анализ
эпидемиологической ситуации
по ВИЧ-инфекции среди мужчин,
имеющих секс с мужчинами, по результатам эпидемиологического надзора
за 2009 г.**

Сарыбаева Гуля Куантаевна,

1. Введение

1.1 Контекст

В Казахстане доля гомосексуального пути передачи среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции остается пока невысокой и не превышает одного процента. В 2009 году было зарегистрировано 14 новых случаев ВИЧ-инфекции с установленным гомосексуальным путем передачи. Постепенный рост зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), а также высокий уровень поведенческого риска, делают эту группу уязвимой по отношению к ВИЧ-инфекции. Исторически, именно в этой группе населения около 30 лет назад в США были выявлены и проанализированы случаи пневмоцистной пневмонии и саркомы Капоши, которые впоследствии привели к открытию вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). Сексуальные отношения среди мужчин широко распространены в большинстве стран мира. По оценкам ЮНЕЙДС (2001), 5-10% случаев ВИЧ во всем мире передаются в результате секса между мужчинами. В силу того, что мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, также могут иметь половые контакты с женщинами, при наличии у них инфекции высока вероятность передачи ее своим партнершам и женам, то есть распространения за пределы популяции¹.

Несмотря на повсеместную распространенность секса между мужчинами, во многих странах мира этот факт отрицается и гомосексуальные контакты наказываются. Даже в тех странах, где законодательно МСМ не преследуются, они подвержены высокому уровню стигматизации среди населения. Особенно, это касается стран Азиатского региона, где традиционной религией является ислам. Стигма и дискриминация вынуждают МСМ скрывать свою ориентацию и принадлежность к этой группе. Это обстоятельство является одним из основных препятствий для получения объективных эпидемиологических данных и проведения профилактических мероприятий среди МСМ.

Отчет представляет существующие эпидемиологические данные по ВИЧ-инфекции среди МСМ, включая оценочную численность МСМ, распространенность ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С (ВГС), сифилиса, факторов риска, определяющих вероятность заражения ВИЧ в данной группе, уровень знаний этой группы о путях передачи и мерах профилактики, охват профилактическими программами. Эти данные являются ключевыми для планирования, осуществления и оценки профилактических программ среди МСМ.

Для представления общей эпидемиологической картины по ВИЧ-инфекции среди МСМ использовались различные источники информации: дозорный

эпидемиологический надзор (ДЭН), надзор за случаями ВИЧ-инфекции, быстрая оценка ситуации (БОС) и мониторинг программной деятельности по выполнению Национальной программы по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010гг. в Республике Казахстан.

1.2 Цели и задачи

Цель: Представить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в группе MSM на основе доступных источников информации, оценить профилактические программы в данной группе

Задачи:

1. Описать эпидемиологическую ситуацию и оценить роль группы MSM в развитии эпидемиологического процесса ВИЧ-инфекции.
2. Оценить распространенность факторов, сопряженных с риском ВИЧ-инфицирования среди MSM.
3. Оценить профилактические программы и вмешательства, реализуемые среди MSM.

1.3 Источники информации

1. Отчеты РЦ СПИД по эпидемиологическому надзору за зарегистрированными случаями.
2. Отчеты по дозорному эпидемиологическому надзору среди MSM за 2009г.
3. Отчет о проведении быстрой оценки ситуации (БОС) среди MSM.
4. Отчет РЦ СПИД по мониторингу профилактических вмешательств в Республике Казахстан за 2009 год.
5. Программа по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010г.г.

3. Размер популяции МСМ

2.1 Метод оценки размера популяции

Численность этой группы населения является активно дискутируемой. Группа МСМ является одной из наименее доступных для непосредственного наблюдения. Оценка численности МСМ, как и других труднодоступных целевых групп, проводится на основе Методических рекомендаций¹, изданных в 2004 году. 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, МСМ составляют 4% от их численности. Данная методика основана на следующих принципах:

- гомосексуальная ориентация является вариантом психического развития, встречающимся в разных популяциях примерно с одинаковой частотой (коэффициент Кинзи²);
- гомосексуальная ориентация реализуется примерно у 2% общего населения или у 4% мужского населения;
- возраст начала однополый сексуальной активности составляет 18 лет, а ее угасания – 60 лет.

Следующий пример приведен, чтобы проиллюстрировать применение этой методики. Население города составляет 300 000 человек. Население в возрасте от 18 до 59 лет с учетом возрастной пирамиды равно 50% от общего населения или 150 000 человек. Мужчины составляют половину этой возрастной группы или 75 000 человек. Численность МСМ в таком городе должна быть оценена в 3 000 человек (4% от 75 000), что составляет примерно один процент от общего населения города.

При своей кажущейся простоте данная методика не применяется повсеместно. И главным препятствием здесь является отсутствие консенсуса в отношении пригодности методики в условиях Казахстана. Во-первых, коэффициент Кинзи характеризует наличие гомосексуальной ориентации, а не поведения. В обществе с высоким уровнем стигматизации МСМ гомосексуальная ориентация может остаться не реализованной. Во-вторых, методика неоправданно усредняет все населенные пункты Казахстана. В крупных городах уровень стигматизации МСМ ниже, чем в других населенных пунктах. Именно там легче реализовать свою гомосексуальную ориентацию. Другим обстоятельством является факт, что МСМ мигрируют в места

¹ 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

² 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

для проживания с низким уровнем стигматизации гомосексуальных связей.. Например, в Сан-Франциско (США) из 750 тысяч жителей около 8% составляют MSM (58300), многие из которых приехали в этот город, известный своим либеральным отношением к этой популяции. То есть доля MSM среди мужчин с гомосексуальной ориентацией в крупных городах ожидаемо выше, чем в целом по стране. В настоящее время для оценки числа MSM или доли MSM среди мужского населения в других странах мира используются разнообразные методы, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Например, доля MSM определяется как доля мужчин 45 лет и старше, которые никогда не были женаты. Также используются сквозные демографические и социологические исследования среди населения, которые содержат вопросы о поле полового партнера. В случае, если респондент-мужчина указывает на наличие пола партнера-мужчины, он рассматривается в качестве MSM³.

Утвержденная методика оценки численности MSM не учитывает заключенных. ДЭН среди заключенных показывает, что гомосексуальные связи являются довольно распространенными в местах лишения свободы. Причем большинство заключенных-мужчин, вступающих в гомосексуальные связи, не имеют гомосексуальной ориентации.

В итоге, чтобы получить оценку численности MSM в целом по стране, необходимо модифицировать существующую или разработать новую методику оценки численности MSM.

2.2 Результаты оценки размера популяции

Первая оценка численности MSM была проведена внешним консультантом Робертом Ооствегелсом по заказу UNAIDS с 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 MSM в Шымкенте Ооствегелс использовал следующие данные: население в Шымкенте составляет около 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. В Павлодаре, в городе с населением приблизительно 300 000 человек, численность сексуально активного мужского населения, склонного к гомосексуальному поведению, составила 6000⁴ мужчин. По его оценке среди общего населения Астаны (600 000) примерно 12 000 мужчин склонны к гомосексуальному поведению.

В 2007 году 9 ОГЦ СПИД (Актюбинская, Восточно-Казахстанская, Жамбылская, Карагандинская, Кызылординская области и гг. Алматы, Астана) провели оценку численности MSM в соответствии с Методическими рекомендациями.

³ <http://www.cdph.ca.gov/programs/aids/Documents/RPT2002UsingSurveyDataToEstPopMSM.pdf>

⁴ По грубым подсчетам мужчины составляют половину населения. 80% из 150 000 мужчин сексуально активны. Из 120 000 сексуально активных мужчин 5% равняется 6000.

Число MSM составило 41000 человек. В 2006 году численность **MSM по БОС** была равна 25980 человек в семи городах Казахстана. В 2009 году в соответствии с отчетами 7 ОГЦ СПИД число MSM равно около 30 000 человек (таблица 1).

Таблица 4. Количество MSM по БОС (регионы РК, 2009г.).

Регион		Количество MSM по БОС	Численность населения, тыс.	Численность мужского населения в возрасте 15- 64 лет, тыс.
1.	Актюбинская	300	718870	347109
2.	г.Алматы	3000	1404329	638476
3.	г.Астана	6000	684018	332561
4.	Жамбылская	3700	1043843	506964
5.	Карагандинская	2000	1352037	635339
6.	Павлодарская	5083	750853	353438
7.	Южно-Казахстанская	10000	2429137	1200224
ВСЕГО		30083	8671709	4014111

Наличие и качество данных о численности MSM нельзя назвать удовлетворительным. Представленные данные имеют большой разброс (от 300 человек в Актюбинской области до 10 000 в Южно-Казахстанской области), что свидетельствует об использовании разных методик и объектов оценки (некоторые ОГЦ СПИД проводили оценку только в областном центре, другие – в целом по области). Некоторые оценки противоречивы (число MSM в Астане превышает число MSM в Алматы). В целом по республике оценка численности MSM не проведена.

4. Эпидемиологический надзор за случаями ВИЧ-инфекции

3.1 Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию

В Республике Казахстан в соответствии с Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения» (ст.115) от 18 сентября 2009 года № 193-IV ЗРК 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 об обследовании на наличии ВИЧ-инфекции, утвержденных приказом МЗ РК № 552 от 27.07.10г. Тестирование MSM проводится также на добровольной, анонимной или конфиденциальной основе и регистрируется они по коду 103. MSM 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 MSM остается незначительным. Чаще всего MSM

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 MSM на ВИЧ-инфекцию. Кроме этого, более обеспеченные MSM 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-инфекцию в Казахстане за 2009г. составило 2065210, было выявлено 2081 новых случаев ВИЧ-инфекции. По коду 103 было обследовано 408 MSM, что составило всего 0.02% от общего числа обследованных. Из них число лиц с положительным ВИЧ статусом составило 3 человека. По другим кодам в 2009 году было выявлено 14 ВИЧ-инфицированных MSM. О том, что эти люди инфицированы во время гомосексуальных контактов, было установлено при проведении эпидемиологических исследований.

Таблица 5. Количество лиц, обследованных в Республике Казахстан на ВИЧ инфекцию в 2004-2009гг., и количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (общее и по коду 103)

Годы	Количество лиц обследованных на ВИЧ	Количество новых зарегистрированных случаев ВИЧ	Количество обследованных MSM по коду 103	Количество случаев ВИЧ-инфекции и среди MSM по коду 103	Распространенность ВИЧ среди обследованных по коду 103	Количество случаев ВИЧ-инфекции и среди MSM по другим кодам
2004	863122	625	116	0	0%	2
2005	951748	887	280	0	0%	3
2006	1163415	1644	108	0	0%	9
2007	1762768	1979	144	0	0%	7
2008	1930285	2335	256	0	0%	12
2009	2065210	2081	408	3	0,7%	11

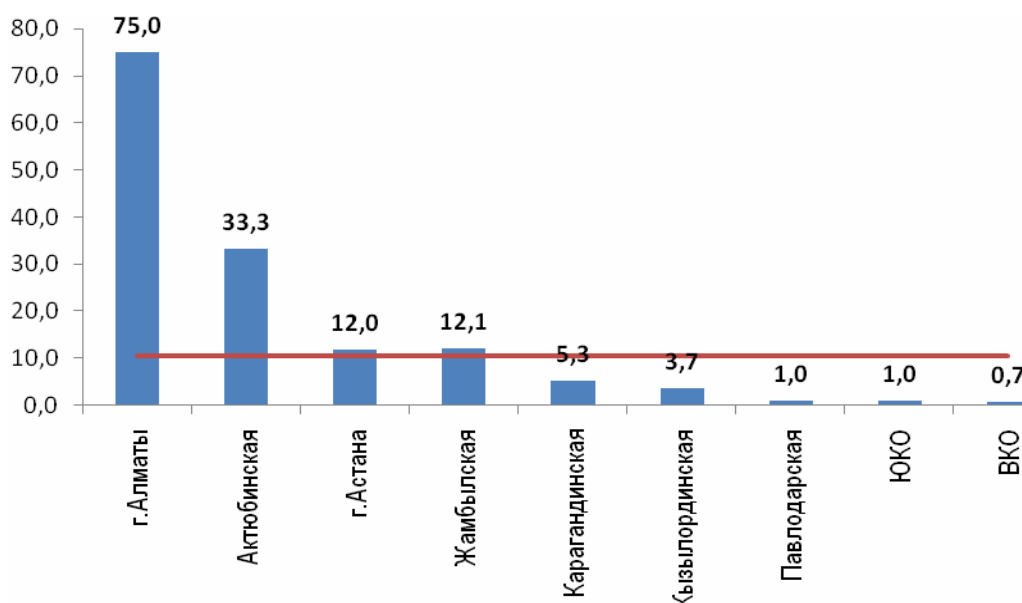
Несмотря на то, что регистрация случаев ВИЧ-инфекции не отражает в полной мере распространения ВИЧ среди МСМ, по результатам надзора за случаями ВИЧ-инфекции можно сделать следующие выводы. Гомосексуальный путь передачи ВИЧ-инфекции в Казахстане пока не является значимым (14 из 2081 человек или 0,7% от общего количества случаев ВИЧ-инфекции зарегистрированных в 2009 году). Вместе с тем, происходит постепенный рост зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ (2007г. – 7, 2008г. – 12, 2009г. – 14), что свидетельствует о наличии ВИЧ-инфекции и потенциальном ухудшении эпидемиологической ситуации среди них.

4. Обзор профилактических вмешательств

Профилактические мероприятия среди МСМ в 2009 году проводились в десяти городах Казахстана, где МСМ контактировали с местными НПО либо с центрами СПИД: в Алматы, Астане, Караганде, Кызылорде, Таразе, Актобе, Усть-Каменогорске, Павлодаре, Петропавловске и Шымкенте. Реализация профилактических программ среди МСМ осуществлялась при поддержке волонтеров и аутрич работников из неправительственных организаций, работающих в этом направлении. В целом по Республике зарегистрировано 7 НПО, занимающихся защитой прав секс меньшинств и профилактикой ВИЧ и ИППП среди МСМ: «Жемчужина», «Гала» (Карагандинская область), «Адали», «Альянс Азия», «Доктор Ли» (Алматы), «Оникс» (Актюбинская область), «Лига» (Астана).

Охвачено профилактическими программами 3931 МСМ, что составило 10,5 % от БОС (2008г. - 3902 или 11 % от БОС). Основные услуги по обеспечению презервативами и информационно-образовательными материалами оказывали аутрич-работники НПО.

Рисунок 20. Охват МСМ профилактическими программами в 2009 году (%)



За 2009 год произведено 8439 выхода аутрич работников в места сбора МСМ (плешки), это на 926 выходов больше, чем в 2008 году (7513). Ими же была предоставлена информация о доступных услугах для представителей этой целевой группы в дружественных кабинетах центров СПИД: консультировании о ВИЧ, СПИДе и ИППП, тестировании, лечении ИППП. За 2009 год по Республике привлечено 35 новых аутрич-работников, работающих среди МСМ. Направлено к специалистам 2377 МСМ. В дружественные кабинеты в 2009 году обратилось 415 МСМ, это в 1,7 раз больше по сравнению с 2008 годом.

5. Дозорный эпидемиологический надзор

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 в группе МСМ впервые был проведен в Караганде в 2003-2004 годах, в последующем постепенно присоединялись и другие города Казахстана. В 2009 году ДЭН среди МСМ проведен в 7 городах: Караганда, Алматы, Астана, Тараз, Актобе, Павлодар, Шымкент (таблица 3).

Таблица 6. Место проведения и объем выборки ДЭН среди МСМ в 2003-2009гг.

Города	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Караганда	100	100	90	89	89	100	100
Алматы	-	-	230	-	230	230	230
Астана	-	-	33	95	100	100	100
Тараз	-	-	33	31	31	100	100
Актобе	-	-	-	-	-	61	100
Павлодар	-	-	-	-	-	150	150
Шымкент	-	-	-	-	-	-	100
ВСЕГО	100	100	386	215	450	741	880

5.1 Материалы и методы

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; анализа и оценки их эффективности.

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 MSM о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики заражения
- Доступность средств профилактики среди MSM
- Охват MSM профилактическими мероприятиями
- Охват MSM добровольным тестированием на ВИЧ

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 соответствии с типовым календарем, в местах скопления MSM, где они собирались для поиска сексуальных партнеров и общения (рестораны, бары, гей-клубы, особые участки городов, квартиры, офисы НПО и т.д.), а также в помещениях, куда были приглашены MSM. Данные о местах представляли сами MSM – волонтеры НПО, работающие в сотрудничестве с волонтерами ОГЦСПИД.

Методика отбора респондентов: с 2008 года ДЭН среди MSM проводится с использованием элементов RDS (respondent driven sampling), при финансовой поддержке проекта по контролю СПИД в Центральной Азии. В местах сбора MSM были распространены письма-приглашения (купоны), где было рассказано о целях, задачах, дате начала исследования, а также о вознаграждении за участие в исследовании. Каждому, принявшему участие в ДЭН выдавались три купона за приглашение своих знакомых MSM. В качестве вознаграждения выдавались телефонные карточки.

Объем выборки составил 880 MSM в семи городах Казахстана.

Проводилось связанное анонимное тестирование с до- и послетестовым консультированием с получением устного информированного согласия обследуемого с предложением 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, направленное на снижение индивидуального риска.

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 55 лет. Медиана возраста составила 27 лет, мода – 28 лет. Возрастные характеристики MSM в 2009 году практически не отличались от полученных в 2008 году (таблица 4).

Таблица 7. Возрастные характеристики МСМ (ДЭН, 2006-2009гг.)

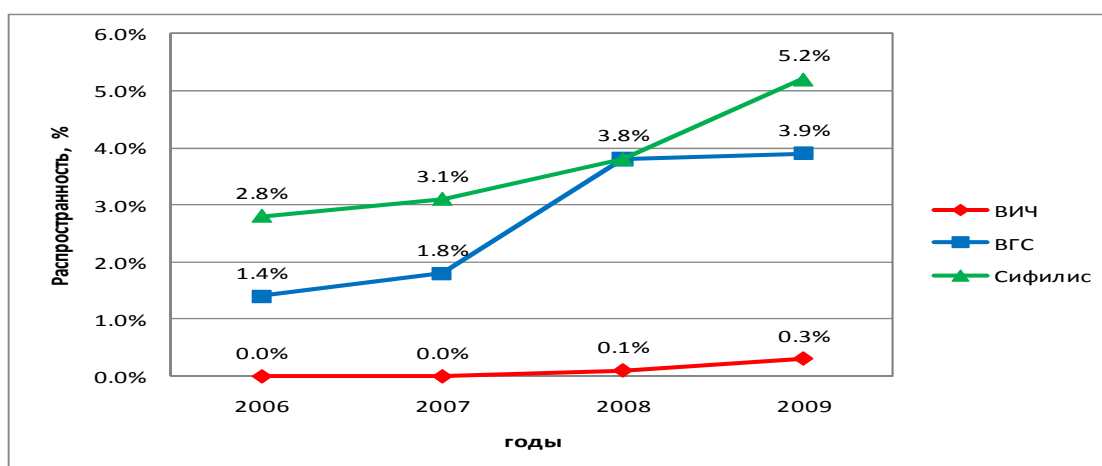
	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.
Возраст	От 16 до 51 года	От 18 до 50 лет	От 16 до 51 года	От 16 до 55 лет
Медиана возраста	25 лет	25лет	27 лет	27лет
Средний возраст	25,7 лет	26лет	28 лет	28лет

Практически все МСМ имели какое-либо занятие – учились и/или работали. Только 6,4% МСМ не работали и не учились. Группа МСМ имеют достаточно высокий уровень образования. В 2009 году доля МСМ с высшим образованием составила 50%, со средним образованием - 43%. Средний месячный доход составил 51677 тенге, медиана дохода – 45000 тенге. Причем уровень дохода выше в двух столицах – Алматы и Астане.

5.3 Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса

По результатам ДЭН в 2009 году распространенность ВИЧ-инфекции составила 0,3% (95%ДИ⁵=0,1%-1,1%), ВГС - 3,9% (95%ДИ=2,7-5,4%), сифилиса – 5,2% (3,9%-7,0%). Значимых изменений в распространенности ВИЧ, ВГС и сифилиса в 2009 году по сравнению с 2008 годом не наблюдалось.

Рисунок 21. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди МСМ в 2006-2009гг.

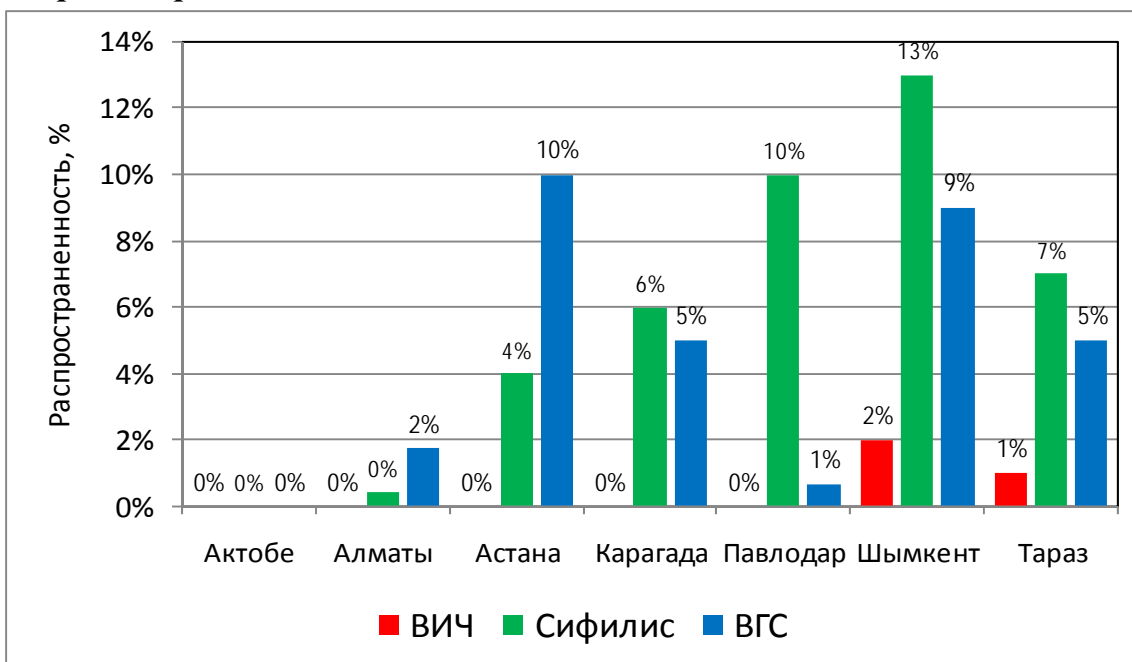


Всего было выявлено три положительных результата на ВИЧ-инфекцию: два в Шымкенте и один в Таразе. Однако значимых различий выявлено не было ($p=0,07$). В то же время распространенность ВГС и сифилиса значимо различалась в зависимости от города ($p<0,001$ для ВГС и сифилиса). Наибольшая распространенность сифилиса

⁵ ДИ – доверительный интервал

была отмечена в Шымкенте (13%) и Павлодаре (10%), ВГС – в Астане (10%) и Шымкенте (9%).

Рисунок 22. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди MSM в дозорных городах Казахстана, 2009 год



5.4 Факторы поведенческого риска

Факторы поведенческого риска традиционно делятся на инъекционные (употребление наркотиков инъекционным путем) и половые. В 2009 году только 0,8% MSM ответили, что употребляли наркотики, что в целом не превышает аналогичный показатель среди всех взрослых мужчин. Поэтому далее мы сфокусируемся на половых факторах.

MSM имеют многочисленных половых партнеров, преимущественно постоянных и непостоянных: в течение последних трех месяцев 73% респондентов имели постоянных, 79% - непостоянных и 28% - коммерческих половых партнеров (2006 год – 64%, 76% и 11% соответственно). Также значительная часть MSM (39%) вступали в этот период в половые контакты с женщинами.

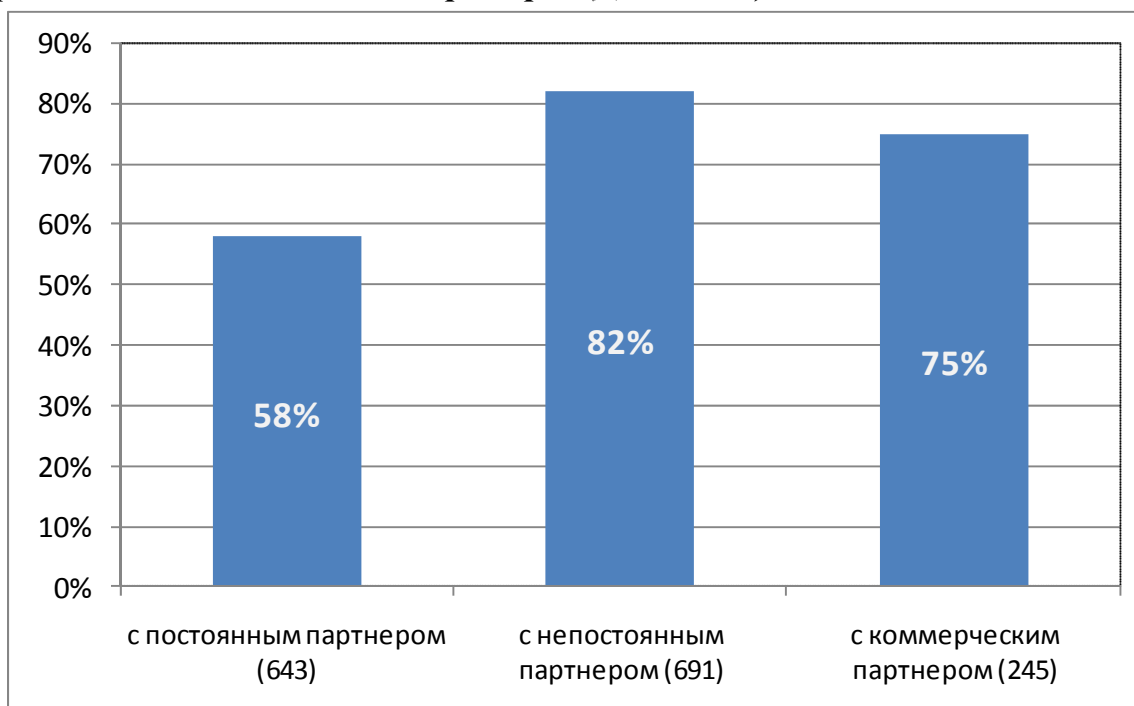
Таблица 8. Наличие половых партнеров разных типов среди MSM за последние 3 месяца в 2006 и 2009 годах.

	2006 год	2009 год
Постоянные партнеры	64%	73%
Непостоянные партнеры	76%	79%
Коммерческие партнеры	11%	28%
Мужчин	99%	99%
Женщин	21%	39%

У опрошенных MSM в течение последних трех месяцев было в среднем 7,1 половых партнеров. Из них по типу половых партнеров: 1,5 – постоянных, 4,6 – непостоянных и 1,0 – коммерческих; по полу: 6,4 – мужчин и 0,7 – женщин.

Использование презервативов зависит от того, к какому типу относится половой партнер и, следовательно, от субъективного восприятия риска, в соответствии с которым низкий риск заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию, приписывается постоянным партнерам, высокий – непостоянным и коммерческим.

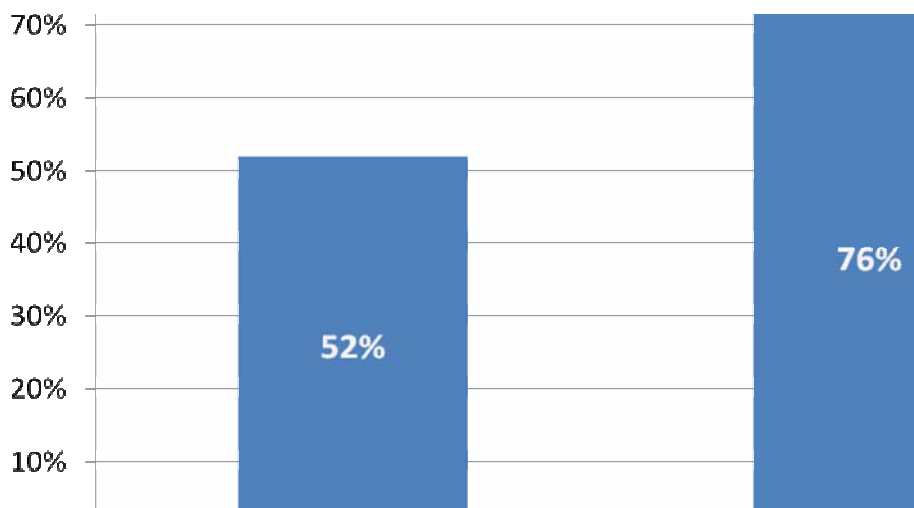
Рисунок 23. Использование презервативов во время последней половой связи с разными типами половых партнеров (ДЭН, 2009)



Несмотря на сравнительно высокий процент использования презервативов с непостоянными (82%) и коммерческими половыми партнерами (75%), с постоянными половыми партнерами использовали презервативы при последней половой связи 58% MSM (в 2007 – 36%).

Использование презервативов во время последнего полового контакта с последним половым партнером является важным показателем эффективности профилактической работы среди MSM. Данный показатель по сравнению возрос с 52% в 2006 году до 76% в 2009 году.

Рисунок 24. Использование презервативов МСМ во время последнего полового контакта с мужчиной по дозорным городам в 2006 и 2009 годах.



Таким образом, половое поведение МСМ характеризуется противоречивыми тенденциями. С одной стороны, увеличивается использование презервативов, прежде всего с постоянными половыми партнерами, с другой – расширяется спектр половых партнеров за счет включения коммерческих партнеров и половых партнеров - женщин.

Хотя бы один симптом ИППП в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию, имели 13,1% МСМ (2006г. – 15,3%). Самыми распространенными симптомами были жжение при мочеиспускании (9,2%) и выделения из полового члена (7,5%).

Рисунок 25. Наличие симптомов ИППП у МСМ в течение последних 12 месяцев (ДЭН, 2009)



Около 70% МСМ, имевших симптомы ИППП, обратились по этому поводу за помощью к медицинским специалистам: 44% - в КВД, 17% - к частному врачу и 9% - к знакомому медицинскому работнику. Остальные преимущественно либо ничего не делали (16%) либо лечились сами (11%).

5.5 Уровень знаний о ВИЧ и СПИДе

Уровень знаний МСМ о путях передачи ВИЧ несколько вырос и составил 74% (в 2006 году – 54%).

Таблица 9. Уровень знаний МСМ о путях передачи ВИЧ-инфекции

<i>«Можно ли заразиться ВИЧ/СПИДом...»</i>	Доля правильных ответов
При всех видах сексуальных контактов без использования презерватива («да»)	99%
При рукопожатии («нет»)	99%
Если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным («нет»)	90%
Ребенку от зараженной матери при беременности, родах и вскармливании («да»)	90%
При купании в бассейне («нет»)	94%
Через укус комара («нет»)	89%
При употреблении наркотиков с помощью общего шприца («да»)	98%
Доля МСМ, правильно ответивших на все вопросы	74%

6 Охват профилактическими мероприятиями и тестированием на ВИЧ-инфекцию

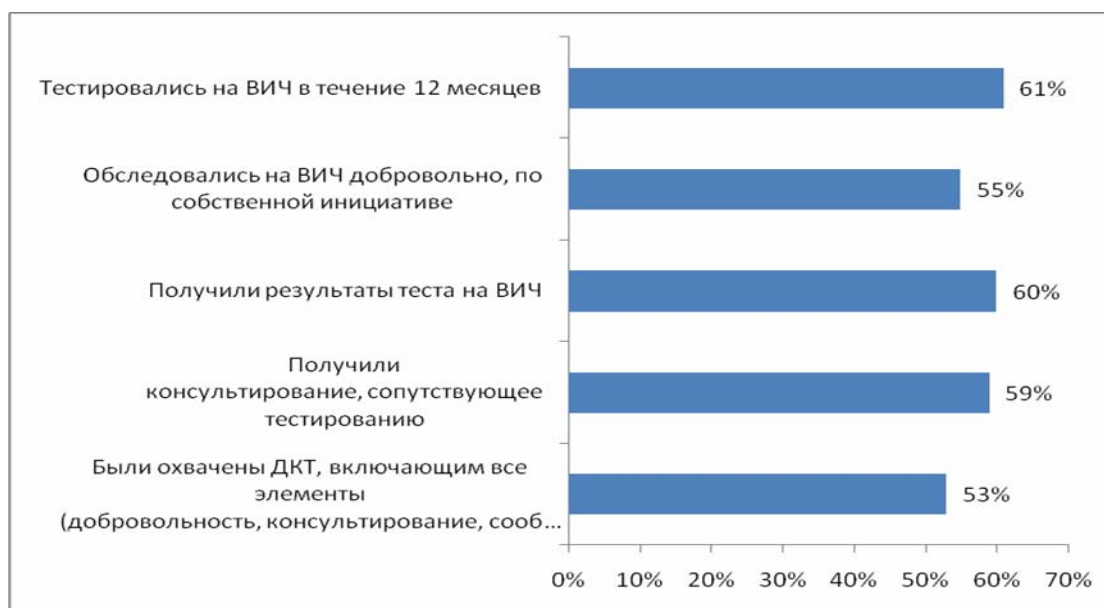
С целью определения доступности услуг по профилактике ВИЧ-инфекции и охвата профилактическими программами МСМ были опрошены о следующих услугах: получение презервативов, информационно-образовательных материалов, медицинской помощи в ЛПО. По результатам ДЭН 2009 года доля МСМ, охваченных профилактическими программами хотя бы один раз в течение 12 месяцев, составила в среднем по Казахстану 82% (в 2006 – 71%).

Рисунок 26. Охват МСМ профилактическими мероприятиями в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию (ДЭН, 2009)



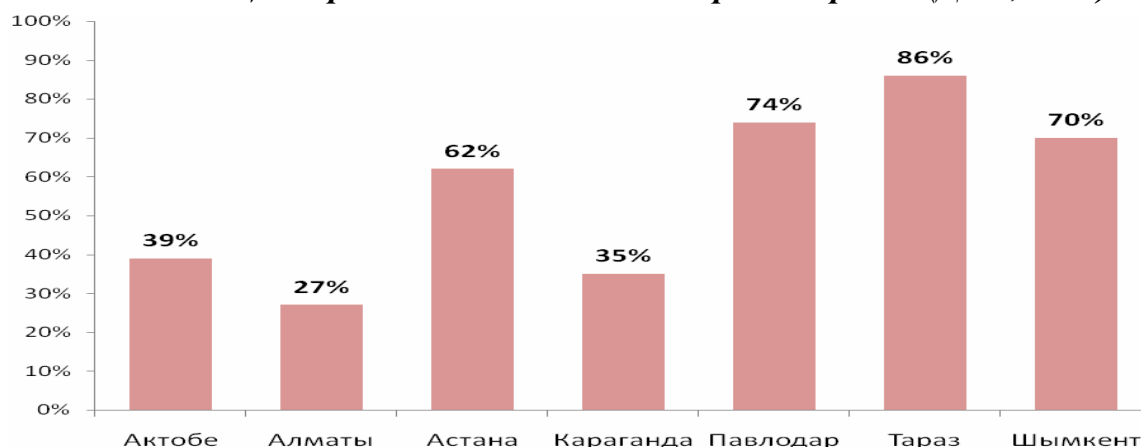
Одной из действенных мер, способствующих профилактике ВИЧ-инфекции и оказанию своевременной помощи людям, живущим с ВИЧ, является добровольное тестирование на ВИЧ, сопровождающееся психосоциальным консультированием. Практически все опрошенные MSM (97%) знают, где можно пройти тест на ВИЧ-инфекцию; 61% MSM обследовались на ВИЧ в течение последних 12 месяцев; 55% MSM (или 90% прошедших тестирование) делали это добровольно, по собственной инициативе. Практически все обследованные получили результаты теста на ВИЧ, а также консультацию о значении теста на ВИЧ, о том, что означают положительный и отрицательный результаты теста, как можно предотвратить заражение и чего не следует опасаться. То есть качество тестирования и консультирования на ВИЧ-инфекцию в большинстве случаев было удовлетворительным. Всего в течение 12 месяцев добровольным тестированием и консультированием (ДКТ), включающим все обязательные элементы (добровольность, сообщение результата, консультирование), были охвачены 53% MSM.

Рисунок 27. Охват MSM тестированием на ВИЧ-инфекцию в течение 12 месяцев с обеспечением всех обязательных элементов ДКТ (ДЭН, 2009).



По дозорным городам охват MSM добровольным тестированием и консультированием был самым высоким в Таразе (86%), самым низким – в Алматы (27%).

Рисунок 28. Охват МСМ добровольным тестированием и консультированием в течение 12 месяцев перед исследованием в дозорных городах (ДЭН, 2009)



Такие значительные различия, скорее всего, связаны с систематической ошибкой отбора, особенно когда он производился в местах скопления МСМ. Доступ к популяции МСМ в таких случаях осуществлялся через волонтеров и аутрич-работников, которые, в свою очередь, более вероятно привлекали к исследованию своих клиентов, чем МСМ, не охваченных профилактическими программами. В Алматы для отбора МСМ использовалась выборка, построенная самими респондентами. Этот тип выборки практически исключает влияние исследователей на отбор респондентов, что уменьшает величину систематической ошибки отбора.

6. Выводы и рекомендации

6.1 Выводы

1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции среди МСМ остается относительно благополучной и соответствует регистрации случаев ВИЧ среди этой популяции (по данным ДЭН распространенность ВИЧ-инфекции составила 0,3%, по данным тестирования по коду 103 - 0,7%). МСМ в настоящее время не являются движущей силой эпидемии ВИЧ-инфекции, поскольку они составляют менее одного процента среди новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в 2009 году. Вместе с тем, происходит постепенный рост как зарегистрированных случаев среди МСМ, так и распространенности ВИЧ-инфекции по результатам ДЭН. Это указывает на вероятность вспышки ВИЧ-инфекции в этой популяции в будущем.
2. Методическое руководство по быстрой оценке ситуации, основной целью которой является определение численности труднодоступных целевых групп, было выпущено в 2004 году. Однако оценки численности МСМ были сделаны только в отдельных городах Казахстана. Но даже сделанные оценки сильно отличаются друг от друга. Это свидетельствует о том, что единая стандартизованная методика для оценки численности этой группы не применялась, а использовались разные методологические подходы.

3. Для MSM в целом характерно рискованное половое поведение: большое число половых партнеров и невысокий уровень использования презервативов. Об опасности полового поведения свидетельствуют распространенность симптомов ИППП, которые наблюдались у 13% MSM.
4. Половое поведение MSM характеризуется противоречивыми тенденциями. С одной стороны, увеличивается использование презервативов, прежде всего с постоянными половыми партнерами, с другой – расширяется спектр половых партнеров за счет включения коммерческих партнеров и половых партнеров - женщин.
5. Существует значительная вариация ответов об охвате профилактическими мероприятиями и тестированием на ВИЧ-инфекцию. Скорее всего, основной причиной являются систематические ошибки отбора, особенно в тех дозорных городах, где MSM привлекаются к участию в исследовании волонтерами и аутрич-работниками.

6.2. Рекомендации

1. Разработать и принять новые методические рекомендации по оценке численности MSM. Провести национальную оценку размера этой популяции.
2. Для рекрутирования MSM необходимо во всех городах внедрить выборку, построенную респондентами.
3. Расширить географию НПО, работающих с MSM. Обеспечить MSM доступ к услугам дружественных кабинетов, путем информирования о возможности их получения и учета специфики популяции MSM при их предоставлении.

**Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в пенитенциарной
системе Республики Казахстан и результаты дозорного эпидемиологического
надзора за 2009 год**

Мусина Жаннат
заведующая отделением профилактической работы
отдела эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией
Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

1. Введение

1.1. Контекст

Пенитенциарные учреждения во всех странах являются местами высокой концентрации людей с ВИЧ. В этих условиях отслеживать ВИЧ-инфекцию в тюрьмах необходимо, как в целях охраны здоровья населения, так и по этическим соображениям.

Лишая человека свободы, общество берет на себя этические обязательства — заключенным должна быть обеспечена безопасность. Для этого должностные лица должны понимать, как происходит распространение ВИЧ-инфекции в исправительных учреждениях, и оценивать адекватность программ по профилактике заболевания.

Другим основанием для проведения мониторинга за ВИЧ-инфекцией в тюрьмах является то, что исправительное учреждение — это место, где можно централизованно осуществлять программы в области здравоохранения и социальной защиты, планировать меры профилактики оппортунистических инфекций среди ВИЧ-инфицированных, проводить антиретровирусное лечение и уход за больными СПИД.

В большинстве стран мира именно представители беднейших, наиболее маргинализированных слоев населения составляют основную массу заключенных. Поэтому у многих из них имеются запущенные заболевания, психические расстройства и неудовлетворенные социальные потребности. Содержание в заключении позволяет оказать непосредственную медицинскую и социальную помощь тем, кто больше всего в ней нуждается. В идеале исправительные учреждения должны передавать заключенных после освобождения общественным службам, занимающимся вопросами здравоохранения, психического здоровья и социального обеспечения.

Необходимо заставить общество осознать угрозу СПИД. Осознание этого может помочь найти ресурсы для решения других проблем здравоохранения, которые не решаются вследствие недостаточного финансирования.

Разрешить задачу по сдерживанию дальнейшей передачи инфекции внутри исправительных учреждений и распространения на общую популяцию можно только путем обеспечения безопасного поведения, исключающего возможность заражения. Все это требует совместных координированных действий различных секторов уголовно-исполнительной системы: режимной, оперативной, медицинской службы, воспитателей, психологов; их тесного сотрудничества с другими правительственными секторами, гражданским обществом и международными организациями.

Эпидемиологическая ситуация.

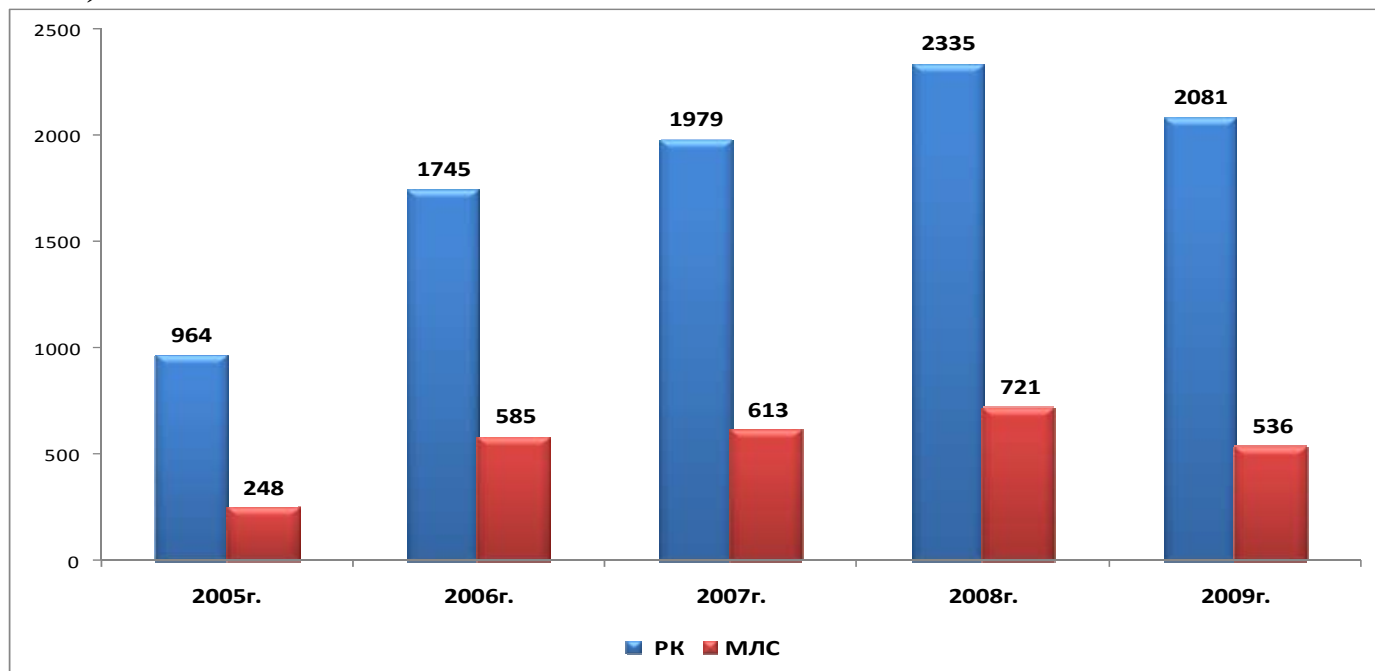
Начало третьего тысячелетия для Казахстана характеризовалось переходом от начальной к концентрированной стадии развития эпидемии ВИЧ.

В пенитенциарной системе РК, аналогично социуму, продолжала увеличиваться концентрация людей с ВИЧ-положительным статусом, как за счет лиц поступивших с ранее установленным диагнозом, так и за счет выявления новых случаев. Если в 2001 году 1 из каждых 200 осужденных жил с ВИЧ, то в 2009 году 1 из каждых 23 осужденных. Таким образом, в течение почти 10 лет, концентрация людей с ВИЧ выросла в 6 раз.

Нарастающим итогом на 1 января 2010 года в республике зарегистрировано 13784 ВИЧ-инфицированных (показатель на 100 000 населения — 73,1), из них в пенитенциарной системе выявлен 3981 ВИЧ-инфицированный, что в структуре

регистрации случаев составляет 29%. В динамике, в течение 2006 - 2008г.г., отмечалось увеличение регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в местах лишения свободы: 2006г.- 585, 2007г. - 613, 2008г. - 721, а в 2009г. – 536 (снижение).

Рисунок 29. Количество выявленных случаев ВИЧ по годам в РК и МЛС (2005г. - 2009г.)



В 2009 году в пенитенциарных учреждениях республики в сравнении с 2007 годом, отмечено снижение на 185 случаев. Снижение первичной регистрации ВИЧ-инфекции в целом по РК на 254 случая (-11%) обусловлено в большей мере положительной динамикой в пенитенциарных учреждениях. Доля выявленных случаев ВИЧ-инфекции в системе УИС от общей регистрации за 2009 год, также снизилась и составила 25,7%. В числе выявленных случаев в МЛС за отчетный период - 34 составляют иностранные граждане.

Таблица 10. Количество выявленных ВИЧ-инфицированных в пенитенциарной системе в разрезе регионов РК в 2008 - 2009г.г. и с нарастающим итогом .

Регионы	За 12 месяцев 2008г.	За 12 месяцев 2009г.	Нарастающим итогом
Акмолинская	8	4	48
Актюбинская	1	0	46
Алматинская	98	44	266
Атырауская	0	6	22
Восточно-Казахстанская	214	142	603
Жамбылская	31	28	155
Западно-Казахстанская	26	7	69
Карагандинская	115	65	730
Костанайская	40	27	222
Кызылординская	0	1	22
Мангистауская	2	1	31
Павлодарская	28	40	193
Северо-Казахстанская	19	8	74
Южно-Казахстанская	43	32	402
г. Алматы	82	119	1030
г. Астана	14	12	68
Всего	721	536	3981

Данные мониторинга свидетельствуют об увеличении среднегодовой численности осужденных в Казахстане до 64988⁶, что составляет 0,4% от численности населения республики.

Среди спецконтингента было проведено 101498 тестов на ВИЧ-инфекцию, процент положительных результатов составил 0,5% (положительная динамика в сравнении с 2008г.-0,8%). Увеличение числа зарегистрированных случаев среди осужденных и следственно арестованных произошло в 2-х областях: в Павлодарской - с 25 до 40 и в г. Алматы - с 82 до 119. Прирост объемов тестирования в 2009 году составил 15%.

В 2009г. в местах лишения свободы находилось 2416 человек с ВИЧ-положительным статусом, из них получало антиретровирусную терапию 172 ЛЖВ из 196, нуждающихся в лечении (87,7%). Наибольшее число ВИЧ-инфицированных осужденных содержалось в Восточно-Казахстанской, Карагандинской и Алматинской областях. Наибольшая численность ЛЖВ по следственным изоляторам на конец года

⁶ Данные МиО РЦ СПИД

наблюдается в СИ г.Алматы, г.Костаная, г.Караганды, Восточно-Казахстанской области (см.таб.2).

Таблица 11. Количество ВИЧ-инфицированных, содержащихся в пенитенциарной системе в разрезе регионов в 2009г. и получающих АРТ.

Регионы	Количество ЛЖВ на конец 2009г. в ИУ	Количество ЛЖВ на конец 2009г. в СИ	Количество ЛЖВ, нуждающихся в АРТ	Получают АРТ	Состоят на диспансерном учете
Акмолинская	52	2	0	0	54
Актюбинская	24	2	4	4	26
Алматинская	288	0	4	1	288
г. Алматы	12	73	2	2	85
г.Астана	53	10	10	10	60
Атырауская	23	1	3	3	24
ЗКО	33	3	8	7	33
ВКО	611	40	32	26	651
Жамбылская	157	4	6	6	161
Карагандинская	421	25	63	58	434
Павлодарская	133	12	10	10	145
ЮКО	147	6	7	7	153
СКО	108	6	10	10	108
Мангистауская	24	2	2	2	26
Костанайская	108	30	34	25	138
Кзылординская	8	1	1	1	9
Всего	2202	214	196	172 (88%)	2395

Программа профилактики ВИЧ в настоящее время в пенитенциарной системе фокусируется на следующем: предоставление информационно - образовательных материалов, разработанных для лиц, находящихся в местах лишения свободы; предоставление презервативов, т.к. среди заключенных практикуется небезопасный секс; лечение ИППП; предоставление дезинфицирующих средств, т.к. среди заключенных распространены опасные практики внутривенного употребления наркотиков. Обеспечен доступ к тестированию, с предоставлением до- и после-тестового консультирования. Вовлечен неправительственный сектор в работу по профилактике ВИЧ среди осужденных и лиц, освободившихся из МЛС (проекты по социальному сопровождению).

Анализ результатов эпидемиологических исследований случаев ВИЧ-инфекции среди заключенных, показал, что распространению ВИЧ в пенитенциарных учреждениях способствуют такие факторы, как:

- 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.

С целью стабилизации дальнейшего распространения ВИЧ в регионах предпринимаются меры по локализации очагов, но, как показывает практика, они недостаточны. Требуются дополнительные профилактические вмешательства в исправительных учреждениях: возможность внедрения программ по обмену шприцев (первоначально, на пилотном уровне) и опиоидной заместительной терапии, учитывая положительный опыт других стран.

В данный отчет включены описательные данные и информация, полезная для определения 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 распространенности ВИЧ, ВГС и сифилиса и описать опасные практики в отношении ВИЧ-инфекции на основе данных ДЭН.

1.3. Источники информации

1. Отчеты РЦ СПИД и ОГЦ СПИД по эпидемиологическому надзору за случаями ВИЧ в РК.
2. Отчеты по дозорному эпидемиологическому надзору за 2006 – 2009 годы.
3. Отчет РЦ СПИД по мониторингу профилактических вмешательств в Республике Казахстан за 2009 год (показатели 3.3 - 3.5).
4. Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/ СПИД в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства Юстиции Республики Казахстан на 2007-2010г.г., утвержденная приказом МЮ РК от 14.08.2007 г. №229.

2. Размер популяции

Данные о численности спецконтингента используются для определения полноты 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 мониторингу 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.

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 (начало 2009г. – 54259; конец 2009г. - 64988). 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 3.3 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. По этим данным из показателя 3.3. МиО рассчитывается среднегодовая численность осужденных, которая составила в 2009 году 58049 человек: $(54259 + 54898 + 64988) / 3 = 58049$. Для определения численности спец. контингента могут использоваться обе методики оценки. В данном отчете при расчетах используется оценка, равная 64988, т.е. данные по численности спец. контингента на конец анализируемого периода (МиО, 2009 г.).

В отношении следственно арестованных, ввиду их быстрой ротации, для расчета из показателя 3.3 МиО берутся данные о лицах, помещенных в следственные изоляторы в течение всего отчетного периода, а не на его окончание. В следственные изоляторы в 2009 году было помещено 22805 человек. 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 0,4% от численности общего населения республики, следственно арестованных - 0,1%.

3. Надзор за зарегистрированными случаями

3.1 Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию

Порядок обследования осужденных в 2009 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, на добровольной основе при информированном согласии тестируемого лица.

- Совместным приказом МЗ РК от 20.06.2007 г. и МЮ РК от 19.06.2007 г. №374 «Об утверждении плана мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции РК на 2007-2010г.г.»

Принимая во внимание состояние 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.

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 заключенным услуг 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 населения и в частности среди ПИН и не учитывает заражение ВИЧ-инфекцией внутри СИ.

Обязательное тестирование при поступлении в ИУ:

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

Обязательное тестирование через шесть месяцев после поступления в СИ и ИУ:

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

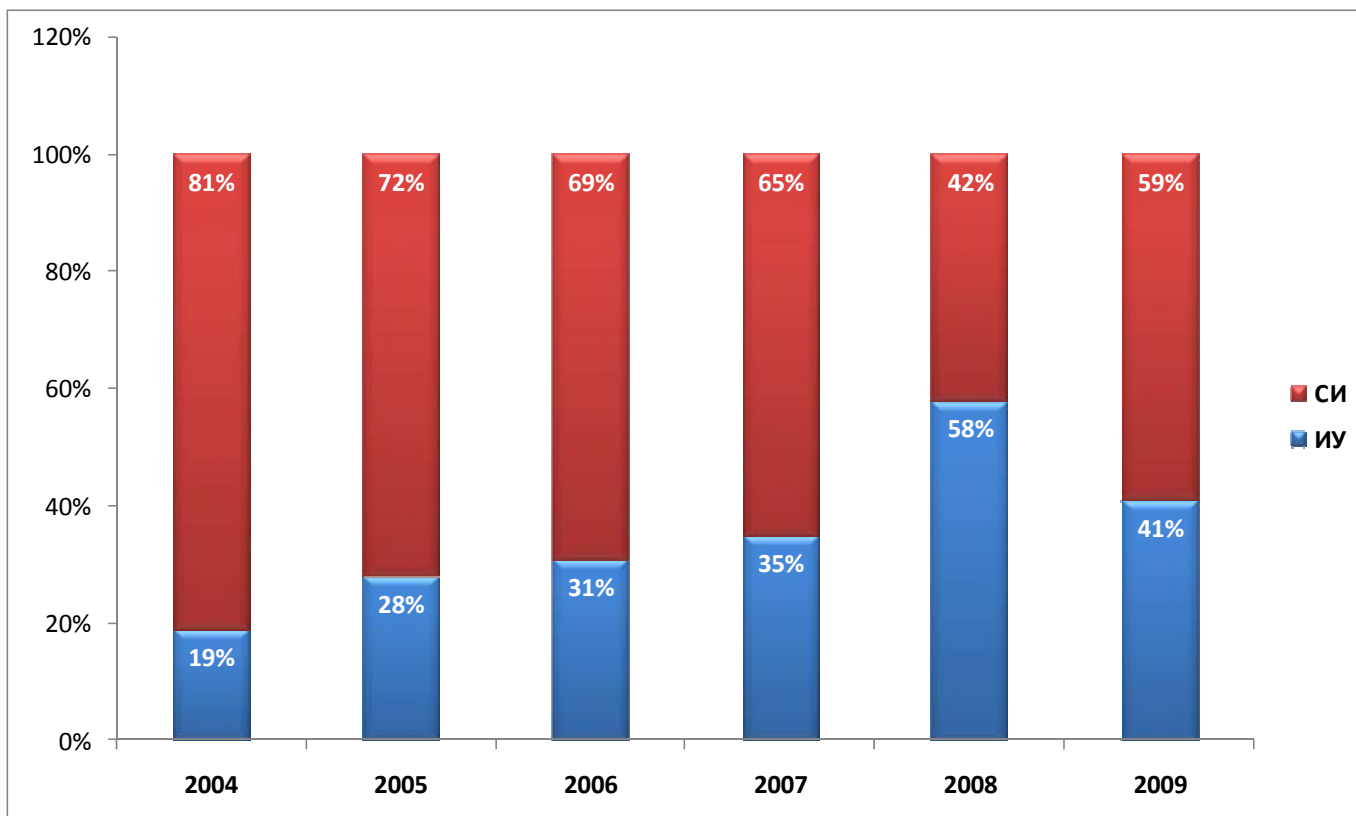
3.2. Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию.

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 обследуются 4 раза. Кроме того, осужденные могут обращаться за тестированием добровольно в течение всего срока нахождения в местах лишения свободы (МЛС). В случае выявления инфицирования среди осужденных или следственно арестованных во время нахождения в СИ или ИУ и установления круга контактных лиц, по инициативе

медицинских работников вышеуказанным заключенным также предлагается пройти обследование на ВИЧ-инфекцию.

Из выявленных ВИЧ-инфицированных заключенных, 59% (297) выявлены при поступлении в следственные изоляторы и 41% (205) зарегистрирован в исправительных учреждениях (Ф№4). Анализ в разбивке по предполагаемым местам инфицирования (СИ или ИУ) показывает нам, что доля выявления в исправительных учреждениях сохраняется на высоком уровне, в то время как основная часть ВИЧ-позитивных должна выявляться при поступлении в следственные изоляторы. Данное смещение в сторону большего выявления в ИУ свидетельствует о сохранении сложной эпидемиологической ситуации. Случаи, которые выявлены при поступлении в СИ, отражают эпидемиологическую ситуацию среди ПИН в общей популяции; лица, выявленные при последующих тестированиях, отражают уже неблагоприятное в пенитенциарных учреждениях, за исключением незначительного количества лиц в периоде серологического окна.

Рисунок 30. Структура регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции, выявляемых в СИ и ИУ, 2004 - 2009гг., РК.



В динамике по годам регистрация в ИУ в 2009г. в сравнении с 2004г. увеличилась на 22%. В 2008г. в сравнении с 2004г. увеличение на 39%.

Ситуацию по ВИЧ-инфекции осложняет совместное употребление осужденными наркотических веществ в пенитенциарных учреждениях, что ведет к возникновению локальных вспышек. Так, в 2006 году случаев инфицирования ВИЧ внутри учреждений было выявлено 19, в 2007 году - 53, в 2008 году - 143, в 2009 году - 109. В 2009 году случаи инфицирования осужденных внутри пенитенциарных

учреждений зарегистрированы в Восточно-Казахстанской области - 41, Павлодарской - 22, Алматинской - 30 и по 8 случаев в Южно-Казахстанской и Карагандинской областях (см.рис.3).

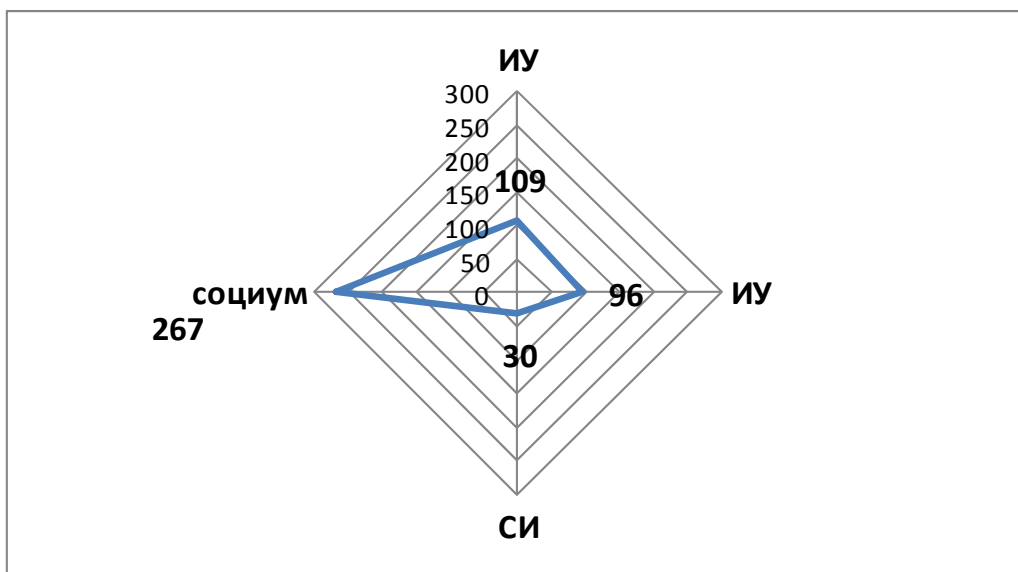
Проведенные противоэпидемические и профилактические мероприятия дали положительную динамику: в 2009г. в сравнении с 2008г. отмечено снижение на 17%.

Рисунок 31. Доля осужденных, инфицированных внутри пенитенциарных учреждений РК в 2009г. (N=109).



Из 502 случаев, выявленных в пенитенциарной системе, при поступлении в следственные изоляторы выявлено - 267 (53,2%) случаев, следовательно, их инфицирование произошло в социуме. 109 случаев связаны с инфицированием внутри исправительных учреждений. Другие 96 случаев, выявленные в ИУ, не установлены документально как случаи внутри пенитенциарной системы, но доля этих случаев составляет более 19% от всех выявленных в пенитенциарных учреждениях за 2009 год, что позволяет с большой вероятностью говорить о большем числе случаев инфицирования внутри пенитенциарной системы.

Рисунок 32. Распределение случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в пенитенциарной системе по предполагаемым местам заражения. (N=502)



Кроме исправительных учреждений неблагоприятная ситуация отмечается в следственных изоляторах системы КУИС. В 2009 году в следственных изоляторах предположительно инфицировались ВИЧ 30 следственно арестованных, из них 26 – в СИ-1 г. Алматы и 4 случая имели место в других следственных изоляторах. Ситуация в СИ-1 г.Алматы постепенно стабилизируется, были приняты меры по обеспечению обследования на выявление ВИЧ- инфекции всех поступивших, независимо от местожительства.

Если в 2008 году на долю заражений внутри пенитенциарных учреждений пришлось 45% от общего числа случаев, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях, в 2009 году - 25%, т.е. каждый четвертый случай из числа выявленных в МЛС.

Наращение числа ВИЧ-инфицированных происходит не только за счет выявления новых случаев ВИЧ-инфекции, но и связано с тем, что ежегодно в пенитенциарную систему увеличивается приток лиц уже с известным ВИЧ-статусом. Происходит наращение концентрации ЛЖВ в МЛС (в 2005г. содержалось 705 человек; 2006г.- 904, 2007г.- 1584, 2008г. – 2016, 2009г.- 2202 ЛЖВ).

Рисунок 33. Количество ВИЧ - инфицированных осужденных, содержащихся в пенитенциарных учреждениях в 2005- 2009г.г. (абс.ч.)

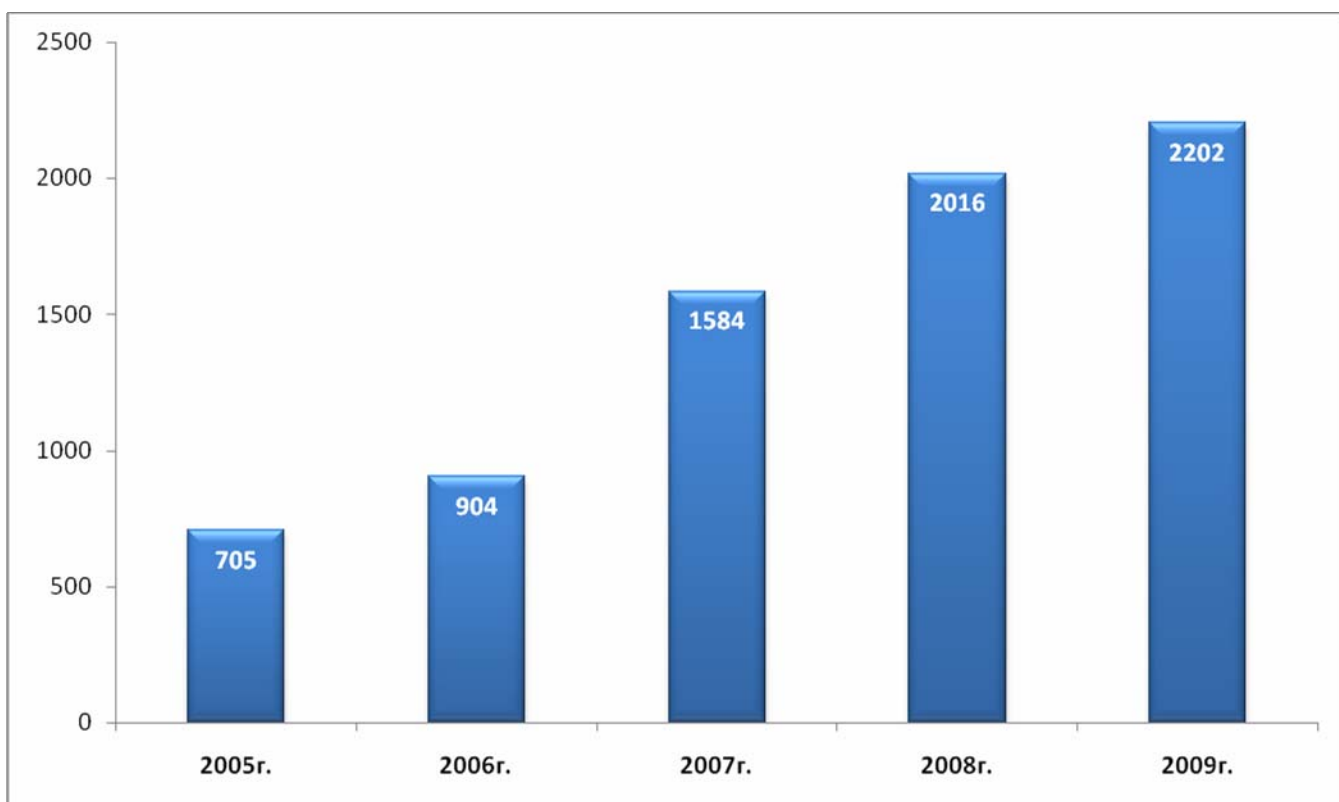


Рисунок 34. Предполагаемые пути заражения осужденных в пенитенциарных учреждениях РК. (2009г.)



По результатам эпидемиологических исследований практически во всех областях основным путем инфицирования осужденных является парентеральный путь (96%).

4. Профилактика ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

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.

Из Республиканского бюджета было 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 СПИД.

С 2005 года к работе с заключенными привлечены неправительственные организации, которые готовят волонтеров из числа заключенных по вопросам ВИЧ и СПИД, реализуют проекты по социальному сопровождению для 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 и местных бюджетов. Врачи центров СПИД и системы КУИС совместно ведут диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных.

Сотрудники учреждений УИС подвергаются риску заражения ВИЧ-инфекцией при проведении оперативных мероприятий, а медицинские работники при работе с кровью. В 2009 году в учреждениях УИС нуждалось в проведении постконтактной профилактики 6 человек, всем лицам ПКП была предоставлена.

В учреждениях УИС люди с ВИЧ-инфекцией аккумулируются вместе с людьми неинфицированными, а в медицинских учреждениях УИС ощущается нехватка перчаток, защитных экранов для стоматологов, одноразового инструментария.

Необходимо обратить особое внимание на предотвращение внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции при выполнении диагностических, лечебных и профилактических процедур, обеспечив безусловное соблюдение дезинфекционно-стерилизационного режима.

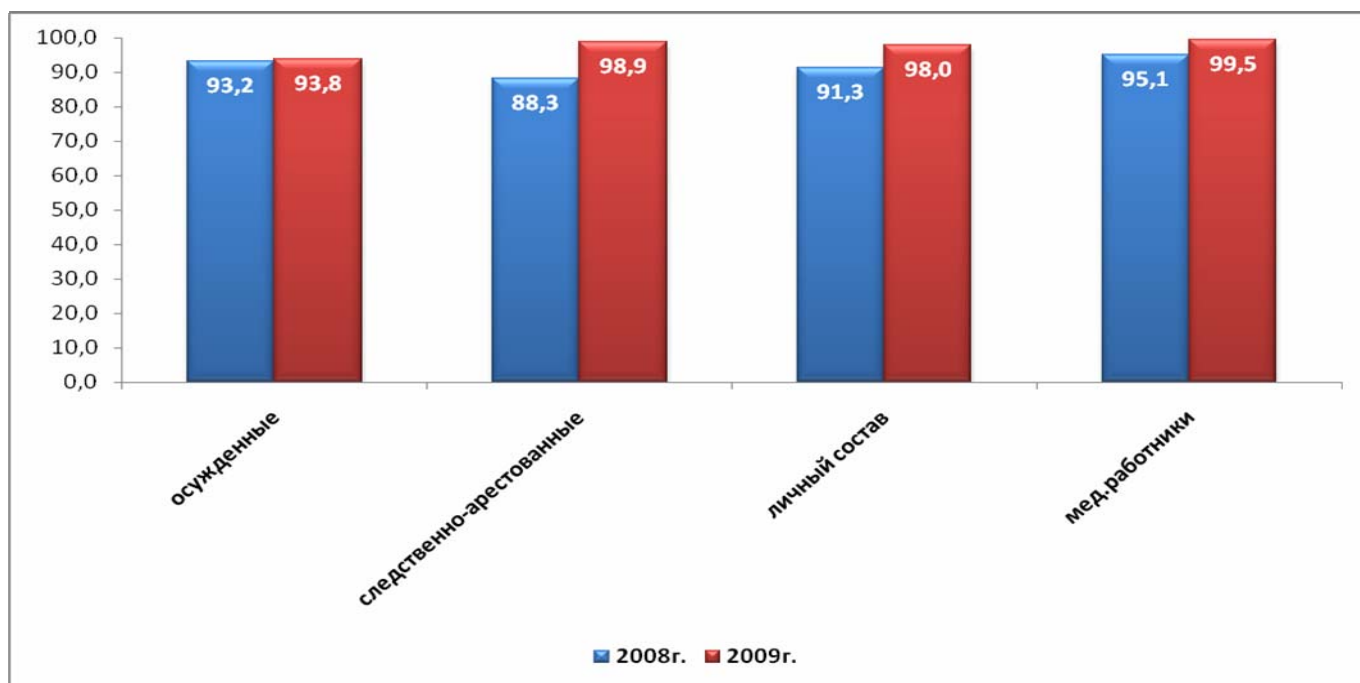
ПРОГРАММНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА 2009ГОД

Показатель 3.3.

- Процент осужденных, охваченных образовательными программами по профилактике ВИЧ/СПИД в учреждениях уголовно-исполнительной системы – 93,8 % (2008г. – 93,2%), рост 0,6%;
- Процент следственно-арестованных, охваченных образовательными программами по профилактике ВИЧ/СПИД в учреждениях уголовно-исполнительной системы – 98,9 % (2008г. – 88,3%), рост 10,6%;
- Процент личного состава охваченных образовательными программами по профилактике ВИЧ/СПИД в учреждениях уголовно-исполнительной системы – 98,0% (2008 – 91,3%), рост 6,7%;
- Процент медицинских работников, охваченных образовательными программами по профилактике ВИЧ/СПИД в учреждениях уголовно-исполнительной системы – 99,5% (2008г – 95,1%), рост 4,4%;

При этом важно отметить, что осведомленность людей о мерах защиты от инфекций не является гарантией безопасного поведения. Для формирования культуры подобного поведения необходимо разработать систему поддержки позитивных намерений и повышения самооценки людей, ведущих себя безопасно. Это требует проведения воспитательных мероприятий и дополнительных усилий психологов, личного участия сотрудников в кампаниях по профилактике ВИЧ и СПИД.

Рисунок 35. Охват образовательными программами спецконтингента и личного состава в 2009г. (%)



Показатель 3.4 Подготовка волонтеров из числа спецконтингента и обучение осужденных по методу «равный равному» - 6,8% (2008г. – 12,3%). Снижение на 5,5%.

Показатель 10.4 Процент осужденных, которые правильно указали меры профилактики ВИЧ и в то же время правильно назвали неверные представления о

путях передачи ВИЧ, составил – 69,6% (2008г – 63,1%). Рост 6,5%. При этом информированность мужчин (68,6%) ниже, чем женщин (85,4%). Осужденные в возрасте до 25 лет менее информированы (61,4%), чем старше 25 лет (72,8%).

Показатель 19.5 Процент осужденных, прошедших тестирование на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и которые знают результаты своего теста составил – 59,2% (2008г. – 56,6%), отмечается рост на 2,6%. При этом доля осужденных, прошедших обследование на ВИЧ, которые знают результаты тестирования составила: у осужденных до 25 лет – 55,4%, старше 25 летнего возраста – 73,2%.

Только половина осужденных, прошедших тестирование, знают результат теста; что свидетельствует о необходимости проведения послетестового консультирования для лиц с отрицательным результатом тестирования.

Вместе с тем, существуют проблемы требующие решения:

- не укомплектованность штатов медицинских работников, отсутствие врачей инфекционистов в медицинских частях учреждений;
- низкий уровень приверженности к антиретровирусному лечению у заключенных;
- достаточная осведомленность осужденных о мерах защиты от инфекций не является гарантией их безопасного поведения и позитивных намерений.

Необходимы комплексные меры, внедрение которых зависит от взаимодействия заинтересованных служб и политических решений на государственном уровне.

Результаты дозорного эпидемиологического надзора среди осужденных за 2009г.

5.1 Введение

Дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) представляет собой серию связанных серологических и поведенческих сквозных исследований, впервые был внедрен в Казахстане в 2003 году при технической и финансовой поддержке CDC. Осуществляется систематический и регулярный сбор информации, направленный на изучение динамики, факторов распространения ВИЧ-инфекции в сочетании с моделями поведения в пяти дозорных группах, в том числе среди осужденных. Методика организации и проведения ДЭН за ВИЧ-инфекцией разработана и утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 634 от 23.12.2005 года. Сопоставление серологических и поведенческих данных обеспечивают необходимую информацию об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в группе осужденных. ДЭН позволят получить характеристику группы, выявить опасные практики в отношении ВИЧ среди заключенных и служит инструментом стратегического планирования программ профилактики и лечения ВИЧ/СПИД.

Эпидемиологический надзор обеспечивает данные для системы мониторинга и оценки проводимых мероприятий, позволяет использовать полученные данные для разработки программы профилактики ВИЧ/СПИД в пенитенциарной системе.

5.2 Материалы и методы

Цель:

Изучение распространенности ВИЧ инфекции и поведенческих факторов риска для разработки и внедрения профилактических программ; составления прогнозов распространения и предоставления информации для обоснования выделения необходимых ресурсов.

Задачи ДЭН среди осужденных:

- оценка распространенности ВИЧ инфекции, ВГС и сифилиса;
- оценка распространенности моделей поведения, сопряженных с риском ВИЧ инфицирования;
- оценка риска полового поведения;
- определение осведомленности о путях передачи ВИЧ-инфекции и мерах профилактики;
- наличие симптомов ИППП и обращаемость за медицинской помощью;
- доступность средств профилактики;
- охват тестированием на ВИЧ.

Характеристика выборки

Формирование выборки осужденных осуществляется в соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными приказом МЗ РК от 23.12.05г. №634 «Об организации и проведении дозорного эпидемиологического надзора». В разрезе регионов респонденты распределились следующим образом:

Таблица 12.Размер выборки:

Регионы	Количество
Акмолинская	312
Актюбинская	300
Алматинская	390
Атырауская	150
Восточно-Казахстанская	500
Жамбылская	350
Западно-Казахстанская	200
Карагандинская	420
Костанайская	350
Мангыстауская	360
Павлодарская	400
Северо-Казахстанская	250
Южно-Казахстанская	400
г.Астана	110
Всего	4492

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. Каждый год в среднем в ДЭН принимает участие 4500 осужденных. В 2009 году ДЭН проведен в 14 областях Казахстана.

Процент простой случайной выборки для ДЭН из общей популяции заключенных в 2009г. составил для мужчин – 8,7 и для женщин – 9,3.

Рисунок 36. Процент случайной выборки для ДЭН от общего количества заключенных 2009г.



Дизайн исследования: кроссекционный (одномоментный поперечный срез), повторный.

Методика:

Отбор ИУ (дозорные участки):

- Стратифицированная случайная выборка ИУ по режиму содержания (Карагандинская, Восточно-Казахстанская, Ақмолинская области)
- С включением всех ИУ (остальные области)

Критерии включения в выборку:

- лицо, старше 18 лет;
- мужского или женского пола;
- нахождение в ИУ РК от 6 и более месяцев;

Отбор осуществлялся по систематической случайной выборке на основании списка осужденных.

Участие в исследовании было анонимным и добровольным, на основе информированного согласия.

Инструменты: дотестовое и послетестовое консультирование, анкетирование, интервьюирование, индивидуальное кодирование, забор материала на лабораторное исследование, ввод данных в базу Epi-info.

Лабораторный этап исследования:

- Серологический этап ДЭН

- забор крови производился методом сухой капиллярной капли на фильтровальные тест-карты (бумага Schreiber & Schuell № 903)
- сухая капиллярная 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»

5.3 Социально-демографические характеристики:

Гендерное распределение.

Доля женщин среди обследованных осужденных составила 5,8 % (261/4492), мужчин соответственно – 94,2% (4231/4492).

Проведенный моновариабельный анализ статистически достоверно ($P < 0,0003$) показал, что риск ВИЧ(+) инфицирования у женщин в 2,4 раза выше, чем у мужчин.

Распределение по возрастным группам

Мода возраста-25лет. Средний возраст – 32, медиана возраста – 30 лет, минимальный возраст – 18 лет, максимальный – 75 лет.

Сравнительный моновариабельный анализ статистически достоверно ($P < 0,002$) показал, что риск ВИЧ(+) инфицирования у лиц старше 25 лет возрастает в 2,4раза в сравнении с возрастной группой младше 25 лет.

Место проживания до заключения

73,1% (3283/4492) осужденных до заключения проживали в городах, 13,1% (589/4492) в селах и 13,8 % (620/4492) жители ПГТ.

При сравнительном моновариабельном анализе риск быть ВИЧ(+) инфицированным у городских жителей в 2 раза больше, чем у сельских. ($P < 0,001$)

Семейный статус

56,6% (2543/4492) осужденных в браке не состоят, 13,4% (601/4492)- разведены, 2,8% (126/4492) овдовели и 27,1 % (1218/4492) состоят в браке, в т.ч. гражданском.

Образовательный уровень

72% респондентов (3235/4492) имеют среднее или среднее специальное образование, доля обследованных осужденных с незаконченным высшим или высшим образованием равна 7,6% (341/4492), на начальное и неполное среднее образование приходится 20,4% (916/4492).

Длительность и кратность пребывания в местах лишения свободы

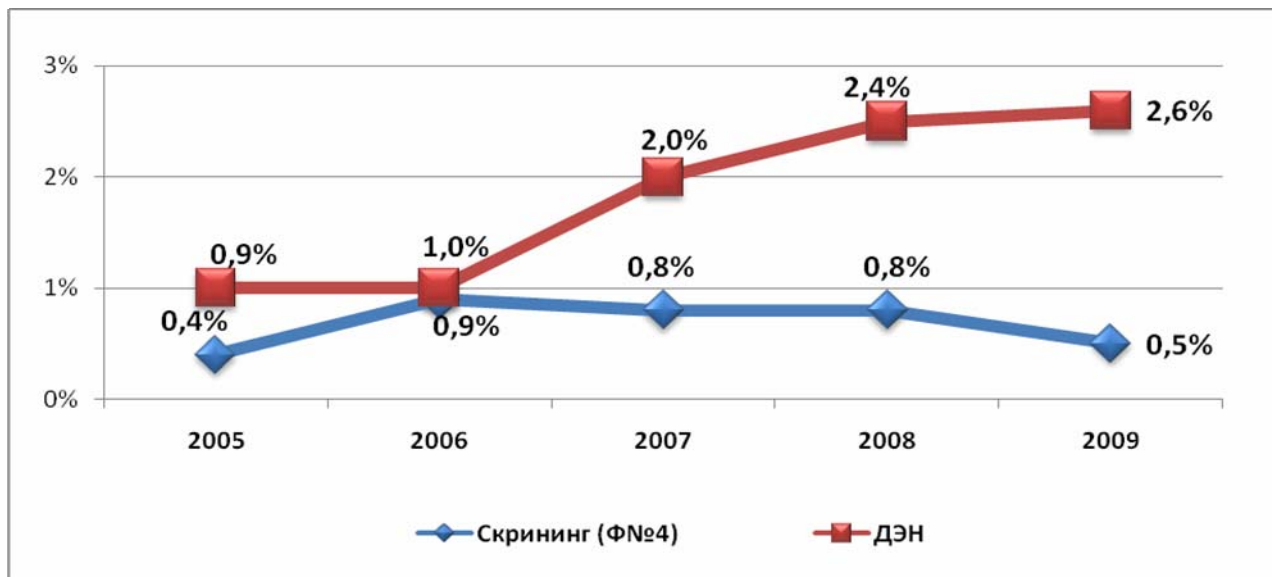
53,5 % (2401/4492) респондентов отбывают наказание впервые, 20,3 % (914/4492) второй раз, 26,2% (1177/4492) - три и более раз.

Среднее время пребывания в исправительном учреждении составляет 3 года, медиана - 2 года, мода - от 1 до 2 лет. Минимальное время пребывания в колонии до 1 года, максимальное -23года.

5.4 Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса

Распространенность ВИЧ-инфекции в динамике по годам составила: в 2005г.- 0,9%, 2006г.- 1,0%, в 2007г.- 2,0%, в 2008г.- 2,4%, в 2009г.- 2,6%.

Рисунок 37. Распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных в 2005-2009 годах по результатам ДЭН среди осужденных и скрининга заключенных.



Увеличивающаяся разница распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных по результатам ДЭН и скрининга в этой группе, а также рост выявления новых случаев в ИУ в большей мере, чем в СИ, свидетельствует о неблагополучии в пенитенциарной системе и необходимости внедрения более эффективных мер профилактики.

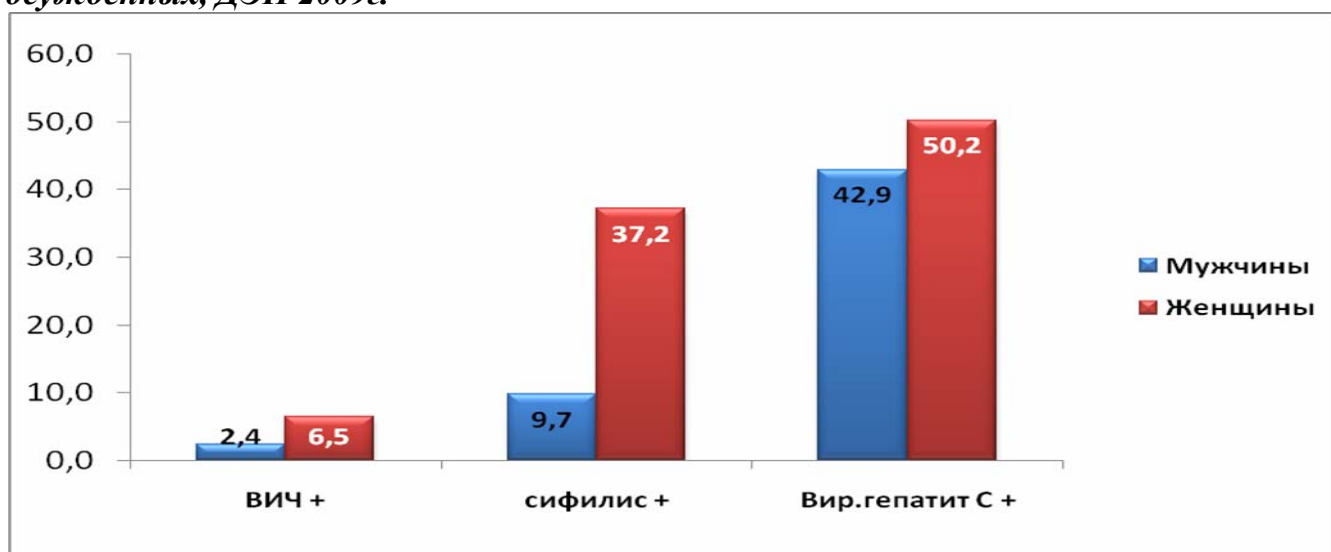
В сравнении: распространенность ВИЧ-инфекции по данным регистрации случаев – составляет 0,5%, т.е. ниже в 5 раз распространенности ВИЧ-инфекции по результатам, полученным в дозорном эпидемиологическом надзоре - 2,6% (119/4492; 95 % ДИ = 2,2-3,2).

Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных – мужчин – составил - 2,4%, среди заключенных – женщин – 6,5%.

Показатель распространенности сифилиса среди женщин в 3,8 раза превышает распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин.

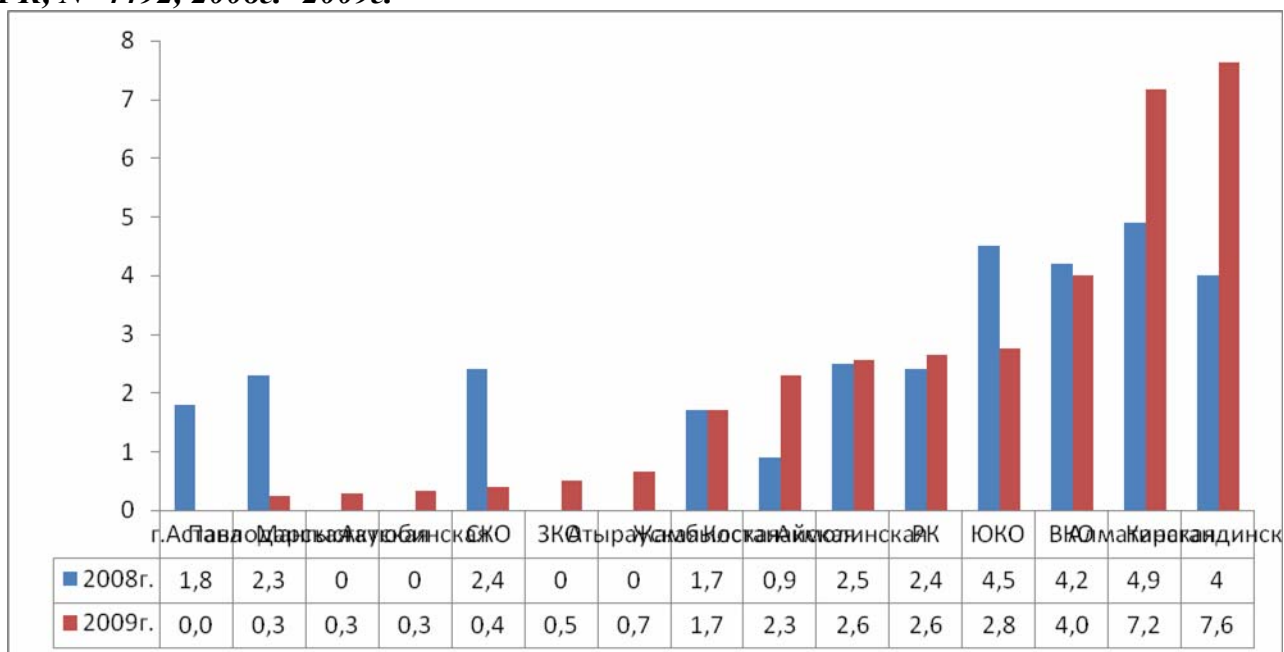
Доля выявления вирусного гепатита С среди мужчин ниже на 7,3%, чем среди женщин (см.рис.7).

Рисунок 38. Доля выявленных инфицированных мужчин и женщин среди осужденных, ДЭН 2009г.



Средневзвешенный показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди осужденных составил по РК - 2,6%, что практически на уровне прошлого года (2008г.- 2,4%). Распространенность по областям отличается и варьирует от 0% (г. Астана) до максимального уровня распространения - 7,6% (Карагандинская область).

Рисунок 39. Распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных по регионам РК, N=4492, 2008г.- 2009г.



По результатам ДЭН определены области, в которых произошло ухудшение эпидемиологической ситуации и отмечен рост распространенности ВИЧ-инфекции среди осужденных:

- в Алматинской области - с 4,9% до 7,2% (в 1,5 раза);
- в Карагандинской области - с 4,0% до 7,6% (в 1,9 раза);

- в Костанайской области - с 0,9% до 2,3% (в 2,6 раза);

В Жамбылской области распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных не изменилась по сравнению с 2008 годом и составила 1,7%, аналогичная ситуация наблюдается в исправительных учреждениях Акмолинской области, где распространенность ВИЧ-инфекции находится на уровне прошлого года и составляет 2,6%. В Восточно-Казахстанской области распространенность составила 4,0% (2008г.- 4,2%). В Западно-Казахстанской, Атырауской и Актыбинской областях распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных находится на низком уровне (0% до 0,7%). Отмечено значительное снижение распространенности ВИЧ-инфекции среди осужденных в следующих областях:

- в Южно-Казахстанской - с 4,5% до 2,8%;

- в Павлодарской - с 2,3% до 0,3%;

- в Северо-Казахстанской - с 2,4% до 0,4%;

- в г. Астане - с 1,8% до 0%;

Таблица 13. Распространенность ВИЧ-инфекции в регионах РК с дифференцировкой по полу. ДЭН 2009г.

Области	Распространенность ВИЧ			
	Мужчины		Женщины	
	до 25 лет	25 лет и >	до 25 лет	25 лет и >
Актобе		0.4		
Алматинская	1.6	11.9	4.0	3.4
Астана				
Атырау		1.1		
Караганда	3.5	6.8		13.6
Акмолинская		3.3		
Костанай	2.9	2.0		
Мангыстау		0.3		
Павлодар		0.3		
СКО		0.6		
ВКО	4.0	4.2		
Жамбылская		1.9		
ЗКО		0.8		
ЮКО	1.0	3.3		
РК	1.2	2.8	2.6	7.2

Распространенность ВИЧ-инфекции в целом по РК ниже у мужчин моложе 25 лет (1,2%), чем у мужчин старше 25 лет (2,8%) в 2,3 раза. При этом в Карагандинской области, распространенность ВИЧ-инфекции мужчин старше 25 лет (6,8%), практически в 2 раза выше, чем у мужчин моложе 25 лет, в Алматинской области - в 7 раз, а в ВКО - разница незначительная (0,2%).

Распространенность ВИЧ-инфекции в целом по РК ниже у женщин моложе 25 лет (2,6%), чем у женщин старше 25 лет (7,2%) в 2,7 раза. При этом, в Карагандинской области, распространенность ВИЧ-инфекции у женщин старше 25 лет (13,6%), практически в 13 раз выше, чем у женщин моложе 25 лет (не регистрировалось); в Алматинской области незначительная разница: на 0,6%

распространенность ВИЧ-инфекции у женщин старше 25 лет, ниже чем у женщин моложе 25 лет.

Таблица 14. Распространенность ВГС в регионах РК с дифференцировкой по полу. ДЭН 2009г.

Области	Распространенность вирусного гепатита С			
	мужчины		женщины	
	до 25 лет	25лет и >	до 25 лет	25лет и >
Актобе	21.1	43.8		
Алматинская	27.9	54.1	36.0	42.9
Астана		37.7		
Атырау	19.6	33.0		
Караганда	29.8	53.0	66.7	63.6
Акмолинская	16.4	43.9		
Костанай	21.6	38.7		
Мангыстау	23.7	47.5		
Павлодар	35.1	48.4		
СКО	25.3	43.3		
ВКО	48.8	56.6	40.0	46.7
Жамбылская	15.0	60.0		
ЗКО	24.4	41.8		
ЮКО	21.6	42.2		
РК	26.9	47.7	43.6	51.4

Распространенность гепатита С в целом по РК ниже у мужчин моложе 25 лет (26,9%), чем у мужчин старше 25 лет (47,7%) в 1,7 раза. При этом в Жамбылской области, превышение максимальное - в 4 раза.

Распространенность гепатита С в целом по РК ниже у женщин моложе 25 лет (43,6%), чем у женщин старше 25 лет (51,4%) на 7,8%. При этом в Карагандинской области, распространенность гепатита С у женщин старше 25 лет (63,6%), незначительно ниже, чем у женщин моложе 25 лет (66,7%). В Алматинской области и ВКО сохраняется незначительная разница: на 6-7% распространенность гепатита у женщин старше 25 лет выше, чем у женщин моложе 25 лет.

Таблица 15. Распространенность сифилиса в регионах РК с дифференцировкой по полу. ДЭН 2009г.

Области	Распространенность сифилиса			
	Мужчины		Женщины	
	до 25 лет	25лет и >	до 25 лет	25лет и >
Актобе	3.9	15.6		
Алматинская	4.9	11.4	36.0	33.6
Астана		9.4		
Атырау	3.6	5.3		
Караганда	5.3	9.4	22.2	51.1
Акмолинская	8.2	13.0		
Костанай	3.9	18.5		
Мангыстау	2.6	8.7		
Павлодар	7.4	20.3		
СКО	3.8	11.7		
ВКО	3.2	5.1		6.7
Жамбылская	5.0	13.2		
ЗКО	2.6	10.7		
ЮКО	3.1	4.6		
РК	4.4	11.4	28.2	38.7

Распространенность сифилиса, в целом по РК, ниже у мужчин моложе 25 лет (4,4%), чем у мужчин старше 25 лет (11,4%) в 2,6 раза. При этом в г.Астане, превышение максимальное - в 9 раз.

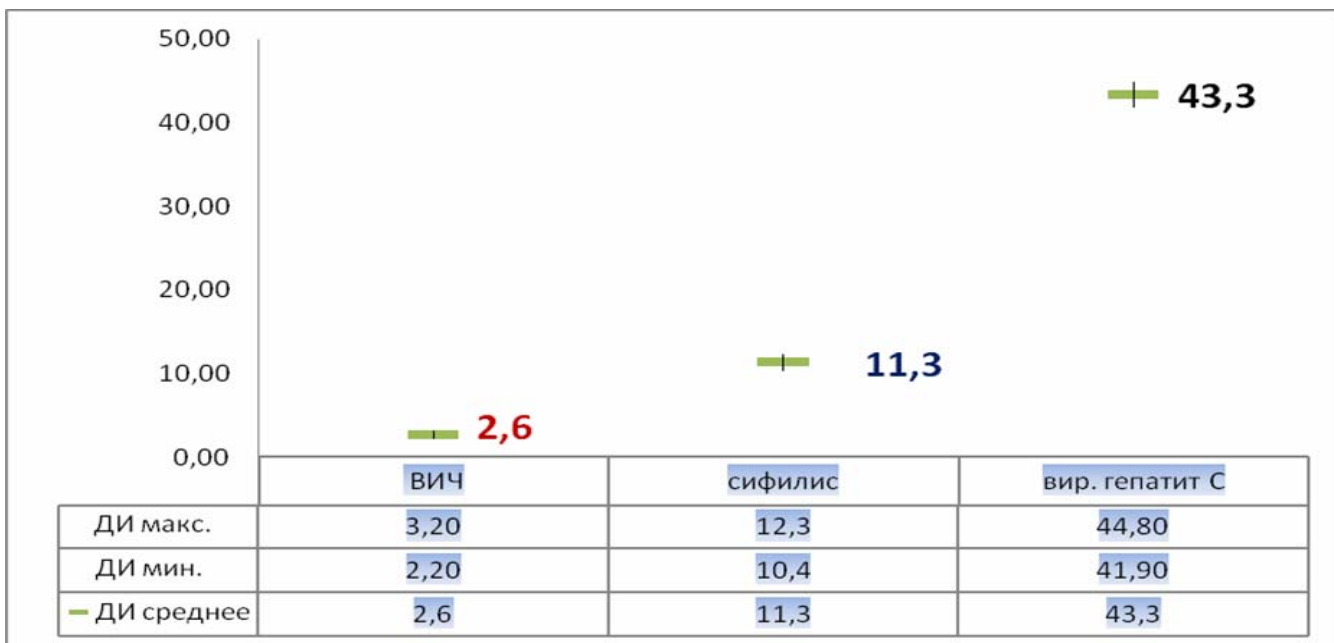
Распространенность сифилиса в целом по РК ниже у женщин моложе 25 лет (28,2%), чем у женщин старше 25 лет (38,7%) на 10,5%. При этом в Карагандинской области, распространенность сифилиса у женщин старше 25 лет (51,1%), в 2 раза выше, чем у женщин моложе 25 лет (22,2%), в Жамбылской области в 6 раз. В ВКО сохраняется незначительная разница - на 2,4% распространенность сифилиса у женщин старше 25 лет, ниже чем у женщин моложе 25 лет.

Таким образом, различия в распространенности ВИЧ-инфекции вирусного гепатита С и сифилиса отмечаются не только при половой дифференцировке, но и региональной.

На рисунке 13. показано, что:

- Распространенность ВИЧ -2,65% (119/4492; 95 % ДИ =2,2%-3,2%)
- Распространенность сифилиса среди осужденных -11,3% (509/4492; 95 % ДИ = 10,4%-12,3%)
- Распространенность гепатита С - 43,3% (1947/4492); 95 % ДИ = 41,9%-44,8%).

Рисунок 40. Распространенность ВИЧ, гепатита С, сифилиса 2009г. ДЭН, РК.



Высокая распространенность ВГС - 43,3% (ДЭН, 2009г.), которая на протяжении последних лет не снижается, свидетельствует о высокой доле ПИН в пенитенциарной системе, а стабильно высокая распространенность сифилиса на уровне 10% - 11% - о наличии практик опасного полового поведения. ДЭН дополняет данные надзора за случаями и позволяет нам выявлять географические области и конкретные пенитенциарные учреждения, в которых возможно осложнение эпидемиологической ситуации.

5.5 Распространенность моделей поведения, сопряженных с риском ВИЧ-инфицирования.

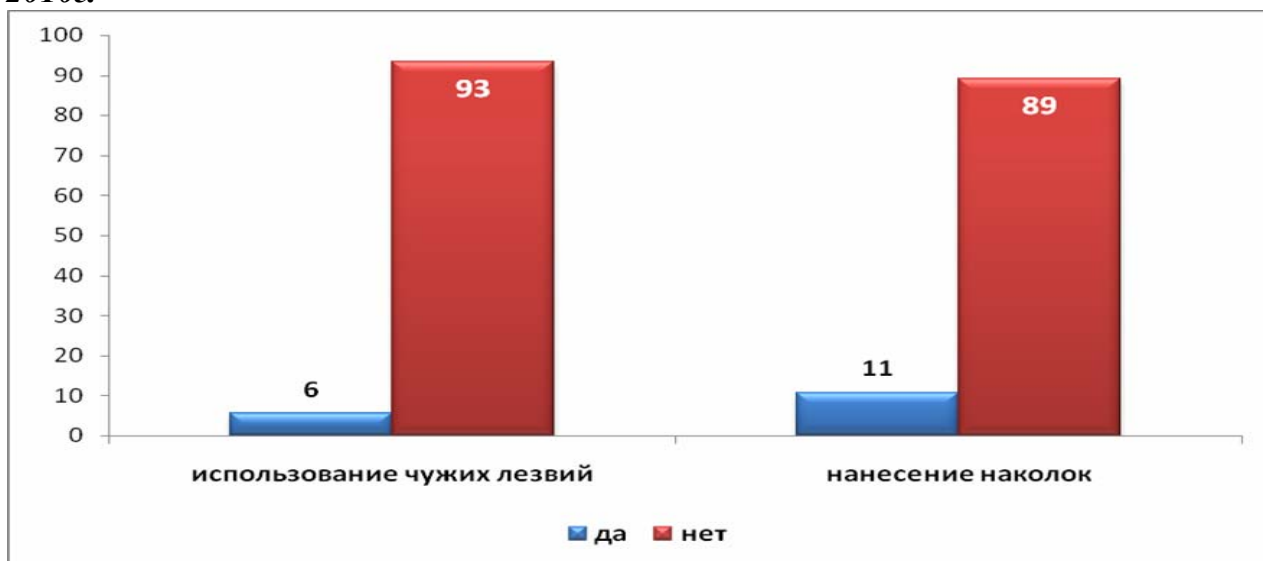
Нанесение татуировок в колонии.

Наносили татуировки в колониях, где они отбывают наказание 10,8% (483/4492) осужденных, не делали татуировки – 89,1% (4000/4492)

Использование общих лезвий для бритья.

5,6% (252/4492) осужденных сказали, что используют для бритья лезвия, которыми пользовался кто-то другой, 93,4% (4194/4492) - не используют чужие лезвия.

Рисунок 41. Распространенность рискованных практик среди заключенных РК, 2010г.



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 косвенно, 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.

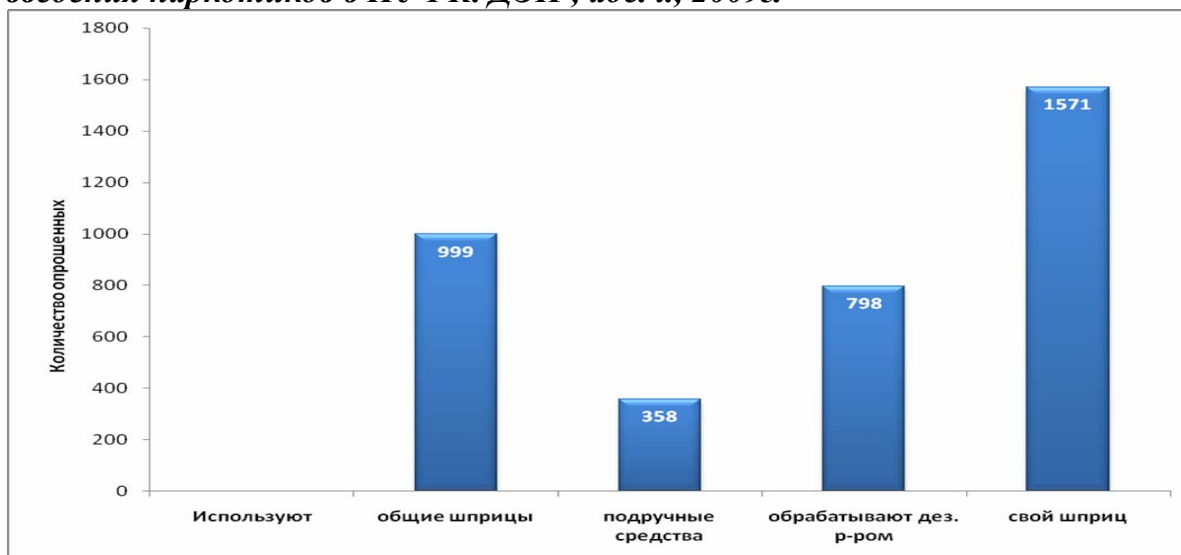
Употребление инъекционных наркотиков

Мнение осужденных об употреблении наркотиков в колониях:

- 11,6% (521/4492) считают, что наркотики употребляют большинство осужденных;
 - 8,2% (369/4492) считают, что наркотики употребляют половина осужденных;
 - 25,6% (1148/4492) считают, что наркотики употребляют меньше половины осужденных;
 - 50,2% (2255/4492) респондентов не ответили на вопрос или не знают ответа;
- Таким образом, 45,7% (2052/4492) респондентов считают, что осужденные используют наркотики в колониях.

Практика введения наркотиков.

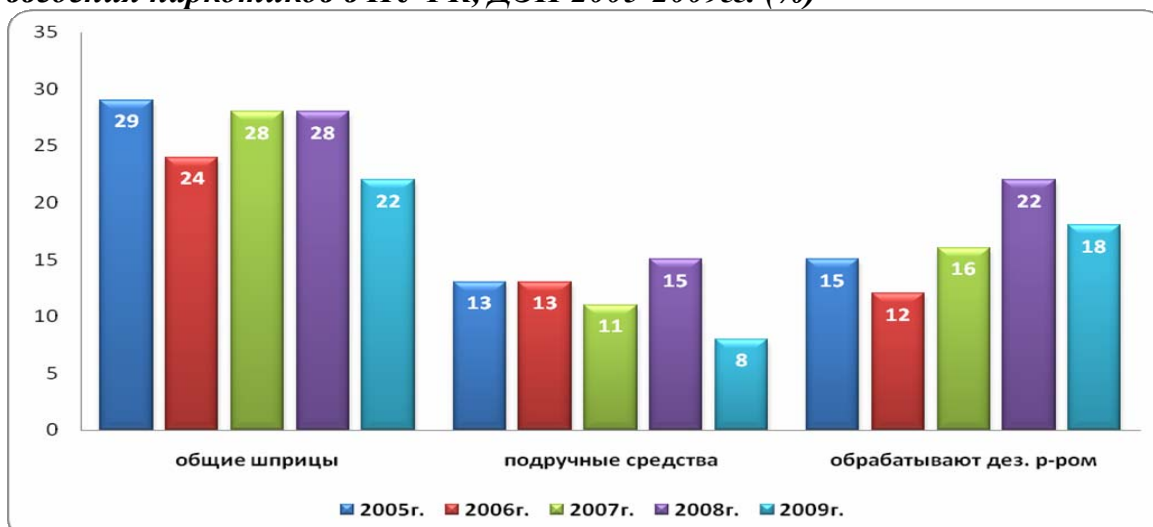
Рисунок 42. Мнение осужденных о применяемых инъекционных практиках введения наркотиков в ИУ РК. ДЭН, абс.ч., 2009г.



- 22,2% (999/4492) респондентов указали на то, что осужденные используют общие шприцы;
- 8% (358/4492) – респондентов указали на использование подручных средств;
- 17,8% (798/4492) осужденных указали, что обрабатывают шприцы дезинфицирующим раствором;
- 35% (1571/4492) респондентов указала на использование своего шприца.

Таким образом, треть заключенных используют опасные практики, а если учесть что обработка дезинфицирующим раствором могла быть недостаточной по экспозиции, концентрации и возможно использование общей емкости, то доля возрастает до 50%.

Рисунок 43. Мнение осужденных о применяемых инъекционных практиках введения наркотиков в ИУ РК, ДЭН 2005-2009гг. (%)



Несмотря на проводимые образовательные программы в МЛС, высокий уровень доступности дезинфицирующих средств, практика обработки дезинфицирующим раствором в последние годы снизилась на 4 %. Отмечено снижение использования подручных средств – на 7% и общих шприцев - на 6 %.

6. Половое поведение осужденных

6.1 НАЛИЧИЕ ПОЛОВЫХ КОНТАКТОВ В ИУ

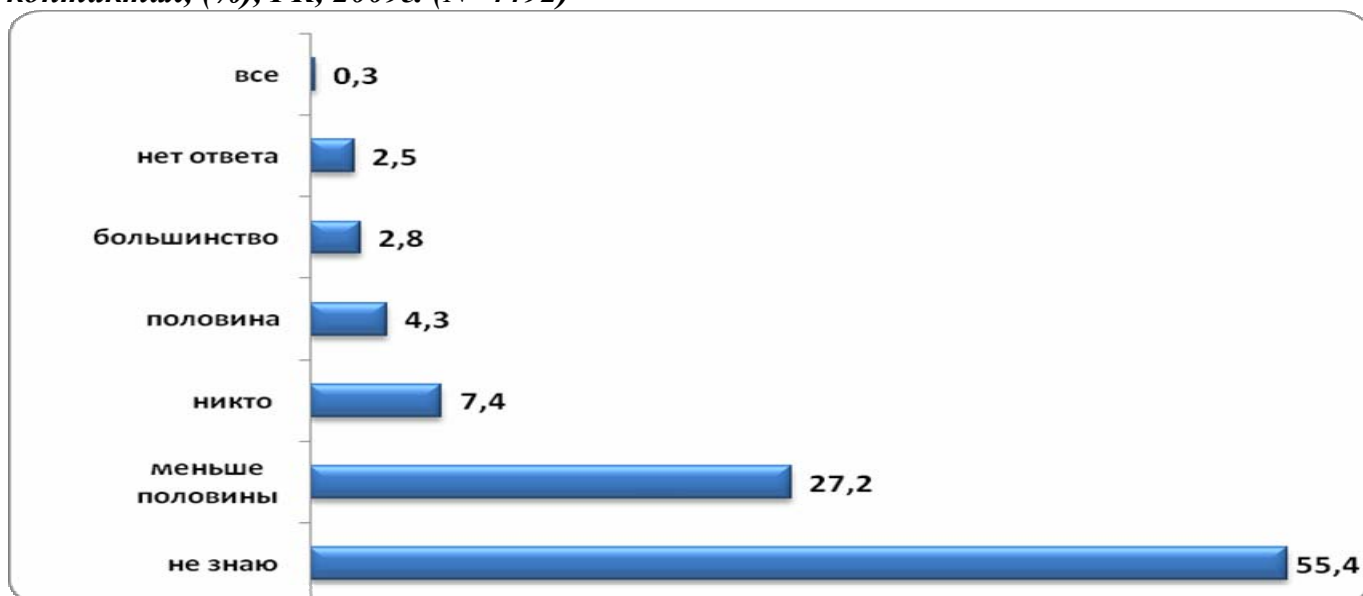
Мнение осужденных о половых контактах в колониях:

- 3,1% (141/4492) считают, что имеют половые контакты все или большинство осужденных;
- 4,3% (194/4492) считают, что имеют половые контакты половина осужденных;
- 27,2% (1223/4492) считают, что имеют половые контакты меньше половины осужденных;
- 7,4% (334/4492) считают, что почти никто не имеет половых контактов;
- 57,9% (2600/4492) респондентов не знают или не ответили на этот вопрос.

Таким образом, 34,7% опрошенных считают, что осужденные вступают в гомосексуальные контакты.

6.2 Использование презервативов

Рисунок 44. Мнение осужденных об использовании презервативов при половых контактах, (%), РК, 2009г. (N=4492)



Мнения осужденных об использовании презервативов при гомосексуальных контактах разделились:

- 27,2% осужденных считает, что презервативами пользуется меньше половины заключенных;
- 4,3% респондентов ответили, что презервативами пользуется при половых контактах половина осужденных;

- 3,1% респондентов ответили, что «все» или «большинство» лиц пользуются презервативами.

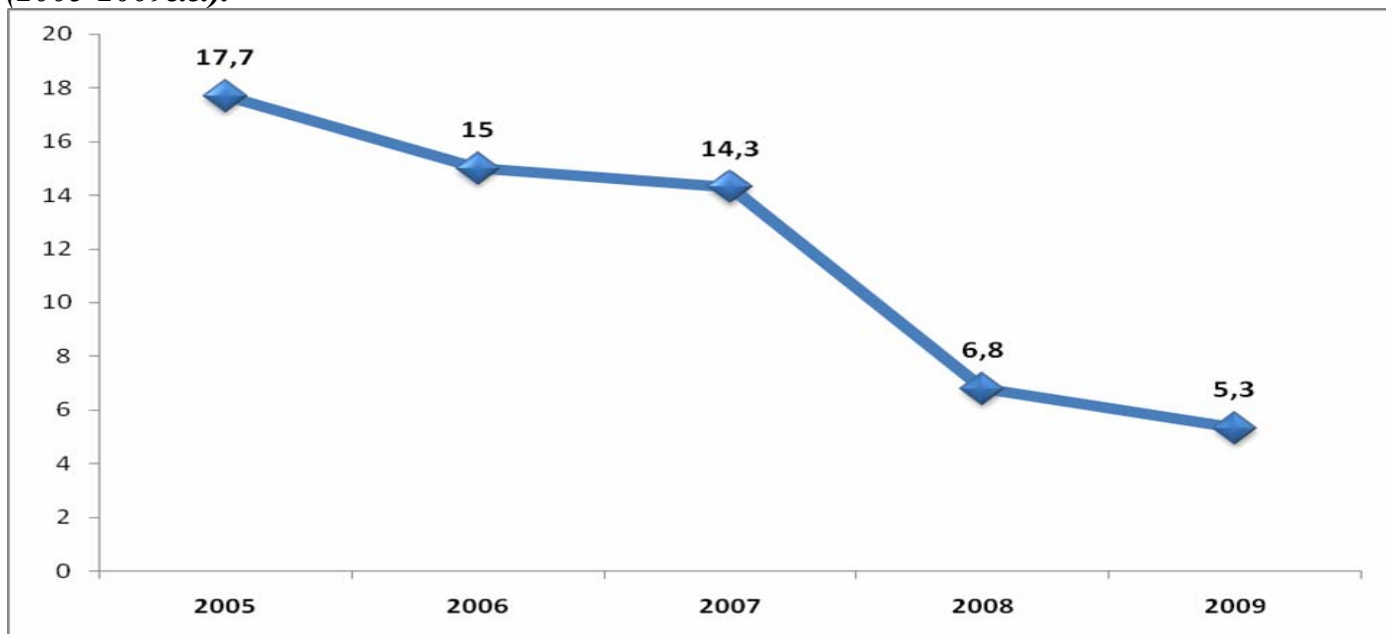
Данный опрос свидетельствует о том, что использование презервативов мало распространено, хотя доступ к ним имеется.

6.3 Наличие симптомов ИППП и обращаемость к медицинским работникам

При опросе, за последние 6 месяцев симптомы ИППП у женщин проявлялись чаще, чем у мужчин в 5,8 раза (35% и 6% соответственно).

В динамике по годам отмечается снижение показателя о наличии симптомов ИППП (рисунок 18), в 2009г. в сравнении с 2005г. произошло снижение практически в 3 раза. Распространенность сифилиса среди осужденных в 2009 году находится на уровне 2008г. (2009г. - 11,7%; 2005г. - 11,3%).

Рисунок 45. Распространенность симптомов ИППП у осужденных, РК, ДЭН (2005-2009г.г.).



При наличии симптомов ИППП у 5,3% (239/4492) респондентов, из них обращались за медицинской помощью 70,3%(168/239) респондентов.

7. УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ О ВИЧ И СПИД, ПУТЯХ ПЕРЕДАЧИ И МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ.

Оценка уровня знаний осужденных о путях передачи и мерах профилактики проводилась по 2 вариантам:

- Количество правильно ответивших на 5 основных вопросов согласно рекомендациям UNGASS.
- Количество правильно ответивших на все 13 вопросов, имеющих в анкете по знанию о ВИЧ и СПИД.

На 5 вопросов правильно ответили 3095 из 4492(68,9%), на все 13 вопросов ответили правильно 1992 из 4492 (44,3%), при этом правильно ответивших женщин было в 1,5 раза больше, чем мужчин.

Учитывая, что распространенность ВИЧ-инфекции, сифилиса и вирусного гепатита С выше у женщин, чем у мужчин, можно предположить, что женщины менее склонны реально изменять практики поведения согласно имеющимся знаниям и, возможно имеющимся дополнительным факторам, требующих дальнейшего изучения (доступ к шприцам, дезсредствам в условиях заключения, психосоциальные характеристики).

В динамике по годам отмечаются незначительные изменения в сторону увеличения уровня знаний.

Рисунок 46. Уровень знаний о ВИЧ и СПИД у осужденных. Доля правильно ответивших на 5 и 13 вопросов. ДЭН 2007-2009гг., РК.

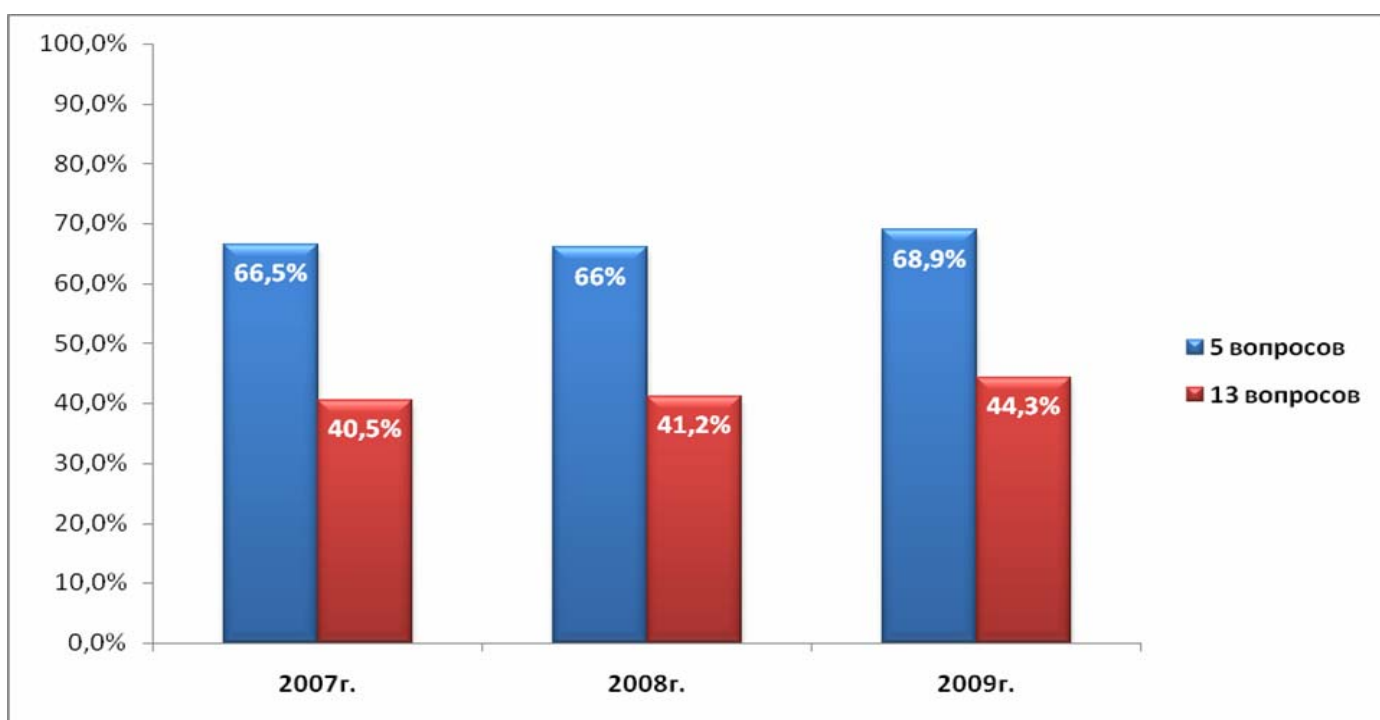


Таблица 16. Частота правильных ответов в тестах на уровень знаний у осужденных (ДЭН, 2009г.)

Вопросы	Правильно ответили
Как можно защититься от заражения ВИЧ/СПИД? Ответ: не использовать общую посуду (для еды) с ВИЧ-инфицированным	74.6%
Можно ли заразиться через укус комара?	79.9%
Можно ли заразиться ребенку от зараженной матери при беременности, родах и грудном вскармливании?	87.5%
Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?	88.9%
Можно ли заразиться при нанесении татуировок?	89.0%
Как можно защититься от заражения ВИЧ/СПИД? Ответ: перейти на неинъекционные наркотики (т.е. курить, нюхать)	89.6%
Можно ли заразиться, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?	89.8%
Как можно защититься от заражения ВИЧ/СПИД? Ответ: использовать свой шприц при употреблении наркотика	91.8%
Можно ли снизить риск передачи ВИЧ/СПИД, если постоянно использовать презервативы	95.8%
Можно ли снизить риск передачи ВИЧ/СПИД, если иметь половые контакты только с одним верным, хранящим верность неинфицированным партнером	95.8%
Можно ли заразиться половым путем?	97.5%
Можно ли заразиться при использовании общих игл, шприцев?	97.7%
23. Что такое СПИД?	98.3%

Ни на один вопрос осужденные не смогли правильно.

Информацию о ВИЧ и СПИД осужденные получали:

- радио – 54%
- телевидение – 73%

- газеты – 80%
- от медицинских работников – 88%

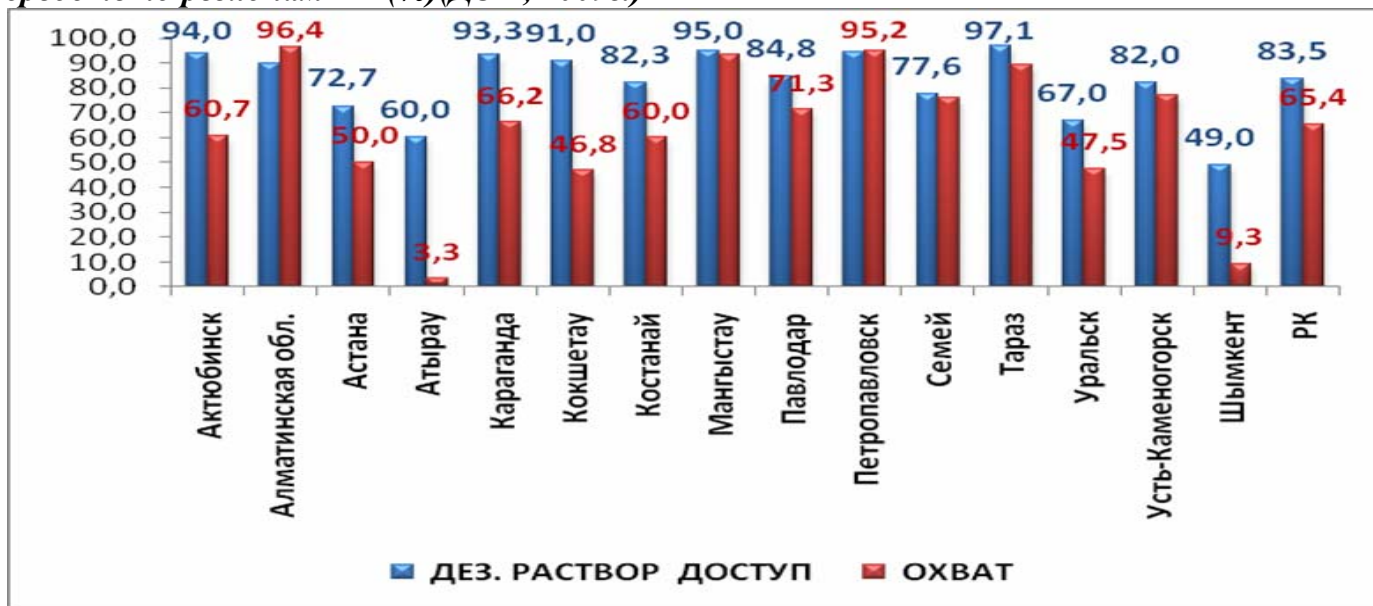
Мнения осужденных о том, могут ли неформальные лидеры (авторитеты) повлиять на решения пользоваться презервативами и чистыми шприцами разделились: могут - 31,4%, нет - 50,4%.

8. Охват профилактическими программами

Охват осужденных профилактическими программами отслеживался косвенно по результатам ответов на 2 варианта вопросов:

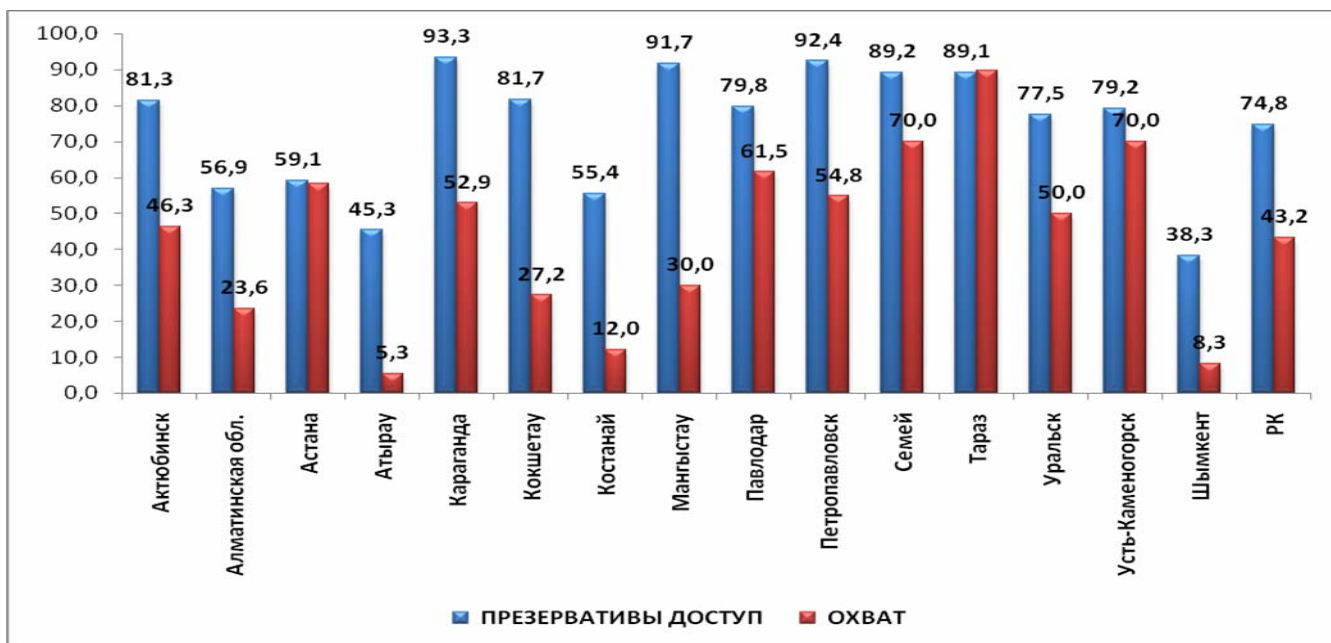
1. Если Вам будет нужно, сможете ли вы достать презервативы, дезсредства? Утвердительные ответы на данные вопросы характеризовали доступность данных профилактических средств.
2. Вспомните, за последние 12 месяцев получали ли Вы презервативы, дезсредства? Утвердительные ответы на данные вопросы характеризовали охват данными профилактическими средствами.

Рисунок 47. Мнение осужденных об охвате и доступности дезинфицирующих средств по регионам РК (%) (ДЭН, 2009г.)



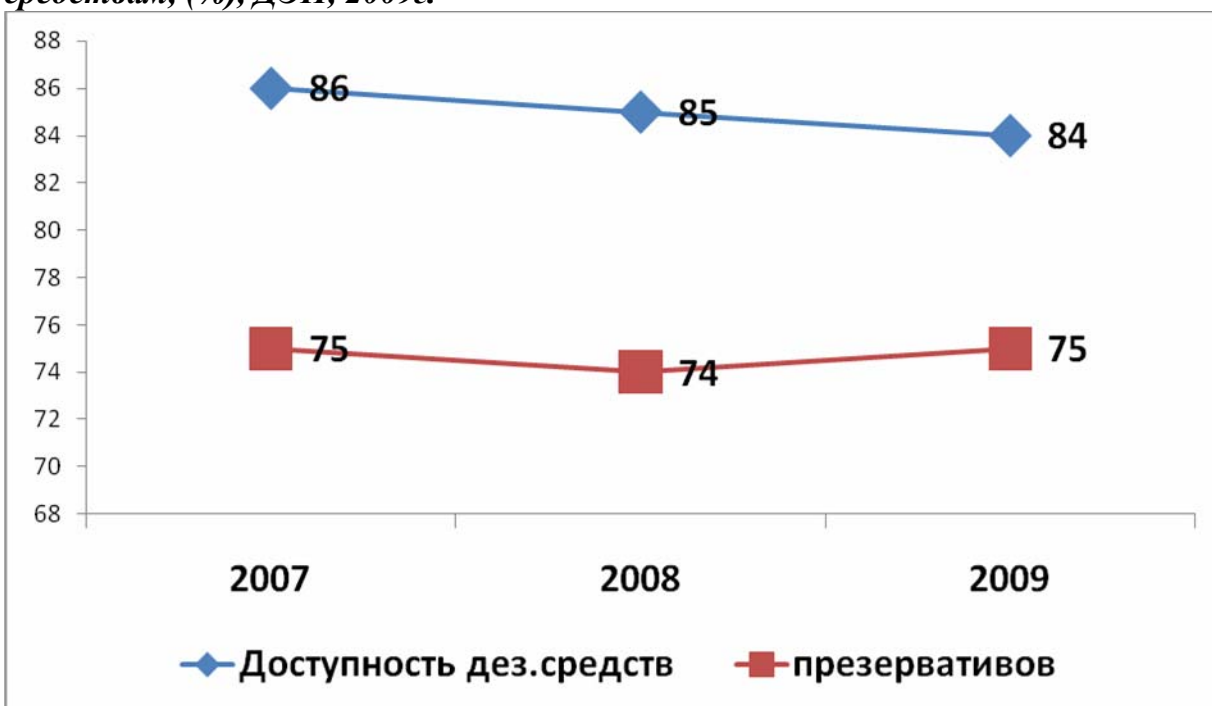
Наиболее высокие показатели по доступности дез. средств отмечены в Алматинской области (96,4%), наименьшие в Атырауской (3,3%) и ЮКО (9,3%). Наибольшая доступность дезинфицирующих средств наблюдается в Жамбылской области (97,1%), наименьшая - в Южно-Казахстанской (49%).

Рисунок 48. Охват и доступность презервативов по регионам РК, (%), ДЭН, 2009г.



Как видно из рисунка 20. наиболее высокие показатели по охвату презервативами отмечены в Жамбылской области (89,7%), наименьшие - в Атырауской (5,3%) и ЮКО (8,3%). По доступности наиболее высокие показатели в Карагандинской области (93,3%), наименьшие в ЮКО (38,3%).

Рисунок 49. Мнение осужденных о возможности доступа к профилактическим средствам, (%), ДЭН, 2009г.



Доступность презервативов и дезинфицирующих средств в исправительных учреждениях различается по регионам.

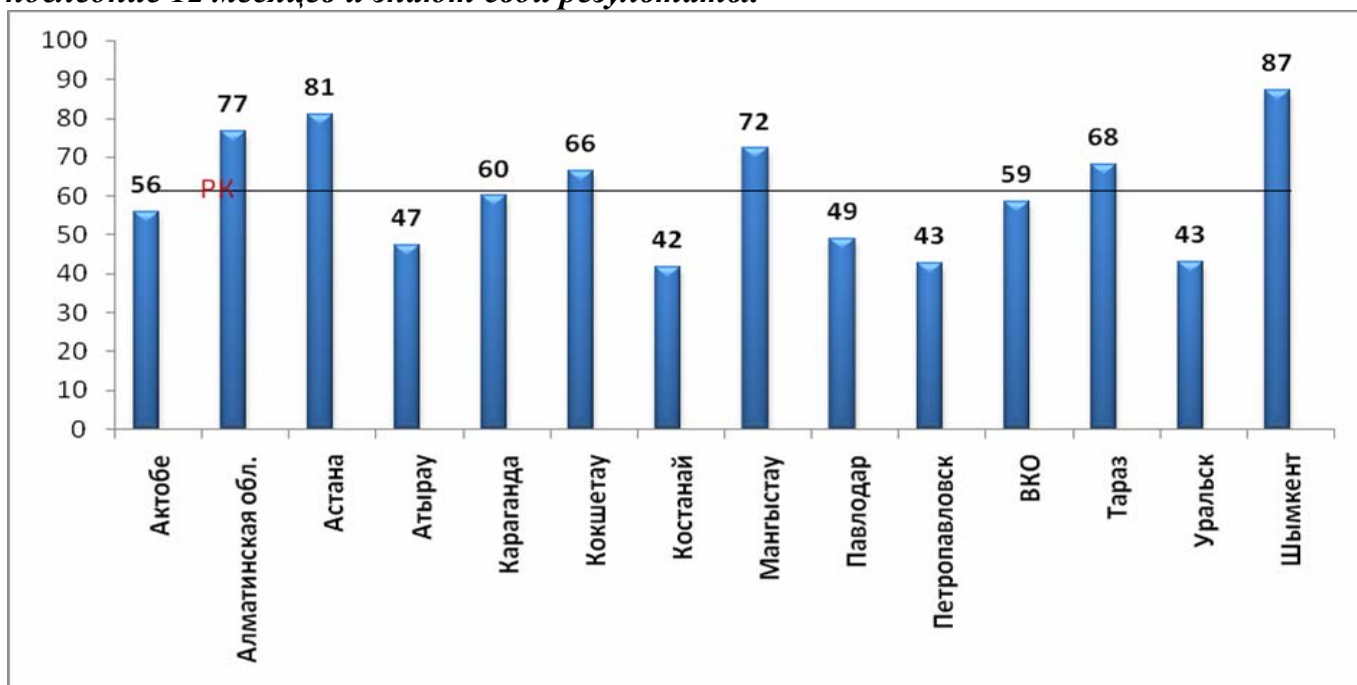
Так, по мнению осужденных, возможность достать дезинфицирующие средства - 83,5% и презервативы - 74,8%.

Охват осужденных образовательными программами по профилактике ВИЧ достаточно высокий: беседами 81,3%, ИОМ - 90,8%.

9. Тестирование на ВИЧ-инфекцию.

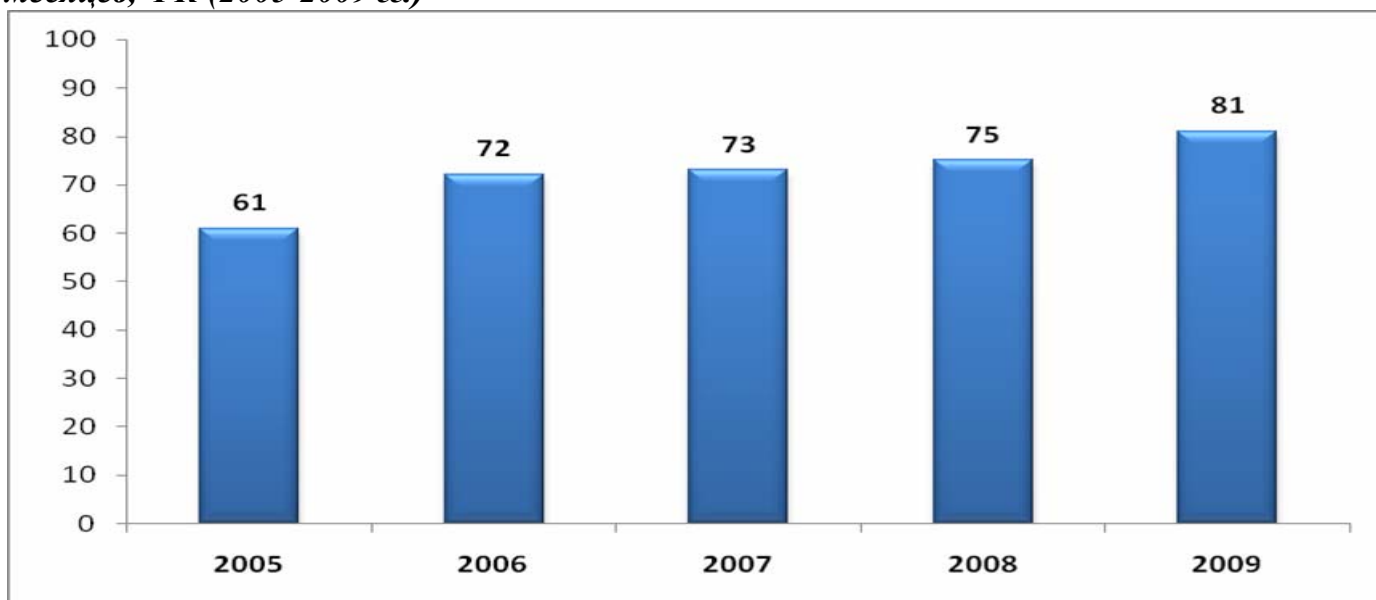
За время отбывания наказания на ВИЧ-инфекцию обследовались 80,6% (3619/4492) осужденных, из них знают результаты тестирования – 76,3% (2761/3619).

Рисунок 50. Процент осужденных, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.



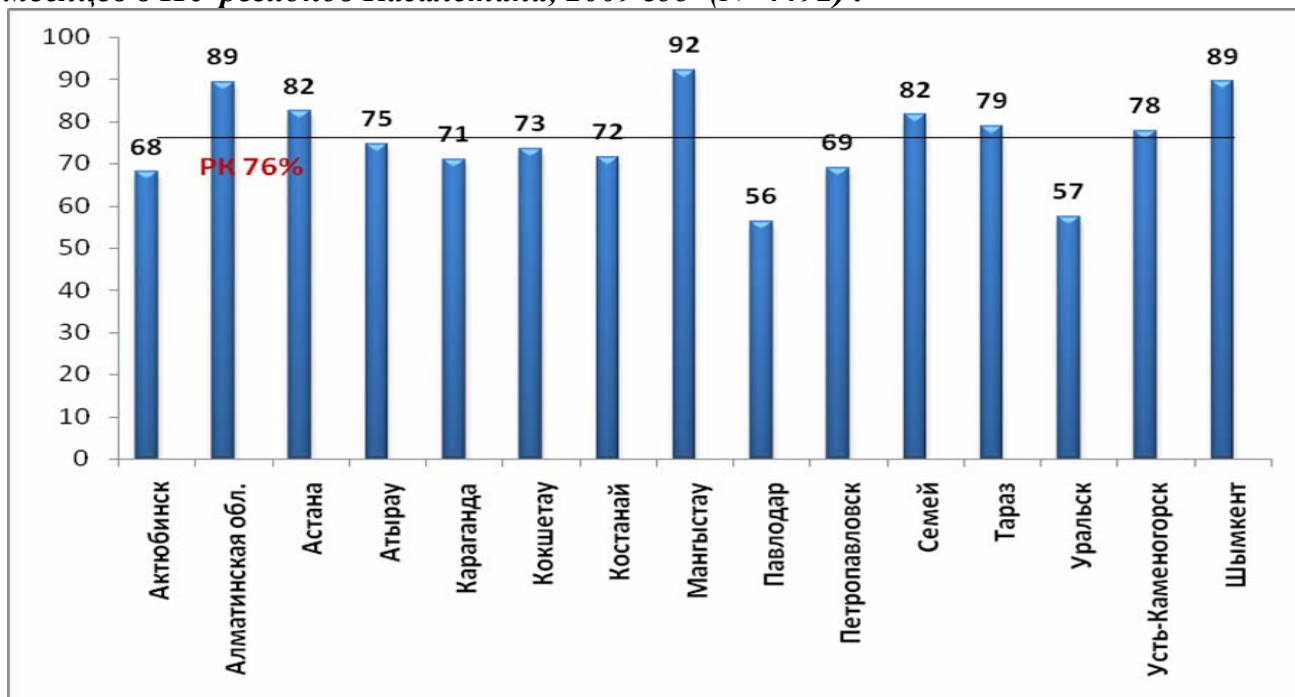
Наиболее низкий процент осужденных, которые прошли тестирование на выявление ВИЧ-инфекции за последние 12 месяцев и знают результаты тестирования отмечен в Костанайской (42%), Северо-Казахстанской, Западно-Казахстанской (43%), Атырауской (47%) и Павлодарской (49%) областях. Средний республиканский показатель - 56%.

Рисунок 51. Доля осужденных, тестирувавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев, РК (2005-2009 гг.)



В динамике по годам наблюдается увеличение доли осужденных, тестирувавшихся на ВИЧ-инфекцию в течение последних 12 месяцев. За 5 лет рост количества протестированных осужденных составил 20%.

Рисунок 52. Доля осужденных, тестирувавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев в ИУ регионов Казахстана, 2009 год (N=4492).



Наименьший охват тестированием по результатам опросов осужденных отмечен в Павлодарской области (56%) и ЗКО (57%).

10. Заключение

Таким образом, необходимо более активное и непрерывное осуществление программ по повышению уровня знаний, увеличению доступа к программам снижения вреда и к тестированию и консультированию осужденных по вопросам ВИЧ и СПИД. Важно сделать доступным консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию, по желанию осужденных, в течение всего срока отбывания наказания, так как знание своего ВИЧ-статуса снижает степень поведенческого риска, для чего медицинским работникам системы КУИС необходимо иметь навыки консультирования.

Люди, лишённые свободы склонны использовать опасные инъекционные и сексуальные практики. При достаточно высокой концентрации людей с ВИЧ-инфекцией и действии факторов, благоприятствующих распространению инфекций, осуждённые обладают ограниченными возможностями сделать осознанный выбор в сторону менее опасного поведения. Это определяется низким доступом к средствам защиты, низкой культурой безопасного поведения. Необходимы меры по поддержке трансформации формальных знаний в реальное поведение.

11. Выводы:

- распространённость ВИЧ-инфекции, по данным регистрации случаев, – составляет 0,5%, т.е. ниже в 5 раз распространённости ВИЧ по результатам, полученным в дозорном эпидемиологическом надзоре - 2,6% (119/4492; 95 % ДИ от 2,2-3,2), при этом распространённость ВИЧ в исправительных учреждениях снизилась по результатам скрининга на 0,3% и повысилась по результатам ДЭН на 0,2%;
- определены по результатам ДЭН области, где произошло более значительное ухудшение эпидемиологической ситуации и рост распространённости ВИЧ (в Алматинской области - с 4,9% до 7,2% (в 1,5 раза), в Карагандинской области - с 4,0% до 7,6% (в 1,9 раза), в Костанайской области - с 0,9% до 2,3% (в 2,6 раза);
- в динамике по годам регистрация в ИУ в 2009г. в сравнении с 2004г. увеличилась на 22%;
- основным путем передачи ВИЧ-инфекции среди осуждённых остается парентеральный путь -96%;
- риск ВИЧ(+) инфицирования у женщин в 2,4 раза выше, чем у мужчин;
- риск ВИЧ(+) инфицирования у лиц старше 25 лет возрастает в 2,4 раза в сравнении с возрастной группой младше 25 лет;
- ежегодно увеличивается количество ЛЖВ, содержащихся в пенитенциарной системе, в сравнении с 2005г., в 3 раза и число лиц, нуждающихся в АРВ лечении;
- распространённость ВИЧ-инфекции среди женщин, содержащихся в местах лишения свободы, в 4 раза выше, чем среди мужчин и составляет 6,8% против 1,7%;
- распространённость сифилиса у женщин в 3,8 раза превышает распространённость сифилиса среди мужчин;
- доля выявления вирусного гепатита С у мужчин ниже на 7,3%, чем у женщин;
- доступность презервативов и дезинфицирующих средств в исправительных учреждениях резко различается по регионам;
- треть опрошенных заключённых используют опасные практики;

- использование презервативов мало распространено среди спецконтингента (оценочно 30%), и это при имеющемся доступе к ним;
- информированность о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики женщин в 1,5 раза выше, чем мужчин. При этом распространенность ВИЧ-инфекции, сифилиса и вирусного гепатита С выше среди женщин, чем среди мужчин (можно предположить, что женщины менее склонны реально изменять практики поведения согласно имеющимся знаниям и возможно имеющихся дополнительных факторов).

12. Рекомендации

1. Наиболее эффективно образовательные программы заставят заключенных задуматься о риске только в комплексе мер с социальной адаптацией и профилактическими программами. В связи с чем, необходимо:
 - обеспечивать, по мере возможности, доступ к широкому кругу стимулирующих занятий (напр., возможность заниматься трудовой деятельностью, участвовать в культурно-творческих мероприятиях, увязанных с программами информации о наркотиках);
 - для формирования культуры безопасного поведения необходимо разработать систему поддержки позитивных намерений и повышения самооценки людей, ведущих себя безопасно;
 - предлагать оказание таких услуг, как психологическое сопровождение;
 - разрабатывать формы взаимопомощи между заключенными, развивать волонтерское движение;
 - информировать заключенных о средствах для уменьшения последствий, связанных с употреблений инъекционных наркотиков.
2. Важно найти консенсус заинтересованным ведомствам, включая на политическом уровне, в решении расширения программ снижения вреда: внедрения ОЗТ, обмен шприцев.
3. Совершенствовать систему предоставления антиретровирусного лечения в учреждениях уголовно-исполнительной системы, работать по увеличению приверженности к лечению.
4. Необходимо обратить особое внимание на предотвращение внутрибольничной передачи ВИЧ при выполнении диагностических, лечебных и профилактических процедур, обеспечив безусловное соблюдение дезинфекционно-стерилизационного режима.
5. Необходимо обучать персонал принципам охраны здоровья и мерам профилактики при работе со спецконтингентом.
6. Необходимо обеспечить предоставление психосоциального консультирования, как перед прохождением обследования на выявление ВИЧ-инфекции, так и посттестовое консультирование.
7. Достичь расширения совместных координированных действий различных секторов уголовно-исполнительной системы: режимной, оперативной, медицинской службы, воспитателей, психологов; их тесного сотрудничества с другими правительственными секторами, гражданским обществом и международными организациями.

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

**Обзор
эпидемиологической ситуации по ВИЧ
и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2009 г. среди
пациентов с симптомами инфекций, передающихся половым путем**

Турымбетова Ирина Владимировна,
врач-эпидемиолог Центра по профилактике
и борьбе со СПИД г.Алматы.

1. Введение

Данный отчет представляет собой обзор ситуации по ВИЧ и СПИД в Республике Казахстан в группе лиц с симптомами инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Отчет подготовлен с использованием данных, полученных из разных источников, а именно надзора за зарегистрированными случаями ВИЧ-инфекции 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

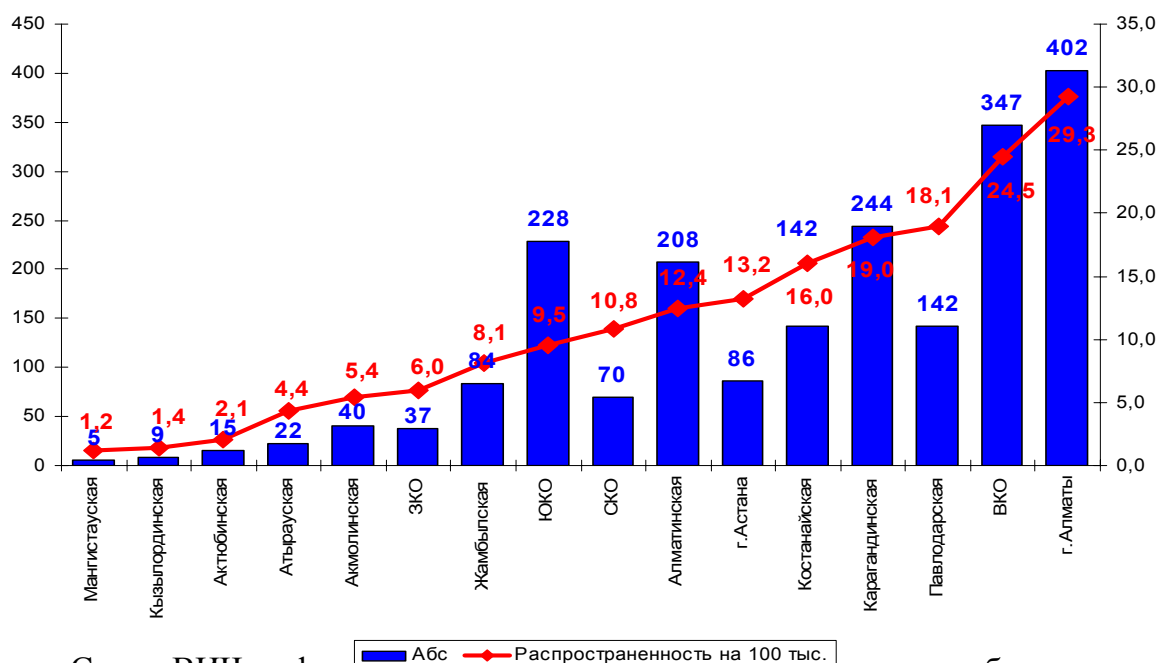
В течение последних трех лет в РК отмечается достоверный рост заболеваемости ВИЧ инфекцией. За 2009 год в РК зарегистрировано 2081 случай ВИЧ инфекции (2007 г. – 1979 случаев).

Рисунок 53. Число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан. 2000 - 2009 годы и нарастающим итогом



В 2009г. показатель регистрируемой заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 100 тысяч населения составил 15,0 (2008г. - 13,1). Наибольшее количество ВИЧ-инфицированных было выявлено в г. Алматы – 402 человека, распространенность на 100 тысяч составила – 29,3, ВКО – 347 чел – распространенность – 24,5, Карагандинской – 244 чел распространенность - . и ЮКО – 228 чел.

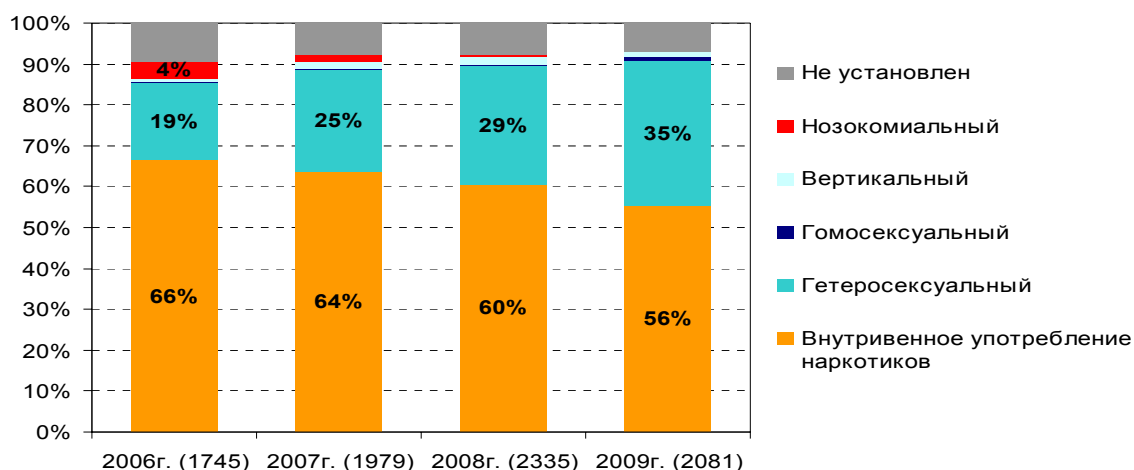
Рисунок 54. Регистрация случаев ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан в 2009 году (на 100 000 населения)



Среди ВИЧ-инфицированных, выявленных в 2009 году, преобладают мужчины. Их доля составила 67,0% (2008г.- 70,7%). Удельный вес молодежи в возрасте 20-29

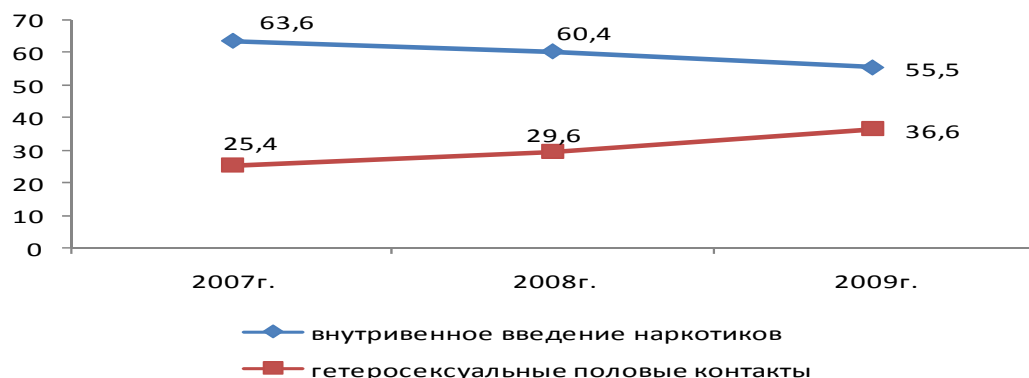
лет был равен 40,2% (2008г.–41,4%). В 2009 году доля ВИЧ- инфицированных, заразившихся при потреблении наркотиков инъекционным путем, составила 55,5% (2007г. – 63,6%), половым путем – 36,4% (2007г. – 25,4%).

Рисунок 55. Распределение случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи 2008-2009г



Эпидемия ВИЧ-инфекции в стране главным образом обусловлена инъекционным употреблением наркотиков. Однако доля полового пути передачи ВИЧ-инфекции за последние три года стала увеличиваться.

Рисунок 56. Удельный вес главных путей передачи ВИЧ-инфекции в структуре зарегистрированных случаев в 2007-2009 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 2009 год.
4. Медицинская статистика

2. Размер популяции

2.1. Методика оценки численности

Численность лиц, имеющих 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

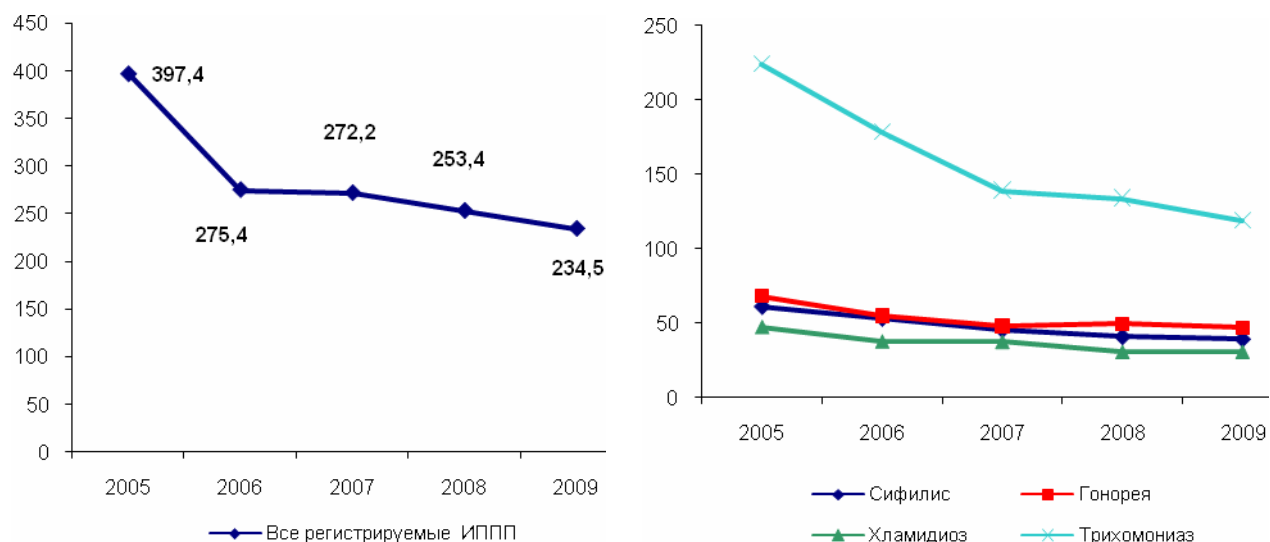
В таблице 1 приведены статистические данные по заболеваемости ИППП в Казахстане за 2005-2009г.г. по четырем нозологическим формам.

Таблица 17. Заболеваемость ИППП в РК за 2005-2009гг.

Нозологические формы	2005		2006		2007		2008		2009	
	Абс. числ о	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. числ о	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. числ о	Пок. на 100 тыс. насел.

Сифилис	9223	61,4	8195	53,5	7114	45,9	6451	41,2	6309	39,7
Гонорея	10228	68,1	8416	55,0	7438	48,0	7739	49,4	7461	47,0
Хламидиоз	7099	47,3	5772	37,7	5797	37,4	4800	30,6	4899	30,8
Трихомониаз	33639	224,1	27328	178,5	21561	139,3	20985	133,9	18934	119,2
всего	60189	397,4	42141	275,4	41910	272,2	39975	253,38	37603	234,46

Рисунок 57. Динамика интенсивного показателя заболеваемости ИППП РК в 2005-2009гг. (на 100 000)



Как видно из таблицы 1, отмечается снижение заболеваемости по всем четырем нозологическим формам ИППП с 253,4 на 100 000 в 2008г. до 234,45 в 2009г.

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 2005-2009гг. удельный вес лиц с ИППП, прошедших тестирование, возрос от 111,8% до 158,4% от зарегистрированных случаев ИППП. То есть в 2009 году количество обследований на ВИЧ-инфекцию лиц с ИППП превышало на 40% число зарегистрированных лиц с ИППП. Это возможно в случае, если бы лица с ИППП проходили тестирование на ВИЧ более одного раза в течение времени, когда им предоставляется помощь по диагностике и лечению ИППП. Но более вероятно, что регистрируются не все случаи ИППП, в том числе из-за ограниченного списка регистрируемых нозологий.

Таблица 18. Соотношение пациентов с ИППП, прошедших тестирование на ВИЧ, к количеству зарегистрированных случаев ИППП (2005-2009гг.)

	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.
Всего пациентов с ИППП	60189	42141	41910	39975	37603
Прошли тестирование на ВИЧ лиц с ИППП	67328	64928	69601	64956	59575
Удельный вес прошедших тестирование от количества зарегистрированных лиц с ИППП, %	111,8	154,1	166,1	162,5	158,4

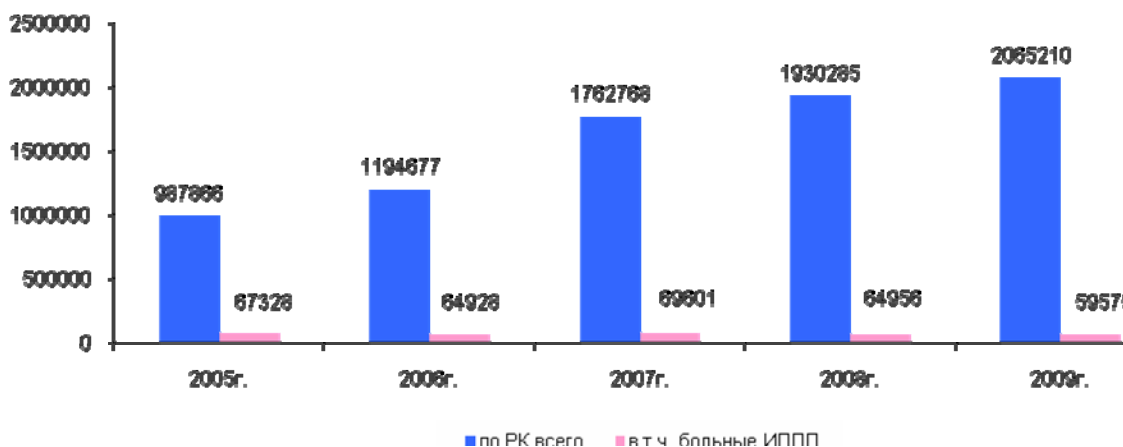
Увеличение объема тестирования лиц с ИППП (код 104) в течение последних 5 лет свидетельствует о доступности тестирования для данной категории лиц.

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 2009 году отмечено увеличение объемов тестирования на ВИЧ-инфекцию в сравнении с 2008г., за счет увеличения тестирования беременных, реципиентов, заключенных, иностранцев.

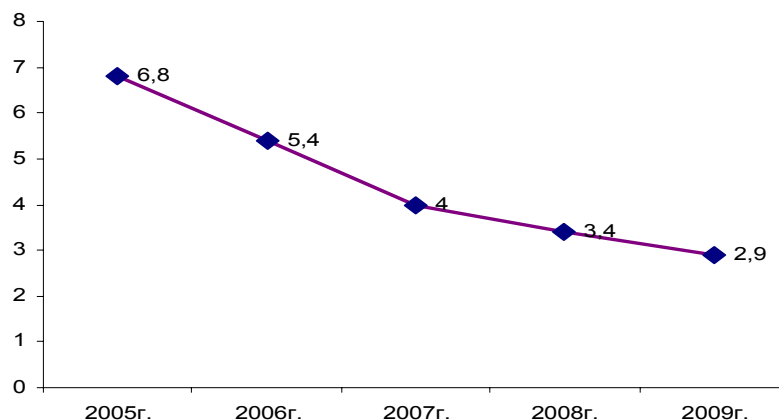
Рисунок 58. Количество лиц, протестированных на ВИЧ, в том числе лиц с ИППП, в РК за 2005-2009гг.



П

При увеличении общих объемов тестирования удельный вес тестирования по коду 104 (пациенты с ИППП), несмотря на его стабильность, последовательно снижается с 6,8% в 2005 году до 2,9% в 2009 году.

Рисунок 59. Удельный вес кода 104 (пациенты с ИППП) в структуре обследования на ВИЧ-инфекцию в РК в 2005-2009гг.



3.2. Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию

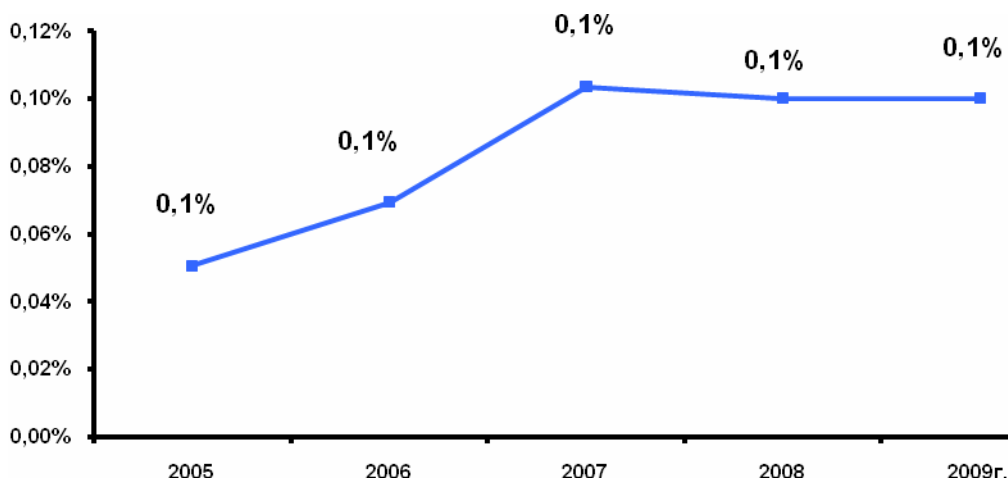
В 2009 году в Казахстане произошел общий рост числа выявленных случаев ВИЧ-инфекции на 5% по сравнению с 2007 годом. Среди лиц с ИППП количество зарегистрированных случаев ВИЧ снизилось на 8 случаев (2009 – 64, 2007 - 72).

Рисунок 60. Количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди населения РК и среди лиц, имеющих ИППП в 2005-2009гг.



С 2005г. по 2007г. отмечен рост показателя распространенности ВИЧ-инфекции среди пациентов с ИППП по коду 104 с 0,05% до 0,1%, то есть в два раза. А в течение последних лет показатель остается стабильным.

Рисунок 61. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц с ИППП, протестированных по коду 104 (РК, 2005-2009гг.)



4. Профилактика ВИЧ инфекции среди лиц с ИППП

У многих женщин и мужчин половые инфекции остаются нераспознанными, поскольку их проявления либо отсутствуют, либо малозаметны, и люди, не подозревая о своих заболеваниях, продолжают заражать других. Установлено: ИППП способствуют передаче ВИЧ. Так, воспалительные ИППП (гонорея, трихомониаз и так далее) приводят к увеличению вероятности передачи ВИЧ в 5 раз, а язвы на половых органах, эрозии увеличивают вероятность передачи ВИЧ в 10 раз за счет ослабления механических барьеров, увеличения количества ВИЧ в язвах и семенной жидкости. В настоящее время растет количество случаев передачи ВИЧ-инфекции половым путем. 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 2009 года в РК функционировало 29 дружественных кабинетов, в том числе на базе ЦСПИД – 21, НПО – 1 и в других учреждениях – 7. По данным РЦ СПИД в ДК в 2009 году обратились 22025 лиц, при этом удельный вес УГН распределился следующим образом: ПИН – 4220 (19,2%), СР - 8957 (40,7%), МСМ – 415 (2%), молодежь – 8451 (1,46%). Из числа обратившихся в ДК получили лечение 15037 человек (68,3%), в том числе ПИН - 2623 (17,4% от количества пролеченных), РС - 6278 (41,8%), МСМ - 314 (2,1%), молодежь – 199 человек (0,52%).

Таблица 19. Деятельность дружественных кабинетов по Республике Казахстан за 2009г.

наименование	всего	в т.ч.		ПИН			РС	МСМ	МОЛОД	
		м	ж	всего	м	ж			всего	м
Всего обратилось в ДК	22025	7462	14559	4220	3048	1172	8957	415	322	17
Из них проконсультировано (ДКТ)	22025	7299	14723	4304	2977	1104	9231	402	316	17
Получили лечение, в том числе:	11267	2448	8818	1517	964	553	6138	79	199	138
Получили лечение, после лаб обслед:	12702	3681	9021	1856	1235	621	5236	233	112	51
Гарднереллы в мазке	1458	451	1097	147	123	24	570	22	16	0
Положительная микрореакция	936	254	682	188	129	59	532	32	11	5
Трихомонады в мазке	1942	689	1253	314	209	104	898	45	27	2
Дрожжевые грибки в мазке	6030	1211	4819	604	250	348	2876	89	50	10
Увеличение кол-ва лейкоцитов	6537	2016	4521	1194	788	404	2799	19	80	33
Роздано презервативов	1188139	110097	1078042	64862	39022	25840	959466	13355	5085	28
Роздано шприцев	22075	14080	7995	17896	13974	3922	4071	5	7	6
Роздано ИОМ	19005	5669	16601	2918	1752	1166	11287	372	465	23
Проведено экспресс –тестирований на ВИЧ	15321	4773	10093	3625	2650	966	7252	307	194	10

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 2009г. было проведено исследование, в котором участвовали 4699 респондентов (19 городов РК). В ДЭН были включены пациенты с клиническими симптомами инфекций, передающихся половым путем, при обращении в КВД.

Таблица 20. Количество участников ДЭН в РК среди лиц с ИППП в 2009г.

Города	N	Города	N
Актюбинск	230	Петропавловск	150
Алматы	400	Семипалатинск	320
Астана	150	Талдыкорган	95
Атырау	150	Тараз	300
Караганда	200	Темиртау	125
Кокшетау	271	Уральск	350
Костанай	328	Усть-Каменогорск	300
Кызылорда	400	Шымкент	280
Мангыстау	200	Экибастуз	150
Павлодар	300	Итого по РК	4699

5.2. Социально-демографические показатели

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

Пол: доля женщин – 56,2%, мужчин – 43,8%

Образование: высшее образование – 31,5%

Род занятий: не работают и не учатся – 31,5%, 9,4% - учащиеся ССУЗов и ВУЗов.

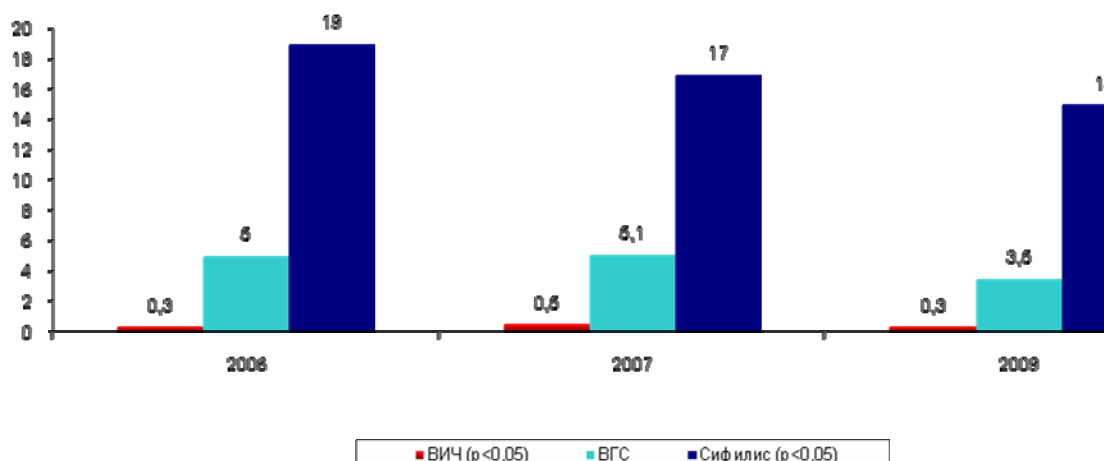
Семейное положение: состоят в браке – 43,9%

Доход: не имеют дохода – 32,3%; медиана дохода 30000 т.

5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса

В РК среди лиц с ИППП в течение трех лет отмечается относительная стабилизация распространенности ВИЧ-инфекции и снижение антител к сифилису.

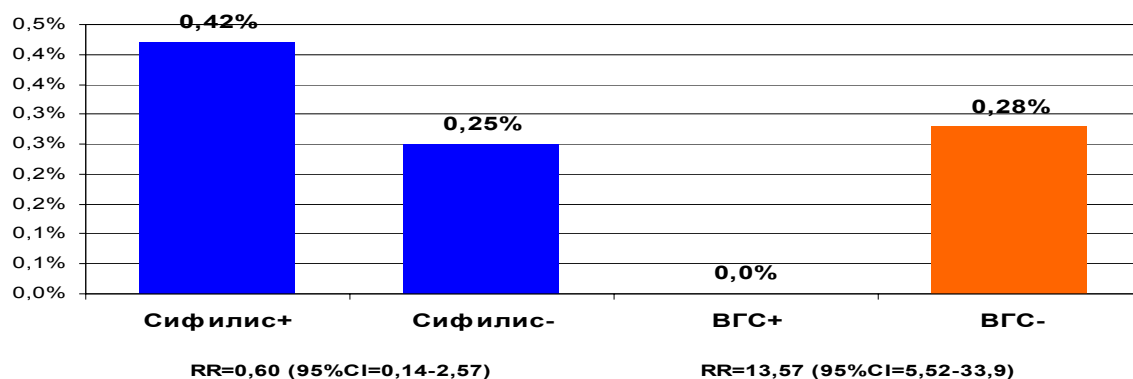
Рисунок 62. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса среди пациентов с симптомами ИППП в РК (ДЭН, 2006-2009гг.)



Стабильность 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

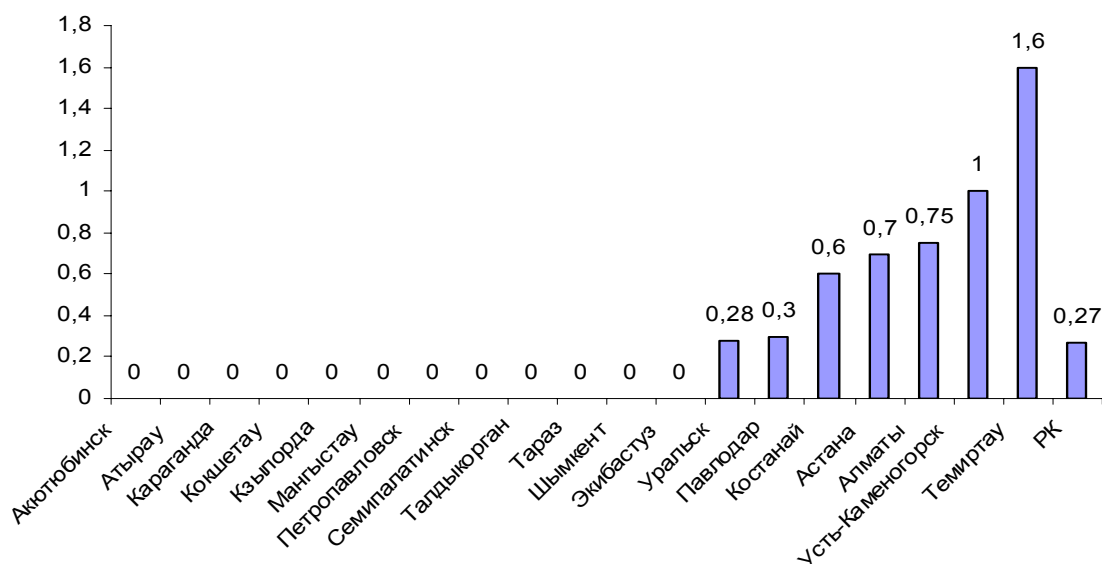
выше, чем среди не инфицированных. ВГС передается парентеральным путем и его наличие косвенно свидетельствует об опасном инъекционном поведении.

Рисунок 63. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц с симптомами ИППП, инфицированных и не инфицированных сифилисом и ВГС (РК, ДЭН, 2009г.)



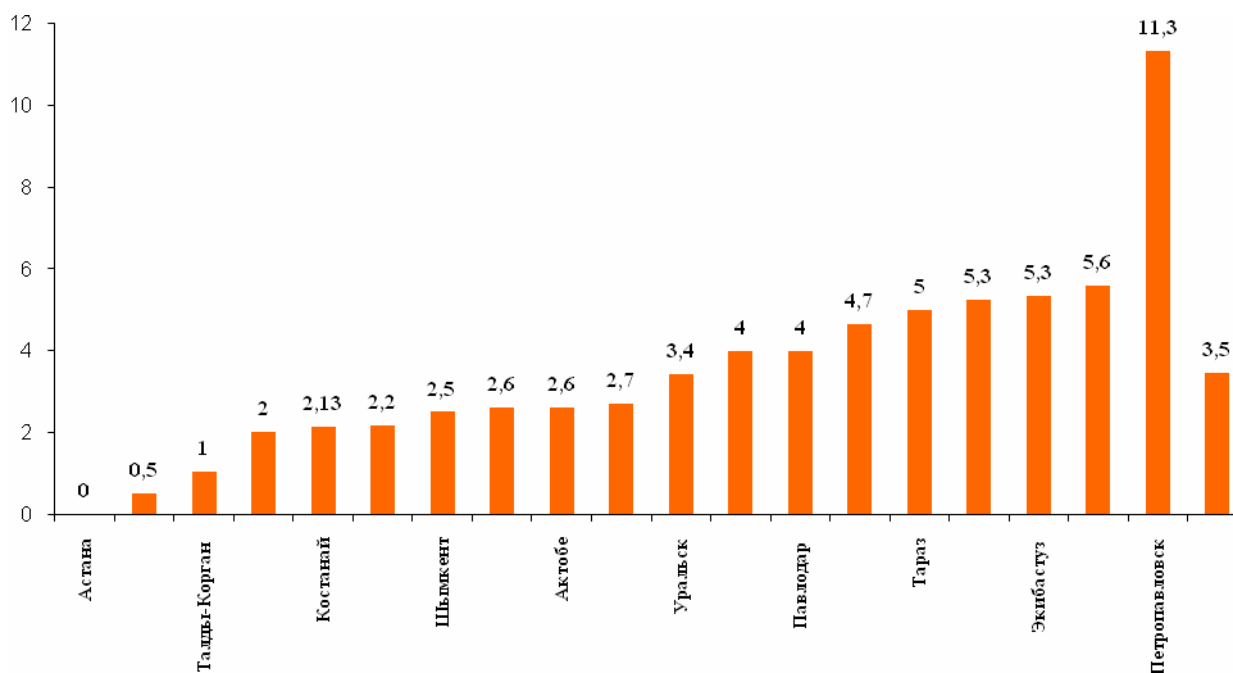
Средний республиканский показатель распространенности ВИЧ среди лиц с ИППП в 2009г. составил 0,27%. Этот показатель выше республиканского во всех городах, где зарегистрированы ВИЧ-случаи.

Рисунок 64. Распространенность ВИЧ среди пациентов с ИППП в городах РК (ДЭН, 2009г.)



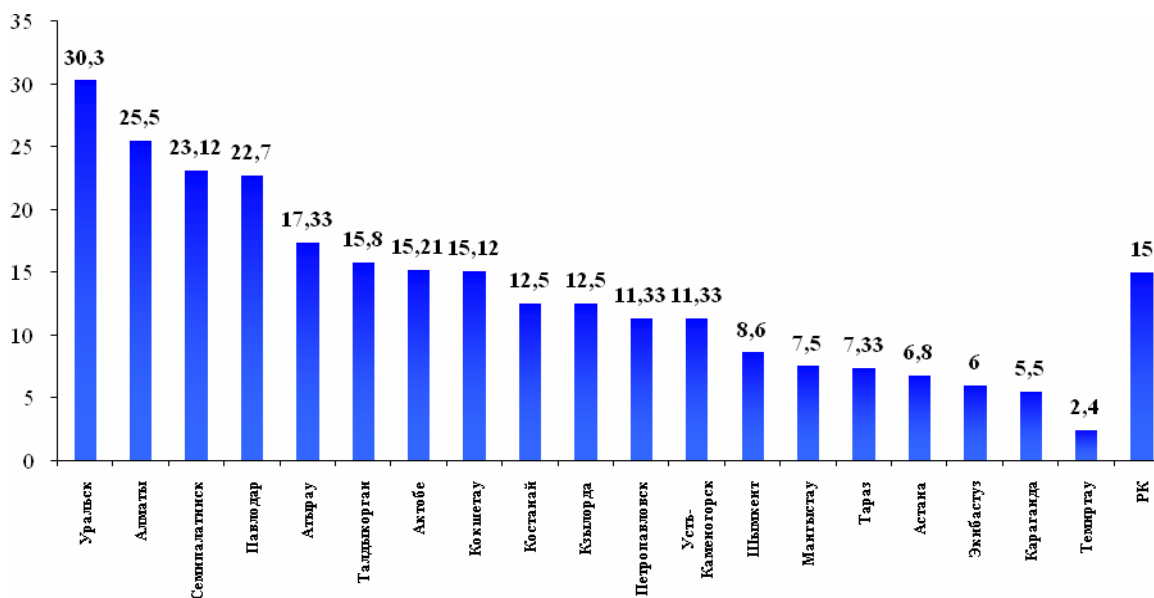
Распространенности ВГС в группе ИППП по РК составила 3,46%: от 0,5% в Кызылорде, до 11,33% в Петропавловске. В целом по Республике в восьми регионах отмечается превышение среднего республиканского показателя.

Рисунок 65. Распространенность ВГС среди лиц с симптомами ИППП по городам РК в % (ДЭН, 2009г.)



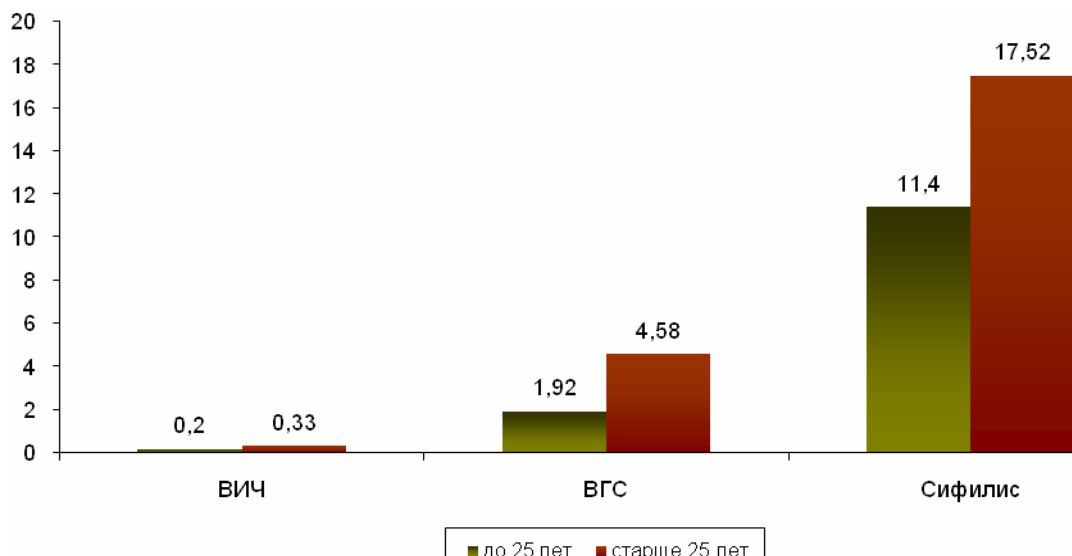
Распространенность сифилиса по РК составила 15,0%. Выше республиканского показателя она была в городах: Уральске (30,3%), Алматы (25,5%), Семипалатинске (23,12%), Павлодаре (22,7%), Атырау (17,33%), Также этот показатель выше в Талдыкоргане, Ақтобе, и Кокшетау.

Рисунок 66. Распространенность сифилиса среди пациентов с симптомами ИППП в городах РК (ДЭН, 2009г.), %



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

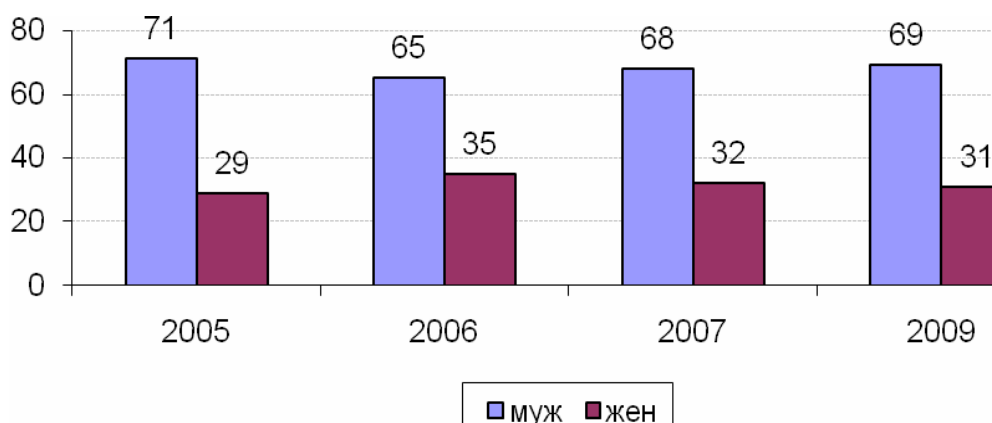
Рисунок 67. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса в зависимости от возраста (ДЭН, РК, 2009г.)



5.4. Факторы поведенческого риска

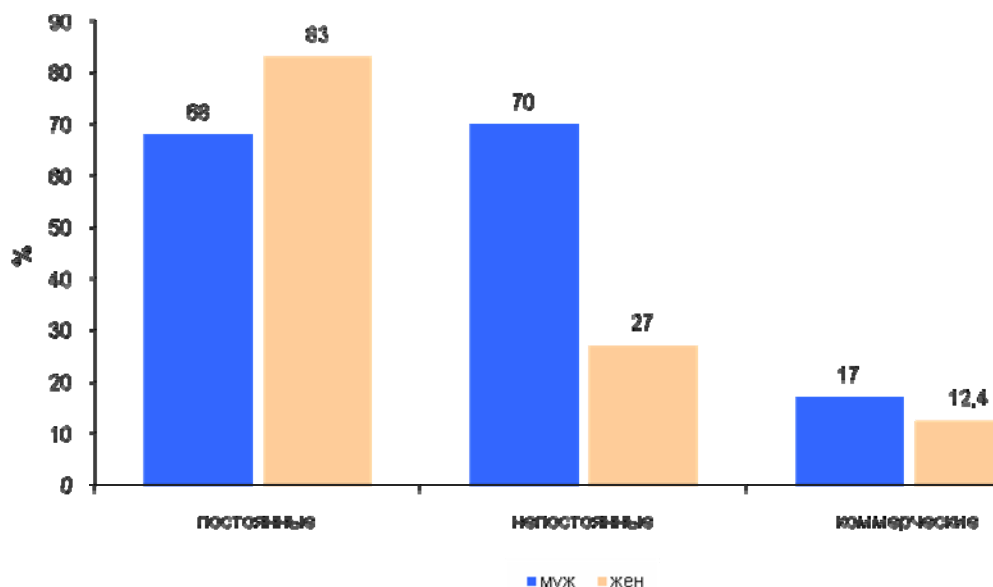
При определении риска полового поведения среди лиц с ИППП во внимание принимаются количество половых контактов, количество и тип половых партнеров и использования презервативов с половыми партнерами. В течение последних трех лет доля мужчин, имевших половые контакты повышенного риска, остается высокой.

Рисунок 68. Наличие половых контактов повышенного риска среди лиц с ИППП (ДЭН, 2005-2009 гг.)



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

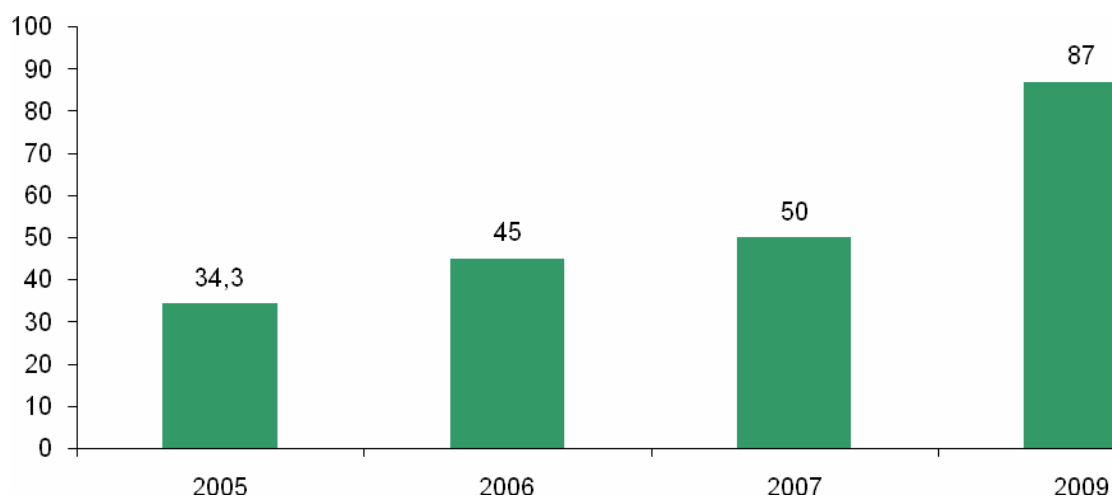
Рисунок 69. Наличие половых партнеров разных типов в течение шести месяцев у лиц с симптомами ИППП в зависимости от пола (ДЭН, 2009г.)



5.5. Уровень знаний о ВИЧ/СПИДе

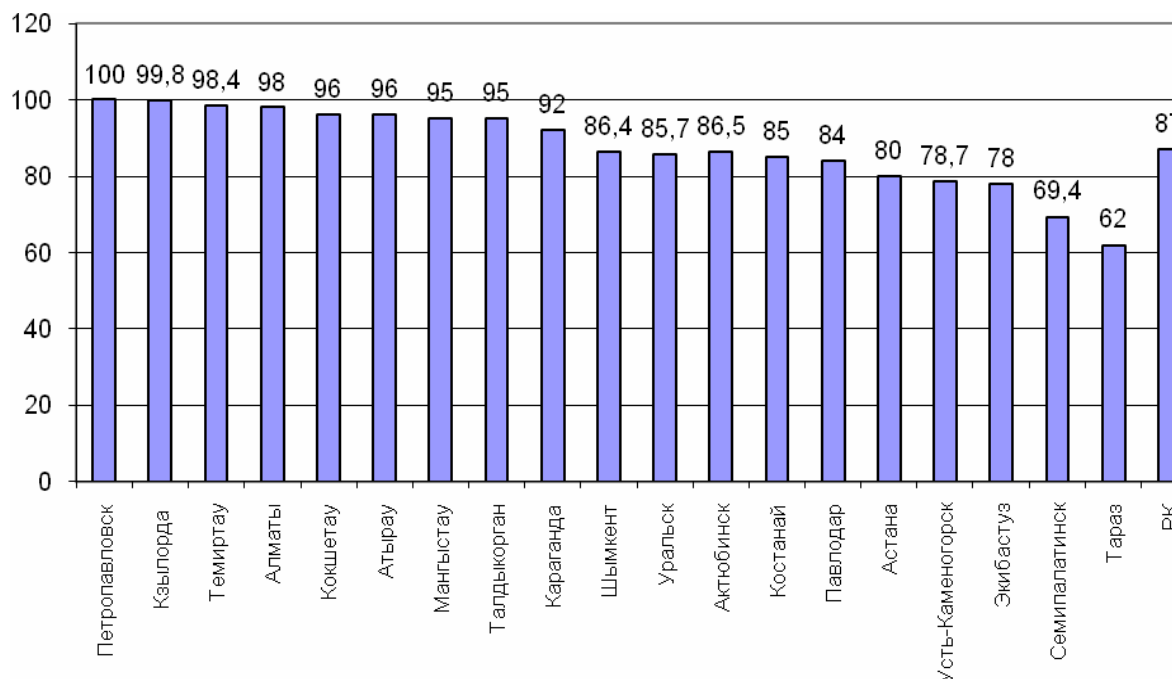
Уровень осведомленности о мнимых путях передачи и мерах профилактики среди пациентов с ИППП по РК возрос с 50% (2007г.) до 87% (2009г.). Однако высокий уровень знаний не всегда реализуется на практике, использование презервативов в группе лиц с ИППП по-прежнему остается низким.

Рисунок 70. Знание мнимых путей передачи и истинных мер профилактики ВИЧ-инфекций среди лиц с симптомами ИППП в 2005-2009 гг.



Низкий уровень знаний среди пациентов симптомами ИППП в 2009 г. отмечен в городах: Тараз, Семипалатинск, Экибастуз, Усть-Каменогорск.

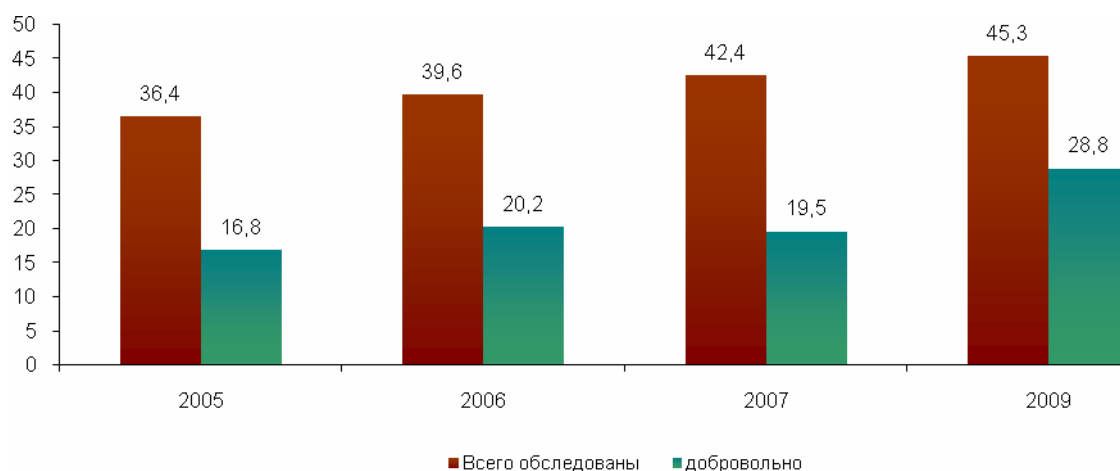
Рисунок 71. Знание мнимых путей передачи и истинных мер профилактики ВИЧ-инфекций лиц с симптомами ИППП в городах Казахстана (ДЭН, 2009г.)



5.6. Охват профилактическими программами

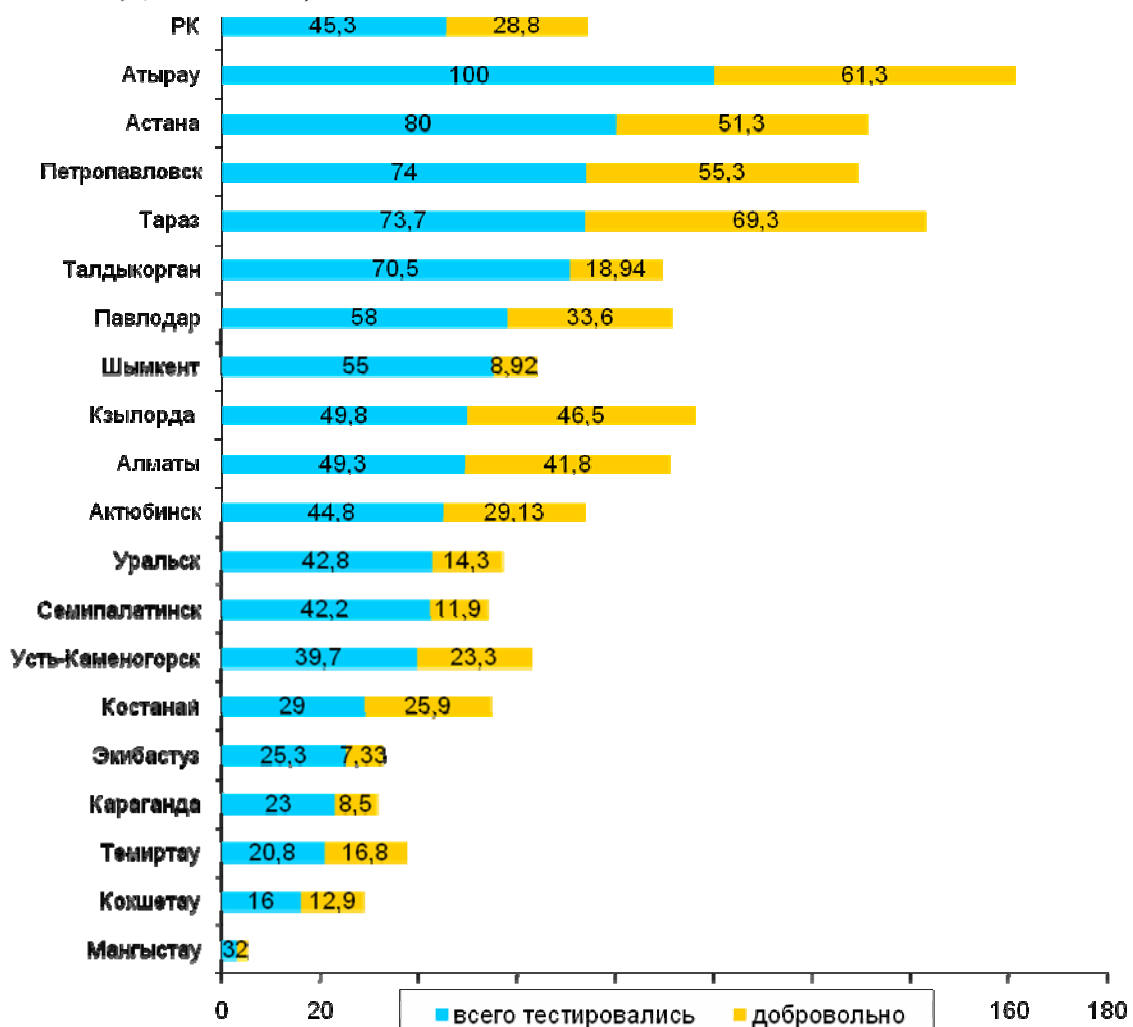
В республике охват тестированием на ВИЧ лиц с симптомами ИППП возрос с 36% (2005г.) до 42%, при этом только пятая часть тестируется добровольно.

Рисунок 72. Охват тестированием на ВИЧ лиц с симптомами ИППП (ДЭН, 2005-2009гг.)



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

Рисунок 73. Охват тестированием на ВИЧ пациентов с симптомами ИППП по городам РК (ДЭН, 2009г.)



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 5 лет отмечается рост показателя распространенности ВИЧ-инфекции среди пациентов с ИППП в РК с 0,05% - в 2005 году до 0,1% - в 2007 году и 0,1% - в 2009г. ; по данным тестирования по коду 104 с 0,2% - в 2005г. до 0,5% - в 2007г. и 0,2% - в 2009г. по результатам ДЭН.
- Примерно половина случаев ВИЧ-инфекции в группе пациентов, имеющих симптомы ИППП, может быть связана с употреблением инъекционных наркотиков. Распространенность ВИЧ-инфекции среди пациентов с симптомами ИППП, инфицированных 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 158,4 от зарегистрированного числа четырех ИППП, тогда как ДЭН показывает 45,3% охват тестированием. Это расхождение можно объяснить несовершенством регистрации случаев ИППП.

6.2. Рекомендации

1. Совершенствовать диагностику и регистрацию лиц с ИППП в ЛПО.
2. Расширить сети ДК и ПД, что позволит обеспечить уязвимые группы населения консультированием и тестированием на ВИЧ-инфекцию, а также диагностикой и лечением ИППП в дружественных кабинетах на бесплатной и анонимной основе..

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

**Оценка
эпидемиологической ситуации по распространению ВИЧ-инфекции среди общего
населения и в группах с низким риском инфицирования на основе результатов
скрининга беременных женщин в Республике Казахстан
2009 год.**

Елизарьева Алла, заведующая отделением мониторинга
и оценки за ВИЧ-инфекцией, Республиканский центр
по профилактике и борьбе со СПИДом

1.Введение.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин рассматривается как оценка распространенности ВИЧ-инфекции среди общего населения (ВОЗ, 2001). С 2006 года в Казахстане изменилась политика тестирования беременных женщин на ВИЧ-инфекцию, вследствие чего они стали тестироваться два раза в течение беременности – при постановке на учет, и во второй половине беременности. Также в роддомах введено тестирование экспресс – методом беременных женщин, поступающих на роды без обследования на наличие ВИЧ-инфекции. За последние 2 года охват беременных женщин тестированием на ВИЧ-инфекцию превысил 95%, в связи, с чем дозорный эпидемиологический надзор в данной группе был отменен, и распространенность ВИЧ-инфекции среди общего населения оценивается на основе результатов скрининга беременных женщин.

2.Цель:

Оценить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и рассчитать количество людей, живущих с ВИЧ среди общего населения и населения с низким риском инфицирования.

3.Материалы и методы:

РЦ СПИД в формате EXCEL были собраны индивидуальные данные (возраст, период выявления ВИЧ-инфекции, исход беременности, наличие факторов риска, заболеваемость сифилисом, ВГС и т.д.) о женщинах с выявленной ВИЧ-инфекцией, которые имели беременность в 2009 году. При помощи программы «EPI-INFO» данные были конвертированы в формат «MDB» и проанализированы. База данных содержала 366 записей о беременных женщинах с ВИЧ-инфекцией.

4.Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции среди женщин.

Нарастающим итогом на 1 января 2010 года в республике Казахстан зарегистрировано 13784 ВИЧ-инфицированных (показатель на 100 000 населения – 73,1). Из выявленных ВИЧ-инфицированных - 72,4% приходится на мужчин и 27,6% - на женщин.

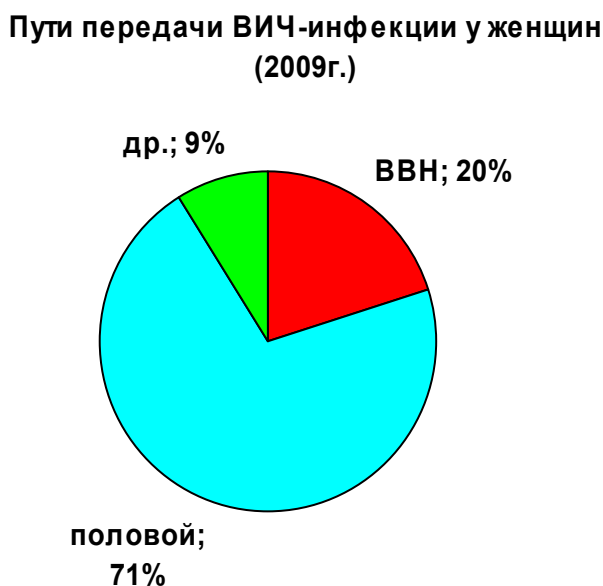
В 2009 году в республике было выявлено 2081 новых случаев ВИЧ-инфекции, из них 1394 (67%) среди мужчин и 687 (33%) среди женщин. Анализ эпидситуации показывает, что преобладающим путем инфицирования в структуре вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции для мужчин является внутривенная инъекционная практика (73%), а на половой путь передачи приходится только 20%.

Рисунок 1 . Распределение случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи в гендерном аспекте



Тогда, как для женщин - основной путь передачи половой (71%), а на парентеральный путь передачи при внутривенном использовании наркотиков приходится только - 20%.

Рисунок 74 Распределение случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи в гендерном аспекте

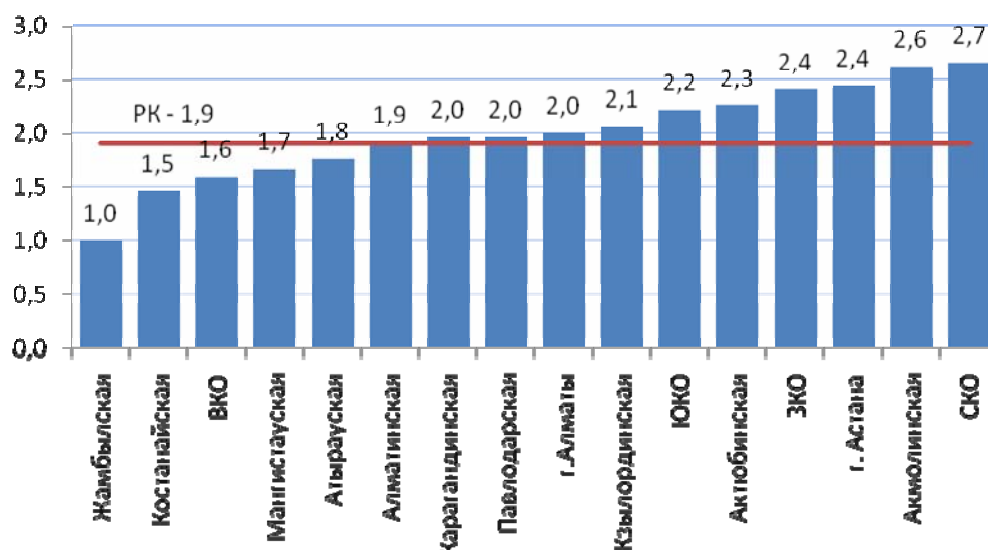


В республике Казахстан увеличивается доля полового пути передачи ВИЧ-инфекции, так в 2005 году на половой путь передачи ВИЧ-инфекции приходилось 25%, тогда, как в 2009 году доля полового пути составила 35,5%.

5.Эпидемиологический скрининг и ситуация по ВИЧ-инфекции среди беременных женщин

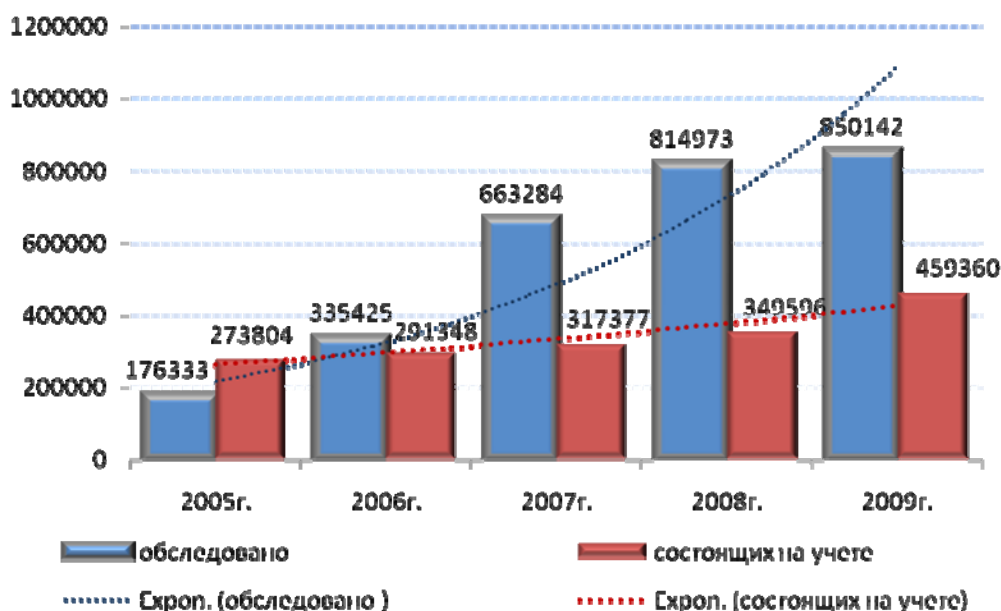
В 2009 году в соответствии с приказом МЗ РК № 648 от 26.12.2006 года «О внесении изменений и дополнений в приказ № 575 от 11.06.02г., «Об утверждении Правила медицинского освидетельствования на выявление заражение вирусом иммунодефицита человека» все беременные женщины, которые вставали на учет в женские консультации, тестировались на ВИЧ-инфекцию два раза в течение беременности – при постановке на учет, и во второй половине беременности. Также беременные, которые не были протестированы в течение беременности, проходили обследование экспресс методом при поступлении в роддома. Тестирование беременных женщин учитывается по специальному коду - 109. Анализ ситуации по охвату тестированием беременных показал, что кратность тестирования женщин по коду 109 в среднем по республике составила 1,9.

Рисунок 75. Кратность тестирования беременных женщин по РК 2009 год.



В 2009 году на ВИЧ-инфекцию было проведено 2297588 тестов на ВИЧ-инфекцию, протестировано 2065210 человек. Из 2297588 тестов – 849995 (37%) среди беременных по коду 109. Это в 5 раз больше, чем в 2005 году, до изменения политики тестирования.

Рисунок 76. Эпидемиологический скрининг беременных женщин (код 109) и статистические данные по учету беременных РК за 2005-2009 годы



Оценка эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди беременных женщин по коду 109 ограничена несколькими обстоятельствами:

1. по данному коду тестируются не только женщины, планирующие роды, но также и беременные женщины, решившие прервать беременность.
2. код 109 не учитывает женщин, чей положительный ВИЧ-статус был определен до наступления беременности.
3. двукратное тестирование на протяжении беременности искажает знаменатель, то есть количество тестов среди беременных примерно в два раза превышает количество родов.
4. определенное количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин выявляется по другим кодам.

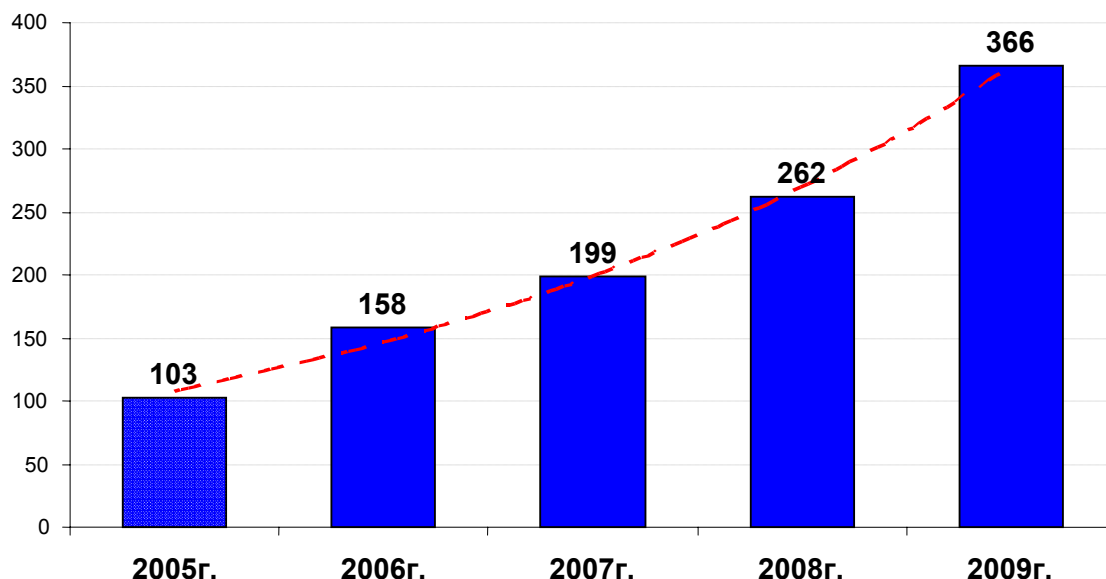
В этой связи возникла необходимость более глубокого анализа эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди беременных женщин.

Для анализа ситуации по ВИЧ-инфекции среди беременных женщин были собраны данные из областных и городских центров СПИД, содержащие следующую информацию: Ф.И.О. (только инициалы); дата рождения; дата выявления ВИЧ-инфекции; код выявления; дата постановки на учет по поводу беременности; срок беременности при постановке на учет; тестирование на ВИЧ (необходимо представить все имеющиеся результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию, т.е. тестирование до беременности, тестирование в первом половине беременности, тестирование во второй половине беременности, тестирование в родах); выявление ВИЧ-инфекции (при первом тесте на ВИЧ, при втором тесте на ВИЧ, при экспресс-тестировании в родах, до беременности); исход беременности; путь передачи ВИЧ; принадлежность к группе риска; половые отношения с ПИН; результаты анализов на ВГС и сифилис. Затем собранные данные были занесены в таблицу в формате EXCEL. При помощи

программы «EPI-INFO» данные были конвертированы в формат «MDB» и проанализированы.

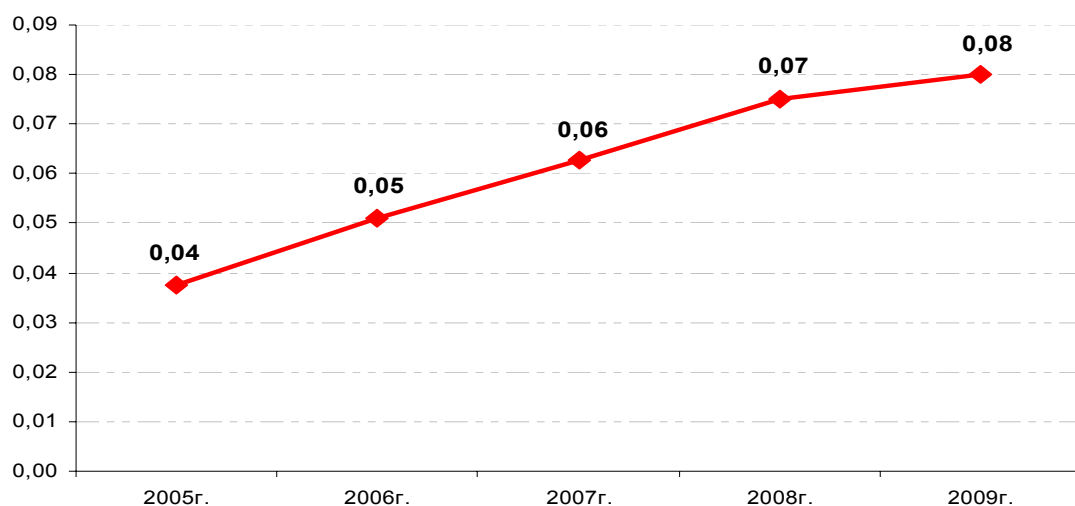
Всего в 2009 году было зарегистрировано 366 ВИЧ-инфицированных беременных женщин, это в 1,4 раза больше, чем в 2008 году и в 3,5 раз больше, чем в 2005 году.

Рисунок 77 Количество беременных ВИЧ – инфицированных женщин, 2005 – 2009гг.



Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин составила 0,08% или 80 на 100тыс. беременных женщин.

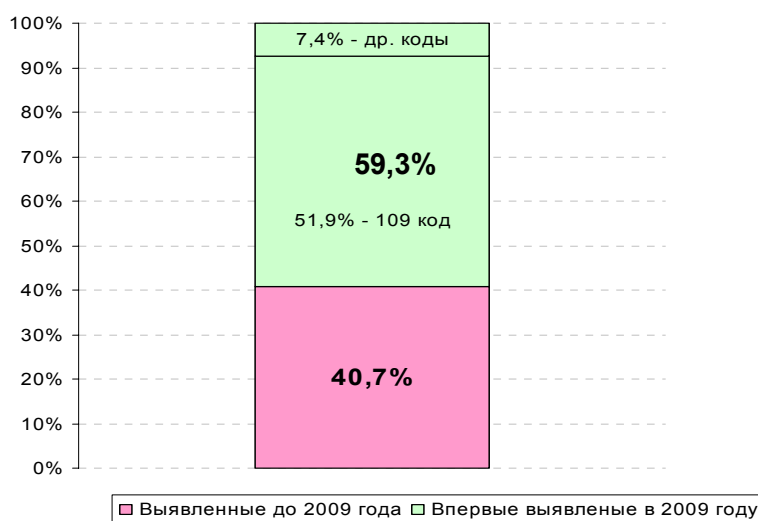
Рисунок 78 Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин (2005-2009)



Из 366 ВИЧ-инфицированных беременных женщин у 217 (59,3%) женщин, ВИЧ-инфекция была выявлена впервые в 2009 году, 149 (40,7%) женщин знали о своем ВИЧ-статусе до беременности. Из 217 впервые выявленных ВИЧ-

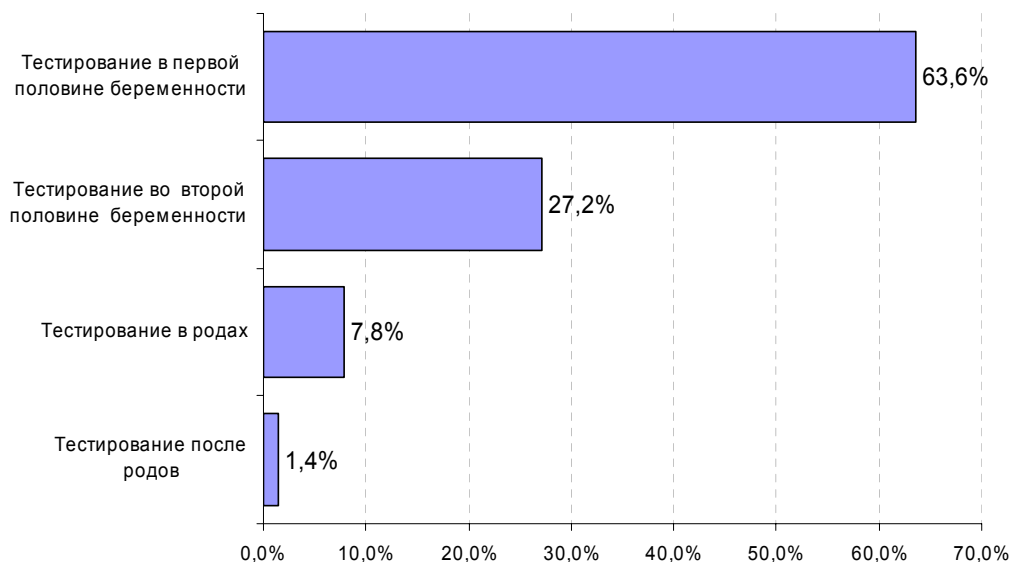
инфицированных беременных - 190 (51,9%) были выявлены по 109 коду и 27 (7,4%) по другим кодам.

Рисунок 79. Год постановки диагноза ВИЧ – инфекция у беременных женщин РК (2009 г. N = 366)



Из 217 впервые выявленных беременных женщин, 138 человек (63,6%) были протестированы в первой половине беременности, 59 человек (27,2%) - во второй половине беременности, 17 человек (7,8%) были выявлены во время тестирования в родах и 3 человека (1,4%) - при тестировании в послеродовом периоде. Таким образом, около 10% женщин, идущих на роды, не знают о своем ВИЧ-статусе.

Рисунок 80 Распределение по срокам тестирования впервые выявленных ВИЧ - инфицированных беременных женщин РК (N = 217)



Основная масса ВИЧ-инфицированных беременных женщин, а именно 90,3% или 196 из 217 вновь выявленных ВИЧ-инфицированных беременных выявляются при первом

тесте на ВИЧ-инфекцию, 6,5% или 14 человек были выявлены при тестировании на ВИЧ экспресс - методом во время родов.

Рисунок 81 Срок постановки диагноза ВИЧ-инфекция у впервые выявленных ВИЧ-инфицированных беременных женщин РК (N = 217)



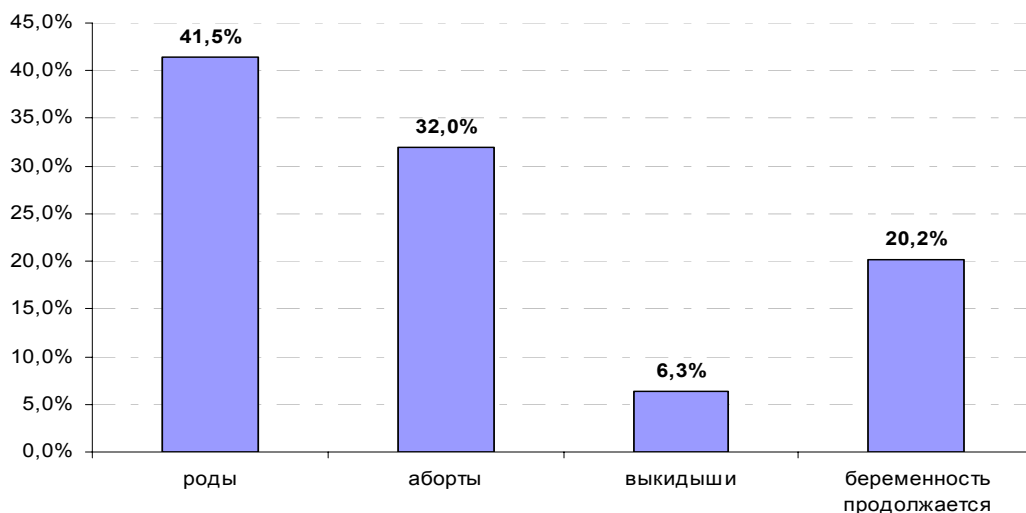
Из 366 ВИЧ-инфицированных беременных женщин в первом триместре беременности на учет в женские консультации встало – 197 женщин (53,8%), во втором триместра – 26,2% и в третьем – 10,1%. Не состояло на учете в женских консультациях – 36 ВИЧ-инфицированных беременных женщин, причем 19 из них (52,7%) диагноз ВИЧ-инфекция был выставлен ранее 2009 года.

Рисунок 82 Сроки постановки на учет по поводу беременности ВИЧ-инфицированных женщин РК (N = 366)



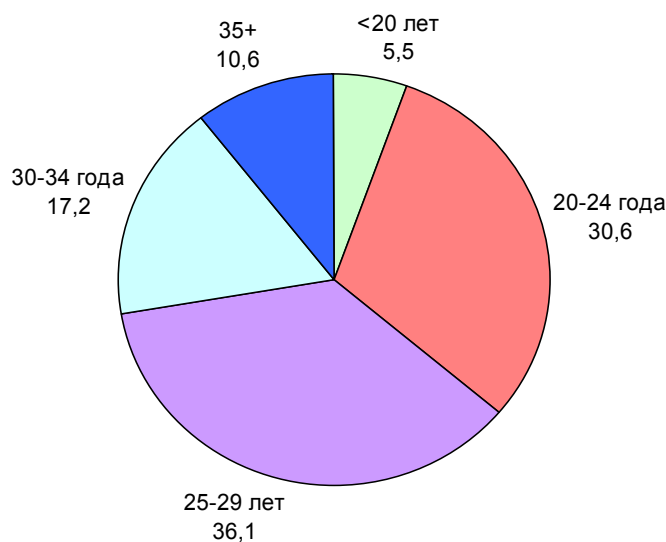
В 2009 году у 152 (41,5%) из 366 ВИЧ-инфицированных беременных женщин, беременность закончилась родами, 32% (117) сделали аборт, у 6,3% (13) были выкидыши и у 20,2% (74) беременность продолжилась в 2010г.

Рисунок 83 Исходы беременностей у ВИЧ-инфицированных, 2009 (N=366)



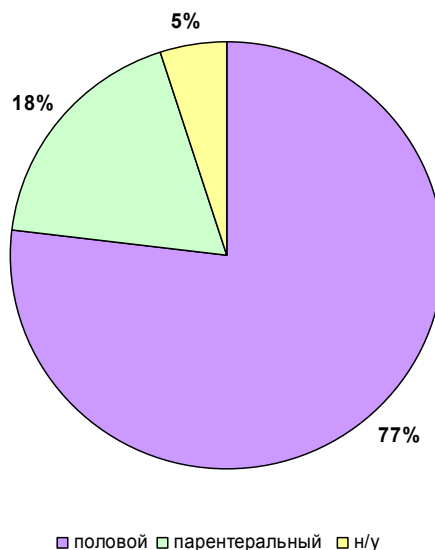
Из 366 ВИЧ-инфицированных беременных женщин, 5,5% были в возрасте младше 20 лет, причем одна из ВИЧ-инфицированных беременных была в возрасте 14 лет. 30,6% были в возрасте 20-24 года, 36,1% - в возрасте 25-29 лет, 17,2% - 30-34 года и 10,6% были в возрасте старше 35 лет.

Рисунок 84 Распределение ВИЧ-инфицированных беременных женщин по возрасту РК, 2009г. % (N=366)



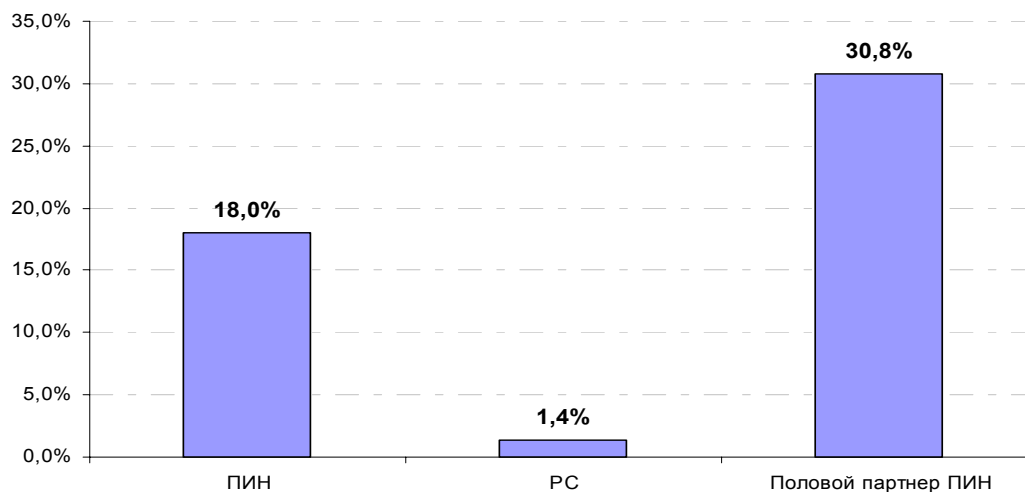
Основной путь передачи ВИЧ-инфекции у беременных женщин – половой, на его долю в 2009 году пришлось – 77%, 18% - ВИЧ-инфицированных беременных женщин инфицировались ВИЧ-инфекцией при употреблении инъекционных наркотиков И 5% путь передачи не установлен.

Рисунок 85 Пути передачи ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, РК, 2009 (N=366)



Факторами риска инфицирования у беременных женщин, зарегистрированных в 2009 году, явились: потребление инъекционных наркотиков (18%), коммерческий секс (1,4%) и у 30,8% женщин были ВИЧ-инфицированные половые партнеры, употребляющие инъекционные наркотики.

Рисунок 86 Факторы риска инфицирования ВИЧ у беременных женщин, РК, 2009г. (N=366)



Из 366 ВИЧ-инфицированных беременных женщин у 82 (22,4%) обнаружены антитела к вирусному гепатиту С и у 9 - антитела к сифилису.

6. Оценка количества людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, среди населения с низким риском инфицирования ВИЧ-инфекцией.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин рассматривается как оценка распространенности ВИЧ-инфекции среди общего населения (ВОЗ, 2001). Для оценки ЛЖВ среди населения с низким риском инфицирования, из количества всех зарегистрированных в 2009 году ВИЧ-инфицированных беременных женщин, необходимо вычесть тех беременных, которые имели опыт употребления инъекционных наркотиков, занимались коммерческим сексом и тех, кто прервал беременность, так как они не могут относиться к группе низкого риска, поскольку их поведение привело к нежелательной беременности. Таких женщин в 2009 году было – 163.

Таким образом, в 2009 году количество беременных женщин, сохранивших беременность, и не относящихся к группам риска, составило – 203 человека (366-163).

Количество зарегистрированных в 2009 году родов в РК – 445 088.

Расчет распространенности ВИЧ – инфекции среди населения с низким риском: $203 / 445\ 088 = 0,045\%$.

Оценочное количество ЛЖВ среди населения с низким риском составляет около 5 000 человек. – (11 625 538 -население РК в возрасте от 15 лет и старше) X $0,045\% \sim 5\ 000$).

7. Заключение

- При обеспечении всех беременных женщин тестированием на ВИЧ-инфекцию результаты тестирования могут использоваться для оценки распространенности ВИЧ среди общего населения.
- Однако для точной оценки групп с низким риском инфицирования ВИЧ-инфекцией, необходимо учитывать дополнительные данные, а именно информацию о ВИЧ-инфицированных беременных женщинах, выявленных до беременности, исходах беременности и факторах риска.