Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

Обзор

ситуации
по ВИЧ-инфекции
по данным
эпидемиологического надзора
за 2010-2011 гг.
в Республике Казахстан

г. Алматы, 2012 год

Благодарности

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД выражает благодарность специалистам областных и городских центров СПИД, проводившим дозорные исследования в стране. Мы признательны специалистам территориальных центров СПИД Жеголко М.В., Каспировой А.А., Сахновой Н.Н., Бабиной Н.И., за участие в анализе данных, полученных при проведении ДЭН и в подготовке данного сборника. Мы выражаем особую благодарность проекту «Содействие» за техническую и финансовую поддержку, как развития самой системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в стране, так и за предоставление финансовой и технической помощи при подготовке и издании данного сборника отчетов по обзору эпидемиологической ситуации и результатам дозорного эпидемиологического надзора в Казахстане. Особую признательность за оказанную помощь выражаем сотрудникам проекта «Содействие» Дерябиной А.П., Крюковой В.А., Ивакину В.Ю.

Генеральный директор РЦ СПИД М. Тукеев

Примечание

Подготовка отчета и публикация данного сборника финансировалась из средств Чрезвычайного плана Президента США по борьбе со СПИД через Центры США по контролю и профилактике заболеваний (CDC) в рамках Соглашения о сотрудничестве номер U2GPS003031. Содержание отчета является исключительной ответственностью авторов и не отражает официальных взглядов CDC.

УДК 616.9
ББК 55.148
О - 14

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

Авторы: Л.Ю. Ганина, Н.Ф. Калинич, А.В. Елизарьева, А.А. Каспирова, Н.Н. Сахнова, М.В. Жеголко, Н.И. Бабина

Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) в Республике Казахстан за 2010 - 2011гг. Л.Ю. Ганина, Н.Ф. Калинич, А.В. Елизарьева с соавторами. Алматы, 2012- 288 с.

ISBN 978-601-7354-57-2

В данной публикации представлены обобщенные итоги исследований специалистов центров СПИД по оценке эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, в том числе по результатам ДЭН среди 5 дозорных групп населения – потребители инъекционных наркотиков (ПИН), работники секса (РС), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), осужденные, лица с симптомами инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и оценка эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди населения Казахстана.
В отчете рассматриваются оценка распространенности ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С, сифилиса в дозорных группах, представлены материалы по оценке поведенческого риска среди уязвимых групп населения (УГН), приведены количественные показатели, характеризующие уровень знаний о ВИЧ-инфекции и проведена оценка эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди общего населения.
Данное издание предназначено для специалистов системы здравоохранения и НПО, работающих с уязвимыми группами населения по вопросам ВИЧ-инфекции.

О-14

УДК 616.9
ББК 55.148

ISBN 978-601-7354-57-2

© Ганина Л.Ю. и др., 2012

Содержание

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 9
Контекст 11
Обзор эпидемиологической ситуации по распространению ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан 13
Список рисунков 14
Список таблиц 15
1. Введение 16
2. Национальные меры в ответ на эпидемию СПИД 17
3. Обзор эпидемиологической ситуации 19
3.1 Распределение случаев ВИЧ-инфекции по полу 23
3.2 Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди граждан РК 25
3.3 Регистрация случаев ВИЧ-инфекции по контингентам обследуемых 25
4. Динамика регистрации случаев ВИЧ-инфекции и основные пути передачи 26
5. Характеристика обследования населения на выявление ВИЧ-инфекции 32
6. Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди лиц, обследованных по клиническим показаниям 34
7. Регистрация случаев ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе 36
8. Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди доноров 37
9. Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди беременных и детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями 39
10. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку 41
11. Регистрация случаев СПИД 42
12. Смертность и антиретровирусная терапия 44
13. Выводы 45
Обзор ситуации по ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Республике Казахстан по данным эпидемиологического надзора за 2010 – 2011 годы 47
Список рисунков 48
Список таблиц 52
1. ВВЕДЕНИЕ 52

1.1. Контекст ... 52
1.2. Цель и задачи проведения анализа ... 54
1.3. Основные источники информации. ... 55
2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ ... 55
2.1. Методика расчета численности ПИН ... 55
2.2. Оценочные данные численности ПИН в РК ... 56
3. НАДЗОР СЛУЧАЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ... 59
3.1. Характеристика обследования ПИН на ВИЧ-инфекцию в РК ... 59
3.2. Анализ выявленных случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи и гендерному составу ... 64
4. РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ ... 66
4.1. Актуальность организации профилактических программ среди ПИН, основные принципы и проводимые мероприятия ... 66
4.2. Реализация программы профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН за 2010 – 2011гг. ... 67
5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР СРЕДИ ПИН ... 73
5.1. Актуальность, цель и задачи проведения ДЭН среди ПИН ... 73
5.2. Методология проведения ДЭН среди ПИН ... 75
5.3. Методика отбора респондентов при проведении ДЭН среди ПИН ... 76
5.4. Социально-демографические характеристики ПИН ... 78
5.5. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди ПИН ... 81
5.6. Факторы поведенческого риска ПИН ... 97
5.7. Охват ПИН профилактическими вмешательствам и тестированием на ВИЧ, информированность по вопросам ВИЧ/СПИД ... 102
5.7. Опыт проведения ДЭН среди ПИН в г. Актобе с применением выборки, построенной респондентами в 2011г. ... 111
6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ... 120
6.1. Выводы ... 120

6.2. Рекомендации ... 122
ОБЗОР ситуации по ВИЧ-инфекции среди работников секса в Республике Казахстан по данным эпидемиологического надзора за 2010 – 2011 годы ... 124
Список рисунков ... 125
Список таблиц ... 126
1. Введение ... 127
1.1.Контекст ... 127
1.2. Цель ... 129
1.3. Источники информации ... 130
2. Численность населения и размер популяции РС ... 130
3. Показатели тестирования РС на ВИЧ–инфекцию за 2010-2011 годы согласно данным «рутинного скрининга» ... 132
4. Обзор внедрения профилактических вмешательств по ВИЧ-инфекции среди РС РК за 2010-2011 годы ... 135
4.1. Охват РС профилактическими программами ... 135
4.2. Обеспечение РС материальными ресурсами ... 137
4.3. Консультирование и лечение РС ... 139
4.4. Деятельность Дружественных кабинетов в Казахстане в 2010-2011 гг. ... 140
5. Проведение дозорного эпидемиологического надзора среди работников секса за 2010-2011 годы ... 142
5.1. Методология проведения ДЭН среди РС ... 142
5.2. Социально-демографические характеристики дозорной группы РС ... 144
5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса среди РС ... 146
5.4. Поведенческие показатели ... 158
5.5.Симптомы ИППП и поиск их лечения у РС ... 162
5.6.Уровень знаний по ВИЧ-инфекции у РС ... 163
5.7.Охват РС профилактическими программами по ВИЧ-инфекции ... 164
5.8.Тестирование РС на ВИЧ ... 165
6. Заключение ... 165
6.1. Выводы ... 165
6.2. Рекомендации по улучшению качества профилактической работы ... 168
Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди

мужчин, имеющих секс с мужчинами в Республике Казахстан по результатам эпидемиологического надзора за 2010-2011 годы. . . 170
Список рисунков . . . 171
Список таблиц . . . 172
1. Введение . . . 173
1.1 Контекст . . . 173
1.2 Цели и задачи . . . 174
1.3 Источники информации . . . 174
2. Размер популяции МСМ . . . 175
2.1 Метод оценки размера популяции . . . 175
2.2 Результаты оценки размера популяции . . . 177
3. Эпидемиологический надзор за случаями ВИЧ-инфекции . . . 178
3.1 Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию . . . 178
3.2 Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию . . . 179
3.3 Обзор профилактических вмешательств . . . 180
4. Дозорный эпидемиологический надзор . . . 183
5.1 Материалы и методы . . . 184
5.2 Демографические характеристики . . . 186
5.3 Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса . . . 187
5.4 Факторы поведенческого риска . . . 189
5.5 Уровень знаний о ВИЧ-инфекции и СПИДе . . . 192
5.6 Охват профилактическими мероприятиями и тестированием на ВИЧ-инфекцию . . . 193
6. Заключение . . . 196
6.1 Выводы . . . 196
6.2 Рекомендации . . . 197
Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2010-2011г.г. среди осужденных в Республике Казахстан . . . 198
Список рисунков . . . 199
Список таблиц . . . 201
1. Введение . . . 202
1.2. Источники данных . . . 203
1.3. Цель написания отчета . . . 203
1.4. Задачи исследования . . . 203
2. Характеристика обследования спецконтингента . . . 204
2.1. Методы. Политика тестирования следственно

арестованных и осужденных 204
2.2. Нормативно-правовая база по обеспечению скрининга спецконтингента и ЭН за зарегистрированными случаями ВИЧ-инфекции 205
3. Ситуация по ВИЧ и СПИД в пенитенциарных учреждениях РК по состоянию на 01.01.2012 года и за 2010 – 2011 г.г. 206
Внутриучрежденческие случаи инфицирования в МЛС. 214
Выводы по эпидситуации: 220
4. Дозорный эпидемиологический надзор 221
5. Методология проведения ДЭН среди осужденных 222
6. Методика отбора респондентов при проведении ДЭН среди осужденных. 225
7. Характеристика дозорной группы 226
8. Социально-демографические характеристики 228
8.1. Возрастная характеристика осужденных 228
8.2. Уровень образования осужденных 228
8.3. Место проживания до заключения 230
8.4. Семейное положение 230
8.5. Количество и сроки нахождения в МЛС 232
9. Результаты серологического надзора ДЭН среди осужденных 232
10. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса (2010 – 2011г.г.) 237
11. Поведенческий надзор. Факторы поведенческого риска 243
11. 1. Нанесение татуировок в колонии 243
11. 2. Использование общих лезвий для бритья 243
11.3. Инъекционное поведение 243
11.4. Практика введения наркотиков 245
12. Половое поведение 246
13. Наличие симптомов ИППП и обращаемость к медицинским работникам 249
14. Уровень знаний о ВИЧ/СПИД, путях передачи ВИЧ-инфекции и мерах профилактики 251
15. Охват профилактическими программами 253
16. Доступность дезинфицирующих средств. 255
17. Тестирование на ВИЧ-инфекцию 256
18. Реализуемые профилактические программы в

пенитенциарной системе МВД РК ... 258
19. Заключение. Выводы ... 260
Эпиднадзор за распространенностью ВИЧ, ВГС и сифилиса ... 260
Факторы поведенческого риска ... 261
Оценка реализации профилактических программ ... 262
Уровень знаний ... 263
Тестирование ... 263
Рекомендации ... 264
Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2011 год среди пациентов с симптомами инфекций, передающихся половым путем ... 265
Список рисунков ... 266
Список таблиц ... 267
1. Введение ... 267
2. Размер популяции ... 270
3. Надзор за зарегистрированными случаями ВИЧ ... 272
3.1.Характеристика обследования на ВИЧ инфекцию лиц с симптомами ИППП ... 272
4. Профилактика ВИЧ инфекции среди лиц, имеющих симптомы ИППП ... 273
5. Дозорный эпидемиологический надзор ... 274
5.1. Материалы и методы ... 274
5.2. Социально-демографические показатели ... 276
5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса ... 276
5.4. Факторы поведенческого риска ... 281
5.5. Уровень знаний о ВИЧ/СПИДе ... 283
5.6.Охват профилактическими программами ... 285
6. Заключение ... 286
6.1. Выводы ... 286
6.2. Рекомендации ... 289

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Epi Info	компьютерная программа, используемая для анализа данных ДЭН
Netdraw	программа визуализации данных, полученных при анализе в RDSAT
RDSAT	компьютерная программа для обработки данных с применением выборки, построенной респондентами
абс.	абсолютное число
БОС	быстрая оценка ситуации
ВГС	вирусный гепатит «С»
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВКО	Восточно-Казахстанская область
ГФ СТМ	Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДИ	доверительный интервал
ДК	дружественный кабинет
ДЭН	дозорный эпидемиологический надзор
ЗКО	Западно-Казахстанская область
ИОМ	информационно – образовательные материалы
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ИПН	инъекционное потребление наркотиков
ИН	инъекционные наркотики
ИУ	исправительные учреждения
ИФА	имунноферментный анализ
КУИС	Комитет уголовно-исполнительной системы
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МиО	мониторинг и оценка
МЛС	места лишения свободы

МСМ	мужчины, имеющие секс с мужчинами
НПА	нормативно-правовые акты
НПО	неправительственные организации
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ПД	пункт доверия
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
ПСК	психосоциальное консультирование по вопросам ВИЧ/СПИД
РДС	транслитерация английской аббревиатуры «RDS», означающая методику отбора респондентов при ДЭН – выборка, построенная респондентами
РК	Республика Казахстан
РС	Работницы секса
РЦ СПИД	Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД
СИЗ	средства индивидуальной защиты (от ВИЧ-инфекции)
СКО	Северо-Казахстанская область
СККК	сухая капля капиллярной крови
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
УГН	уязвимые группы населения
ЮКО	Южно-Казахстанская область

Контекст

Развитие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на территории Казахстана находится в концентрированной стадии эпидемии, распространение ВИЧ-инфекции наблюдается в основном в определенных, уязвимых по отношению к инфекции, группах населения.

Высокий уровень распространенности небезопасных инъекционных практик при употреблении наркотиков в сочетании с рискованным сексуальным поведением, включая низкий уровень использования презервативов среди общего населения и уязвимых групп населения (далее – УГН) повышают вероятность быстрого распространения ВИЧ.

Для мониторинга состояния эпидемии ВИЧ-инфекции в Казахстане, используются несколько подходов. Одним из основных методов эпидемиологического надзора является регистрация случаев ВИЧ-инфекции, выявленных при добровольном тестировании с проведением консультирования, в том числе на анонимной основе; тестировании на ВИЧ, инициируемого в медицинских организациях по клиническим показаниям (включая тестирование беременных женщин) или эпидемиологическим показаниям, а также рутинном тестировании определенных контингентов лиц, включая призывников, заключенных и медицинских работников.

Наряду с системой регистрации случаев, дозорный эпидемиологический надзор (далее – ДЭН), является важным компонентом системы эпидемиологического надзора, мониторинга и планирования ответа на эпидемию ВИЧ-инфекции, как на национальном, так и на областном уровнях. Методология ДЭН была разработана в Казахстане в 2002 году для сбора информации в труднодоступных и социально незащищенных группах населения с целью более точной оценки распространенности ВИЧ-инфекции и факторов рискованного поведения, финансируется из средств государственного бюджета и имеет нормативное регулирование. Основанием для проведения ДЭН является приказ МЗ РК от 23.12.2005г № 634 «Об организации и проведении дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан» и прилагаемые к нему типовой календарный план и методические рекомендации. В 2005 году ДЭН впервые был внедрен на национальном уровне, и с тех пор проводится ежегодно в областных центрах РК и в

некоторых городах областного подчинения, где имеются подразделения службы СПИД.

В ходе ДЭН осуществляется сбор поведенческих данных посредством проведения индивидуальных интервью и серологических данных (ВИЧ, ВГС, сифилис) путем лабораторного тестирования сухой капли капиллярной крови (далее – СККК). В Казахстане, поведенческие данные и данные о распространенности ВИЧ-инфекции, получаемые при проведении ДЭН, используются вместе с данными по регистрации случаев и другими данными (специальные исследования) для мониторинга тенденций развития эпидемии и получения национальных данных о состоянии эпидемии. Такой подход применяется как для объяснения тенденций и уровня эпидемии ВИЧ-инфекции, так и для оценки воздействия программ профилактики и лечения населения.

В 2010-2011гг. ДЭН проводился среди 5 дозорных групп: потребители инъекционных наркотиков (далее – ПИН), работников секса (далее – РС), мужчин, имеющих секс с мужчинами (далее – МСМ), осужденных, пациентов с симптомами инфекций, передающихся половым путем (далее – ИППП).

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД подготовил сборник, в который включены отчеты по обзору эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Казахстане и результатам ДЭН за 2010-2011гг. в вышеуказанных 5-ти дозорных группах Отчеты отражают эпидемиологическую ситуацию по областям РК, динамику и прогресс, достигнутый в ответ на развитие эпидемии ВИЧ-инфекции.

Издание адресуется для использования в работе специалистам службы по профилактике и борьбе со СПИД, государственных учреждений системы здравоохранения и ведомств, неправительственных и международных организаций, занимающихся профилактикой ВИЧ-инфекции.

Сборник выпущен при технической и финансовой поддержке проекта «Содействие»/ICAP.

Обзор
эпидемиологической ситуации по распространению ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан

Калинич Наталья

Руководитель организационно-методического отдела Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД

Список рисунков

Рисунок 1	Количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан, 2000-2011гг. (абс.)
Рисунок 2	Количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, в разрезе регионов РК, 2010-2011гг. (абс.)
Рисунок 3	Распространенность ВИЧ-инфекции по областям РК (на 01.01.2012г., в %)
Рисунок 4	Прирост новых случаев ВИЧ-инфекции, РК, 2005 – 2011гг. (%)
Рисунок 5	Распределение случаев ВИЧ-инфекции по гендерному составу, РК, 2005-2011гг. (%)
Рисунок 6	Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди женщин и прирост новых случаев ВИЧ-инфекции (2005-2011гг.)
Рисунок 7	Удельный вес случаев с гетеросексуальным и парентеральным путями передачи ВИЧ-инфекции в РК, 2006-2011гг. (%)
Рисунок 8	Доля зарегистрированных случаев с половым путем передачи ВИЧ-инфекции в разрезе регионов, %, 2011г.
Рисунок 9	Половой путь в разрезе гендера в РК 2011г.
Рисунок 10	Распределение случаев ВИЧ-инфекции по социально – профессиональному статусу (2011г., %)
Рисунок 11	Распределение случаев ВИЧ-инфекции по возрастным группам, РК, 2002-2011гг. (%)
Рисунок 12	Количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции, в т.ч. среди лиц, находящихся в МЛС в РК, 2005 – 2011гг. (абс.)
Рисунок 13	Охват АРВ – профилактикой детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, РК, 2006-2011гг. (%)
Рисунок 14	Смертность среди ЛЖВ, в т.ч. от СПИДа (на 1000 ЛЖВ), в РК, 2006-2011гг.
Рисунок 15	Количество ЛЖВ, нуждающихся в АРТ, получающих антиретровирусную терапию, доступность АРТ (%), 2006-2011 гг.

Список таблиц

Таблица 1	Регистрация случаев ВИЧ-инфекции, в разрезе областей, в 2010-2011гг.
Таблица 2	Динамика выявления ВИЧ – положительных лиц по контингентам обследуемых за 2010-2011 годы.
Таблица 3	Сравнительная характеристика скрининга на ВИЧ инфекцию за 2010-2011 годы по контингентам обследуемых.
Таблица 4	Сравнительная характеристика скрининга на ВИЧ инфекцию по областям РК за 2010-2011 годы
Таблица 5	Сравнительные данные по числу обследованных на ВИЧ – инфекцию и выявленным ВИЧ – инфицированным по клиническим показаниям (код 113 и 117) , в разрезе регионов, 2010 – 2011 гг.
Таблица 6	Сравнительные данные по обследованным на ВИЧ – инфекцию и выявленным ВИЧ – инфицированным донорам (код 108), в разрезе регионов, 2010– 2011 гг.
Таблица 7	Сравнительные данные обследованных на ВИЧ – инфекцию и выявленных ВИЧ – инфицированных по клиническим показаниям (код 113 и 117) , в разрезе регионов, 2010– 2011 гг.
Таблица 8	Сравнительные данные числа больных СПИД в разрезе регионов, 2010 – 2011гг.
Таблица 9	Кумулятивные данные о регистрации больных СПИД и умерших ЛЖВ от СПИДа, в разрезе регионов РК, на 01.01.2012г.

1. Введение

Восточная Европа и Центральная Азия переживают в настоящий момент стремительный рост новых случаев ВИЧ-инфекции. Наиболее пораженными ВИЧ-инфекцией странами являются Россия, где ситуация признана «стабильно ухудшающейся» и Украина. В России сохраняется тенденция к увеличению частоты и доли полового пути передачи при отсутствии признаков стабилизации среди наркопотребителей, что является следствием минимального присутствия профилактических программ, направленных на потребителей инъекционных наркотиков.

В целом, в Восточном регионе в большинстве стран наблюдаются схожие тенденции в развитии эпидемии. Отмечается феминизация (увеличение доли женщин) и постепенный рост доли полового пути передачи.

Развитие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на территории Казахстана находится в концентрированной стадии эпидемии, которая указывает на распространение ВИЧ-инфекции в определенных, уязвимых по отношению к инфекции, группах населения.

Характерными проявлениями эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в РК являются территориальная неравномерность, высокая пораженность наркопотребителей, преимущественное вовлечение в эпидемию молодых людей мужского пола, активизация парентерального пути передачи уже с начала эпидемии, с последующим вовлечением полового пути инфицирования.

В 2011 году доля полового пути передачи превысила долю парентерального пути заражения и этот путь передачи стал доминирующим в республике.

Выявилась четкая тенденция увеличения удельного веса женщин. Соотношение выявленных случаев ВИЧ-инфекции в разбивке по полу по зарегистрированным случаям (мужчины : женщины) составило 1,5:1 (2011г.).

Женщины преимущественно инфицируются ВИЧ от своих половых партнеров, являющихся наркопотребителями. Это определяется структурой способов передачи ВИЧ-инфекции в республике. В среде потребителей инъекционных наркотиков превалируют лица мужского пола. Доля женщин в выборочной совокупности ПИН по результатам ДЭН (2011г.) составила 17%, мужчин – 83%. Доля женщин в структуре

случаев с парентеральным путем инфицирования, выявленных в 2011 году, составила -19%, мужчин 60%.

В РК произошло снижение случаев ВИЧ-инфекции с инъекционным путем передачи при употреблении наркотиков, что связано с активно принятыми мерами в области профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН и воздействием программ снижения вреда в течение последних 15 лет. Программы снижения вреда продолжают оставаться актуальными в РК, со смещением фокуса воздействия не только на самих ПИН, но и на их половых партнеров.

ВИЧ-инфекция проникает в различные социально-возрастные слои населения. Основной контингент инфицированных составляют неработающие лица, среди которых в своем большинстве – потребители инъекционных наркотиков, принадлежащие к менее обеспеченной социальной категории населения и заключенные. Однако растет доля работающих и служащих среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных, что объясняется изменением структуры путей передачи.

Увеличивается частота выявления ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, повышаясь с 2005 года на 0,01% ежегодно, что повышает потенциал передачи ВИЧ от матери ребенку. Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин составляет 0,1% (индикатор распространенности ВИЧ-инфекции среди общего населения).

Постепенно меняется возрастная структура ВИЧ-инфицированных. В динамике наблюдается смещение в сторону регистрации лиц более старших возрастных групп. В 2011 году наибольшее число случаев приходилось на возрастную группу 30-39 лет.

В последние годы увеличивается число лиц, выявленных по клиническим показаниям, в том числе на стадии СПИДа, что с учетом особенностей клинического течения ВИЧ-инфекции и продолжительности бессимптомного периода, характерно для лиц более старших возрастов.

Необходимо отметить, что в динамике увеличивается доля сельских жителей в структуре выявленных случаев. Это может объясняться увеличением внутренней миграции людей в поисках лучше оплачиваемой работы: из сел в города, из одних регионов – в крупные города и столицы. Соотношение городских и сельских ЛЖВ в 2011 году составило 3:1.

На ситуацию в РК влияет внешняя миграция и близость границ России, Китая. Доля иностранных граждан в структуре выявленных случаев в среднем составляет 6%.

2. Национальные меры в ответ на эпидемию СПИД

За последние годы в Республике Казахстан укрепилось политическое лидерство по вопросу профилактики ВИЧ-инфекции в стране. Так, в 2010 году в своем ежегодном послании народу Президент Республики Казахстан озвучил задачу – уменьшить распространенность ВИЧ-инфекции и туберкулеза в пенитенциарной системе.

Вопросы развития здравоохранения, включая профилактику социально-значимых заболеваний, включены в долгосрочную стратегию развития «Казахстан – 2030», где концептуально обозначены главные принципы, цели, приоритеты и методы построения казахстанского общества. В целях реализации более долгосрочной стратегии «Казахстан – 2030» постановлением Правительства РК от 21.12.2007 г. утверждена Комплексная программа «Здоровый образ жизни на 2008 – 2016 годы», важным направлением Программы являются вопросы профилактики инфекций, передающихся половым путем и ВИЧ-инфекции. Кроме этого, вопросы противодействия распространению эпидемии СПИД нашли отражение в следующих государственных документах Республики Казахстан: Стратегический план развития Республики Казахстан до 2020 года, Стратегический план Министерства Здравоохранения РК на 2011-2015 гг., Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». Согласно статье 112 Кодекса ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом государством гарантируются доступность и качество добровольного анонимного и (или) конфиденциального медицинского обследования на бесплатной основе; обеспечение динамического наблюдения; предоставление психосоциальных, юридических и медицинских консультаций; медицинская помощь и лекарственное обеспечение в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; социальная и правовая защита; недопущение каких-либо форм дискриминации в связи с характером заболевания; осуществление профилактических мероприятий по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

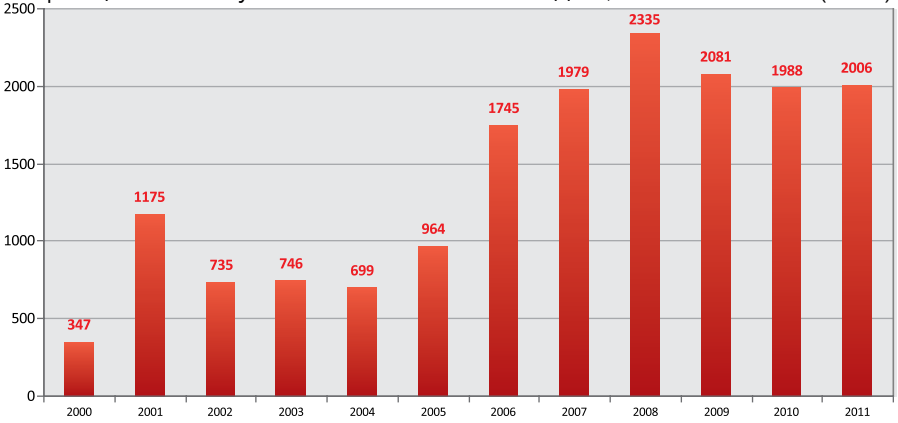
В 2010 году Правительство Республики Казахстан утвердило единую Государственную программу развития здравоохранения «Саламаты Қазақстан» на 2011-2015 годы. В программу включены такие направления как: профилактика ВИЧ-инфекции в группах населения, ключевых для эпидемии ВИЧ-инфекции; обеспечение лечением ВИЧ-инфицированных и больных СПИД; поддержка неправительственных организаций, работающих по вопросам ВИЧ-инфекции и СПИД, в том числе в местах лишения свободы; обеспечение службы СПИД лабораторным оборудованием и тест – системами; обеспечение потребителей инъекционных наркотиков с опиоидной зависимостью заместительной терапией; совершенствование эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.

3. Обзор эпидемиологической ситуации

В Казахстане с начала выявления первого случая ВИЧ-инфекции в 1987 году и по состоянию на 01.01.2012 года зарегистрировано 17 763 случая ВИЧ-инфекции, из них – диагноз СПИД выставлен 1480 ЛЖВ. Количество ВИЧ-инфицированных, выявленных в местах заключения, составило 4696 (более 26% от числа выявленных ЛЖВ).

Период с 1987 до 1995 года характеризовался стабильными и очень низкими показателями заболеваемости и пораженности. Начиная с 1996 года, началось стремительное увеличение числа новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией, 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 (Павлодарская, Западно-Казахстанская и Южно-Казахстанская области). В 2005 году был зарегистрирован третий подъем уровня регистрации ВИЧ-инфекции (г. Алматы) и начала увеличиваться доля 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.

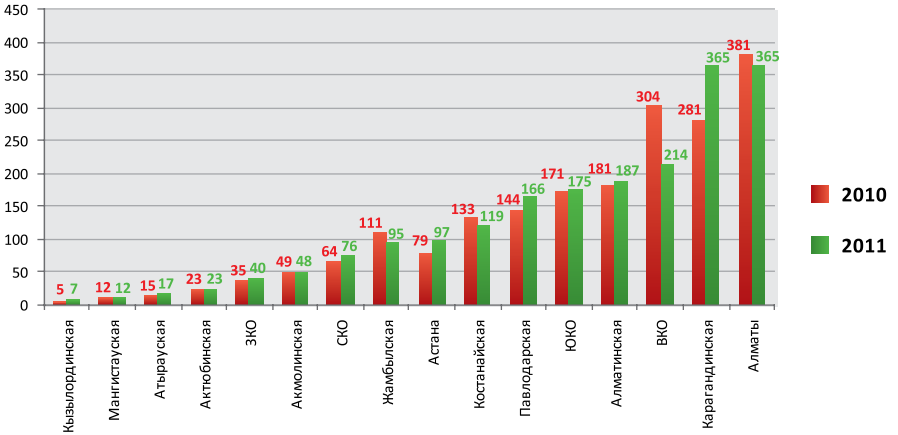
Рисунок 1. Количество зарегистрированных случаев ВИЧ–инфекции в Республике Казахстан по годам, 2000 – 2011гг. (абс.)



За 2011 год выявлено 2006 новых случаев ВИЧ– инфекции, за аналогичный период 2010 года было зарегистрировано 1988 случаев, прирост новых случаев составил 0,9%.

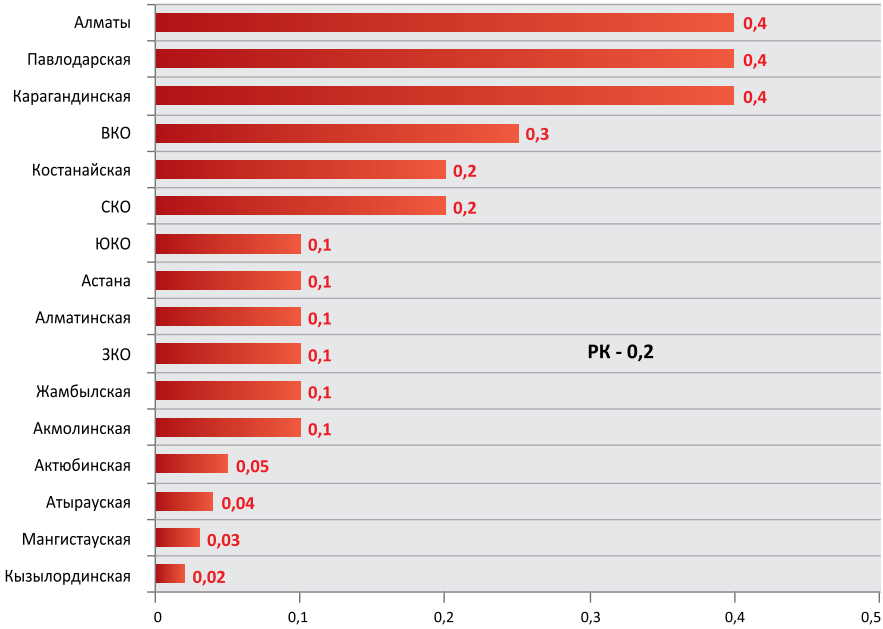
Наибольшее число случаев ВИЧ-инфекции по кумулятивной регистрации наблюдается в г. Алматы (3569), Карагандинской (3244), Южно-Казахстанской (2024), Восточно-Казахстанской (1924) и в Павлодарской (1763) областях.

Рисунок 2. Количество зарегистрированных случаев ВИЧ–инфекции, в разрезе регионов РК, 2010–2011гг. (абс.)



Среднереспубликанский показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди населения Казахстана в возрастной группе от 15 до 49 лет, на 01.01.2012 года, составляет 0,2%. Наибольший уровень распространенности ВИЧ-инфекции зарегистрирован в Карагандинской области, г. Алматы, Павлодарской, Восточно-Казахстанской областях.

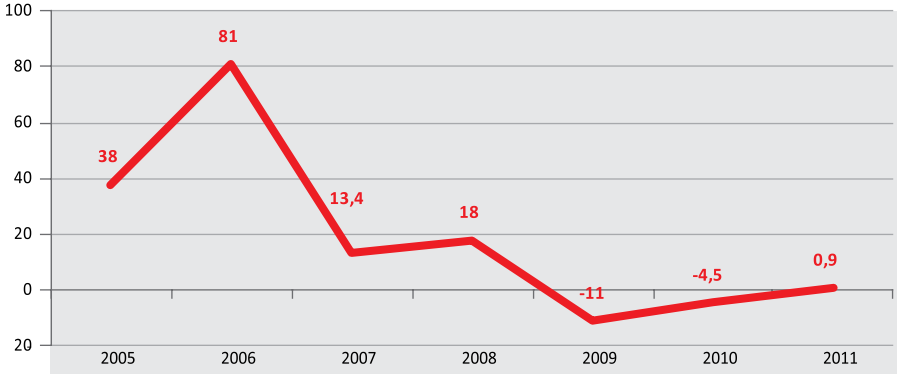
Рисунок 3. Распространенность ВИЧ–инфекции по областям РК (на 01.01.2012г., в %)



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% , в 2008 г. –18%, в 2009г. – минус 11%, в 2010г. – минус 4,5%, в 2011г. – прирост 0,9% (рисунок 4).

В 2011 году при увеличении объемов тестирования на 6%, прирост новых случаев по сравнению с 2010 годом увеличился на 0,9% (+18 случаев).

Рисунок 4. Прирост новых случаев ВИЧ–инфекции, РК, 2005 – 2011гг. (%)



В 4-х регионах РК в 2011 году отмечен значительный рост вновь выявленных случаев: прирост в Карагандинской составил 30%, в Северо-Казахстанской -18,8% в Павлодарской – 15,2%, в г. Астане – 22,8%.

Таблица 1. Регистрация случаев ВИЧ–инфекции, в разрезе областей, в 2010–2011гг.

Области	за 12 месяцев 2010 г.				за 12 месяцев 2011г.				эпидситуация рост / снижение	
	абсолютное число		на 100 тыс. населения		абсолютное число		на 100 тыс. населения			
	всего	в т.ч. дети до 14 лет	всего	в т.ч. дети до 14 лет	всего	в т.ч. дети до 14 лет	всего	в т.ч. дети до 14 лет	всего	в т.ч. дети до 14 лет
Акмолинская	49	0	6,6	0,0	48	0	6,6	0,0	-1	0
Актюбинская	23	0	3,2	0,0	23	0	2,9	0,0	0	0
Алматинская	181	5	10,8	1,2	187	2	9,9	0,4	6	-3
Атырауская	15	0	3,0	0,0	17	0	3,2	0,0	2	0
Восточно-Казахстанская	304	1	21,4	0,4	214	3	15,3	1,1	-90	2

Жамбылская	111	0	10,7	0,0	95	4	9,0	1,3	-16	4
Западно-Казахстанская	35	0	5,6	0,0	40	1	6,6	0,7	5	1
Карагандинская	281	3	20,8	1,1	365	1	27,0	0,4	84	-2
Костанайская	133	2	15,0	1,2	119	0	13,5	0,0	-14	-2
Кызылординская	5	0	0,7	0,0	7	0	1,0	0,0	2	0
Мангистауская	12	0	2,8	0,0	12	1	2,2	0,6	0	1
Павлодарская	144	0	19,2	0,0	166	1	22,2	0,7	22	1
Северо-Казахстанская	64	0	9,9	0,0	76	0	12,9	0,0	12	0
Южно-Казахстанская	171	5	7,1	0,6	175	4	6,7	0,5	4	-1
г. Алматы	381	6	27,5	2,1	365	3	25,3	1,1	-16	-3
г. Астана	79	2	11,9	1,5	97	0	13,5	0,0	18	-2
ВСЕГО	**1988**	**24**	**12,4**	**0,6**	**2006**	**20**	**12,1**	**0,5**	**18**	**-4**

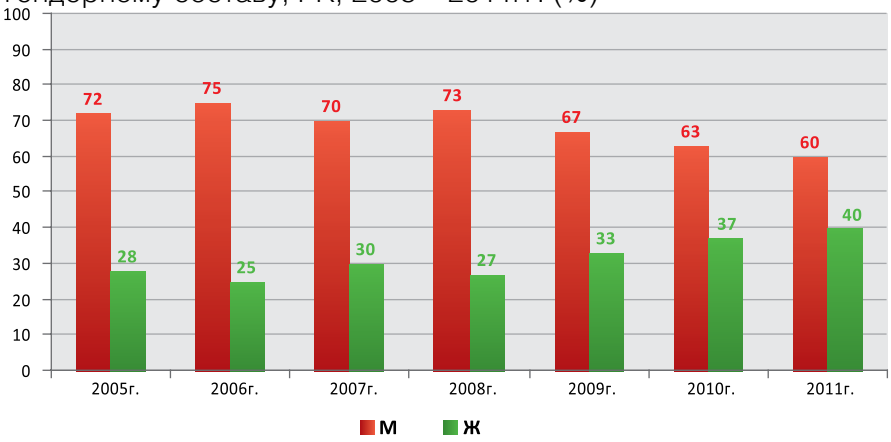
Оценочное число ЛЖВ в РК на начало 2012 года составляет – 20 000 человек. В 2011 году по РК в сравнении с аналогичным периодом 2010 года число выявленных ВИЧ-инфицированных по 300 коду увеличилось на 18 случаев.

3.1 Распределение случаев ВИЧ-инфекции по полу

Из кумулятивно зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (17763), мужчины составляют 12444 (70%), женщины – 5319 (30%). Соотношение мужчин и женщин составляет 2,3:1. 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 2010 году, удельный вес мужчин составил 63% и 37% – женщин, соотношение мужчин к женщинам составило 1,7:1. В 2011 году удельный вес мужчин составил 60%, соотношение мужчин и женщин 1,5:1.

Рисунок 5. Распределение случаев ВИЧ–инфекции по гендерному составу, РК, 2005 – 2011гг. (%)



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. – 2009 гг. отмечалось снижение прироста новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных среди женщин: 2007 – 27%, 2008г.– 17%, 2009г. – 0,7%,. В 2010 г. отмечено увеличение прироста новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных среди женщин до 12%, в 2011году прирост составил – 8%.

Рисунок 6. Регистрация случаев ВИЧ–инфекции среди женщин и прирост новых случаев ВИЧ–инфекции (2005–2011гг.)

3.2 Регистрация случаев ВИЧ-инфекции среди граждан РК

В 2011 году в Республике Казахстан было обследовано на ВИЧ-инфекцию 2 207 055 человек, по сравнению с 2010 годом, количество обследованных лиц увеличилось на 6%. В 2011 году в РК в сравнении с аналогичным периодом 2010 года количество выявленных ВИЧ-инфицированных по 100 коду увеличилось на 16 случаев. Граждане РК в структуре выявления составляют 94%.

Рост числа случаев ВИЧ-инфекции произошел по кодам: 101 (контактные с ЛЖВ) – на 40 случаев (в 1,2 раза); 124 (прочие) – на 29 случаев (в 1,2 раза), 109 (беременные) – на 19 случаев, 113 (обследованные по клиническим показаниям) – на 16 случаев, 116 (имеющие квоты для лечения) на 12 случаев – (в 2,5 раза), 106 (обследованные при эпидрасследовании) и 110 (реципиенты) на 9 случаев – (в 2 раза), 104 (больные с симптомами ИППП) – на 8 случаев, 108 (доноры) и 120 (медицинские работники) – на 5 случаев, 103 (МСМ) – на 2 случая.

Снижение числа выявленных ВИЧ-инфицированных лиц произошло по кодам: 112 (заключенные) – на 77 случаев (в 1,3 раза), 102 (ПИН) – на 49 случаев (в 1,2 раза), 115 (лица, выезжающие за границу) на 5 случаев – (в 3,5 раза), 122 (дети, родившиеся от ВИЧ инфицированных матерей) – на 4 случая (в 1,4 раза), 105 (работники коммерческого секса) и 117 (дети, обследованные по клиническим показаниям) – на 2 случая.

3.3 Регистрация случаев ВИЧ-инфекции по контингентам обследуемых

Таблица 2. Динамика выявления ВИЧ – положительных лиц по контингентам обследуемых за 2010 –2011 годы.

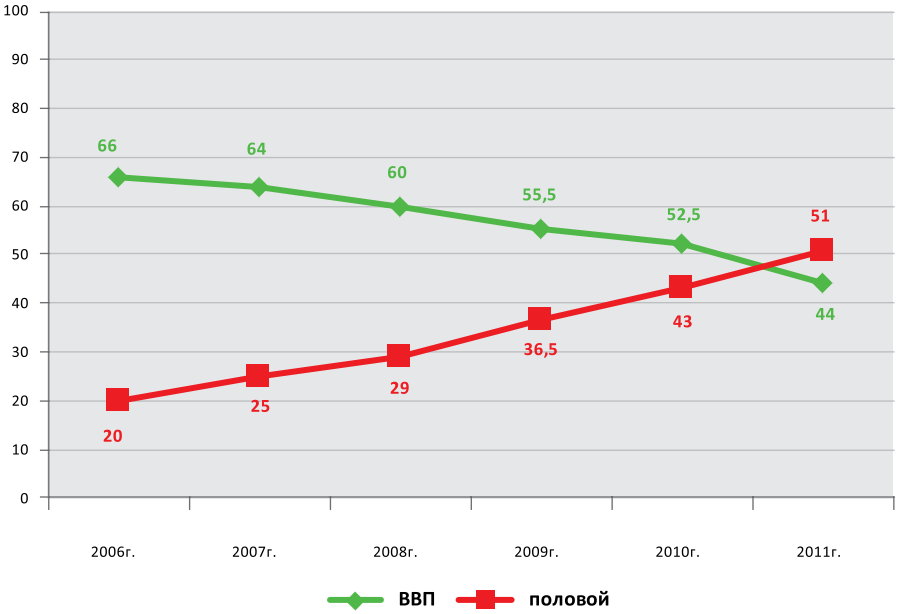
обследуемый контингент	код	за 2010 год		за 2011 год		динамика в %
		всего	%	всего	%	
граждане РК	100	1872	94,2	1888	94,1	0,0
контактные с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом	101	214	10,8	254	12,7	1,9

наркоманы	102	312	15,7	263	13,1	-2,6
больные ИППП	104	56	2,8	64	3,2	0,4
РС	105	10	0,5	8	0,4	-0,1
доноры	108	46	2,3	51	2,5	0,2
беременные	109	185	9,3	204	10,2	0,9
реципиенты	110	24	1,2	33	1,6	0,4
военнослужащие	111	4	0,2	3	0,1	-0,1
находящиеся в МЛС (СИЗО, ИУ)	112	376	18,9	299	14,9	-4,0
Обследованные по клиническим показаниям (взрослые) всего	113	332	16,7	348	17,3	0,6
обратившиеся анонимно	114	59	3,0	58	2,9	-0,1
обследование детей по клиническим показаниям	117	5	0,3	3	0,1	-0,1
лица, содержащиеся в ИВС	118	29	1,5	29	1,4	0,0
медицинские работники	120	2	0,1	7	0,3	0,2
прочие	121	178	9,0	207	10,3	1,4
дети, родившиеся от ВИЧ(+) матерей	122	13	0,7	9	0,4	-0,2
иностранные граждане	200	116	5,8	118	5,9	0,0
Всего обследованных лиц	**300**	**1988**	**100,0**	**2006**	**100,0**	**0,9**

4. Динамика регистрации случаев ВИЧ–инфекции и основные пути передачи

Инфицирование населения РК ВИЧ-инфекцией половым путем постоянно растет. Доля полового пути передачи ВИЧ-инфекции составляла в 2001 году 5%, в 2006 году – 20%, в 2011 году возросла до 51% в структуре выявления. В динамике отмечается снижение инфицирования при употреблении наркотиков с 66% – в 2006 году до 44% – в 2011 году. Кумулятивно при употреблении инъекционных наркотиков инфицировалось ВИЧ-инфекцией 63%, удельный вес полового пути передачи составил – 29%.

Рисунок 7. Удельный вес случаев с гетеросексуальным и парентеральным путями передачи ВИЧ–инфекции в РК, 2006–2011гг. (%)



Всего в 2011 году было протестировано 26396 ПИН (в 2010 г. – 23929), выявлено 292 ПИН с ВИЧ – положительным статусом (форма № 4, коды 102, 101.2). Отмечено снижение регистрации по сравнению с 2010 годом на 51 случай ВИЧ-инфекции (2010 г. – 343 ПИН). Среди ПИН случаи ВИЧ-инфекции выявлены в 14 регионах РК, кроме Атырауской и Кызылординской областей. Наибольшее количество ПИН выявлено в г. Алматы – 60 (20,5% от общего количества случаев среди ПИН), рост в 1,1 раза по сравнению с 2010 годом (56), при снижении объемов тестирования на 13%. Количество случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН увеличилось в Актюбинской, Мангистауской областях – на 100%, в Северо-Казахстанской и Карагандинской – на 55%, в г. Астана – на 43%, при снижении объемов тестирования на 2%, в Костанайской области рост составил 7%.

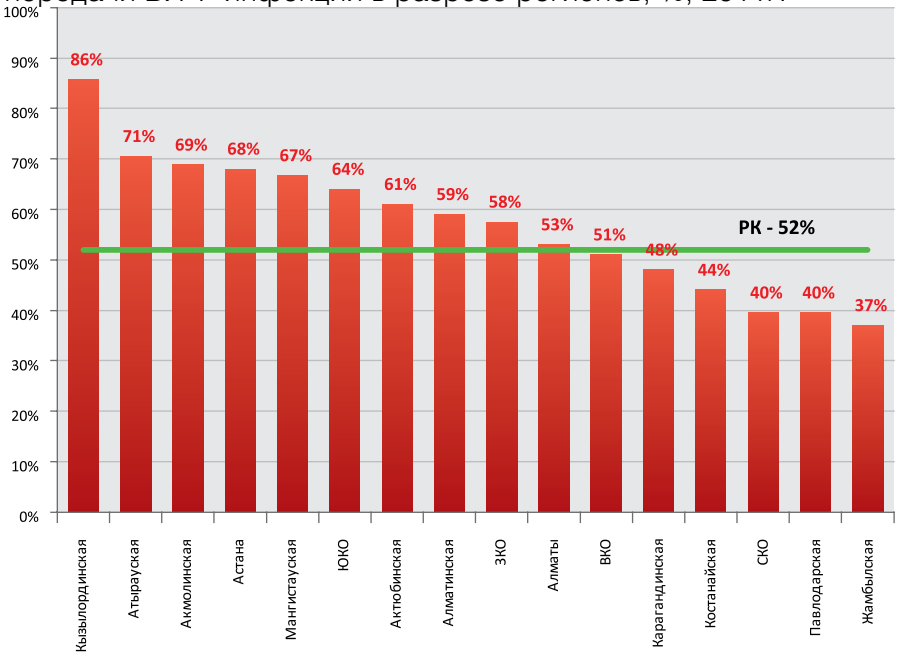
Распределение случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи показывает, что в периоды подъема уровня регистрации, в 1996 году, в 2001 году и в 2005-2006 гг., связаны с резким ростом инъекционного пути

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.

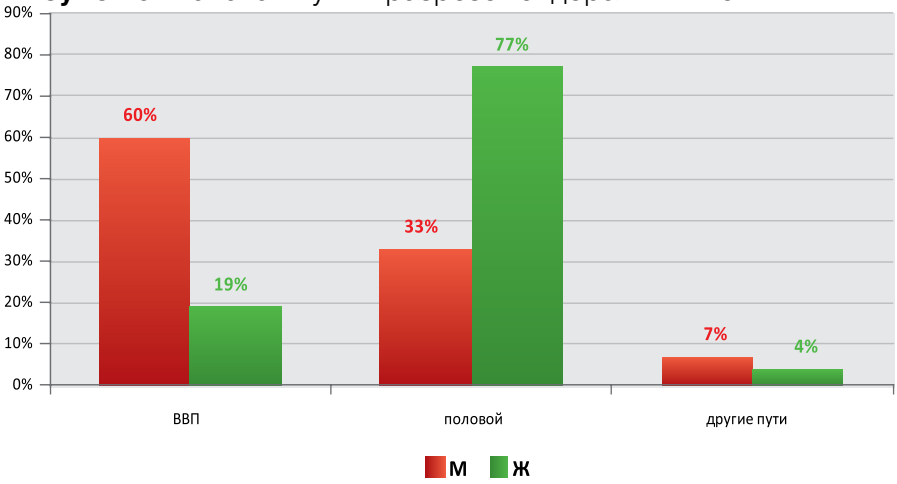
Многолетнее наблюдение показывает, что степень прироста случаев с половым путем передачи составляет в среднем 6% в год (от 5% до 7%). Распространение ВИЧ-инфекции половым путем зависит от накопленного числа ЛЖВ в социуме, каждый из которых является потенциальным источником инфекции.

Рисунок 8. Доля зарегистрированных случаев с половым путем передачи ВИЧ–инфекции в разрезе регионов, %, 2011г.



Доля зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции с половым путем передачи в 2011 году составила 52%. Однако в ряде регионов этот показатель значительно превышает среднереспубликанский (Кызылординская, Атырауская, Акмолинская, Южно-Казахстанская, Актюбинская области).

Рисунок 9. Половой путь в разрезе гендера в РК 2011г.



Преобладающим путем инфицирования, в структуре вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин, в 2011 году является заражение при инъекционном введении наркотиков – 60% (2006г. – 82%), заражение при незащищенных сексуальных контактах составляет – 33% (2006г.– 10%). Среди женщин преобладает инфицирование при сексуальных контактах – 77% (2006г. – 49%), внутривенное использование наркотиков – 19% (2006г. – 49%). Среди мужчин за период с 2006 по 2011 годы отмечено снижение инфицирования при употреблении наркотиков в 1,4 раза, среди женщин – в 2 раза. Однако отмечается значительное увеличение доли полового пути передачи: среди мужчин – в 3 раза, среди женщин – в 1,6 раза.

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 2011 году, ситуация аналогична той, которая наблюдалась в предыдущие годы. По-прежнему, преобладает доля неработающих ЛЖВ – 64% (2010 г. – 68%). На иностранных граждан приходится 6% (2010 г.– 5,8%). Увеличилась доля работающих ЛЖВ – 20% (2010 г. – 18%) и служащих – 6% (2010 г. – 4%). Выявляются случаи ВИЧ-инфекции у ЛЖВ пенсионного возраста, доля которых в 2011 году составила 0,7% (2010г. – 0,4%). Незначительно снизилась доля молодых людей – учащихся ССУЗов и ВУЗов – с 1% в 2010 году до 0,8% – в 2011 году. На ВИЧ-инфицированных детей до 14 лет в 2011г. приходится 1,3% (2010г -1,2%).

Лица, которые обследуются анонимно и свои социально-демографические характеристики не раскрывают, регистрируются как неизвестные, на них приходится – 1,4% (2010г. -1,6%).

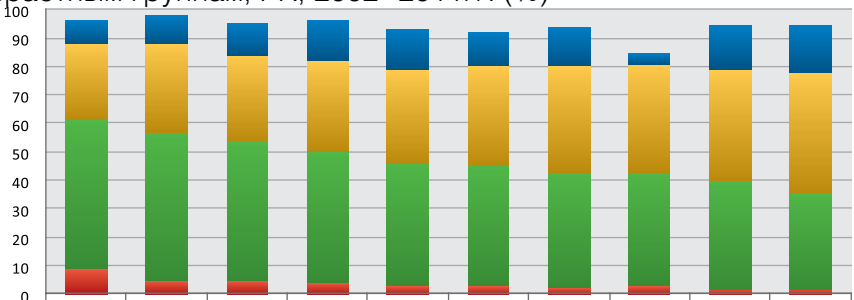
Рисунок 10. Распределение случаев ВИЧ–инфекции по социально–профессиональному статусу (2011г., %)

Распределение случаев ВИЧ-инфекции по возрастному составу

На протяжении последних лет наблюдается 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 составляла 2% – 3%, в 2011 году произошло снижение до 1,6%. 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 составила в 2011 году – 34% (2010 г. – 38%). 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 2010г. – 39,5%; в 2011г. – 42%. Аналогично растет доля ЛЖВ в возрасте от 40 до 49 лет (рисунок 11). Если в 2002 году на эту часть ВИЧ-инфицированных приходилось всего 8% случаев, то в 2011 году -17% (2010г. – 15%).

Рисунок 11. Распределение случаев ВИЧ–инфекции по возрастным группам, РК, 2002–2011гг. (%)



	2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.
40-49	8	10	11	14	14	12	14	3,9	15	17
30-39	27	31	30	32	33	35	37	38	39,5	42
20-29	52	52	49	46	43	42	41	40	38	34
15-19	9	5	5	4	3	3	2	2,6	1,6	1,6

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 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 старше.

5. Характеристика обследования населения на выявление ВИЧ–инфекции

Серьезное внимание уделяется интеграции вопросов ВИЧ-инфекции и СПИДа в концепцию развития системы здравоохранения в РК, с целью улучшения доступа к добровольному консультированию и тестированию, профилактике и обеспечению современных подходов к АРВ – терапии. Способствует выявлению новых случаев ВИЧ-инфекции проводимая в стране политика тестирования в отношении различных групп населения, позволяющая ежегодно тестировать более 13% населения. Объемы тестирования в 2011 году по сравнению с 2006 годом возросли в 2 раза. В результате такой политики тестирования в РК около 70% ВИЧ-инфицированных знают свой ВИЧ-статус.

В 2011 году увеличение числа обследований по сравнению с 2010 годом наблюдается по кодам: 106 (обследованные при эпидрасследовании) – в 2 раза, 110 (реципиенты) – в 1,4 раза, 116 (имеющие квоты для лечения) – в 1,3 раза, 103 (МСМ), 113 (обследованные по клиническим показаниям), 120 (медицинские работники), 124 (прочие) – в 1,2 раза, 102 (ПИН), 111 (военнослужащие) – в 1,1 раза. Уменьшилось число обследований по кодам: 115 (лица, выезжающие за границу) – в 1,4 раза; 112 (лица, содержащиеся в СИ и ИУ) – в 1,1 раза. На уровне 2010 года осталось количество обследований по кодам: 101 (контакты с ВИЧ-инфицированным или больным СПИДом), 104 (больные с симптомами ИППП), 105 (работники коммерческого секса), 107 (обследованные при аварийных ситуациях), 108 (доноры), 114 (обследованные анонимно), 118 (лица, содержащиеся в ИВС), 122 (дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей) и 123 (дети, направленные в дома ребенка).

Таблица 3. Сравнительная характеристика скрининга на ВИЧ инфекцию за 2010–2011 годы по контингентам обследуемых.

обследуемый контингент	код	за 2010 год		за 2011 год		динамика в %
		всего	%	всего	%	
граждане РК	100	2018009	96,8	2146457	97,3	0,5
контактные по ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом	101	1826	0,1	1827	0,1	0,0
наркоманы	102	23729	1,1	26246	1,2	0,1
больные ИППП	104	58383	2,8	58528	2,7	-0,1
РС	105	8187	0,4	8187	0,4	0,0
доноры	108	280856	13,5	291161	13,2	-0,3
беременные	109	867953	41,6	879882	39,9	-1,8
реципиенты	110	49796	2,4	69157	3,1	0,7
военнослужащие	111	45021	2,2	50351	2,3	0,1
находящиеся в МЛС (СИЗО, ИУ)	112	87585	4,2	76909	3,5	-0,7
Обследованные по клиническим показаниям (взрослые) всего:	113	172875	8,3	199726	9,0	0,8
обратившиеся анонимно	114	19284	0,9	19953	0,9	0,0
обследование детей по клиническим показаниям	117	27968	1,3	28050	1,3	-0,1
лица, содержащиеся в ИВС	118	10910	0,5	10848	0,5	0,0
медицинские работники	120	47385	2,3	58901	2,7	0,4
прочие	121	239365	11,5	285755	12,9	1,5
дети, родившиеся от ВИЧ(+) матерей	122	372	0,0	383	0,0	0,0
иностранные граждане	200	67335	3,2	60598	2,7	-0,5
Всего обследованных лиц	**300**	**2085344**	**100,0**	**2207055**	**100,0**	**5,8**

В среднем по РК объемы тестирования увеличились на 5,8%. Снижение количества протестированных отмечено в 2011 году только в 2-х областях (Павлодарская область и ВКО).

Таблица 4. Сравнительная характеристика скрининга на ВИЧ инфекцию по областям РК за 2010-2011 годы

Области	Количество обследованных лиц по коду 300		Прирост (%)
	2010г.	2011г.	
Акмолинская	109368	112474	2,8
Актюбинская	86833	92696	6,8
Алматинская	136524	168824	23,7
Атырауская	61341	63912	4,2
ВКО	176527	167397	-5,2
Жамбылская	108585	116767	7,5
ЗКО	81208	84836	4,5
Карагандинская	131532	141975	7,9
Костанайская	97680	110840	13,5
Кызылординская	89709	98828	10,2
Мангистауская	63449	69689	9,8
Павлодарская	113748	112263	-1,3
СКО	83660	89138	6,5
ЮКО	354454	356372	0,5
г. Алматы	203123	214316	5,5
Г. Астана	171657	187960	9,5
РЦ СПИД	9611	12814	33,3
др. лаборатории	6335	5954	-6,0
РК	**2085344**	**2207055**	**5,8**

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

Ежегодно увеличиваются объемы тестирования лиц, имеющих клинические показания к обследованию. В 2011 году обследовано по клиническим показаниям – 227 776 человек (2010 год – 200 843), из

них – 14% составляют дети. Прирост обследованных по клиническим показаниям в 2011 году к предыдущему году составил – 13,4%, а выявленных случаев – 4,2%.

Таблица 5. Сравнительные данные по числу обследованных на ВИЧ – инфекцию и выявленным ВИЧ – инфицированным по клиническим показаниям (код 113 и 117) , в разрезе регионов, 2010 – 2011 гг.

Области	Количество обследованных лиц по кодам 113 и 117		прирост	Количество выявленных лиц по кодам 113 и 117		прирост
	2010г.	2011г.		2010г.	2011г.	
Акмолинская	22460	23705	5,5	19	17	-10,5
Актюбинская	6587	6765	2,7	4	6	50,0
Алматинская	9802	19752	101,5	38	38	0,0
Атырауская	4776	6351	33,0	1	8	700,0
ВКО	14354	13484	-6,1	30	21	-30,0
Жамбылская	8457	8767	3,7	16	6	-62,5
ЗКО	11600	11428	-1,5	6	5	-16,7
Карагандинская	9262	11183	20,7	71	68	-4,2
Костанайская	8770	11137	27,0	23	19	-17,4
Кызылординская	12007	14526	21,0	1	1	0,0
Мангистауская	5213	4443	-14,8	3	1	-66,7
Павлодарская	12909	13259	2,7	26	35	34,6
СКО	15844	18519	16,9	10	7	-30,0
ЮКО	34937	35311	1,1	38	54	42,1
Алматы	9461	11747	24,2	36	50	38,9
Астана	9457	11124	17,6	12	13	8,3
РЦ СПИД	4319	5723	32,5	3	2	-33,3
др. лаборатории	628	552	-12,1	0	0	0,0
РК	**200843**	**227776**	**13,4**	**337**	**351**	**4,2**

В 2011 году выявлено случаев ВИЧ-инфекции среди лиц, обследованных по клиническим показаниям – 351, отмечен прирост по сравнению с 2010 годом – на 4,2% (2010 – 337).

Прирост случаев ВИЧ-инфекции по РК (форма № 4, код 113) в 2005 году составил – 2%, в 2008г. – 21%, в 2011г. – 4,2%.

Туберкулёз принадлежит к числу важнейших оппортунистических заболеваний, поражающих ВИЧ-инфицированных и является ведущей причиной смерти. В 2011 году из 48798 обследованных пациентов с ТБ (2010 г. – 49873), выявлено 147 ВИЧ-инфицированных (2010 г. – 171), что на 14% ниже показателя 2010 года. Из общего количества обследованных по 113 коду в 2011 году, количество обследованных по коду 113.1 (ТБ) составляет 24%, выявленных – 42%.

7. Регистрация случаев ВИЧ–инфекции в пенитенциарной системе

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции сложилась в пенитенциарной системе РК.

В динамике по годам, в течение 2005 – 2008 гг. отмечалось неуклонное увеличение регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в местах лишения свободы: 2005г. – 248, 2006г. – 585, 2007г. – 613, 2008г. – 721. С 2009 г. началось снижение зарегистрированных случаев в пенитенциарной системе: 2009г. – 536, 2010г. – 398, 2011г. – 322 (снижение на 76 случаев). Это объясняется, в большей мере, положительной динамикой в популяции ПИН в социуме, чем в системе КУИС, так как снижается доля парентерального пути передачи в структуре зарегистрированных случаев.

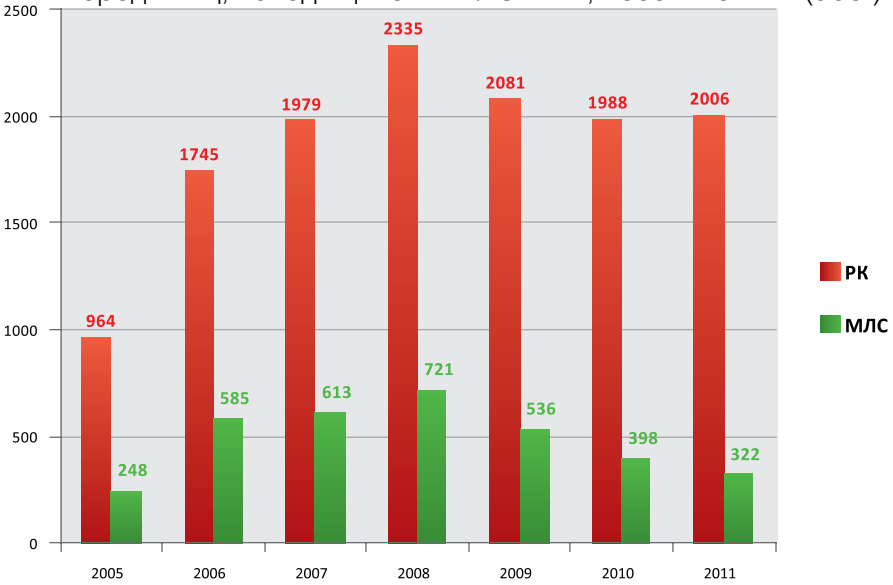
Кумулятивно в пенитенциарной системе выявлено 4696 ВИЧ-инфицированных. Доля заключенных также в общей структуре выявления в динамике снижается: 2008 г.-31%; 2009 г.– 26%; 2010 г.– 20%; 2011 г. – 16%.

Среди спецконтингента в 2011 году было проведено 76909 тестов на ВИЧ-инфекцию (2010 г. – 88645), процент положительных результатов составил – 0,4% (2010 г. – 0,45%), т.е. наблюдается положительная динамика.

Распространенность ВИЧ-инфекции в МЛС по данным учета: 2009 г. и 2010 г.– 3,7%. В 2011 году распространенность ВИЧ-инфекции по

данным учета составила 3,5%. В МЛС в 2011 году содержалось 1872 ВИЧ-инфицированных, при численности спецконтингента– 52678 человек. Выше среднереспубликанского показателя распространенность в учреждениях Карагандинской области (6,4%), СКО (4%), ВКО (4,5%), в Алматинской области (5%).

Рисунок 12. Количество выявленных случаев ВИЧ–инфекции, в т.ч. среди лиц, находящихся в МЛС в РК, 2005 – 2011гг. (абс.)



8. Регистрация случаев ВИЧ–инфекции среди доноров

В 2011 году в РК зарегистрирован 51 ВИЧ – инфицированный донор (2,5% от общего количества выявленных). В 2010 году показатель на 100 тыс. населения составил 0,28%, в 2011 году – 0,31%. При увеличении объемов тестирования на 3,7%, прирост новых случаев составил 10,9%. В 2011 году увеличились объемы тестирования по коду 108 в Жамбылской, Северо-Казахстанской, Алматинской, Актюбинской областях. Уменьшились объемы тестирования в Восточно-Казахстанской области.

Таблица 6. Сравнительные данные по обследованным на ВИЧ – инфекцию и выявленным ВИЧ – инфицированным донорам (код 108), в разрезе регионов, 2010– 2011 гг.

Области	Количество обследованных лиц по коду 108		прирост	Количество выявленных лиц по коду 108		прирост
	2010г.	2011г.		2010г.	2011г.	
Акмолинская	16676	17777	6,6	4	2	-50
Актюбинская	11604	12666	9,2	2	0	-100
Алматинская	11049	12386	12,1	4	9	125
Атырауская	8678	8699	0,2	2	0	-100
ВКО	33918	29026	-14,4	4	8	100
Жамбылская	12939	16789	29,8	0	1	100
ЗКО	22181	22383	0,9	2	2	0
Карагандинская	15856	15853	0,0	4	2	-50
Костанайская	19355	20885	7,9	0	3	300
Кызылординская	7518	7475	-0,6	0	0	0
Мангистауская	5300	5529	4,3	1	1	0
Павлодарская	12626	12936	2,5	4	2	-50
СКО	7987	9454	18,4	0	0	0
ЮКО	17494	16786	-4,0	3	0	-100
г. Алматы	36302	38551	6,2	13	13	0
г. Астана	41373	43966	6,3	3	8	166,7
РК	**280856**	**291161**	**3,7**	**46**	**51**	**10,9**

При увеличении объемов тестирования на 12% в Алматинской области, количество выявленных случаев увеличилось на 125%, в Костанайской области при увеличении объемов тестирования на 8%, количество выявленных увеличилось в 3 раза, в г. Астане при увеличении объемов тестирования на 6,3%, доля выявленных случаев возросла в 2,6 раза. При снижении объемов тестирования на 14% в Восточно – Казахстанской области, количество выявленных случаев возросло в 2 раза.

Снизилось количество выявленных случаев в Южно-Казахстанской области – в 3 раза, в Павлодарской, Карагандинской, Акмолинской, Атырауской, Актюбинской областях – в 2 раза.

Все выявленные лица обследованы по коду 108.1 (доноры крови и ее препаратов). За 2011 год по коду 108.1 обследовано 96% от 108 кода, по коду 108.2 – 0,4%, по коду 108.3 – 0,1%. Распространенность ВИЧ инфекции среди доноров находится последние 3 года на одном уровне – 0,02%.

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

В Казахстане ежегодно увеличивается число впервые выявленных ВИЧ-инфицированных беременных (код 109), за последние 5 лет частота обнаружения новых случаев ВИЧ-инфекции среди беременных возросла в 10 раз.

В 2011 году по коду 109 (беременные) было проведено 879882 обследований (2010г. – 867953), что составляет 36% от кода 400 (всего сделано анализов на ВИЧ-инфекцию) и 40% от кода 300 (всего обследовано лиц).

В разрезе регионов наибольшая доля в структуре тестирования на ВИЧ-инфекцию по коду 109 наблюдается в Атырауской области – 53%, Мангистауской области – 52%.

Таблица 7. Сравнительные данные обследованных на ВИЧ – инфекцию и выявленных ВИЧ – инфицированных по клиническим показаниям (код 113 и 117) , в разрезе регионов, 2010– 2011 гг.

Области	Количество обследованных лиц по коду 109		прирост	Количество выявленных лиц по коду 109		прирост
	2010г.	2011г.		2010г.	2011г.	
ЮКО	173489	173362	-0,1	23	18	-21,7
Алматинская	81013	83984	3,7	19	40	110,5
г. Алматы	83608	81883	-2,1	32	31	-3,1
Карагандинская	61828	63712	3,0	28	26	-7,1
г. Астана	54821	59290	8,2	10	8	-20,0
ВКО	58830	58731	-0,2	21	20	-4,8
Жамбылская	52427	52213	-0,4	4	7	75,0
Актюбинская	40942	42777	4,5	4	2	-50,0
Кызылординская	39336	39278	-0,1	0	2	200,0
Мангистауская	32793	36191	10,4	2	1	-50,0
Павлодарская	36688	35603	-3,0	14	19	35,7
Атырауская	31522	34148	8,3	2	2	0,0
Акмолинская	34346	33634	-2,1	6	9	50,0
Костанайская	33686	33213	-1,4	12	8	-33,3
ЗКО	28479	28617	0,5	3	5	66,7
СКО	24045	23091	-4,0	5	6	20,0
РЦ СПИД	100	155,0	55	0	0,0	0,0
др. лаборатории	0	0	0	0	0	0,0
РК	**867953**	**879882**	**1,4**	**185**	**204**	**10,3**

В 2011 году из 879882 обследований на ВИЧ-инфекцию по коду 109 (2010г. –867953), 430789 (44%) обследований было проведено при постановке на учет (1 тест), 342648 (39%) беременных женщин – обследовались повторно, 28645 (3%) – прошли тестирование в роддоме и 77799 (9%) – обследовались по поводу прерывания беременности.

В 2011 году были выявлены 204 ВИЧ–инфицированные бере-

менные женщины, на 19 случаев больше, чем в 2010 году (185). ВИЧ-инфицированные беременные женщины были выявлены во всех областях РК.

Из 204 выявленных беременных – 142 (70%) выявлено при первом тестировании на ВИЧ-инфекцию, 15 (7%) – выявлены при втором тестировании на ВИЧ, 7 (3%) – при тестировании в роддоме, 40 (20%) – при тестировании на ВИЧ по поводу прерывания беременности. Наибольшее количество ВИЧ-позитивных беременных было выявлено в Алматинской области – 40 (2010г. – 19).

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

На 1 января 2012 года нарастающим итогом в РК родилось 1348 детей от ВИЧ-инфицированных матерей, из них – 850 сняты с диспансерного учета по окончании срока наблюдения и при отрицательных лабораторных данных на ВИЧ-инфекцию. Диагноз ВИЧ-инфекция выставлен 71 ребенку, из них 58 – были выявлены ретроспективно. На 01.01.2012 года в центрах по профилактике и борьбе со СПИД под наблюдением находилось 335 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей до верификации диагноза.

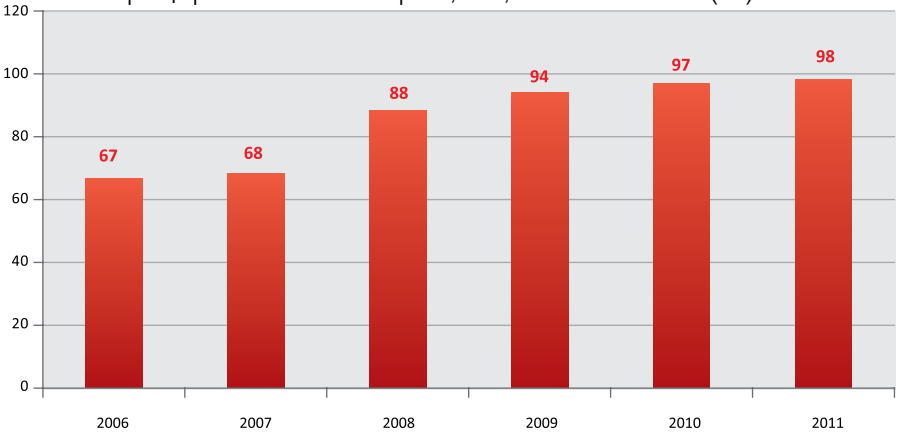
В 2011 году беременности закончились родами у 267 ВИЧ-инфицированных женщин (2010 г.– 235). За 12 месяцев 2011 года от ВИЧ-инфицированных женщин родилось 266 детей (2010 г. – 233). Больше всего родилось детей в Южно-Казахстанской области, г. Алматы и Павлодарской области.

10. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Из 267 родивших ВИЧ-инфицированных женщин в 2011 году, полный курс АРВ профилактики получили 247 женщины, или 92,5 %. Данный показатель вырос по сравнению с 2010 годом (2010 г.– 89%).

Из 267 детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, 262 получили АРВ – профилактику, т.е. 98 %, тогда как в 2010 году этот показатель составлял 97% (227 из 233).

Рисунок 13. Охват АРВ – профилактикой детей, рожденных от ВИЧ–инфицированных матерей, РК, 2006–2011гг. (%)



11. Регистрация случаев СПИД

Кумулятивно диагноз СПИД поставлен 1480 пациентам, в том числе 75 детям до 14 лет. Преимущественная часть больных СПИД зарегистрирована в Карагандинской (51%) и Павлодарской (15%) областях. В 2011 году наблюдается снижение зарегистрированных больных СПИД на 21 случай.

Таблица 8. Сравнительные данные числа больных СПИД в разрезе регионов, 2010 – 2011гг.

Области	за 12 месяцев 2010г		за 12 месяцев 2011г		эпид.ситуация рост / снижение	
	всего	в т.ч. дети до 14 лет	всего	в т.ч. дети до 14 лет	всего	в т.ч. дети до 14 лет
Акмолинская	1	0	4	0	3	0
Актюбинская	3	0	5	0	2	0
Алматинская	4	1	5	1	1	0
Атырауская	1	0	4	0	3	0
Восточно-Казахстанская	18	0	11	0	-7	0
Жамбылская	0	0	3	1	3	1

Западно-Казахстанская	6	0	8	0	2	0
Карагандинская	124	0	51	0	-73	0
Костанайская	8	1	12	0	4	-1
Кызылординская	0	0	0	0	0	0
Мангистауская	0	0	1	0	1	0
Павлодарская	49	0	51	1	2	1
Северо-Казахстанская	2	0	7	0	5	0
Южно-Казахстанская	11	3	14	4	3	1
г.Алматы	28	2	56	0	28	-2
г.Астана	1	0	3	0	2	0
ВСЕГО	**256**	**7**	**235**	**7**	**-21**	**0**

На 1 января 2012 года в республике от СПИДа умерло 1127 больных, в том числе детей до 14 лет – 7.

Таблица 9. Кумулятивные данные о регистрации больных СПИД и умерших ЛЖВ от СПИДа, в разрезе регионов РК, на 01.01.2012г.

№	Наименование территории	Кол-во больных СПИД	Количество умерших ВИЧ–инфицированных от СПИДа
1.	Акмолинская	24	17
2.	Актюбинская	18	13
3.	Алматинская	20	8
4.	Атырауская	10	6
5.	ВКО	52	36
6.	Жамбылская	14	12
7.	ЗКО	27	20
8.	Костанайская	37	23
9.	Карагандинская	756	644
10.	Кызылординская	3	4
11.	Мангистауская	4	4
12.	Павлодарская	221	192
13.	СКО	23	18

14.	ЮКО	137	54
15.	г. Алматы	123	68
16.	г. Астана	11	8
17.	Всего	1480	1127

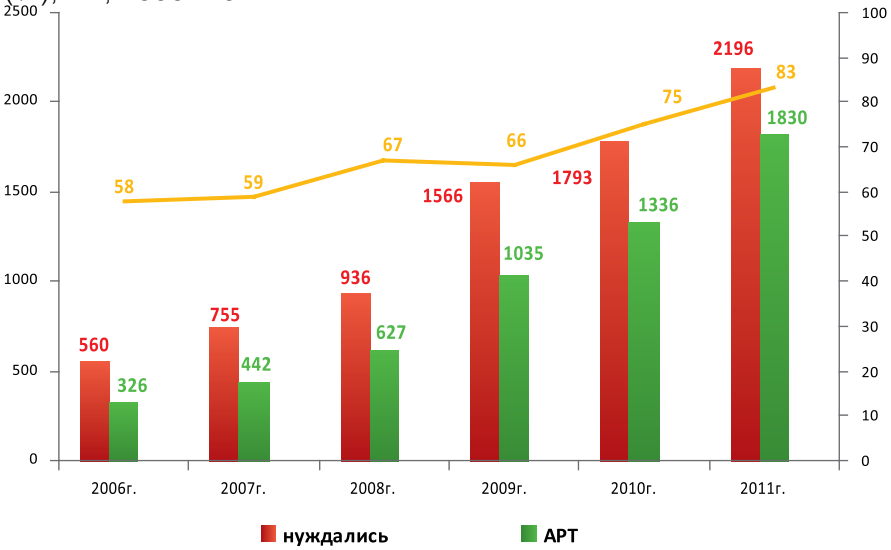
12. Смертность и антиретровирусная терапия

В 2011 году смертность от СПИДа на 100 000 населения составила – 1,13 (2010г.-1,1), в расчете на 1000 ЛЖВ составила 14,4 (2010г.-15,6).

Рисунок 14. Смертность среди ЛЖВ, в т.ч. от СПИДа (на 1000 ЛЖВ), в РК, 2006–2011гг.

Ежегодно в РК увеличивается количество ЛЖВ, получающих АРТ. В 2011 году АРВ терапию получали 1830 ЛЖВ (2010г.-1336 ЛЖВ), впервые начали АРТ – 660 человек. Доступность АРТ возросла с 58% – в 2006 году до 83% – в 2011 году. Это отражается на показателях смертности. В 2011 году смертность снизилась как от причин, обусловленных ВИЧ-инфекцией (СПИД) до 14,4 на 1000 ЛЖВ (2010г. – 15,6%), так и от всех других причин с 51 на 1000 – в 2010г. до 48 на 1000 ЛЖВ – в 2011 году.

Рисунок 15. Количество ЛЖВ, нуждающихся в АРТ, получающих антиретровирусную терапию, доступность АРТ (%), РК, 2006–2011гг.



13. Выводы

1. Объемы тестирования населения в 2011 году увеличились на 5,8%, при этом прирост вновь выявленных случаев составил 0,9%.
2. Отмечена тенденция к увеличению доли женщин в структуре ВИЧ-инфицированных (до 2006 г. соотношение м : ж составляло 3:1, в 2011г. – 1,5:1). Женщины преимущественно инфицируются ВИЧ от своих половых партнеров, являющихся наркопотребителями.
3. В 2011 году доля полового пути передачи (51%) превысила долю парентерального пути заражения (44%).В динамике отмечается увеличение доли гетеросексуального пути передачи, с 5% – в 2001 году до 51% – в 2011 году.
4. Для ЛЖВ-женщин характерно, в основном, инфицирование половым путем (2011 г.-77%), для ЛЖВ-мужчин – инфицирование ВИЧ-инфекцией при употреблении инъекционных наркотиков (60%).
5. В социально-профессиональной структуре ЛЖВ более 70% составляют неработающие граждане. Растет доля работающих и служащих (2010 г. – 22%; 2011 г.– 26%;) среди зарегистрированных ВИЧ-

инфицированных, что объясняется изменением структуры путей передачи.

6. Сохраняется тенденция в сторону увеличения регистрации новых случаев у лиц старших возрастов (30-49 лет). Доля ЛЖВ в возрасте 15 – 49 лет составляет 95%.
7. В структуре зарегистрированных случаев снижается доля ЛЖВ, выявленных в МЛС (2010 г. – 20%, 2011г. – 16%).
8. В 2011 году увеличились объемы тестирования по клиническим показаниям в 1,2 раза, прирост новых случаев составил 4,8%.
9. Ежегодно повышается доступность АРТ. Охват ЛЖВ антиретровирусной терапией в 2011 году составил 83% от числа лиц, нуждающихся в лечении.
10. Отмечается постепенное снижение смертности среди ЛЖВ, в том числе от СПИДа. В 2011 году смертность от СПИДа снижена с 15,6 до 14,4 на 1000 людей, живущих с ВИЧ.

Обзор
ситуации по ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Республике Казахстан по данным эпидемиологического надзора за 2010 – 2011 годы

Каспирова Анна

заведующая эпидемиологическим отделом Актюбинского областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД

Елизарьева Алла

заведующая отделением МиО Республиканского центра СПИД

Список рисунков

РИСУНОК 1	СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПО ОЦЕНОЧНОМУ КОЛИЧЕСТВУ ПИН В РК ЗА 2010-2011ГГ. (АБС.)….
РИСУНОК 2	ОХВАТ ПИН ОБСЛЕДОВАНИЕМ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ПО КОДУ 102 ОТ ЧИСЛА СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В НАРКОДИСПАНСЕРАХ ПО РЕГИОНАМ РК ЗА 2010-2011ГГ. (В %)
РИСУНОК 3	ОХВАТ ПИН ОБСЛЕДОВАНИЕМ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ПО КОДУ 102 В РАСЧЕТЕ ОТ БОС ПО РЕГИОНАМ РК ЗА 2010-2011ГГ. (В %)
РИСУНОК 4	ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН, ОБСЛЕДОВАННЫХ ПО КОДУ 102 ПО РЕГИОНАМ РК ЗА 2010-2011ГГ (В %)
РИСУНОК 5	ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН, ОБСЛЕДОВАННЫХ ПО КОДУ 101.2 ПО РЕГИОНАМ РК ЗА 2010-2011ГГ (В %)
РИСУНОК 6	СТРУКТУРА. СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В 2011Г. СРЕДИ ПИН РК ПО КОДАМ СОГЛАСНО ФОРМЕ №4 (В %), N=1155. …
РИСУНОК 7	УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ПОЛОВОГО (ГЕТЕРО И ГОМОСЕКСУАЛЬНОГО) И ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО (ПРИ ИПН) ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ИЗ ЧИСЛА ВЫЯВЛЕННЫХ ЗА 2011Г. СЛУЧАЕВ ПО РЕГИОНАМ РК (В %), N=2006.
РИСУНОК 8	ПРЯМОЙ ОХВАТ ПИН ПРОГРАММОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РК (В %) ЗА 2010 – 2011ГГ.
РИСУНОК 9	СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОХВАТ ПИН ПРОГРАММОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РК (В %) ЗА 2010 – 2011ГГ
РИСУНОК 10	КОЛИЧЕСТВО ДЕЙСТВУЮЩИХ ПУНКТОВ ОБМЕНА ШПРИЦЕВ В РК В ДИНАМИКЕ ПО ГОДАМ (АБС.)
РИСУНОК 11	ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ПИН ШПРИЦАМИ (СООТНОШЕНИЕ ЧИСЛА РОЗДАННЫХ ШПРИЦЕВ К ЧИСЛУ ПИН ПО БОС В ТЕЧЕНИЕ КАЖДОГО ГОДА) ПО РК В ДИНАМИКЕ (АБС.)
РИСУНОК 12	ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ПИН ШПРИЦАМИ (СООТНОШЕНИЕ ЧИСЛА РОЗДАННЫХ ШПРИЦЕВ К ЧИСЛУ ПИН ПО БОС В 2011Г.) ПО РЕГИОНАМ РК (АБС.)
РИСУНОК 13	ОХВАТ ПИН, УЧАСТВОВАВШИХ В 2011Г. В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕМ ПО РЕГИОНАМ РК (В %)
РИСУНОК 14	ОХВАТ ПИН ОБСЛЕДОВАНИЕМ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ИЗ ЧИСЛА ПРОШЕДШИХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗА 2011Г. ПО РЕГИОНАМ РК (В %)
РИСУНОК 15	ВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ ПИН В РК ПО ГОДАМ (В %), ДЭН 2007 – 2011ГГ.
РИСУНОК 16	СРЕДНИЙ СТАЖ ИНЪЕКЦИОННОГО НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ И СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ ПИН В РК ПО ГОДАМ (АБС.), ДЭН 2007 – 2011ГГ.

РИСУНОК 17	ДОЛЯ ПИН, СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ, ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРАХ РК ПО ГОДАМ (В %), ДЭН 2008 – 2011ГГ..
РИСУНОК 18	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВГС И СИФИЛИСА СРЕДИ ПИН РК ПО ГОДАМ (В %), ДЭН 2007 – 2011ГГ. .
РИСУНОК 19	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН В РК СО ЗНАЧЕНИЕМ ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ИНТЕРВАЛА (В %), ДЭН 2010 – 2011ГГ.
РИСУНОК 20	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН (В %) ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ РК, ДЭН 2010Г. (N=4950)
РИСУНОК 21	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН (В %) ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ РК, ДЭН 2011Г. (N=4830)
РИСУНОК 22	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН (В %) ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ РК, ДЭН 2010Г. (N=4950), ДЭН 2011Г. (N=4830)
РИСУНОК 23	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН (В %) ПО РЕГИОНАМ РК, ДЭН 2010Г. (N=4950), ДЭН 2011Г. (N=4830)
РИСУНОК 24	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН ПО ДАННЫМ ДЭН И ЭПИДНАДЗОРА ЗА СЛУЧАЯМИ ПО РЕГИОНАМ РК (В %), 2011Г.
РИСУНОК 25	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН РК В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ (В %), ДЭН 2010Г, (N=4950)..
РИСУНОК 26	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН РК В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ (В %), ДЭН 2011Г, (N=4830)
РИСУНОК 27	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН РК ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ (В %), ДЭН 2010Г, (N=4950)..
РИСУНОК 28	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН РК ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ (В %), ДЭН 2011Г, (N=4830)
РИСУНОК 29	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВГС СРЕДИ ПИН РК СО ЗНАЧЕНИЕМ ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ИНТЕРВАЛА (В %), ДЭН 2010-2011ГГ
РИСУНОК 30	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВГС СРЕДИ ПИН (В %) ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ РК, ДЭН 2010Г. (N=4950)
РИСУНОК 31	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВГС СРЕДИ ПИН (В %) ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ РК, ДЭН 2011Г. (N=4830).
РИСУНОК 32	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВГС СРЕДИ ПИН (В %) ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ РК, ДЭН 2010Г, (N=4950), ДЭН 2011Г. (N=4830)
РИСУНОК 33	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВГС СРЕДИ ПИН В РК (В %) В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ, ДЭН 2007 – 2011ГГ.
РИСУНОК 34	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВГС СРЕДИ ПИН В РК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА (В %), ДЭН 2007 – 2011ГГ.

РИСУНОК 35	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИФИЛИСА СРЕДИ ПИН В РК СО ЗНАЧЕНИЕМ ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ИНТЕРВАЛА (В %), ДЭН 2010 – 2011ГГ.
РИСУНОК 36	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИФИЛИСА СРЕДИ ПИН (В %) ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ РК, ДЭН 2010Г. (N=4950)
РИСУНОК 37	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИФИЛИСА СРЕДИ ПИН (В %) ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ РК, ДЭН 2011Г. (N=4830)
РИСУНОК 38	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИФИЛИСА СРЕДИ ПИН (В %) ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ РК, ДЭН 2010Г. (N=4950), ДЭН 2011Г. (N=4830)
РИСУНОК 39	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИФИЛИСА СРЕДИ ПИН РК В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ (В %), ДЭН 2007 – 2011ГГ.
РИСУНОК 40	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИФИЛИСА СРЕДИ ПИН РК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА (В %), ДЭН 2007 – 2011ГГ.
РИСУНОК 41	ДОЛЯ ПОТРЕБЛЯЕМЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ СРЕДИ ПИН РК (В %) В ДИНАМИКЕ ПО ГОДАМ, ДЭН 2007 – 2011ГГ.
РИСУНОК 42	ИНЪЕКЦИОННОЕ НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ СРЕДИ ПИН РКС ПОЛОВЫМИ ПАРТНЕРАМИ И НЕЗНАКОМЫМИ (В %) В ДИНАМИКЕ ПО ГОДАМ, ДЭН 2007 – 2011ГГ.
РИСУНОК 43	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БЕЗОПСНЫХ ПРАКТИК ИНЪЕКЦИОННОГО И ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПИН РК (В %) В ДИНАМИКЕ ПО ГОДАМ, ДЭН 2008 – 2011ГГ.
РИСУНОК 44	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БЕЗОПАСНОГО ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ (ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВА ПРИ ПОСЛЕНДНЕМ ПОЛОВОМ КОНТАКТЕ) СРЕДИ ПИН РК ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ (В %), ДЭН 2011ГГ.
РИСУНОК 45	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БЕЗОПАСНОГО ИНЪЕКЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ (НЕИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБЩЕГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ И РАСТВОРОВ ПРИ ПОСЛЕНДНЕЙ ИНЪЕКЦИИ) СРЕДИ ПИН РК ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ (В %), ДЭН 2011ГГ.
РИСУНОК 46	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РИСКОВАННЫХ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПРАКТИК СРЕДИ ПИН РК (В %) В ДИНАМИКЕ ПО ГОДАМ, ДЭН 2007-2011ГГ.
РИСУНОК 47	ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРТНЕРОВ (ПОСТОЯННЫЕ, СЛУЧАЙНЫЕ, КОММЕРЧЕСКИЕ) И НАЛИЧИЕ СИМПТОМОВ ИППП В ДИНАМИКЕ ПО ГОДАМ СРЕДИ ПИН РК, ДЭН 2007 – 2011ГГ.
РИСУНОК 48	ДОЛЯ ПИН, ПОЛУЧАВШИХ СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ (ШПРИЦЫ, ПРЕЗЕРВАТИВЫ) ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД НА БЕСПЛАТНОЙ ОСНОВЕ В ДИНАМИКЕ ПО РК (В %), ДЭН 2008 – 2011ГГ
РИСУНОК 49	ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА ПИН ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРОГРАММАМИ (ДОЛЯ ПОЛУЧИВШИХ ОДНОРАЗОВЫЕ ШПРИЦЫ, ПРЕЗЕРВАТИВЫ И ЗНАЮЩИЕ О ТОМ, ГДЕ МОЖНО ПРОЙТИ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ), ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ РК (В %) , ДЭН 2010 – 2011ГГ.

РИСУНОК 50	НАЛИЧИЕ СИМПТОМОВ ИППП И ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ЭТОМУ ПОВОДУ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕЯСЦЕВ В РК (В %), ДЭН 2010 – 2011ГГ.
РИСУНОК 51	УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ПИН С СИМПТОМАМИ ИППП (N=4950) И ДОЛЯ ОБРАТИВШИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ИЗ ЧИСЛА ИМЕВШИХ СИМПТОМЫ (N=608) ПО САЙТАМ РК (В %), ДЭН 2010Г.
РИСУНОК 52	УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ПИН С СИМПТОМАМИ ИППП (N=4830) И ДОЛЯ ОБРАТИВШИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ИЗ ЧИСЛА ИМЕВШИХ СИМПТОМЫ (N=460) ПО САЙТАМ РК (В %), ДЭН 2011Г.
РИСУНОК 53	ДИНАМИКА ОБРАЩАЕМОСТИ ПИН В ДК ИЗ ЧИСЛА ВСЕХ ОБРАТИВШИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ НАЛИЧИИ СИМПТОМОВ ИППП (В %), ДЭН 2007 – 2011ГГ
РИСУНОК 54	ОХВАТ ПИН ТЕСТИРОВАНИЕМ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА В ДИНАМИКЕ (В %), ДЭН 2008 – 2011Г.
РИСУНОК 55	ДОЛЯ ПИН, ПРОШЕДШИХ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ И ЗНАЮЩИХ СВОЙ РЕЗУЛЬТАТ, ПО ДОЗОРНЫМ САЙТАМ РК (В %), ДЭН 2011ГГ.
РИСУНОК 56	УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ПИН (ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ОБ ИСТИННЫХ И МНИМЫХ ПУТЯХ ПЕРЕДАЧИ И СПОСОБАХ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ) ПО САЙТАМ РК (В %), ДЭН 2010ГГ.
РИСУНОК 57	УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ПИН (ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ОБ ИСТИННЫХ И МНИМЫХ ПУТЯХ ПЕРЕДАЧИ И СПОСОБАХ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ) ПО САЙТАМ РК (В %), ДЭН 2011 ГГ.
РИСУНОК 58	Визуализация вербовочных цепей среди ПИН г. Актобе по данным ДЭН 2011г. с обозначением пола (квадрат – женский, круг – мужской)
РИСУНОК 59	Визуализация вербовочных цепей среди ПИН г. Актобе по данным ДЭН 2011г. с обозначением ВИЧ-статуса (квадрат – позитивный, круг – негативный)
РИСУНОК 60	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПИН Г. АКТОБЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДЭН 2010 – 2011ГГ. В ПРОГРАММАХ EPIINFO IRDSAT (В %)

Список таблиц

ТАБЛИЦА 1	ДОЛЯ ПИН ПО ОТНОШЕНИЮ К ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РК ОТ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ НА 01.01.2012Г.
ТАБЛИЦА 2	ДОЛЯ ПИН, СОСТОЯЩИХ НА ОФИЦИАЛЬНОМ УЧЕТЕ ОТ ЧИСЛЕННОСТИ ПО БОС В РК НА 01.01.2012ГГ.
ТАБЛИЦА 3	ДАННЫЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ, ВГС И СИФИЛИСА СРЕДИ ПИН Г. АКТОБЕ (В %) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА В ПРОГРАММАХ EPIINFO И RDSAT, ДЭН 2010-2011ГГ. (N=150)

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. Контекст

В Казахстане, как и в других странах Восточной Европы и Центральной Азии, распространение ВИЧ-инфекции происходит преимущественно при немедицинском введении наркотиков инъекционным способом. Поэтому из всех уязвимых в отношении ВИЧ-инфекции групп населения наибольшее эпидемиологическое значение имеют потребители инъекционных наркотиков (далее – ПИН).

Согласно данным официальной статистики, парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции при внутривенном употреблении наркотиков продолжает превалировать, составляя 63,4% (11265 из 17763 случаев) от общего числа ВИЧ-инфицированных, выявленных в РК на 01.01.2012г. Среди зараженных парентеральным путем преобладают мужчины, удельный вес мужчин в структуре всех зарегистрированных случаев по РК составил 70%.

Эффективность передачи ВИЧ при использовании общих инструментов для внутривенных инъекций превышает 10% и возрастает при применении общих растворов и добавлении крови, а вследствие длительного отсутствия клинических симптомов идентификация заболевания происходит обычно через несколько лет после заражения, когда уже могло произойти инфицирование большого числа контактных. Попадание ВИЧ в популяцию ПИН приводит к быстрому распространению инфекции среди них через совместные инъекции с использованием нестерильных шприцев, игл, приспособлений для приготовления наркотика и контаминированные растворов наркопрепаратов. Среди ВИЧ-

инфицированных, зарегистрированных за 2010 год, парентеральный путь заражения при инъекционном наркопотреблении составил 52,5% (1043 из 1988 случаев), а за 2011г. – 43,7% (876 из 2006 случаев). Ежегодное снижение удельного веса парентерального пути и рост полового не уменьшает роль ПИН в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции, так как из их популяции ВИЧ-инфекция переходит на общее население через половых партнеров при незащищенных половых контактах.

Поведенческие особенности ПИН ведут не только к их высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией, но и к распространению эпидемии на другие группы населения. Наркозависимость ведет к росту правонарушений и преступлений, совершаемых потребителями наркотиков для получения средств на их приобретение. Это ведет к попаданию в места лишения свободы ПИН, в том числе – с ВИЧ-позитивным статусом, что увеличивает распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных. Доступность наркотических средств в пенитенциарных учреждениях способствует распространению ВИЧ-инфекции. По данным эпидрасследования внутриучрежденческих случаев заражения ВИЧ-инфекцией, зарегистрированных за 2011г., 92% заразились парентеральным путем при инъекционном наркопотреблении. Многие ПИН, находясь в закрытых учреждениях, продолжают рискованное инъекционное поведение. Соответственно, наркопотребление имеет основное значение в распространении ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы, при этом программы снижения вреда от инъекционного наркопотребления в пенитенциарной системе РК не реализуются.

Отсутствие у многих наркопотребителей возможности легального заработка, достаточного для приобретения наркопрепаратов, зачастую приводит к оказанию платных секс-услуг как женщинами, так и мужчинами (за деньги или наркотики для себя, своего сожителя), а секс-работа, как и гомосексуальные контакты, значительно увеличивают риск инфицирования ВИЧ.

Актуальной проблемой является обеспечение инфекционного безопасного донорства, ведь наркопотребители обращаются для сдачи крови ради получения финансовых средств. Исключение ПИН из числа доноров на долабораторном этапе не всегда возможно. На лабораторном этапе ВИЧ-инфекция также может быть не выявлена, если донор находится в стадии серологического окна (особенно при отсутствии ПЦР-диагностики и карантинизации), а невозможность обеспечения

специальных мер очистки донорской продукции (лейкофильтрация, вирусинактивации) создает условия для гемотрансфузионного пути распространения ВИЧ-инфекции.

Поэтому реализация эффективных программ профилактики ВИЧ – инфекции в популяции ПИН играет важнейшую роль в снижении темпов распространения эпидемии ВИЧ/СПИД в обществе в целом. Среди ПИН необходимо внедрять комплексные программы профилактики ВИЧ-инфекции, которые включают предоставление стерильного инъекционного инструментария и презервативов, обеспечение доступа к информации и образовательным мероприятиям по проблеме ВИЧ/СПИДа, лечение от наркотической зависимости и ИППП, возможность своевременно обследоваться на ВИЧ и ИППП, применение заместительной терапии.

Данный отчет представляет собой анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ – инфекции среди ПИН в РК за 2010 – 2011 годы. В отчете использована информация, полученная по данным рутинного и дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, при проведении БОС и мониторинга программной деятельности по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Казахстане.

1.2. Цель и задачи проведения анализа

Цель: Оценить эффективность воздействия программ профилактики ВИЧ-инфекции в популяции ПИН РК на основе доступных источников информации.

Задачи:

1. Описать эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в популяции ПИН на основании данных рутинного и дозорного эпиднадзора.
2. Определить значимость инъекционного наркопотребления в развитии эпидемиологического процесса в РК с учетом социально-демографических и поведенческих особенностей ПИН.
3. Описать профилактические вмешательства, реализуемые среди ПИН, сделать выводы и рекомендации по улучшению эффективности воздействия.

1.3. Основные источники информации.

1. Отчеты РЦ СПИД по эпидемиологическому надзору за зарегистрированными случаями (статистические формы № 1, 2, 4, эпидемиологическая ситуация).
2. Отчеты о проведении БОС среди ПИН.
3. Отчеты РЦ СПИД по мониторингу профилактических вмешательств в РК за 2010– 2011 годы.
4. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденная Указом Президента РК № 1113 от 29.11.10 г.

2. РАЗМЕР ПОПУЛЯЦИИ

2.1. Методика расчета численности ПИН

Оценка численности необходима для планирования и проведения профилактических вмешательств среди ПИН. БОС проводятся 1 раз в 2 года, используются данные специальных оценочных исследований по каждому дозорному сайту (региону страны).

БОС проводится на основании Методических рекомендаций РЦ СПИД от 2004 года «Быстрая оценка численности уязвимых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков, работниц коммерческого секса и мужчин, вступающих в сексуальные отношения мужчинами)», применяются различные методики оценки.

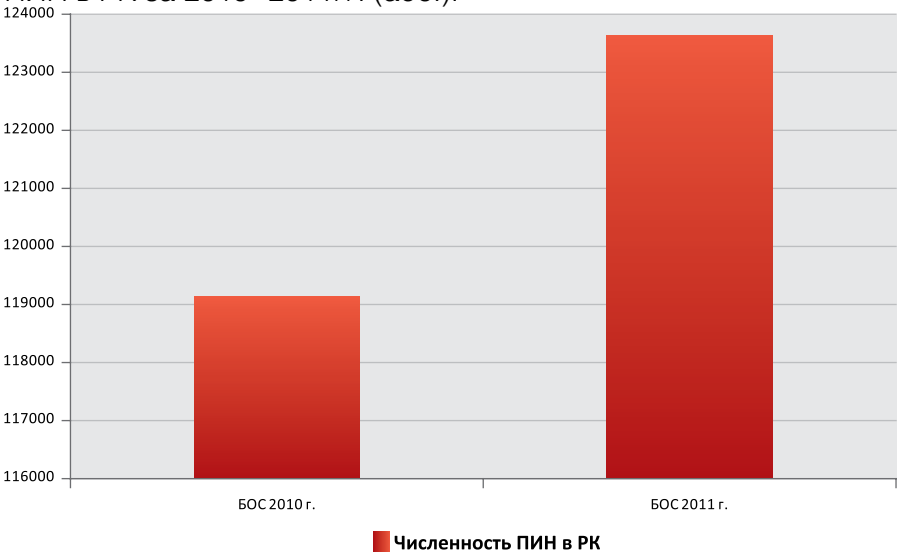
Для сбора данных о числе ПИН, проживающих на определенной территории, используются списки, предоставляемые региональными наркодиспансерами (о лицах, состоящих на диспансерном учете в связи с употреблением инъекционных наркотиков) и территориальными управлениями внутренних дел (о лицах, состоящих на учете по преступлениям, связанным с незаконным употреблением и приобретением наркотиков). При этом подразумевается, что только часть ПИН фактически состоит на учете в наркодиспансерах и правоохранительных органах, а значительное количество -скрывается, особенно на ранних стадиях наркопотребления.

С целью получения более достоверных данных о реальном размере популяции ПИН расчет численности проводился несколькими методами: многократного анализа данных, мультипликации, номинации.

При применении метода многократного анализа данных расчет проводился с использованием таблицы 4-х полей и полученных списков, делается картирование дозорного сайта и определение наиболее осведомленных «ключевых информаторов». При мультипликационном методе путем опроса выясняется, какая доля опрошенных ПИН состоит на учете в наркологическом диспансере, получаемый мультипликатор соотносится с численностью лиц, реально состоящих на учете. При использовании метода номинации аналогичная информация собирается от наркопотребителей в отношении его знакомых, также употребляющих наркотики. Дополнительно при расчете БОС учитываются результаты анализа поведенческих показателей ДЭН среди ПИН (по соответствующим вопросам анкеты). Проводится обработка собранных данных с последующим обсуждением результатов сотрудниками, проводившими оценку. Соблюдение предусмотренной методики позволяет оценить численность популяции ПИН на уровне каждого дозорного сайта, а также определить оценочное количество на региональном и страновом уровнях.

2.2. Оценочные данные численности ПИН в РК

Рисунок 1. Сравнительные данные по оценочному количеству ПИН в РК за 2010–2011гг. (абс.).



По данным БОС 2011 г. суммарное оценочное число ПИН в РК составило 123 640 человек (2010 г. – 119 140), что представлено на рисунке 1. В 2011г. оценочное количество ПИН увеличилось в 3-х областях: Павлодарская – на 2500 (с 12000 до 14500), Западно-Казахстанская – на 2000 (с 4000 до 6000), Северо-Казахстанская – на 500 ПИН (с 3500 до 4000). Уменьшилось оценочное количество ПИН только в Актюбинской области – на 500 (с 4500 до 4000). В остальных регионах РК численность ПИН осталась без изменений.

Из численности населения страны в возрасте от 15 лет и старше наркопотребители составляют в среднем 1%, что детализировано по регионам в таблице 1. Распространенность наркопотребления выше среднереспубликанского уровня отмечается в 8 регионах РК, наиболее высокая – в Павлодарской области, наименьшая – в Алматинской области.

Таблица 1. Доля ПИН по отношению к численности населения РК от 15 лет и старше на 01.01.2012г.

Регионы РК	Численность населения РК в возрасте от 15 лет и старше (абс.)	Число ПИН по БОС (абс.)	Распространенность инъекционного наркопотребления (%)
Акмолинская	573289	2300	0,4
Актюбинская	593822	4000	0,7
Алматинская	1390638	4500	0,3
Атырауская	380902	2000	0,5
ВКО	1122715	12000	1,1
Жамбылская	741941	6800	0,9
ЗКО	474094	6000	1,3
Карагандинская	1069867	13240	1,2
Костанайская	716182	4000	0,6
Кызылординская	488969	2200	0,4
Мангистауская	365920	4100	1,1
Павлодарская	600134	14500	2,4
СКО	476025	4000	0,8
ЮКО	1717724	20500	1,2
г.Алматы	1149384	17000	1,5

г.Астана	549016	6500	1,2
РК	**12410622**	**123640**	**1,0**

По данным официальной статистики на 01.01.12 г. на учете в наркологических диспансерах состояло 42356 наркопотребителей (2010г. – 45689), из них 30256 или 71,4% – ПИН (2010г. – 34394). В популяции ПИН большинство составляют мужчины (89%). Зарегистрировано 38 детей в возрасте до 15 лет: в Мангистауской, Карагандинской, Южно-Казахстанской, Жамбылской областях и г. Алматы. На учете в учреждениях наркослужбы в среднем по стране состоит только 24,5% ПИН от оценочного числа по БОС, данные по регионам представлены в таблице 2.

Таблица 2. Доля ПИН, состоящих на официальном учете в наркологии, в расчете от численности по БОС, РК, 2011г.

Регионы РК	Число ПИН, состоящих на официальном учете (абс.)	Число ПИН по БОС (абс.)	Доля ПИН, состоящих на учете от БОС (%)
Акмолинская	727	2300	31,6
Актюбинская	1346	4000	33,7
Алматинская	1359	4500	30,2
Атырауская	420	2000	21,0
ВКО	2919	12000	24,3
Жамбылская	1780	6800	26,2
ЗКО	1214	6000	20,2
Карагандинская	4238	13240	32,0
Костанайская	2628	4000	65,7
Кызылординская	633	2200	28,8
Мангистауская	960	4100	23,4
Павлодарская	2156	14500	14,9
СКО	676	4000	16,9
ЮКО	2526	20500	12,3
г.Алматы	4175	17000	24,6
г.Астана	2499	6500	38,4
РК	**30256**	**123640**	**24,5**

При увеличении оценочного количества ПИН в 2011г., численность состоящих на учете в наркологии инъекционных наркопотребителей, наоборот, уменьшилась по сравнению с 2010г. на 4138 человек. По регионам: при увеличении оценочного количества ПИН в ЗКО в 1,5 раза, количество ПИН, состоящих на диспансерном учете в областном наркодиспансере, уменьшилось в 2,2 раза. В СКО при росте числа ПИН по БОС, количество состоящих на учете уменьшилось в 1,5 раза. В Павлодарской области при увеличении данных БОС в 1,2 раза, число ПИН на «Д» учете снизилось на 400 человек. Резкое сокращение числа ПИН, состоящих на наркологическом учете, произошло в Кызылординской области (в 7 раз), в Жамбылской и Мангистауской областях (в 2,7 раза).

3. НАДЗОР СЛУЧАЯМИ ВИЧ–ИНФЕКЦИИ

3.1. Характеристика обследования ПИН на ВИЧ-инфекцию в РК

Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией представляет собой систему сбора, анализа и распространения эпидемиологической информации о ВИЧ-инфекции, необходимой для планирования, выполнения и мониторинга профилактических программ. Одним из основных методов эпидемиологического надзора является регистрация случаев ВИЧ-инфекции, выявленных при добровольном тестировании по клиническим и эпидемиологическим показаниям с проведением до и послетестового консультирования.

Проблема снижения темпов распространения эпидемии ВИЧ-инфекции является одним из приоритетных направлений здравоохранения страны. Стратегия снижения вреда введения наркотиков реализуется в РК в рамках государственных программ, являясь одной из наиболее приоритетных задач. Стратегия тестирования населения на ВИЧ-инфекцию отражена в п. 99 плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015гг., утвержденный Постановлением Правительства РК № 41 от 29.01.11г., где отмечена необходимость обеспечения доступа к качественному консультированию и тестированию на

ВИЧ-инфекцию, экспресс диагностике ВИЧ-инфекции в дружественных кабинетах и пунктах доверия.

Государством гарантируется предоставление возможности обследования на ВИЧ и консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции на бесплатной основе – как конфиденциально, так и анонимно, что указано в Кодексе РК № 193-IVЗРК от 18 сентября 2009г. «О здоровье народа и системе здравоохранения» (глава 19, Статья 115). Кроме этого, порядок обследования на ВИЧ-инфекцию регламентирован следующими нормативными документами:

- Постановление Правительства РК № 1280 от 03.11.11г. «Правила медицинского обследования лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции».
- Приказ МЗ РК № 228 от 09.03.2004г. «Об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков».
- Приказ МЗ РК № 295 от 29.03.2004г. «Об утверждении Положения об организации деятельности дружественных кабинетов».
- Приказ МЗ РК № 227 от 09.03.2004г .«Об организации деятельности кабинетов анонимного тестирования на ВИЧ и психосоциального консультирования по ВИЧ/СПИД».

Согласно «Правилам медицинского обследования лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции» обязательному тестированию на ВИЧ по эпидемиологическим показаниям подлежат потребители инъекционных наркотиков при постановке на учет в наркологической службе и через каждые 6 месяцев (п.9.3 Постановления Правительства № 1280). Следовательно, каждый состоящий на учете ПИН, должен проходить обследование на ВИЧ-инфекцию один или два раза в год.

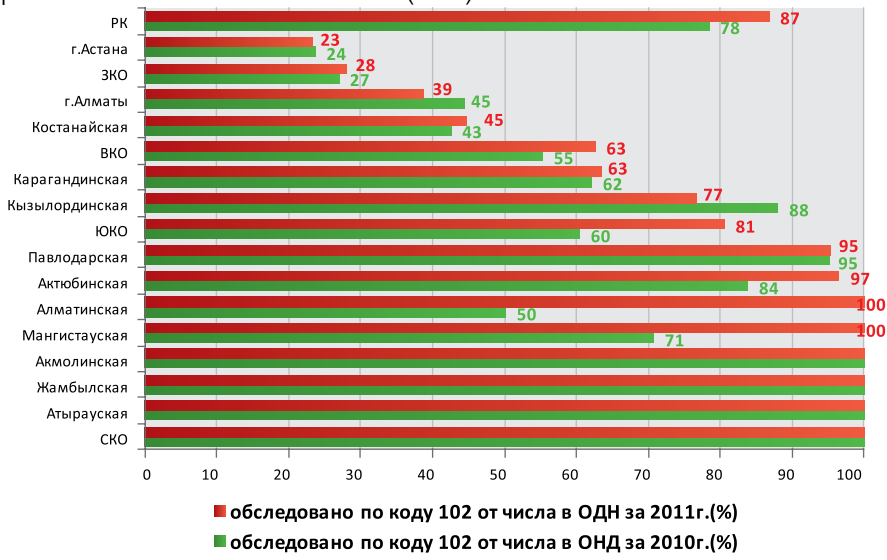
Несмотря на нормативные основания, охват ПИН обследованием на ВИЧ-инфекцию в стране остается на недостаточном уровне. Это связано со следующими факторами:

- относительная закрытость популяции ПИН;
- низкая мотивация к прохождению теста и обращению за результатом;
- низкая доступность тестирования на ВИЧ;

- неудовлетворительное качество проводимого консультирования в кабинетах ПСК, ДК и анонимных кабинетах, опасения в стигматизации и дискриминации при выявлении ВИЧ-инфекции.

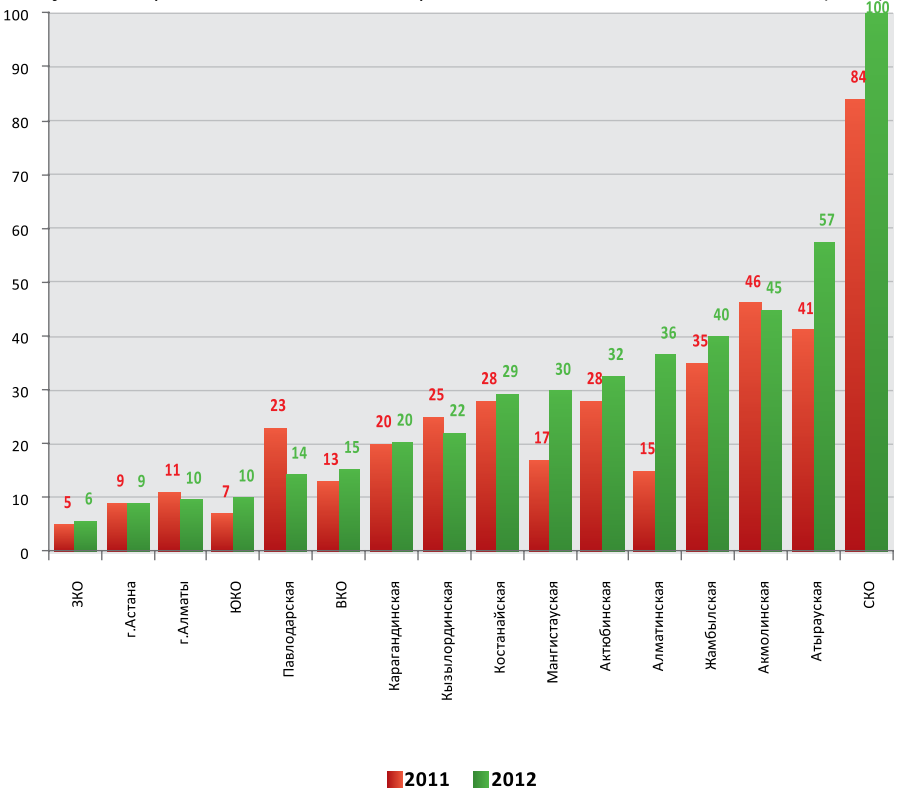
В 2011г. согласно статистической отчетной форме № 4 по 102 коду (потребители инъекционных наркотиков) было обследовано – 26246 ПИН, в 2010 г. – 23729 (увеличение на 10,6%). Охват тестированием ПИН от числа наркопотребителей, состоящих на наркологическом учете, составил в 2011г. по РК– 87,6% (в 2010 г. – 78%), то есть возрос на 9,6%. Увеличение охвата произошло в Алматинской области (в 2,4 раза) в Мангистауской (в 1,8 раз), в Атырауской (в 1,4 раза), в СКО и ЮКО (в 1,3 раза). Снижение охвата ПИН обследованием по 102 коду наблюдается в Кызылординской, Павлодарской областях и г. Алматы. Ситуация по тестированию ПИН в регионах складывается неодинаково: наиболее низкий охват данной группы – в г. Астана, г. Алматы и в Западно-Казахстанской области, наиболее высокий – в Северо-Казахстанской и Атырауской областях, что отражено на рисунке 2.

Рисунок 2. Охват ПИН обследованием на ВИЧ–инфекцию по коду 102 от числа состоящих на учете в наркодиспансерах по регионам РК за 2010–2011гг (в %).



Охват ПИН тестированием на ВИЧ-инфекцию от оценочной численности по БОС за 2011г. составляет всего 21% (в 2010г. – 19%), ситуация отражена на рисунке 3.

Рисунок 3. Охват ПИН обследованием на ВИЧ–инфекцию по коду 102 в расчете от БОС по регионам РК за 2010–2011гг (в %)



В 2011г. из 2207055 обследований на ВИЧ-инфекцию по РК (код 300) доля ПИН (коды 102, 101.2) составила всего 1,2%, тогда как доля выявленных случаев ВИЧ-инфекции по указанным кодам составляет 20,5%. Наибольшая выявляемость по коду 102 в 2010 г. была в Алматинской области (5,6%), по коду 101.2 – в г. Астана (100%); в 2011 г. по коду 102 – в г. Алматы (3,5%), по коду 101.2 – в Карагандинской области (61,5%); ситуация по регионам отражена на рисунках 4 и 5.

Рисунок 4. Выявляемость ВИЧ–инфекции среди ПИН, обследованных по коду 102 по регионам РК за 2010 – 2011гг (в %)

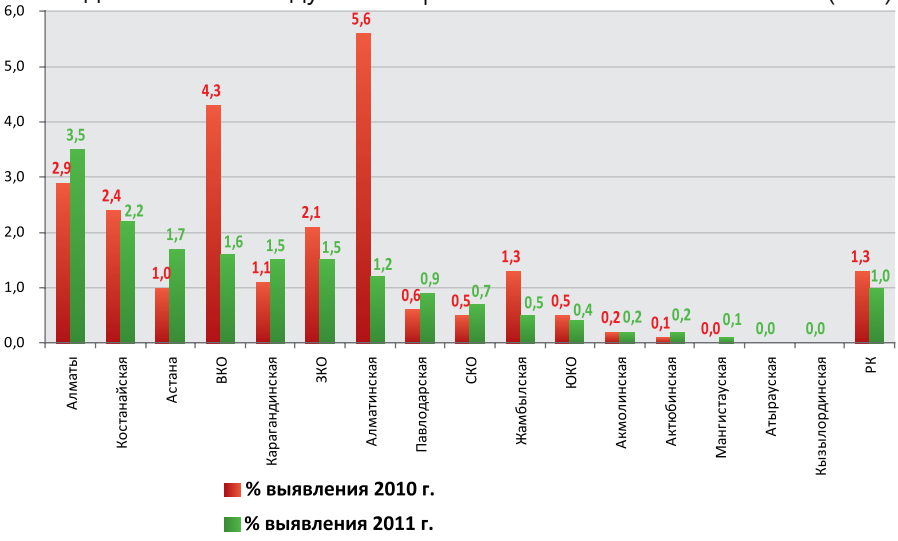
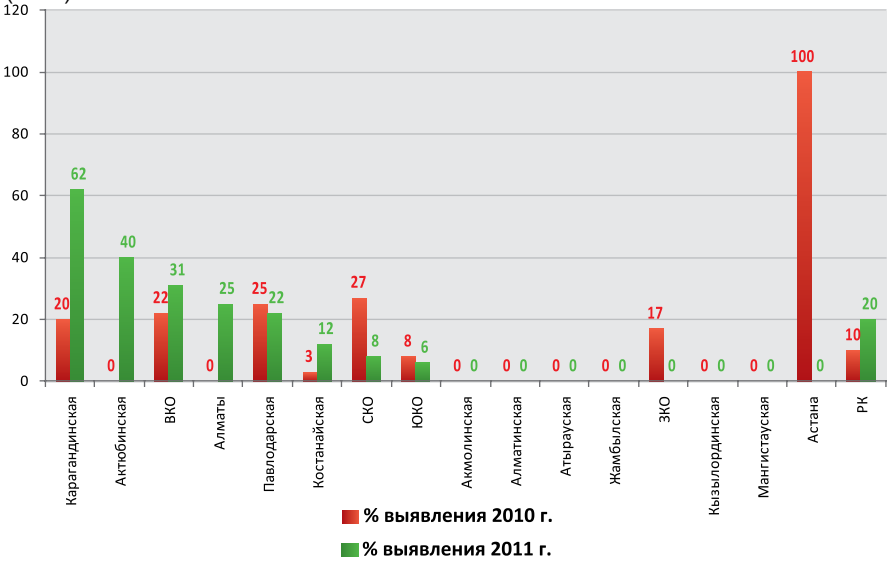
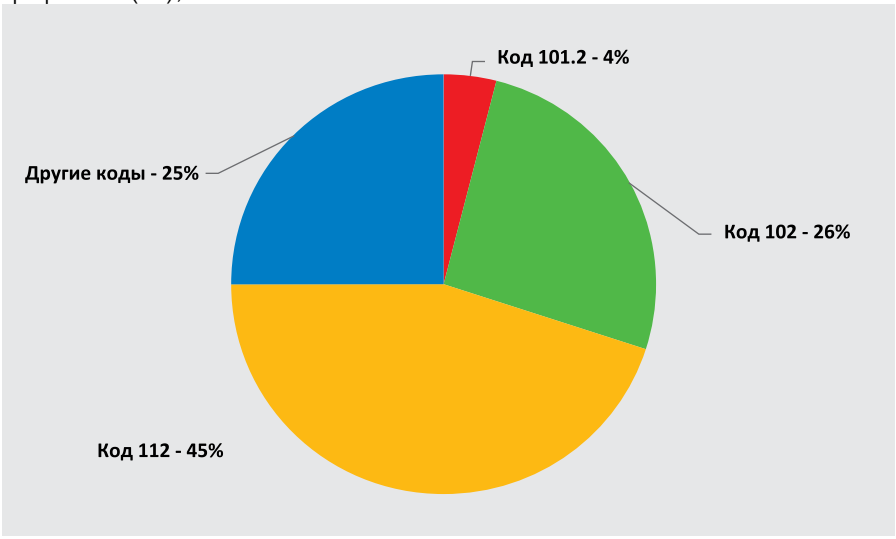


Рисунок 5. Выявляемость ВИЧ–инфекции среди ПИН, обследованных по коду 101.2 по регионам РК за 2010 – 2011гг (в %).



За 2011г. по 102 коду было выявлено только 26% случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН, тогда как наибольшая доля инфицированных наркопотребителей была идентифицирована среди заключенных (код 112) – 45%, партнеры ПИН по совместному введению наркотиков (код 101.2) составили 4%, остальные 25% выявлены по другим кодам (доноры, беременные, прочие, обследованы по клиническим показаниям), что представлено на рисунке 6.

Рисунок 6. Структура зарегистрированных в 2011г. случаев ВИЧ–инфекции среди ПИН в РК по кодам выявления согласно форме 4 (%), N=1155.

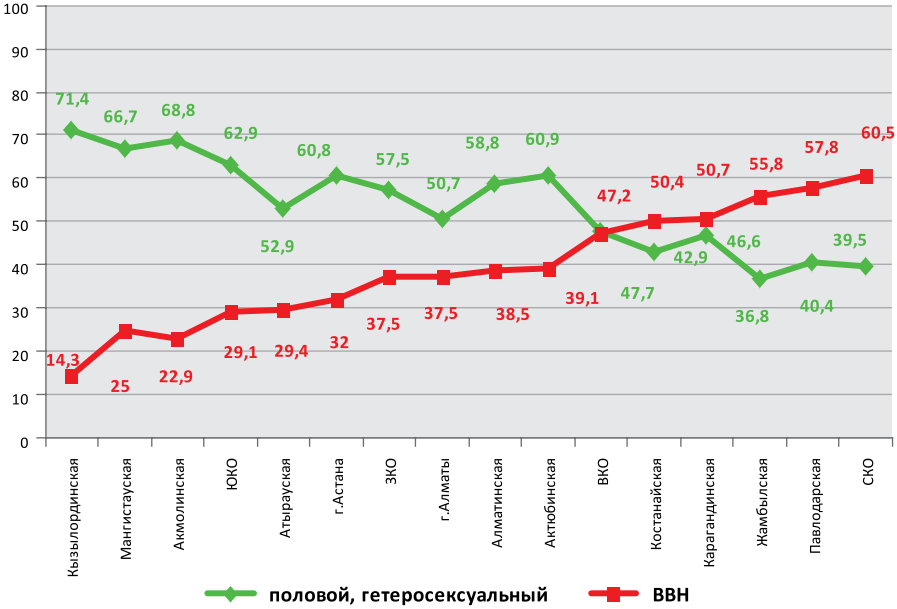


3.2. Анализ выявленных случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи и гендерному составу

В 2010 г. парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции при инъекционном наркопотреблении установлен в 1043 случаях из 1988 зарегистрированных (52,5%). В 2011г. парентеральный путь передачи снизился в 1,2 раза до 43,7% (876 из 2006 случаев). Гетеросексуальный путь передачи установлен в 50,7% случаев, гомосексуальный – в 1,4% случаев. Увеличение количества выявленных ВИЧ-инфицированных с парентеральным путем передачи в 2011г. произошло в г. Астана (в 1,5

раза), в Карагандинской области (в 1,4 раза), в Павлодарской и Северо-Казахстанской областях (в 1,3 раза). Снижение регистрации случаев с парентеральным путем передачи произошло в ВКО (в 2 раза), в Жамбылской области (в 1,6 раза), в г. Алматы, Южно-Казахстанской и Акмолинской областях (в 1,4 раза). Впервые в 2011г. в РК стал преобладать половой путь передачи, однако в 5 регионах превалирует парентеральный при употреблении инъекционных наркотиков: СКО, Павлодарская, Жамбылская, Карагандинская, Костанайская области (рисунок 7).

Рисунок 7. Удельный вес полового (гетеро и гомосексуального) и парентерального (при ИПН) путей передачи ВИЧ–инфекции из числа выявленных за 2011г. случаев по регионам РК (в %), N=2006.



Анализ эпидситуации за 2011г. показывает, что в структуре вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции преобладающим путем заражения для мужчин является парентеральный (72%), а на половой путь приходится только 24%. Среди женщин ситуация обратная: основной путь передачи – половой (71%), на парентеральный путь при внутривенном использовании наркотиков приходится только 25%.

4. РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

4.1. Актуальность организации профилактических программ среди ПИН, основные принципы и проводимые мероприятия

Стратегия снижения вреда от наркотиков является одним из важнейших направлений профилактики ВИЧ-инфекции, наиболее действенным способом ее реализации является регулярный охват наркопотребителей услугами стационарных, мобильных пунктов доверия и аутрич-работой. Функции и задачи пунктов доверия (ПД) определены приказом МЗ РК № 228 от 09.03.2004г. «Об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков». Необходимые компоненты профилактической работы с ПИН отражены в п. 98 плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламаты Қазақстан» на 2011 – 2015гг., утвержденный Постановлением Правительства РК №41 от 29.01.11г.: обеспечение УГН (в частности – ПИН), программами обмена шприцев, презервативами в стационарных и мобильных пунктах доверия и дружественных кабинетах.

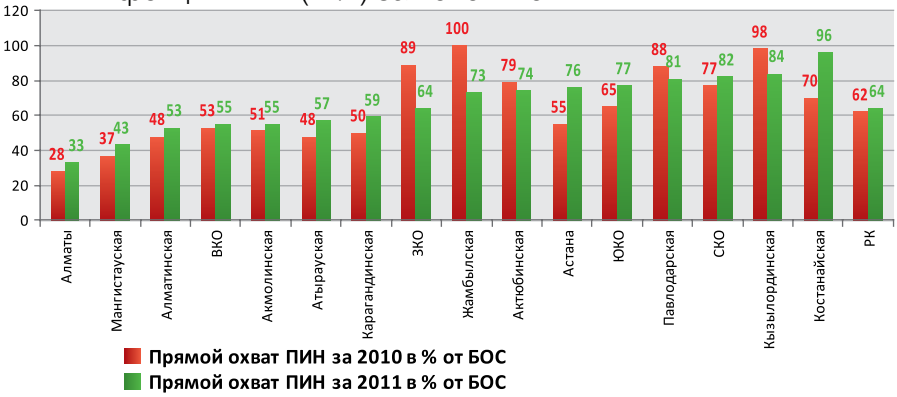
Для снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией, а также парентеральными гепатитами, сотрудники пунктов доверия и аутрич-работники проводят для наркопотребителей обмен стерильных одноразовых шприцев на использованные, выдают презервативы, ИОМ, дезинфицирующие средства для обработки инъекционного инструментария при невозможности получения нового стерильного. Проводится сбор возвращенных использованных шприцев в специальные контейнеры и их утилизация. В ходе консультирования предоставляется информация о ВИЧ-инфекции, гепатитах, ИППП, формах поведения, снижающих риск заражения, о тестировании на ВИЧ. В рамках программы снижения вреда наркопотребителям предоставляются услуги психологической поддержки, психосоциального консультирования, обследования на ВИЧ, ИППП, парентеральные гепатиты, информирование и обучение по вопросам здоровья, профилактики инфекций, передающихся парентеральным и

половым путями. Выдаются направления в дружественные и анонимные кабинеты, СПИД-сервисные НПО, реабилитационные и кризисные центры, социальные службы, медицинские учреждения (для консультаций узкими специалистами, в том числе – для лечения наркозависимости). Для обеспечения доступа в среду наркопотребителей и реализации принципа «Равный – Равному» аутрич-работники и волонтеры для профилактической работы набираются из числа представителей целевой группы, или их окружения.

4.2. Реализация программы профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН за 2010 - 2011гг.

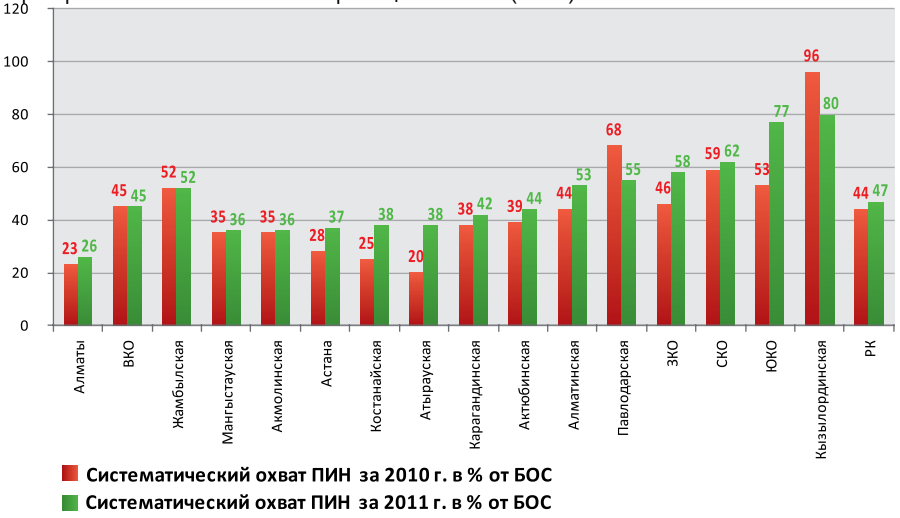
В 2011г. прямой охват, предполагающий как минимум однократное получение профилактических услуг в течение отчетного периода, составил 64,4% от оценочного количества ПИН по БОС (79 579 человек), а в 2010г. – 61,5%, что отражено на рисунке 8. Ниже республиканского показателя прямой охват ПИН профилактическими программами наблюдается в г. Алматы, Мангистауской, Алматинской, Акмолинской, Атырауской, Карагандинской и Восточно-Казахстанской областях. Самый высокий показатель наблюдается в Костанайской (96,4%) и Кызылординской области (84,3%). В 2011г., по сравнению с 2010г., прямой охват ПИН профилактическими программами снизился в ЗКО и Жамбылской области в 1,4 раза и Кызылординской – в 1,2 раза.

Рисунок 8. Прямой охват ПИН программами профилактики ВИЧ–инфекции в РК (в %) за 2010 – 2011гг.



Систематический охват ПИН профпрограммами (не реже 1 раза в месяц) в 2011г. составил 46,6% от БОС (57649 человек), в 2010г. – 43,7% (52104 человек), что указано на рисунке 9. В разрезе регионов систематический охват ПИН снизился в 2011г. по сравнению с 2010г. в Жамбылской области и ВКО – в 1,6 раза, в Павлодарской области – в 1,3 раза, в Кызылординской – в 1,2 раза. Наиболее низкие показатели систематического охвата наблюдаются в г. Алматы. Увеличился систематический охват в Атырауской области в 1,9 раз, в Костанайской области и ЮКО – в 1,5 раза, в г. Астане в 1,3 раза, в Алматинской области и ЗКО – в 1,2 раза.

Рисунок 9. Систематический охват ПИН программами профилактики ВИЧ–инфекции в РК (в %) за 2010 – 2011гг.



На конец 2011г. в РК функционировало 155 пунктов доверия (далее – ПД), количество ПД по годам отражено на рисунке 10. Из действующих ПД – 22 (14%) расположены при ОГЦ СПИД, 5 (3%) – при НПО, 84 (54%) – при ЛПО, 22 (14%) – передвижные ПД и 22 (14%)– при других организациях. За 2011г. было открыто всего 3 ПД, а закрыто – 16. ПД закрыты: в г. Астане (3), в Костанайской области (4), в Акмолинской, Актюбинской областях и ЗКО (по 2), в г. Алматы, Атырауской области и СКО (по 1). Наибольшее количество ПД работает в ЮКО – 23 и Павлодарской области – 20. За 2011г. в ПД самостоятельно обратились 14365 ПИН, что составляет 11,6% от БОС.

Рисунок 10. Количество действующих пунктов обмена шприцев (ПД) в РК в динамике по годам (абс.).

Самостоятельное обращение ПИН в ПД позволяет получить доступ к обследованию на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, инфекции, передающиеся половым путем, и другим медицинским услугам. Низкий процент самостоятельно обратившихся в ПД наблюдается в Мангистауской области, гг. Алматы и Астане, ЗКО, Акмолинской и Павлодарской областях.

В 2011г. в полевых условиях (через аутрич-работников или передвижные ПД) обслуживалось – 65214 ПИН (81,9% от числа привлечённых в профпрограммы или 52,7% от оценочного количества). К работе с ПИН привлечено 584 аутрич-работников (в 2010г. – 661). Нагрузка на 1 аутрич-работника в среднем по стране составляет 104 ПИН, наибольшая нагрузка в ЗКО (354 ПИН), наименьшая – в ВКО (62 ПИН).

Всего в РК функционирует 22 передвижных ПД в 14 областях. Нет мобильных ПД в Алматинской области и г. Алматы, по 1-му передвижному ПД в 7 областях (Акмолинской, Жамбылской, ЗКО, Кызылординской, Мангистауской СКО и ЮКО), по 2 передвижных ПД в 6 областях (Актюбинской, Атырауской, ВКО, г. Астане, Карагандинской и Костанайской областях) и 3 передвижных ПД в Павлодарской области. В передвижные ПД всего обратились 4251 ПИН, что составляет всего 5% от числа охваченных профилактическими услугами. За 2011г. в программы «Снижения вреда» было вновь привлечено 29542 ПИН, 23,9% от оценочной численности ПИН.

В 2011г. для ПИН было роздано 18999014 шприцев, что на 9,6% меньше, чем за 2010г. (21015446). Это связанно с сокращением финансирования из местного бюджета на реализацию профилактических программ (закуп шприцев и презервативов) среди УГН. На одного ПИН

от числа по БОС было роздано – 154 штуки шприцев, динамика по годам отражена на рисунке 11, по регионам – на рисунке 12.

Рисунок 11. Обеспеченность ПИН шприцами (соотношение числа розданных шприцев к числу ПИН по БОС в течение каждого года) по РК в динамике (абс.).

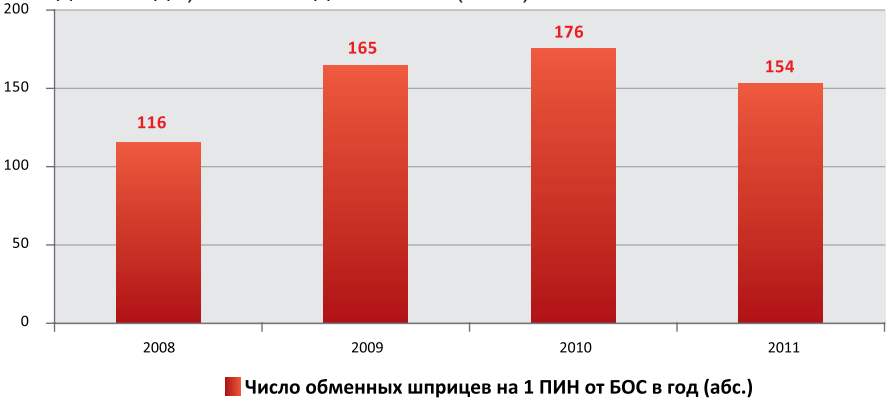
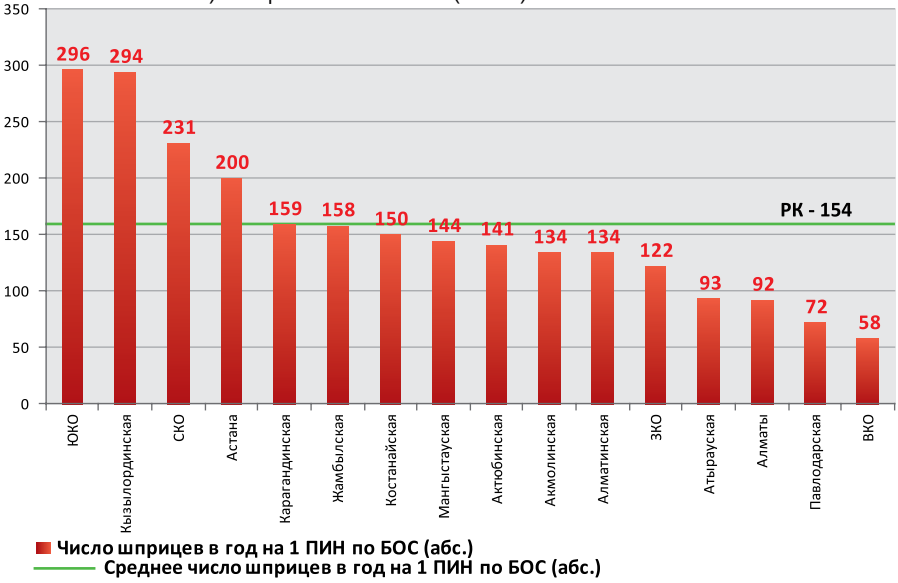


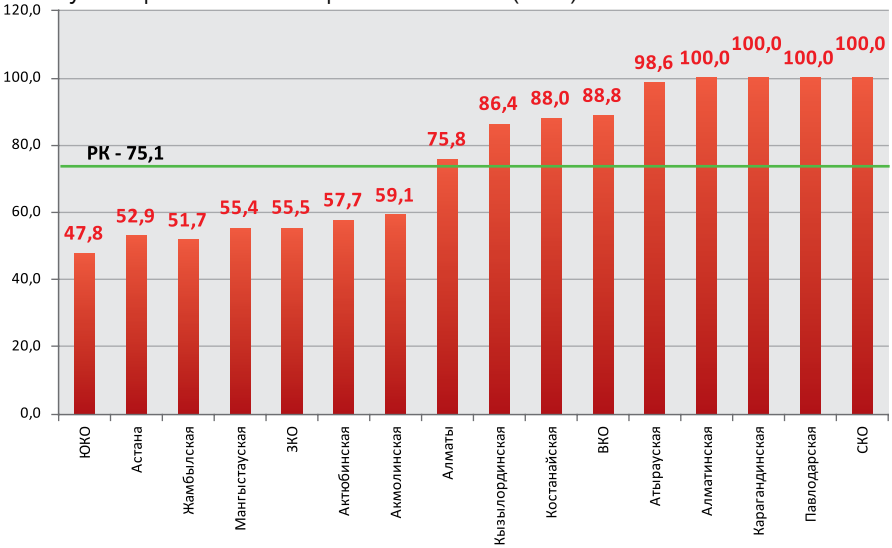
Рисунок 12. Обеспеченность шприцами ПИН (соотношение числа розданных шприцев к числу ПИН по данным БОС в течение 2011г.) по регионам РК (абс.).



В достаточном количестве ПИН обеспечены шприцами в следующих областях: ЮКО, СКО, Кызылординская область и г. Астана. Обеспеченность шприцами ниже республиканского показателя наблюдается в ВКО, Павлодарской области, г. Алматы, Атырауской области, ЗКО, Алматинской, Акмолинской, Актюбинской, Мангистауской областях.

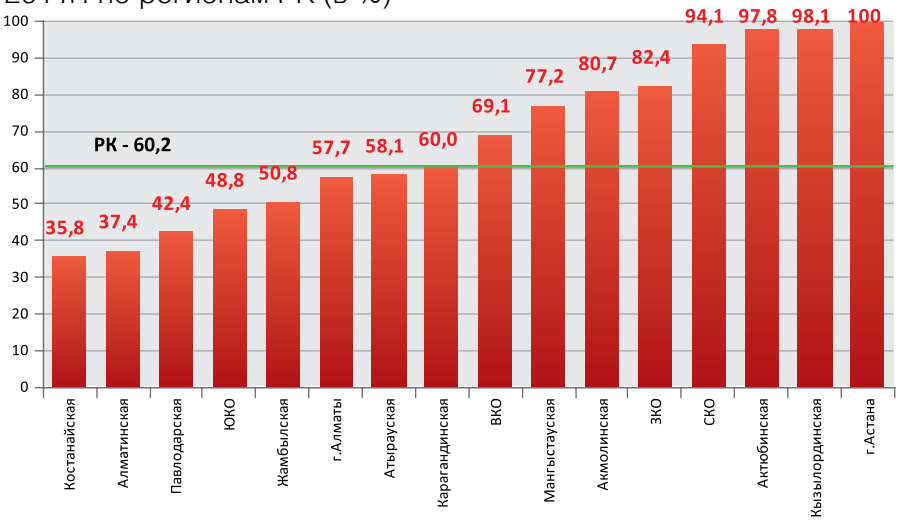
За 2011г. из 79579 ПИН, являвшихся клиентами профилактических программ, 75,1%(59739 ПИН) были охвачены услугами ПСК, за 2010г. – 80%. Только в 3 областях (Карагандинской, Павлодарской, СКО) все участники профилактических программ прошли ПСК, ниже республиканского показателя охват консультированием наблюдается в Акмолинской, Актюбинской, Жамбылской, Мангистауской областях, ЗКО, ЮКО и г. Астане (рисунок 13).

Рисунок 13. Охват ПИН, участвовавших в 2011г. в профилактических программах, психосоциальным консультированием по регионам РК (в %)



Из числа ПИН охваченных ПСК, в 2011г. было обследовано на ВИЧ инфекцию 60,2% человек (2010г.– 69%), что показано на рисунке 14. Ниже республиканского показатель обследования ПИН на ВИЧ наблюдается в Костанайской, Алматинской Жамбылской, Павлодарской, Атырауской областях, ЮКО и г. Алматы. В г. Астане 100% ПИН прошли обследование на ВИЧ-инфекцию после проведения ПСК.

Рисунок 14. Охват ПИН, обследованием на ВИЧ–инфекцию из числа прошедших психосоциальное консультирование за 2011г. по регионам РК (в %)



В 2011г. из числа ПИН, привлеченных в профилактические программы, было выявлено 112 ВИЧ-инфицированных (2010г. – 118). Наибольшее количество ВИЧ-инфицированных было выявлено в ВКО – 23 ПИН (20,5%), в СКО и г. Алматы – по 18 чел. (16%), в Карагандинской и Костанайской областях – по 11 чел. (9,8%), г. Астане – 10 (8,9%), в Алматинской и ЮКО – по 9 чел (8%) и по 1 чел. в Павлодарской, Акмолинской и Кызылординской областях.

В 2011г. консультации у специалистов медицинского профиля получили 26012 ПИН, что в 1,2 раза меньше, чем в 2010г. (32003 человек), получили лечение в медицинских организациях – 7879 ПИН. Прошли реабилитацию в наркологических центрах – 2259 ПИН из числа охваченных профилактическими программами. В ДК было направлено 6091 ПИН, где 5251 из них прошли обследование на ИППП, у 3087 – выявлены одно или несколько симптомов ИППП, 418 – направлены в кожно-венерологические диспансеры для уточнения диагноза.

Из 1830 ЛЖВ, получающих антиретровирусную терапию (далее – АРТ), 981 (53,6%) являются наркопотребителями. Несмотря на то, что увеличение охвата АРВ терапией является проблематичным в связи с трудностями в обеспечении приверженности к лечению у наркопотре-

бителей, в 2011 году охват ПИН АРТ по сравнению с 2010 годом увеличился в 1,5 раза.

По состоянию на 01.01.2012г. пилотный проект по внедрению опиоидной заместительной терапии (далее – ОЗТ) действует в г. Павлодаре, г. Темиртау и г. Усть-Каменогорске. В 2011г. в нем участвовали 112 пациентов, из которых 81 – мужчины (остальные – женщины), 44 (39%) имеют ВИЧ-позитивный статус, 9 получают АРТ. Количество семейных пар, получающих ОЗТ – 14 (12%), работающие – 71 (63%). С начала реализации проекта ОЗТ, в нем принимали участие 249 ПИН. Выбыло из проекта – 137 человек, из них 29 человек (21%) – выбыли с постепенным снижением дозы до полного прекращения употребления препарата «Метадон», 23 человека (17%) – вышли добровольно. Причины добровольного выхода из программы: невозможность ежедневного посещения наркодиспансера, его отдаленность, отсутствие денег на проезд, отсутствие эйфории, проблемы с трудоустройством, командировки. В период реализации проекта не зафиксировано не одного случая смерти от приема препарата или передозировки, умер 1 ВИЧ-инфицированный пациент (от миокардиодистрофии). За период реализации проекта 60 человек устроилось на работу, 12 – прошли обучение, 22 – человека обрели семьи, 12 подлежащих стали получать АРТ и 8– противотуберкулезную терапию.

5. ДОЗОРНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР СРЕДИ ПИН

5.1. Актуальность, цель и задачи проведения ДЭН среди ПИН

Регулярно изучать поведенческие особенности ПИН, способствующие развитию эпидемии ВИЧ-инфекции в стране, позволяет ДЭН, который является наиболее эффективным инструментом национальной системы мониторинга и оценки противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, а также планирования ответных мероприятий. Целью проведения ДЭН является систематический и регулярный сбор информации, направлен-

ный на изучение динамики, факторов распространения ВИЧ-инфекции в сочетании с мониторингом моделей поведения в дозорных группах. Результаты ДЭН дают возможность определить стадию эпидемии ВИЧ-инфекции, а также особенности ее распространения на региональном и страновом уровнях.

Необходимость совершенствования системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, которая включает ДЭН и укрепление системы мониторинга и оценки мероприятий по противодействию СПИД, отражена в п. 124 плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламаты Қазақстан» на 2011 – 2015гг., утвержденный Постановлением Правительства РК №41 от 29.01.11г.

ДЭН среди ПИН внедрен в Казахстане с 2005 года, проводится ежегодно (по типовому календарному плану согласно установленным срокам) и реализуется в 22 дозорных сайтах страны:

- г. Кокшетау (Акмолинская область)
- г. Актобе (Актюбинская область)
- г. Талдыкорган (Алматинская область)
- г. Атырау (Атырауская область)
- г. Усть-Каменогорск, г. Семей (ВКО)
- г. Тараз (Жамбылская область)
- г. Уральск (ЗКО)
- г. Караганда, г. Темиртау, г. Балхаш, г.Жезказган (Карагандинская область)
- г. Костанай (Костанайская область)
- г. Кызылорда (Кызылординская область)
- г. Актау (Мангистауская область)
- г. Павлодар, г. Аксу, г. Экибастуз (Павлодарская область)
- г. Петропавловск (СКО)
- г. Шымкент (ЮКО)
- г. Алматы
- г. Астана

ДЭН проводится с использованием стандартных методов, является компонентом действующей системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией.

Цель:

Систематический и регулярный сбор информации, направленный

на изучение динамики, факторов распространения ВИЧ-инфекции в сочетании с мониторингом моделей поведения среди ПИН.

Задачи:

1. Оценить распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН по административным территориям с учетом социально – демографических и поведенческих данных, сопоставить с данными официальной статистики случаев ВИЧ-инфекции.
2. Определить тенденции распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН в динамике на региональном и республиканском уровнях.
3. Определить модели поведения ПИН, связанные с риском инфицирования ВИЧ, ВГС и сифилиса.
4. Получить информацию для оценки профилактических вмешательств среди ПИН и их коррекции.

5.2. Методология проведения ДЭН среди ПИН

Тип исследования: кроссекционный (одномоментное поперечное исследование в популяции ПИН дозорных сайтов, включающее поведенческий и серологический надзор).

Стандартная методика исследования: интервьюирование после получения устного информированного согласия и связанное анонимное тестирование на ВИЧ, ВГС и сифилис с проведением до и послетестового консультирования на добровольной основе.

Инструмент сбора данных:

- социально-демографических и поведенческих – стандартизированный структурированный апробированный вопросник;
- серологических – забор капиллярной крови на фильтровальную бумагу с последующим высушиванием образцов и анализом в ИФА на наличие антител к ВИЧ, ВГС и сифилису (метод СККК).

Определение случая ВИЧ-инфекции:

Положительный результат исследования СККК на антитела к ВИЧ в скрининговом тесте с последующим подтверждением положительного результата на экспертной тест-системе. Случаи ВГС и сифилиса определяются аналогично.

Серологический этап ДЭН: Забор крови производился на фильтровальные тест-карты (метод СККК). Исследование проводилось методом ИФА и включало 2 этапа: скрининговый этап (тест-систем российского производства) и экспертный (тест-систем «Murex» для подтверждения всех положительных и 10 % отрицательных результатов).

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

5.3. Методика отбора респондентов при проведении ДЭН среди ПИН

Изучаемая популяция:

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) – лица, употреблявшие наркотические средства инъекционным способом в течение 12 месяцев, предшествующих дате исследования, проживающие в течение указанного времени на территории дозорного сайта и соответствующие всем критериям включения.

Критерии включения в исследование:

1. Принадлежность к целевой группе (ПИН).
2. Возраст от 16 лет и старше.
3. Наличие устного информированного согласия на интервью и забор крови.
4. Наличие валидного пригласительного купона для участия (при отборе респондентов методом РДС).

Критерии исключения из исследования:

1. Участие в подобном исследовании среди ПИН в текущем году.
2. Физическая и умственная неадекватность, препятствующая участию в исследовании (неспособность понимать вопросы интервьюера и отвечать на них, невозможность воспринимать инструкции в период участия в исследовании адекватно реагировать и на них).

Информация о ВИЧ-позитивном статусе потенциального респондента, о перенесении им ВГС или сифилиса, а также какие-либо поведенческие характеристики (оказание сексуальных услуг, освобождение из мест лишения свободы, гомосексуальные отношения и другие) не являются критериями исключения из исследования.

Размер выборки: определялся отдельно в каждом дозорном сайте в зависимости от распространенности ВИЧ-инфекции в популяции ПИН на территории данного населенного пункта, размера допустимой ошибки, численности ПИН по данным быстрой оценки (БОС) и рассчитывался по статистическому калькулятору в программе Epiinfo.

Дозорные сайты и размер выборки среди ПИН в 2003-2011 годах:

ДЭН среди ПИН проводится во всех дозорных сайтах ежегодно в определенные периоды времени согласно типовому календарному плану. Число респондентов по годам:

- 2003 год – 1042 ПИН в 4-х дозорных сайтах (проведение ДЭН в пилотных городах: Караганда, Павлодар, Уральск, Шымкент).
- 2004 год – 3896 ПИН в 15 дозорных сайтах (расширение территории проведения ДЭН в стране).
- 2005 год – 4679 ПИН в 21 дозорных сайтах (национальный уровень проведения ДЭН).
- 2006 год – 4553 ПИН в 21 дозорных сайтах.
- 2007 год – 4902 ПИН в 22 дозорных сайтах.
- 2008 год – 4868 ПИН в 22 дозорных сайтах.
- 2009 год – 4860 ПИН в 22 дозорных сайтах.
- 2010 год – 4950 ПИН в 22 дозорных сайтах.
- 2011 год – 4830 ПИН в 22 дозорных сайтах.

Сравнительный анализ результатов ДЭН в динамике по годам представлен в дальнейшем с 2007г. (по 22 сайтам РК).

Дизайн выборки:

Отбор респондентов для участия в ДЭН с 2003г. до 2010г. проводился методом «снежного кома», что не обеспечивало достаточной репрезентативности выборки и возможности проецировать полученные данные на всю популяцию ПИН дозорного сайта. При отборе методом «снежный ком» отбор респондентов проводился пропорционально численности ПИН на дозорных участках.

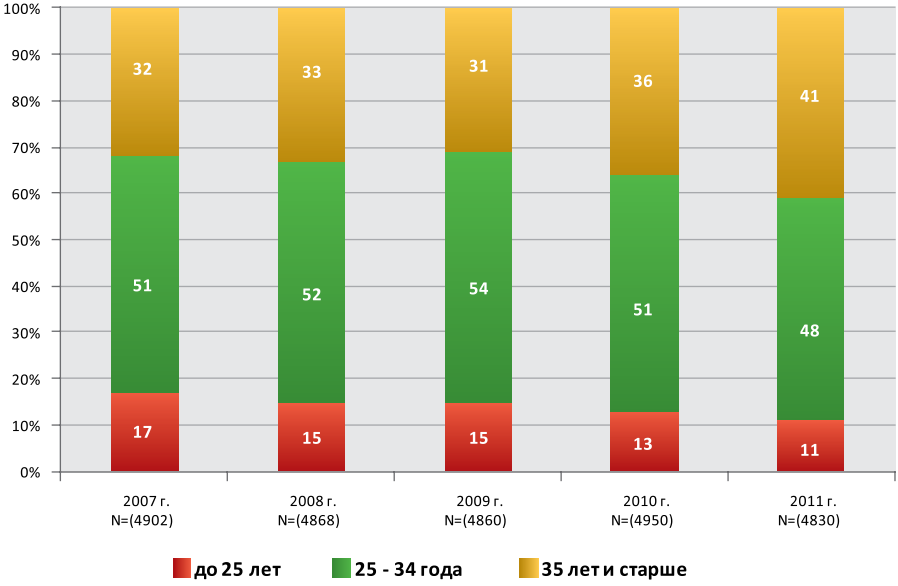
Для более глубокого проникновения в целевую популяцию, минимизации ошибок и приближения выборки к случайной с 2010г. в РК начато внедрение выборки, построенной самими респондентами или РДС (respondentdrivensample). Вербовка участников исследования проводилась путем инициации процесса от первоначальных рекрутеров и формирования «волн» вербовочных цепей до достижения объема выборки. Каждому участнику выдавалось по 3 вербовочных купона и по 1

платежному для получения вознаграждения, у всех респондентов выяснялся размер социальной сети, кодификация проводилась по определенной методике.

Получение валидных, репрезентативных данных при РДС возможно только при соблюдении методологии отбора и проведении анализа в специальной компьютерной программе (RDSAT) по каждому дозорному сайту. Но фактически в некоторых регионах не удалось обеспечить полное соблюдение методики РДС и отбор респондентов проводился методом «снежный ком» с включением некоторых элементов выборки, построенной респондентами (выдача купонов, вознаграждений за участие). В связи с тем, что методика РДС не была полностью соблюдена во всех 22 дозорный сайтах, получение показателей по РК в RDSAT не представляется возможным, поэтому данные ДЭН за 2010 – 2011 годы были проанализированы агрегировано по стране в программе Epi info. В качестве примера анализа результатов ДЭН среди ПИН в RDSAT представлены данные по г. Актобе за 2011г..

5.4. Социально-демографические характеристики ПИН

Рисунок 15. Возрастной состав ПИН в РК по годам (в %), ДЭН 2007–2011гг.

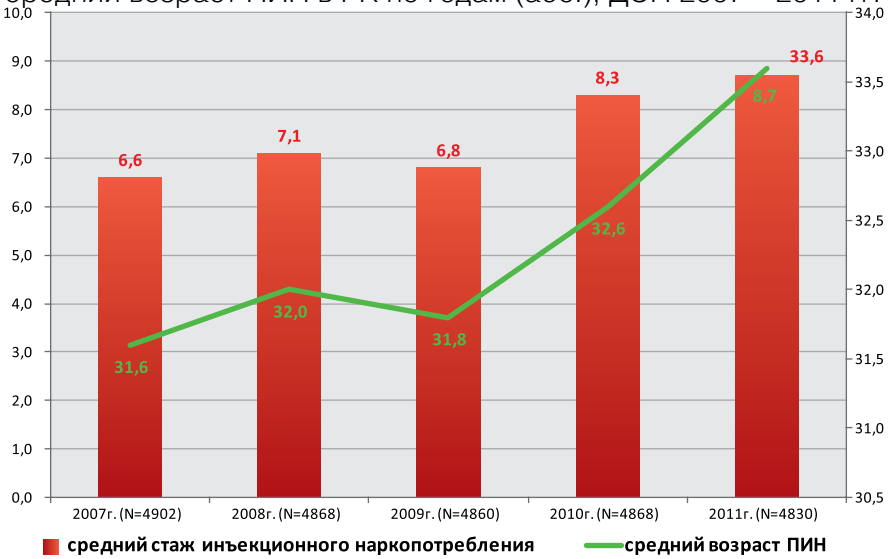


В 2010г. в ДЭН приняли участие 4950 ПИН, в 2011 году – 4830. Гендерный состав ПИН в течение ряда лет практически не меняется, большинство респондентов составляют мужчины (82,1% в 2010г., 82,9% в 2011г.). По национальному составу в популяции ПИН более половины составляют русские – 53,5% в 2010г. и 52,4 % в 2011г.

Возрастной состав ПИН варьировал в 2010г. от 16 до 62 лет, в 2011г. – от 16 до 67. Медиана возраста увеличилась с 32 лет в 2010г. до 33 лет в 2011г., мода остается на уровне 30 лет. Средний возраст ПИН увеличился с 32,6 лет в 2010г. До 33,6 лет в 2011г. В динамике доля ПИН в возрасте до 25 лет ежегодно уменьшается: с 17% в 2007г. до 11% – в 2010г. рисунок 15.

Средний возраст начала употребления наркотиков увеличился с 20,7 лет в 2010г. (медиана – 19 лет, мода – 18 лет) до 23,4 лет в 2011г. (медиана – 22 года, мода – 20 лет). У мужчин среднее значение длительности инъекционного наркопотребления составило 8,6 лет в 2010г., 8,9 лет – в 2011г.; у женщин – 6,7 лет в 2010г. и 4 года – в 2011г. Средний стаж инъекционного наркопотребления ежегодно возрастает параллельно с увеличением среднего возраста ПИН в динамике, что представлено на рисунке 16.

Рисунок 16. Средний стаж инъекционного наркопотребления и средний возраст ПИН в РК по годам (абс.), ДЭН 2007 – 2011 гг.



Основные социально-демографические характеристики популяции ПИН по итогам ДЭН 2010г. (N=4950) и 2011г. (N=4830):

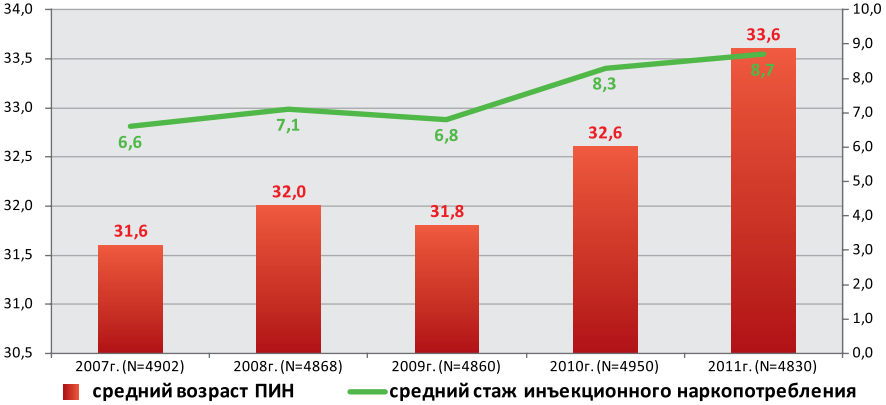
- Доля лиц с начальным, или неполным средним образованием составила в 2010г. 12,1%, в 2011г. – 14,1%.
- Доля незанятых (нигде не работают и не учатся) ежегодно уменьшается, составляя в 2010г. – 47,9%, в 2011г. – 45,7%. Среди женщин, употребляющих инъекционные наркотики, доля незанятых в 2010г. составила 52,2%, в 2011г. – 53,2%; а среди мужчин – незанятых сравнительно меньше: в 2010г. – 46,9%, в 2011г. – 44,1%.
- Снижается доля ПИН, не имевших дохода за последний месяц: в 2010г. они составили 38,4%, в 2011г. – 34,6%. Из участников ДЭН 2010г., имевших доход или заработок, за последний месяц в среднем получили 36173 тенге, медиана и мода – 30000 тенге; в 2011г. средний доход составил 40975 тенге, медиана 35000, мода – 30000 тенге.
- Увеличивается доля ПИН, состоящих в браке: 29,7% от числа участников ДЭН 2010г., 31,2% – в 2011г. Среди женщин, употребляющих инъекционные наркотики, доля замужних по данным ДЭН 2010г. составила 33,9%, в 2011г. – 38,6%; а среди мужчин женатых меньше: в 2010г. – 28,8%, в 2011г. – 29,7%.

Состоят на учете в полиции 31,8% респондентов ДЭН 2010г. и 37,5% – 2011г. Доля ПИН, состоящих на учете в наркодиспансерах, ежегодно увеличивается, составляя в 2010г. 39,7% , в 2011г. – 43,3%. На учете в противотуберкулезном диспансере состоит 13% участников ДЭН 2010г. и 11% – 2011г. Доля состоящих на учете в наркологическом и противотуберкулезном диспансерах представлена на рисунке 17.

В 2010г. о наличии передозировок за последний год сообщили 21,5% ПИН, в 2011г – только 16,8%. Скорую медицинскую помощь получили треть имевших передозировки: 29,1% от участников ДЭН 2010г. и 28,9% – в 2011г.

Риск передачи ВИЧ-инфекции гемотрансфузионным путем за счет обращения в качестве доноров лиц, употребляющих наркотики, остается актуальным, что подтверждают данные ДЭН. При этом доля ПИН, сдававших кровь в качестве доноров за последний год, снизилась с 2,7% в 2010г. до 2% – в 2011г.

Рисунок 17. Доля ПИН, состоящих на учете в наркологическом, противотуберкулезном диспансерах РК по годам (в %), ДЭН 2008–2011 гг.



5.5. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди ПИН

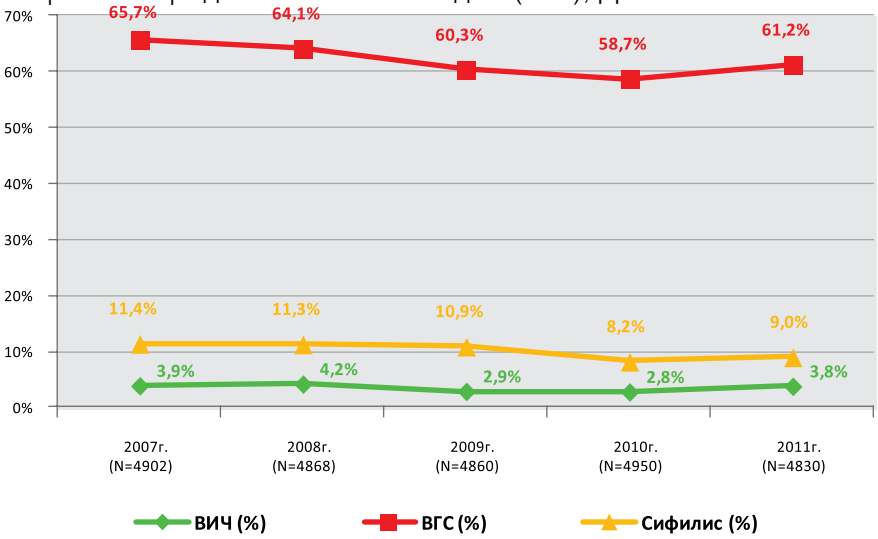
ДЭН позволяет изучить распространенность ВИЧ-инфекции в популяции ПИН в различных регионах страны в зависимости от различных факторов риска. Учитывая преимущественную передачу ВГС парентеральным путем, а сифилиса – половым, идентификация указанных инфекций в ходе ДЭН свидетельствует о факторах поведенческого риска (ВГС – маркер небезопасного инъекционного, антитела к сифилису – маркер небезопасного полового поведения).

По результатам ДЭН распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН повысилась с 2,8% – в 2010г. (95%ДИ 2,4%-3,3%) до 3,8% – в 2011 году (95%ДИ 3,3%-4,4%) в 1,4 раза, разница статистически значима (P=0,008).

Распространенность ВГС увеличилась с 58,7% в 2010г. (95%ДИ 57,3%-60,1%) до 61,2% в 2011г. (95% ДИ 59,8%-62,6%), то есть в 1,1 раза (P=0,01).

Распространенность антител к сифилису в 2011 году составила 9% (95%ДИ 8,2%-9,9%), в 2010г. – 8,2% (95%ДИ 7,5% – 9%), но достоверной разницы не выявлено (P>0,05). Динамика распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса и по данным ДЭН представлена на рисунке 18.

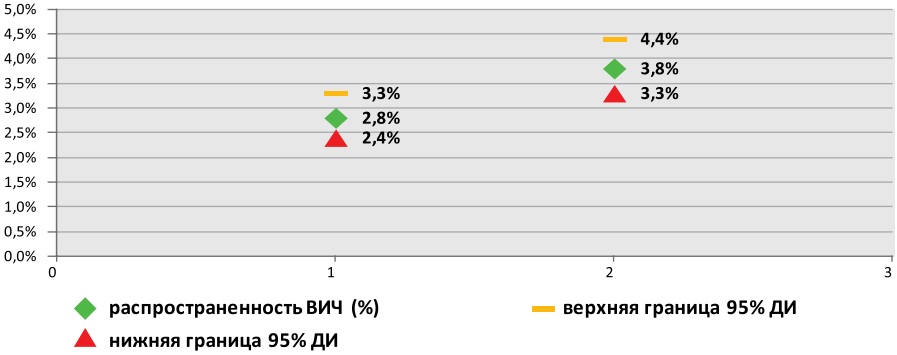
Рисунок 18. Распространенность ВИЧ–инфекции, ВГС и сифилиса среди ПИН в РК по годам (в %), ДЭН 2007–2011гг.



5.5.1. Распространенность ВИЧ-инфекции

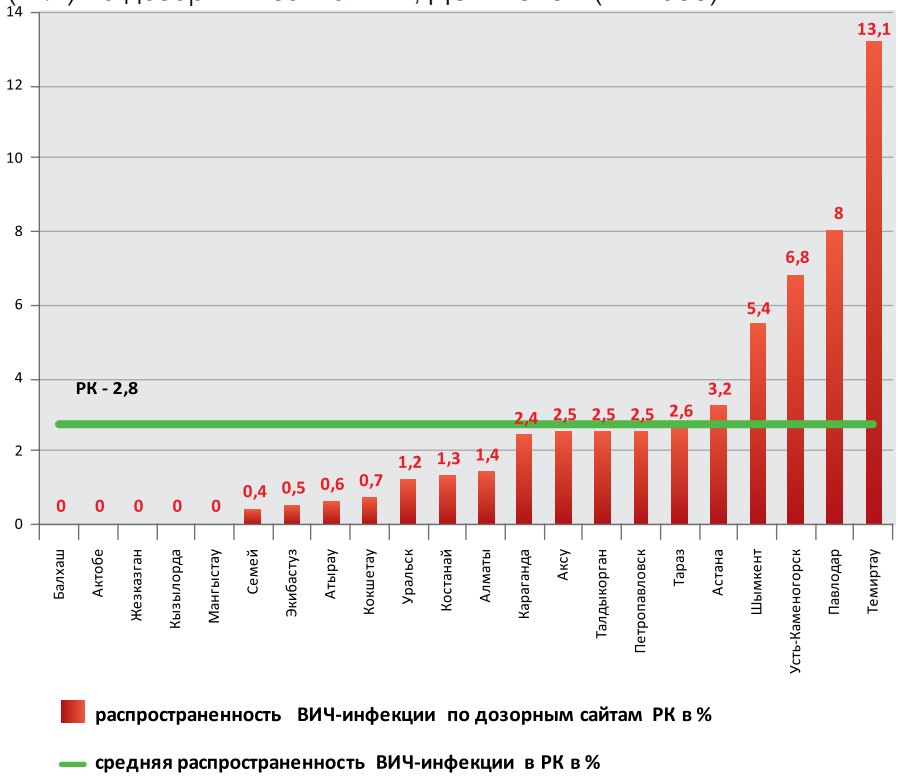
В 2010г. было выявлено 139 случаев ВИЧ-инфекции из 4950 ПИН, в 2011г. – 182 из 4830 ПИН, значения распространенности указаны на рисунке 19.

Рисунок 19. Распространенность ВИЧ–инфекции среди ПИН в РК со значением доверительного интервала (в %), ДЭН 2010–2011гг.



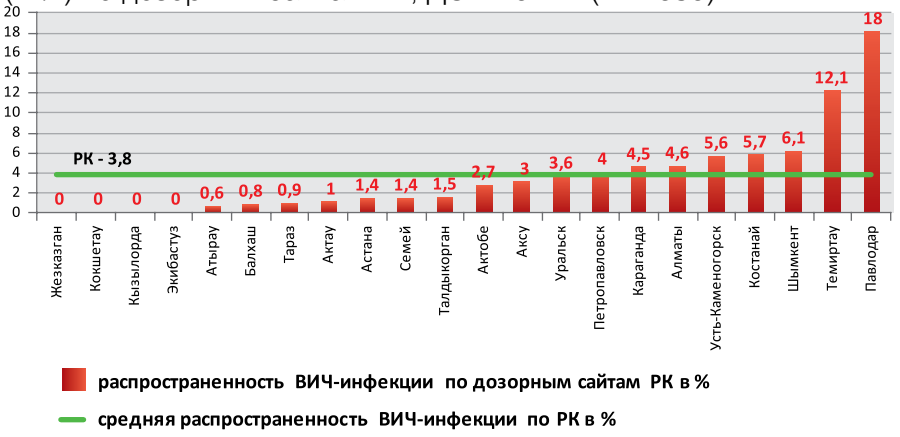
Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН по стране неравномерная: по результатам ДЭН 2010г. варьирует от 0 до 13,1%, 2011г. – от 0% до 18%.

Рисунок 20. Распространенность ВИЧ–инфекции среди ПИН (в %) по дозорным сайтам РК, ДЭН 2010г. (N=4950).



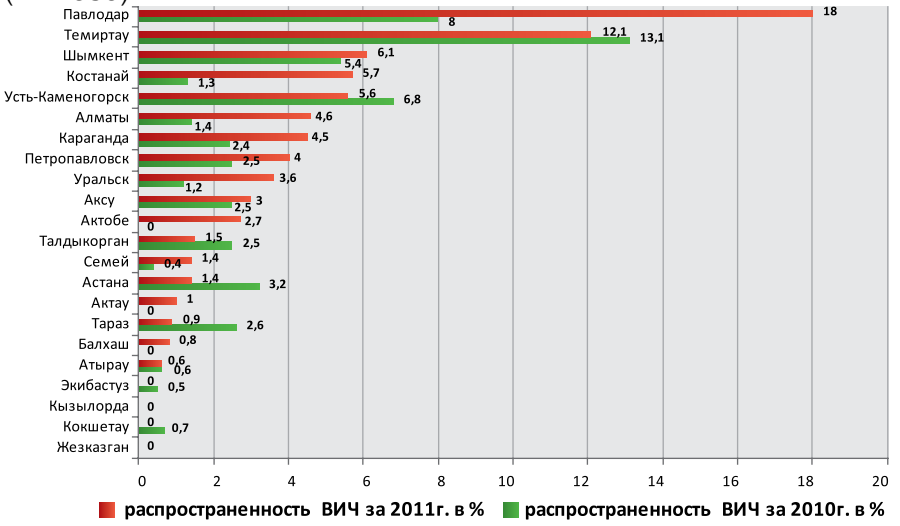
В 2011г. среднереспубликанский показатель (3,8%) превышен в 8-и дозорных сайтах из 22: г. Петропавловск – 4% (2010г. – 2,5%), г. Караганда – 4,5% (2010г. – 2,4%), г. Алматы – 4,6% (2010г. – 1,4%), г. Усть-Каменогорск– 5,6% (2010г. – 6,8%), г. Костанай – 5,7% (2010г. – 1,3%), г. Шымкент – 6,1% (2010г. – 5,4%), г. Темиртау – 12,1% (2010г. – 13,1%), г. Павлодар – 18% (2010г. – 8%). Распространенность ВИЧ инфекции по дозорным сайтам за 2010г. представлена на рисунке 20, за 2011г. – на рисунке 21.

Рисунок 21. Распространенность ВИЧ–инфекции среди ПИН (в %) по дозорным сайтам РК, ДЭН 2011г. (N=4830).



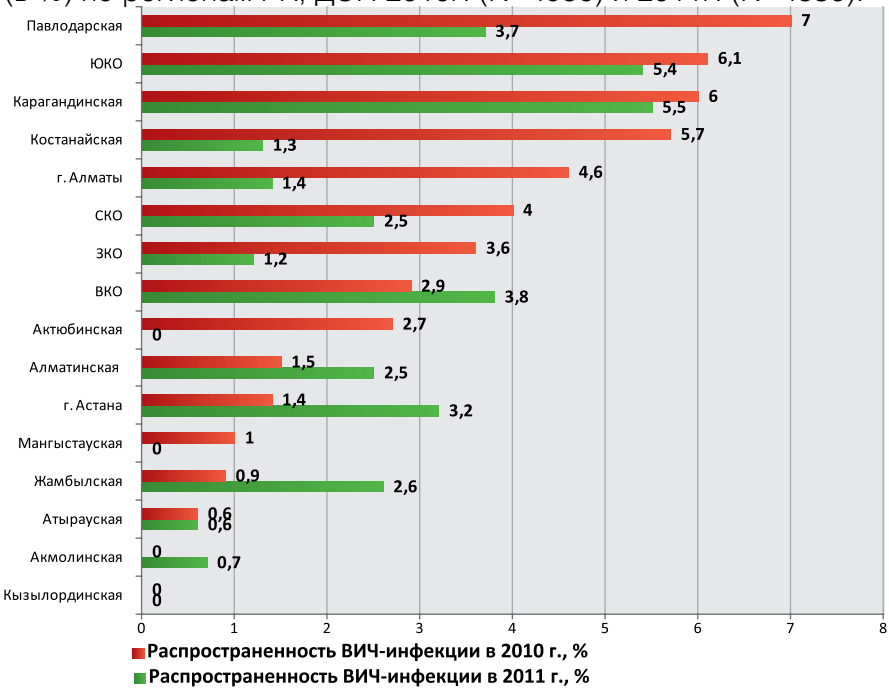
При сравнении распространенности ВИЧ-инфекции за 2010 – 2011гг., из 22 дозорных сайтов рост произошел в 55% (12), снижение – в 32% (7), в остальных изменений не выявлено, что представлено на рисунке 22.

Рисунок 22. Распространенность ВИЧ–инфекции среди ПИН (в %) по дозорным сайтам РК, ДЭН 2010г. (N=4950), ДЭН 2011г. (N=4830).



При группировке дозорных сайтов по регионам РК (14 областей, города Алматы и Астана), распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН превысила среднереспубликанский уровень в 2010г. в 5 регионах, в 2011г. – в 6. Рост произошел в 9 регионах (56%), снижение – в 5 (31%), в остальных – показатель не изменился, что представлено на рисунке 23.

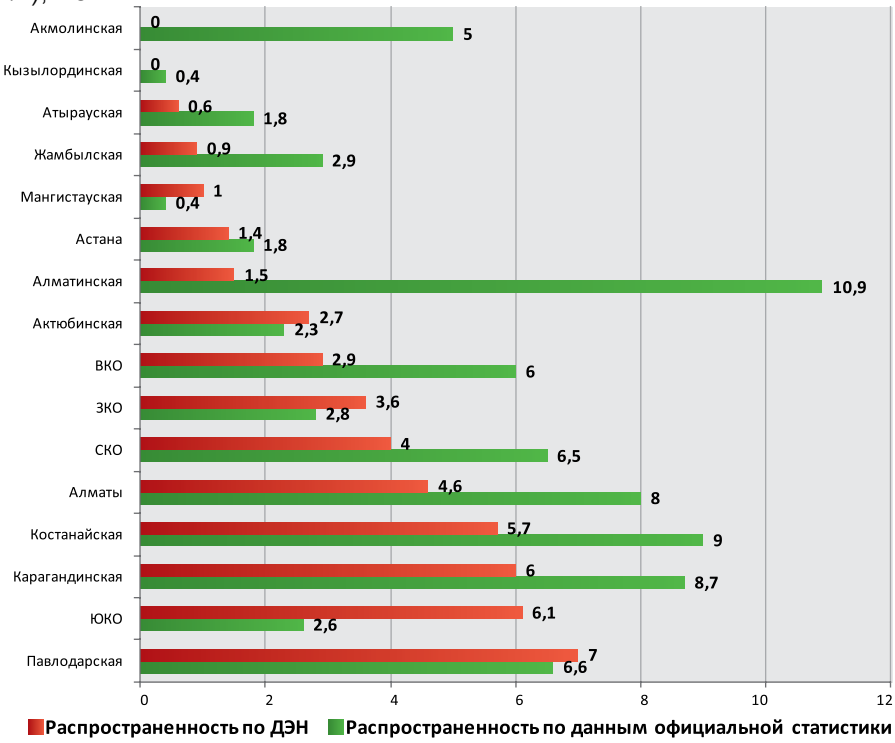
Рисунок 23. Распространенность ВИЧ–инфекции среди ПИН (в %) по регионам РК, ДЭН 2010г. (N=4950) и 2011г. (N=4830).



ДЭН является кроссекционным эпидемиологическим исследованием, позволяющим выявить фактическую распространенность инфекций в изучаемой популяции. Поэтому распространенность ВИЧ-инфекции по результатам ДЭН при соблюдении методики и критериев отбора респондентов должна быть сопоставима с данными официальной статистики, полученных при рутинном эпиднадзоре (регистрация случаев). Наиболее частой причиной получения меньшей распространенности по данным ДЭН являются систематические ошибки при отборе респондентов и исключения из исследования лиц с ВИЧ-позитивным статусом, что неприемлемо при эпиднадзоре.

С учетом данных распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН по результатам ДЭН 2011г. (3,8%) и размеров популяции ПИН в РК по БОС (123640 человек) оценочное число ПИН с ВИЧ-позитивным статусом (ЛЖВ) составляет 4698 человек. Кумулятивное число ВИЧ-инфицированных с парентеральным путем передачи по состоянию на 01.01.2012г. по стране составило 6569 человек (за вычетом заключенных). Соответственно, по данным регистрации случаев распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН составляет в РК 5,3% (в 1,4 раза выше, чем по данным ДЭН). Превышение идет по 6-и регионам РК: г. Алматы, Алматинская, Акмолинская, Жамбылская, Восточно-Казахстанская и Костанайская области. Сравнение распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН по данным дозорного и рутинного эпиднадзора в 2011г. представлено на рисунке 24.

Рисунок 24. Распространенность ВИЧ–инфекции среди ПИН по данным ДЭН и эпиднадзора за случаями по регионам РК (в %), 2011г.



Среди респондентов с ВИЧ-позитивным статусом по итогам ДЭН 2010г. преобладают мужчины – 82% (114 из 139), в 2011г. – 79,1% (144 из 182). ВИЧ-инфекция среди женщин (ДЭН 2010г.) выявлена в 8 дозорных сайтах, в 2011г. – в 14. Среднереспубликанский показатель распространенности ВИЧ-инфекции в 2010г. среди мужчин составил 2,8% (114 из 4063), среди женщин – также 2,8% (25 из 887); в 2011г. среди мужчин – 3,6% (144 из 4009), среди женщин – 4,6% (38 из 821). Между полом и наличием ВИЧ-инфекции в целом по стране статистически значимая связь не выявлена, как в 2010, так и в 2011г. (P>0,05).

По итогам ДЭН 2011г. связь между мужским полом и ВИЧ-инфекцией отмечается только в 2-х сайтах: в г. Шымкент соотношение рисков составило 0,1 (ДИ 95% 0,03–0,5), P=0,009; в г. Павлодар – соотношение рисков – 0,4 (ДИ 95% 0,2–0,7), P=0,004 (мужской пол является защитным фактором в отношении инфицирования ВИЧ, а женщины более подвержены заражению). Распространенность ВИЧ-инфекции в гендерном аспекте за 2010 и 2011 годы представлена на рисунке 25 и 26.

Рисунок 25. Распространенность ВИЧ–инфекции среди ПИН РК в гендерном аспекте (в %), ДЭН 2010г. (N=4950) .

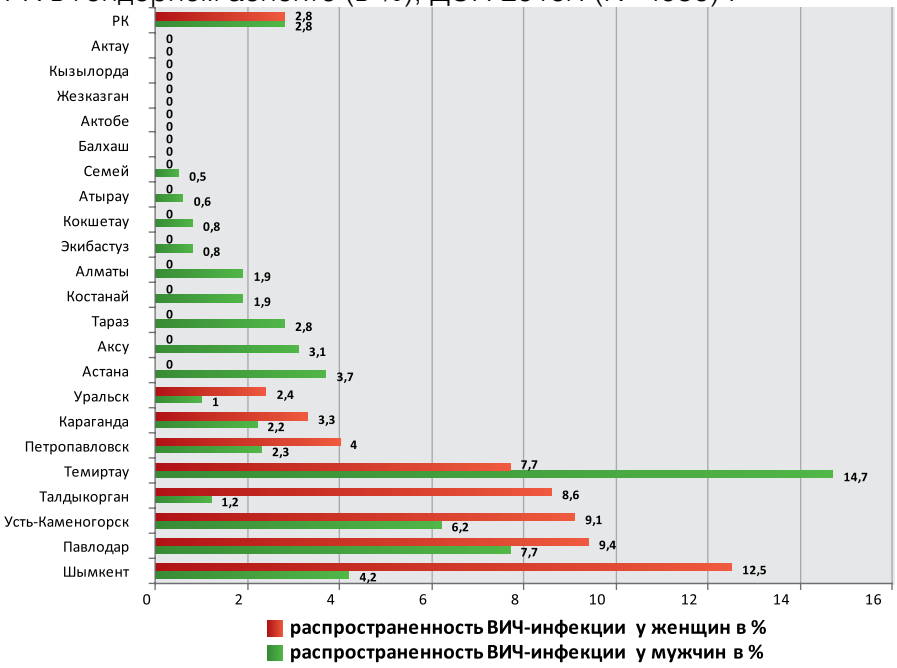
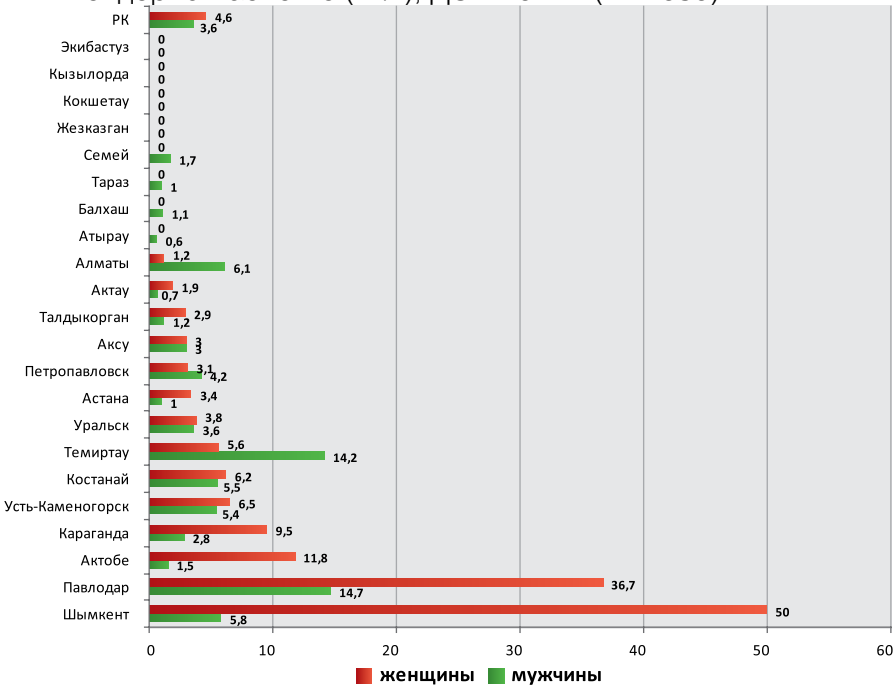


Рисунок 26. Распространенность ВИЧ–инфекции среди ПИН РК в гендерном аспекте (в %), ДЭН 2011г. (N=4830).



Среди респондентов с ВИЧ-позитивным статусом по итогам ДЭН 2010г. преобладают лица в возрасте старше 25 лет – 87,1% (121 из 139), в 2011г. – 89% (162 из 182). ВИЧ-инфекция среди лиц до 25 лет по данным ДЭН 2010г. выявлена в 7-ми дозорных сайтах, 2011г. – уже в 10-ти. Среднереспубликанский показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН до 25 летнего возраста в 2010г. составил 2,8% (18 из 633), в 2011г. – 3,9% (20 из 519); среди ПИН старше 25 лет в 2010г. – 2,8% (121 из 4317), в 2011г. – 3,8% (162 из 4311).

В целом по РК молодой возраст (до 25 лет) не влияет на наличие ВИЧ-инфекции: по итогам ДЭН 2010г. и 2011г. соотношение рисков равно 1 (95%ДИ 0,6-1,6), P>0,05. При проведении анализа по дозорным сайтам только в г. Петропавловске (ДЭН 2011г.) возраст до 25 лет связан с инфицированием ВИЧ (фактор риска): соотношение рисков равно 4,9 (95%ДИ 1,2-18,6), P=0,01. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН по дозорным сайтам в зависимости от возрастных групп за 2010 и 2011 годы представлена на рисунках 27 и 28.

Рисунок 27. Распространенность ВИЧ–инфекции среди ПИН РК по возрастным группам (в %) по дозорным сайтам РК, ДЭН 2010г. (N=4950).

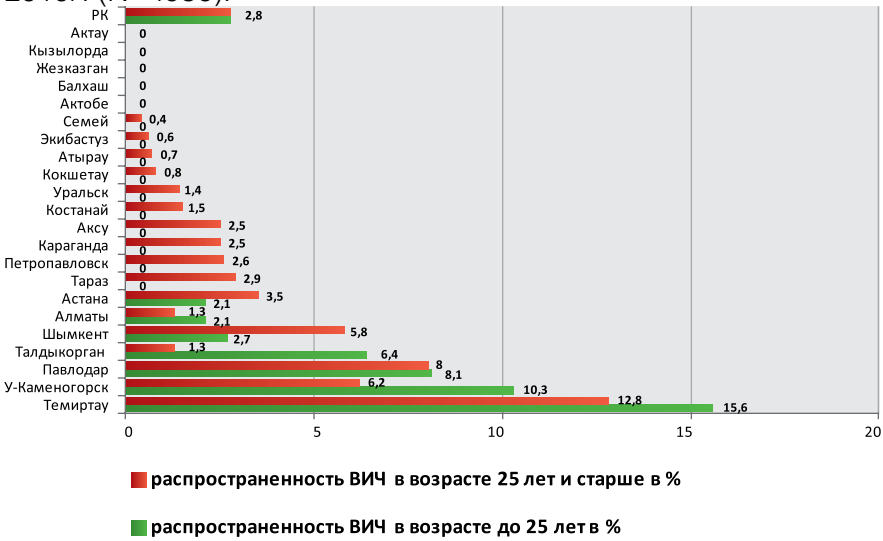
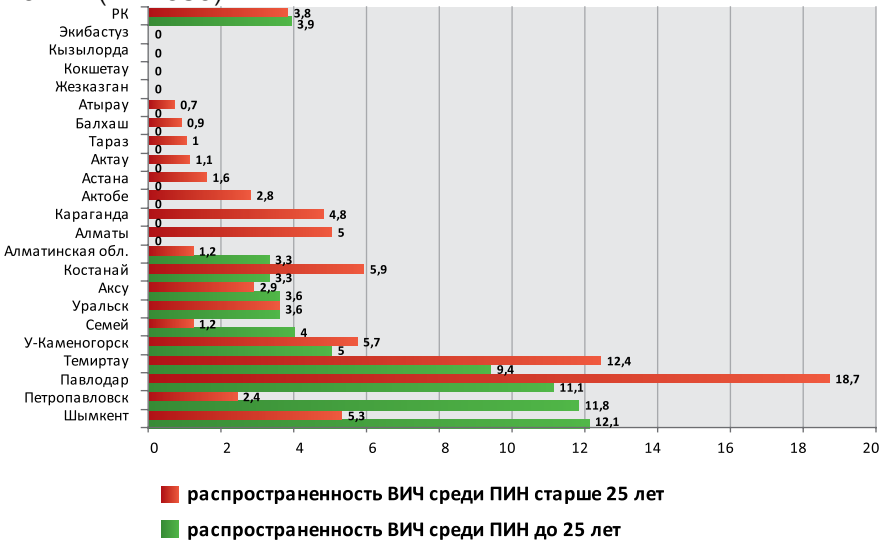


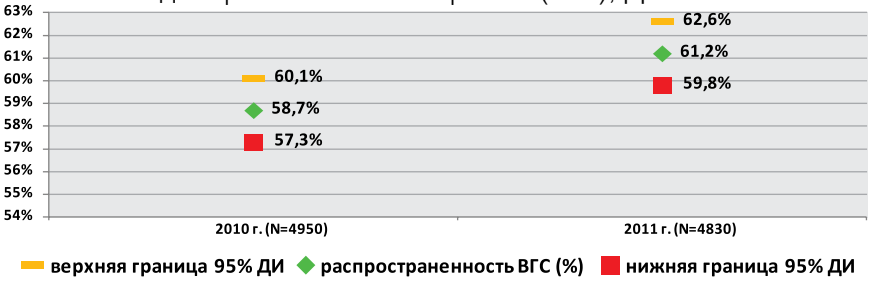
Рисунок 28. Распространенность ВИЧ–инфекции среди ПИН РК по возрастным группам (в %) по дозорным сайтам РК, ДЭН 2011г. (N=4830).



5.5.2. Распространенность ВГС

В 2010г. ВГС выявлены у 2907 ПИН из 4950, в 2011г. – у 2956 из 4830 ПИН, значения распространенности указаны на рисунке 29.

Рисунок 29. Распространенность ВГС среди ПИН в РК со значением доверительного интервала (в %), ДЭН 2010–2011гг..



Распространенность ВГС среди ПИН по стране неравномерная, по итогам ДЭН 2010г. – варьирует от 21,1% (г. Шымкент) до 90% (г. Жезказган), 2011г. – от 26,4% (г. Шымкент) до 86,7% (г. Балхаш). В 2010 году среднереспубликанский показатель (58,7%) превышен в 11-и дозорных сайтах, в 2011г. – в 13, что представлено на рисунках 30 и 31.

Рисунок 30. Распространенность ВГС среди ПИН (в %) по дозорным сайтам РК, ДЭН 2010г. (N=4950)

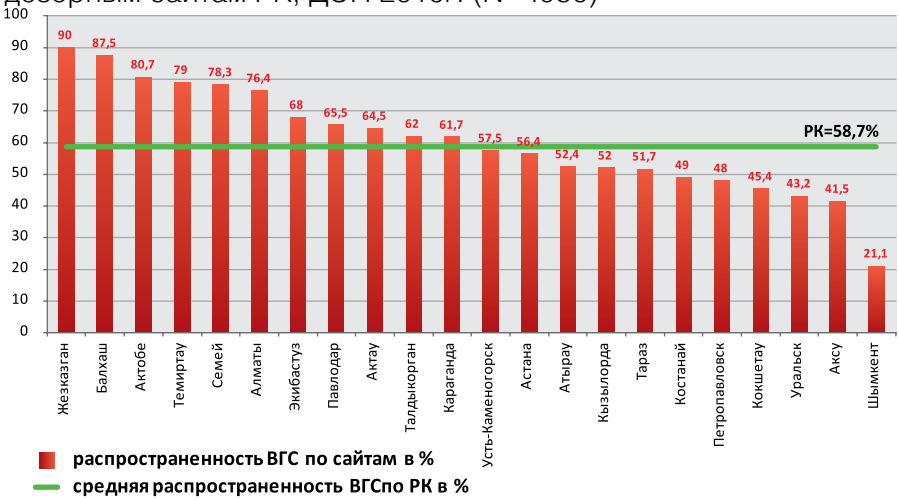
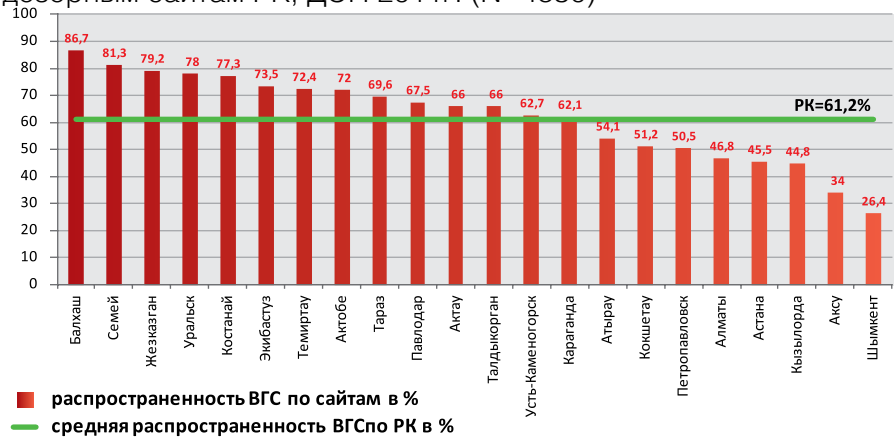
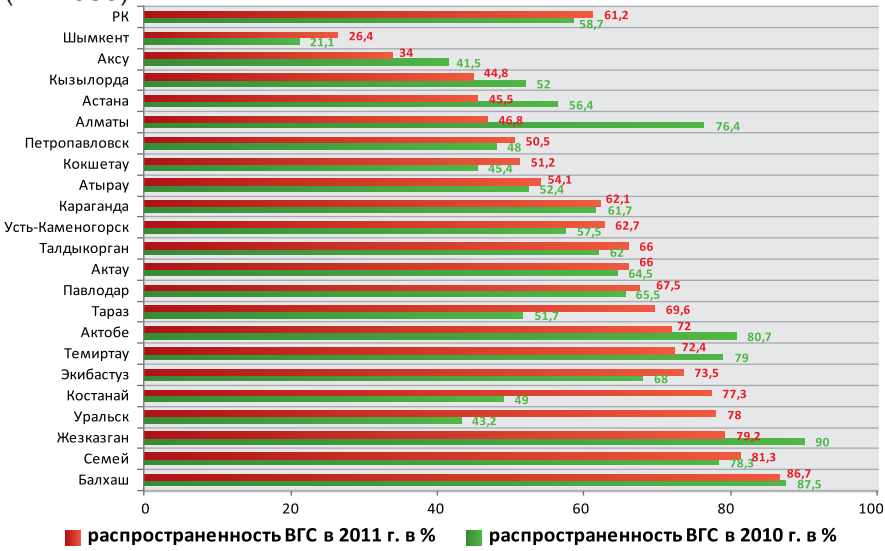


Рисунок 31. Распространенность ВГС среди ПИН (в %) по дозорным сайтам РК, ДЭН 2011г. (N=4830)



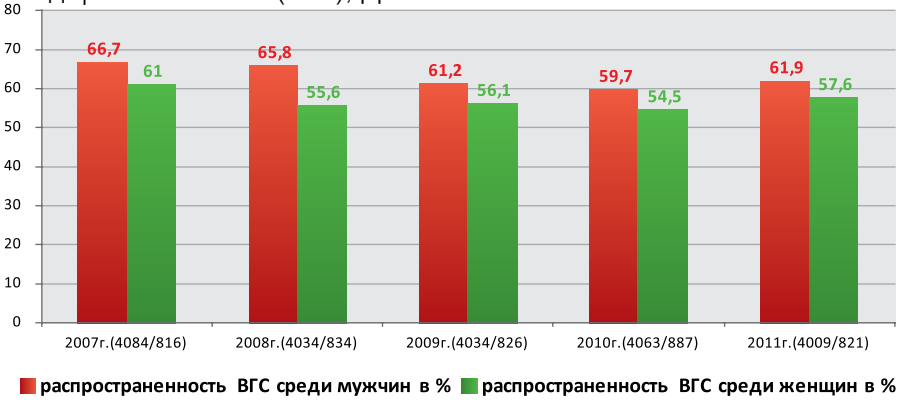
При сравнении распространенности ВГС за 2010 – 2011 годы из 22 дозорных сайтов по РК рост произошел в 63,6% (14), в остальных – снижение, что представлено на рисунке 32.

Рисунок 32. Распространенность ВГС среди ПИН (в %) по дозорным сайтам РК, ДЭН 2010г. (N=4950), ДЭН 2011г. (N=4830).



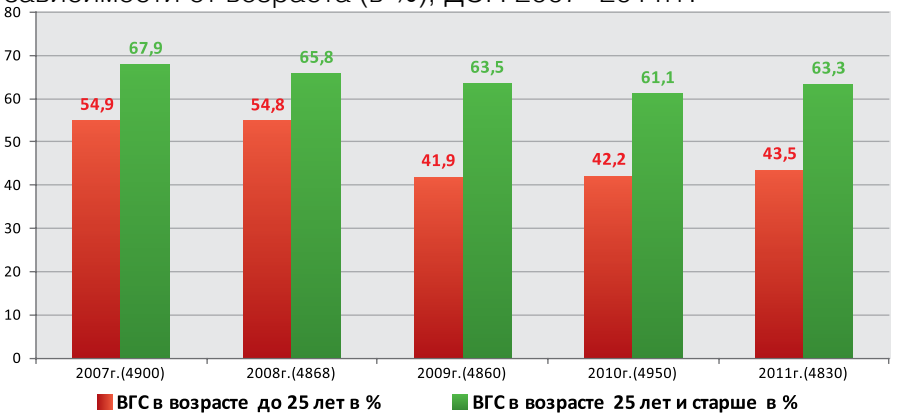
Показатель распространенности ВГС ежегодно выше среди мужчин, чем среди женщин, что отражено на рисунке 33. Разница между наличием ВГС у мужчин и женщин невелика: 2010г. – 1,1 раз (P=0,004), 2011г. – также 1,1 (P=0,02).

Рисунок 33. Распространенность ВГС среди ПИН в РК в гендерном аспекте (в %), ДЭН 2007–2011гг.



Распространенность ВГС у ПИН моложе 25 лет ежегодно меньше, чем в возрастной группе от 25 лет и старше, что отражено на рисунке 34. Разница между наличием ВГС в указанных возрастных группах статистически значима (P<0,001).

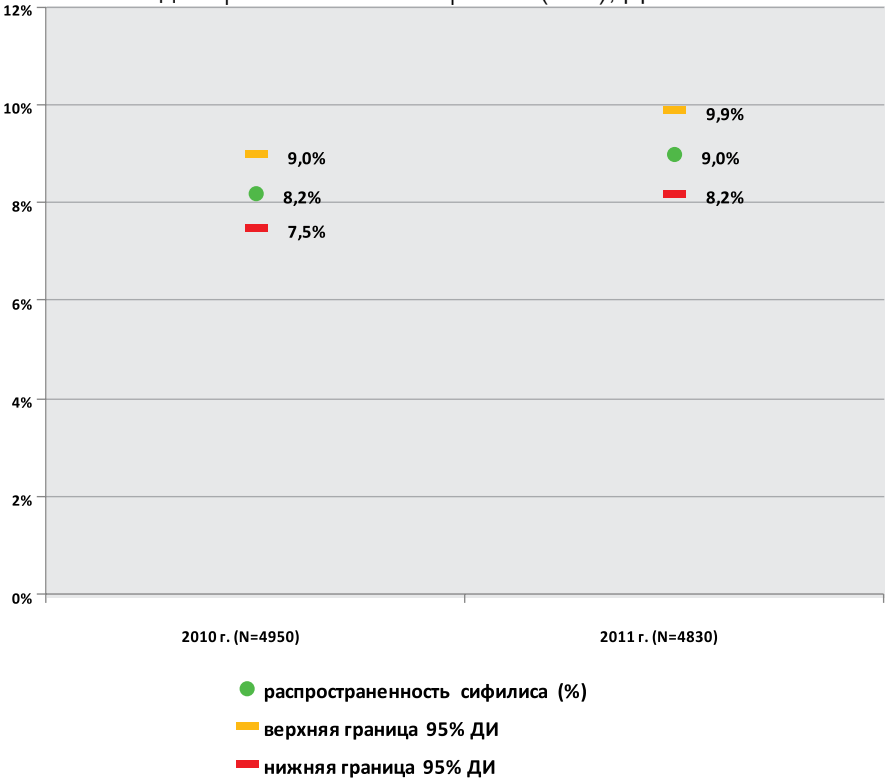
Рисунок 34. Распространенность ВГС среди ПИН РК в зависимости от возраста (в %), ДЭН 2007–2011гг.



5.5.3. Распространенность сифилиса

В 2010г. антитела к сифилису выявлены у 407 ПИН из 4950, в 2011г. – у 435 из 4830 ПИН, значения распространенности с доверительными интервалами указаны на рисунке 35.

Рисунок 35. Распространенность ВГС среди ПИН РК со значением доверительного интервала (в %), ДЭН 2010–2011гг.



Распространенность антител к сифилису среди ПИН по стране неравномерная: среднереспубликанский показатель по итогам ДЭН 2010г. – варьирует от 0,8% (г.Балхаш) до 15,3% (г.Актобе), 2011г. – от 2,5% (г.Балхаш) до 14,7% (г.Атырау). Как в 2010г., так и в 2011г.среднереспубликанский показатель превышен в 11-и дозорных сайтах, что представлено на рисунках 36 и 37.

Рисунок 36. Распространенность сифилиса среди ПИН (в %) по дозорным сайтам РК, ДЭН 2010г. (N=4950).

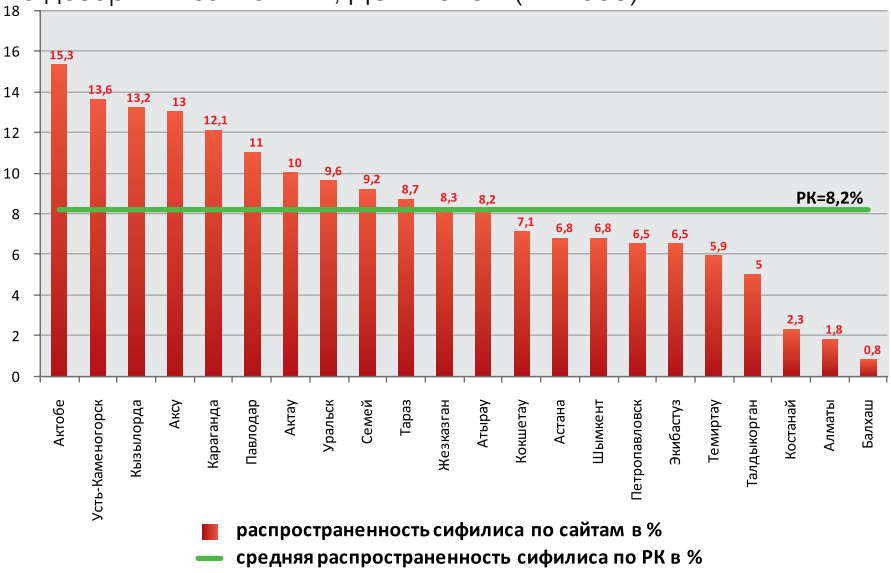
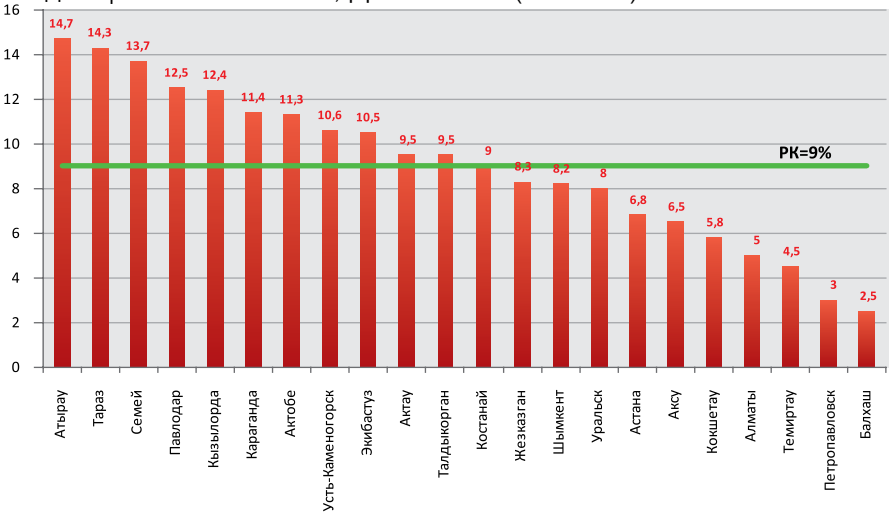
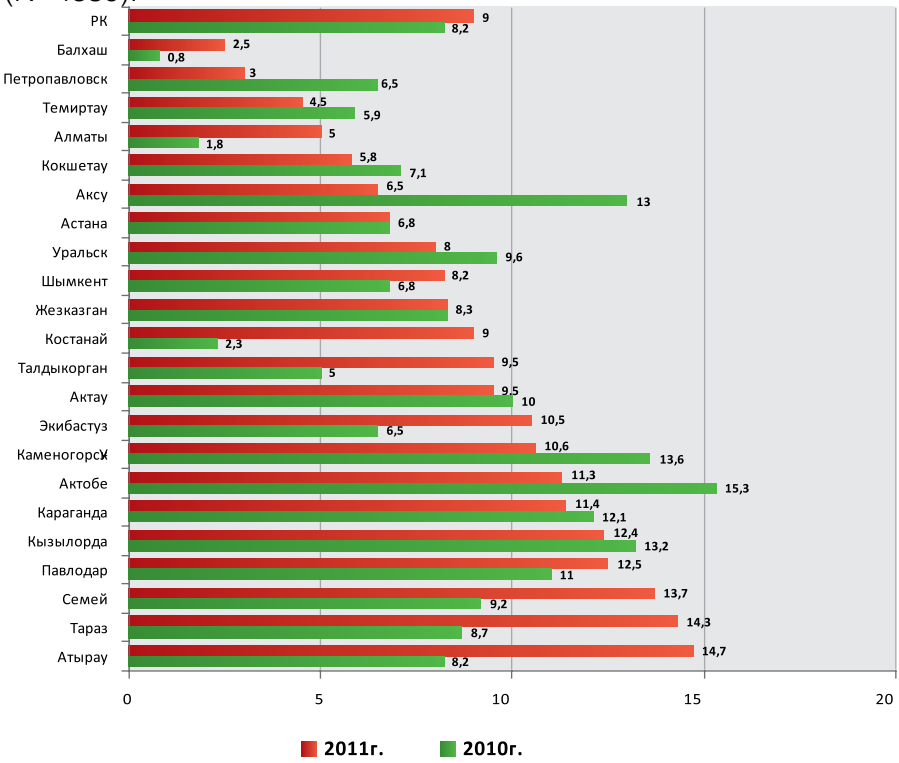


Рисунок 37. Распространенность сифилиса среди ПИН (в %) по дозорным сайтам РК, ДЭН 2011г. (N=4830)



При сравнении распространенности ВГС за 2010 – 2011 годы из 22 дозорных сайтов по РК рост произошел в 45,5% (10), нет изменений – в 45,5% (10), в остальных – снижение, что представлено на рисунке 38.

Рисунок 38. Распространенность сифилиса среди ПИН (в %) по дозорным сайтам РК, ДЭН 2010г. (N=4950), ДЭН 2011г. (N=4830).

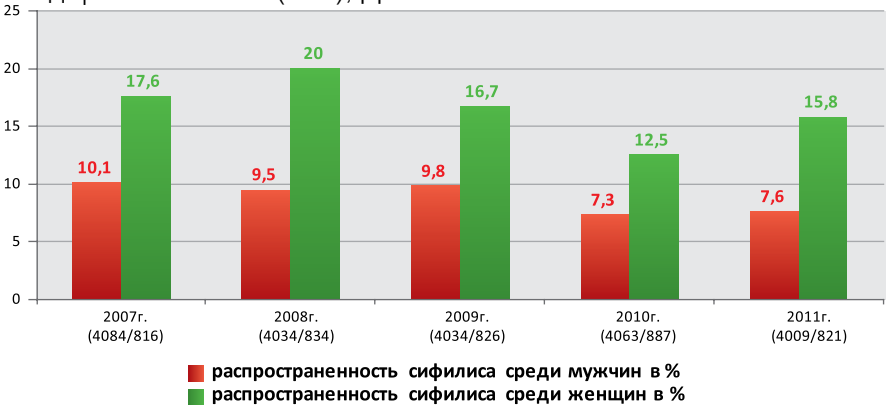


Показатель распространенности сифилиса ежегодно выше среди женщин, чем среди мужчин, что отражено на рисунке 39. Разница между наличием антител к сифилису у женщин и мужчин, выявленная как в 2010г. (1,7 раз), так и в 2011г. (2 раза) – статистически значима (P<0,001).

Превалирование антител к сифилису у женщин объясняется тем, они зачастую зарабатывают средства на приобретение наркотиков секс-работой и имеют больше незащищенных половых контактов, в том числе – с непостоянными и коммерческими партнерами, что зна-

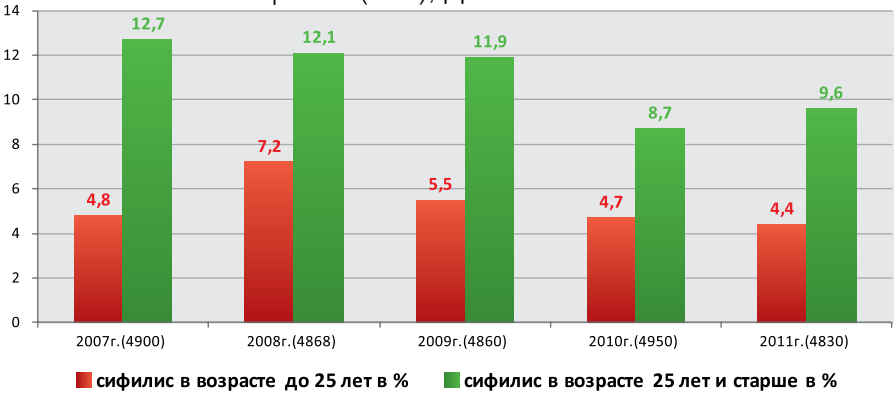
чительно увеличивает риск заражения ВИЧ-инфекцией и ИППП. По результатам ДЭН 2010г. указали на наличие коммерческих половых партнеров 10,3% женщин, употребляющих наркотики инъекционно (91 из 887), 2011г. – 9,1% (75 из 821).

Рисунок 39. Распространенность сифилиса среди ПИН РК в гендерном аспекте (в %), ДЭН 2007–2011гг.



Распространенность антител к сифилису у ПИН моложе 25 лет ежегодно меньше, чем в возрастной группе от 25 лет и старше, что отражено на рисунке 40. Разница между наличием антител к сифилису в данных возрастных группах статистически значима (P<0,001).

Рисунок 40. Распространенность сифилиса среди ПИН РК в зависимости от возраста (в %), ДЭН 2007–2011гг.

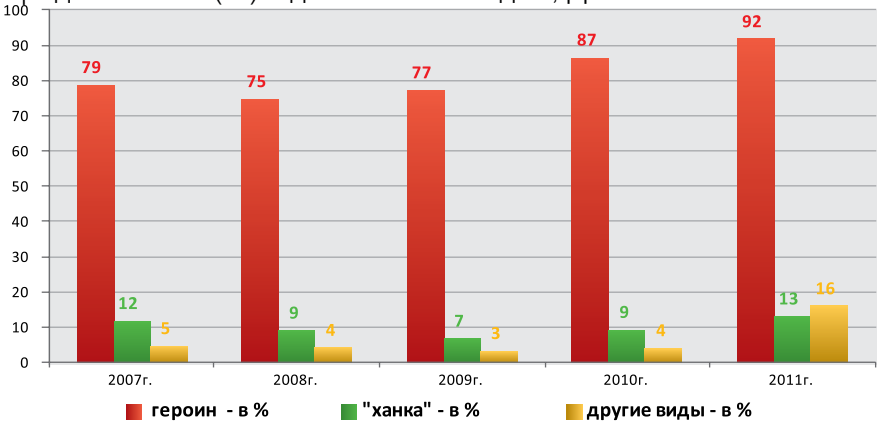


5.6. Факторы поведенческого риска ПИН

Поведенческий этап ДЭН позволяет изучить факторы поведенческого риска, влияние профилактических программ на формирование навыков безопасного поведения и повышения уровня информированности, оценить произошедшие изменения в популяции ПИН в динамике для обоснованных рекомендаций по повышению эффективности профилактических вмешательств.

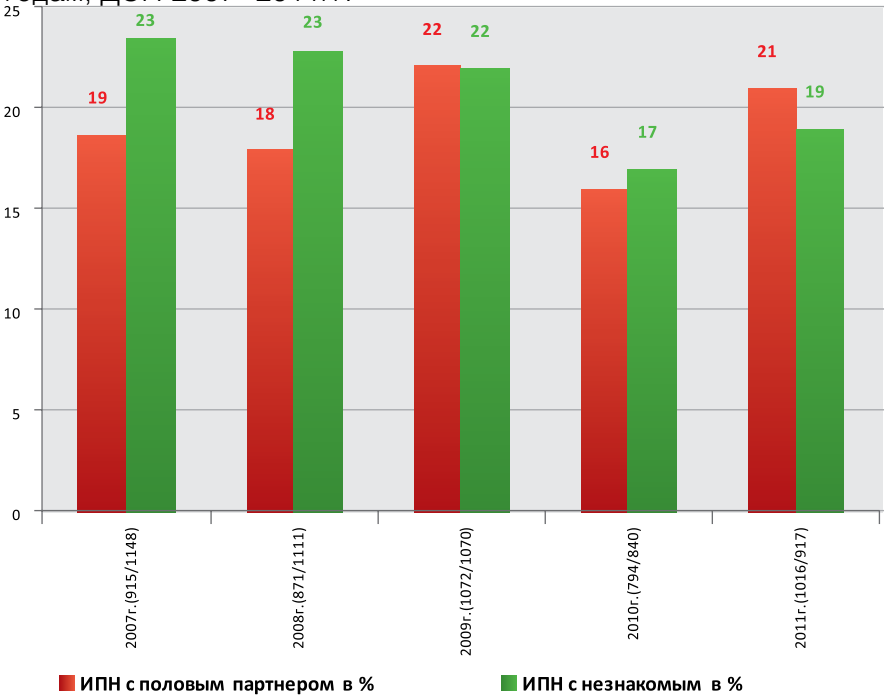
В спектре потребляемых наркопрепаратов на территории РК происходят ежегодные изменения, в частности, прослеживается тенденция к увеличению потребления героина – с 79% – в 2007г. до 92% – в 2011г., что отражено на рисунке 41.

Рисунок 41. Доля потребляемых наркотических препаратов среди ПИН РК (%) в динамике по годам, ДЭН 2007–2011гг.



Совместное инъекционное наркопотребление является наиболее рискованным фактором в отношении заражения ВИЧ-инфекцией и ВГС, особенно – с незнакомыми ПИН и половыми партнерами. В 2011г. в 1,3 раза увеличилась доля ПИН, практикующих употребление наркотиков совместно с половыми партнерами, что статистически значимо ($P<0,001$). Разница по употреблению наркотиков совместно с незнакомыми в 2010 и 2011 годах практически отсутствует (соотношение равно 1,1), что статистически значимо ($P=0,009$). Показатели совместного наркопотребления по стране в целом в динамике отражены на рисунке 42.

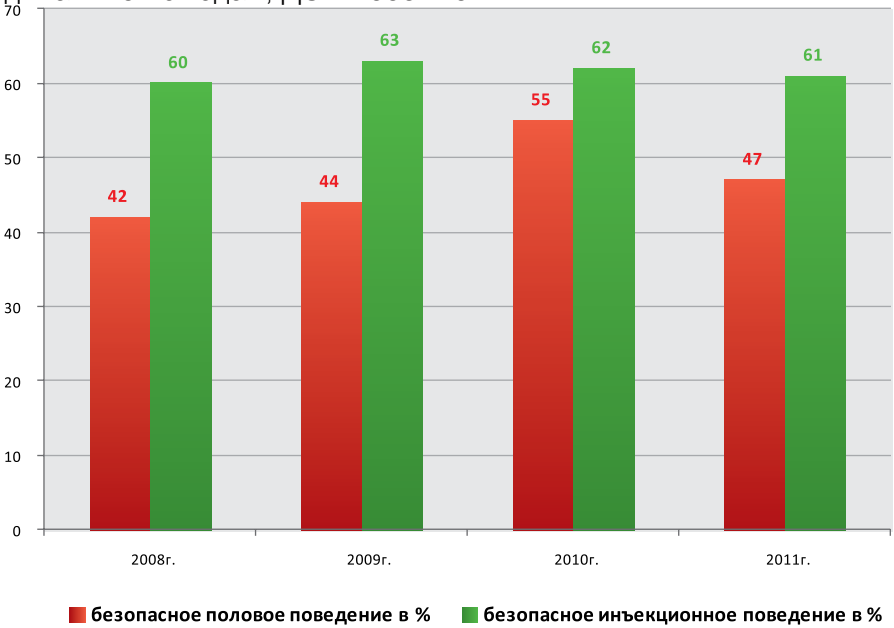
Рисунок 42. Инъекционное наркопотребление среди ПИН РК с половыми партнерами и незнакомыми (в %) в динамике по годам, ДЭН 2007–2011гг.



Показателем эффективности внедрения программ «снижения вреда от наркотиков» в популяции ПИН является принятие наркопотребителями как безопасного инъекционного поведения (неиспользование общего инструментария, в том числе готовых растворов для введения наркотиков) так и безопасного полового (использование презервативов).

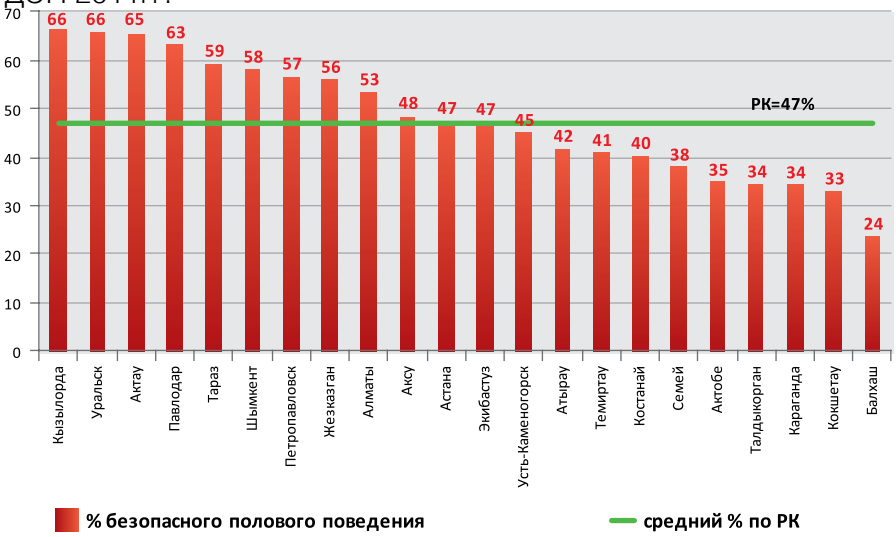
Сравнение в динамике по годам по применению презерватив при последней половой связи и безопасному наркопотреблению при последней инъекции, отражено на рисунке 43. В 2011г. по сравнению с 2010г. доля ПИН, принявших для себя поведение, снижающее риск передачи ВИЧ-инфекции половым путем, уменьшилась в 1,2 раза, что является статистически значимым (P<0,001). При этом инъекционные практики у ПИН изменяются в динамике незначительно.

Рисунок 43. Распространенность безопасных практики инъекционного и полового поведения среди ПИН РК (%) в динамике по годам, ДЭН 2008–2011гг.



По результатам ДЭН 2011г. безопасное половое поведение практикуют 61,8% ПИН в возрасте до 25 лет (262 из 424) и 45,3% – из числа тех, кто старше (1436 из 3171), 48,2% мужчин (1422 из 2952) и 42,9% женщин (276 из 643). Достоверная разница между безопасными практиками по возрастным группам составила 1,4 (P<0,0001). Разница в зависимости от пола – менее значительная (соотношение равно 1,1, P=0,02). Следовательно, более рискованное в отношении заражения ВИЧ-инфекцией и ИППП половое поведение – у лиц в возрасте от 25 лет и старше. В 2011г. по дозорным сайтам доля ПИН, использовавших презерватив при последнем половом контакте варьирует от 24% (г.Балхаш) до 66% (г.Кызылорда), среднереспубликанский показатель не достигнут в 10 сайтах, что представлено на рисунке 44. Необходимо отметить, что из сайтов с наиболее высокими показателями пользования презервативами среди ПИН в Кызылорде, Таразе и Павлодаре выявлена высокая распространенность сифилиса.

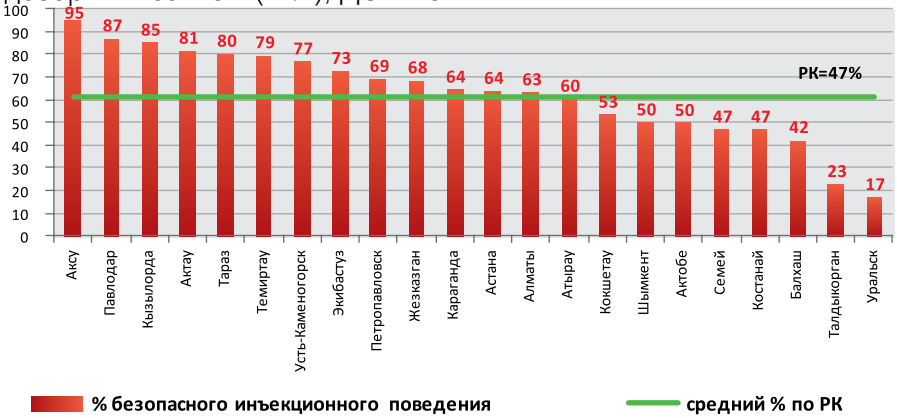
Рисунок 44. Распространенность безопасного полового поведения (использование презерватива при последнем половом контакте) среди ПИН РК по дозорным сайтам (в %), ДЭН 2011гг.



По результатам ДЭН 2011г. безопасное инъекционное поведение практикуют 59,4% ПИН в возрасте до 25 лет (268 из 451), 61,5% – из числа тех, кто старше (2211 из 3593), 63,3% женщин(432 из 683) и 60,9% мужчин (2047 из 3361).Достоверная разница между безопасными практиками, как по возрастным группам, так и по полу, отсутствует: соотношение равно 1 (P=0,3). Следовательно, зависимость безопасного в отношении заражения ВИЧ-инфекцией и ВГС инъекционного поведения от возраста и пола – не выявлена.

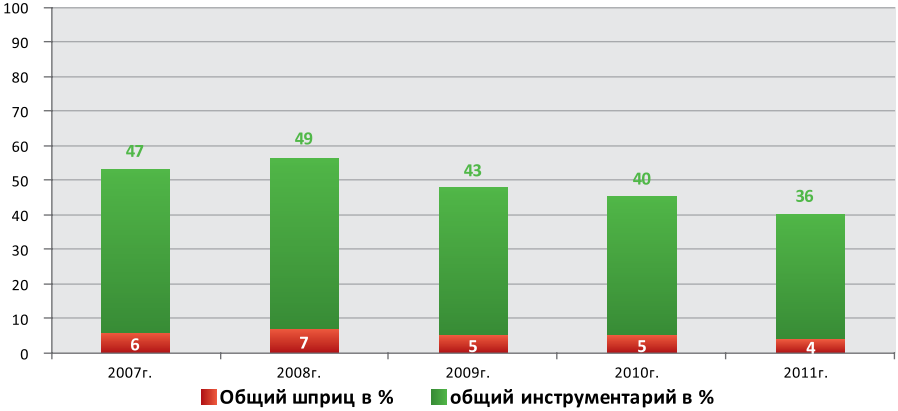
В 2011г. по дозорным сайтам доля ПИН, использовавших безопасные инъекционные практики при последнем введении наркотика варьирует от 17% (г.Уральск) до 95% (г.Аксу), среднереспубликанский показатель не достигнут в 9 сайтах, что представлено на рисунке 45. Наибольший показатель безопасных инъекционных практик (также, как и половых) отмечается Кызылорде, Павлодаре и Актау, Таразе. При этом распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в Павлодаре по итогам ДЭН 2011г. значительно превышает среднереспубликанский уровень.

Рисунок 45. Распространенность безопасного инъекционного поведения (неиспользование общего инструментария и растворов при последней инъекции) среди ПИН РК по дозорным сайтам (в %), ДЭН 2011гг.



Одной из самых опасных в отношении ВИЧ-инфекции инъекционных практик является использование общего шприца, то есть применяемого для внутривенных инъекций совместно с другими ПИН, распространенность этой практики снижается. Применение рискованных практик при последней инъекции в динамике по результатам ДЭН уменьшается, что показано на рисунке 46.

Рисунок 46. Распространенность рискованных инъекционных практик среди ПИН РК (в %) в динамике по годам, ДЭН 2007 – 2011гг.



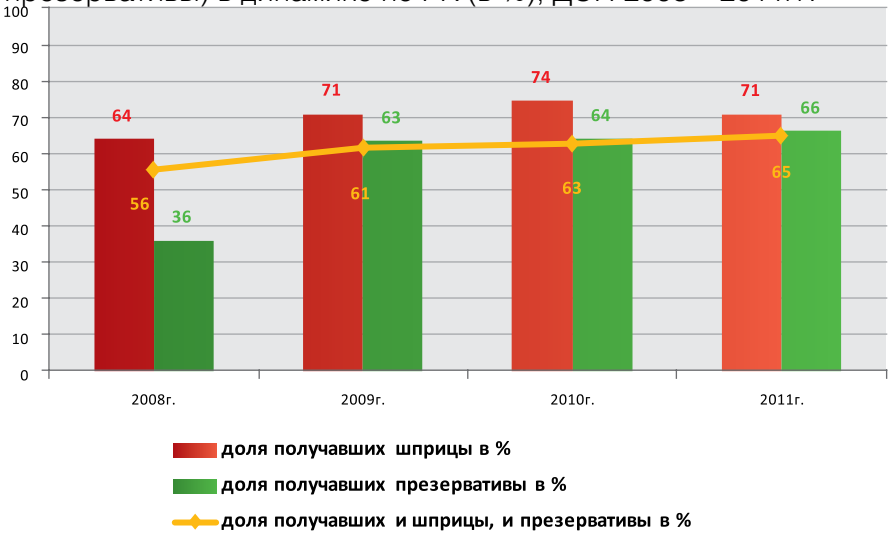
Применение презерватива при последней половой связи с различными партнерами и доля ПИН с симптомами ИППП в динамике представлены на рисунке 47.

Рисунок 47. Применение презервативов в зависимости от партнеров (постоянные, случайные, коммерческие) и наличие симптомов ИППП в динамике по годам среди ПИН РК (в %), ДЭН 2007–2011гг.

5.7. Охват ПИН профилактическими вмешательствам и тестированием на ВИЧ, информированность по вопросам ВИЧ/СПИД

Получение наркопотребителями СИЗ (шприцы и презервативы) по РК в динамике отражено на рисунке 48.Из ПИН, получавших и шприцы, и презервативы в 2011г. (3136 из 4830) большинство составляют лица в возрасте старше 25 лет (89,3%) и мужчины (82,9%), что соответствует популяции ПИН по гендерной и возрастной структуре. Достоверных различий по данному показателю в зависимости от пола или возрастных групп – не выявлено (65%– среди мужчин и женщин, лиц до 25 лет и старше).

Рисунок 48. Доля ПИН, получавших средства индивидуальной защиты за последний год на бесплатной основе (шприцы, презервативы) в динамике по РК (в %), ДЭН 2008 – 2011гг.

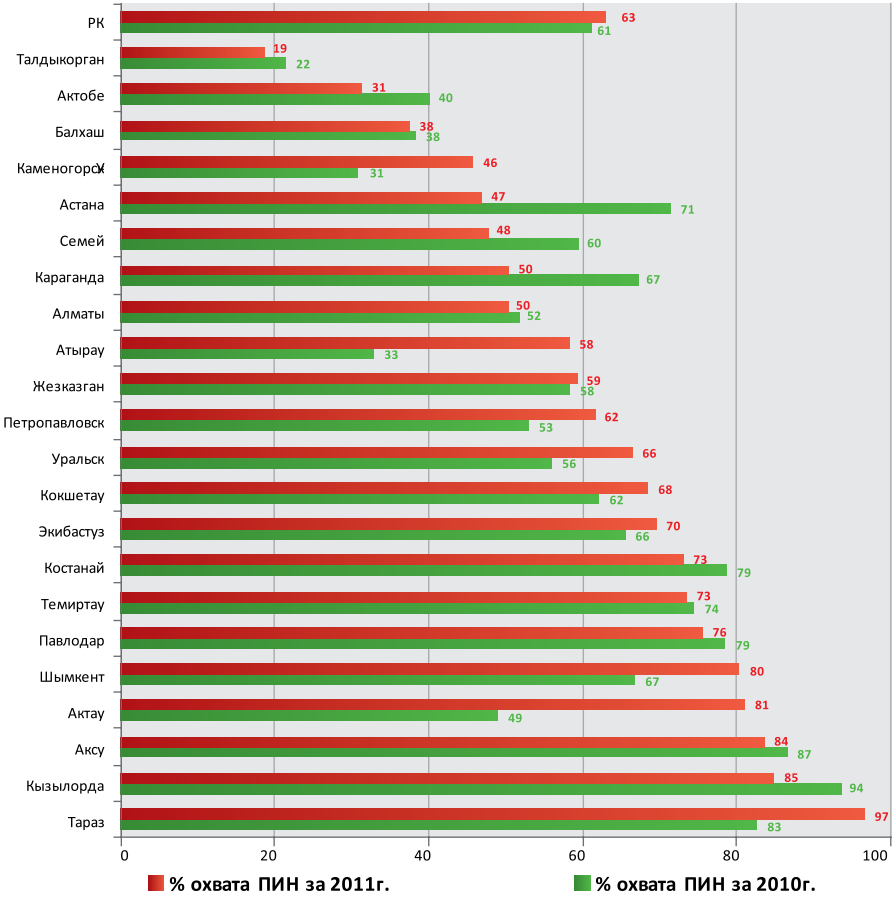


Охват ПИН программами профилактики ВИЧ-инфекции (получение в течение года шприцев, презервативов и информированность о месте, где можно пройти тестирование на ВИЧ) по данным ДЭН 2010г. составил 61,5%, 2011г. – 63,4%. Статистически значимого увеличения показателя не выявлено (соотношение равно 1, P=0,04).

В 2010г. профилактический охват среди ПИН в возрасте до 25 лет составил 55,5% (351 из 633), от 25 и старше – 62,4% (2692 из 4317), мужчин – 60,8% (2471 из 4063), женщин – 64,5% (572 из 887). В 2011г. охват ПИН до 25 лет составил 62,8% (326 из 519), старше – 63,5% (2738 из 4311), мужчин – 63,2% (2534 из 4009), женщин – 64,6% (530 из 821). Зависимость охвата профилактическими программами от пола не установлена (соотношение равно 1,P>0,05), связь с возрастом значима в 2010г. (P<0,0001), а в 2011г. – отсутствует (P=0,8).

Охват ПИН профилактическими вмешательствами в 2010г. варьирует от 22% (г.Талдыкорган) до 94% (г.Кызылорда), в 2011г. – от 19% (г.Талдыкорган) до 97% (г.Тараз). Показатель в среднем по РК не был достигнут в 2010 и 2011 годах в половине сайтов (11). Сравнение показателей по сайтам за 2010 и 2011гг. отражено на рисунке 49.

Рисунок 49. Показатель охвата ПИН профилактическими программами (доля получивших одноразовые шприцы, презервативы и знающие о том, где можно пройти обследование на ВИЧ), по дозорным сайтам РК (в %), ДЭН 2010 – 2011гг.



Значимым компонентом профилактических программ среди ПИН является доступность необходимых медицинских услуг (диагностика, консультирование и лечение ИППП в медицинской организации)при наличии соответствующих симптомов. Ситуация в РК по распространенности ИППП среди ПИН и обращаемостью за медицинской помощью по этому поводу представлена на рисунках 50 – 52.

Рисунок 50. Наличие симптомов ИППП и обращаемость за медицинской помощью по этому поводу за последние 6 месяцев в РК (в %), ДЭН 2010 – 2011гг.

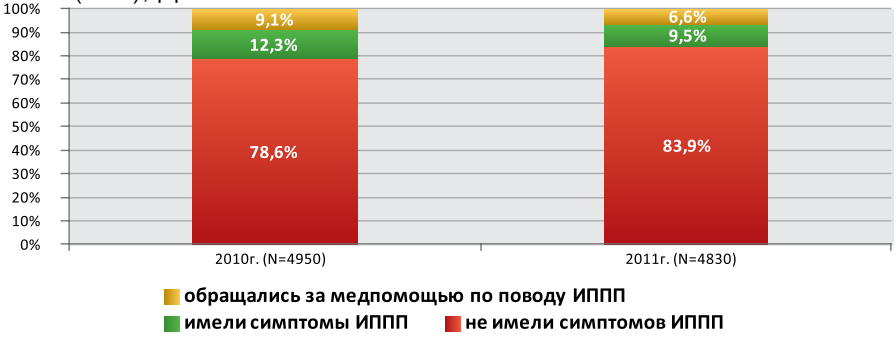


Рисунок 51. Удельный вес ПИН с симптомами ИППП (N=4950) и доля обратившихся за медицинской помощью из числа лиц, имевших симптомы (N=608) по сайтам РК (в %), ДЭН 2010гг.

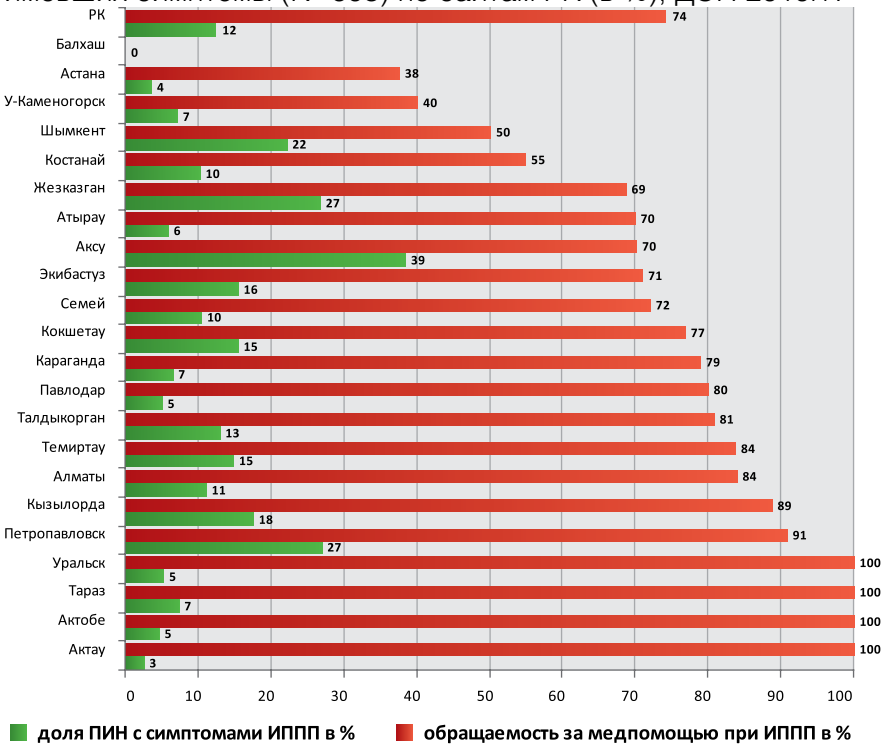
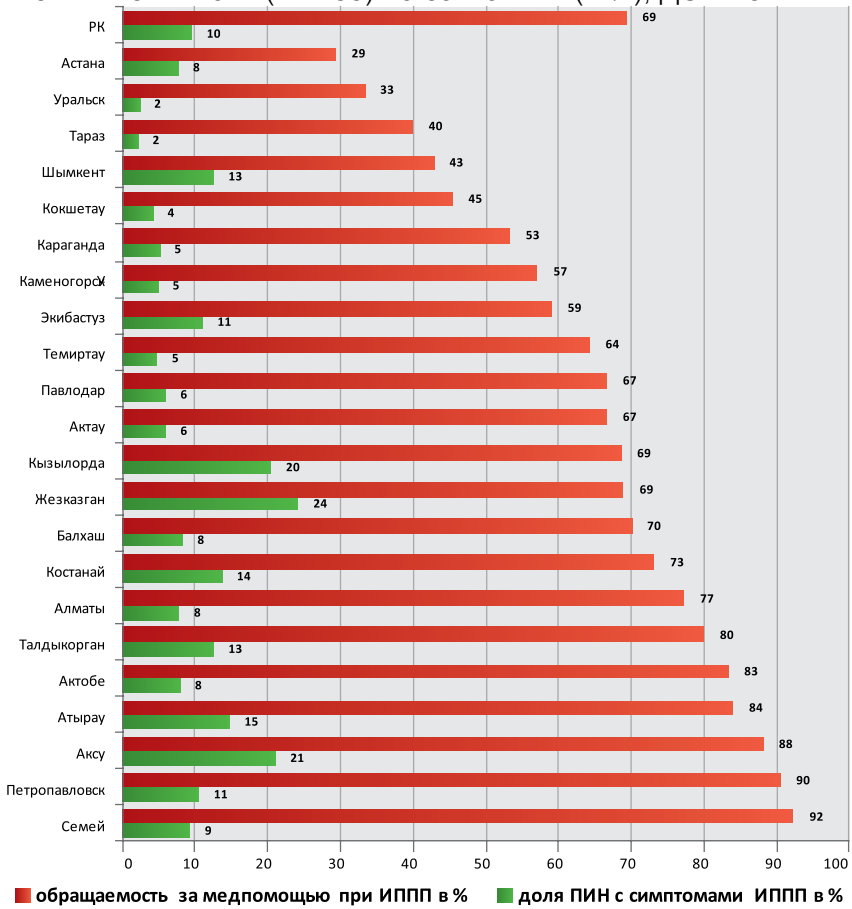


Рисунок 52. Удельный вес ПИН с симптомами ИППП (N=4830) и доля обратившихся за медицинской помощью из числа имевших симптомы(N=460) по сайтам РК (в %), ДЭН 2011гг.



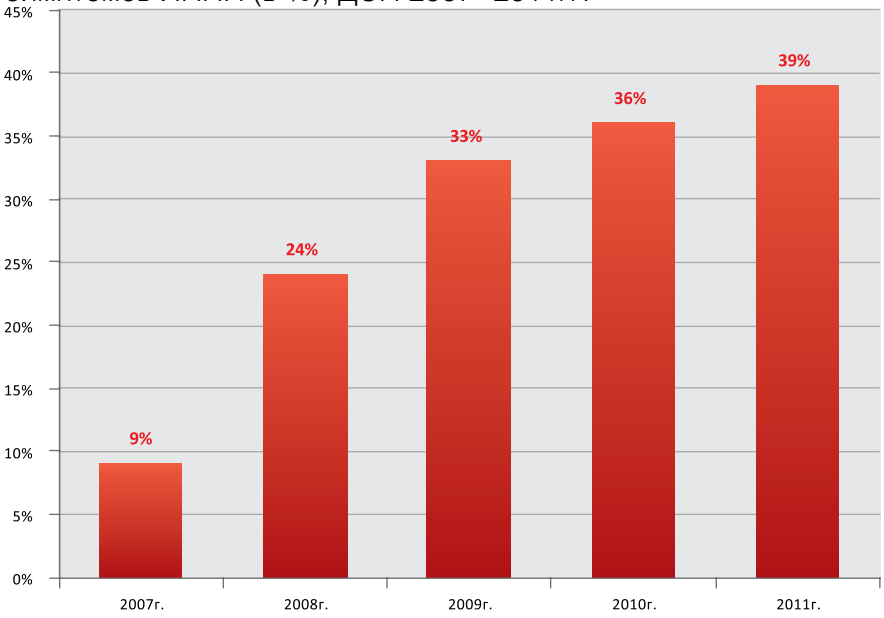
Снижение с 74% – в 2010г. до 69% – в 2011г. статистически не значимо (P>0,05). По возрастным группам и гендерному составу, как в 2010, так и в 2011г. не отмечается статистически значимых различий в обращаемостью за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП (P>0,05). Доля ПИН до 25 лет с симптомами ИППП, обратившихся за соответствующими услугами, и по диагностике, лечению и консультированию составила в 2010г. – 66,7% (58 из 87), в 2011г. – 61,3% (38 из 62), в возрасте от 25 лет и старше: в 2010г. – 75,4% (393 из 521), 2011г.

– 70,6% (281 из 398).

Обращаемость мужчин в 2010г. составила 67,4% (225 из 334), в 2011г. – 69% (198 из 287), женщин: в 2010г. – 71,5% (196 из 274), в 2011г. – 69,9% (121 из 173).

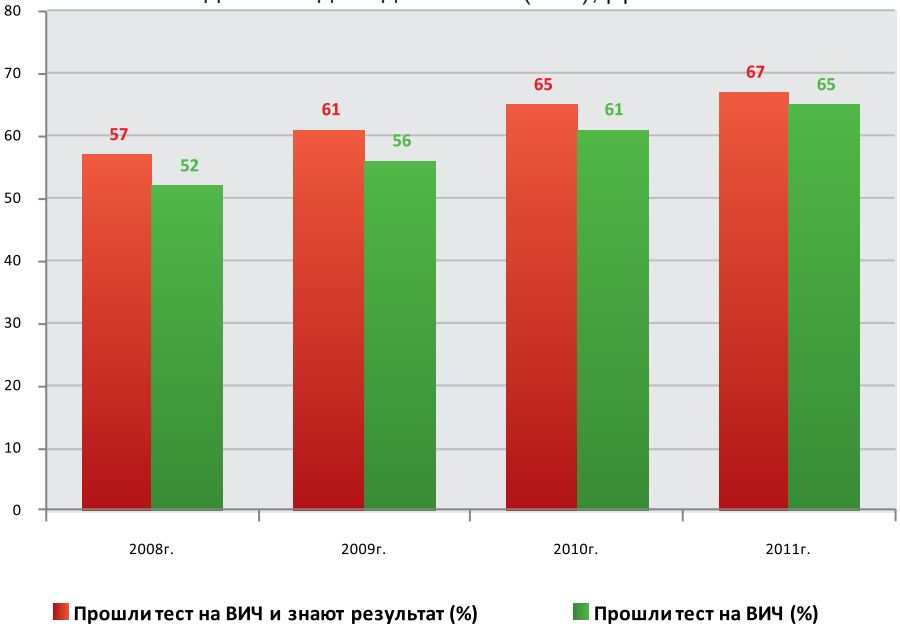
Для получения бесплатного консультирования, диагностики и лечения ИППП во всех регионах РК открыты Дружественные кабинеты (ДК). Наблюдается ежегодный рост востребованности услуг ДК у представителей уязвимых групп с 9% в 2007 году до 38,9% в 2011 году, что отражено на рисунке 53, увеличение в 4,3 раза статистически значимо (P<0,001).

Рисунок 53. Динамика обращаемости ПИН в ДК из числа всех обратившихся за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП (в %), ДЭН 2007–2011гг.



Охват ПИН тестированием на ВИЧ-инфекцию с учетом информированности о результате обследования в динамике отражен на рисунке 54. При этом разница по показателям охвата в 2011г. по сравнению с 2010г. крайне незначительна: соотношение соответствует 1,06, что статистически достоверно (P=0,0001).

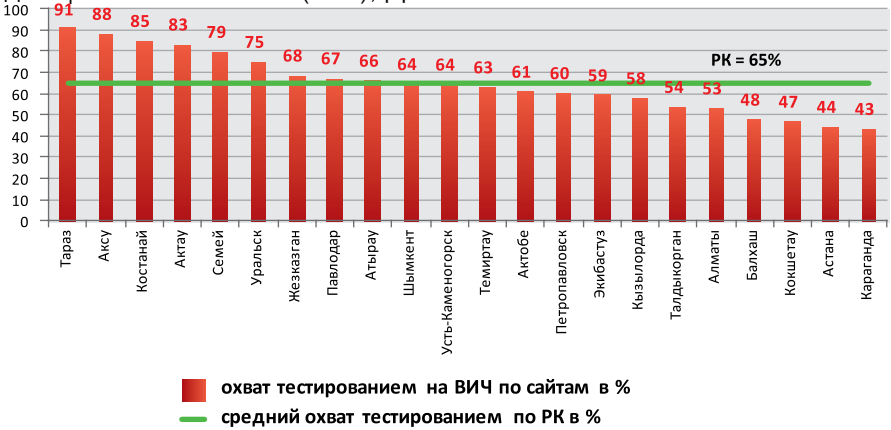
Рисунок 54. Охват ПИН тестированием на ВИЧ–инфекцию в течение последнего года в динамике (в %), ДЭН 2008 – 2011гг..



По итогам ДЭН 2010г. из числа ПИН, прошедших тестирование на ВИЧ и знающих свой результат (3014 из 4950), лица до 25 лет составили 10,9%, женщины – 18,6%.Охват тестированием (при условии знания результата) среди лиц в возрасте до 25 лет составил 52,1%, от 25 лет и старше – 62,2%; среди мужчин – 60,3%, женщин – 63,4%. Разница по возрастному составу в 1,2 раз статистически достоверна (P<0,0001), а по гендерному – не выявлена: соотношение равно 1 (P=0,09).В2011г. из числа ПИН, прошедших тестирование на ВИЧ и знающих свой результат (3123 из 4830), лица до 25 лет составили 10,7%, женщины – 17,2%, что соответствует уровню 2010г. Охват тестированием (при условии знания результата) среди лиц до 25 лет составил64,2%, от 25 лет и старше – 64,7%, среди мужчин – 64,5%, среди женщин – 65,3%. Отсутствие разницы по гендерному и возрастному составу статистически не значимо (P=0,8).

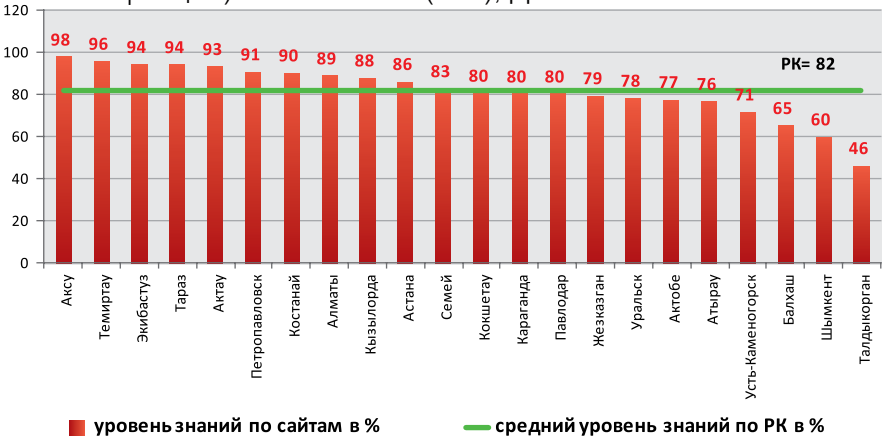
Уровень охвата тестированием ПИН на ВИЧ-инфекцию по дозорным сайтам варьирует в 2011г. от 43% (г.Караганда) до 91% (г.Тараз) и ниже среднереспубликанского уровня (65%) в 13 дозорных сайтах, что отражено на рисунке 55.

Рисунок 55. Доля ПИН, прошедших в течение последнего года тестирование на ВИЧ–инфекцию и знающих свой результат, по дозорным сайтам РК (в %), ДЭН 2011гг.



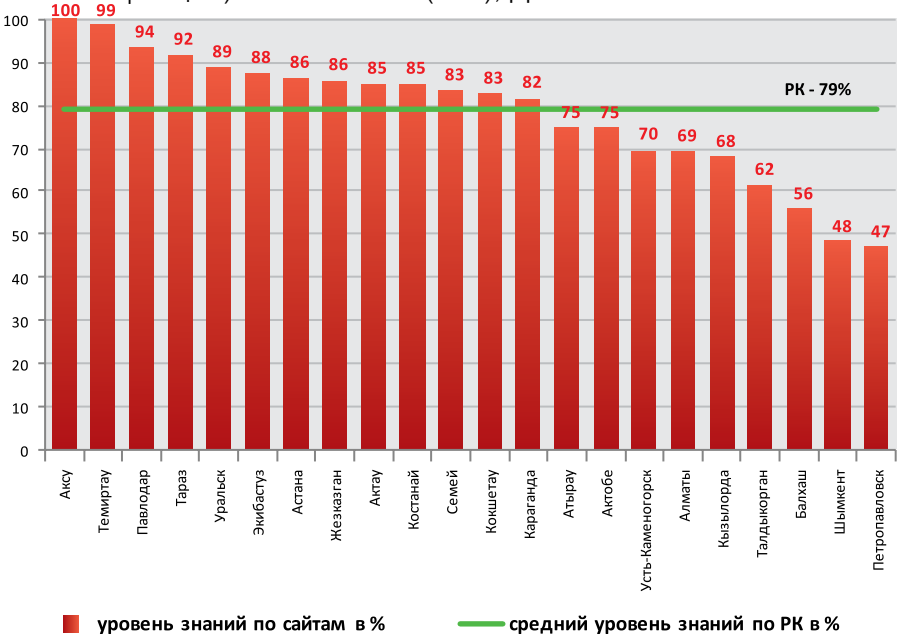
В 2010г. средняя информированность ПИН об истинных и мнимых путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции (уровень знаний) составляет в РК 82% и варьирует по дозорным сайтам от 46% – в Талдыкоргане до 98% – в Аксу, что отражено на рисунке 56. Средний уровень по РК за 2010г. не достигнут в половине дозорных сайтов.

Рисунок 56. Уровень знаний ПИН (информированность об истинных и мнимых путях передачи и способах профилактики ВИЧ–инфекции)по сайтам РК (в %), ДЭН 2010гг.



В 2011г. средний уровень знаний среди ПИН составил 78,8%, варьирует по дозорным сайтам от 47% в Петропавловске до 100% в Аксу, что отражено на рисунке 57. Разница между данными показателями в сравнении за 2010 и 2011 годы почти отсутствует (соотношение составило 1,04), что статистически значимо (P<0,0001). Средний уровень по стране за 2011г. не достигнут только в 9 сайтах.

Рисунок 57. Уровень знаний ПИН (информированность об истинных и мнимых путях передачи и способах профилактики ВИЧ–инфекции)по сайтам РК (в %), ДЭН 2011гг.



Значимой разницы по уровню знаний в зависимости от возраста не выявлено: в возрастной группе до 25 лет уровень знаний составил в 2010г. – 78,4% (496 из 633), в 2011г. 76,7% (398 из 519), от 25 лет и старше в2010г. –82,5% (3561 из 4317), в 2011г. – 79,1% (3408 из 4311). Показатель у женщин в 2010г. составил 85,5% (758 из 887),в 2011г. – 81,1% (666 из 821), у мужчин: в 2010г. – 81,2% (3299 из 4063), в 2011г. – 78,3% (3140 из 4009). Разница в уровне знаний по полу очень небольшая (соотношение составляет 1,05), что статистически достоверно (P=0,003).

5.7. Опыт проведения ДЭН среди ПИН в г. Актобе с применением выборки, построенной респондентами в 2011г.

Актуальность

ДЭН среди ПИН в Актюбинской области проводится ежегодно с 2005 года, до 2011г. отбор участников проводился методом «снежного кома». В 2011г. была впервые применена выборка, построенная самими респондентами (РДС), что позволило обеспечить более глубокое проникновение в целевую группу и снизить селекционную ошибку, приблизив выборку к случайной. Проведение анализа в программе RDSAT дало возможность получения репрезентативных данных для обоснованных рекомендаций и более эффективного мониторинга профилактических вмешательств среди ПИН г. Актобе.

Цель исследования

Изучить распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса, а также модели инъекционного и полового поведения среди потребителей инъекционных наркотиков г.Актобе с применением РДС для оценки эффективности проводимых профилактических вмешательств и планирования адекватных мероприятий для противодействия распространения ВИЧ в данной группе.

Материалы и методы

Изучаемая популяция: лица, имеющие опыт употребления наркотиков инъекционным способом в течение 12 месяцев, предшествующих дате исследования, проживающие в течение указанного времени на территории г. Актобе.

Критерии включения: принадлежность к целевой группе, наличие валидного вербовочного купона, возраст старше 16 лет, информированное согласие на интервью и забор крови.

Критерии исключения: участие в ДЭН среди ПИН в текущем году, физическая и умственная неадекватность.

Объем выборки, вычисленный в программе Epi Info с учетом количества ПИН по БОС (4000), распространенности ВИЧ-инфекции и допустимой ошибки, составил 150 (как и в 2010г.).

Методика отбора респондентов – РДС, период проведения – согласно утвержденному календарному плану. Инструмент сбора серологических и поведенческих данных – стандартные для ДЭН. Исследование проведено с соблюдением этических принципов (конфиденциальность информации, безопасность, анонимность участия, потенциальная польза), обеспечивалось управление качеством. Соблюдались принципы добровольности участия, социальный риск в сложившихся условиях – минимизирован, отношения с правоохранительными органами – нейтральные. В период подготовки к полевому этапу ДЭН было проведено формативное исследование следующими методами: интервьюирование аутрич-работников Центра СПИД, обсуждение в фокус-группах с ПИН, неявляющихся аутрич-работниками и их клиентами, опрос ключевых информаторов.

По результатам формативного исследования определена возможность проведения РДС (отсутствуют явные препятствия), выбрано оптимальное место и время (1 из стационарных ПД в центре г. Актобе, 6 дней в неделю с 9 до 19.00), отобраны 5 представителей из целевой популяции, которые в последствии начали процесс рекрутирования по методу РДС. Количество отобранных семян основывалось на небольшом объеме выборки, сроках проведения полевого этапа ДЭН и выводе о достаточно хорошем развитии социальных сетей среди ПИН г. Актобе, относительно низком уровне их разнообразия и стигматизации. В качестве «семян» из тех, к кому был доступ у команды проведения ДЭН, были отобраны респонденты, обладающие широкими социальными сетями, имеющие хорошие коммуникации с представителями целевой популяции и обладающие наиболее разными ключевыми характеристиками, то есть относящиеся к разным субпопуляциям ПИН.

Вербовка участников исследования проводилась путем инициации процесса от первоначальных рекрутеров и формирования «волн» вербовочных цепей до достижения объема выборки. Каждому участнику выдавалось по 3 вербовочных купона и по 1 платежному (для получения вознаграждения) с кодификацией согласно методике РДС, у всех респондентов выяснялся размер социальной сети. В период полевого этапа число участников варьировало от 2 до 19 человек в день, среднее

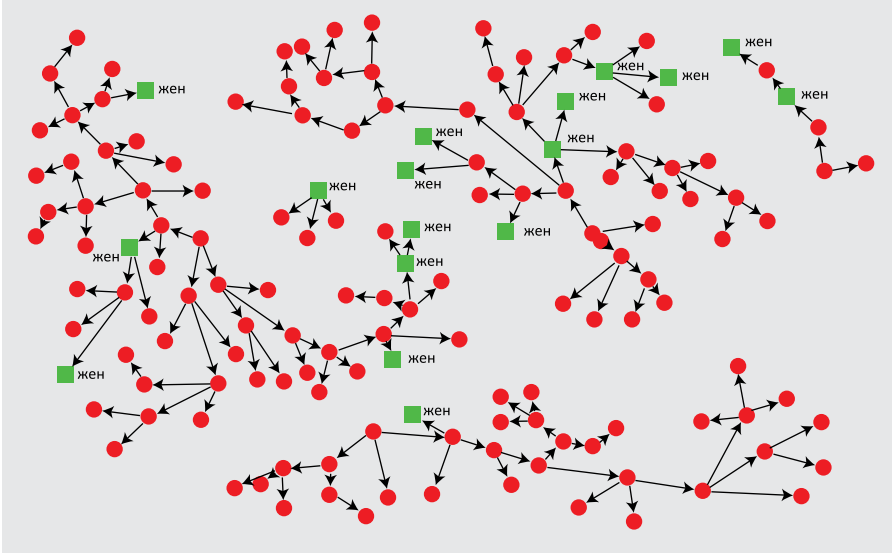
время участия каждого респондента составило около 50 минут. При несоответствии потенциальных участников критериям включения купоны изымались (3), пришедшие без купона к участию не допускались (11), отказов не было. Если потенциальный участник не соответствовал критериям, либо отказывался от каких-то компонентов исследования – купон изымался (1 – поврежденный купон, 2 – не являются ПИН). Участники ДЭН получали вознаграждение (карточка мобильной связи).

Ввод данных, проверка и редактирование проведены в программе EpiInfo, анализ по всем изучаемым переменным – в RDSAT, визуализация вербовочных цепей – в Netdraw. С учетом первого опыта анализа в программе RDSAT для сопоставления результатов также был проведен анализ в EpiInfo, сравнительные данные представлены в результатах исследования.

Результаты исследования

Было получено 5 вербовочных цепей (в каждой – от 3 до 56 участников) с числом «волн» от 1 до 8, что представлено на рисунке 58.

Рисунок 58. Визуализация вербовочных цепей среди ПИН г. Актобе по данным ДЭН 2011г. с обозначением пола (квадрат – женский, круг – мужской).



Достижение эквилибриума по всем анализируемым переменным (44) варьирует с 1 до 4 волны (в среднем 2,4), гомофилия в среднем составила – 0,17, средний размер социальной сети – 11 ПИН, диапазон – от 4 до 75.

При сравнительном анализе результатов выборочных популяций по социально-демографическим характеристикам значимых отличий не выявлено: в 2011г. средний возраст составил 34 года (2010г. – 33 г.), доля мужчин – 88,1% (2010г. – 87,3%), неполное среднее образование было у 13,8% (в 2010г. – у 10,7%), доля не занятых – 42,5% (в 2010г. – 46,7%). В 2011г. доля, состоящих на учете в областном наркодиспансере, составила 59,5% (2010г. – 64,7%), на учете в полиции – 46,1% (2010г. – 55,3%), в противотуберкулезном диспансере (или перенесшие туберкулез) – 21,8% (2010г. – 28%); имеющаяся разница по указанным характеристикам за 2010 и 2011 годы статистически не достоверна (P>0,05).

Изменения ряда других ключевых характеристик выборочных популяций вероятнее всего связаны с более глубоким проникновением в социальную структуру ПИН и приближением метода отбора к случайному с получением более репрезентативных результатов исследования (далее данные за 2011г. приведены по результатам анализа в программе RDSAT). Основания полагать, что в выборку вошла субпопуляция ПИН, к которым раньше не было доступа при проведении ДЭН и профилактических вмешательств, подтверждается значимым снижением доли клиентов ПД и участников программы «снижения вреда от наркотиков» среди участников ДЭН, хотя по данным МиО охват ПИН профилактическими программами в области ежегодно растет. В частности, в 2010г. в выборку вошли 71,3% ПИН, охваченных через ПД или аутрич-работников (получатели шприцев в течение прошедшего года), а в 2011г. таких респондентов только 46,6%, снижение в 1,5 раза статистически достоверно (P=0,00001). При этом получение медицинской помощи наркопотребителями в 2011г. осталось на уровне 2010г. (20%).

Так как в выборку попало значительно меньше клиентов ПД и аутрич-работников, в 2011г. достоверно уменьшились показатели охвата профилактическими услугами. На получение информации о ВИЧ/СПИД в пунктах доверия за последние 6 месяцев указали 46% ПИН в 2010г. и 23,4% в 2011г. (снижение в 2 раза, P<0,0001), через волонтеров или аутрич-работников – 69,3% в 2010г. и 38,1% в 2011г.(снижение в 1,8 раз, P<0,0001). В течение последнего года получали презервативы – 42,7%

участников ДЭН 2010г. и 26,2% – 2011г. (снижение в 1,6 раза, P=0,002), ИОМ по профилактике ВИЧ-инфекции – 63,3% в 2010г. и 42,4% в 2011г. (снижение в 1,5 раз, P<0,0001), доля прошедших обучение по снижению вреда от наркотиков (медработниками ПД, волонтерами или аутрич-работниками) составила в 2010г. 64%, а в 2011г. – только 25,9% (снижение в 2,5 раза, P<0,0001). При этом уровень информированности ПИН об истинных и мнимых путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции за 2011 год составил 74,7% (2010г. – 77,3%), статистически достоверная разница не выявлена. Показатель охвата тестированием на ВИЧ уменьшился незначительно: в 2011г. он составил 60,7% (в 2010г. – 62%), при этом знают свой результат 92,5% обследованных (в 2010г. – 98,9%).

Полученные данные свидетельствует не об ухудшении качества и снижении объемов профилактической работы, а о привлечении в 2011г. ПИН, не являющихся получателями услуг Центра СПИД, НПО и аутрич-работников. Соответственно, получена более репрезентативная выборка, которая дает возможность с большей степенью уверенности проецировать полученные данные на всю популяцию ПИН г. Актобе.

Инъекционное и половое поведение ПИН

Средний стаж инъекционного наркопотребления в 2011г. составил 12 лет, диапазон – от 1 до 40, медиана – 12 лет, мода – 6 лет. ПИН со стажем инъекционного наркопотребления до 2-х лет (включительно) составили только 2,7% респондентов, от 2 до 5 лет – 11,3%, более 5 лет – 86%, причем 12 и более лет – 36,5%.

При изучении инъекционных практик выявлено изменение потребляемых видов наркотиков за последний год: в 2011г. по результатам анализа в программе RDSAT 94,5% ПИН г. Актобе употребляют героин, 19,2% – другие виды, а в 2010г.– 98% указали на героин и только 3,3% – другие виды. По результатам анализа данных ДЭН за 2011г. в Epi Info, потребление героина практикуют 96% ПИН.

Характеристика сети инъекционного поведения изменилась в сторону более безопасного: доля практикующих только индивидуальное наркопотребление увеличилась с 22,7% – в 2010г. до 39,7% – в 2011г.. Наибольшая доля ПИН употребляла наркотики за последний месяц (предшествующий исследованию) относительно редко – 1 раз в неделю, или реже: в программе RDSAT – 46,9%, в Epi Info – 54,3%. По дан-

ным анализа в программе RDSAT только 4,7% употребляли наркотик несколько раз в день, 1 раз в день – 19,8%, 1 раз в 2-3 дня – 28,6% (в Epi Info – 4,8%, 14,3% и 26,6% соответственно).

В 2011г. наиболее распространенной рискованной практикой инъекционного поведения в течение последнего месяца, предшествующего исследованию, остается выборка наркотика из общей посуды – 40,9% по данным анализа в программе RDSAT, или 43,3% в программе Epi Info (2010г. – 66,7%). По данным анализа в программе RDSAT за 2011г. общую воду для промывания шприца и иглы использовали 7,7% ПИН (2010г. – 10%), 6,6% пользовались уже заправленным кем-то шприцем (2010г. – 6%), на использование чужого шприца указали 2,8% (2010г. – 6,7%), перекачивали наркотик из одного шприца в другой – 4,2% (2010г. – 14%), 2,3% указали на добавление крови в раствор наркотика (2010г. – 0,7%), при этом 0,5% пускали шприц по кругу (2010г. – 4,7%).

Не применяли ни одной рискованной инъекционной практики в течение последнего месяца, предшествующего исследованию, 54,7% ПИН. Снижение доли пользующихся общим шприцем объясняется повышением доступности одноразовых шприцев для однократного применения, увеличением информированности ПИН о рисках инфицирования ВИЧ и мотивацией к сохранению здоровья. В динамике доля ПИН, практикующих рискованное инъекционное поведение при последнем введении наркотика снизилась с 52% – в 2010г до 44% – в 2011г. Показатель доступности одноразовых шприцев для ПИН (постоянная возможность их приобретения) в 2011г. составил в RDSAT 92,4%, а в Epi Info – 91,3% (в 2010г. – 95,3%). Это подтверждает эффективность проводимых профилактических мероприятий среди ПИН.

По данным ДЭН среди ПИН в 2011г. (анализ в программе RDSAT) диапазон возраста начала половой жизни варьирует от 13 до 26 лет, причем в 57,8% – до 17 лет, число половых партнеров за последние 6 месяцев варьирует от 0 до 30, несколько партнеров имеют 49,9% ПИН (2010г. – 47,3%). За последний месяц не использовали презерватив с постоянными половыми партнерами – 52,9%, с непостоянными – 7,2%, с коммерческими – 0,4%. Доля ПИН, имевших за последние 6 месяцев половые контакты повышенного риска в отношении ВИЧ-инфекции и ИППП, в 2011г. снизилась до 6,3% в RDSAT (6,7% в Epi Info), при этом количество таких партнеров варьировало за последние 6 месяцев от 1 до 24. Доля ПИН, имевших половые контакты с непостоянными партне-

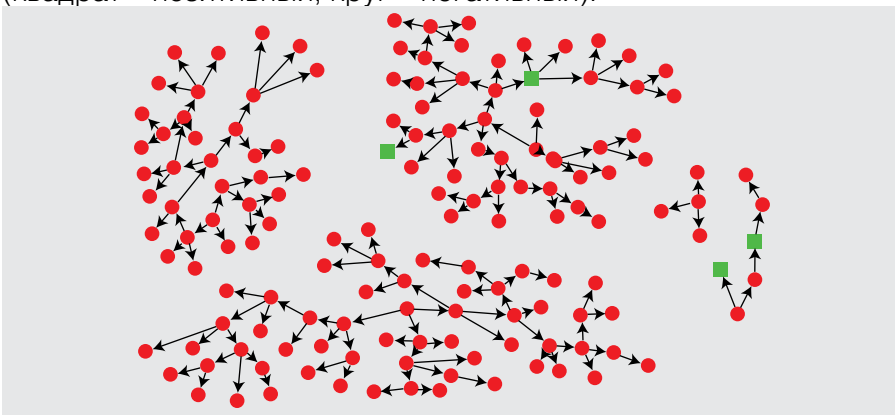
рами, практически осталась на уровне 2010г. (40%) и составила в 2011г. 42,3% в RDSAT (39,3% в Epi Info). Доступность презервативов в 2011г. составила 42% (2010г. – 42,7%); доля ПИН, использовавших презервативы при последнем половом контакте с непостоянными партнерами составила 42% (2010г. – 71,7%), с коммерческими – 80% (2010г. – 77,3%).

В 2011г. доля ПИН, использующих безопасную практику употребления наркотиков (неиспользование общего инструментария для наркопотребления за последний месяц) и безопасное сексуальное поведение (указали на применение презерватива при последней половой связи), повысилась до 29,3% (2010г. – 11,3%).

Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса среди ПИН по данным ДЭН (2011г.) в г. Актобе

В 2011г. распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН составила 2,3% (95%ДИ 0,5% – 4,9%), а в 2010г. – 0. Распространенность ВГС в 2011г. составила 69,2% (95%ДИ 57,9% – 80,4%), что ниже, чем в 2010г. (80,7%, 95% ДИ 73,4% – 86,7%); сифилиса – 8,5% (95%ДИ 4% -14,9%), что также ниже уровня 2010г. (15,3%, 95%ДИ 10% – 22,1%). Разница в распространенности ВГС за 2011 и 2010 годы составляет 1,16 (P=0,02). Изменение распространенности антител к сифилису при сравнении за 2010 и 2011 годы статистически не значимо (P=0,08).

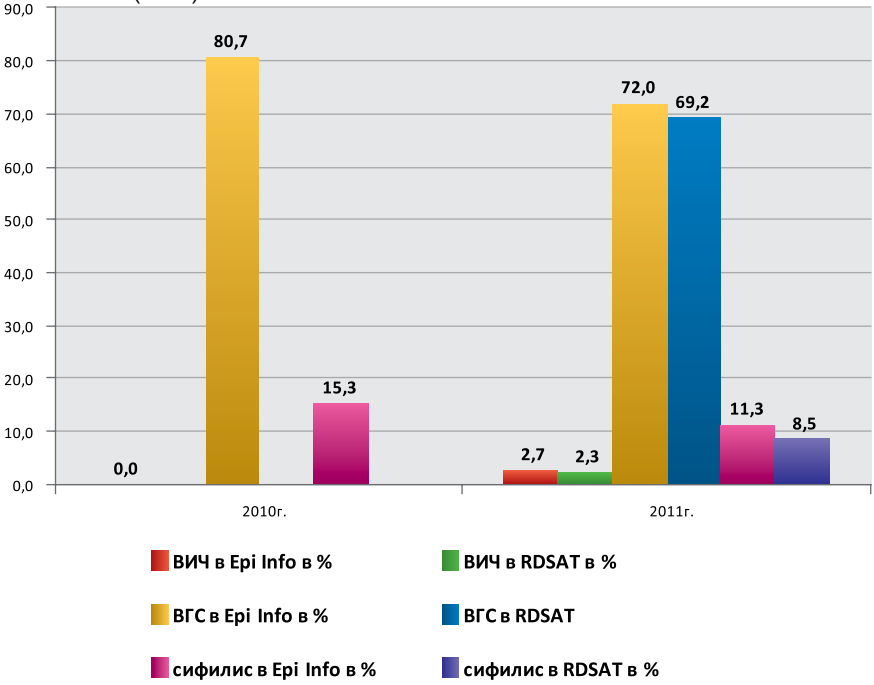
Рисунок 59. Визуализация вербовочных цепей среди ПИН г. Актобе по данным ДЭН 2011г. с обозначением ВИЧ–статуса (квадрат – позитивный, круг – негативный).



В 2011г. ВИЧ-позитивными оказались 4 ПИН из 150, они были в 2-х вербовочных цепях из 5-и сформированных, что отражено на рисунке 59.

Результаты, полученные при анализе распространенности изучаемых инфекций в программе RDSAT, отличаются от результатов анализа в Epi Info, что отражено на рисунке 60, но статистически значимой разницы не выявлено (P>0,5).

Рисунок 60. Распространенность ВИЧ–инфекции среди ПИН г. Актобе по результатам ДЭН 2010–2011гг. в программах Epi Info и RDSAT (в %).



Распространенность ВГС в 2011г. среди мужчин (N=133) составила 72,2% (95%ДИ 63,7%-79,6%), среди женщин (N=17) – 70,6% (95%ДИ 44,0% – 89,7%), распространенность сифилиса среди мужчин – 7,5% (95%ДИ 3,7%-13,4%), среди женщин – 41,2% (95%ДИ 18,4%-67,1%).

Сравнительные данные по анализу распространенности изучаемых в ходе ДЭН инфекций (в программе RDSAT и Epi Info) представлены в таблице 3.

Таблица 3. Данные распространенности ВИЧ, ВГС и сифилиса среди ПИН г. Актобе (в %) по результатам анализа в программах «Epi Info» и «RDSAT», ДЭН 2010 – 2011гг. (N=150).

Распространенность	2010 год	2011 год			
	Epi Info	Epi Info	RDSAT		
	%	%	%	Гомофилия	Эквилибриум
ВИЧ	0	2,7% (0,7-6,7)	2,3% (0,5-4,9)	-1/0	2 волны
ВГС	80,7% (73,4-86,7)	72% (64,1-79)	69,2% (57,9-80,4)	0,3	4 волны
Сифилис	15,3% (10-22,1)	11,3% (6,7-17,5)	8,5% (4-14,9)	+0,1	2 волны

Выводы по итогам ДЭН среди ПИН в Актюбинской области за 2010 и 2011годы

1. Изменение методики отбора участников ДЭН в 2011г. обеспечило получение более репрезентативных результатов, которые могут быть проецированы на популяцию ПИН г. Актобе, что подтверждается отличием основных характеристик выборочных популяций, построенных самими респондентами, от полученных неслучайными методами отбора.
2. При разработке и реализации программ по профилактике ВИЧ-инфекции необходимо учитывать выявление наиболее распространенных рискованных практик, влияющих на инфицирование ВИЧ (использование общей посуды для приготовления наркотика и неприменение презерватива с постоянными половыми партнерами), а также недостаточный доступ большинства ПИН к получению комплекса профилактических услуг.
3. Для качественного проведения РДС необходимо обеспечить достаточное финансирование для первичного и вторичного вознаграждения, оптимизировать нагрузку на персонал, более тщательно планировать работу и подбор команды.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

6.1. Выводы

1. В 2011 году доля ПИН от общей численности населения РК от 15 лет и старше составила в среднем по стране 1%, распространенность наркопотребления превысила этот уровень в 8 регионах, наибольшая отмечается в Павлодарской области.
2. На официальном учете в учреждениях наркослужбы состоит только 24,5% от оценочного количества ПИН по БОС, причем число состоящих на диспансерном учете ПИН снизилось в 2011г. по сравнению с 2010г. в нескольких регионах РК при параллельном увеличении оценочных данных (БОС), наиболее резкое сокращение произошло в Кызылординской области (в 7 раз).
3. Охват обследованием ПИН на ВИЧ-инфекцию по 102 коду в 2011г. увеличился, составив 87% о числа состоящих на учете в наркослужбе (2010г. – 78%) и 21% от численности ПИН по БОС (2010г. – 19%), хотя в некоторых регионах объемы тестирования за 2011г. были снижены (Кызылординская и Павлодарская области, г. Алматы).
4. Выявление случаев ВИЧ инфекции среди наркопотребителей происходит по коду 102 только в четверти случаев, около половины (45% за 2011г.) выявляются при попадании в МЛС (код 112).
5. Впервые в 2011 году в РК стал преобладать половой путь передачи, составив 52,1% (50,7 – гетеросексуальный, 1,4% – гомосексуальный), однако в 5 регионах превалирует парентеральный при употреблении инъекционных наркотиков (СКО, Павлодарская, Жамбылская, Карагандинская, Костанайская области).
6. Преобладающим путем инфицирования мужчин остается парентеральный путь (72%), а женщин – половой (71%), что необходимо учитывать при разработке информационных материалов и подготовке профилактических мероприятий.
7. Прямой охват ПИН профилактическими программами в 2011г. по сравнению с 2010г. увеличился на 2%, составив 64%; систематический – на 3%, составив 47%, при этом необходимо улучшать качество профилактических услуг, так как ежегодное повышение охвата пока не дает значимых изменений поведенческих рисков ПИН.
8. Количество действующих ПД в стране уменьшилось в 2011г. по

сравнению с 2010г. на 7,7%, закрыто 16, а открыто всего 3. Число розданных шприцев на 1 ПИН в год (из расчета численности по БОС) в 2011г. уменьшилось на 22 штуки (составило 154), что недостаточно.

9. Ежегодно увеличивается средний возраст ПИН и снижается удельный вес возрастной группы до 25 лет («старение» популяции) при возрастании стажа инъекционного наркопотребления. Это может быть обусловлено не только снижением темпов вовлечения в наркопотребление молодежи, но и особенностями отбора (неслучайная выборка, применяемой для ДЭН во многих областях, где РДС не внедрен), когда из года в год в выборку попадает большое количество клиентов ПД и аутрич-работников, а новые ПИН (в том числе и молодые) остаются неохваченными.
10. По сравнению с 2010 годом в 2011г. среди ПИН отмечается увеличение распространенности всех изучаемых в ходе ДЭН инфекций: ВГС – с 58,7% до 61,2%, сифилиса – с 8,2% до 9%, ВИЧ – инфекции – с 2,8% до 3,8%. В зависимости от дозорных сайтов распространенность ВИЧ-инфекции варьировала в от 0 до 13,1 в 2010г. (г. Темиртау) и 18% – в 2011г. (г. Павлодар).
11. Употребление героина по данным ДЭН увеличилось с 87% в 2010г. до 92% в 2011г., ситуация на наркорынке нестабильна и может быстро измениться.
12. Доля ПИН, употребляющих наркотики совместно с половыми партнерами, увеличилась с 16% в 2010г. до 21% в 2011г., с незнакомыми лицами – с 17 до 19% соответственно.
13. Распространенность безопасных инъекционных практик среди ПИН снизилась с 55% – в 2010г. до 47% – в 2011г. (разница в 1,2 раза статистически достоверна), а значимой разницы в зависимости от гендерного и возрастного состава – не выявлено.
14. Распространенность практик безопасного полового поведения в 2011г. по сравнению с 2010г. изменилась незначительно, при этом более рискованное в отношении заражения ВИЧ-инфекцией и ИППП половое поведение – у лиц от 25 лет и старше.
15. Доля ПИН, использующих общий инъекционный инструментарий, снизилось с 40% – в 2010г. до 36% – в 2011г., общий шприц – с 5% в 2010г. до 4% в 2011г..
16. Наиболее часто ПИН используют презервативы с коммерческими

половыми партнерами (в 2010г. – 83%, что на уровне 2010г.), применение с непостоянными снизилось с 73 до 69%, с постоянными – с 35 до 30% соответственно. Это указывает на снижение настороженности ПИН в отношении передачи ВИЧ половым путем и создает условия для перехода инфекции на общее население.

17. Получение средств индивидуальной защиты в рамках профилактических программ по данным ДЭН в 2010г. составило 63%, в 2011г. – 65%, показатель охвата (шприцы, презервативы и информированность и возможность пройти тест на ВИЧ) составил 61% – в 2010г. и 63% – в 2011г., то есть увеличение – незначительное.
18. Доля ПИН с симптомами ИППП уменьшилась с 12% – в 2010г. до 10% – в 2011г., обращаемость за медицинской помощью по поводу ИППП – также снизилась (с 74 до 69% соответственно).
19. Ежегодно растет обращаемость ПИН в ДК (с 9% в – 2007г. до 39% – в 2011г. из числа всех обратившихся за медицинской помощью при наличии симптомов ИППП).
20. Доля ПИН, правильно ответивших на вопросы по истинным и мнимым путям передачи и мерам профилактики ВИЧ-инфекции уменьшилась с 82% – в 2010г. до 79% – в 2011г. и хотя снижение незначительно, необходимо принимать неотложные меры по улучшению информированности населения по вопросам ВИЧ/СПИД, в том числе – ПИН.
21. Доля ПИН, прошедших добровольное тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев, увеличилась незначительно – с 61% – в 2010г. до 65% – в 2011г., поэтому необходимо принимать меры для повышения доступа к тестированию ПИН и их половых партнеров на анонимной или конфиденциальной основе.

6.2. Рекомендации

1. Необходимо продолжить реализацию программ снижения вреда, поддерживая работу действующих ПД, расширяя их сеть не только в городах, но и в сельских населенных пунктах.
2. Следует усилить работу ДК с целью увеличения доступа уязвимых групп населения к своевременной и квалифицированной помощи по диагностике и лечению ИППП.
3. Для повышения эффективности профилактических вмешательств

необходимо повысить доступ для ПИН и их половых партнеров к бесплатному лечению ИППП в ДК, следует рекомендовать постоянным половым партнерам ПИН регулярно проходить обследование на ВИЧ.

4. Для повышения информированности ПИН о возможности получения качественных медицинских и профилактических услуг, предоставляемых в ПД и ДК необходимо использовать средства массовой информации для их рекламирования, в том числе – радио и печатные издания, бегущую строку, видеоролики.
5. Все мероприятия по раздаче шприцев, презервативов и тестированию на ВИЧ для ПИН должны сопровождаться информированием о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции, ИППП и парентеральных гепатитов, а также раздачей информационно-образовательных материалов.
6. Для вовлечения и удержания в профилактических программах ПИН необходимо предоставлять качественные шприцы и презервативы, для чего требуется обеспечить их апробацию в фокус-группах.
7. Необходимо внедрять приближенные к случайным методы отбора респондентов для проведения ДЭН среди ПИН, в частности – РДС, обеспечив необходимые условия, а также вознаграждение за участие и рекрутирование. Обеспечить соблюдение методики и контроль качества на всех этапах ДЭН для получения качественных данных для мониторинга и оценки реальной ситуации среди ПИН в РК.
8. Необходимо расширять сеть НПО работающих с ПИН (в том числе – по социальному сопровождению и реабилитации, способствовать повышению их потенциала), рассмотреть возможность расширения сайтов ОЗТ.

Обзор
ситуации по ВИЧ-инфекции среди работников секса в Республике Казахстан по данным эпидемиологического надзора за 2010 – 2011 годы

Сахнова Наталия

Заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Центра по профилактике и борьбе со СПИД города Семей

Список рисунков

Рисунок 1	Количество РС в РК по БОС в абс. числах (2010 – 2011г.г.)
Рисунок 2	Охват РС профилактическими программами (%) от БОС по регионам в сравнении, РК, 2010 – 2011 годы.
Рисунок 3	Привлечение «новых» РС в профилактические программы по ВИЧ/СПИД (% от БОС), РК, 2010 – 2011 годы.
Рисунок 4	Обеспеченность РС презервативами (в штуках на 1 РС от БОС) по регионам, РК, 2011 год.
Рисунок 5	Обеспеченность презервативами на одну РС т БОС в год (в штуках.), РК 2005 – 2011 г.г.
Рисунок 6	Динамика среднего возраста РС, стажа работы в секс-бизнесе и доли РС со стажем в секс-бизнесе менее 12 месяцев, ДЭН РК 2007 – 2011г.г., (2007г. – N = 2067; 2008 г. – N = 2280; 2009 г. – N = 2250; 2010 г. – N = 2259; 2011 г. – N = 2286).
Рисунок 7	Распространенность ВИЧ (%) среди РС по дозорным сайтам, ДЭН РК 2010 – 2011г.г., (2010г. – N = 2259; 2011 г. = 2286).
Рисунок 8	Распространенность ВИЧ (%) среди РС-ПИН и РС не ПИН за 2006-2011 год, ДЭН 2006 – 2011г.г., РК.
Рисунок 9	Распространенность ВИЧ (%) среди РС-ПИН по дозорным сайтам , ДЭН 2010 – 2011г.г., РК.
Рисунок 10	Распространенность ВИЧ (%) среди РС, не употребляющих инъекционные наркотики по дозорным сайтам, ДЭН 2010 – 2011г.г., РК.
Рисунок 11	Распространенность ВИЧ-инфекции (%) среди РС возрастов моложе 25 лет и 25 лет и старше по дозорным сайтам, ДЭН 2010 год, РК.
Рисунок 12	Распространенность ВИЧ-инфекции (%) среди РС возрастов моложе 25 лет и 25 лет и старше по дозорным сайтам, ДЭН 2011год, РК.
Рисунок 13	Распространенность антител к сифилису (%) среди РС по дозорным сайтам, ДЭН РК 2010 -2011 г.г., (2010г. – N = 2259; 2011 г. = 2286).
Рисунок 14	Распространенность антител к сифилису (%) среди РС-ПИН и РС не ПИН за 2006-2011 год, ДЭН 2006 – 2011г.г., РК.
Рисунок 15	Распространенность антител к сифилису (%) среди РС-ПИН и РС не ПИН по дозорным сайтам, ДЭН 2010 г., РК.
Рисунок 16	Распространенность антител к сифилису (%) среди РС-ПИН и РС не ПИН по дозорным сайтам, ДЭН 2011 г., РК.
Рисунок 17	Распространенность антител к сифилису (%) среди РС возрастов моложе 25 лет и старше 25 лет по дозорным сайтам, ДЭН 2010 г., РК.
Рисунок 18	Распространенность антител к сифилису (%) среди РС возрастов моложе 25 лет и старше 25 лет по дозорным сайтам, ДЭН 2011г., РК.
Рисунок 19	Распространенность вирусного гепатита С (%) среди РС по дозорным сайтам, ДЭН РК 2010 -2011 г.г., (2010г. – N = 2259; 2011 г. = 2286).

Рисунок 20	Распространенность Вирусного гепатита С (%) среди РС-ПИН и РС не ПИН, ДЭН 2006 -2011 г.г, РК.
Рисунок 21	Распространенность вирусного гепатита «С» (%) среди РС-ПИН и РС не ПИН по дозорным сайтам, ДЭН 2010 г., РК.
Рисунок 22	Распространенность вирусного гепатита «С» (%) среди РС-ПИН и РС не ПИН по дозорным сайтам, ДЭН 2011 г., РК.
Рисунок 23	Распространенность вирусного гепатита «С» среди РС (%) возрастов моложе 25 лет и 25 лет и старше по дозорным сайтам, ДЭН 2010 год, РК.
Рисунок 24	Распространенность вирусного гепатита «С» среди РС (%) возрастов моложе 25 лет и 25 лет и старше по дозорным сайтам, ДЭН 2011 год, РК.
Рисунок 25	Использование презерватива РС во время последней половой связи с постоянным половым партнером по дозорным сайтам, ДЭН 2010 – 2011 годы, РК.
Рисунок 26	Использование презерватива РС во время последней половой связи с непостоянным половым партнером по дозорным сайтам, ДЭН 2010 – 2011 годы, РК.
Рисунок 27	Доля РС (%), указавших на использование презерватива во время полового контакта с последним клиентом по дозорным сайтам, ДЭН 2010 -2011 г.г., РК.
Рисунок 28	Доля РС-ПИН, указавших на принятие ими безопасного инъекционного и полового поведения (%), ДЭН 2008 -2011 г.г., РК.
Рисунок 29	Наличие симптомов ИППП у РС и поиск их лечения (%), ДЭН 2007 -2011 г.г., РК.
Рисунок 30	Доля РС (%), правильно указавших способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергших основные неверные представления о передаче ВИЧ , ДЭН 2007 -2011 г.г., РК.
Рисунок 31	Доля РС (%), правильно указавших способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергших основные неверные представления о передаче ВИЧ по дозорным сайтам, ДЭН 2010 -2011 г.г., РК.
Рисунок 32	Доля РС (%), охваченных программами профилактики ВИЧ по дозорным сайтам, ДЭН 2010 -2011 г.г., РК.
Рисунок 33	Доля РС (%), прошедших тестирование на ВИЧ и знающих результат своего теста по дозорным сайтам, ДЭН 2010 -2011 г.г., РК.

Список таблиц

Таблица 1	Количество РС по БОС в абсолютных числах (2011г.), РК
Таблица 2	Количество РС по БОС, обследованных по коду 105 и выявленных ВИЧ – инфицированных, в разрезе регионов РК (2010-2011 годы).

1. Введение

1.1.Контекст

В докладе Объединенной программы ООН по СПИДу говорится об основных проблемах, связанных с уязвимостью работников коммерческого секса перед ВИЧ, а также о тех глобальных мерах, которые необходимо предпринять для решения этих проблем.

Все более очевидно, что секс-бизнес распространен очень широко, если не повсеместно. Он развивается там, где есть спрос на сексуальные услуги и, в то же время, существуют благоприятные условия. Это: концентрация сексуально активного населения, достаточная анонимность, преобладание мужского населения, и, что наиболее важно, существование социально-экономического неравенства, вследствие которого клиенты могут позволить себе услуги секс-бизнеса, а для его работников он становится источником заработка.

Факторы, которые могут повысить уязвимость работников секс-бизнеса к ВИЧ-инфекции, как правило, те же, которые толкают людей к занятию секс-бизнесом. Проблемы, связанные с этой деятельностью, часто тесно переплетены и взаимно усугубляют друг друга, и их необходимо принимать во внимание при разработке или осуществлении профилактических программ в области секс-бизнеса.

Основную роль при этом часто играют следующие определяющие моменты: бедность и ограниченные возможности заработка, особенно среди женщин и молодежи; гендерное неравенство женщин; общественные нормы, подчеркивающие доминирующую роль мужчины в сфере секса; сексуальная эксплуатация, включая торговлю людьми; повышенная мобильность современной жизни (миграция из сельской местности в города, в другие страны; лагеря беженцев и т.п.). Культурные и/или традиционные представления и обычаи также могут повысить риск вовлечения в секс-бизнес, равно как и зависимость мужчин от услуг коммерческого секса. Например, согласно традициям некоторых стран, существующим уже несколько поколений, юноши должны начинать половую жизнь с более опытной женщиной – обычно, с работницей секс-бизнеса. В других странах считается, что если мужчина не снимет сексуальное напряжение как можно скорее, это может повредить здоровью. В результате, все большее число мужчин, – на-

ходящихся в поездках, мигрантов и неженатых – полагаются на услуги работниц секс-бизнеса.

Стигматизация и маргинализация часто связаны с деятельностью работников секс-бизнеса. А вытекающая из этого социальная изоляция способствует дискриминации, которая может ограничить доступ работников секс-бизнеса к юридическим, медицинским и социальным услугам, что также повышает их уязвимость к ВИЧ. В условиях действия жестоких законов и жесткой политики секс-бизнес, как правило, становится все более «подпольным», из-за чего осуществление мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа становится практически невозможным.

Образ жизни также может повысить риск ВИЧ-инфекции для работников секс-бизнеса и их клиентов. Сфера секс-услуг часто связана с употреблением алкоголя и наркотиков. Употребление алкоголя ослабляет сдерживающие факторы и связано с более высоким уровнем заболеваемости ИППП в связи с отказом от использования или неправильным использованием презервативов.

Насилие, включая сексуальное, которому работники секс-бизнеса подвергаются со стороны клиентов, сутенеров и полиции, отмечается во всех регионах. Работники секс-бизнеса могут сталкиваться, например, с ситуациями, когда сами попытки договориться о безопасном сексе или настоять на использовании презервативов могут привести к проявлениям насилия. Сексуальному пути передачи ВИЧ между потребителем инъекционных наркотиков и лицом, не употребляющим их, зачастую не придают достаточного значения. В некоторых регионах мужчины и женщины начинают заниматься коммерческим сексом, чтобы раздобыть денег для покупки наркотиков, или даже продают секс в обмен на наркотики. Таким образом, заражаясь ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков, работница секса передает ВИЧ далее уже половым путем.

Все эти проблемы делают работников секса в любых странах и регионах очень уязвимой группой, как в плане инфицирования ВИЧ-инфекцией их самих, так и в отношении повышенной роли этих людей в передаче ВИЧ своим клиентам. А далее через половых партнеров работников секс-бизнеса – перехода на общую популяцию людей, не связанную с секс-услугами.

«В соответствии с данными комиссии по СПИДу в Азии, значимой силой в эпидемии ВИЧ являются мужчины, покупающие секс-услуги.

Согласно подсчетам, около 75 миллионов мужчин в Азии пользуются платными сексуальными услугами 10 миллионов женщин. С эпидемиологической точки зрения, мужчины, покупающие сексуальные услуги у женщин в Азии в значительной мере превышают по численности потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, что подтверждает вероятную роль платных сексуальных услуг в будущем для развития эпидемии в азиатском регионе в целом. При этом, большинство этих женщин были инфицированы путем половых контактов с мужьями и партнерами, которые в свою очередь заразились в результате использования платных сексуальных услуг или потребления инъекционных наркотиков» (Commisionon AIDS in Asia (2008) Redefining AIDS in Asia. Craftingan Effective Response, Oxford University Press, New Delhi 2008).

Соответственно, мониторинг за распространением ВИЧ-инфекции среди работников секса и за условиями, способствующими внедрению ВИЧ в популяцию работников секса, играет важнейшую роль при разработке и анализе эффективности профилактических программ по ВИЧ/СПИДу в республике.

1.2. Цель

Провести обзор ситуации по ВИЧ-инфекции и оценить эффективность проводимых профилактических вмешательств среди работников секса Республики Казахстан.

Задачи:

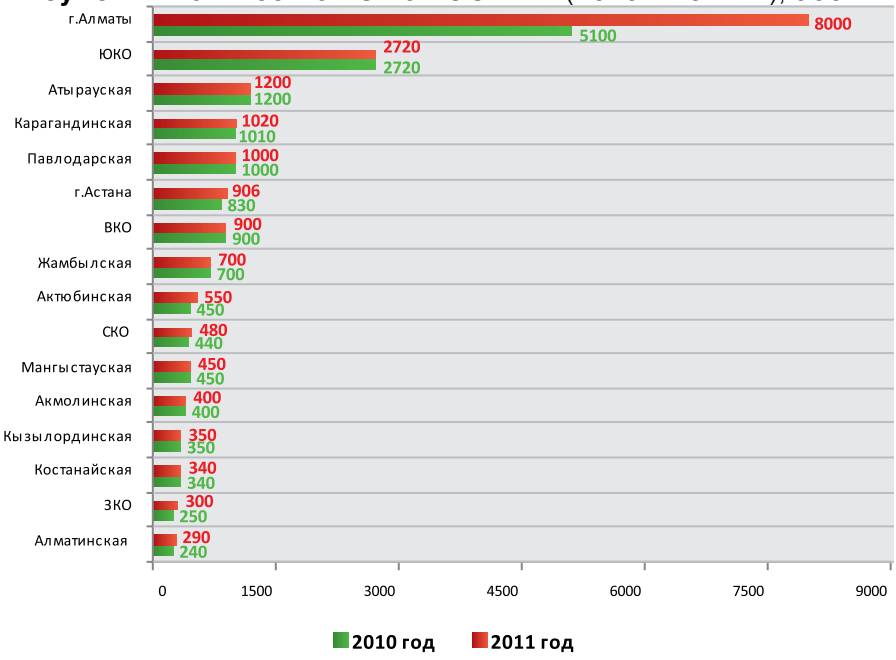
- Представить результаты БОС и данные рутинного скрининга РС за 2010 – 2011 годы в РК;
- Представление показателей программы «снижения вреда» среди РС РК за 2010-2011 годы;
- Деятельность дружественных кабинетов в РК за 2010 – 2011 годы;
- Анализ данных дозорного эпидемиологического надзора среди работников секса РК за 2010-2011 годы;
- Выводы;
- Рекомендации по улучшению качества проводимых профилактических программ среди работников секса.

1.3. Источники информации

1. Отчеты РЦ СПИД по эпидемиологическому надзору за зарегистрированными случаями (статистические отчетные формы № 1, 2, 4; эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции).
2. Отчеты по дозорному эпидемиологическому надзору среди МСМ за 2010-2011 годы.
3. Отчет о проведении быстрой оценки ситуации (БОС) среди МСМ.
4. Отчет РЦ СПИД по мониторингу профилактических вмешательств в Республике Казахстан за 2010-2011 годы.
5. Программа по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010г.г., Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

2. Численность населения и размер популяции РС

Рисунок 1. Количество РС по БОС в РК (2010 – 2011г.г), абс.



На 01.01.2012 года оценочная численность РС (те, кто оказывал коммерческие секс-услуги в течение последних 12 месяцев), составляет 19 606 человек, это в 1,2 раза больше, чем в 2010 году (в 2010 году – 16 380 чел.).

Количество РС по БОС увеличилось в 6-ти регионах РК: в 1,5 раза в г. Алматы (с 5100 до 8000), в Актюбинской, Алматинской, Западно-Казахстанской областях в 1,2 раза, в СКО и в г.Астана – в 1,1 раза. Данные по количеству работников секса в различных регионах страны представлены на рисунке № 1.

Оценочная доля РС среди городских женщин фертильного возраста в РК составляет 0,4% и варьирует по регионам от 0,1 % до 0,37 % – таблица № 1.

Таблица 1. Количество РС по БОС в РК в абсолютных числах (2011г.)

	Количество РС по БОС	Численность женщин фертильного возраста (городское население)	% РС от численности женщин фертильного возраста (городское население)
Акмолинская	400	177153	0,2
Актюбинская	550	210510	0,3
Алматинская	290	473146	0,1
Атырауская	1200	133866	0,9
ВКО	900	688530	0,1
Жамбылская	700	252564	0,3
ЗКО	300	153891	0,2
Карагандинская	1020	345426	0,3
Костанайская	340	227698	0,1
Кызылординская	350	166095	0,2
Мангистауская	450	132774	0,3
Павлодарская	1000	196373	0,5
СКО	480	139843	0,3
ЮКО	2720	602175	0,5
г.Алматы	8000	215866	3,7
г.Астана	906	426538	0,2
Всего по РК	**19606**	**4542448**	**0,4**

3. Показатели тестирования РС на ВИЧ–инфекцию за 2010–2011 годы согласно данным «рутинного скрининга»

Половой путь передачи играет все большую роль в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Казахстане. Группа РС является уязвимой к ВИЧ-инфекции ввиду большого количества половых партнеров, невозможности контроля сексуального поведения, недостаточного уровня информированности, миграции, вовлечения в употребление алкоголя и наркотиков. 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. В этой связи осуществление эпидемиологического надзора среди РС является очень важным для понимания реальной картины эпидемии и оценки размера популяции ЛЖВ в стране.

В анализируемый период 2010-2011г.г. неоднократно менялись действующие нормативные документы по тестированию подлежащих контингентов на ВИЧ-инфекцию:

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2002 года N 575 «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека»
- Приказ МЗ РК № 552 от 28.07.2010 «Об утверждении Правил медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции»
- Постановление Правительства РК № 1280 от 03.11.2011 года «Об утверждении Правил медицинского обследования лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции».

Политика тестирования данной группы на протяжении анализируемого периода практически не менялась. В целях повышения охвата тестированием данной группы, в 2007 году была внедрена экспресс диагностика ВИЧ-инфекции на базе дружественных кабинетов, но эти обследования не входят в административную статистику по скринингу (в отчет по Ф.№ 4), но данные собираются в рамках мониторинга профилактической работы с этой группой. В 2011 году была внедрена экспресс диагностика ВИЧ-инфекции в пунктах доверия.

Источники данных:

1. Статистическая отчетная форма № 1 «Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях
2. Статистическая отчетная форма № 4 Отчет о результатах обследования в ИФА на ВИЧ-инфекцию
3. Данные МиО по БОС из ОГЦ СПИД
4. Данные Агентства по статистике о численности женского населения

В 2011 году по Республике на выявление ВИЧ-инфекции было обследовано – 8187 РС (2010 год – также 8187 РС). В структуре протестированных лиц на ВИЧ инфекцию в 2011 году, удельный вес обследованных РС составляет – 0,37% (2010 год– 0,4%).

Уровень охвата тестированием РС по коду 105 в 2011 году от оценочного количества РС составил 41,8% (2010 год – 50 %).

Таблица 2. Количество РС по БОС, обследованных по коду 105 и выявленных ВИЧ – инфицированных, в разрезе регионов РК (2010–2011 годы)

Регионы	Численность РС по БОС		Количество РС, обследованных по коду 105		Доля обследованных РС в % от БОС		Количество выявленных ВИЧ-инфицированных	
	2010 год	2011 год	2010 год	2011 год	2010 год	2011 год	2010 год	2011 год
Акмолинская	400	400	355	363	88,8	90,8	0	0
Актюбинская	450	550	123	116	27,3	21,1	0	0
Алматинская	240	290	221	317	92,1	100,0	1	0
Атырауская	1200	1200	395	347	32,9	28,9	0	0
ВКО	900	900	1092	1139	100,0	100,0	1	1
Жамбылская	700	700	867	997	100,0	100,0	0	0
ЗКО	250	300	61	95	24,4	31,7	0	0
Карагандинская	1010	1020	392	360	38,8	35,3	0	0
Костанайская	340	340	121	106	35,6	31,2	0	1
Кызылординская	350	350	221	211	63,1	60,3	0	0
Мангистауская	450	450	178	168	39,6	37,3	0	0

Павлодарская	1000	1000	88	76	8,8	7,6	0	0
СКО	440	480	515	469	100,0	97,7	1	0
ЮКО	2720	2720	1910	1772	70,2	65,1	1	0
г.Алматы	5100	8000	1051	871	20,6	10,9	6	3
г.Астана	830	906	597	779	71,9	86,0	0	3
Всего по РК	**16380**	**19606**	**8187**	**8187**	**50**	**41,8**	**10**	**8 (-20%)**

Охват тестированием РС в 2011 году колеблется в регионах от 7,6% в Павлодарской области до 100% в Алматинской, ВКО и Жамбылской областях от их оценочной численности. В 2010 году – от 8,8 % в Павлодарской области до 100 % в ВКО и Жамбылской областях от их оценочной численности. В 2011 году выявлено 8 РС с положительным ВИЧ статусом (2010 год – 10 ВИЧ-инфицированных РС).

В 2011 году ВИЧ – инфицированные РС были выявлены в: гг. Алматы и Астане – по 3 чел., Костанайской и ВКО – по 1 чел. (2010 год – ВИЧ – инфицированные РС были выявлены в: Алматинской области, ВКО, СКО, ЮКО – по 1 чел. г. Алматы – 6 чел.).

Распространенность ВИЧ-инфекции среди РС по данным официальной статистики (код – 105) в 2011 году составляет 0,1% (2004 год – 0,2 %; 2005 год – 0,1 %; 2006 год – 0,1 %; 2007 год – 0,3 %; 2008 год – 0,2 %; 2009 год – 0,2 %; 2010 год – 0,12 %).

В динамике ежегодно повышался охват данной группы обследованием в расчете от БОС, рост с 35% (2005г.) до 50,0% (2010г.) и 41,8% – в 2011 году. Объемы тестирования не сопоставимы с объемами тестирования, к примеру, беременных, где этот охват составляет более 95% и данные можно использовать для расчета распространенности среди общего населения. Распространенность по скринингу РС отражает частоту выявления антител к ВИЧ только среди обследованной и более доступной части группы. Немаловажную роль на распространенность ВИЧ-инфекции играет фактор миграции РС и сезонность.

Таким образом, регистрация ВИЧ-инфекции по коду 105 не отражает истинного уровня распространенности ВИЧ-инфекции в этой группе, так как по данным проведенных в 2011 году эпидрасследований по выявленным случаям было выявлено еще 20 ВИЧ-инфицированных РС по другим кодам (10 – по коду 200.1, 8 – по коду 102, 1 по коду 104, 1 по

коду 114). Данные по охвату тестированием на ВИЧ работников секса по регионам Республики и выявленным ВИЧ-инфицированным РС за 2010 – 2011 годы представлены в таблице № 2.

4. Обзор внедрения профилактических вмешательств по ВИЧ–инфекции среди РС РК за 2010–2011 годы

4.1. Охват РС профилактическими программами

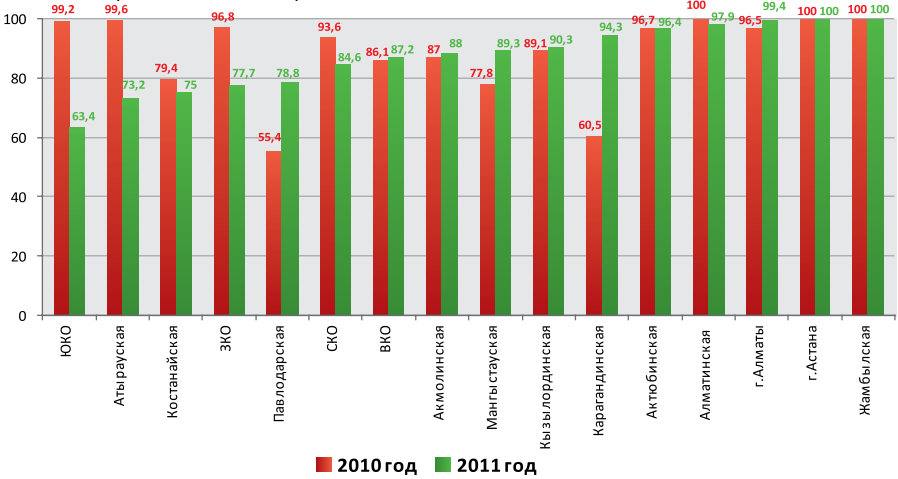
За 2011 год в Республике Казахстан аутрич-работниками и специалистами Центров по профилактике и борьбе со СПИД осуществлено 20720 выходов в места сбора секс – работников, что на 2709 выхода (на 11,6 %) меньше, чем в 2010 году (23429).При этом, в 2011 году медработниками ОГЦ СПИД осуществлено 3247 выходов (15,7 % от общего количества выходов), аутрич-работниками – 17473 (84,3 % от общего количества выходов)в места сбора РС. В 2010 году медработниками ОГЦ СПИД осуществлено 2438 выходов (10,4 % от общего количества выходов), аутрич-работниками – 20991 (89,6 % от общего количества выходов) в места сбора РС. В 2011 году в РК было задействовано 107 аутрич-работников, из них 101 оплачиваемых. В 2010 году в РК было задействовано 121аутрич-работников, из них 110 оплачиваемых. Таким образом, общее число аутрич-работников по Республике среди РС по сравнению с 2010 годом снизилось на 14 ставок или на 11,6 %.

Профилактической работой в 2011 году было охвачено – 17473 работников секса, или 89,1% от их оценочной численности (2010 год – 14857 РС или 90,7%). В сравнении с 2010 годом, в 2011 году в РК наблюдается увеличение РС, охваченных профилактическими программами на2616 РС или на 17,6 %. В 2011 году в г.Астана и Жамбылской области 100% РС были охвачены профилактическими программами. Ниже республиканского показателя в 2011 году охват профпрограммами РС в ВКО, СКО, ЗКО, ЮКО, Павлодарской, Костанайской и Атырауской областях.

В общем, по Республике охват РС профпрограммами за 2010 – 2011 год остается на уровне около 90 % от БОС. Однако, в2011 году сравнении в с 2010 годом, он уменьшился в ЮКО в 1,6 раза, Атырауской

области – в 1,3 раза, ЗКО – в 1,2 раза. Увеличился охват РС профпрограммами в Павлодарской (в 1,4 раза), Мангыстауской (в 1,1 раза) и в Карагандинской (в 1,6 раза) областях. Данные по охвату РС РК профпрограммами по ВИЧ/СПИД в сравнении за 2010-2011 годы представлены на рисунке № 2.

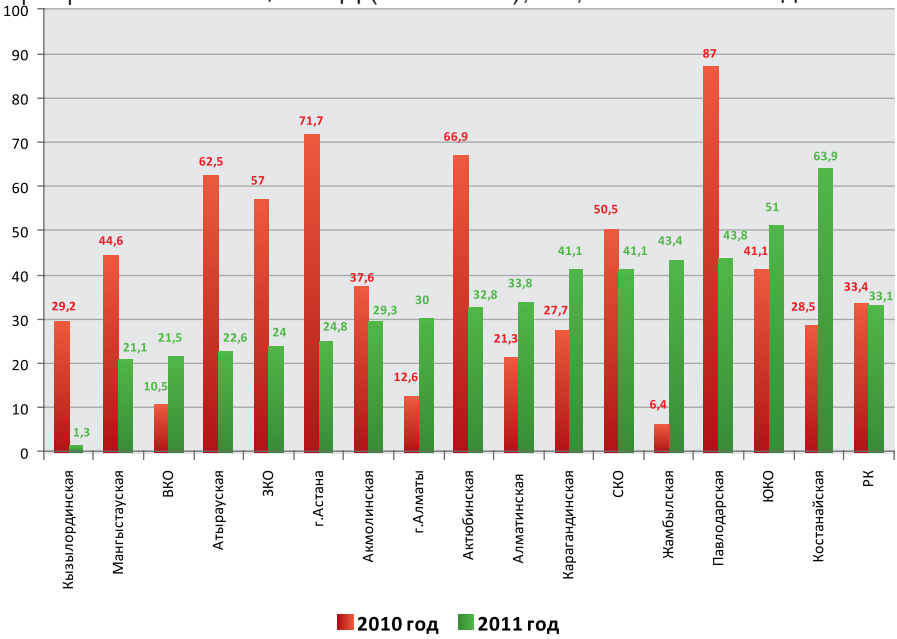
Рисунок 2. Охват РС профилактическими программами (%) от БОС по регионам в сравнении, РК, 2010 –2011годы.



За 2011 год в РК 5787новых секс работников было вовлечено в профилактические программы (29,5% от оценочной численности). В 2010 году количество секс работников, вновь вовлеченных в профилактические программы составило – 4965 РС (30,3 %) от числа РС по БОС. Увеличение количества новых секс-работников, вовлеченных в программы СВ по стране произошел на 822 РС (на 16,6 %).

Количество новых РС за 2011 год составило 33,1 % от 17473 чел. общего охвата РС профпрограммами (2010 год – 33,4 % от 14857чел. общего охвата РС профпрограммами). В 2011 году максимально привлечено «новых» РС к профпрограммам – в Карагандинской, СКО, Жамбылской, Павлодарской, ЮКО и Костанайской областях (выше 40 % от охвата). В 2010 году максимально привлечено «новых» РС к профпрограммам – в Павлодарской, Актюбинской, г.Астана, Атырауской и Мангыстауской областях. Привлечение новых РС РК к профилактическим программам за 2010-2011 годы по регионам РК представлено на рисунке № 3.

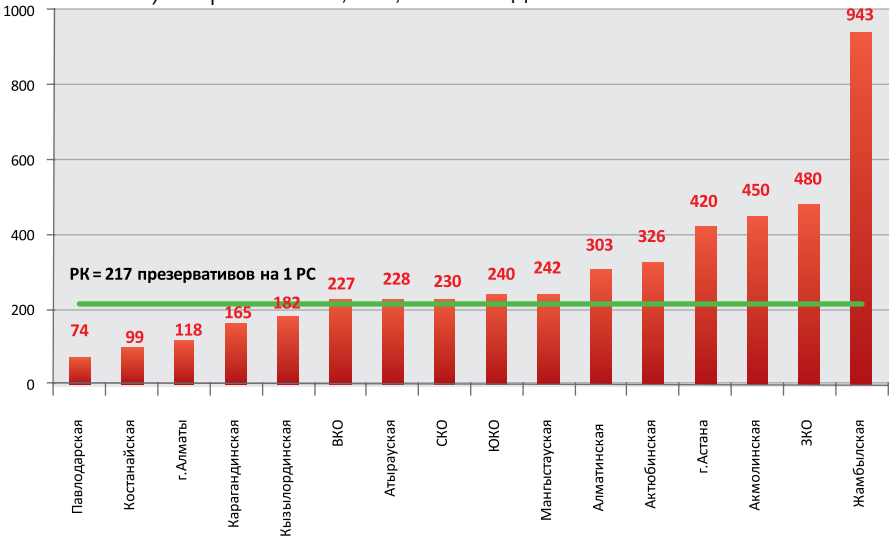
Рисунок 3. Привлечение «новых» РС в профилактические программы по ВИЧ/СПИД (% от БОС), РК, 2010 – 2011годы.



4.2. Обеспечение РС материальными ресурсами

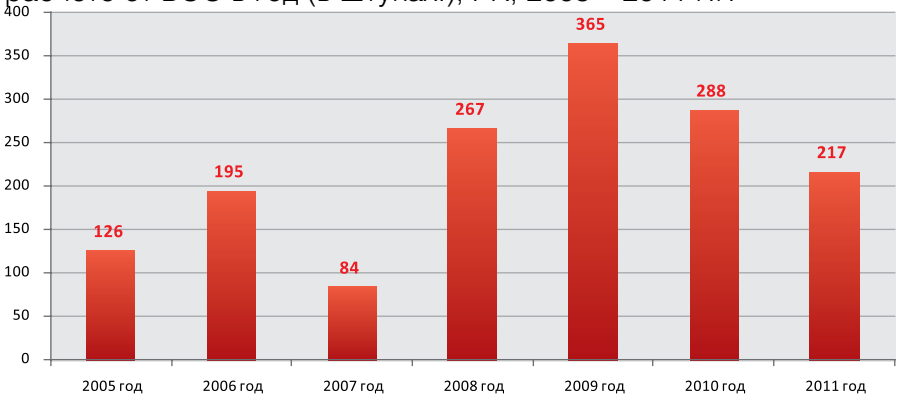
За 2011 год для РС РК было роздано 4264040 штук (2010г. – 4715081) презервативов, что на 451041 шт. или на 9,6% меньше по сравнению с 2010 годом. Показатель обеспеченности презервативами РС (от оценочной численности) составил 217 штук на одну РС, против 288 – в 2010 году. По сравнению с 2010 годом произошло снижение на 71 шт. или на 24,7 %. Однако для того, чтобы профилактические программы среди РС работали необходимо не менее 720 презервативов на 1 РС в год (рекомендации ВОЗ). Таким образом, в 2011 году РС были обеспечены презервативами на 30 % от необходимого количества. Ниже среднереспубликанского уровня показатель обеспеченности РС презервативами в Павлодарской (74 шт. презервативов на 1 РС), Костанайской (99), г. Алматы (118), Карагандинской (165) и Кызылординской (182) областях. Данные по обеспечению РС РК презервативами в разбивке по регионам за 2011 год представлены на рисунке № 4.

Рисунок 4. Обеспеченность РС презервативами (в штуках на 1 РС от БОС) по регионам, РК, 2011 год.



Обеспеченность РС презервативами за последние 7 лет неодинакова по годам. Максимальное количество РС было роздано в 2009 году (365 шт. на 1 РС от их оцениваемого количества). Данные по количеству розданных шприцев за 2005-2011 годы на 1 РС от БОС представлены на рисунке № 5.

Рисунок 5. Обеспеченность презервативами на одну РС в расчете от БОС в год (в штуках.), РК, 2005 – 2011 г.г.



Секс – работницам, употребляющим наркотики инъекционным путем, в 2011 году роздано 91033 шт. шприцев (в 2010 году – 154419 шт. шприцев). По сравнению с предыдущим годом, произошло снижение количества розданных шприцев на 63386 шт. или на 41%. Многие РС-ПИН дополнительно получают шприцы через стационарные и передвижные пункты доверия при ОГ ЦСПИД.

4.3. Консультирование и лечение РС

По направлению аутрич–работников в 2011 году проконсультировано:

- у врача-гинеколога 7018 РС (в 2010 году – 6443 РС), увеличение в сравнении с 2010 годом на 575 РС или на 8,9 %. Наиболее значительное снижение консультаций у гинеколога произошло в Актюбинской (с 435 до 173 – на 60,2 %), Карагандинской (с 431 до 182 – на 57,8 %), Павлодарской (с 184 до 82 – на 55,4 %), Атырауской (с 575 до 444 – на 22,8 %)областях. Значительное увеличение консультаций гинеколога произошло в ЮКО (с 23 до 172 – на 647,8 %), Жамбылской (с 116 до 455 – на 292,2 %) областях, в г.Астана (с 0 до 84 – на 100 %), г. Алматы (с 4012 до 4778 – на 19,1 %).
- у врача– венеролога – 2313 РС (в 2010 году – 6038 РС), отмечается снижение в сравнении с 2010 годом на 3725 РС или на 61,7 %. Наиболее значительное снижение консультаций у венеролога произошло в г.Алматы (с 3935 до 0 – на 100 %), Алматинской (со 105 до 16 – на 84,8 %), ВКО (с 418 до 88 – на 78,9 %), Кызылординской (с 57 до 35 – на 38,6 %), Карагандинской (с 371 до 233 – на 37,2 %), Актюбинской (с 435 до 300 – на 31 %) областях. Значительное увеличение консультаций венеролога произошло в ЗКО (с 8 до 119 – на 1387,5 %), Костанайской (с 5 до 66 – на 1220 %), СКО (с 39 до 305 – на 682,1 %), Жамбылской (с 116 до 455 – на 292,2 %), г.Астана (с 0 до 84 – на 100 %), Мангыстауской (с 18 до 50 – на 64 %), ЮКО (с 264 до 329 – на 24,6 %) областях.
- у врача-нарколога – 67 РС (в 2010 году – 213 РС), отмечено снижение в сравнении с 2010 годом на 146 РС или на 68,5 %. Наиболее значительное снижение консультаций у нарколога

произошло в г. Алматы (с 7 до 0 – на 100 %), Мангыстауской (с 10 до 0 – на 100 %), Актюбинской (с 80 до 5 – на 93,8 %), Павлодарской (с 56 до 11 – на 80,4 %), ЗКО (с 6 до 2 – на 66,7 %), Карагандинской (с 20 до12 – на 40 %), ВКО (с 19 до 12 – на 36,8 %) областях.

В Акмолинской, Атырауской, Жамбылской, ЮКО областях и г.Астана ни одна РС в 2010 – 2011 году не проконсультирована у нарколога. Увеличение консультаций нарколога произошло в Костанайской области (с 3 до 12 – на 75 %).

- у психолога – 2027 РС (в 2010 году – 5900 РС), отмечено снижение в сравнении с 2010 годом на 3873 РС или на 65,6%. Наиболее значительное снижение консультаций у психолога произошло в СКО (с 412 до 7 – на 98,3 %), г. Алматы (с 3290 до 176 – на 94,7 %),ВКО (с 501 до 27– на 94,6 %), Кызылординской (с 141 до 23 – на 83,7 %), Костанайской (с 30 до 11 – на 63,3 %), Карагандинской (с 180 до68 – на 62,2 %), Мангыстауской (с 360 до 205 – на 43,1 %), Павлодарской (с 33 до 25 – на 24,2 %) областях. В Алматинской области, ЗКО, ЮКО областях и в г.Астана ни одна РС в 2010 – 2011 году не проконсультирована у психолога. Значительное увеличение консультаций психолога произошло в Актюбинской (с 15 до 85 – на 466,7 %), Жамбылской (с 262 до 493 – на 88,2 %), Атырауской (с 644 до 879 – на 36,5 %) областях.

В 2011 году ПСК было проведено 17473 РС – 100 %от охвата (в 2010 году – 14857 РС -100 %).Из них 92,1%РС прошли тестирование на ВИЧ – инфекцию, из которых 55,9% РС прошли тестирование экспресс-методом.

4.4. Деятельность Дружественных кабинетов в Казахстане в 2010-2011 гг.

В Республике Казахстан в соответствии с приказом МЗ РК № 295 от 29 марта 2004 года «Об организации деятельности дружественных кабинетов» организованы и работают дружественные кабинеты для диагностики и лечения ИППП у представителей уязвимых групп населения (ДК). Всего в РК на 01.01.2011г. работал 31 ДК, из них при центрах СПИД – 22, при НПО – 3, при других ЛПО – 6 (КВД и ж/к).

В 2011г. в ДК обратилось – 25345чел. (в 2010году – 23623чел.). По сравнению с 2010 годом наблюдается увеличение обратившихся лиц на 1722 чел. (на 7,3 %).

Количество посещений дружественных кабинетов (РК) в 2011 году – 50580 (в 2010 году – 35774). По сравнению с 2010 годом наблюдается увеличение посещений на 14806 человек или на 41,4 %.

В 2011 году из 25345 лиц, обратившихся в ДК, – 40,4% составляют РС (10246 чел.), молодежь – 32,9 % (8331 человек), ПИН – 24% (6091 человек), МСМ – 2,7% (677 человек). По прежнему, основными клиентами ДК являются РС. С 2007 года, количество клиентов ПИН выросло в 1,7 раза. МСМ составляют только от 1 до 3 % от всех клиентов ДК.

У 74,1% (7595 чел.) РС, из числа обратившихся в 2011 году, выявлены один или более синдромов ИППП (2010 год – у 7824 РС или у 75,2 %).

В 2011 году – 17,8% (1831 чел.) РС были направлены в КВД и женские консультации для уточнения диагноза (2010 год – 3224 РС или 31%). Снижение в сравнении с 2010 годом количества РС, направленных в КВД и женские консультации для уточнения диагноза, произошло на 1393 РС или на 43,2 %.

Количество РС, обследованных на ИППП в 2011 году – 9171 чел. или 89,5 % от обратившихся лиц (2010 год – 10000 РС или 96,2 %). В 2011 году выявлены диагнозы ИППП у 10066 обратившихся РС (2010 год – у 7186 РС). В 2011 году у РС пролечены 10698 случаев ИППП (2010 год – 8365). Наблюдается увеличение в сравнении с 2010 годом количества пролеченных случаев ИППП на 2333 случая или на 27,9 %.

В 2011 году 100% РС были охвачены ПСК (2010 год – 95,8 %). В 2011 году все они обследованы на ВИЧ-инфекцию (2010 год – 100% от получивших ПСК). В 2011 году 7130 клиентов РС (69,6 % от числа РС, посетивших ДК) обследованы на ВИЧ-инфекцию экспресс-методом (2010 год – 9070 РС или 87,2%). В сравнении с 2010 годом наблюдается снижение количества РС, обследованных экспресс-методом на 1940 чел. или на 21,4 %.

Всего в 2011 году в дружественных кабинетах РС было роздано – 722837 шт. презервативов и 9066 экз. ИОМ (2010 год – 731442 презервативов и 10414 экз. ИОМ). В сравнении с 2010 годом наблюдается снижение количества розданных презервативов на 8605 шт. (на 1,2 %), ИОМ на 1348 экз. или на 13 %.

5. Проведение дозорного эпидемиологического надзора среди работников секса за 2010–2011 годы

Для постоянного мониторинга и регулярной оценки профилактических программ среди уязвимых к ВИЧ групп населения в РК с 2003 (в пилотных сайтах), а с 2005 года по всей стране внедрен дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН). Преимуществом ДЭН является возможность изучения распространенности антител к ВИЧ, ВГС и сифилису среди РС в зависимости от социально-демографических и поведенческих особенностей. Изучение уровня информированности РС по вопросам безопасного поведения, а также доступа к медицинским и профилактическим услугам особенно актуально для коррекции проводимых вмешательств в данной группе. ДЭН проводится в местах дислокации РС (кластерах). В 2011 году ДЭН проводился в 20 городах РК, называемых дозорными сайтами.

ДЭН среди РС проводится в течение каждого четного календарного года согласно типовому календарному плану (май-июнь).

5.1. Методология проведения ДЭН среди РС

Дизайн исследования

Тип исследования: кроссекционный – одномоментное поперечное исследование в популяции РС дозорных сайтов, включающее поведенческий и серологический надзор.

Стандартная методика исследования:

интервьюирование после получения устного информированного согласия и связанное анонимное тестирование на ВИЧ, ВГС и сифилис с проведением до и послетестового консультирования.

Инструмент сбора данных:

- социально-демографические и поведенческие характеристики – стандартизированная структурированная анкета, прошедшая апробацию в целевой группе;
- серологические данные – забор капиллярной крови на филь-

тровальную бумагу с последующим высушиванием образцов и анализом в ИФА (метод СККК – сухая капля капиллярной крови).

Основные этапы ДЭН среди РС:

- Подготовительный, включающий формативное исследование для сбора предварительной информации на дозорном сайте с целью определения оптимальных условий проведения ДЭН.
- Полевой, или основное исследование – сбор данных у лиц, выбранных из популяции РС данного дозорного сайта в соответствии со стандартной методикой по утвержденному алгоритму.
- Аналитический – лабораторный анализ образцов крови (СККК), обработка полученных социально-демографических, поведенческих и серологических данных в программе EpiInfo.
- Подготовка отчетов о результатах исследования и их распространение.

Изучаемая популяция:

Работницы секса (РС) – женщины, оказывающие сексуальные услуги за вознаграждение (любой проникающий половой контакт за деньги, или наркотики) в течение 12 месяцев, предшествующих дате исследования на территории дозорного сайта и соответствующее всем критериям включения.

Критерии включения в исследование:

- Принадлежность к целевой группе, которая определяется в ходе скрининг-теста в соответствие с формой верификации.
- Возраст от 16 лет и старше.
- Наличие устного информированного согласия на интервью и забор крови.

Определения случая по СККК:

Определение случая ВИЧ-инфекции:

Положительный результат исследования СККК на антитела к ВИЧ в скрининговом тесте с последующим подтверждением положительного результата на экспертной тест-системе.

Определение случая вирусного гепатита «С»:

Положительный результат исследования СККК на антитела к ВГС в скрининговом тесте с последующим подтверждением положительного результата на экспертной тест-системе.

Определение случая сифилиса:

Положительный результат исследования СККК на суммарные антитела (M и G) к Treponema pallidum в скрининговом тесте с последующим подтверждением положительного результата на экспертной тест-системе.

5.2. Социально-демографические характеристики дозорной группы РС

Выборка группы работников секса в 2011 году составила 2286 человек (2010 год – 2259). По данным ДЭН за 2011 год группа РС представлена респондентами в возрасте от 15 до 49 лет (2010 год от 15 до 53 лет). Средний возраст РС в 2011 году – 26,6 лет, медиана возраста – 26 лет, мода – 23 года (в 2010 году средний возраст РС – 27 лет, медиана возраста – 26 лет, мода – 25 лет).

В 2011 году в браке состоят – 6,3 % РС (2010 год – 7 % РС), не замужем – 54 % (2010 год – 53 % РС), разведены – 33,6% (2010 год – 36 % РС), вдовы – 3,4% (2010 год – 7 % РС).

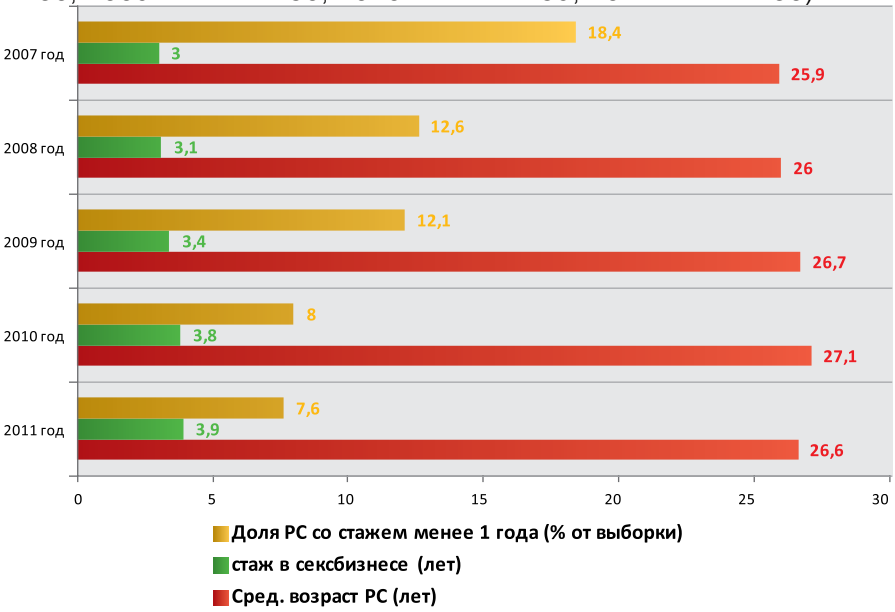
Начальное образование имеют 12,8% (2010 год – 14,8 %), среднее – 67,1 % (2010 год – 66,7 %), высшее – 14 % (2010 год – 11,6 %), не имеют образования 6,1 % (2010 год – 6,8 %) РС.

В 2011 году средний стаж занятия секс бизнесом составляет – 3 года 10 мес. (в 2010 году – 3 года 6 мес.), медиана стажа – 3 года (в 2010 году – 3 года). В 2011 году РС со стажем работы в секс-бизнесе менее 12 месяцев составляли 7,6 % (2010 год – 8 % РС). За последние 5 лет увеличились средний возраст РС, стаж работы в секс-бизнесе при одновременном снижении в 2,4 раза новеньких РС со стажем работы в секс-бизнесе менее 12 месяцев (рисунок № 6).

У 76,5% (в 2010 году – у 79,2%) РС – секс бизнес – основной источник получения доходов. В 2011 году медиана недельного дохода РС составила 30000 тенге (в 2010 году – 40700 тенге).

В 2011 году среднее количество половых партнеров в месяц – 45 чел. (в 2010 году – 43 чел.).

Рисунок 6. Динамика среднего возраста РС, стажа работы в секс–бизнесе и доли РС со стажем в секс–бизнесе менее 12 месяцев, ДЭН РК 2007 – 2011г.г., (2007г. N= 2067; 2008 г. N= 2280; 2009 г. –N= 2250; 2010 г.–N = 2259; 2011 г. N= 2286).



В 2011 году 6,1 % (2010 год – 8,5 %) РС при опросе ответили, что вводят инъекционные наркотики, но если использовать распространенность ВГС, как маркер инъекционного употребления наркотиков, то опыт употребления наркотиков имеют – 13,4 % РС (2010 год –12,4 %), формируя «мост» по передаче ВИЧ от субпопуляции ПИН к общей популяции

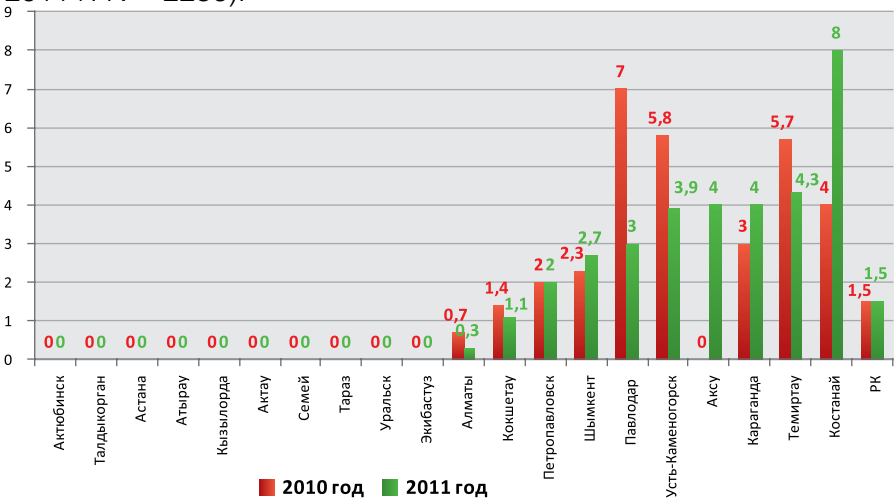
По данным ДЭН, за последние 6 лет средний возраст РС увеличился на 1,5 года с 25 лет в 2006 году до 26,6 лет в 2011 году. На 1 год 4 месяца увеличился средний стаж занятия секс бизнесом (с 2 лет 6 месяцев до 3 лет 10 месяцев). Доля РС со стажем занятия секс бизнесом менее 1 года уменьшилась в 2,6 раза, с 19,5% до 7,6 %. Доход за неделю увеличился в 2 раза (с 15 000 до 30000 тенге). Уменьшилось количество РС употребляющих инъекционные наркотики, с 10% – в 2006 году до 6,1 % – в 2011 году по словам самих РС и с 27% до 13,4 %, если использовать ВГС как маркер инъекционного употребления наркотиков.

5.3. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса среди РС

Распространенность ВИЧ – инфекции среди РС РК по данным ДЭН в 2011 году составила 1,5%, и осталась на уровне 2010 года -1,5%. В 2006 году распространенность ВИЧ-инфекции у РС составляла – 2,5%, в 2007г. – 2,3%, в 2008г. – 1,4%, в 2009г. – 1,3%.

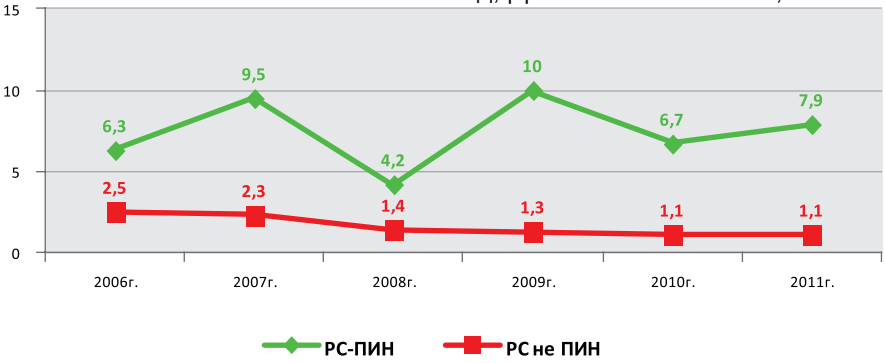
Выше республиканского показателя, в 2011 году распространенность ВИЧ среди РС наблюдается в Костанае, Темиртау, Караганде, Аксу, Усть-Каменогорске, Павлодаре, Шымкенте и Петропавловске. В 10 сайтах в 2011 году антитела в ВИЧ-инфекции среди РС не обнаружены (в 2010 году антитела к ВИЧ не обнаружены у РС в 11-ти сайтах) – рисунок № 7.

Рисунок 7. Распространенность ВИЧ–инфекции (%) среди РС по дозорным сайтам, ДЭН РК 2010 – 2011г.г., (2010г. N= 2259; 2011 г. N = 2286).



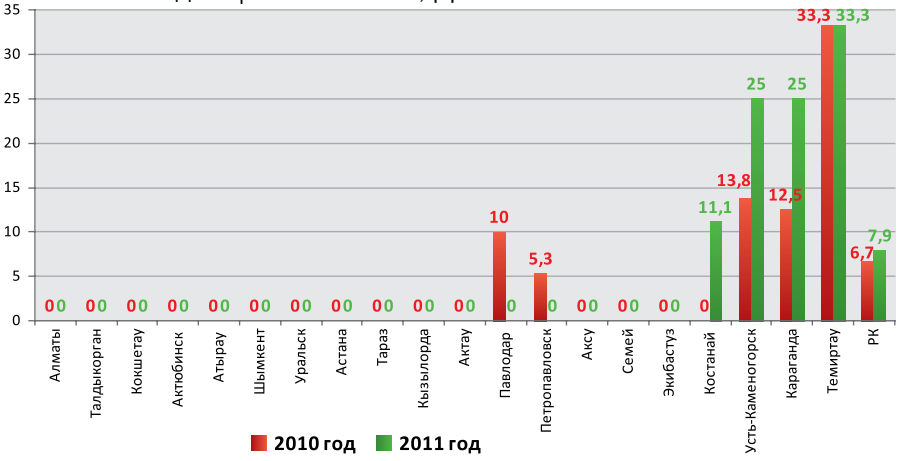
Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди РС-ПИН в 2011 году составил – 7,9% (2010г.– 6,7 %). Данный показатель среди РС-ПИН за последние 6 лет наблюдения стабильно в 4-6 раз превышает распространенность ВИЧ среди РС не ПИН (рисунок № 8). В 2010 году по РК соотношение рисков – 6,3; P< 0,000001. В 2011 году по РК соотношение рисков – 7,8709; P< 0,00000001.

Рисунок 8. Распространенность ВИЧ–инфекции (%) среди РС–ПИН и РС не ПИН за 2006–2011 год, ДЭН 2006 – 2011г.г., РК.



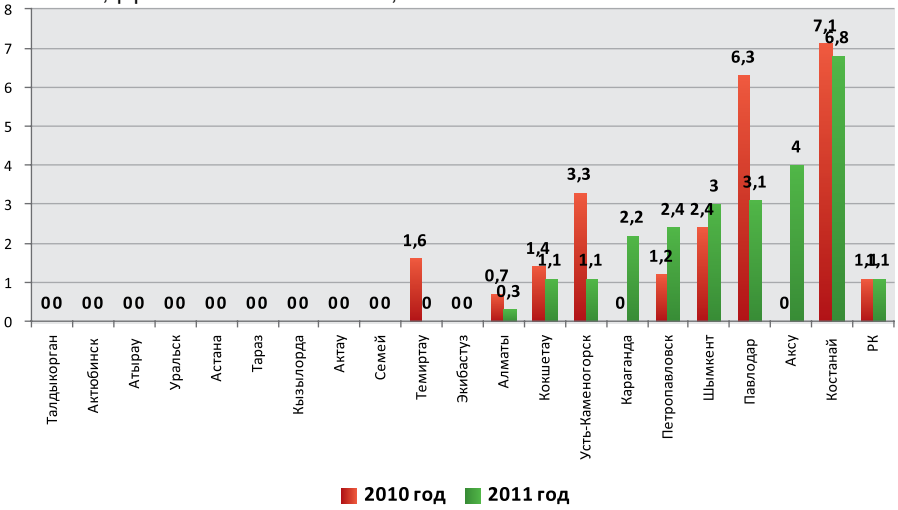
В 2011 году ВИЧ-инфекция среди РС-ПИН выявлялась в 4-х сайтах РК из 20-ти (в Темиртау, Караганде, Усть-Каменогорске и Костанае); в 2010 году – в 5-тисайтах РК (Темиртау, Караганде, Усть-Каменогорске, Петропавловске и Павлодаре). Причем, высокая распространенность ВИЧ в 2010 году среди РС-ПИН в Павлодаре и Петропавловске (соответственно 10 % и 5,3 %), по непонятным причинам в 2011 году снизилась до 0 %. Данные по распространенности ВИЧ среди РС-ПИН по дозорным сайтам РК за 2010 и 2011 годы представлены на рисунке № 9.

Рисунок 9. Распространенность ВИЧ–инфекции (%) среди РС–ПИН по дозорным сайтам, ДЭН 2010 – 2011г.г.



Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди РС, не являющимися ПИН, в 2011 году составил – 1,1 % (2010 г.– 1,1 %). В 2011 году ВИЧ-инфекция среди РС не ПИН выявлялась в 9-тисайтах РК из 20-ти; в 2010 году – в 8-ми сайтах. Самая высокая распространенность ВИЧ среди РС не ПИН в 2010 и 2011 годах (соответственно 7,1 % и 6,8 %) остается в г.Костанае. Данные по распространенности ВИЧ среди РС, не употребляющих инъекционные наркотики по дозорным сайтам РК за 2010 и 2011 годы представлены на рисунке № 10.

Рисунок 10. Распространенность ВИЧ–инфекции (%) среди РС, не употребляющих инъекционные наркотики по дозорным сайтам, ДЭН 2010 – 2011г.г., РК.



Распространенность ВИЧ-инфекции среди РС моложе 25 лет, как в 2010 году, так и в 2011 году, достоверно в 3 -3,5 раза ниже, чем у РС старше 25 – летнего возраста (2010 год, соответственно, 0,7 % и 2,1%; 2011 год, соответственно, 0,6 % и 2,1%). В 2010 году P<0,009, в 2011 году P<0,001. Однако в 2010 году обратная тенденция наблюдалась в Кокшетау и Костанае; в 2011 году – в Петропавловске и Караганде. В вышеуказанных регионах, наоборот, распространенность ВИЧ-инфекции была выше среди РС молодого возраста. Данные по распространенности ВИЧ среди РС моложе 25 лет и от 25 лет и старше в дозорных сайтах РК за 2010 – 2011 годы представлены на рисунках № 11 и 12.

Рисунок 11. Распространенность ВИЧ–инфекции (%) среди РС в возрастной группе до 25 лет и старше 25 лет по дозорным сайтам, ДЭН 2010 г.

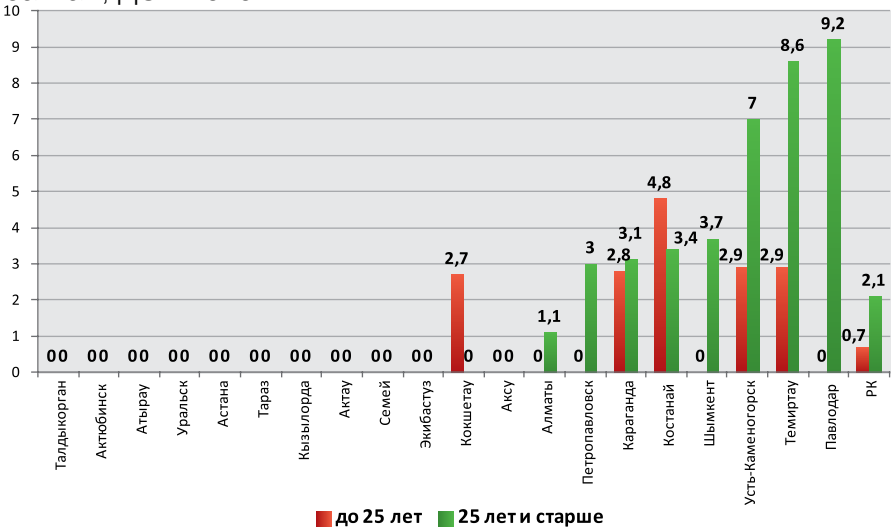
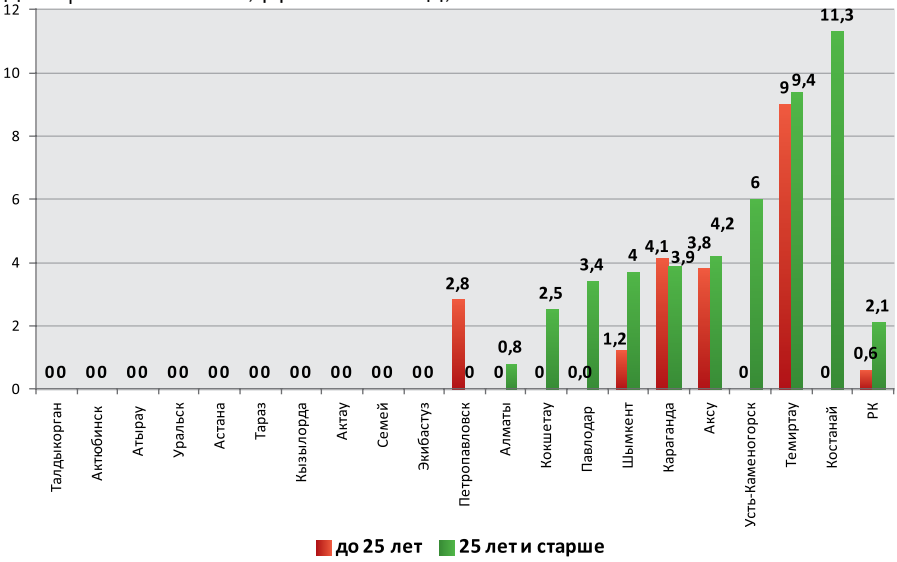
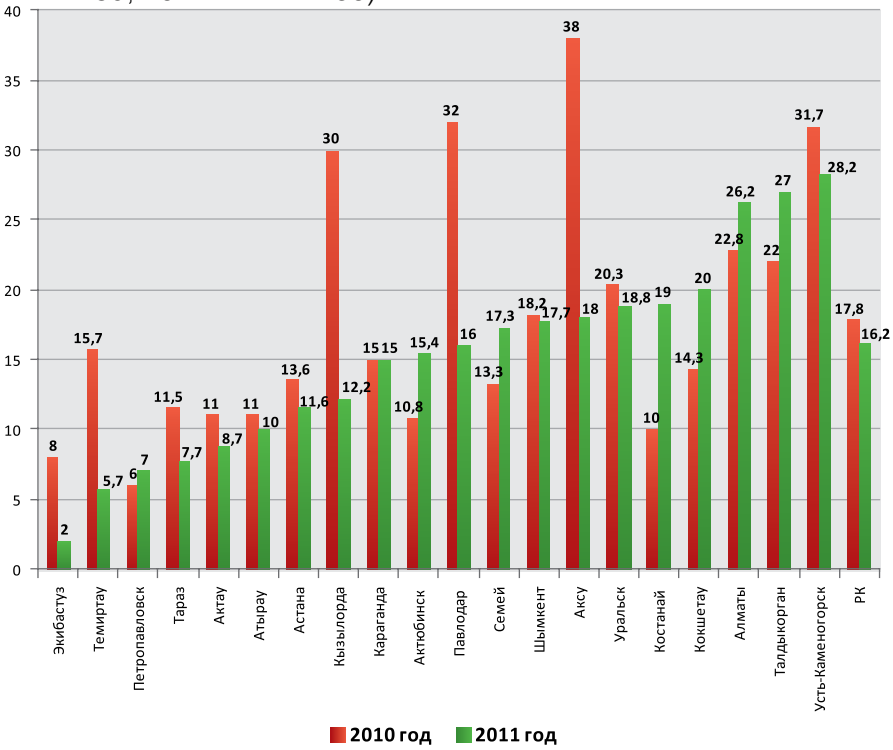


Рисунок 12. Распространенность ВИЧ–инфекции (%) среди РС в возрастных группах моложе 25 лет и старше 25 лет по дозорным сайтам, ДЭН 2011год, РК.



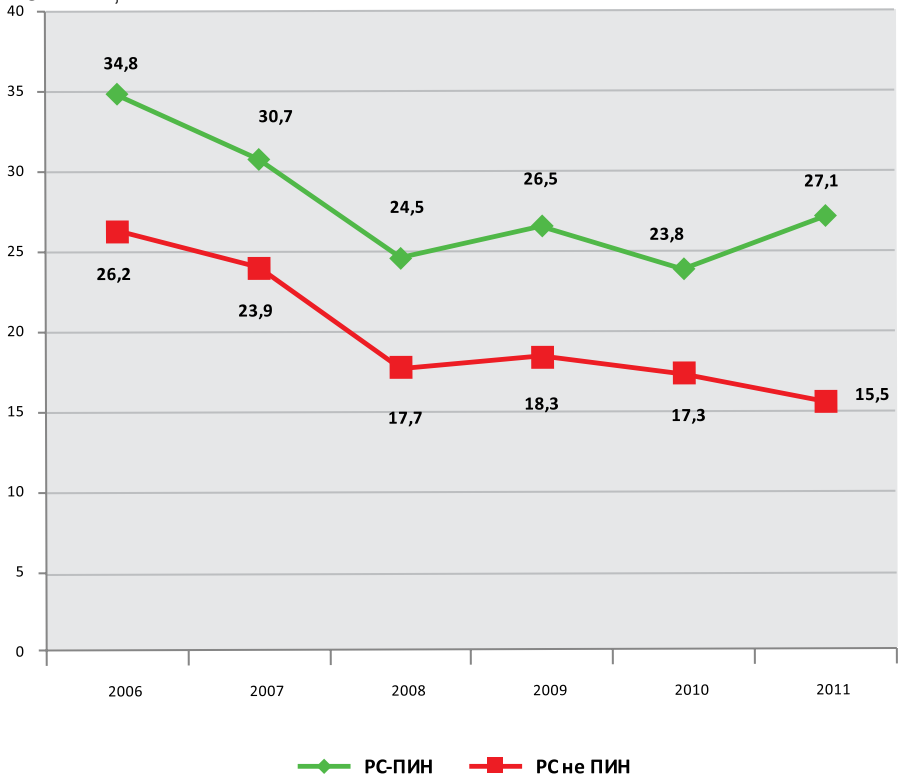
Распространенность антител к сифилису среди РС, по данным ДЭН, в 2011 году составила – 16,2%, что на уровне 2010 года (17,8 %) и значительно варьирует на разных дозорных сайтах. В 2006г. распространенность антител к сифилису у РС РК составляла – 26,2 %, в 2007г. – 23,9 %, в 2008г. – 17,7 %, в 2009г. – 18,3 %. Данные по распространенности антител к сифилису у РС в сайтах РК за 2010-2011 годы представлены на рисунке № 13.

Рисунок 13. Распространенность антител к сифилису (%) среди РС по дозорным сайтам, ДЭН РК 2010 –2011г.г., (2010г. N = 2259; 2011 г. N = 2286).



Показатель распространенности антител к сифилису среди РС-ПИН в течение всех лет проведения ДЭН достоверно превышает распространенность ВИЧ среди РС, не употребляющих наркотики – рисунок № 14.

Рисунок 14. Распространенность антител к сифилису (%) среди РС–ПИН и РС не ПИН за 2006–2011 год, ДЭН 2006 – 2011г.г., РК.



Показатель распространенности антител к сифилису в общем по РК в 2010 году среди РС-ПИН в 1,4 раза выше, чем у РС не ПИН (соответственно 23,8 % и 17,3 %). Эта же тенденция сохранилась в 2011 году (РС-ПИН – 27,1 %, РС не ПИН – 15,5 %). В 2010 году по РК соотношение рисков – 1,4; P< 0,02. В 2011 году по РК соотношение рисков – 2,04, P< 0,0003.Однако, в 2010 году в Таразе, Костанае, Кызылорде и в г.Алматы, наоборот, распространенность антител к сифилису выше у РС не ПИН.

Данные по распространенности антител к сифилису у РС-ПИН и РС не ПИН по сайтам РК за 2010-2011 годы представлены на рисунке № 15 и № 16.

Рисунок 15. Распространенность антител к сифилису (%) среди РС–ПИН и РС не ПИН по дозорным сайтам, ДЭН 2010г., РК.

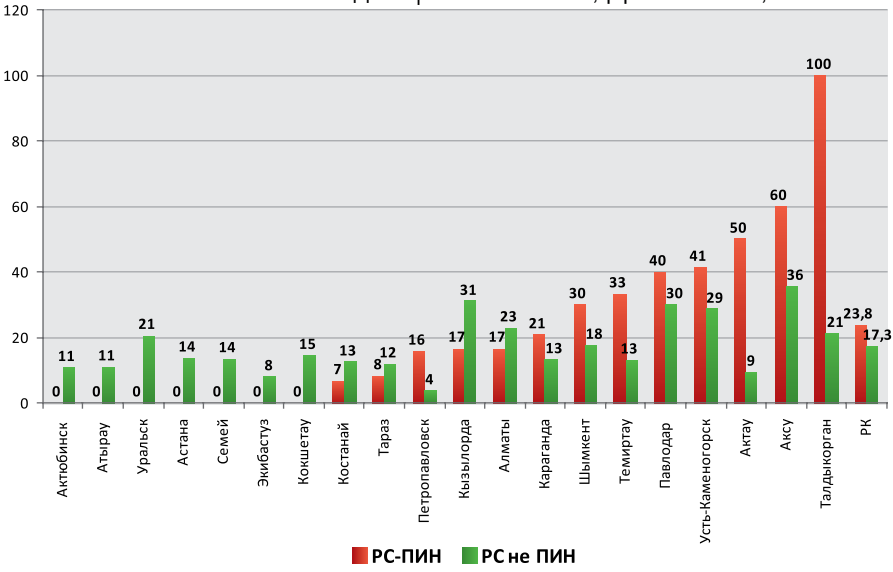
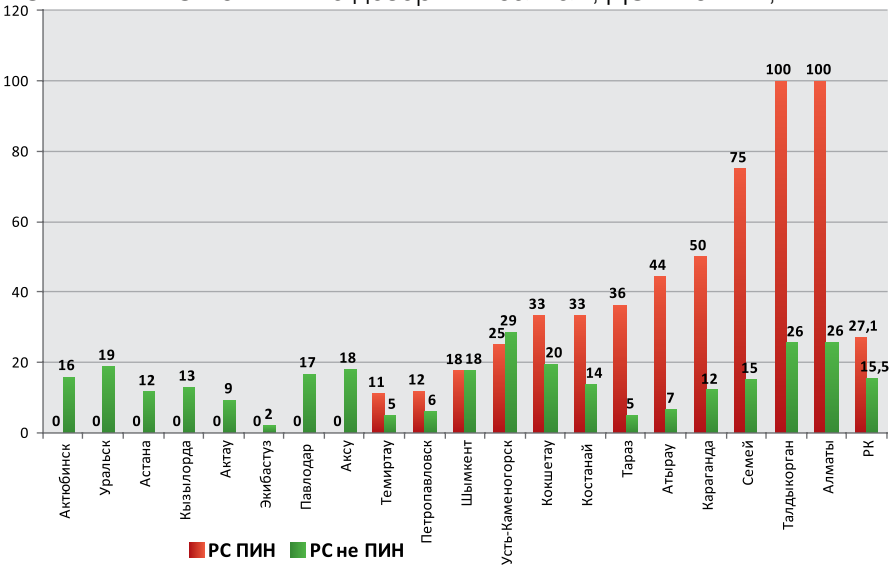


Рисунок 16. Распространенность антител к сифилису (%) среди РС–ПИН и РС не ПИН по дозорным сайтам, ДЭН 2011 г., РК.



В течение 2010-2011 годов, распространенность антител к сифилису в общем по РК среди РС моложе 25 лет в 1,3 – 1,5 раза достоверно ниже, чем у РС старше 25 лет (2010 год– соответственно 13,3 % и 20,7 %; 2011 год – соответственно 13,6 % и 18 %). В 2010 году P< 0,00001, в 2011 году P<0,005.Данная тенденция наблюдается в большинстве регионов Республики. За исключением: в 2010 году Кокшетау, Атырау, Шымкента; в 2011 году Актюбинска, Аксу, Усть-Каменогорска. В этих сайтах распространенность антител к сифилису у «молодых» РС превышает распространенность у РС возраста 25 лет и старше. Данные по распространенности антител к сифилису у РС моложе 25 лет и РС возраста 25 лет и старше по дозорным сайтам РК за 2010-2011 годы представлены на рисунках № 17 и № 18.

Рисунок 17. Распространенность антител к сифилису (%) среди РС в возрастных группах моложе 25 лет и старше 25 лет по дозорным сайтам, ДЭН 2010г., РК.

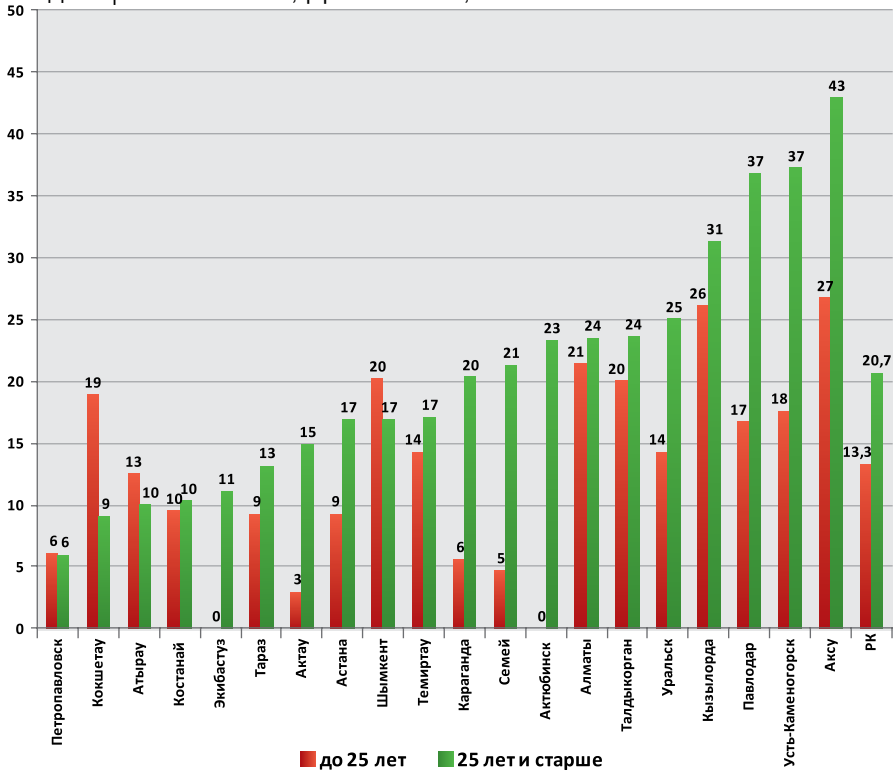
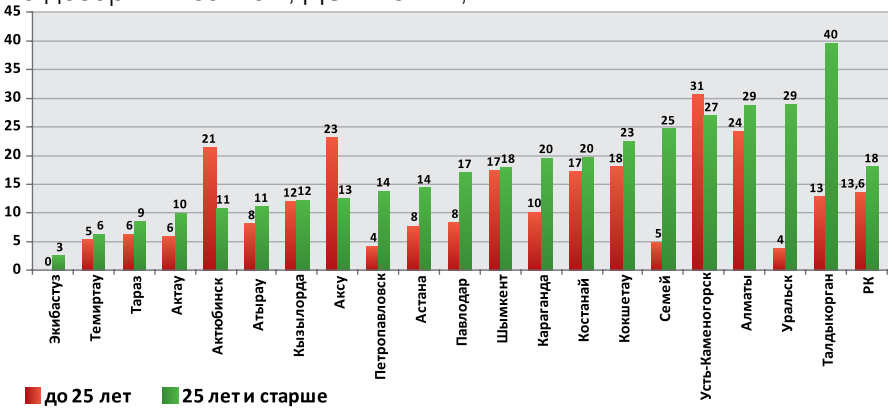
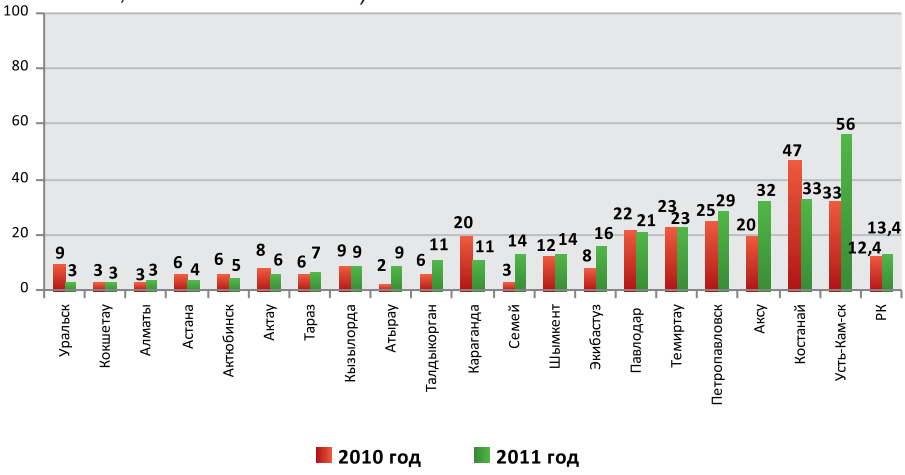


Рисунок 18. Распространенность антител к сифилису (%) среди РС в возрастных группах моложе 25 лет и старше 25 лет по дозорным сайтам, ДЭН 2011г., РК.



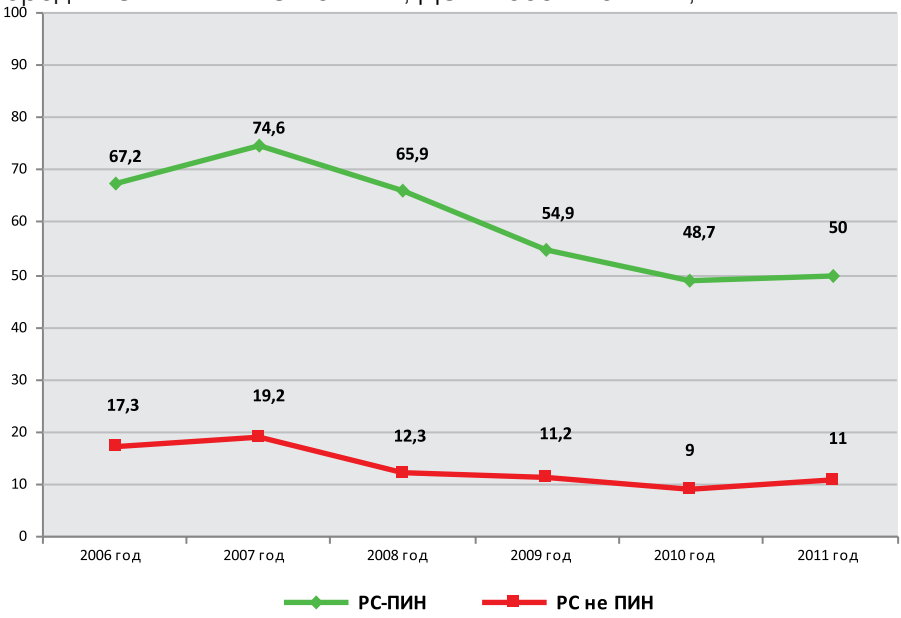
Распространенность вирусного гепатита С (ВГС) у РС РК в 2011 году составила – 13,4%(2010 год – 12,4%). В 2006г. распространенность ВГС у РС составляла – 17,3 %, в 2007г. – 19,2%, в 2008г. – 12,3%, в 2009г. – 11,2%.Данные по распространенности ВГС среди РС по регионам РК за 2010 и 2011 годы представлены на рисунке № 19.

Рисунок 19. Распространенность вирусного гепатита С (%) среди РС по дозорным сайтам, ДЭН РК 2010 – 2011 г.г., (2010г. N= 2259; 2011 г. N = 2286).



В 2011 году показатель распространенности ВГС среди РС – ПИН составил – 50 % (2010г.– 48,7 %), среди РС не ПИН – 11% (2010г. – 9%). Среди РС не ПИН этот показатель в 4-5 раз достоверно ниже, и эта тенденция прослеживается в течение всех лет проведения ДЭН. Соотношение рисков в 2010 году по РК – 5,4, P<0,0000001; в 2011 году – 4,5, P<0,00000001.Данные по распространенности ВГС у РС РК, употреблявших и не употреблявших инъекционные наркотики за 2006-2011 годы представлены на рисунке № 20.

Рисунок 20. Распространенность вирусного гепатита С (%) среди РС–ПИН и РС не ПИН, ДЭН 2006 –2011 г.г, РК.



Показатель распространенности ВГС среди РС-ПИН и РС не ПИН достоверно разнится: в 2010 году в общем по РК распространенность ВГС среди РС-ПИН в 5,4 раза выше, чем у РС не ПИН (соответственно 48,7 % и 9 %). Эта же тенденция сохранилась в 2011 году (РС-ПИН – 50 %, РС не ПИН – 11 %). Распространенность ВГС среди РС-ПИН достоверно выше, чем у РС не ПИН практически во всех сайтах Республики. Данные по распространенности вирусного гепатита «С» у РС-ПИН и РС не ПИН в регионах РК за 2010-2011 годы представлены на рисунках № 21 и № 22.

Рисунок 21. Распространенность вирусного гепатита «С» (%) среди РС–ПИН и РС не ПИН по дозорным сайтам, ДЭН 2010 г., РК.

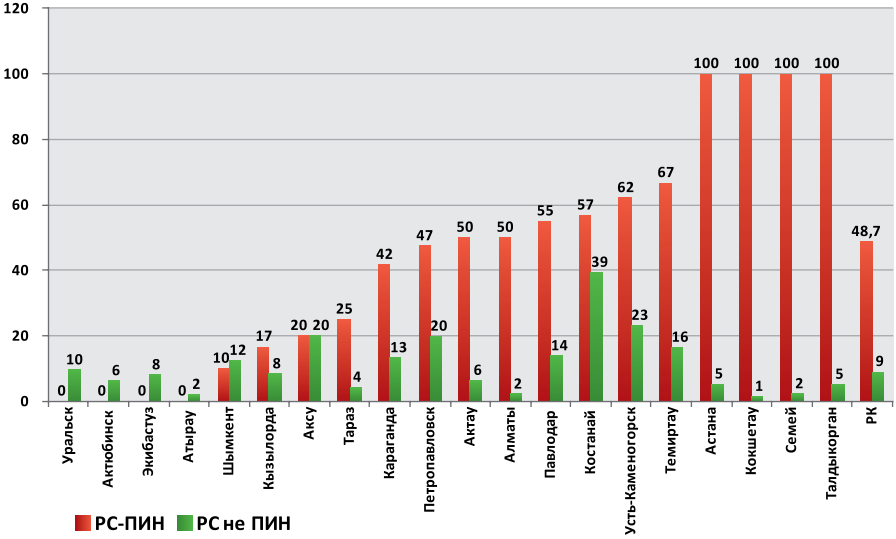
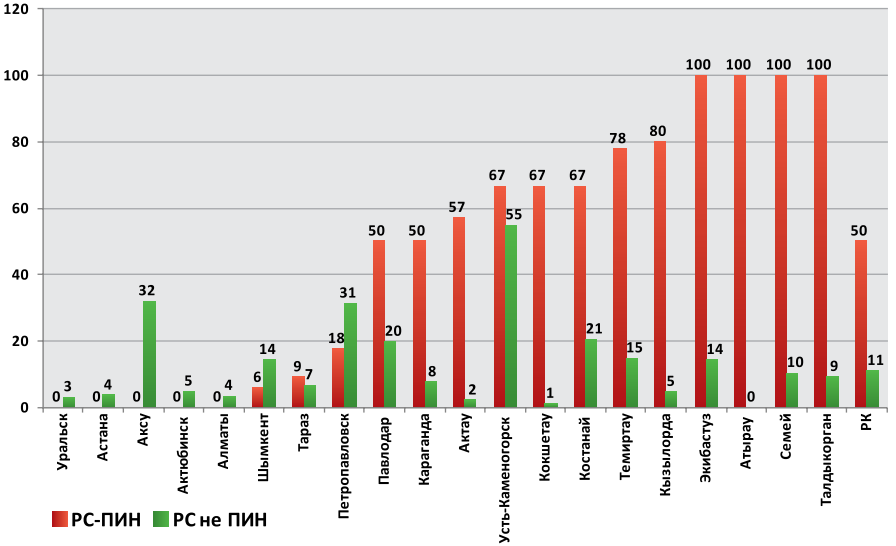


Рисунок 22. Распространенность вирусного гепатита «С» (%) среди РС–ПИН и РС не ПИН по дозорным сайтам, ДЭН 2011 г., РК.



Распространенность ВГС в 2010-2011 годах в общем по РК в 1,5 – 1,2 раза достоверно ниже у РС моложе 25 лет, чем у РС старше 25 – летнего возраста (2010 год – соответственно 9,6% и 14,1 %, 2011 год – соответственно 11,9 % и 14,6 %).В 2010 году P<0,001; в 2011 году P< 0,001. Однако в разбивке по регионам эта тенденция прослеживается не везде. Данные по распространенности ВГС у РС моложе 25 лет и РС возраста 25 лет и старше по сайтам РК за 2010-2011 годы представлены на рисунках № 23 и № 24.

Рисунок 23. Распространенность вирусного гепатита «С» среди РС (%) в возрастных группах моложе 25 лет и старше 25 лет по дозорным сайтам, ДЭН 2010 год, РК.

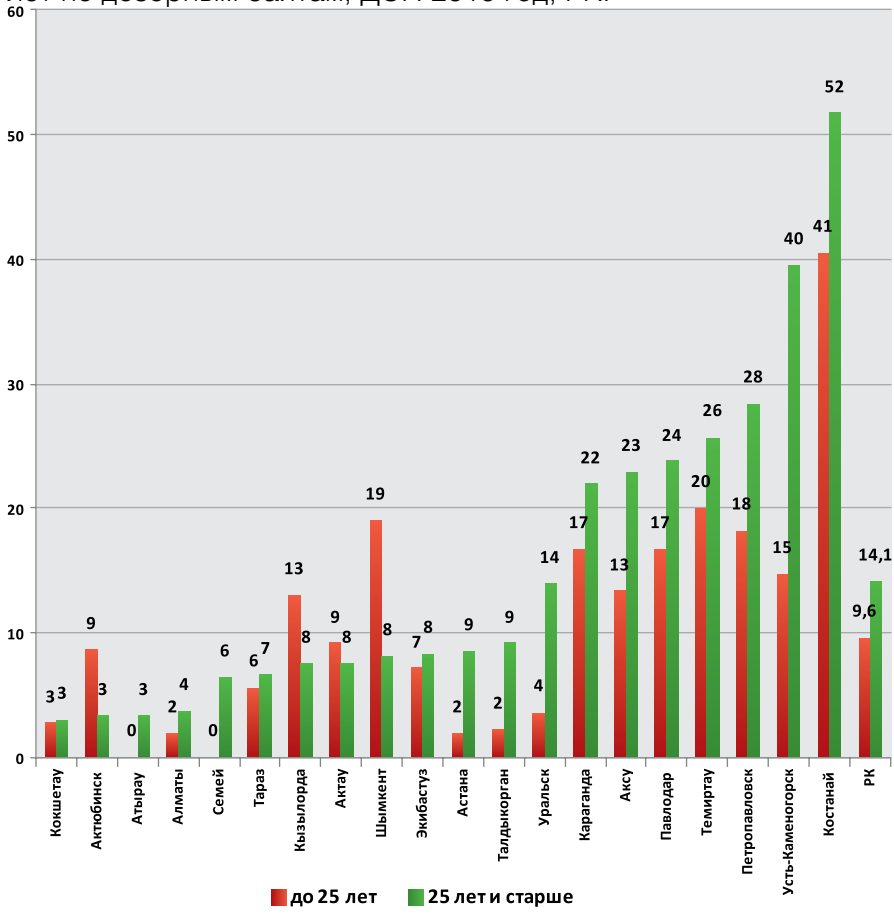
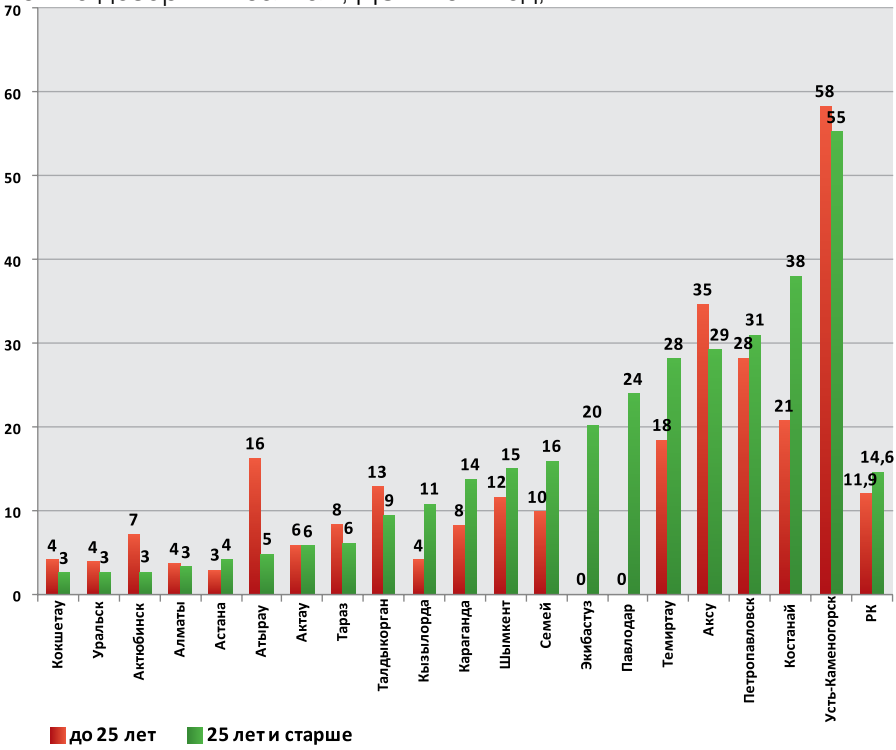


Рисунок 24. Распространенность вирусного гепатита «С» среди РС (%) в возрастных группах моложе 25 лет и старше 25 лет по дозорным сайтам, ДЭН 2011год, РК.



5.4. Поведенческие показатели

5.4.1. Половое поведение РС

Половина РС имеют постоянных половых партнеров (в 2011 году – 52,1%; 2010г. – 51,5 %). При этом, использовали презервативы при последней половой связи с постоянными половыми партнерами в 2011 году – 56,6 %; 2010г.– 53,7 %. Минимальное использование презервативов с постоянными половыми партнерами в 2011 году – в Кокшетау, максимальное – в Экибастузе. Данные по использованию презервативов РС во время полового контакта с постоянным половым партнером за 2010-2011 годы по сайтам РК представлены на рисунке № 25.

Рисунок 25. Использование презерватива РС во время последней половой связи с постоянным половым партнером по дозорным сайтам, ДЭН 2010 – 2011 годы, РК.

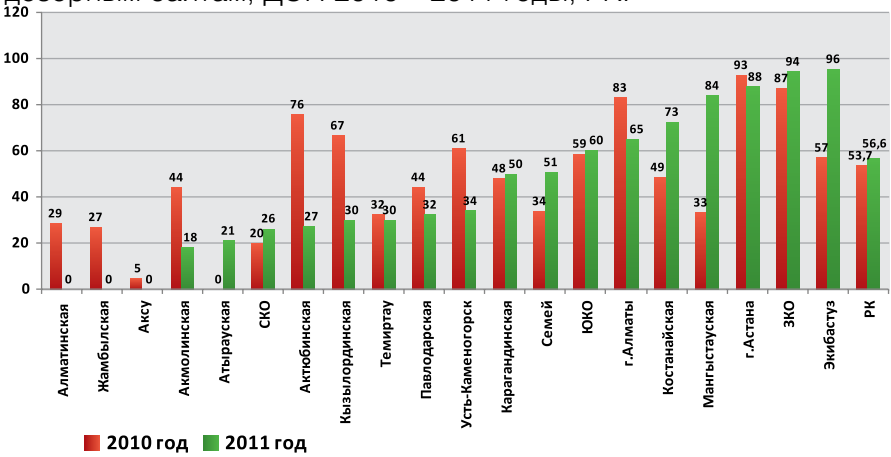
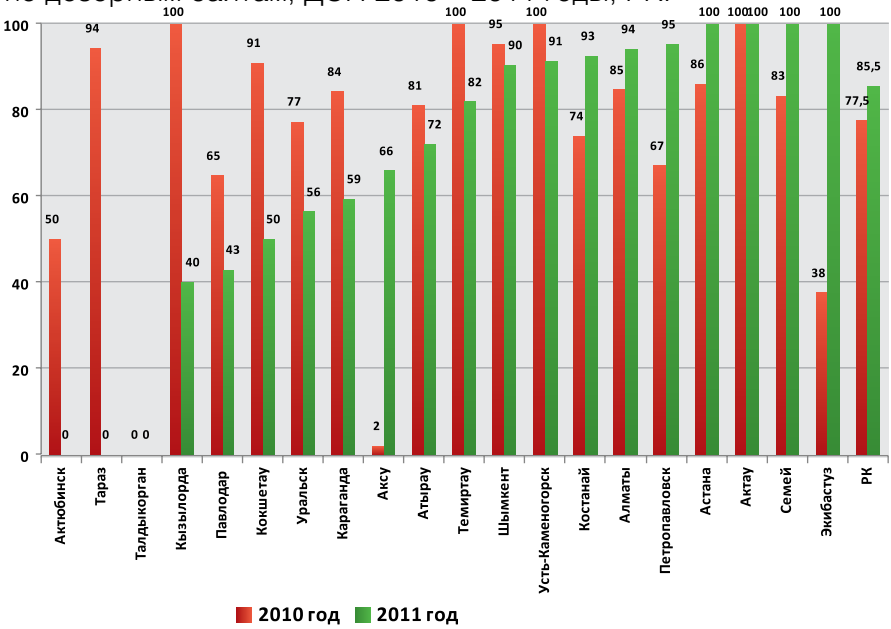


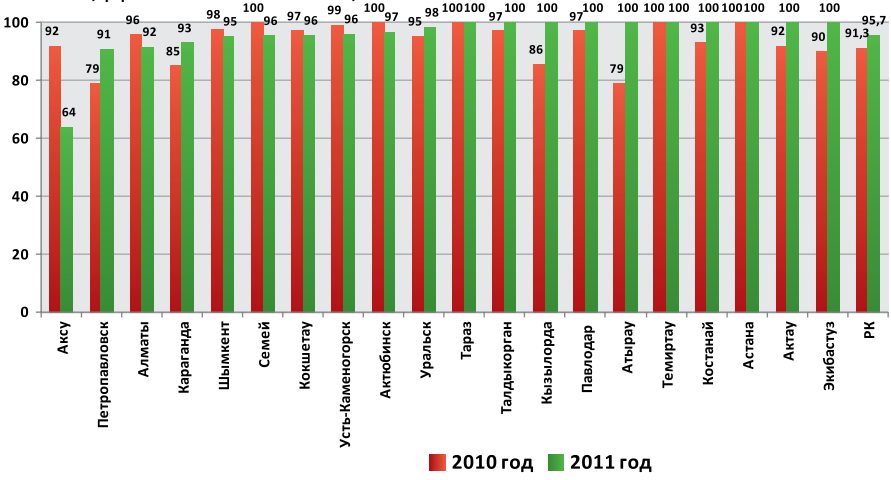
Рисунок 26. Использование презерватива РС во время последней половой связи с непостоянным половым партнером по дозорным сайтам, ДЭН 2010 – 2011 годы, РК.



За последний месяц около30 % РС имеют непостоянных половых партнеров (в 2011 году – 31,2 %; 2010г. – 29,9 %). Использовали презервативы при последней половой связи с непостоянными половыми партнерами в 2011 году – 85,5 %; 2010 г.– 77,5 %. Минимальное использование презервативов с непостоянными половыми партнерами в 2011 году – в Кызылорде, максимальное – в г.г. Астане, Актау, Семее и Экибастузе. Данные по использованию презервативов РС во время полового контакта с непостоянным половым партнером за 2010-2011 годы по сайтам РК представлены на рисунке № 26.

Процент РС, указавших на использование презерватива во время полового контакта с последним клиентом составил в 2011 году – 95,7% (2010г. – 91,3%). Данные по использованию презервативов РС во время полового контакта с последним клиентом за 2010-2011 годы по сайтам представлены на рисунке № 27.

Рисунок 27. Доля РС (%), указавших на использование презерватива во время полового контакта с последним клиентом по дозорным сайтам, ДЭН 2010 – 2011 г.г., РК.



В 2011 году практика использования презервативов с последним клиентом среди РС старше 25 лет (96,8%) выше, чем у РС моложе 25 лет – 94,2 %. В 2010 году практика использования презервативов среди РС старше 25 лет (93,1%) наоборот ниже, чем у РС моложе 25 лет – 97 %.

5.4.2. Инъекционное поведение РС

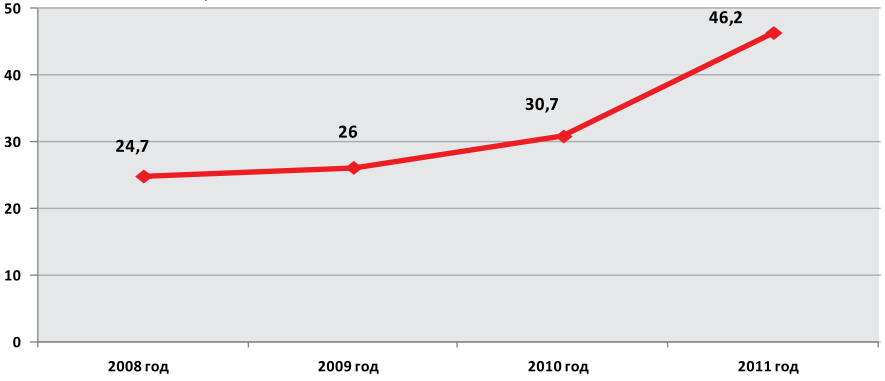
Процент РС, указавших на употребление инъекционных наркотиков (ИН) когда-либо в РК составил в 2011 году –6,1% (2010 г. – 8,5 %). В 2011 году употребляли ИН за последние 12 месяцев – 75,7 % из числа РС, употреблявших ИН когда-либо (2010 г. – 79,3 %).

В 2011 году употребляли инъекционные наркотики за последний месяц – 61,4 % из числа РС, употреблявших ИН за последние 12 месяцев (2010 г. – 54,4 %). Учитывая то, что многие РС скрывают употребление ими ИН и значимость маркера ВГС как индикатора употребления ИН, можно ориентируясь на распространенность ВГС предположить долю РС, употребляющих инъекционные наркотики (около 12-13 % в 2010-2011г.г.). Таким образом, половина РС скрывает факт своего инъекционного наркоопыта.

При этом, за последний месяц не использовали общий инъекционный инструментарий, в том числе готовый раствор наркотика – 40,7% из числа РС, употреблявших инъекционные наркотики за последний месяц (2010 г. – 35,2%).

Доля РС-ПИН, принявших безопасное сексуальное и инъекционное поведение в 2011 году составила 46,2% и в сравнении с тремя предыдущими годами несколько увеличилась. Данные по принятию безопасного инъекционного и полового поведения РС-ПИН за 2008-2011 годы по сайтам представлены на рисунке 28.

Рисунок 28. Доля РС–ПИН, указавших на принятие ими безопасного инъекционного и полового поведения (%), ДЭН 2008 –2011 гг., РК



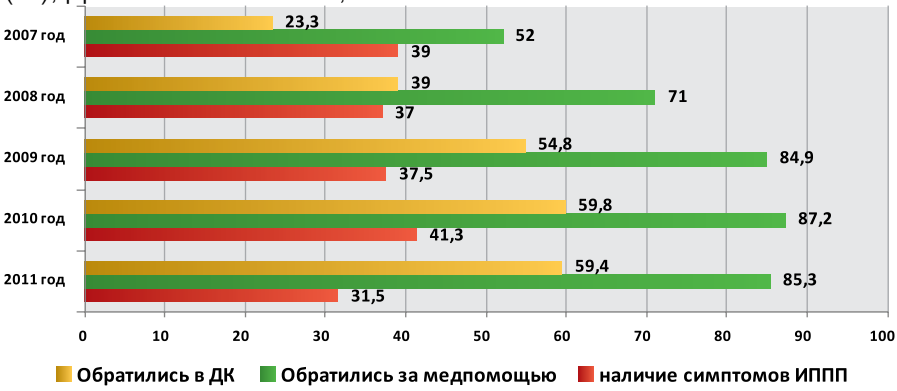
Средний стаж употребления инъекционных наркотиков у РС-ПИН на протяжении последних лет не изменился и составляет около 5,5 лет (2009 год – 5,6 лет; 2010 год – 5,8 лет; 2011 год – 5,3 года).

5.5.Симптомы ИППП и поиск их лечения у РС

На наличие у них симптомов ИППП в 2011 году указывали 31,5 % РС (2010 год – 41,3 %). При этом большинство РС обращаются за услугами по диагностике, лечению и консультированию ИППП к специалистам МО. Достоверно высоким остается обращение более половины РС за лечением в Дружественные кабинеты. Однако в 2011 году в Петропавловске обратились за лечением в МО всего 30% нуждавшихся РС, в Темиртау – 53%. В 2011 году низкая обращаемость РС в ДК г.Темиртау (11% от обратившихся за медпомощью в МО); Алматы – 21,4%; г.Павлодара – 33,3%; Усть-Каменогорска – 36,4%; Экибастуза – 38,9%. В 2010 году за медпомощью в МО обратились только 43,8 % нуждавшихся РС Уральска, 47,1% – Экибастуза, 55% – Усть-Каменогорска. В 2010 году обратились в ДК только 9,6 % от обратившихся за медпомощью в МО РС в Алматы; 18,2 % в Павлодаре; 37,5 % – в Экибастузе.

Обращаемость РС до 25 лет за лечением по поводу ИППП в МО составляет 84,6%, РС старше 25 лет – 88,4%. Данные по наличию симптомов ИППП у РС и поиску их лечения за 2010-2011 годы по сайтам представлены на рисунке № 29.

Рисунок 29. Наличие симптомов ИППП у РС и поиск их лечения (%), ДЭН 2007 – 2011 гг., РК



5.6.Уровень знаний по ВИЧ-инфекции у РС

Доля РС, правильно указавших способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергших основные неверные представления о передаче ВИЧ постоянно увеличивается и в 2011 году составила 80,8%.Данные по улучшению уровня знаний по ВИЧ/СПИД у РС РК за 2007-2011 годы представлены на рисунке № 30.

Рисунок 30. Доля РС (%), правильно указавших способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергших основные неверные представления о передаче ВИЧ, ДЭН 2007 –2011 гг., РК

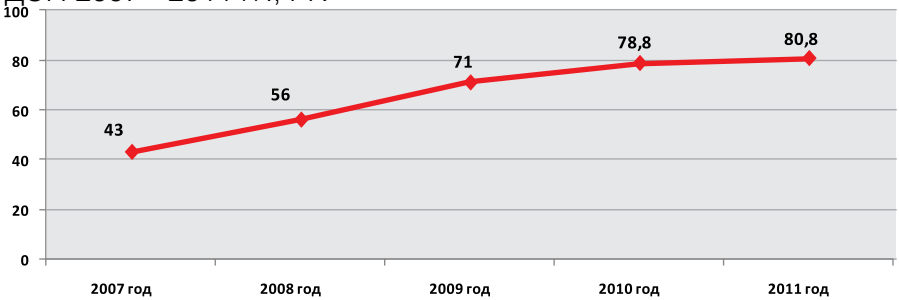
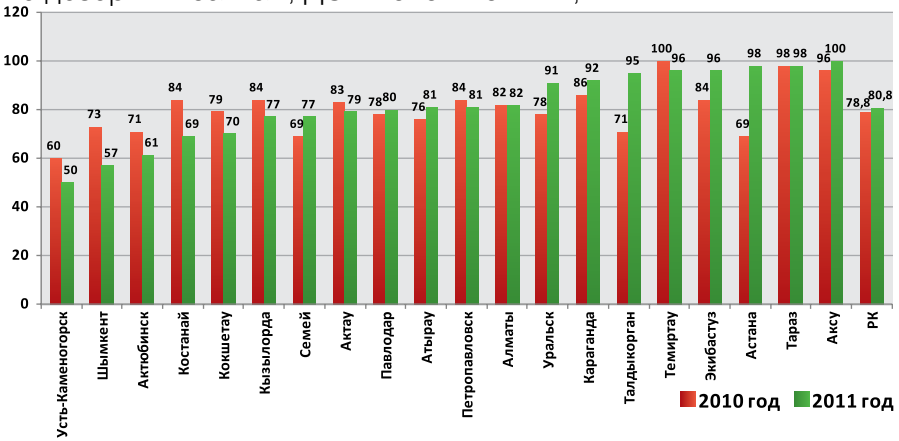


Рисунок 31. Доля РС (%), правильно указавших способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и, в то же время, отвергших основные неверные представления о передаче ВИЧ по дозорным сайтам, ДЭН 2010 –2011 гг., РК



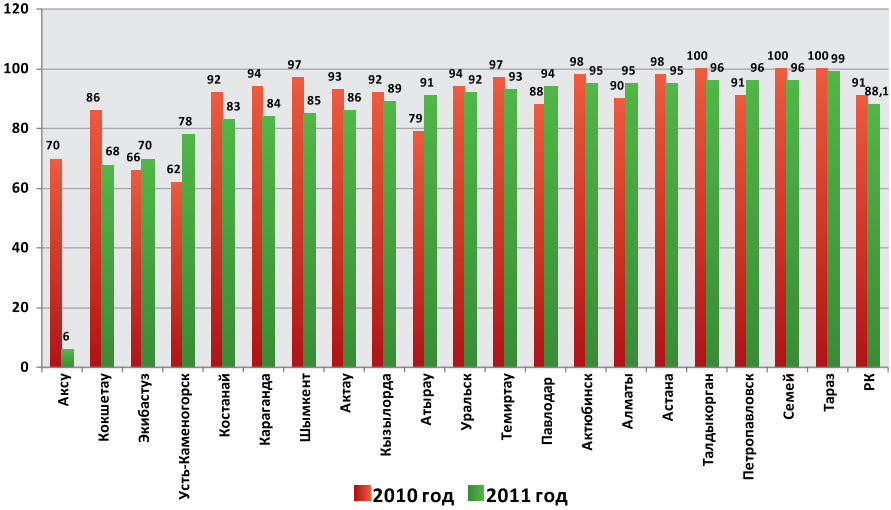
Самый низкий процент знаний у РС в 2011 году наблюдается в Усть-Каменогорске, Шымкенте и Актюбинске. Данные по уровню знаний по ВИЧ/СПИД у РС РК за 2010-2011 годы по дозорным сайтам представлены на рисунке № 31.

Информированность РС старше 25 летнего возраста – 81,5% (2010г. – 80,4%), РС моложе 25 лет – 79,8% (2010г. – 78,7%).

5.7.Охват РС профилактическими программами по ВИЧ-инфекции

Доля РС, охваченных программами профилактики ВИЧ по РК составила в 2011 году – 88,1% (2010г. – 91%).Всего 6% РС ответили, что охвачены программами профилактики ВИЧ в г.Аксу, 67,8 % – в Кокшетау. Данные по охвату РС РК программами профилактики за 2010-2011 годы по дозорным сайтам представлены на рисунке № 32.

Рисунок 32. Доля РС (%), охваченных программами профилактики ВИЧ по дозорным сайтам, ДЭН 2010 –2011 г.г., РК.

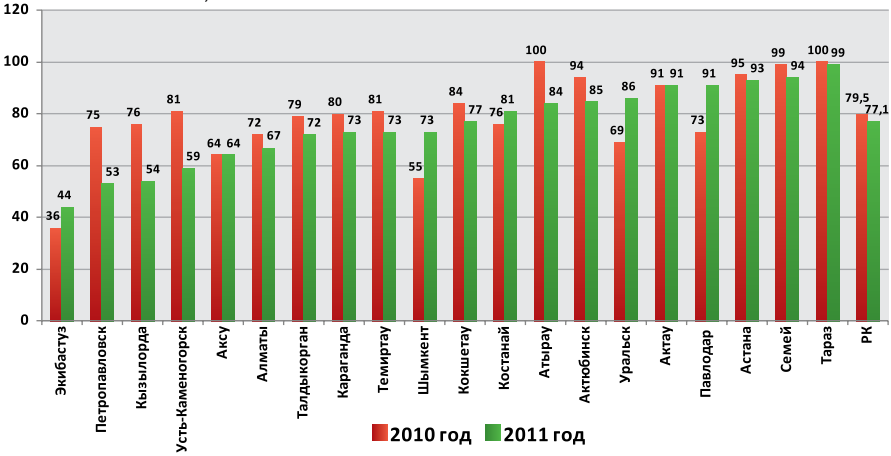


Процент РС до 25 лет, охваченных программами профилактики ВИЧ составил — 87% (2010г. – 92%), старше 25 лет – 88,9% (2010г. – 82,4%).

5.8.Тестирование РС на ВИЧ

Процент РС, прошедших тестирование на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и которые знают результаты своего теста составил – 77,1% (2010г. – 79,6%). Наименьшая доля РС, прошедших тестирование на ВИЧ и знающих результаты тестирования в 2011 году в Экибастузе, Петропавловске, Кызылорде и Усть-Каменогорске – рисунок № 33.

Рисунок 33. Доля РС (%), прошедших тестирование на ВИЧ и знающих результат своего теста по дозорным сайтам, ДЭН 2010 –2011 гг., РК



Доля РС, прошедших тестирование на ВИЧ и которые знают результаты тестирования составила: у РС до 25 лет составил – 73,1% (2010г. – 81,3%), старше 25 летнего возраста – 80,1% (2010г. – 78,5%).

6. Заключение

6.1. Выводы

1. Распространенность ВИЧ-инфекции среди РС в 2011 году осталась на уровне 2010 года, но по сравнению с 2006 годом снизилась с 2,5 % до 1,5%.

2. Антитела к ВИЧ-инфекции в 2011 году выявлены в 8 регионах РК, наибольшая распространенность ВИЧ-инфекции среди РС в г.Костанае – 8,0%.
3. Как и прежде основным путем заражения РС ВИЧ-инфекцией является инъекционное наркопотребление. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди РС – ПИН составил – 7,9% (2010г.– 6,7%), среди РС не ПИН – 1,1% (2010г. – 1,1%).
4. Распространенность антител к сифилису среди РС по данным ДЭН в 2011 году составила – 16,2%, и сталась на уровне 2010 года (17,8%).
5. Распространенность вирусного гепатита С у РС в 2011 году составила – 13,4% (2010 – 12,4%).
6. Распространенность всех 3-х инфекций определяемых в ДЭН (ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса) выше у РС-ПИН и у РС старше 25 лет.
7. Официальная статистика (код 105) не отражает реальную ситуацию по ВИЧ-инфекции в группе РС. Распространенность ВИЧ-инфекции у РС по коду 105 – 0,1%, по данным ДЭН – 1,5%. Для оценки реальной ситуации в этой популяции необходимо дальнейшее проведение ДЭН.
8. Не во всех регионах налажено скрининговое обследование РС на ВИЧ. Среднереспубликанский показатель обследования РС от их оценочной численности по коду 105 составил в 2011 году 41,8%. Наименьшие показатели охвата обследованием РС в Павлодарской области – 7,6% и г. Алматы – 10,9%.
9. В сравнении с 2010 годом, в 2011 году количество РС, охваченных профилактическими программами увеличилось на 17,6 %. В общем, по Республике охват РС профпрограммами за 2010 – 2011 год остается на уровне около 90 % от БОС.
10. Ниже республиканского показателя охват профпрограммами РС в ВКО, СКО, ЗКО, ЮКО, Павлодарской, Костанайской и Атырауской областях.
11. За последние 5 лет увеличились средний возраст РС, стаж работы в секс-бизнесе при одновременном снижении в 2,4 раза «новых» РС со стажем работы в секс-бизнесе менее 12 месяцев. Доля РС-ПИН составила в 2011 году – 6,1% (2010 г. – 8,5 %).
12. Половина РС имеют постоянных половых партнеров, при этом, использовали презервативы при последней половой связи с ними в 2011 году – 56,6 %; 2010 г.– 53,7 %. Около 30 % РС в 2010-2011

годах имели непостоянных половых партнеров, использовали презервативы при последней половой связи с ними в 2011 году – 85,5 %; 2010 г.– 77,5 %. Постоянные и непостоянные половые партнеры РС, а особенно РС-ПИН являются группой повышенного риска в отношении заражения ВИЧ половым путем.

13. Указали на использование презерватива во время полового контакта с последним клиентом в 2011 году – 95,7 % РС (2010 г. – 91,3 %).
14. Доля РС-ПИН, принявших безопасное сексуальное и инъекционное поведение в 2011 году составила 46,2% и в сравнении с 2008 годом увеличилась в 1,8 раза.
15. Большинство РС обращаются за услугами по лечению и консультированию ИППП в ЛПО и в дружественные кабинеты. Низкая обращаемость РС за этими услугами РС Петропавловска (30%) и Темиртау (53%). Обращаемость за лечением по поводу ИППП в ЛПО у РС старше 25 лет выше, чем у РС до 25 лет (2011 год – 88,4% и 84,6%).
16. Доля РС, правильно указавших способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергших основные неверные представления о передаче ВИЧ постоянно увеличивается и в 2011 году составила 80,8%.
17. Доля РС, охваченных программами профилактики ВИЧ по РК составляет в 2010-2011г.г. около 90 %. Всего 6% РС ответили, что охвачены программами профилактики ВИЧ в г.Аксу и 67,8 % – в Кокшетау.
18. Процент РС, прошедших тестирование на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и знающих результаты своего теста составил в 2011 году– 77,1% (2010г. – 79,6%). Наименьшая доля РС, прошедших тестирование на ВИЧ и знающих результаты тестирования в 2011 году в Экибастузе, Петропавловске, Кызылорде и Усть-Каменогорске. Доля РС до 25 лет тестируются на ВИЧ меньше, чем старше 25 летнего возраста (2011 год–73,1% и 80,1%).
19. Необходимо продолжить проведение ДЭН в популяции РС, так как официальная статистика (надзор за регистрацией случаев) не отражает реальную ситуацию по ВИЧ-инфекции.
20. Необходимо совершенствовать методические рекомендации по быстрой оценке ситуации группы РС для более корректного подсчета популяции.

6.2. Рекомендации по улучшению качества профилактической работы

1. Для удержания распространенности ВИЧ-инфекции в группе РС необходимо продолжить реализацию стратегии профилактики полового пути передачи ВИЧ – инфекции.
2. Необходимо пересмотреть политику тестирования в отношении улучшения доступности к тестированию УГН, шире использовать экспресс-тестирование не только в ДК, но и на местах дислокации РС.
3. Поддержать и усилить работу дружественных кабинетов с целью увеличения доступа РС и их половых партнеров к своевременной и квалифицированной помощи по диагностике и лечению ИППП, особенно в регионах с низким охватом РС услугами ДК.
4. Обратить внимание на повышение информированности по ВИЧ/СПИДу клиентов РС, в первую очередь военнослужащих, частных предпринимателей, полицейских. При проведении профилактических мероприятиях в воинских частях, бизнес-структурах уделять внимание обязательному использованию презервативов при половых контактах с РС.
5. Все мероприятия по раздаче шприцев, презервативов, и тестированию на ВИЧ должны сопровождаться информацией о путях передачи, мерах профилактики и основных знаниях о ВИЧ – инфекцией, а также раздачей информационно-образовательных материалов. При проведении мини-сессий и бесед профилактическую работу среди РС акцентировать на:
   - использование презервативов с любыми половыми партнерами;
   - предупреждение половых контактов с наркопотребителями;
   - регулярном обследовании на ВИЧ не только РС, но и их постоянных половых партнеров
6. Для вовлечения и удержания в профилактических программах уязвимые группы населения необходимо предоставлять качественные шприцы и презервативы, для чего требуется обеспечить их апробацию в фокус-группах, и при проведении тендера рассмотреть возможность приобретения презервативов и шприцев по ценовым предложениям, так как качество дешевых презервативов и шприцев низкое.

7. Необходимо шире использовать средства массовой информации для рекламирования услуг Пунктов доверия для РС-ПИН и Дружественных кабинетов (интернет, бегущая строка, рекламные ролики и др.). Особое внимание при проведении профилактических мероприятий уделить РС-ПИН.
8. Повышать потенциал аутрич-работников и волонтеров среди РС в качестве источников достоверной информации по ВИЧ-инфекции и ИППП, источников презервативов для этого контингента. Увеличить нагрузку на 1 аутрич-работника среди РС(90 РС).
9. Необходимо расширить сеть НПО работающих с уязвимыми группами населения и повысить потенциал работающих НПО.

Обзор
эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих секс с мужчинами в Республике Казахстан по результатам эпидемиологического надзора за 2010–2011 годы

Жеголко Марина

заведующая отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Восточно-Казахстанского областного центра СПИД

Список рисунков

Рисунок 1	Охват МСМ профилактическими программами в 2011 году в РК (%).
Рисунок 2	Сравнительные данные охвата МСМ профилактическими программами в 2010 – 2011 годах (%).
Рисунок 3	Сравнительные данные обеспечения 1 МСМ от БОС презервативами на год (РК, 2011 год).
Рисунок 4	Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди МСМ (РК, ДЭН, 2010-2011 гг.)
Рисунок 5	Распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ по городам РК (ДЭН, 2010-2011 гг.)
Рисунок 6	Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди МСМ в дозорных городах Казахстана (N=867, ДЭН, 2011 год)
Рисунок 7	Использование презервативов во время последней половой связи с разными типами половых партнеров (РК, ДЭН, 2011 г.)
Рисунок 8	Использование презервативов МСМ во время последнего анального полового контакта с мужчиной по дозорным городам Казахстана (ДЭН, 2010-2011гг.)
Рисунок 9	Наличие симптомов ИППП у МСМ в течение последних 12 месяцев (РК, ДЭН, 2010-2011 гг.)
Рисунок 10	Доля МСМ, правильно указавших способы профилактики и в то же время отвергли основные неверные пути передачи в дозорных городах Казахстана (ДЭН, 2010-2011гг.)
Рисунок 11	Охват МСМ профилактическими мероприятиями в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию (РК, ДЭН, 2011 г.)
Рисунок 12	Охват МСМ профилактическими мероприятиями в регионах Казахстана (РК, ДЭН, 2010-2011 г.)
Рисунок 13	Доля МСМ, прошедших тестирование на ВИЧ-инфекцию в течение 12 месяцев и знающих результаты теста в дозорных городах Казахстана (ДЭН, 2010 – 2011 гг.).

Список таблиц

Таблица 1	Оценочная численность МСМ по БОС (региона РК, 2011г.)
Таблица 2	Сравнительные данные тестирования МСМ на ВИЧ-инфекцию в Республике Казахстан в 2010-2011 гг.
Таблица 3	Сравнительные данные обеспечения ИОМ и презервативами МСМ в Республике Казахстан в 2010-2011 гг.
Таблица 4	Места проведения и объем выборки ДЭН среди МСМ в 2003-2011гг.
Таблица 5	Возрастные характеристики МСМ (ДЭН, 2010-2011 гг.)
Таблица 6	Уровень образования МСМ в дозорных городах Казахстана (ДЭН, 2011 гг.)
Таблица 7	Наличие половых партнеров разных типов среди МСМ за последние 3 месяца (РК, ДЭН, 2010-2011 гг.).

1. Введение

1.1 Контекст

Мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ) в Казахстане и в странах СНГ являются очень закрытой целевой группой для изучения и проведения профилактических программ по ВИЧ-инфекции, так как они подвержены высокому уровню стигматизации среди населения. В Казахстане доля гомосексуального пути передачи среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции остается пока невысокой и не превышает одного процента. В 2011 году было зарегистрировано 28 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. Результаты исследований, проведенных во многих городах Восточной Европы и Центральной Азии, указывают на то, что уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди МСМ до 10 раз выше, чем среди населения в целом.[1] Секс между мужчинами часто включает анальный секс, который, при отсутствии мер защиты, несет высокий риск передачи ВИЧ для пассивного партнера. Мужчины, имеющие незащищенные половые контакты с мужчинами, также могут иметь незащищенные половые контакты с женщинами, тем самым играя роль эпидемиологического звена для передачи вируса в широкие слои населения.

Несмотря на повсеместную распространенность секса между мужчинами, 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. В Казахстане удалось расширить географию проведения профилактических программ среди МСМ до девяти городов.

Обзор представляет существующие эпидемиологические данные по ВИЧ-инфекции среди МСМ, включая оценочную численность

1 Скрытая эпидемия: ВИЧ, мужчины, практикующие секс с мужчинами, и трансгендеры в Восточной Европе и Центральной Азии, Региональная консультация, Киев, Украина, 22-24 ноября 2010 г. Отчет о консультации.

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.

1.2 Цели и задачи

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

Задачи:

- Описать эпидемиологическую ситуацию и оценить роль группы МСМ в развитии эпидемиологического процесса ВИЧ-инфекции.
- Оценить распространенность факторов, сопряженных с риском ВИЧ-инфицирования среди МСМ.
- Оценить эффективность профилактических программ и вмешательства, реализуемые среди МСМ.

1.3 Источники информации

1. Отчеты РЦ СПИД по эпидемиологическому надзору за зарегистрированными случаями (статистические отчетные формы № 1, 2, 4; эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции).
2. Отчеты по дозорному эпидемиологическому надзору среди МСМ за 2010-2011 годы.
3. Отчет о проведении быстрой оценки ситуации (БОС) среди МСМ.
4. Отчет РЦ СПИД по мониторингу профилактических вмешательств в Республике Казахстан за 2010-2011 годы.
5. Программа по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010г.г., Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

2. 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 рекомендаций[2], 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 Кинзи[3]);
- гомосексуальная ориентация реализуется примерно у 2% общего населения или у 4% мужского населения;
- возраст начала однополой 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.

2 Быстрая оценка численности уязвимых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков, работниц 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

3 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

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 для проживания с низким уровнем стигматизации гомосексуальных связей. Например, в Сан-Франциско (США) из 750 тысяч жителей около 8% составляют МСМ (58300), многие их которых приехали в этот город, известный своим либеральным отношением к этой популяции. То есть доля МСМ среди мужчин с гомосексуальной ориентацией в крупных городах ожидаемо выше, чем в целом по стране. В настоящее время для оценки числа МСМ или доли МСМ среди мужского населения в других странах мира используются разнообразные методы, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Например, доля МСМ 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 полового партнера-мужчины, он рассматривается в качестве МСМ.[4]

Утвержденная методика оценки численности МСМ 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 МСМ в целом по стране, необходимо модифицировать существующую или разработать новую методику оценки численности МСМ.

4 http://www.cdph.ca.gov/programs/aids/Documents/RPT2002UsingSurveyDatatoEstPopMSM.pdf

2.2 Результаты оценки размера популяции

Первая оценка численности МСМ была проведена внешним консультантом Робертом Ооствогелсом 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 МСМ в Шымкенте Ооствогелс использовал следующие данные: население в Шымкенте составляет около 500 000 человек. По оценкам, мужское население составляло примерно 250 000 человек. 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 6 000[5] мужчин. По его оценке среди общего населения Астаны (600 000) примерно 12 000 мужчин склонны к гомосексуальному поведению.

В 2011 году 9 ОГЦ СПИД (Актюбинская, Восточно-Казахстанская, Жамбылская, Карагандинская, Кызылординская, Павлодарская, Южно-Казахстанская области и гг. Алматы, Астана) провели оценку численности МСМ в соответствии с Методическими рекомендациями. Число МСМ составило 30870 человек (таблица 1). В 2010 году численность МСМ по БОС была равна 37 500 человек в девяти городах Казахстана.

Таблица 1. Оценочная численность МСМ по БОС и численность мужского населения в возрастной группе от 18 лет до 60 лет по областям РК, (2011г.)

Регион		Количество МСМ по БОС	Численность населения, тыс.	Численность мужского населения в возрасте 18-60 лет, тыс.
1.	Актюбинская	300	777471	233362
2.	г. Алматы	3000	1414017	428590

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

3.	г. Астана	2430	697129	232743
4.	Восточно-Казахстанская	3750	1398083	421555
5.	Жамбылская	3790	1046497	289382
6.	Карагандинская	2000	1352302	401007
7.	Кызылординская	600	700578	198349
8.	Павлодарская	5000	746163	225403
9.	Южно-Казахстанская	10000	2567707	685568
ВСЕГО		**30870**	**10699947**	**3115959**

Наличие и качество данных о численности МСМ 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). В целом по республике оценка численности МСМ не проведена.

3. 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 МСМ проводится также на добровольной, анонимной или

конфиденциальной основе и официально регистрируется кодом 103. МСМ обследуются на ВИЧ-инфекцию при самостоятельном обращении в дружественные кабинеты и кабинеты анонимного тестирования, а также при поддержке аутрич работников неправительственных организаций. При этом объем обследования по коду 103 среди МСМ в 2010-2011 годах остается незначительным и составлял 0,02 % от всех тестированных на ВИЧ-инфекцию граждан РК. Чаще всего МСМ обращаются в частные медицинские организации для обследования и лечения ИППП или для анонимного тестирования на ВИЧ, а также освидетельствуются в местах лишения свободы, то есть тестируются по другим кодам. В связи с этим у специалистов Центров СПИД возникают трудности дифференцирования этой популяции от других групп населения. Поэтому данные по коду 103 не могут отражать как объем, так и результаты тестирования МСМ на ВИЧ-инфекцию. Кроме этого, более обеспеченные МСМ могут позволить обследование и лечение за границей, что является другим обстоятельством, влияющим на тестирование и его результаты.

3.2 Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию

На основании данных формы № 4 «О результатах лабораторного исследования крови на ВИЧ-инфекцию» по коду 103 было обследовано в 2011 году 397 МСМ, что на 20 % больше в сравнении с 2010 годом. Выявлены новые случаи ВИЧ-инфекции среди МСМ в четырех регионах республики (г. Алматы, ВКО, Карагандинская, Павлодарская области). По другим кодам в 2011 году было выявлено 22 ВИЧ-инфицированных МСМ. О том, что эти люди инфицированы во время гомосексуальных контактов, было установлено при проведении эпидемиологических расследований.

Таблица 2. Сравнительные данные тестирования МСМ на ВИЧ–инфекцию в Республике Казахстан в 2010–2011 гг.

	2010 год	2011 год
Количество обследованных МСМ по коду 103	331	397
Количество новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных по коду 103	4	6

Удельный вес выявленных случаев ВИЧ по коду 103	1,2 %	1,5 %
Количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ по другим кодам	15	22

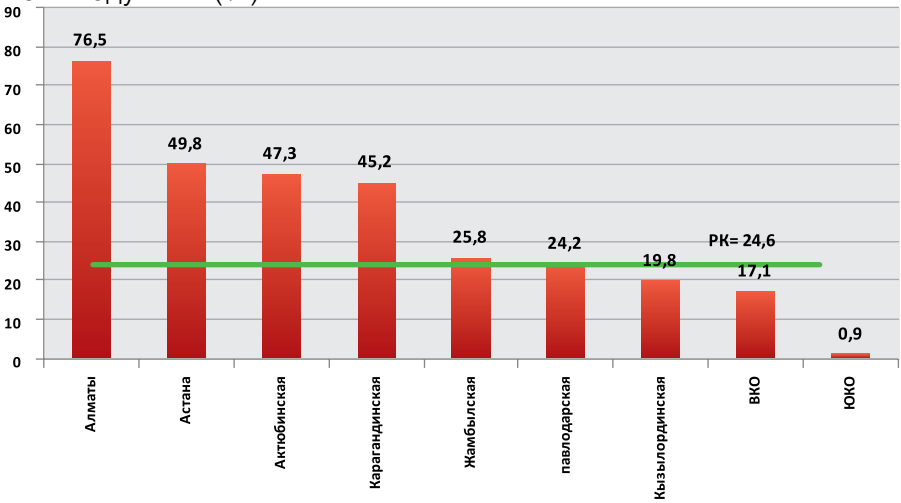
Несмотря на то, что регистрация случаев ВИЧ-инфекции не отражает в полной мере распространения ВИЧ среди МСМ, по результатам надзора за случаями ВИЧ-инфекции можно сделать следующие выводы. Гомосексуальный путь передачи ВИЧ-инфекции в Казахстане пока не является значимым (28 из 2006 человек или 1,4 % от общего количества случаев ВИЧ-инфекции зарегистрированных в 2011 году). Вместе с тем, происходит постепенный рост зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ (2010г. – 19 случаев в 7 регионах Казахстана, 2011г. – 28 в 8 регионах), что свидетельствует о наличии ВИЧ-инфекции и потенциальном ухудшении эпидемиологической ситуации среди них.

3.3 Обзор профилактических вмешательств

Профилактические мероприятия среди МСМ в 2011 году проводились в девяти регионах Казахстана, где МСМ контактировали с местными НПО либо с центрами СПИД: в Алматы, Астане, Карагандинской, Кызылординской, Жамбылской, Актюбинской, ВКО, ЮКО, Павлодарской областях (в 2010 году – в десяти регионах, в т.ч. в СКО). Реализация профилактических программ среди МСМ осуществлялась при поддержке волонтеров и аутрич работников из неправительственных организаций, работающих в этом направлении. В целом по Республике зарегистрировано 9 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), «Куат» (Усть-Каменогорск), «АнтиСПИД» (Павлодар).

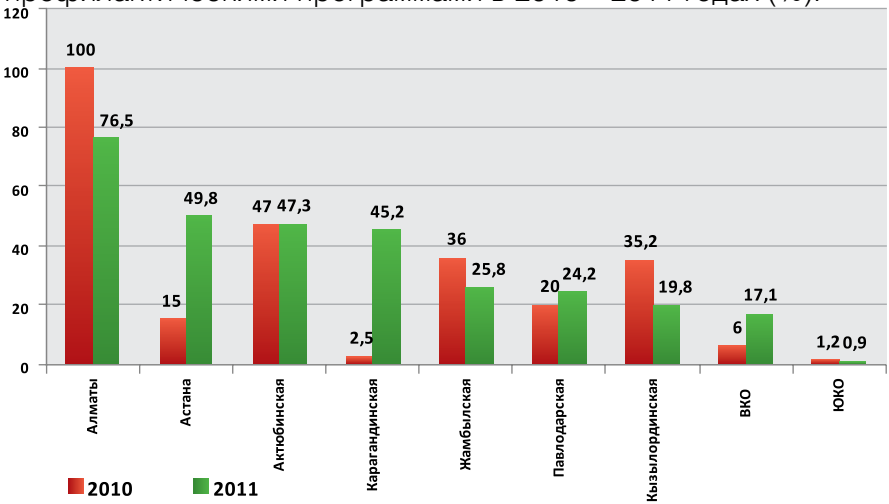
Охвачено профилактическими программами 7586 МСМ в 2011 году, что составило 24,6 % от БОС (2010г. – 8699 или 25,3 % от БОС). Ниже республиканского показателя охват профилактическими программами МСМ в ЮКО, ВКО и Кызылординской областях.

Рисунок 1. Охват МСМ профилактическими программами в 2011 году в РК (%).



По сравнению с 2010 годом в 2011 году охват МСМ профилактическими программами уменьшился в Жамбылской области, ЮКО и Алмате в 1,3 раза, в Кызылординской области – в 1,8 раза.

Рисунок 2. Сравнительные данные охвата МСМ профилактическими программами в 2010 – 2011 годах (%).



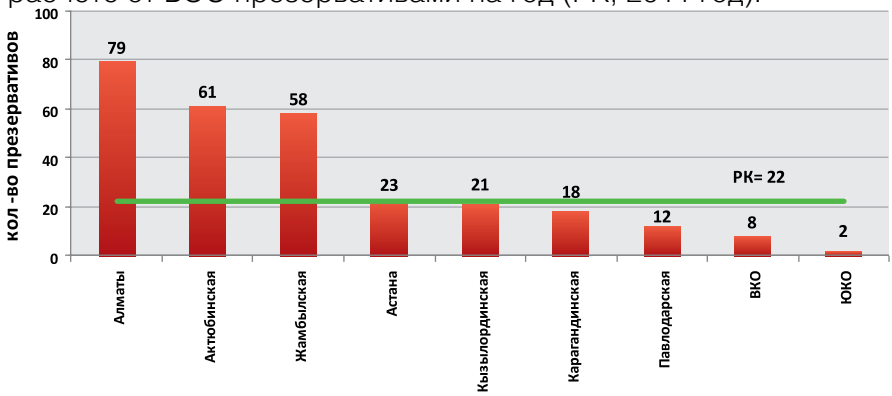
Основные услуги по обеспечению презервативами и информационно-образовательными материалами оказывали аутрич работники НПО.

Таблица 3. Сравнительные данные обеспечения ИОМ и презервативами МСМ в Республике Казахстан в 2010-2011 гг.

	2010 год	2011 год
Оценочная численность МСМ	37500	30890
Число МСМ, вовлеченных в профилактические программы	8699	7586
Количество розданных информационно-образовательных материалов (ИОМ)	5941	8712
Среднее количество ИОМ на 1 МСМ от оценочной численности (БОС)	0,2 экз.	0,3 экз.
Среднее количество ИОМ на 1 МСМ от числа привлеченных в профилактические программы	0,7 экз.	1,1 экз.
Количество розданных презервативов	939606	684109
Среднее количество презервативов на 1 МСМ от оценочной численности (БОС)	25 штук	22 штук
Среднее количество презервативов на 1 МСМ от числа привлеченных в профилактические программы	108 штук	90 штук
Количество розданных шприцев	25293	8105

Обеспеченность презервативами ниже среднего показателя по стране в ЮКО (всего 2 презерватива в год на 1 МСМ от оценочной численности), в ВКО – 8, в Павлодарской области – 12 презервативов в год.

Рисунок 3. Сравнительные данные обеспечения 1 МСМ в расчете от БОС презервативами на год (РК, 2011 год).



За 2011 год произведено 8152 выхода аутрич работников в места сбора МСМ, это на 38,7 % меньше, чем в 2010 году (13297). 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, лечение ИППП. В 2011 году по Республике привлечено к профилактическим мероприятиям среди МСМ 55 аутрич работников (2010 год – 52). Направлено к специалистам 2216 МСМ (2010 год – 2442 человек). В дружественные кабинеты в 2011 году обратилось 677 МСМ, это на 13 % больше по сравнению с 2010 годом, получили адекватное лечение ИППП 536 МСМ, что на 40 % больше, чем в 2010 году (378 человек). Прошли тестирование на ВИЧ-инфекцию экспресс-методом 594 человека (2010 год – 444 МСМ), это на 50 % больше, чем обследованных рутинным способом по коду 103.

4. 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 2010 и 2011 годах ДЭН среди МСМ проведен в 8 городах: Караганда, Алматы, Астана, Тараз, Актобе, Павлодар, Шымкент, Усть-Каменогорск.

Таблица 4. Места проведения и объем выборки ДЭН среди МСМ в 2003–2011гг.

города	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Караганда	100	100	90	89	89	100	100	102	100
Алматы	-	-	230	-	230	230	230	230	230
Астана	-	-	33	95	100	100	100	100	100
Тараз	-	-	33	31	31	100	100	100	100
Актобе	-	-	-	-	-	61	100	100	20
Павлодар	-	-	-	-	-	150	150	150	150
Шымкент	-	-	-	-	-	-	100	100	100
Усть-Каменогорск	-	-	-	-	-	-	-	61	67
ВСЕГО	**100**	**100**	**386**	**215**	**450**	**741**	**880**	**943**	**867**

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

Критерии отбора: в ДЭН за ВИЧ-инфекцией включались мужчины, имеющие оральный или анальный секс с другими мужчинами в течение последних 12 месяцев и не участвовали в аналогичных исследованиях в период проведения ДЭН.

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

Методика отбора респондентов: с 2010 года ДЭН среди МСМ проводится методом «снежного кома» в местах скопления МСМ, где они собирались для поиска сексуальных партнеров и общения (рестораны, бары, гей-клубы, особые участки городов, квартиры, офисы НПО и т.д.). А также с использованием выборки построенной респондентами РДС (RDS – respondent driven sampling), при финансовой поддержке проекта по контролю СПИД в Центральной Азии в одном специально определенном самими МСМ месте (ОЦ СПИД или комфортное для МСМ помещение). Каждый МСМ, принявший участие в исследовании рекрутировал из своей популяции до трех человек с помощью купонов. В качестве вознаграждения за участие в ДЭН выдавались телефонные карточки.

Объем выборки в 2011 году составил 867 МСМ в восьми 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, направленного на снижение индивидуального риска.

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

- скрининговый этап – первичное исследование с использованием зарегистрированных на территории страны тест-систем Российского производства,
- экспертный этап – подтверждение положительных результатов в экспертных тест-системах, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Результаты анализов можно было узнать по индивидуальному коду.

5.2 Демографические характеристики

Выборочная совокупность представлена респондентами от 16 до 54 лет. Медиана возраста составила 28 лет, мода – 26 лет. Возрастные характеристики МСМ в 2011 году существенно не отличались от полученных в 2010 году.

Таблица 5. Возрастные характеристики МСМ (ДЭН, 2010–2011 гг.)

	2010 год	2011 год
Возраст	От 16 до 60 лет	От 16 до 54 лет
Средний возраст	28,1 лет	28,7лет
Медиана возраста	27 лет	28 лет
Возрастная группа до 25 лет	34,1 %	29,6 %
Возрастная группа 25 лет и старше	65,9 %	70,4 %

Национальный состав исследуемой группы в течение двух лет практически не менялся: казахи составили 31,4 %, русские – 41,4 %, узбеки – 4%, единицы – являлись таджиками и кыргызами и 22,7 % другой национальности. Практически все МСМ имели какое-либо занятие – учились и/или работали. Только 9,2% МСМ не работали и не учились.

Группа МСМ имеют достаточно высокий уровень образования.

В 2011 году доля МСМ с высшим образованием составила 53,1%, со средним образованием – 43,8%. Имеются территориальные различия в уровне образования МСМ: в г. Таразе самый высокий процент приходится на МСМ с высшим образованием (77%), в г. Актобе самый высокий процент приходится на МСМ с начальным образованием (15%), превалируют МСМ со средним и средне специальным образованием в г.г. Актобе, Караганде, Шымкенте.

Таблица 6. Уровень образования МСМ в дозорных городах Казахстана (ДЭН, 2011 гг.)

города	начальное	Среднее	высшее
Актобе	15 %	65 %	20 %
Алматы	0 %	47,8 %	52,2 %
Астана	3 %	33 %	64 %
Караганда	6 %	52 %	42 %
Павлодар	0 %	33,3 %	66,7 %
Тараз	1 %	22 %	77 %
Усть-Каменогорск	4,5 %	40,3 %	55,2 %
Шымкент	11 %	73 %	16 %
ВСЕГО	3,1 %	43,8 %	53,1 %

Средний месячный доход составил 62755 тенге, медиана дохода – 60000 тенге. Причем уровень дохода выше в двух крупных мегаполисах – Астане и Алматы (средний месячный доход их составил 80000 тенге).

Каждый десятый участник исследования указал, что проживает с постоянным партнером-мужчиной, 64 % мужчин не были женаты и не имеют постоянного партнера.

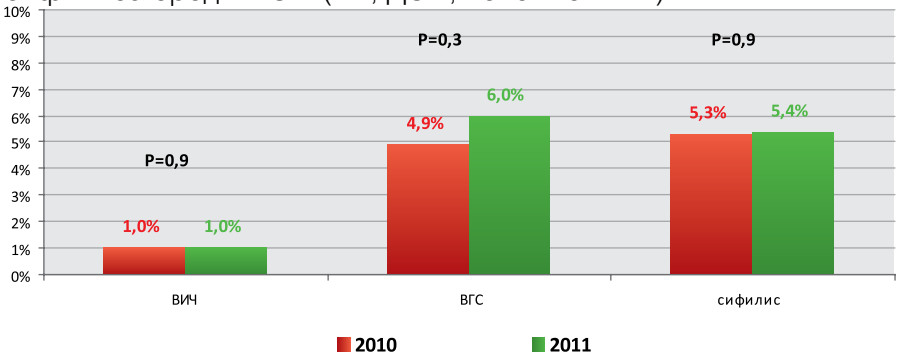
5.3 Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса

По результатам ДЭН в 2011 году распространенность ВИЧ-инфекции составила 1,0% или 9 положительных, N=867 (95%ДИ[6]=0,5-2,0%), ВГС – 6,0% или 52 положительных , N=867 (95%ДИ = 4,6-7,8%), сифилиса – 5,4% или 47 положительных, N=867 (95%ДИ=4,1-7,2%). Зна-

6 ДИ – доверительный интервал

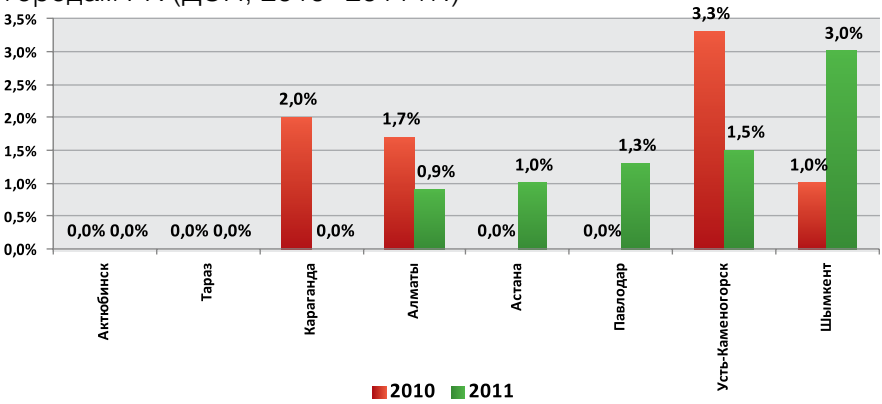
чимых изменений в распространенности ВИЧ, ВГС и сифилиса в 2011 году по сравнению с 2010 годом не наблюдалось (p>0,1).

Рисунок 4. Распространенность ВИЧ–инфекции, ВГС и сифилиса среди МСМ (РК, ДЭН, 2010–2011 гг.)



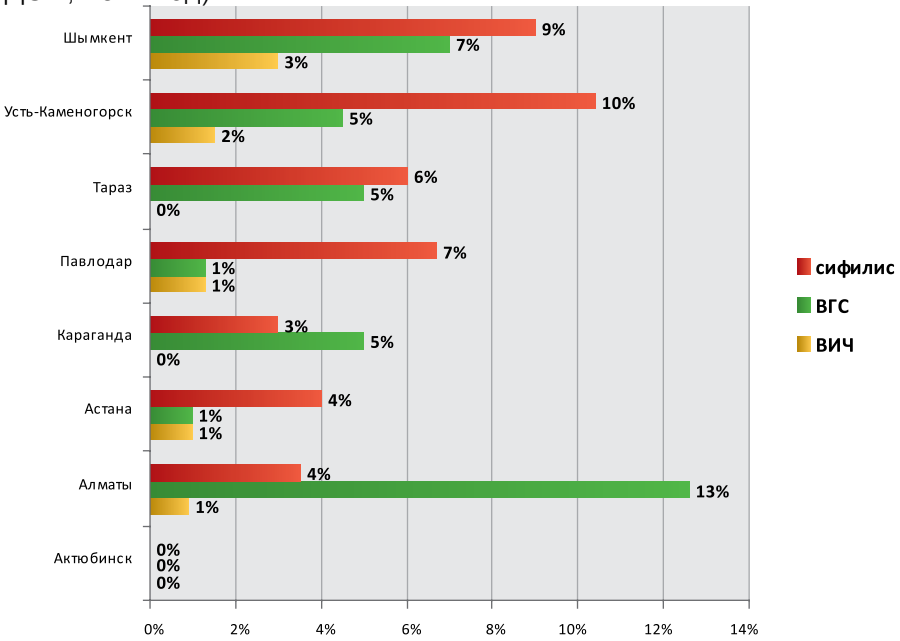
Распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ в течение двух лет по городам значимо не меняется (p>0,1).

Рисунок 5. Распространенность ВИЧ–инфекции среди МСМ по городам РК (ДЭН, 2010–2011 гг.)



Распространенность ВИЧ-инфекции и сифилиса среди МСМ в дозорных городах в 2011 году значимо не отличается (p>0,1). В то же время распространенность ВГС различалась в зависимости от города (p<0,05). Наибольшая распространенность ВГС была отмечена в Алмате (12,6%) и Шымкенте (7%).

Рисунок 6. Распространенность ВИЧ–инфекции, ВГС и сифилиса среди МСМ в дозорных городах Казахстана (N=867, ДЭН, 2011 год)



5.4 Факторы поведенческого риска

Факторы поведенческого риска традиционно делятся на инъекционные (употребление наркотиков инъекционным путем) и половые. В 2011 году только 3,8% МСМ ответили, что употребляли наркотики, что в целом не превышает аналогичный показатель среди всех взрослых мужчин. Поэтому целесообразно сфокусировать внимание на факторах полового поведения.

МСМ имеют многочисленных половых партнеров, преимущественно постоянных и непостоянных: в течение последних трех месяцев 73,4% респондентов имели постоянных, 63,6% – непостоянных и 16% – коммерческих половых партнеров. Также значительная часть МСМ (26,5%) вступали в этот период в половые контакты с женщинами. Снизилось число МСМ, имевших коммерческих партнеров с 21 % (201/943) в 2010 году до 16 % (133/867) в 2011 году (p=0,001).

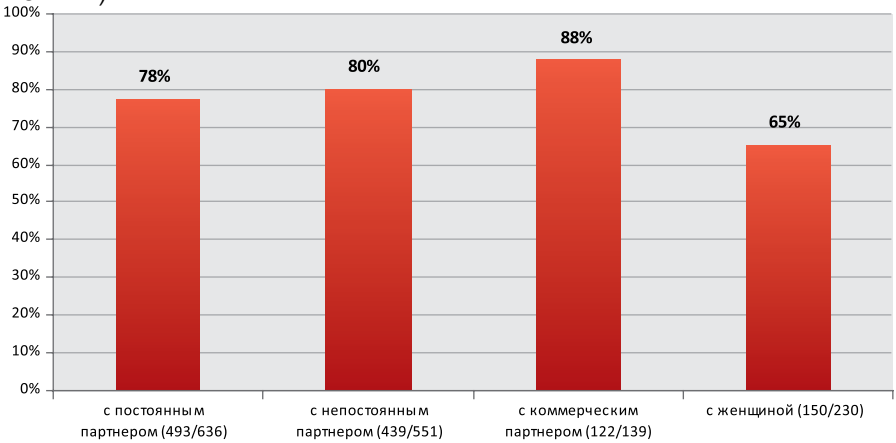
Таблица 7. Наличие половых партнеров разных типов среди МСМ за последние 3 месяца (РК, ДЭН, 2010–2011 гг.).

	2010 год	2011 год
Постоянные партеры	70%	73%
Непостоянные партнеры	75%	64%
Коммерческие партнеры	21%	16%
Мужчин	99%	99%
Женщин	38%	27%
Среднее количество партнеров	6 человек	5 человек

У опрошенных МСМ в течение последних трех месяцев было в среднем 5 половых партнеров. Из них по типу половых партнеров: 1,3 – постоянных, 3,2 – непостоянных и 0,6 – коммерческих; по полу: 4,5 – мужчин и 0,6 – женщин.

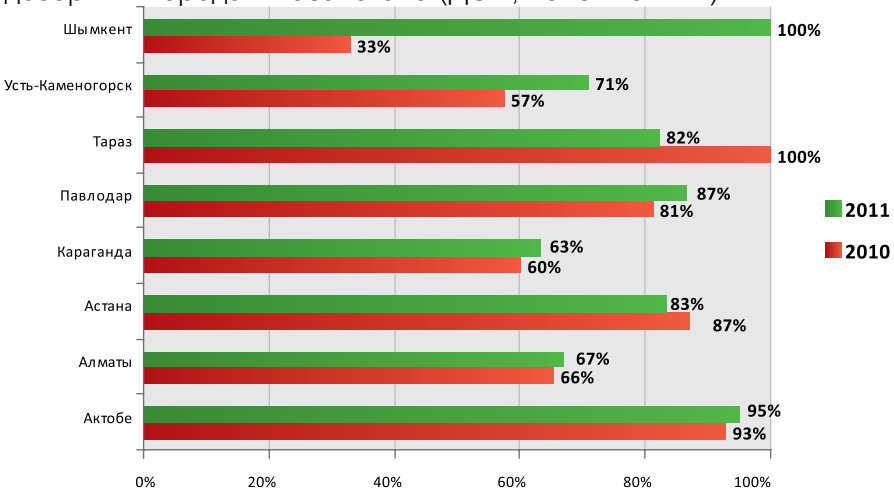
Использование презервативов зависит от того, к какому типу относится половой партнер и, следовательно, от субъективного восприятия риска, в соответствии с которым низкий риск заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию, приписывается постоянным половым партнерам и половым связям с женщинами, высокий – непостоянным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

Рисунок 7. Использование презервативов во время последней половой связи с разными типами половых партнеров (РК, ДЭН, 2011 г.)



Использование презервативов во время последнего анального полового контакта с партнером является важным показателем эффективности профилактической работы среди МСМ. Данный показатель возрос с 71% (600/851) в 2010 году до 77% (511/665) в 2011 году (p=0,005). Более рискованные практики отмечаются среди МСМ Караганды, Алматы и Усть-Каменогорска (показатель менее 77 %).

Рисунок 8. Использование презервативов МСМ во время последнего анального полового контакта с мужчиной по дозорным городам Казахстана (ДЭН, 2010–2011гг.)

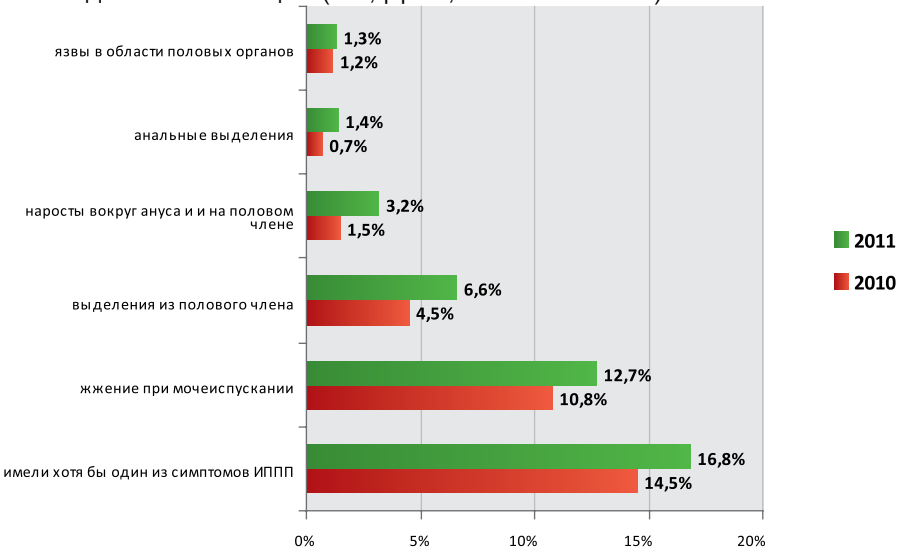


Таким образом, половое поведение МСМ характеризуется противоречивыми тенденциями. С одной стороны, увеличивается использование презервативов, прежде всего с постоянными половыми партнерами, с другой – расширяется спектр половых партнеров за счет включения коммерческих партнеров и половых партнеров –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

Игнорирование использования презервативов с непостоянными и коммерческими половыми партнерами пятой частью МСМ и наличие таких партнеров у 68 % МСМ объясняет факт наличия симптомов ИППП в исследуемой группе.

Хотя бы один симптом ИППП в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию, имели 16,8 % МСМ (2010г. – 14,5 %). Самыми распространенными симптомами были жжение при мочеиспускании у 12,7 % МСМ и выделения из полового члена у 6,6 % респондентов.

Рисунок 9. Наличие симптомов ИППП у МСМ в течение последних 12 месяцев (РК, ДЭН, 2010–2011 гг.)



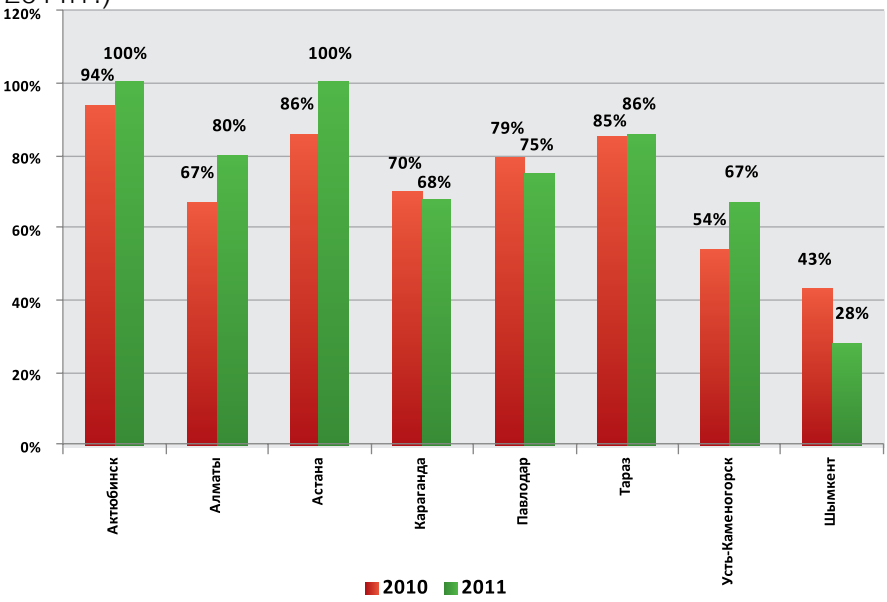
Более 90% МСМ, имевших симптомы ИППП, обратились по этому поводу за помощью к медицинским специалистам, этот показатель достоверно возрос с 61 % в 2010 году (p<0, 001): 27 % обратились в КВД, 23 % – к частному врачу, 20 % – к знакомому медицинскому работнику и 20 % – в дружественные кабинеты. Остальные преимущественно либо ничего не делали (4 %), либо лечились сами (6 %). Поведение МСМ в различных возрастных категориях не отличается: 88,4 % МСМ с симптомами ИППП в возрасте до 25 лет получили соответствующие услуги по диагностике, лечению и консультированию и 91 % МСМ в возрасте 25 лет и старше.

5.5 Уровень знаний о ВИЧ-инфекции и СПИДе

По данным дозорного эпидемиологического надзора в 2011 году 74,3 % МСМ правильно указали способы профилактики передачи ВИЧ и в то же время отвергли основные неверные представления о путях передачи ВИЧ-инфекции (в 2010 году – 75,9 %). Уровень информированности о ВИЧ-инфекции среди МСМ в течение двух лет значимо не меняется (p=0,5). Осведомленность МСМ моложе 25-летнего возраста составляет 73,9 %, в возрасте 25 лет и старше – 74,2%. Уровень инфор-

мированности МСМ Шымкента (28 %) и Усть-Каменогорска (67 %) ниже среднестатистического показателя, причем в Шымкенте он снизился почти в 2 раза по сравнению с 2010 годом.

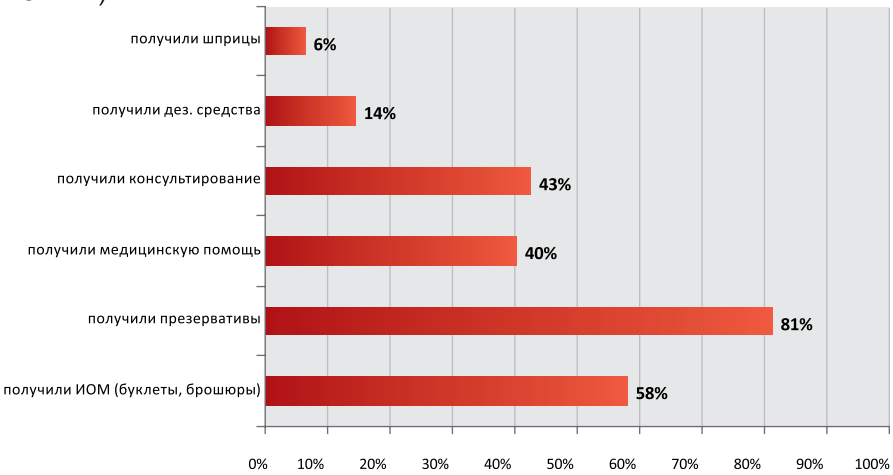
Рисунок 10. Доля МСМ, правильно указавших способы профилактики и в то же время отвергли основные неверные пути передачи в дозорных городах Казахстана (ДЭН, 2010–2011гг.)



5.6 Охват профилактическими мероприятиями и тестированием на ВИЧ-инфекцию

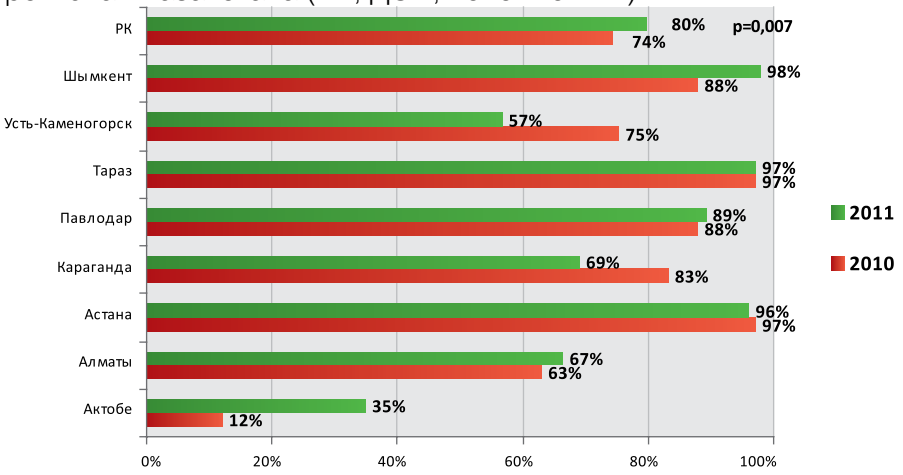
С целью определения доступности услуг по профилактике ВИЧ-инфекции и охвата профилактическими программами МСМ были опрошены о следующих услугах: получение презервативов, информационно-образовательных материалов, шприцев, медицинской помощи в ЛПО. По результатам ДЭН 2011 года доля МСМ, охваченных профилактическими программами хотя бы один раз в течение 12 месяцев достоверно выросла (p=0,007) и составила в среднем по Казахстану 80% (в 2010 году – 74%).

Рисунок 11. Охват МСМ профилактическими мероприятиями в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию (РК, ДЭН, 2011 г.)



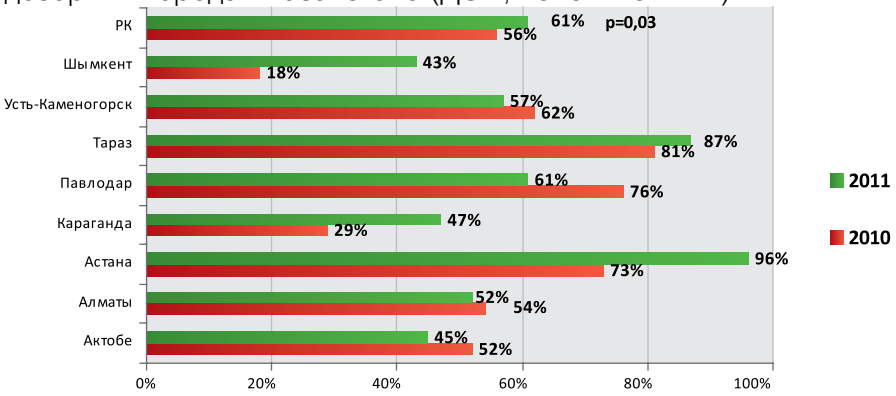
Ниже республиканского показателя охват МСМ превентивными программами (получали презервативы и знают, где можно пройти обследование на ВИЧ-инфекцию) в Актобе, Усть-Каменогорске, Караганде и Алмате.

Рисунок 12. Охват МСМ профилактическими мероприятиями в регионах Казахстана (РК, ДЭН, 2010–2011 г.)



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 МСМ (97%) знают, где можно пройти тест на ВИЧ-инфекцию; 66 % МСМ обследовались на ВИЧ в течение последних 12 месяцев; 61 % МСМ (или 92 % 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. Таким образом, 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), в 2011 году были охвачены 61,4 % МСМ, что выше, чем в 2010 году (p=0,03). Самый высокий уровень охвата программами профилактики МСМ г. Шымкента (98 %).

Рисунок 13. Доля МСМ, прошедших тестирование на ВИЧ–инфекцию в течение 12 месяцев и знающих результаты теста в дозорных городах Казахстана (ДЭН, 2010 – 2011 гг.).



По дозорным городам охват МСМ добровольным тестированием и консультированием был самым высоким в Астане (96 %), самым низким – в Шымкенте (43 %). Большую заинтересованность в знании своего ВИЧ-статуса проявляют МСМ в возрастной группе 25 лет и старше –

399/610 или 65,4 %, в возрасте до 25 лет – 133/257 или 51,8% (p=0,0001).

При максимально высоком охвате профилактическими программами МСМ г. Шымкента (98 %) остаются самыми низкими из всех дозорных городов уровень информированности (28 %) и охват тестированием и консультированием на ВИЧ-инфекцию (43 %). Такие значительные различия, скорее всего, связаны с систематической ошибкой при опросе респондентов в местах скопления МСМ (было охвачено 47 точек). Доступ к популяции МСМ в таких случаях осуществлялся через волонтеров и аутрич работников, которые привлекались к интервьюированию (99 интервьюеров). Выборка, построенная самими респондентами, практически исключает влияние исследователей на отбор респондентов и их ответы, что даст возможность получить точные данные.

6. Заключение

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 1,0%, по данным тестирования по коду 103 – 1,5 %). МСМ в настоящее время не являются движущей силой эпидемии ВИЧ-инфекции, поскольку они составляют 1,5 процента среди новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в 2011 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 МСМ в целом характерно рискованное половое поведение:

большое число половых партнеров и невысокий уровень использования презервативов тремя четвертями МСМ. Об опасности полового поведения свидетельствуют распространенность симптомов ИППП, которые наблюдались у 16,8 % МСМ и распространенность сифилиса 5,4 %.

4. Половое поведение МСМ характеризуется противоречивыми тенденциями. С одной стороны, увеличивается использование презервативов, прежде всего с постоянными половыми партнерами, снижением количества коммерческих партнеров и половых партнеров – женщин, с другой стороны рост числа МСМ, имеющих симптомы ИППП.
5. Существует значительная вариация ответов об уровне информированности, охвате профилактическими мероприятиями и тестированием на ВИЧ-инфекцию. Скорее всего, основной причиной являются систематические ошибки методики проведения дозорного эпидемиологического надзора, особенно в тех дозорных городах, где для отбора респондентов МСМ используется метод «снежного кома». Необходимо перед исследованием проводить тщательную подготовку интервьюеров по методике проведения опроса, что повысит качество получаемых результатов.

6.2 Рекомендации

1. Разработать и принять новые методические рекомендации по оценке численности МСМ. Провести национальную оценку размера этой популяции.
2. Для рекрутирования МСМ необходимо во всех городах внедрить выборку, построенную респондентами, для чего разработать новый приказ по проведению дозорного эпидемиологического надзора.
3. Расширить географию НПО, работающих с МСМ и поддерживать деятельность уже существующих.
4. Обеспечить МСМ доступ к услугам дружественных кабинетов, путем информирования о возможности их получения и учета специфики популяции МСМ при их предоставлении. Шире использовать средства массовой информации для рекламирования работы дружественных кабинетов.

Обзор
эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2010-2011г.г. среди осужденных в Республике Казахстан

Ганина Лолита

Руководитель отдела эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД

Список рисунков

Рисунок 1	Доля зарегистрированных случаев в местах лишения свободы и в социуме в общей структуре выявления (1987-2011)
Рисунок 2	Доля зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы в 2011 году.
Рисунок 3	Регистрация случаев ВИЧ-инфекции кумулятивно по областям РК на 01.01.2012г. (социум / пенитенциарная система)
Рисунок 4	Регистрация случаев ВИЧ-инфекции в РК в динамике 2005-2011г.г., в том числе в пенитенциарной системе.
Рисунок 5	Соотношение выявленных случаев ВИЧ-инфекции в разбивке по СИ и ИУ (2005-2011)
Рисунок 6	Количество выявленных ВИЧ-инфицированных суммарно в СИ и ИУ в разбивке по полу и по областям РК, 2011г. (N=322)
Рисунок 7	Распределение выявленных случаев по путям передачи, РК, 2011г. (N=322)
Рисунок 8	Распределение внутриучрежденческих случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи, РК, 2011г.
Рисунок 9	Динамика численности ЛЖВ, содержащихся в пенитенциарной системе (2005-2011) на конец отчетного периода
Рисунок 10	Распространенность ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях по данным учета случаев ВИЧ-инфекции (2011г.) по областям РК (%)
Рисунок 11	Возрастная характеристика осужденных по годам, ДЭН (2005-2011г.г.) в разбивке по полу
Рисунок 12	Распределение осужденных по образовательному уровню, ДЭН 2005-2011г.г. (%), N=4275
Рисунок 13	Распределение осужденных женщин по образовательному уровню, ДЭН 2005-2011г.г. (%), N=297
Рисунок 14	Распределение осужденных по месту проживания до заключения, ДЭН 2005-2011г.г. (%)
Рисунок 15	Распределение осужденных по семейному положению, ДЭН 2011г.г. (%), N=4275
Рисунок 16	Доля осужденных, состоящих в браке, ДЭН 2005 – 2011г.г. (%)
Рисунок 17	Распространенность ВИЧ-инфекции по результатам ДЭН в 2005-2011г.г., и результатам скрининга осужденных (%)
Рисунок 18	Распространенность ВИЧ-инфекции по результатам ДЭН по полу (2006-2011г.г.), %
Рисунок 19	Распространенность ВГС среди осужденных (оба пола) в 2005-2011г.г.
Рисунок 20	Распространенность ВГС среди осужденных по полу по результатам ДЭН 2005-2001г.г. (%)
Рисунок 21	Распространенность сифилиса среди осужденных (оба пола) в 2005-2011г.г.
Рисунок 22.	Распространенность сифилиса среди осужденных по полу, ДЭН 2005-2001г.г.

Рисунок 23	Распространенность ВИЧ-инфекции, гепатита С и сифилиса среди осужденных в 2011 году, N=4275, ДЭН
Рисунок 24	Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса среди осужденных – мужчин и женщин, N=4275, ДЭН 2011г.
Рисунок 25	Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, инфицированных и не инфицированных гепатитом С и сифилисом, N =4275, ДЭН 2011г.
Рисунок 26	Мнение осужденных об употреблении наркотиков в исправительных учреждениях, 4275, ДЭН 2011г.
Рисунок 27	Мнение осужденных об употреблении наркотиков в исправительных учреждениях в разбивке по полу, 4275, ДЭН 2011г.
Рисунок 28	Мнение осужденных о применяемых инъекционных практиках введения наркотиков (оба пола), N=4275, ДЭН , 2011г.
Рисунок 29	Мнение осужденных о применяемых инъекционных практиках введения наркотиков в разбивке по полу, N=4275, ДЭН , 2011г.
Рисунок 30	Мнение осужденных об использовании презервативов при гомосексуальных контактах в ИУ, N =4275, 2011г.
Рисунок 31	Практика использования презервативов осужденными, ДЭН 2010-2011г.г. (%)
Рисунок 32	Доля респондентов, указавших на использование презерватива при последнем свидании (%), ДЭН 2010-2011г.г.
Рисунок 33	Распространенность симптомов ИППП среди осужденных по полу, РК, N =4275, ДЭН 2011г. (%)
Рисунок 34	Распространенность симптомов ИППП среди осужденных по областям РК, N =4275, ДЭН 2011г.
Рисунок 35	Доля осужденных, которые правильно указали меры профилактики ВИЧ и в то же время назвали неверные представления о путях передачи ВИЧ-инфекции в разбивке по полу, ДЭН 2010-26. Доля осужденных, которые правильно указали меры профилактики ВИЧ и в то же время назвали неверные представления о путях передачи ВИЧ-инфекции по областям РК, %
Рисунок 37	Мнение осужденных о возможности доступа к средствам личной профилактики – презервативам в разбивке по полу, N =4275, ДЭН 2011Г.
Рисунок 38	Мнение осужденных о возможности доступа к средствам личной профилактики – презервативам по областям РК, N =4275, ДЭН 2011Г.
Рисунок 39	Мнение осужденных о возможности доступа к дезинфицирующим средствам в разбивке по полу, N =4275, ДЭН 2011Г.
Рисунок 40	Мнение осужденных о возможности доступа к дезинфицирующим средствам по областям, (%), ДЭН, 2011г
Рисунок 41	Доля осужденных, тестировавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев в разбивке по полу, N =4275, ДЭН 2011г.
Рисунок 42	Доля осужденных, тестировавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев по областям РК, N =4275, ДЭН 2011г.

Список таблиц

Таблица 1	Количество выявленных ВИЧ-инфицированных в пенитенциарной системе в разрезе регионов РК в 2010 – 2011гг. и нарастающим итогом.
Таблица 2	Количество выявленных ВИЧ-инфицированных в СИ и ИУ в разрезе регионов РК, 2011г. (N=322)
Таблица 3	Количество выявленных ВИЧ-инфицированных в разбивке по СИ и ИУ по полу, 2011г. (N=322)
Таблица 4	Распределение выявленных случаев в пенитенциарных учреждениях по путям передачи по областям РК, 2011г. (N=322)
Таблица 5	Регистрация внутриучрежденческих случаев ВИЧ-инфекции по областям РК в разбивке по полу (2011г.)
Таблица 6	Распределение внутриучрежденческих случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи по областям РК (2011г.)
Таблица 7	Количество ВИЧ-инфицированных, содержащихся в пенитенциарной системе, в разрезе регионов на конец отчетного периода (2011 г.)
Таблица 8	Количество дозорных участков (ИУ) по областям РК и размер выборки по полу по сайтам РК, ДЭН 2011г., N=4275
Таблица 9	Распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных в возрастных группах до 25 лет и старше 25 лет, ДЭН 2005-2011г.г. (%)
Таблица 10	Распространенность ВГС среди осужденных в возрастных группах до 25 лет и старше 25 лет, ДЭН 2005-2011г.г. (%)
Таблица 11	Распространенность сифилиса среди осужденных в возрастных группах до 25 лет и старше 25 лет, ДЭН 2005-2011г.г. (%)
Таблица 12	Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди осужденных по результатам ДЭН (2011г.) по областям РК
Таблица 13	Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди осужденных женщин по результатам ДЭН (2011г.) по областям РК
Таблица 14	Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса в возрастных группах, N=4275, ДЭН 2011г.
Таблица 15	Распространенность ВГС в 2010 – 2011г.г. по результатам ДЭН среди осужденных в разрезе областей РК.
Таблица 16	Распространенность сифилиса в 2010 – 2011г.г. по результатам ДЭН среди осужденных в разрезе областей РК.

1. Введение

ВИЧ-инфекция в закрытых учреждениях распространяется достаточно быстро, основными факторами риска являются совместные инъекции с использованием нестерильного инструментария и незащищенные половые контакты, прежде всего, гомосексуальные. Доля случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в пенитенциарной системе Казахстана, составляет 26,4% (4696 сл.) в структуре всех зарегистрированных случаев (17763 на 01.01.2012г.). Чтобы оценить ситуацию и роль осужденных в развитии эпидемического процесса, в Казахстане с 2005 года на национальном уровне ежегодно проводится дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН), который направлен на сбор информации относительно социально-демографического и поведенческого профиля осужденных, а также на изучение распространенности ВИЧ, гепатита С и сифилиса. Результаты ДЭН предыдущих лет показали, что распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин, содержащихся в пенитенциарных учреждениях, выше, чем среди мужчин. В 2011 году 71% новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции из числа выявленных среди обследованных женщин (рутинное тестирование) связаны с половым путем передачи. Среди женщин-заключенных, выявленных в 2011 году – 90% новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции произошло через инъекционное употребление наркотиков. Распространенность ВИЧ среди заключенных возросла с 0,5% – в 2005 году до 3,0 % – в 2011 году, будучи выше среди женщин (2,3% – 6,8%), чем среди мужчин (0,8% – 3,0%). В динамике наблюдается увеличение концентрации ВИЧ-инфицированных в пенитенциарных учреждениях и высокая доля ПИН, как в мужских, так и женских исправительных учреждениях, о чем свидетельствует высокая распространенность ВГС. Есть свидетельства того, что инъекционные практики внутри учреждений являются небезопасными, что способствует распространению ВИЧ-инфекции. Опасные практики введения наркотиков влекут за собой ухудшение эпидемиологической ситуации не только в пенитенциарной системе, но и в целом в стране. Существующая в РК система эпидемиологического надзора позволяет своевременно выявлять регионы и конкретные пенитенциарные учреждения с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, прогнозировать ее осложнение и принимать соответствующие превентивные меры.

В этой связи, актуальным является проведение оценки ситуации в пенитенциарной системе с учетом гендерных аспектов проблемы на основании результатов ДЭН и данных, полученных из других источников информации.

1.2. Источники данных

- Серологический скрининг на ВИЧ-инфекцию (Ф.№4)
- Дозорный эпиднадзор
- Данные отчета по МиО Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД и статистики отдела специального учета Комитета УИС МВД РК

1.3. Цель написания отчета

Провести анализ эпидемиологической ситуации по распространению ВИЧ-инфекции среди заключенных на основе использования данных эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции, результатов специальных исследований (ДЭН) и специального учета.

1.4. Задачи исследования

- Определить, действительно ли женщины – заключенные, подвержены повышенному риску инфицирования ВИЧ по сравнению с мужчинами;
- Оценка моделей поведения и факторов риска, определяющих вероятность заражения ВИЧ среди женщин – заключенных и мужчин, содержащихся в пенитенциарных учреждениях
- Использование полученных данных для разработки, планирования и внедрения профилактических программ
- Предоставление информации для разработки программ по контролю инфекции и обоснования выделения необходимых ресурсов;

2. Характеристика обследования спецконтингента

ВИЧ-ситуация в пенитенциарной системе, безусловно, взаимосвязана с общей эпидемической ситуацией по данной инфекции в стране. Простой статистический факт ясно показывает, насколько эта связь тесна: на сегодняшний день, почти каждый пятый ВИЧ-инфицированный в Казахстане из числа ЛЖВ, состоящих на диспансерном учете, находится в местах лишения свободы. Подавляющая часть случаев ВИЧ среди заключенных связана с заражением до попадания в МЛС. Часть находящихся сегодня ВИЧ-инфицированных в УИС пришли туда, уже зная свой диагноз. Также выявляется группа ЛЖВ, которые инфицировались во время отбывания наказания. В РК более половины осужденных имеют опыт употребления наркотиков. Это обусловливает ухудшение эпидситуации, как вследствие увеличения концентрации ЛЖВ, так и распространения опасных практик введения наркотиков (в основном).

2.1. Методы. Политика тестирования следственно арестованных и осужденных

Алгоритм обследования заключенных утвержден Постановлением Правительства от 03.11.2011г. «Об утверждении правил об обследовании граждан на наличие ВИЧ-инфекции» №1280, которое регламентирует обследовать осужденных по эпидемиологическим показаниям: при поступлении в СИ/ИУ, через 6 месяцев и перед освобождением из МЛС. Данная практика тестирования, на наш взгляд, является оправданной – выявляется огромное количество носителей вируса. 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.

Источником данных об эпидемиологической ситуации в следственных изоляторах и исправительных учреждениях является стати-

стическая отчетная форма № 4, код 112 и код 200.2 . 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 или ИУ:

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

Таким образом, случаи, которые выявлены при поступлении в СИ, отражают эпидемиологическую ситуацию среди ПИН в общей популяции; лица, выявленные при последующих тестированиях, отражают уже неблагополучие в пенитенциарных учреждениях, за исключением незначительного количества лиц в периоде серологического окна.

2.2. Нормативно-правовая база по обеспечению скрининга спецконтингента и ЭН за зарегистрированными случаями ВИЧ-инфекции

Порядок обследования осужденных регламентируется следующими нормативными документами:

- Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения
- Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

- Постановление Правительства Республики Казахстан №1280 от 03.11.2011г. «Об утверждении Правил медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции».
- Приказ МЗ РК №616 от 12.09.2011г. «Об утверждении форм, предназначенных для субъектов здравоохранения».
- Совместный приказ КУИС МВД и КГСЭН МЗРК «Об утверждении плана мероприятий на 2011-2015г.г.».

3. Ситуация по ВИЧ и СПИД в пенитенциарных учреждениях РК по состоянию на 01.01.2012 года и за 2010 – 2011 г.г.

Нарастающим итогом на 1 января 2011 года в республике зарегистрировано 17763 ВИЧ-инфицированных (показатель на 100 000 населения – 86,8), из них в пенитенциарной системе выявлено 4696 ВИЧ-инфицированных, что составляет 26,4% в структуре выявления.

Рисунок 1. Доля зарегистрированных случаев ВИЧ–инфекции, выявленных в местах лишения свободы и в социуме в общей структуре выявления случаев (1987–2011г.г.)

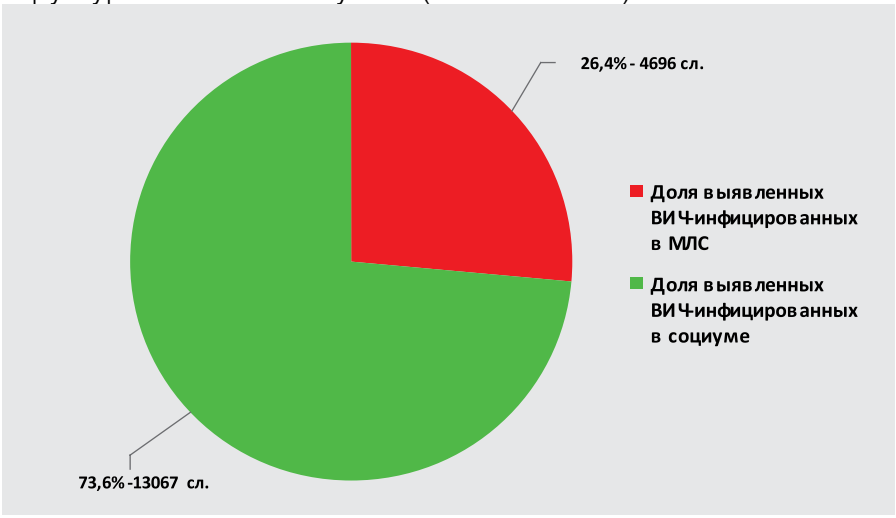
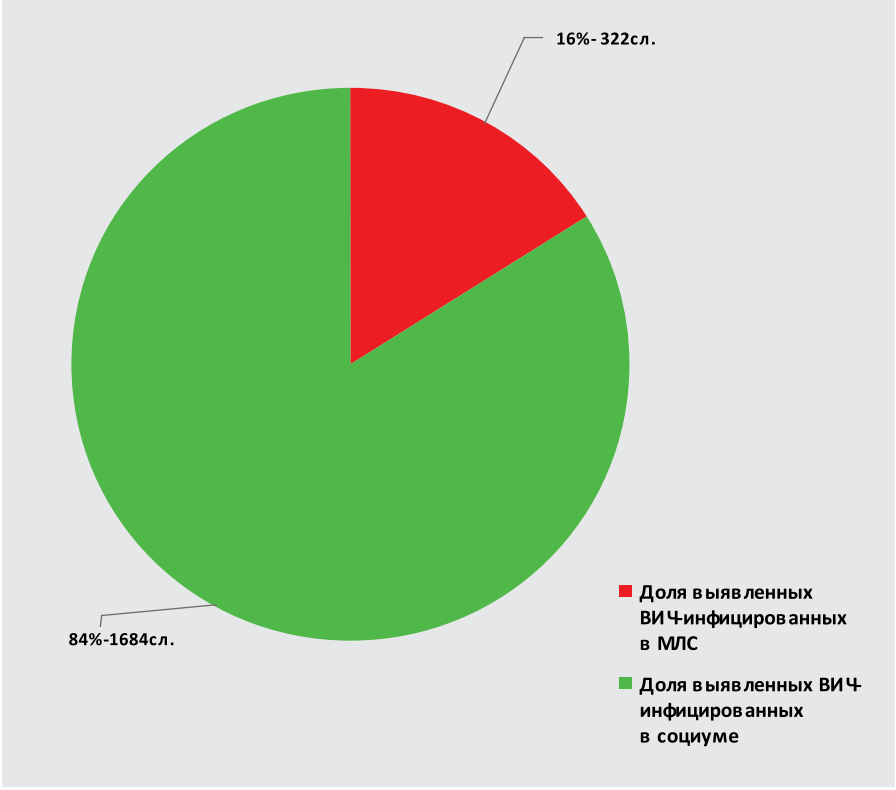


Рисунок 2. Доля зарегистрированных случаев ВИЧ–инфекции в местах лишения свободы и в социуме в общей структуре выявления в 2011 году.



В 2011 году доля выявленных случаев ВИЧ-инфекции в МЛС составила 16% (2010г.-20%).

Количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в местах лишения свободы, варьирует от 13% – в Павлодарской области до 37,2% – в Восточно-Казахстанской области.

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; в 2009г. было выявлено 536 случаев, в 2010г. – 398 случаев и в 2011 году тенденции к снижению сохранились, было выявлено 322 случая ВИЧ-инфекции среди спецконтингента, т.е. на 76 случаев меньше, чем в 2010 году.

Рисунок 3. Регистрация случаев ВИЧ–инфекции кумулятивно по областям РК на 01.01.2012г. (социум / пенитенциарная система)

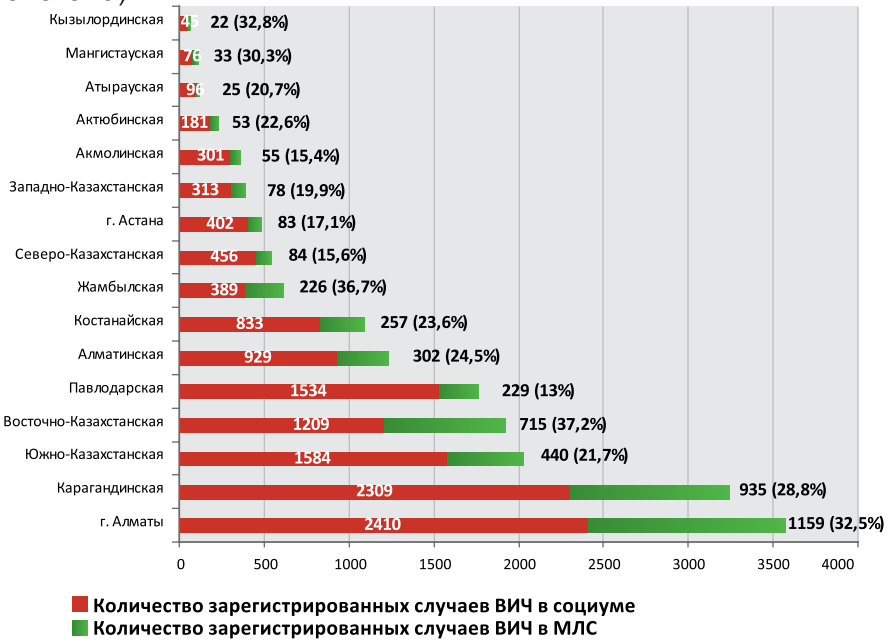
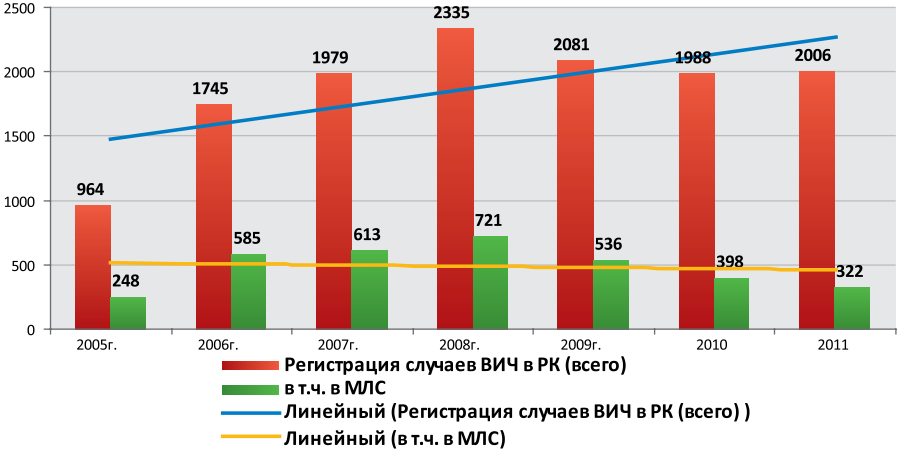


Рисунок 4. Регистрация случаев ВИЧ–инфекции в РК в динамике 2005–2011г.г., в том числе в пенитенциарной системе.



Снижение регистрации ВИЧ-инфекции в МЛС обусловлено, как общими тенденциями и стабилизацией ситуации в популяции наркопотребителей, так и положительной динамикой в пенитенциарных учреждениях. В числе выявленных случаев в МЛС в 2011 году есть иностранные граждане – 23 человека (7,1%).

Таблица 1. Количество выявленных ВИЧ–инфицированных в пенитенциарной системе в разрезе регионов РК в 2010 – 2011гг. и нарастающим итогом.

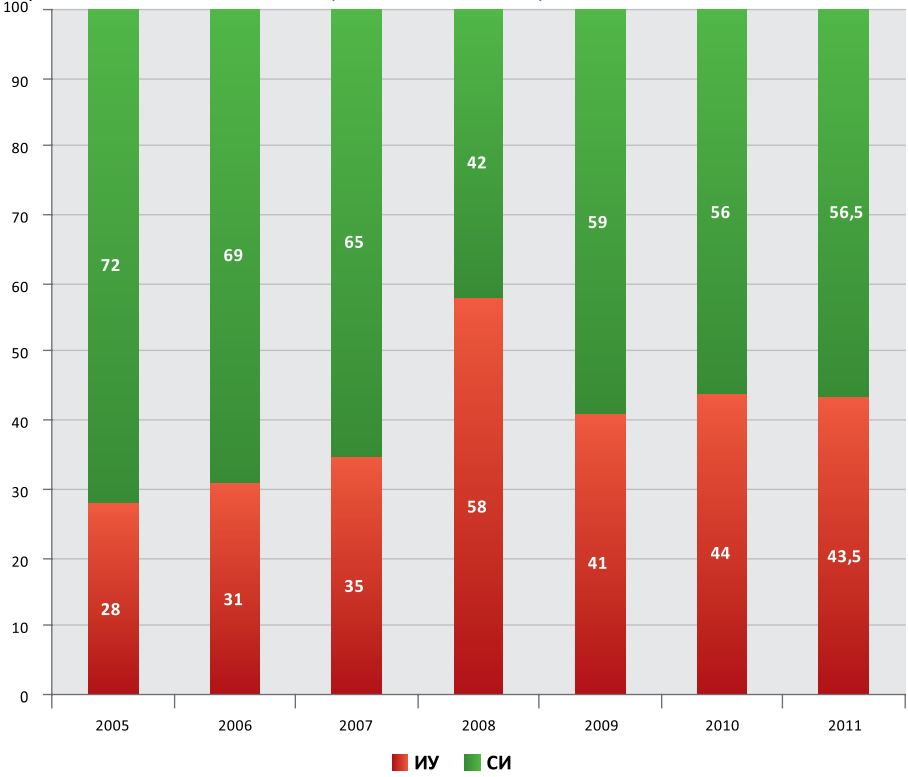
области	2010г.	2011г.	Рост/ снижение	Нарастающим итогом (на 01.01.2012г.)
Восточно-Казахстанская	74	39	– 35	715
г. Алматы	85	44	– 41	1159
Алматинская	24	12	-12	302
Павлодарская	22	15	– 7	229
Северо-Казахстанская	3	7	+4	84
Южно-Казахстанская	27	11	– 16	440
г. Астана	7	11	+4	83
Атырауская	2	1	-1	25
Костанайская	23	12	– 11	257
Западно-Казахстанская	5	4	– 1	78
Кызылординская	0	0	0	22
Акмолинская	5	2	-3	55
Мангистауская	2	0	-2	33
Актюбинская	4	3	-1	53
Жамбылская	36	35	-1	226
Карагандинская	79	126	+47	935
Всего по РК:	**398**	**322**	**– 76**	**4696**

Рост по итогам 2011 года отмечен в учреждениях Карагандинской области на 47 случаев, в СКО и г. Астане – на 4 случая, в остальных областях повсеместно отмечено снижение числа зарегистрированных случаев.

Среди спецконтингента в 2011 году было проведено 76909 тестов

на ВИЧ-инфекцию (2010г. – 88645), процент положительных результатов составил – 0,39% (2010г. – 0,45%), т.е. наблюдается положительная динамика, в сравнении с 2010г., снижение на 0,06%.

Рисунок 5. Соотношение выявленных случаев ВИЧ–инфекции в разбивке по СИ и ИУ (2005 – 2011г.г.)



В динамике по годам регистрация случаев ВИЧ-инфекции в ИУ увеличивалась, с 28% до 43,5%, с максимальной долей выявления -56% – в 2008 году. Высокий процент выявления в ИУ свидетельствует о неблагополучии в отдельных учреждениях пенитенциарной системы.

В 2011 году в СИ зарегистрировано 182 случая (2010г.– 142 случая ВИЧ-инфекции, доля – 54,6%) и 140 – в ИУ (2010г. – 118 случаев, доля – 45,4%). Соотношение выявленных случаев в СИ и ИУ по 2011 году составила 56,5% (СИ) и 43,5% (ИУ).

Таблица 2. Количество выявленных ВИЧ–инфицированных в СИ и ИУ в разрезе регионов РК, 2011г. (N=322)

№	Области	Выявлено ЛЖВ в СИ	Выявлено ЛЖВ в ИУ	Всего
1	Акмолинская	1	1	2
2	Актюбинская	3	0	3
3	Алматинская	7	5	12
4	Атырауская	1	0	1
5	ВКО	23	16	39
6	Жамбылская	30	5	35
7	ЗКО	2	2	4
8	Карагандинская	30	96	126
9	Костанайская	10	2	12
10	Кызылординская	0	0	0
11	Мангистауская	0	0	0
12	Павлодарская	12	3	15
13	СКО	6	1	7
14	ЮКО	5	6	11
15	г.Алматы	43	1	44
16	г. Астана	9	2	11
17	**РК**	**182**	**140**	**322**

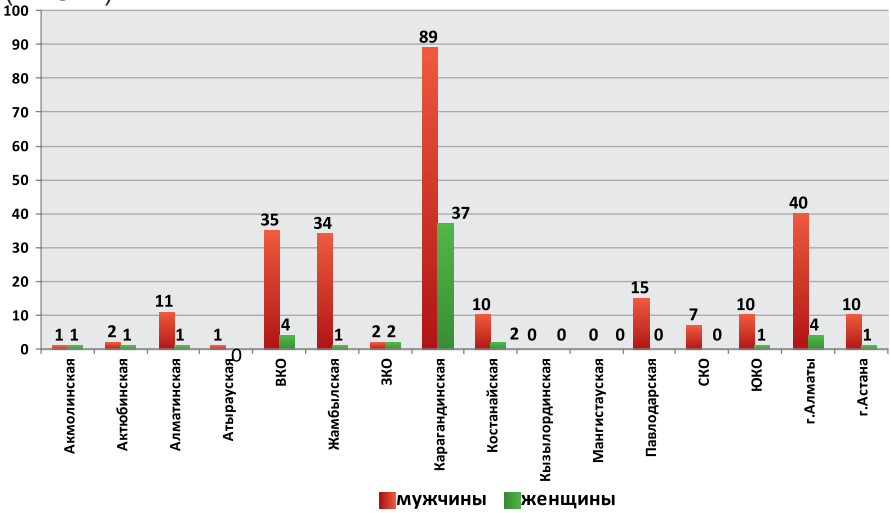
Анализ ситуации в разбивке по СИ и ИУ по областям Казахстана показывает, что количество выявленных в ИУ в Карагандинской области в 3,2 раза превышает выявление в СИ, тогда как при благополучной ситуации, картина должна быть противоположная.

Таблица 3. Количество выявленных ВИЧ-инфицированных в разбивке по СИ и ИУ и по полу, 2011г. (N=322)

№	Области	Выявлено в СИ		Выявлено в ИУ	
		мужчины	женщины	мужчины	женщины
1	Акмолинская	0	1	1	0
2	Актюбинская	2	1	0	0
3	Алматинская	7	0	4	1
4	Атырауская	1	0	0	0
5	ВКО	20	3	15	1
6	Жамбылская	29	1	5	0
7	ЗКО	1	1	1	1
8	Карагандинская	25	5	64	32
9	Костанайская	8	2	2	0
10	Кызылординская	0	0	0	0
11	Мангистауская	0	0	0	0
12	Павлодарская	12	0	3	0
13	СКО	6	0	1	0
14	ЮКО	4	1	6	0
15	г.Алматы	39	4	1	0
16	г.Астана	8	1	2	0
17	**РК**	**162**	**20**	**105**	**35**

При поступлении в СИ было выявлено 5 ВИЧ-инфицированных женщин, тогда как в ИУ было выявлено 35 женщин с ВИЧ-инфекцией, что свидетельствует о неблагополучии в женских учреждениях. Основная часть инфицированных женщин была выявлена в Карагандинской области (АК 159/9), где в 2011 году зарегистрирована локальная вспышка с распространением ВИЧ-инфекции при употреблении наркотиков; 60,7% мужчин было выявлено в следственных изоляторах и 39,3% – в исправительных учреждениях.

Рисунок 6. Количество выявленных ВИЧ–инфицированных суммарно в СИ и ИУ в разбивке по полу по областям РК, 2011г. (N=322)



В разбивке по полу 83% случаев выявления приходится на мужчин и 17% – на женщин.

Рисунок 7. Распределение выявленных случаев по путям передачи, РК, 2011г. (N=322)

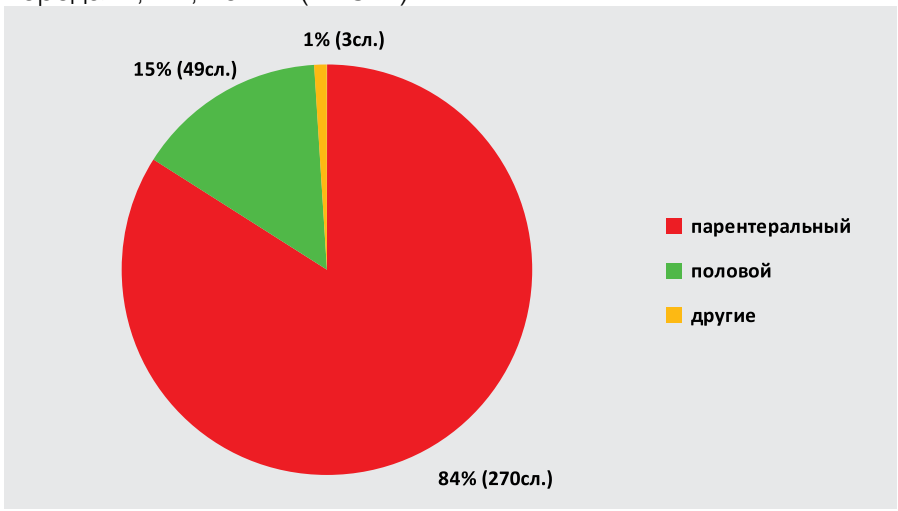


Таблица 4. Распределение выявленных случаев в пенитенциарных учреждениях по путям передачи по областям РК, 2011г. (N=322)

№	Области	Количество случаев ВИЧ-инфекции (абс.)	парентеральный	половой	Другие пути передачи
1	Акмолинская	2	1	1	
2	Актюбинская	3	1	2	
3	Алматинская	12	9	3	
4	Атырауская	1	1	0	
5	ВКО	39	29	10	
6	Жамбылская	35	31	4	
7	ЗКО	4	4	0	
8	Карагандинская	126	112	13	1
9	Костанайская	12	11	1	
10	Кызылординская	0	0	0	
11	Мангистауская	0	0	0	
12	Павлодарская	15	14	1	
13	СКО	7	5	2	
14	ЮКО	11	7	4	
15	г.Алматы	44	36	6	2
16	г.Астана	11	9	2	
17	**РК**	**322**	**270**	**49**	**3**

Основная часть случаев ВИЧ-инфекции выявляется среди потребителей инъекционных наркотиков (270 случаев, 83,8%). На половой путь передачи приходится 49 случаев (15,2%) и около 1% составляют другие пути передачи.

Внутриучрежденческие случаи инфицирования в МЛС.

В 2011 году было зарегистрировано 105 случаев инфицирования осужденных внутри учреждений (2010г. – 88 случаев), рост составил +17 случаев. Из 105-ти случаев, 4 зарегистрировано в СИ и 101 – в ИУ.

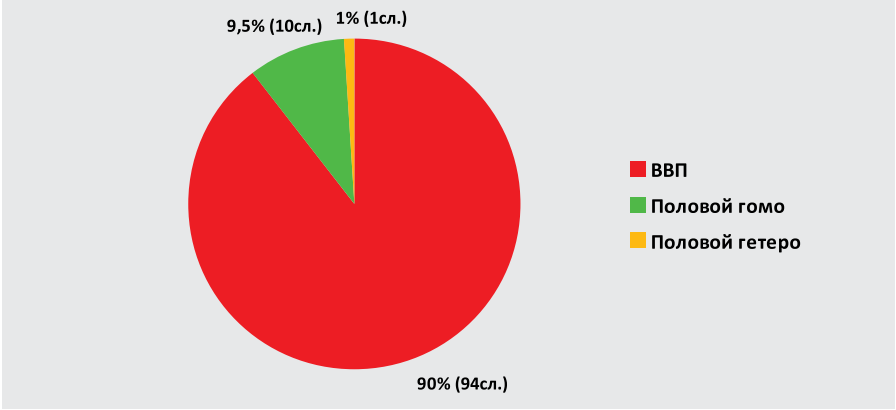
Внутриучрежденческие случаи выявлены как в женских, так и в мужских учреждениях, распределение по полу представлено в таблице 5.

Таблица 5. Регистрация внутриучрежденческих случаев ВИЧ-инфекции по областям РК в разбивке по полу (2011г.)

№	Области	Кол-во внутри-учрежденческих случаев	в т.ч среди мужчин	в т.ч. среди женщин
1	Акмолинская			
2	Актюбинская			
3	Алматинская	5	4	1
4	Атырауская			
5	ВКО	13	13	0
6	Жамбылская	1	1	
7	ЗКО			
8	Карагандинская	75	54	21
9	Костанайская			
10	Кызылординская			
11	Мангистауская			
12	Павлодарская	5	5	0
13	СКО			
14	ЮКО	5	5	0
15	г.Алматы	1	1	0
16	г.Астана			
17	**РК**	**105**	**83**	**22**

На парентеральный путь инфицирования приходится 89,5% (94 случая), половой гетеро -1 случай и 10 человек инфицировались при гомосексуальных контактах без средств защиты (9,5%).

Рисунок 8. Распределение внутриучрежденческих случаев ВИЧ–инфекции по путям передачи, РК, 2011г.



Внутриучрежденческие случаи инфицирования зарегистрированы в учреждениях Павлодарской области – 5, Алматинской области – 5, ЮКО-5, Карагандинской – 75, ВКО – 13, Жамбылской -1 и в г. Алматы -1. Основная причина инфицирования внутри учреждений – это употребление наркотиков и использование нестерильных шприцев и подручных средств. Доля внутриучрежденческих случаев ВИЧ-инфекции от общего числа зарегистрированных в системе КУИС МВД РК в 2011 году составляет 32,6%.

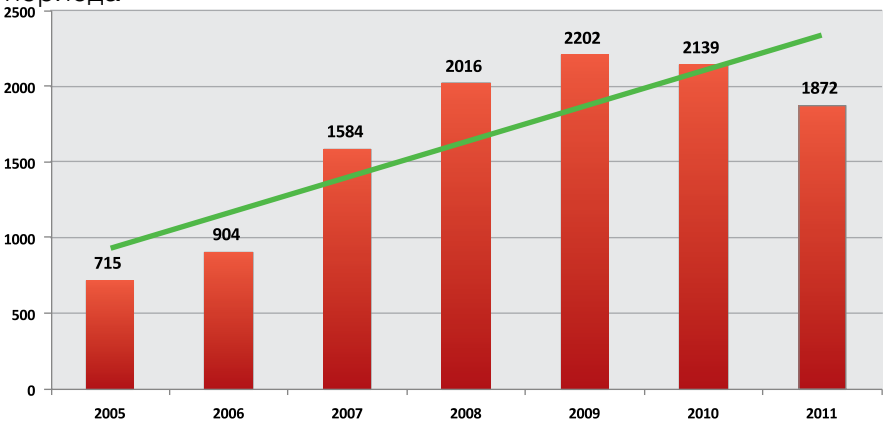
Таблица 6. Распределение внутриучрежденческих случаев ВИЧ–инфекции по путям передачи по областям РК (2011г.)

№	Области	Кол-во внутриучрежденческих случаев ВИЧ (всего)	Распределение внутриучрежденческих случаев ВИЧ по путям передачи		
			парентеральный	половой гетеро	половой гомо
1	Акмолинская				
2	Актюбинская				
3	Алматинская	5	5		
4	Атырауская				
5	ВКО	13	7		6
6	Жамбылская	1	1		
7	ЗКО				
8	Карагандинская	75	72	1	2

9	Костанайская				
10	Кызылординская				
11	Мангистауская				
12	Павлодарская	5	5		
13	СКО				
14	ЮКО	5	3		2
15	г.Алматы	1	1		
16	г.Астана				
17	**РК**	**105**	**94**	**1**	**10**

Особое внимание необходимо обратить на неблагополучие в 2-х исправительных учреждениях Карагандинской области: АК 159/5 и АК 159/9, в которых в 2011 году были зарегистрированы локальные вспышки ВИЧ-инфекции. В АК 159/5 выявлено 48 внутриучрежденческих случаев, в АК 159/9 – 21. В настоящее время ситуация стабилизирована, но для дальнейшего сокращения случаев ВИЧ-инфекции целесообразно рассмотреть вопрос расширения профилактических программ в этих учреждениях (пилотирование программы ОЗТ или обмен шприцев). Необходимо усилить меры профилактики в СИ-16 Караганды, где также за отчетный период было зарегистрировано 3 внутриучрежденческих случая ВИЧ-инфекции, в том числе – 1 случай с гетеросексуальным путем передачи.

Рисунок 9. Динамика численности ЛЖВ, содержащихся в пенитенциарной системе (2005–2011) на конец отчетного периода



В динамике по годам наблюдается увеличение численности ЛЖВ. На конец 2011г. в местах лишения свободы находилось 1872 человека с ВИЧ-положительным статусом, из них 195 ЛЖВ содержалось в СИ и 1677 – в ИУ.

Таблица 7. Количество ВИЧ–инфицированных, содержащихся в пенитенциарной системе, в разрезе регионов на конец отчетного периода (2011 г.)

№	Области	Содержится ЛЖВ в СИ	Содержится ЛЖВ в ИУ	Всего
1	Акмолинская	1	50	51
2	Актюбинская	4	23	27
3	Алматинская	3	219	222
4	Атырауская	0	12	12
5	ВКО	38	384	422
6	Жамбылская	16	126	142
7	ЗКО	2	20	22
8	Карагандинская	20	429	449
9	Костанайская	19	76	95
10	Кызылординская	1	12	13
11	Мангистауская	0	10	10
12	Павлодарская	15	95	110
13	СКО	11	71	82
14	ЮКО	5	90	95
15	г.Алматы	56	7	63
16	г.Астана	4	53	57
17	**РК**	**195**	**1677**	**1872**

Основная часть ВИЧ-инфицированных сконцентрирована в ВКО (422) и в Карагандинской областях (449), в Алматинской области содержится 222 ЛЖВ и 110 – в Павлодарской области. Факторами, способствующими распространению, являются доступность наркотиков (ДЭН 2011г.), высокая доля наркопотребителей (ВГС – 40%) высокая распространенность сифилиса (8,1%) при отсутствии эффективных программ профилактики (ОЗТ, обмен шприцев).

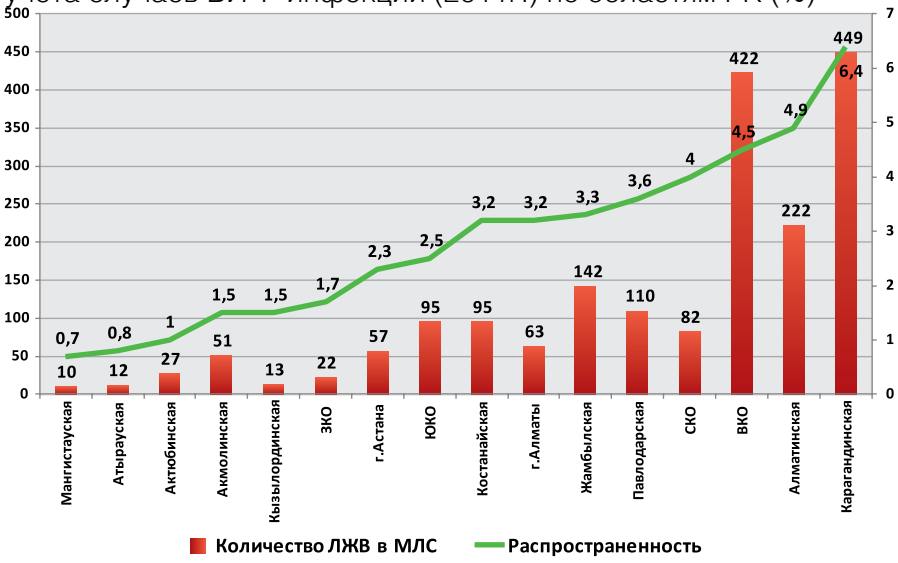
Данные эпиднадзора за случаями показывают, что серьезная ситуация складывается в женских учреждениях, 21% (22 из 105 случаев) инфицирования приходится на женские ИУ. Положительная динамика

по снижению выявления случаев в МЛС в последние 3 года, объясняется стабилизацией ситуацией в популяции ПИН в социуме, и в меньшей мере – усилиями в МЛС, направленными на дальнейшее снижение числа зарегистрированных случаев.

Учитывая вышеизложенное, необходимо усовершенствовать систему мониторинга эпидемической ситуации в пенитенциарной системе по сбору данных на случаи инфицирования ВИЧ внутри пенитенциарной системы и обеспечить комплекс мер, направленных на стабилизацию ситуации.

Необходимо усилить пропаганду использования презервативов, объяснение необходимости их использования во избежание инфицирования ВИЧ. В областях, где презервативы остаются ограниченно доступны, необходимо решить вопрос обеспечения учреждений презервативами в достаточном количестве. Необходимо повысить качество и доступность психосоциального консультирования, его роли, как части профилактической работы, так как по-прежнему, из числа лиц, прошедших обследование, знают результаты тестирования только 67,5% осужденных (2010г.– 71,3%).

Рисунок 10. Количество ЛЖВ в МЛС и распространенность ВИЧ–инфекции в пенитенциарных учреждениях по данным учета случаев ВИЧ–инфекции (2011г.) по областям РК (%)



Распространенность ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе составила 3,55% (2010г. – 3,7%). Выше средне республиканского показателя распространенность в учреждениях Карагандинской области (6,4%), СКО (4,0%), ВКО (4,5%) и в Алматинской области (4,9%).

Выводы по эпидситуации:

- 26,4% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции на территории Казахстана приходится на пенитенциарную систему, в 2011 году -16%.
- В течение последних 3-х лет наблюдается положительная динамика: число зарегистрированных случаев постепенно снижается (2008г.-721; 2009г. -536; 2010г. -398; 2011г.– 322), что можно объяснить общими тенденциями (снижение регистрации внутривенного пути передачи в социуме).
- В то же время, анализ ситуации в разбивке по СИ и ИУ показал, что в 2011 году доля случаев, выявленных в ИУ, остается высокой – 45,4% (2010г. – 44%), что свидетельствует о распространении ВИЧ-инфекции внутри пенитенциарной системы.
- Анализ по путям передачи (322 случая) показал, что среди выявленных ВИЧ-инфицированных – парентеральный путь составляет – 83,8%; половым путем инфицировалось 15,2% осужденных, и доля других путей передачи составила менее 1%.
- В 2011 году зарегистрировано 105 случаев инфицирования осужденных внутри пенитенциарной системы (2010г.– 88 случаев), что составило 32,6% от общего числа выявленных в МЛС (322). Это обстоятельство требует усиления мер, направленных на снижение заболеваемости.
- Внутриучрежденческие случаи инфицирования произошли в учреждениях Павлодарской области – 5, Алматинской области – 5, ЮКО-5, Карагандинской – 75, ВКО – 13, г. Алматы-1, Жамбылская -1;
- Основная причина инфицирования внутри учреждений – это употребление наркотиков и использование нестерильных шприцев и подручных средств.
- На парентеральный путь инфицирования внутри учреждений приходится 89,5% (94 случая), половой гетеро -1 случай и 10 человек инфицировались при гомосексуальных контактах без средств защиты.

- Данные эпиднадзора за случаями показывают, что серьезная ситуация складывается в женских учреждениях, так как 21% случаев инфицирования внутри учреждений (22 из 105 случаев) произошли именно в женских учреждениях.
- Факторами, способствующими распространению ВИЧ-инфекции в женских учреждениях являются: доступность наркотиков (ДЭН 2010г.), высокая доля лиц, употребляющих или имевших в жизни опыт употребления наркотиков (ВГС – 32,7%) и более высокая, чем у мужчин, распространенность сифилиса (15,2%).
- Отмечается высокая концентрация ЛЖВ в МЛС: в 2005г. содержалось 705 человек с ВИЧ-положительным статусом; на конец 2011 года количество ЛЖВ составило 1872, включая следственные изоляторы.
- Распространенность ВИЧ-инфекции во всех МЛС по данным учета составила 3,55%. Это меньше порогового уровня, заданного Государственной программой «Саламаты Казахстан» в 5%. Однако наибольшая часть всех выявленных ЛЖВ содержится в 2-х регионах: Карагандинской области и в ВКО.

4. Дозорный эпидемиологический надзор

Для того, чтобы оценить ситуацию по распространению ВИЧ-инфекции среди осужденных, необходимо при анализе использовать не только данные скрининга, но и результаты ДЭН и других источников (отдела специального учета КУИС). Зарегистрированное количество ВИЧ-положительных людей в ходе скрининга, отражает лишь часть реальной цифры людей, живущих с ВИЧ в МЛС.

ДЭН проводится с использованием стандартных методов, является компонентом действующей системы эпиднадзора в РК.

Цель проведения ДЭН:

Систематический и регулярный сбор информации, направленный на изучение динамики, факторов распространения ВИЧ-инфекции в сочетании с мониторингом моделей поведения.

Задачи:

- Оценить распространенность ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и сифилиса среди осужденных с учетом социально-демографических и поведенческих данных в 2010-2011г.г.;
- Определить тенденции распространения ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и сифилиса среди осужденных в динамике по годам на республиканском уровне;
- Оценить модели поведения осужденных, связанные с риском инфицирования ВИЧ, ВГС и сифилисом
- Получить информацию для оценки влияния профилактических программ, реализуемых в пенитенциарной системе, для их коррекции, расширения или адвокации.

5. Методология проведения ДЭН среди осужденных

Описание методологии:

Формирование выборки осуществлялось в соответствие с методическими рекомендациями, утвержденными приказом МЗ РК от 23.12.2005г. № 634 «Об организации и проведении дозорного эпидемиологического надзора».

Дизайн исследования:

- Одномоментное поперечное исследование в популяции осужденных дозорных сайтов, включающее поведенческий и серологический надзор.
- Место проведения – пенитенциарные учреждения Республики Казахстан, расположенные в 13 областях и г. Астане.

№	Дозорный сайт / территория проведения ДЭН
1	Акмолинская область
2	Актюбинская область
3	Алматинская область
4	Атырауская область
5	Восточно-Казахстанская область
6	Жамбылская область

7	Западно-Казахстанская область
8	Карагандинская область
9	Костанайская область
10	Мангистауская область
11	Павлодарская область
12	Северо-Казахстанская область
13	Южно-Казахстанская область
14	г. Астана

- Сроки проведения исследования – март – апрель в соответствие с типовым календарным планом

Кратность проведения:

Исследования проводятся ежегодно, начиная с 2005 года

Длительность исследования:

Максимально короткие сроки, но не более одного месяца

Инструменты сбора данных:

- социально-демографические и поведенческие – стандартизированная структурированная анкета, прошедшая апробацию в целевой группе;
- серологические – забор капиллярной крови на фильтровальную бумагу с последующим высушиванием образцов и анализом в ИФА (метод СККК– сухая капля капиллярной крови).

Определение случая ВИЧ-инфекции, ВГС или сифилиса:

Положительный результат СККК в ИФА на ВИЧ/ВГС/сифилис, полученный в скрининговом тесте с последующим подтверждением в экспертном тесте.

Стандартная методика исследования:

Интервьюирование после получения устного информированного согласия и связанное анонимное тестирование на ВИЧ, ВГС и сифилис с проведением до и послетестового консультирования.

Поведенческий надзор

Анкетирование проводится по стандартному вопроснику. Поведенческие данные собираются в ходе личных интервью по утвержденным стандартизированным анкетам. Анкеты включают вопросы о социально-демографических данных респондента, о половом поведении, инъекционном поведении, уровне знаний о ВИЧ-инфекции и СПИДе, поиске лечения при симптомах ИППП, охвате профилактическими мероприятиями.

Лабораторный этап (краткое описание)

Лабораторный этап является одним из основных составляющих дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за ВИЧ инфекцией, позволяющим получить объективную информацию о распространенности этой инфекции.

В качестве биоматериала для тестирования используется сухая капля капиллярной крови. Методом иммуноферментного анализа определяются антитела к ВИЧ, вирусному гепатиту С (ВГС) и сифилису. Все положительные результаты скринингового теста подтверждаются вторым экспертным тестом.

Забор крови производился методом сухой капиллярной капли на фильтровальные тест карты (бумага Schreiber & Schuell № 903). Применяется контроль качества: проводится верификация 10% отрицательных образцов.

Процедура согласия и конфиденциальность.

- Проводится связанное анонимное тестирование с до – и послетестовым консультированием респондента по вопросам ВИЧ-инфекции с целью уменьшения риска приобретения и передачи ВИЧ-инфекции;
- Исследователь получает устное информированное согласие обследуемого с предложением сдать материал на исследование и ответить на вопросы анкеты;
- Применяется кодирование анкеты и биоматериала от обследуемого; код (УИК) присваивается обследуемому с тем, чтобы только он (она) смогли идентифицировать себя с результатами теста.

6. Методика отбора респондентов при проведении ДЭН среди осужденных.

Изучаемая популяция:

Осужденные – лица, содержащиеся в исправительных учреждениях не менее 6 месяцев до даты исследования и соответствующие всем критериям отбора респондентов. Отбор респондентов осуществлялся по систематической случайной выборке на основании списка осужденных.

Критерии отбора респондентов:

- нахождение в заключении от 6 и более месяцев;
- наличие устного информированного согласия на интервью и забор крови.

Критерии исключения из исследования:

- участие в подобном исследовании среди осужденных в текущем году.
- физическая и умственная неадекватность, препятствующая участию в исследовании или отказ от участия самого респондента

Отбор пенитенциарных учреждений (дозорных участков):

- Стратифицированная случайная выборка учреждений по режиму содержания в трех областях (Карагандинская, Восточно-Казахстанская, Акмолинская области)
- Включение всех учреждений в остальных областях.

Определение размера выборки:

Размер выборки определяется отдельно для каждой области в зависимости от оценки уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди осужденных, размера допустимой ошибки, количества осужденных по данным УКУИС и дизайна выборки.

Размер выборки зависит от численности осужденных на дозорном сайте и определяется по данным, представляемым ДК УИС (общее количество отбывающих наказание по каждому исправительному учреждению на территории дозорного сайта и списки осужденных,

пребывающих в них 6 месяцев и более). Определяется количество респондентов в каждом учреждении исходя из его доли и размера выборки. Респонденты отбираются случайным образом из списка с использованием шага. Размер шага в каждом учреждении рассчитывается по отношению: общая численность спецконтингента/размер выборки. Для выбора начального номера респондента используется функция MS Excel , где в интервале от 0 до рассчитанного «размера шага», например до 15, случайным образом выбирается номер первого респондента. Следующий респондент отбирается путем прибавления «размера шага» к номеру первого респондента и т.д.

В Карагандинской, Восточно-Казахстанской и Акмолинской области ввиду большого количества учреждений, в ДЭН включаются не все учреждения, а проводится стратифицированная случайная выборка учреждений по режиму содержания следующим образом:

1. Производится стратификация учреждений, то есть, разбивка их на типы (колонии общего режима, колонии строгого режима, женские колонии...).
2. Определяется численность осужденных, находящихся 6 месяцев и более в разных типах учреждений.
3. Вычисляется доля каждого типа учреждений в общей численности таких осужденных в области.
4. Определяется количество респондентов в каждом типе учреждения исходя из его доли и размера выборки.
5. Случайным образом выбираются учреждения из каждого типа учреждений. Например, две колонии общего режима из пяти. Если тип учреждения представлен только одним учреждением, то оно включается в выборку.
6. Порядок отбора респондентов описан выше и проводится из списка осужденных, содержащихся в МЛС свыше 6 месяцев с использованием расчетного шага.

7. Характеристика дозорной группы

Дозорный эпидемиологический надзор среди осужденных проведен эпидемиологами центров СПИД в 13 областях республики и г. Астане в 40 исправительных учреждениях.

Таблица 8. Количество дозорных участков (ИУ) по областям РК и размер выборки по полупо сайтам РК ДЭН 2011г., N=4275

№	Области	Кол-во ИУ, отобранных в ДЭН			Размер выборки	
		Всего:	В т.ч. мужские	В т.ч. женские	Мужчины заключенные	Женщины заключенные
1	Акмолинская	3	3	0	320	
2	Актюбинская	2	2	0	300	
3	Алматинская	4	3	1	223	127
4	Атырауская	1	1	0	150	
5	ВКО	6	5	1	363	27
6	Жамбылская	3	3	0	350	
7	ЗКО	1	1	0	200	
8	Карагандинская	5	4	1	382	83
9	Кустанайская	2	2	0	350	
10	Мангистауская	1	1	0	200	
11	Павлодарская	4	4	0	400	
12	СКО	3	3	0	250	
13	ЮКО	3	2	1	340	60
14	г.Астана	2	2	0	150	
15	**РК**	**40**	**36**	**4**	**3978**	**297**

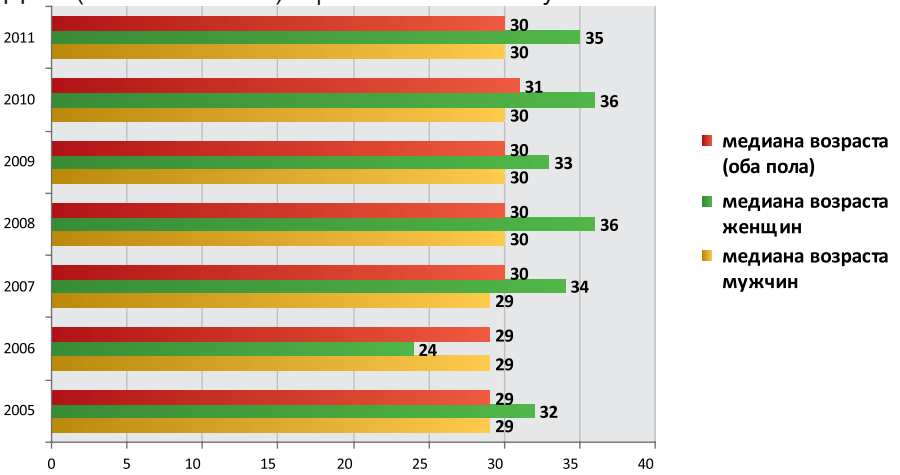
В ДЭН приняло участие 4275 осужденных, в т.ч. 3978 мужчин (93,0%) и 297 женщин (7,0%). Размер выборки в каждом учреждении определялся от общего количества содержащихся осужденных в соответствие с методологией. Процент заключенных, включенных в выборку из общей популяции заключенных (мужчин и женщин) составляет в среднем 10%.

8. Социально–демографические характеристики

8.1. Возрастная характеристика осужденных

Возраст опрошенных респондентов находился в пределах от 18 до 76 лет, медиана возраста составила 30 лет. Медиана возраста женщин осужденных в 2011 году составляет 35 лет, а мужчин – 30 лет.

Рисунок 11. Возрастная характеристика осужденных по годам, ДЭН (2005–2011г.г.) в разбивке по полу

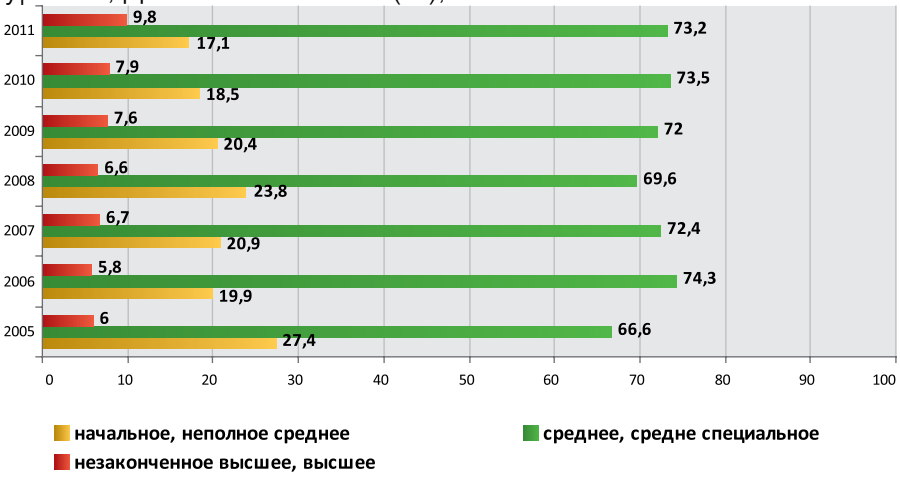


В динамике наблюдается увеличение медианы возраста женщин с 32-х лет – в 2005 году до 35 лет – в 2011 году. Медиана возраста осужденных мужчин составляет 29-30 лет.

8.2. Уровень образования осужденных

Начальное образование в 2011 году имели 17,1% (729/4275), среднее – 73,2% (3129/4275), высшее – 9,8% осужденных (417/4275). Доля женщин, содержащихся в МЛС в 2011 году, имеющих незаконченное высшее или высшее образование составляет 20,2%, что в 2 раза выше, чем этот же показатель среди осужденных мужчин (9%).

Рисунок 12. Распределение осужденных по образовательному уровню, ДЭН 2005–2011г.г. (%), N=4275



В динамике постепенно увеличивается доля осужденных, имеющих среднее и средне специальное образование: от 66,6% – в 2005 году до 73,2% – в 2011 году и увеличивается доля осужденных, имеющих высшее или незаконченное высшее образование: с 6% – в 2005 году до 9,8% – в 2011 году.

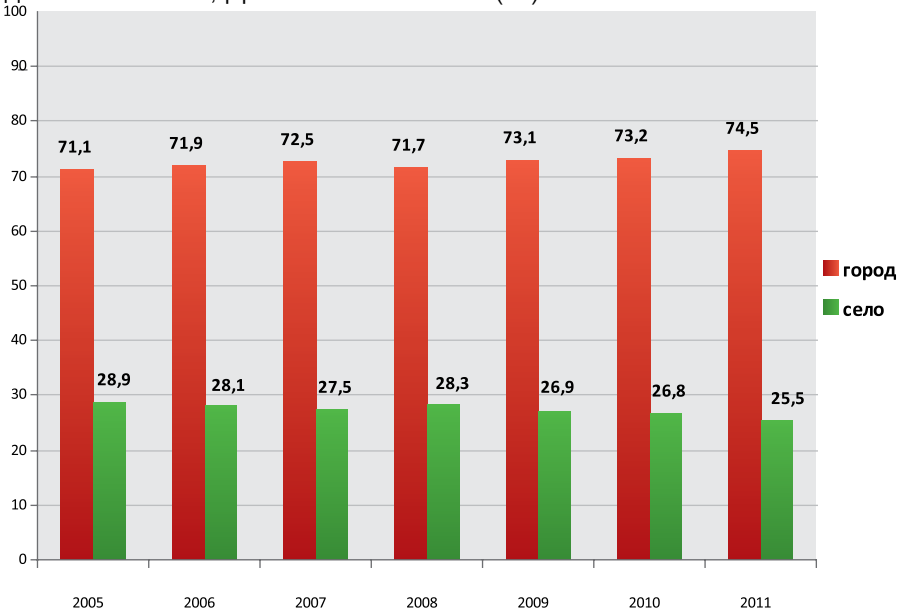
Рисунок 13. Распределение осужденных женщин по образовательному уровню, ДЭН 2005–2011г.г. (%), N=297

Среди осужденных женщин доля лиц с высшим образованием увеличилась по сравнению с 2005 годом почти в 3 раза. Доля осужденных женщин с начальным образованием варьирует от максимального 26,5% (2005г.) до минимального уровня – 14,4% (2008г.).

8.3. Место проживания до заключения

По месту проживания до заключения в 2011 году городские жители составили 74,5% (3184/4275), сельские жители – 25,5% (1091/4275).

Рисунок 14. Распределение осужденных по месту проживания до заключения, ДЭН 2005–2011г.г. (%)

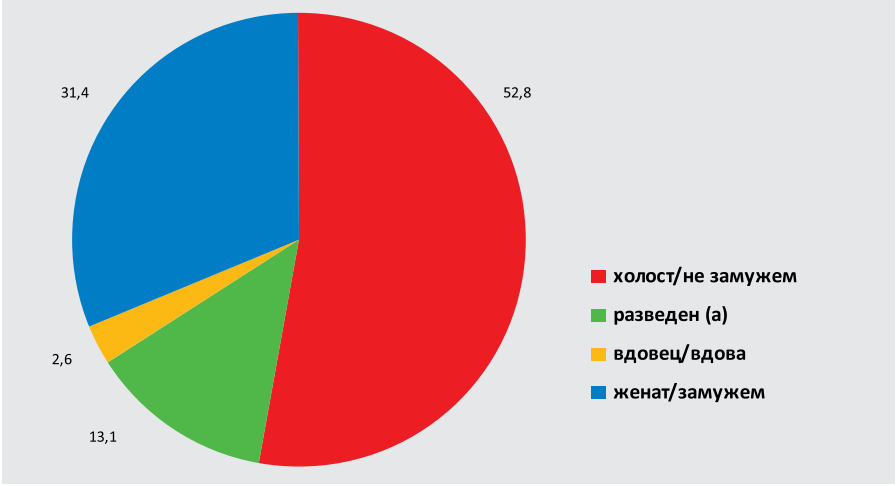


В динамике в МЛС постепенно увеличивается доля городских жителей: с 71,1% в 2005 году до 74,5% – в 2011 году.

8.4. Семейное положение

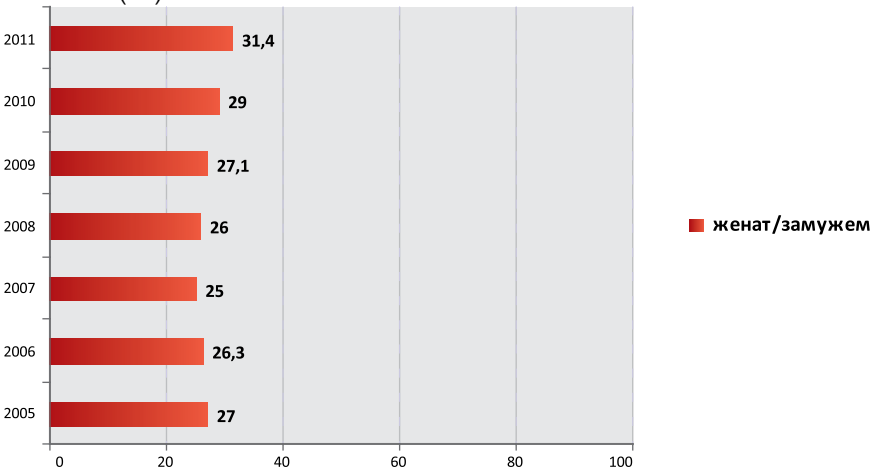
31,4% осужденных (1343/4275) в 2011 году состояло в браке. Доля семейных женщин составила 34,7%, мужчин – 31,2%.

Рисунок 15. Распределение осужденных по семейному положению, ДЭН 2011г.г. (%), N=4275



Доля осужденных, состоящих в разводе, составила 13,1%, вдов и вдовцов – 2,6% и 52,8% осужденных в браке не состоят.

Рисунок 16. Доля осужденных, состоящих в браке, ДЭН 2005 – 2011г.г. (%)



В динамике по годам доля семейных осужденных варьирует от 25% (2007г.) до 31,4% (2011г.).

8.5. Количество и сроки нахождения в МЛС

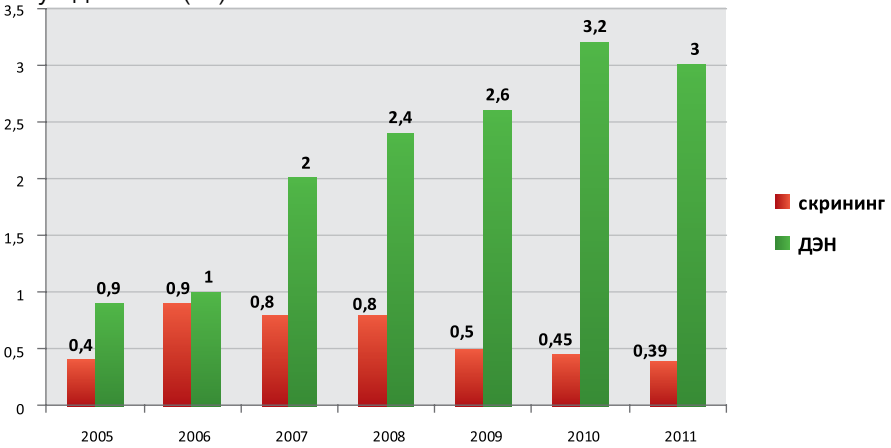
Более половины осужденных (61%, 2598/4275) пребывала в МЛС впервые; второй раз – 19,7% (842/4275), три и более раза – 19,5% (835/4275). Женщины, которые находятся в МЛС впервые в 2011 году составляют 70% от всех женщин, содержащихся в ИУ, мужчины – 60%.

По срокам пребывания в ИУ: менее одного года содержится 14% осужденных; от 1-го до 3-х лет – 52%; от 3-х до 5-ти лет – 18,3%; от 5-ти до 10 лет – 13,8% осужденных; от 10-ти лет и выше – 2,2% осужденных.

9. Результаты серологического надзора ДЭН среди осужденных

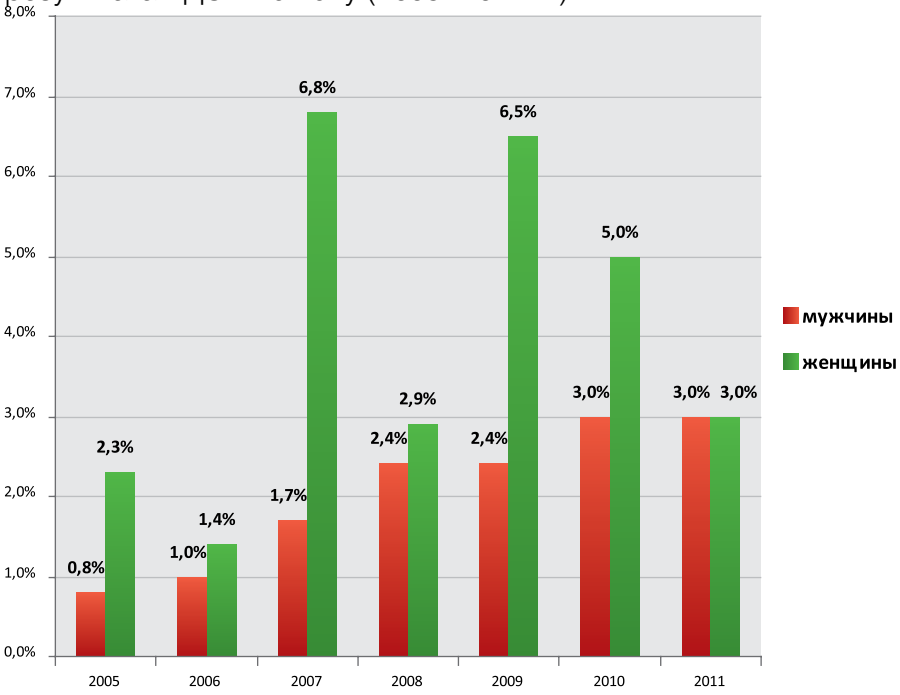
ДЭН позволяет изучить распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса в группе осужденные в различных регионах страны. Данные о распространенности ВГС свидетельствуют о распространении опасных в отношении инфицирования ВИЧ инъекционных практик, а сифилиса – о небезопасном половом поведении (без использования средств индивидуальной защиты – презервативов).

Рисунок 17. Распространенность ВИЧ–инфекции по результатам ДЭН в 2005–2011г.г., и данных скрининга осужденных (%)



Распространенность ВИЧ-инфекции среди спецконтингента по данным скрининга имеет тенденцию к снижению. Распространенность ВИЧ-инфекции по результатам ДЭН, напротив, постепенно увеличивается. В 2011 году распространенность по результатам ДЭН выше, чем среди обследованных по существующему алгоритму осужденных и составила, соответственно 0,39% и 3,0%.

Рисунок 18. Распространенность ВИЧ–инфекции по результатам ДЭН по полу (2005–2011гг.)



В динамике наблюдается увеличение концентрации ВИЧ-инфицированных в пенитенциарных учреждениях. Распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных возросла с 0,9% – в 2005 году до 3,0% – в 2011 году, будучи выше среди женщин (min. 2,3% – max. 6,8%), чем среди мужчин (min. 0,8% – max. 3,0%). В 2010 году распространенность ВИЧ среди заключенных достигла 3,0% (5,0% – у женщин; 3,0% – у мужчин), в 2011 году распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин и мужчин находилась на уровне 3%.

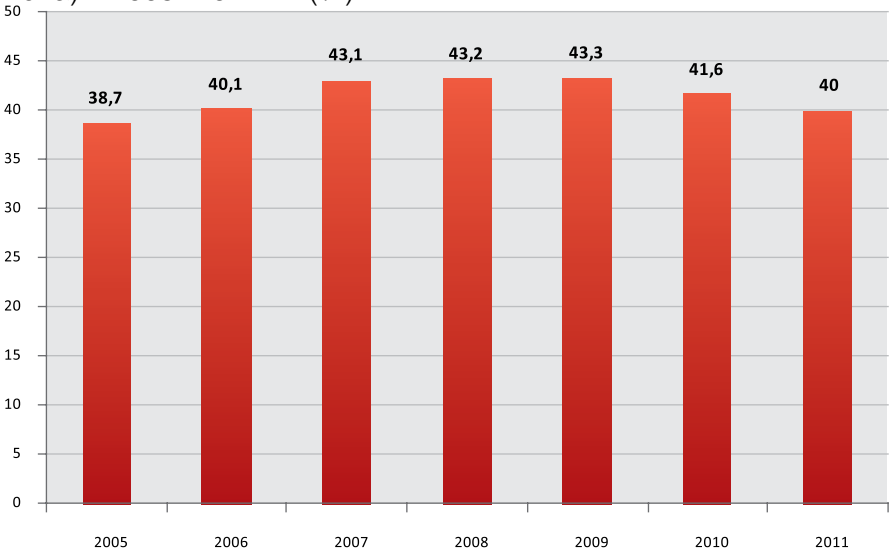
Таблица 9. Распространенность ВИЧ–инфекции среди осужденных в возрастных группах до 25 лет и старше 25 лет, ДЭН, 2005–2011г.г. (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Размер выборки	4770	4487	4548	4470	4492	4453	4275
Распространенность ВИЧ-инфекции до 25 лет	0,5	0,6	1,3	0,6	1,3	1,6	0,7
Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц старше 25 лет	1,0	1,1	2,3	3,0	3,1	3,6	3,6

Распространенность ВИЧ-инфекции ниже среди осужденных в возрастной группе до 25 лет (min – 0,5%, max – 1,6%), чем в группе старше 25 лет (min. – 1,0%, max. – 3,6%)

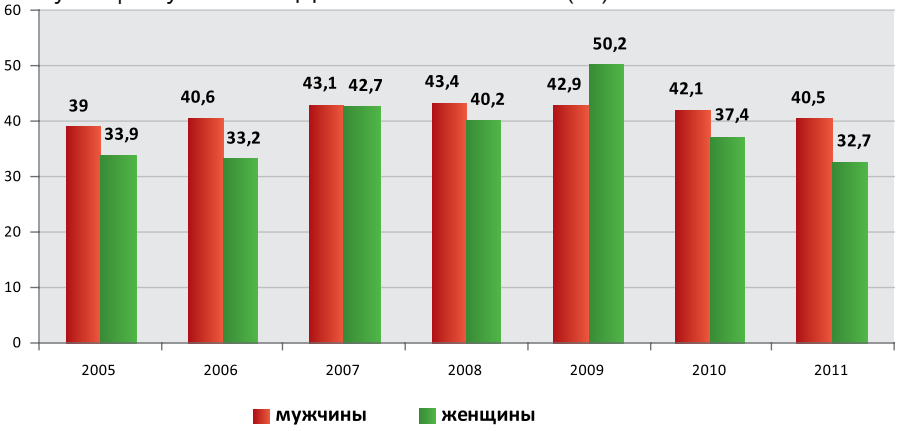
Распространенность ВГС на протяжении последних лет варьирует от 38,7% до 43,3%, что свидетельствует о большой концентрации потребителей инъекционных наркотиков в МЛС и лиц, имеющих в жизни опыт употребления наркотиков.

Рисунок 19. Распространенность ВГС среди осужденных (оба пола) в 2005–2011г.г. (%)



В пенитенциарной системе наблюдается высокая доля ПИН, как в мужских, так и женских исправительных учреждениях, о чем свидетельствует высокая распространенность ВГС, как среди мужчин (min 39% – max 43,4%), так и среди женщин (min 33,2% – max 50,2%). В 2010 году распространенность ВГС – 41,6% (37,4% – у женщин, 42,1% – у мужчин), в 2011 году распространенность ВГС среди мужчин составила 40,5%, среди женщин – 32,7%.

Рисунок 20. Распространенность ВГС среди осужденных по полу по результатам ДЭН 2005–2001г.г. (%)



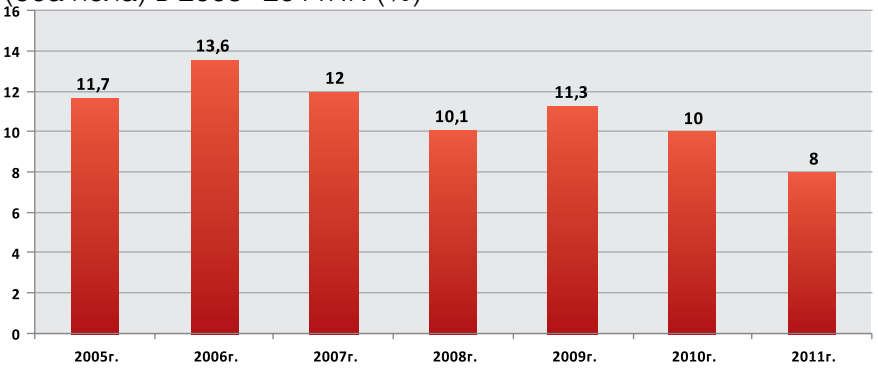
Распространенность ВГС среди осужденных ниже у мужчин в возрастной группе до 25 лет (min – 21,7%, max – 28,5%), чем среди мужчин старше 25 лет (.min. – 44,6%, max. – 48,5%)

Таблица 10. Распространенность ВГС среди осужденных в возрастных группах до 25 лет и старше 25 лет, ДЭН 2005–2011г.г. (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Размер выборки	4770	4487	4548	4470	4492	4453	4275
Распространенность ВГС до 25 лет	28,5	27,3	26,8	26,9	27,6	21,7	22,0
Распространенность ВГС среди лиц старше 25 лет	42,5	44,6	48,5	48,2	48,0	47,2	45,1

На протяжении всех лет наблюдается стабильно высокая распространенность сифилиса, средне взвешенный показатель на уровне 10%-11%, что свидетельствует о наличии практик опасного полового поведения.

Рисунок 21. Распространенность сифилиса среди осужденных (оба пола) в 2005–2011г.г. (%)



Распространенность сифилиса среди женщин выше (min. 13,7% – max. 39,2%), чем среди мужчин (min. 8,9% – max. 11,6%). В 2010 году распространенность сифилиса – 10,0% (13,7% у женщин; 9,6% – у мужчин), в 2011 году – 8% (15,2% среди женщин, 7,6% у мужчин).

Рисунок 22. Распространенность сифилиса среди осужденных по полу, ДЭН 2005–2001г.г. (%)

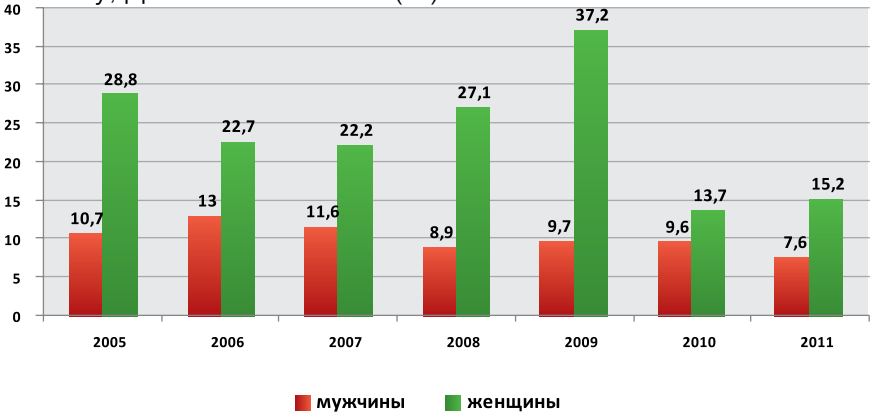


Таблица 11. Распространенность сифилиса среди осужденных в возрастных группах до 25 лет и старше 25 лет, ДЭН 2005–2011г.г. (%)

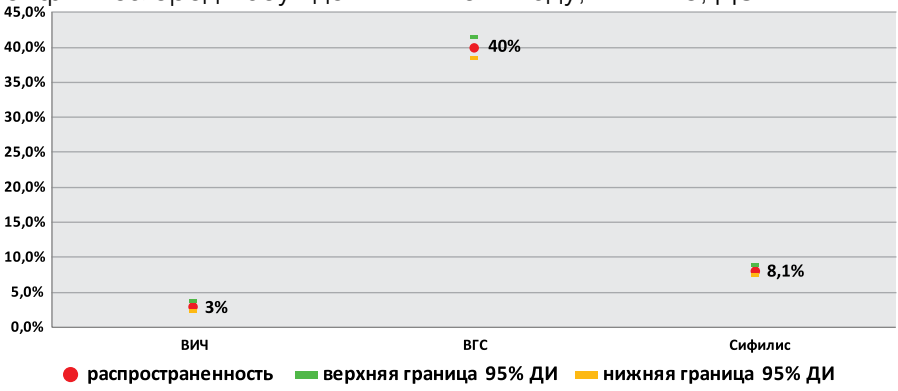
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Размер выборки	4770	4487	4548	4470	4492	4453	4275
Распространенность сифилиса до 25 лет	6,4	7,4	5,3	4,2	5,3	3,7	2,7
Распространенность сифилиса среди лиц старше 25 лет	13,6	15,8	14,3	11,9	13,1	11,8	9,7

Распространенность сифилиса среди осужденных в возрастной группе до 25 лет ниже (min – 2,7%, max – 7,4%) , чем в группе старше 25 лет (min – 9,7%, max – 15,8%).

10. Распространенность ВИЧ–инфекции, ВГС и сифилиса (2010 – 2011г.г.)

Средневзвешенный показатель распространенности ВИЧ-инфекции (2011г.) среди осужденных находится на уровне прошлого года и составил по РК – 3,0%, (2010г. – 3,2%). Нижняя граница 95% ДИ по распространенности ВИЧ-инфекции – 2,5%, верхняя – 3,6%.

Рисунок 23. Распространенность ВИЧ–инфекции, гепатита С и сифилиса среди осужденных в 2011 году, N=4275, ДЭН



Распространенность гепатита С составила 40,0%. Нижняя граница 95% ДИ по распространенности ВГС – 38,5%, верхняя граница ДИ – 41,5%.

Распространенность сифилиса – 8,1%. Нижняя граница 95% ДИ по распространенности сифилиса 7,3%, верхний уровень распространенности ДИ – 9,0%. В 2011 году произошло небольшое снижение распространения сифилиса (2010г.-10%)

Таблица 12. Распространенность ВИЧ–инфекции, ВГС и сифилиса среди осужденных по результатам ДЭН (2011г.) по областям РК

№	регион	ВИЧ			ВГС			сифилис		
		всего	пол	%	всего	пол	%	всего	пол	%
1.	Павлодарская	400	13	3,3%	400	159	39,8%	400	20	5,0%
2.	Карагандинская	465	25	5,4%	465	215	46,2%	465	54	11,6%
3.	ЮКО	400	19	4,8%	400	130	32,5%	400	16	4,0%
4.	ЗКО	200	4	2,0%	200	63	31,5%	200	21	10,5%
5.	Астана	150	5	3,3%	150	78	52,0%	150	14	9,3%
6.	ВКО	390	24	6,2%	390	194	49,7%	390	31	7,9%
7.	Костанайская	350	9	2,6%	350	139	39,7%	350	23	6,6%
8.	Акмолинская	320	5	1,6%	320	133	41,56%	320	28	8,8%
9.	СКО	250	10	4,0%	250	100	40,0%	250	9	3,6%
10.	г. Алматы									
11.	Мангистауская	200	1	0,5%	200	99	49.5%	200	17	8,5%
12.	Алматинская	350	7	2,0%	350	94	26.8%	350	39	11,1%
13.	Кызылординская									
14.	Атырауская	150	0	0,0%	150	27	18,0%	150	12	8,0%
15.	Актюбинская	300	4	1,3%	300	103	34,3%	300	27	9,0%
16.	Жамбылская	350	2	0,6%	350	176	50,28%	350	37	10,6%
17.	**РК**	**4275**	**128**	**3,0%**	**4275**	**1710**	**40,0%**	**4275**	**348**	**8,1%**

Превышает 5% уровень распространенность ВИЧ среди осужденных в ИУ Карагандинской области (5,4%) и ВКО (6,2%).

Распространенность ВИЧ-инфекции по областям отличается и ва-

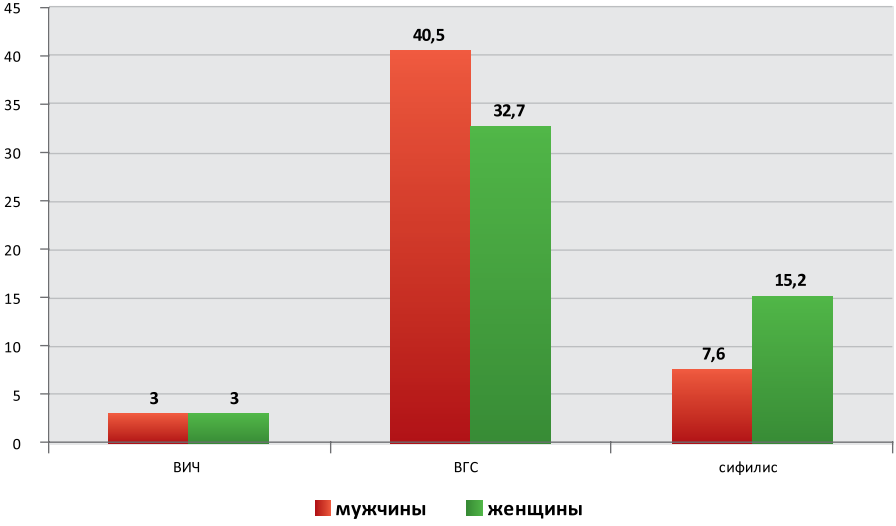
рьирует от 0% (Атырауская область) до максимального уровня распространения – 6,2% (Карагандинская область).

Распространенность ВИЧ-инфекции в текущем году среди осужденных женщин такая же, как и среди мужчин – 3%; в 2010г. распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин в МЛС составляла 5%.

Распространенность сифилиса среди женщин -15,2% (2010г.– 13,7%) превышает в 2 раза распространенность сифилиса среди мужчин (7,6%). В женских исправительных учреждениях распространенность сифилиса выросла в 2011 году, тогда как среди осужденных мужчин – снизилась.

На достаточно высоком уровне сохраняется распространенность ВГС среди женщин – 32,7% (2010г.– 37,4%), что свидетельствует о высокой доли ПИН в женских исправительных учреждениях.

Рисунок 24. Распространенность ВИЧ–инфекции, ВГС, сифилиса среди осужденных – мужчин и женщин, N=4275, ДЭН 2011г.



Среди женских ИУ наибольшая распространенность ВИЧ-инфекции наблюдается в АК 159/9 Карагандинской области – 9,6% и в женском ИУ ВКО – 3,7%. Распространенность сифилиса в АК 159/9 составила 27,7%, что является наиболее высоким показателем среди всех женских ИУ.

Таблица 13. Распространенность ВИЧ–инфекции, ВГС и сифилиса среди осужденных женщин по результатам ДЭН (2011г.) по областям РК

№	Наименование сайта	ВИЧ			сифилис			ВГС		
		ВИЧ+	выборка	%	Сифилис +	выборка	%	ВГС+	выборка	%
1	Алматинская	0	127	0	18	127	14,2	29	127	22,8
2	Карагандинская	8	83	9,6	23	83	27,7	35	83	42,2
3	ВКО	1	27	3,7	4	27	14,8	13	27	48,1
4	ЮКО	0	60	0	0	60	0	20	60	33,3
5	**РК**	**9**	**297**	**3**	**45**	**297**	**15,2**	**97**	**297**	**32,7**

Распространенность ВИЧ-инфекции ниже в 5 раз среди заключенных моложе 25 лет – 0,7% (2010г.– 1,6%), чем среди заключенных старше 25 – летнего возраста – 3,6% (2010г.– 3,5%). Аналогично, распространенность ВГС и сифилиса выше среди осужденных в возрастной группе старше 25 лет.

Таблица 14. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса в возрастных группах, N=4275, ДЭН 2011г.

группы	ВИЧ-инфекция	ВГС	Сифилис
До 25 лет	0,7%	22,0%	2,7%
25 лет и старше	3,6%	45,1%	9,7%

Высокая распространенность ВГС свидетельствует о высокой доле ПИН в пенитенциарной системе, в том числе среди женщин, и о распространении опасных практик инъекционного поведения среди спец. контингента.

Таблица 15. Распространенность ВГС в 2010 – 2011г.г. по результатам ДЭН среди осужденных в разрезе областей РК.

Области	Распространенность ВГС (ДЭН), 2011	Распространенность ВГС (ДЭН), 2010
Акмолинская	41,6	32,5%
Актюбинская	34,3	40%
Алматинская	26,8	37,2%
Атырауская	18,0	36,7%
ВКО	49,7	50,4%
Жамбылская	50,3	43,4
ЗКО	31,5	28,5%
Карагандинская	46,2	50,7%
Костанайская	39,7	38,0%
Мангистауская	49,5	43,7%
Павлодарская	39,8	43,4%
СКО	40,0	46,8%
ЮКО	32,5	30,8%
г. Астана	52,0	59,3%
РК	**40,0 (95% ДИ 38,5%-41,5%)**	**41,6% (95% ДИ 40,2%– 43,1%)**

Отмечается стабильно высокая распространенность сифилиса, которая составила в 2011 году – 8% в среднем по РК (2010г.– 10%).

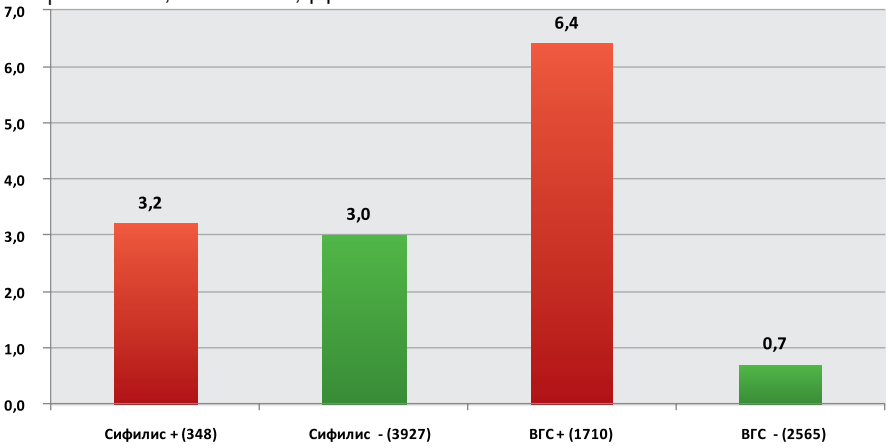
Таблица 16. Распространенность сифилиса в 2010 – 2011г.г. по результатам ДЭН среди осужденных в разрезе областей РК.

Области	Распространенность сифилиса (ДЭН), 2011	Распространенность сифилиса (ДЭН), 2010
Акмолинская	8,8	12,4%
Актюбинская	9,0	11%
Алматинская	11,1	8,5%
Атырауская	8,0	7,3%
ВКО	7,9	12%

Жамбылская	10,6	5,1%
ЗКО	10,5	7,5%
Карагандинская	11,6	14,8%
Костанайская	6,6	12%
Мангистауская	8,5	11%
Павлодарская	5,0	14%
СКО	3,6	9,2%
ЮКО	4,0	3,5%
г. Астана	9,3	6,0%
РК	**8,1(95% ДИ 7,3%– 9,0%)**	**10% (95% ДИ 9,1%– 10,9%)**

Необходимо обратить внимание на доступность средств личной профилактики (презервативов) в ИУ областей и принять меры по обеспечению доступа заключенных к средствам защиты.

Рисунок 25. Распространенность ВИЧ–инфекции среди лиц, инфицированных и не инфицированных гепатитом С и сифилисом, N =4275, ДЭН 2011г.



Распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных, у которых обнаружены антитела к сифилису составила 3,2%. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, имеющих ВГС (6,4%), среди осужденных, не инфицированных ВГС, соответственно, ниже в 9 раз.

11. Поведенческий надзор. Факторы поведенческого риска

11. 1. Нанесение татуировок в колонии

Анкетирование показало, что из числа опрошенных лиц наносили татуировки 435 (10,2%) осужденных, не делали татуировки – 3788 (88,6%).

Татуировки в МЛС являются фактором риска в отношении распространения ВИЧ-инфекции, так как оборудование для их нанесения, как и шприцы, не является разрешенным и свободно доступным для осужденных.

11. 2. Использование общих лезвий для бритья

3,2% (135/4275) осужденных сообщили при анкетировании, что используют для бритья лезвия, которыми пользовался кто-то другой (2010г. – 5,3%); 95,2% (4069/4275) – не используют чужие лезвия (2010г. – 93,6%).

Одной из рекомендаций, кроме информирования и образовательной работы среди осужденных, необходимы меры по обеспечению индивидуальными бритвенными принадлежностями.

11.3. Инъекционное поведение

44,7% (1911/4275) респондентов считают, что осужденные употребляют наркотики в исправительных учреждениях, что говорит об их доступности, несмотря на запрет принимаемые меры.

- 0,8% (35/4275) респондентов считают, что в пенитенциарных учреждениях употребляют наркотики все осужденные;
- 8,6% (369/4275) респондентов считают, что наркотики употребляет большинство осужденных;
- 9,8% (418/4275) считают, что наркотики употребляет половина осужденных;
- 25,5% (1089/4275) считают, что наркотики употребляет меньше половины осужденных;

- 55,3% (2364/4275) респондентов не ответили на вопрос или не знают ответа;

Рисунок 26. Мнение осужденных об употреблении наркотиков в исправительных учреждениях, 4275, ДЭН 2011г.

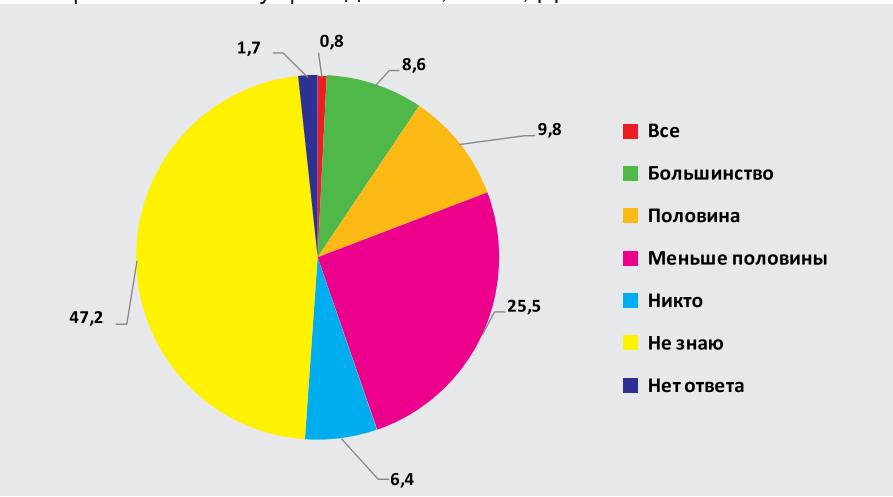
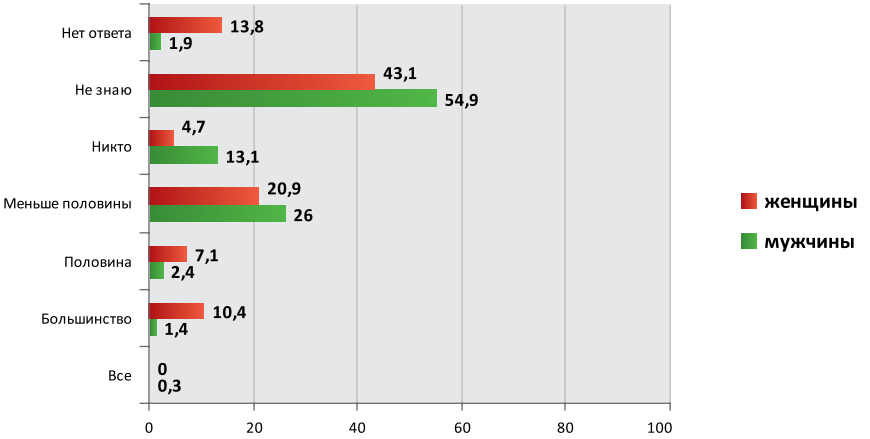


Рисунок 27. Мнение осужденных об употреблении наркотиков в исправительных учреждениях в разбивке по полу, 4275, ДЭН 2011г.

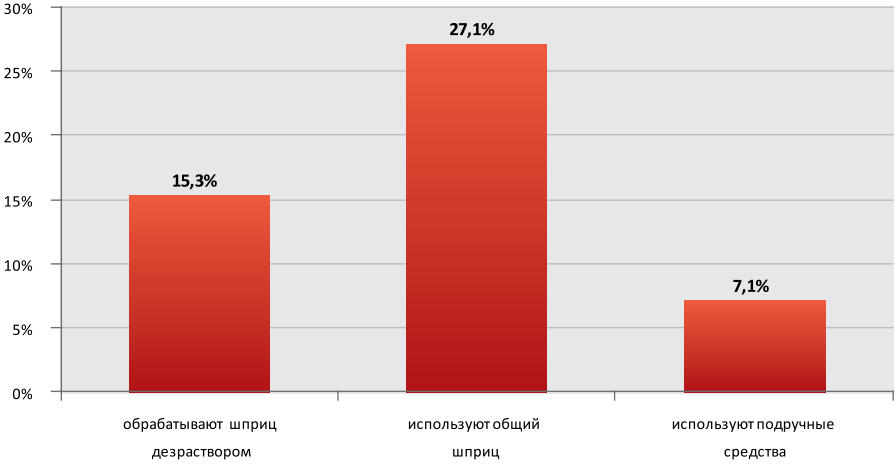


Из 297 женщин, принимавших участие в ДЭН, 115 (38,7%) сообщили, что в женских учреждениях осужденные употребляют наркотики.

Регистрация случаев инфицирования женщин внутри учреждений пенитенциарной системы (2011г. – 22 случая; 2010г. – 15 случаев), связана с употреблением наркотиков.

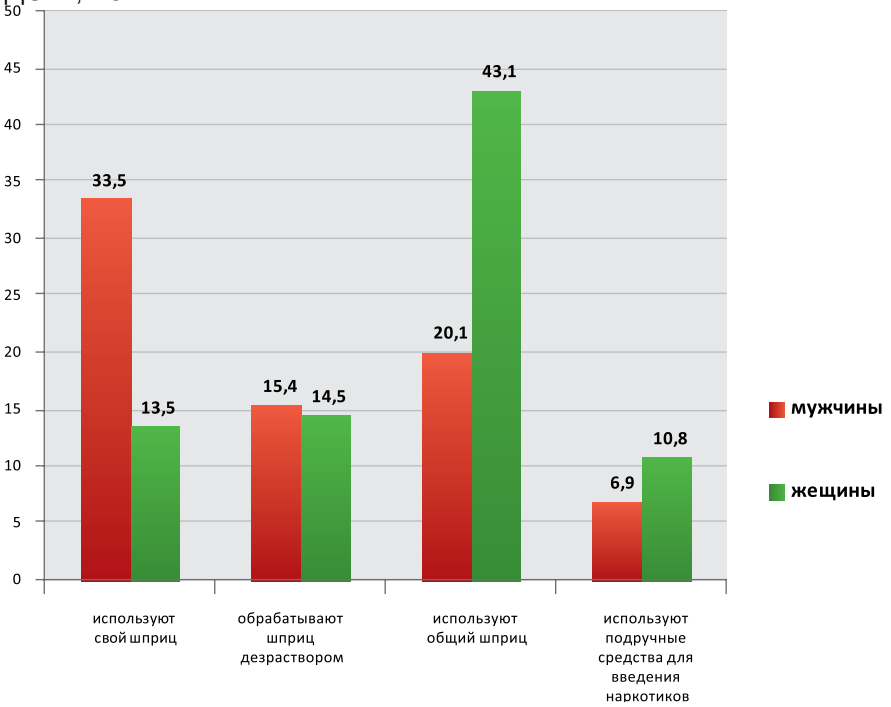
11.4. Практика введения наркотиков

Рисунок 28. Мнение осужденных о применяемых инъекционных практиках введения наркотиков (оба пола), N=4275, ДЭН , 2011г.



- 27,1% респондентов указали на то, что осужденные используют общие шприцы (2010г. – 24,2%), при этом, на использование общего шприца указали 43,1% женщин и только 20,1% -мужчин.
- 7,1% респондентов указали на использование подручных средств (2010г. – 8,2%); женщины чаще используют подручные средства, на что указало 10,8% респондентов против – 6,9% респондентов – мужчин;
- 15,3% осужденных указали, что обрабатывают шприцы дезинфицирующим раствором (2010г. – 20,2%); в разбивке по полу: 15,4% мужчин указали на использование дезинфицирующих средств и 14,5% женщин;
- 32,1% респондентов указали на использование своего шприца (2010г. – 37,9%).

Рисунок 29. Мнение осужденных о применяемых инъекционных практиках введения наркотиков в разбивке по полу, N=4275, ДЭН , 2011г.

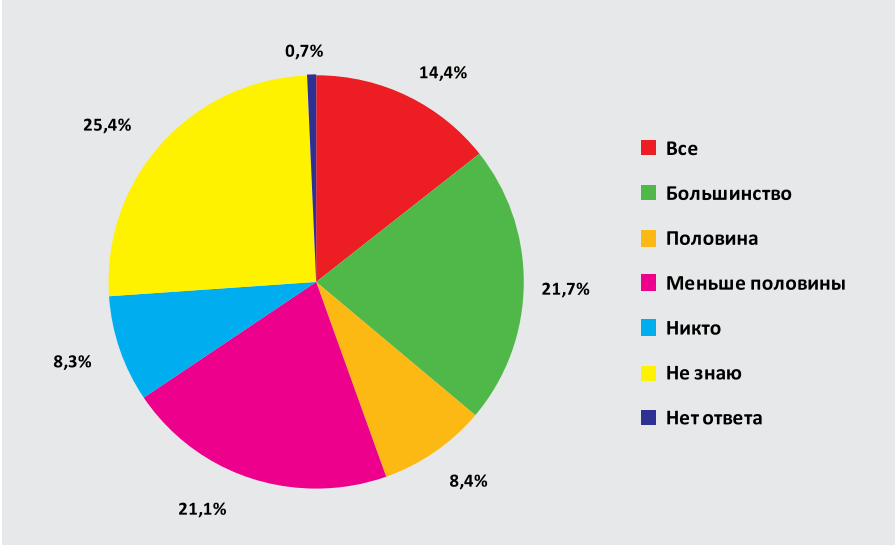


Таким образом, треть заключенных, принявших участие в исследовании, указали, что опасные практики инъекционного поведения, прежде всего такие, как использование чужих шприцев или подручных средств, распространены среди осужденных. Мнение заключенных женщин свидетельствует о более широком распространении практики использования общего шприца в женских учреждениях, чем в мужских учреждениях.

12. Половое поведение

30,6% респондентов указали, что осужденные вступают в ИУ в гомосексуальные половые контакты (2010г.– 32,1%).

Рисунок 30. Мнение осужденных об использовании презервативов при гомосексуальных контактах в ИУ, N =4275, 2011г.



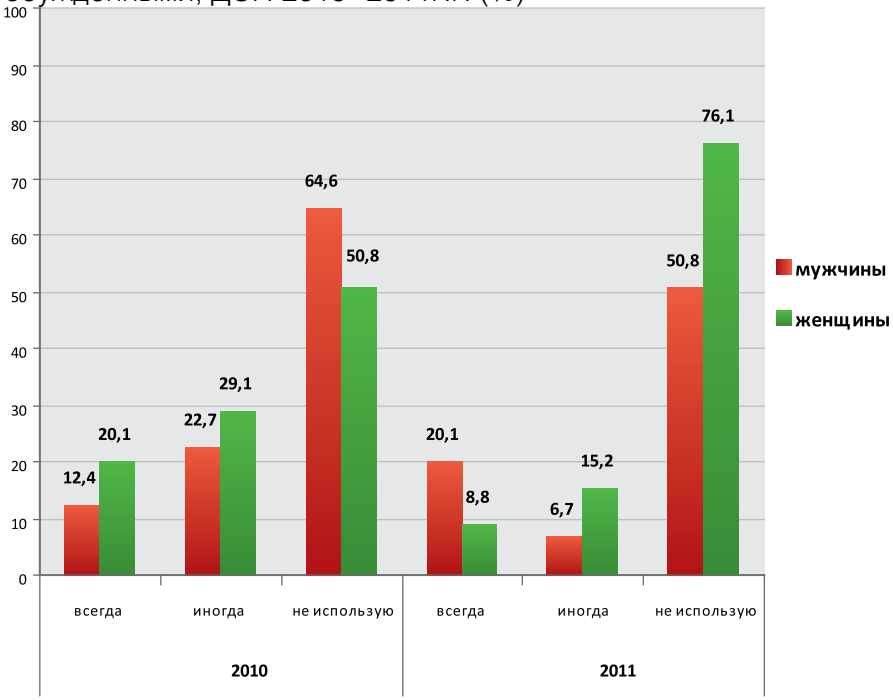
Мнения осужденных об использовании презервативов при гомосексуальных контактах разделились:

- 21,1% осужденных считает, что презервативами пользуется меньше половины заключенных (2010г. – 19,8%);
- 8,4% респондентов ответили, что презервативами пользуется половина осужденных при половых контактах (2010г. – 6,9%);
- 21,7% респондентов ответили, что презервативами пользуется большинство лиц, вступающих в гомосексуальные контакты (2010г. – 14,7%).
- 14,4% опрошенных осужденных считает, что презервативами пользуются все заключенные (2010г. – 16%).

Данный опрос свидетельствует о том, что использование презервативов мало распространено. Из 4275 респондентов – 65,6% указали на использование осужденными презервативов (2010г. – 57,4%); 8,3% респондентов указали, что никто не использует презервативы (2010г. – 9,25%) и 26,1% опрошенных – не знают или затруднились ответить на этот вопрос.

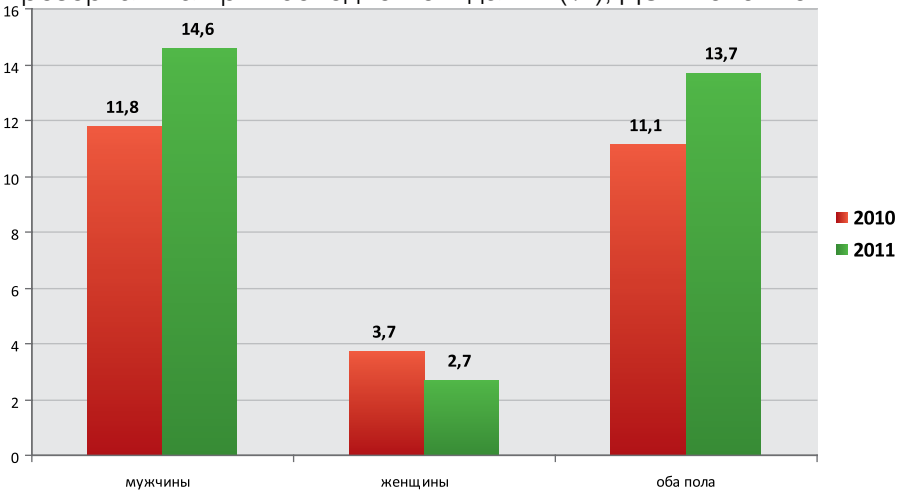
В 2011 году только 8,8% женщин в МЛС ответили, что используют презервативы всегда (среди мужчин этот показатель – 20,1%); иногда пользуются презервативами 15,2% женщин (среди мужчин этот показатель – 29,1%) и не используют презервативы 76,1% женщин и 50,8% мужчин. Женщины менее привержены использованию презервативов, среди них существенно выше процент тех, кто никогда не пользуется средствами личной профилактики.

Рисунок 31. Практика использования презервативов осужденными, ДЭН 2010–2011г.г. (%)



Доля респондентов – женщин, указавших на использование презервативов при последнем свидании в 5 раз меньше, чем респондентов – мужчин. Только 2,7% женщин указали на использование презерватива при последнем свидании (2010г. – 3,7%), тогда как доля мужчин, указавших на использование презервативов при последнем свидании составила – 14,6% (2010г. – 11,8%).

Рисунок 32. Доля респондентов, указавших на использование презерватива при последнем свидании (%), ДЭН 2010–2011г.г.



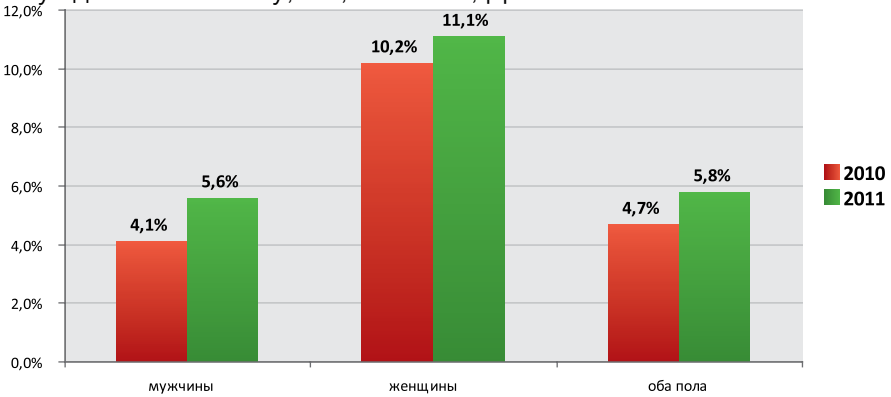
Среди осужденных женщин наблюдается более рискованное, по сравнению с мужчинами, как сексуальное, так и инъекционное поведение. Выше изложенное указывает на меньшую численность ПИН женщин-заключенных, но более рискованное в этой группе, как сексуальное, так и инъекционное поведение, чем среди заключенных-мужчин.

Вопрос пропаганды использования презервативов в целях снижения риска инфицирования ВИЧ-инфекцией и ИППП, и обеспечение их всеобщей доступности остается актуальным в организации профилактических мероприятий.

13. Наличие симптомов ИППП и обращаемость к медицинским работникам

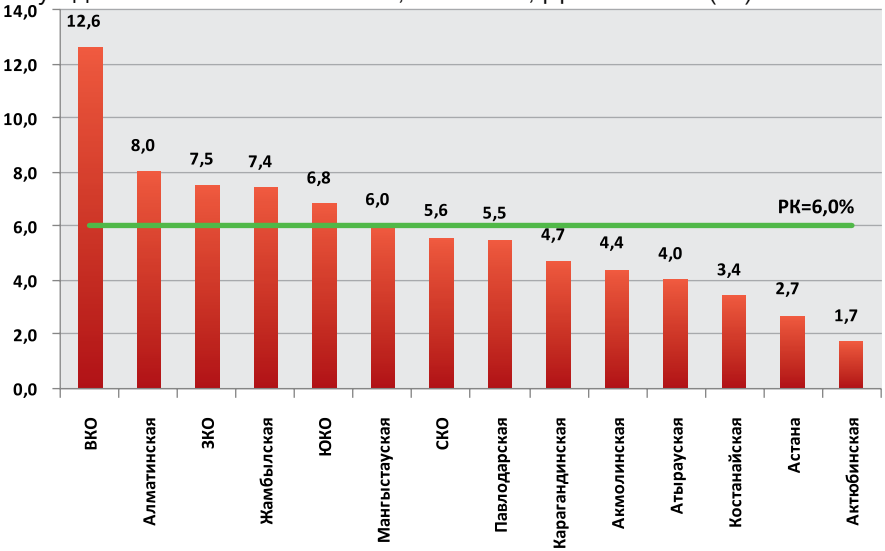
При опросе, за последние 6 месяцев симптомы ИППП появлялись у 5,8% респондентов (2010г. – 4,7%), но среди женщин ИППП распространены чаще, чем среди мужчин в 2 раза (распространенность симптомов ИППП среди женщин – 11,1% (2010г.-10,2%) и 5,6% соответственно среди мужчин (2010г. – 4,1%).

Рисунок 33. Распространенность симптомов ИППП среди осужденных по полу, РК, N =4275, ДЭН 2011г.



Распространенность симптомов ИППП среди осужденных варьирует по областям РК. Наименьшее число респондентов (1,7%), которые в течение последних 6 месяцев наблюдали у себя симптомы ИППП – в Актюбинской области; наибольшая распространенность симптомов ИППП наблюдалась у осужденных в ВКО (12,6%) и Алматинской области (8,0%).

Рисунок 34. Распространенность симптомов ИППП среди осужденных по областям РК, N =4275, ДЭН 2011г. (%)

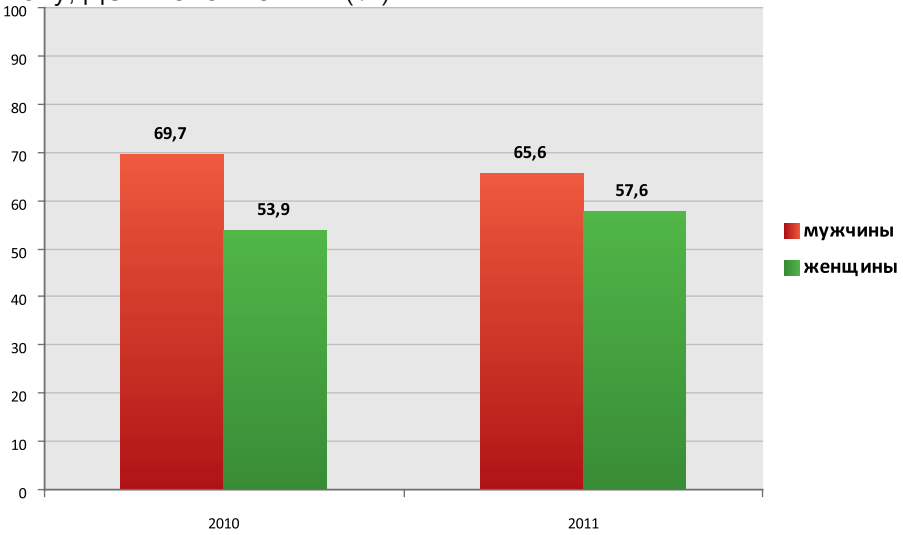


При наличии симптомов ИППП у 6% (256/4275) респондентов, из них обращались за медицинской помощью – 64,5% осужденных (2010г.– 73,6%). Обращение за медицинской помощью женщин из числа лиц, имевших симптомы ИППП – 57,6% (2010г. – 75,6%), обращаемость мужчин – 65,5% (2010г. – 73,1%). Как видно из анализа, более 1/3 осужденных не обращаются за лечением ИППП, и являются в большей степени уязвимой группой к инфицированию ВИЧ половым путем, чем остальные осужденные.

Небезопасное половое поведение на фоне высокой распространенности сифилиса и других инфекций, передаваемых половым путем, являются факторами, способствующими распространению ВИЧ – инфекции в пенитенциарной системе.

14. Уровень знаний о ВИЧ/СПИД, путях передачи ВИЧ–инфекции и мерах профилактики

Рисунок 35. Доля осужденных, которые правильно указали меры профилактики ВИЧ и в то же время назвали неверные представления о путях передачи ВИЧ–инфекции в разбивке по полу, ДЭН 2010–2011гг. (%)

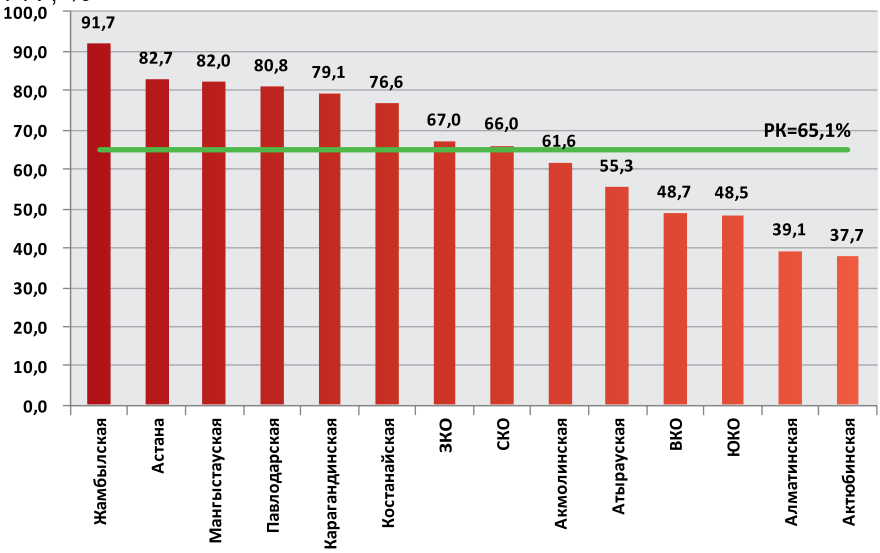


В ходе проведения ДЭН, осужденным для оценки их уровня знаний задавались вопросы о путях передачи ВИЧ-инфекции и мерах профилактики (UNGASS).

В 2011 году уровень информированности составил 65,1% (2010г. – 68,2%), при этом необходимо отметить, что женщины менее информированы – 57,6% (2010г. – 53,9%), чем мужчины – 65,6% (2010 г. – 69,7%). Возможно, одной из причин, влияющих на более высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции и сифилиса среди женщин, является недостаточная информационно-образовательная работа, следовательно, этот раздел работы необходимо усиливать, особенно в женских исправительных учреждениях.

Женщины менее информированы и менее склонны менять опасные практики поведения, чем мужчины.

Рисунок 36. Доля осужденных, которые правильно указали меры профилактики ВИЧ и в то же время назвали неверные представления о путях передачи ВИЧ–инфекции по областям РК , %



Недостаточно проводится образовательная работа в пенитенциарных учреждениях ВКО (48,7%), Алматинской (39,1%), Южно-Казахстанской (48,5%), Актюбинской областях (37,7%), так как осужденные в этих

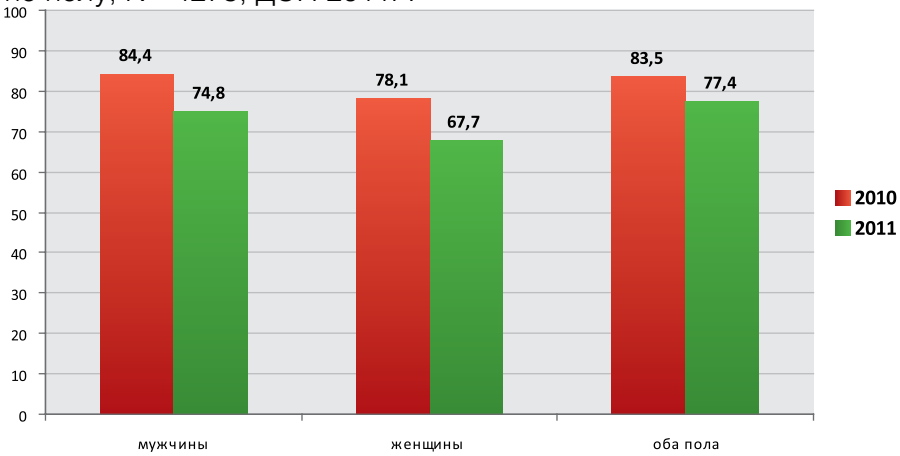
областях менее информированы, чем в среднем по РК о путях передачи ВИЧ-инфекции и мерах профилактики. Выше 80% информированность по вопросам ВИЧ/СПИД среди осужденных в Павлодарской, Мангистауской, Жамбылской областях. Достижение 80% уровня знаний предусмотрено Соглашением о целевых трансфертах, в 2011 году информированность снизилась по сравнению с прошлым годом с 68,2% до 65,1%.

15. Охват профилактическими программами

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

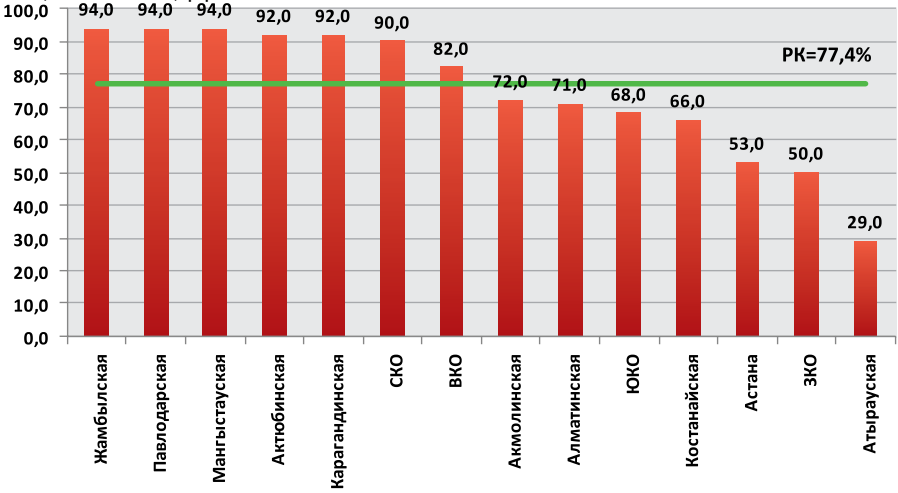
1. Если Вам будет нужно, сможете ли вы достать презервативы, дезинфицирующие средства? Утвердительные ответы на данные вопросы характеризуют доступность данных профилактических средств.
2. Вспомните, за последние 12 месяцев получали ли Вы презервативы, дезсредства? Утвердительные ответы на данные вопросы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

РИСУНОК 37. Мнение осужденных о возможности доступа к средствам личной профилактики – презервативам в разбивке по полу, N =4275, ДЭН 2011Г.



На наличие доступа к средствам личной профилактики указали 83,5% респондентов в 2010 году и 77,4% – в 2011 году. 67,7% респондентов –женщин в 2011 году и 78,1% респондентов – мужчин указали на то, что если им понадобятся презервативы, они смогут их получить.

РИСУНОК 38. Мнение осужденных о возможности доступа к средствам личной профилактики – презервативам по областям РК, N =4275, ДЭН 2011Г.



В 2010 году 83,5% респондентов указывали на доступность презервативов, в 2011 году этот показатель составил 77,4%.

Наиболее высокие показатели по доступности презервативов отмечены в Жамбылской области, Павлодарской и Мангистауской областях (по 94%).

Наименьшая доступность презервативов за последние 12 месяцев была в МЛС в Атырауской области (29%), ЮКО (50,0%), г. Астане (53%), Костанайской (66%), ЗКО (68%), Алматинской (71%) и в Акмолинской -72%.

Из числа опрошенных осужденных (4275), за последние 12 месяцев получали презервативы – 1965 осужденных, следовательно, охват данной услугой составил 46% (2010г. – 55,9 %).

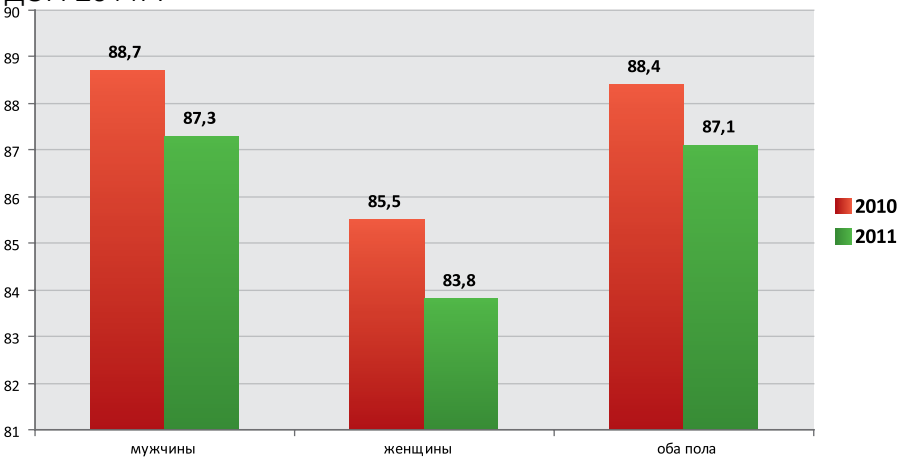
Необходимо усилить пропаганду использования презервативов, объяснение необходимости их использования во избежание инфици-

рования ВИЧ. В областях, где презервативы остаются ограниченно доступными, необходимо решить вопрос обеспечения учреждений презервативами в достаточном количестве.

16. Доступность дезинфицирующих средств.

87,1% осужденных (2010г. – 88,4 %), принявших участие в ДЭН, считают, что в пенитенциарной системе дезинфицирующие средства доступны.

Рисунок 39. Мнение осужденных о возможности доступа к дезинфицирующим средствам в разбивке по полу, N =4275, ДЭН 2011Г.

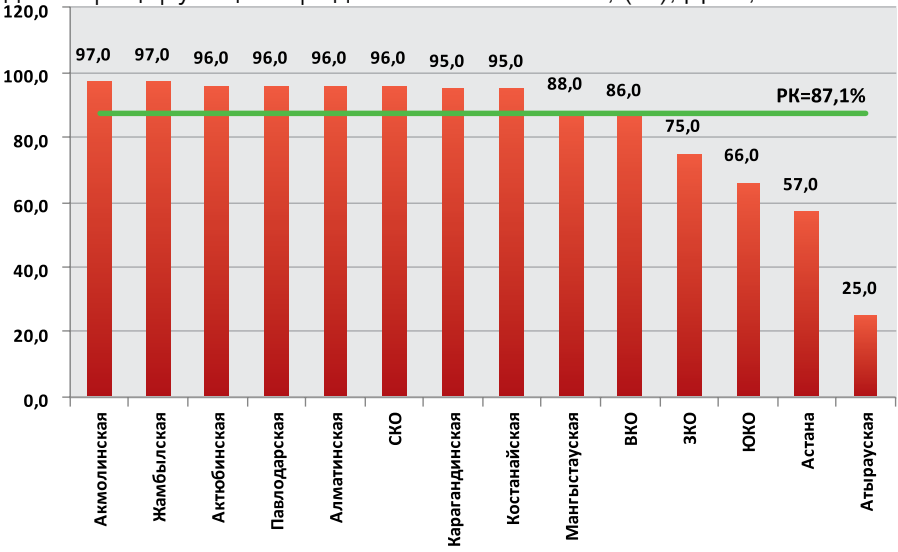


В 2011 году 87,3% мужчин и 83,8% женщин сообщили о доступности дезинфицирующих средств в местах лишения свободы.

Из числа опрошенных осужденных (4275), за последние 12 месяцев получали дезинфицирующие средства 2780 осужденных, следовательно, охват данной услугой составил 65% (2010г. – 73,9 %).

Наибольшая доступность дезинфицирующих средств наблюдается в ИУ Акмолинской и Жамбылской областей (по 97%), наименьшая – в ИУ Атырауской области (27%).

РИСУНОК 40. Мнение осужденных о возможности доступа к дезинфицирующим средствам по областям, (%), ДЭН, 2011г.



Анкетирование показало, что в МЛС используют дезинфицирующие средства «всегда» 32,7% опрошенных. «Иногда» используют дез. растворы 27,8% респондентов. Не используют в профилактических целях дез. растворы 39,5% осужденных, при этом 39,3% мужчин и 42,1% женщин не пользуются дез. растворами никогда.

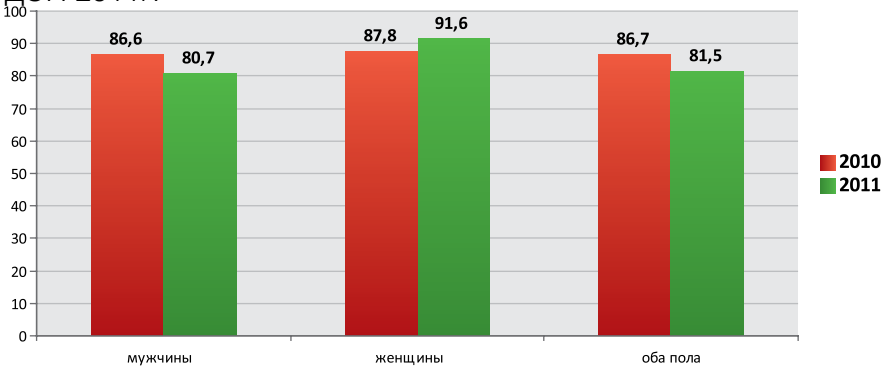
Анализ результатов ДЭН показал, что за последние 12 месяцев получали 2 услуги (дез. средства и ИОМ) 62,4% опрошенных, что также характеризует охват осужденных профпрограммами. При этом, – 56,6% женщин и 62,8% мужчин сообщили о том, что пользовались данными услугами.

17. Тестирование на ВИЧ–инфекцию

Из числа респондентов, принявших участие в ДЭН в 2011 году, 78,8% осужденных ранее никогда не принимали участие в подобных исследованиях.

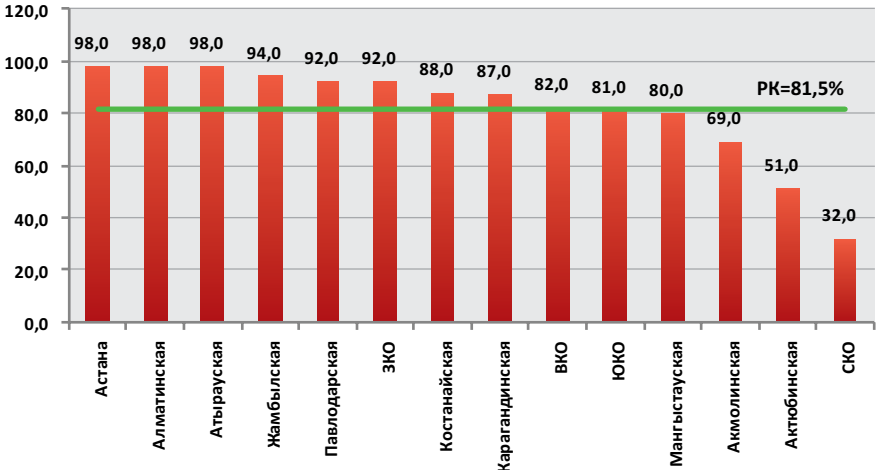
В 2011 году 81,5% респондентов проходили обследование на выявление ВИЧ-инфекции (2010г. – 86,7%).

Рисунок 41. Доля осужденных, тестировавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев в разбивке по полу, N =4275, ДЭН 2011г.



Женщины чаще обследуются на ВИЧ-инфекцию. В 2011 году 91,6% осужденных женщин указали на прохождение теста на ВИЧ и 80,7% мужчин. При этом, только 32% осужденных тестировались на ВИЧ в СКО, 51% – в Актюбинской и 69% – в Акмолинской области. Из числа прошедших обследование на ВИЧ-инфекцию, знают результат теста 67,5% осужденных (2010г. – 71,3%).

Рисунок 42. Доля осужденных, тестировавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев по областям РК, N =4275, ДЭН 2011г.



Таким образом, выше приведенные данные свидетельствуют, что послетестовое консультирование получают не все осужденные, 1/3 осужденных не знают своего ВИЧ-статуса, что свидетельствует о необходимости повышения качества психосоциального консультирования, его роли, как части профилактической работы.

На вопрос анкеты «проводили ли с Вами беседы о значении теста на ВИЧ», – 83,6% осужденных ответили утвердительно и только 15,4% респондентов сообщили, что не информированы по данной проблеме.

18. Реализуемые профилактические программы в пенитенциарной системе МВД РК

По реализации Плана мероприятий Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015гг. в 2011 году в пенитенциарной системе: разработан и утвержден совместный План мероприятий по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфицированных лиц, содержащихся в УИС.

В рамках профилактических мероприятий проводятся информационно-образовательные программы, с широким использованием методов обучения осужденных самими осужденными.

За 12 месяцев 2011г.:

- роздано дезинфицирующих таблеток и дезинфицирующих средств в 5 граммовых упаковках – 949 977;
- презервативов – 491 241 штук (2010г. – 384 068)
- издано ИОМ на государственном и русском языках для осужденных 50 592– распространено 66 196 экземпляров (в 2010г. – издано 31 579, распространено 52 685). Количество изданных ИОМ для осужденных и следственно-арестованных увеличилось в сравнении с 2010г. на 60%. Количество распространенных ИОМ для осужденных и следственно-арестованных также в 2011 году увеличилось, в сравнении с 2010г., на 26%.
- в рамках массовых компаний, посвященных Всемирному Дню борьбы со СПИД, в МЛС проведено 6 900 мероприятий, охвачено 18 563 человек.

- оказано услуг по социальному сопровождению – 4427.

За 12 месяцев 2011г. в учреждениях УИС обучено по программе по ВИЧ/СПИД:

- осужденных – 45 259 чел.(97,8%), что выше на 4,5% (2010г.– 93,3%);
- следственно арестованных – 14 885 чел (96,8%), что выше на 5,1%, за аналогичный период 2010г. – 18 126 человек (91,7%);
- личного состава – 10 620 чел. (97,2%), что выше на 1,6%, за 2010г. – 9 803 чел.(95,6%);
- медработников – 1 382 чел.(100%), что выше на 1,2%, за 2010 г. – 1 542 чел. (98,8%)
- подготовлено волонтеров из числа спецконтингента (обучение осужденных по методу «равный равному») – 4 853 человек (10,2%), что больше на 1,2%, за 2010 г. – 4 522 чел. (9%);
- процент подготовленных курсантов в учебных заведениях МВД и МЮ РК – 96,4% (2010г.– 98,9%);
- охват обучением сотрудников МВД – 29 550 человек (95,7%, в 2010г. – 95,7%);

Количество действующих НПО, предоставляющие услуги в пенитенциарной системе-9, в том числе по социальному сопровождению – 7. В Алматинской, Атырауской, Жамбылской, ЗКО, ЮКО, и гг. Алматы и Астана работает по 1 НПО, в ВКО – 2 НПО. Было проведено:

- различных информационно-образовательных мероприятий для спецконтингента 5416, в 69 учреждениях из 94, охвачено 27018 человек;
- выпущено 170 сан.бюллетеней, уголков здоровья, стендов;
- всего роздано – 24937 экземпляров ИОМ, шприцев – 2100, презервативов – 344835, дез.средств – 604219, средств гигиены – 140 штук.
- количество человек, подготовленных по методу равный – равному – 4089;

Количество работающих аутрич-работников составило 147 человек.

19. Заключение. Выводы

Эпиднадзор за распространенностью ВИЧ, ВГС и сифилиса

- Распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях КУИС от 6-ти и более месяцев, в 2011 году удержана на уровне 2010 года и составила в среднем по республике 3,0% (2010г.– 3,2%, 95% CL 2.5%-3.6%).
- Распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных женщин и мужчин в текущем году находилась на одинаковом уровне – 3%, тогда как во все предыдущие годы она была выше в женских ИУ. Распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных женщин снижается (2010г. – 5%; 2009г.– 6,5%).
- Превышает 5% уровень распространенность ВИЧ среди осужденных в ИУ Карагандинской области (5,4%), ВКО (6,2%);
- Распространенность ВИЧ-инфекции по областям отличается и варьирует от 0% (Атырауская область) до максимального уровня распространения – 6,2% (Карагандинская область).
- Распространенность ВИЧ-инфекции в 5 раз ниже среди заключенных моложе 25 лет – 0,7% (2010г.– 1,6%), чем среди заключенных старше 25 – летнего возраста – 3,6% (2010г.– 3,5%).
- Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, имеющих ВГС выше (6,4%), чем среди осужденных, не инфицированных ВГС, соответственно в 9 раз.
- Средне республиканский показатель распространенности ВГС составляет 40,0% (2010г.– 41,6%), в разбивке по полу распространенность ВГС среди мужчин составляет 40,5% и среди женщин – 32,7%. Распространенность ВГС среди женщин снизилась к уровню прошлого года с 37,4% до 32,7%.
- Распространенность ВГС в регионах варьирует: от 18% – в ЗКО, до максимального уровня распространения в г.Астане – 52%.
- Распространенность ВГС в 2 раза ниже среди заключенных моложе 25 лет – 22%, чем среди заключенных старше 25 – летнего возраста – 45,1%.
- Отмечается высокая распространенность сифилиса, которая составила в 2011 году – 8% в среднем по РК (2010г.– 10%, 95% CL 7,3% – 9,0%).

- Распространенность сифилиса среди женщин – 15,2% (2010г.– 13,7%) превышает в 2 раза распространенность сифилиса среди мужчин (7,6%). В женских исправительных учреждениях распространенность сифилиса выросла в 2011 году, тогда как среди осужденных мужчин – снизилась.
- Распространенность сифилиса в регионах варьирует: от 3,6% – в СКО, до максимального уровня распространения в ИУ Алматинской области – 11,1%.
- Распространенность антител к сифилису в 3,5 раза ниже среди заключенных моложе 25 лет – 2,7%, чем среди заключенных старше 25 – летнего возраста – 9,7%.

Факторы поведенческого риска

- Данные эпиднадзора показывают, что факторами, способствующими распространению ВИЧ-инфекции, являются: доступность наркотиков, высокая доля лиц, употребляющих или имевших в жизни опыт употребления наркотиков, а в женских учреждениях еще и более высокая, чем у мужчин, распространенность сифилиса (15,2%) и других ИППП (11,1%).
- Треть заключенных указали, что опасные практики инъекционного поведения (использование чужих шприцев или подручных средств) распространены среди осужденных.
- 30,6% респондентов указали, что осужденные вступают в ИУ в гомосексуальные половые контакты, при этом мнение 65,6% респондентов указывает на использование осужденными презервативов (2010г. – 57,4%); 8,3% респондентов указали, что никто не пользуется презервативами; 26,1% опрошенных – не знают или затруднились ответить на этот вопрос.
- За последние 6 месяцев симптомы ИППП появлялись у 6% респондентов (2010г. – 4,7%).
- Среди женщин ИППП распространены чаще, чем среди мужчин в 2 раза (распространенность симптомов ИППП среди женщин – 11,1% (2010г.-10,2%) и 5,6% соответственно среди мужчин (2010г. – 4,1%).
- Распространенность симптомов ИППП среди осужденных варьирует по областям РК. Наименьшее число респондентов (1,7%), ко-

торые в течение последних 6 месяцев наблюдали у себя симптомы ИППП – в Актюбинской области; наибольшая распространенность симптомов ИППП наблюдалась у осужденных в ВКО (12,6%) и Алматинской области (8,0%).

- 64,5% осужденных (2010г.– 73,6%), у которых наблюдались симптомы ИППП, не обращались за лечением в мед. часть.
- Нанесение татуировок в МЛС являются фактором риска в отношении распространения ВИЧ-инфекции; 10,2% осужденных сообщили о нанесении себе татуировок.
- 3,2% (2010г. – 5,3%) осужденных свидетельствуют об использовании чужих бритвенных принадлежностей.

Оценка реализации профилактических программ

- В среднем по РК 77,4% осужденных ответили, что презервативы им доступны (2010г.– 83,5%).
- Наиболее высокие показатели по доступности презервативов отмечены в Жамбылской области, Павлодарской и Мангистауской областях (по 94%).
- Наименьшая доступность презервативов за последние 12 месяцев была в МЛС в Атырауской области (29%), ЮКО (50,0%), г. Астане (53%), Костанайской (66%), ЗКО (68%), Алматинской (71%) и в Акмолинской областях (72%).
- Из числа опрошенных осужденных (4275), за последние 12 месяцев получали презервативы – 1965 осужденных, следовательно, охват данной услугой составил 46% (2010г. – 55,9 %).
- Изучение практики использования презервативов, показало, что только 19,3% респондентов используют средства защиты «всегда». «Иногда» пользуются презервативами 28,2% осужденных и «никогда» не пользуются презервативами – 52,6% опрошенных. Женщины менее привержены к использованию презервативов. Только 8,8% женщин в МЛС ответили, что используют презервативы всегда (среди мужчин этот показатель – 20,1%)
- 87,1% осужденных (2010г. – 88,4 %), принявших участие в ДЭН, считают, что в пенитенциарной системе дезинфицирующие средства доступны.
- Наибольшая доступность дезинфицирующих средств наблюдается

в ИУ Акмолинской и Жамбылской областей (по 97%), наименьшая – в ИУ Атырауской области (27%).

- Из числа опрошенных осужденных (4275), за последние 12 месяцев получали дезинфицирующие средства 2780 осужденных, следовательно, охват данной услугой составил 65% (2010г. – 73,9 %).
- Анкетирование показало, что в МЛС используют дезинфицирующие средства «всегда» 32,7% опрошенных. «Иногда» используют дез. растворы 27,8% респондентов. Не используют в профилактических целях дез. растворы 39,5% осужденных, при этом 39,3% мужчин и 42,1% женщин не пользуются дез. растворами никогда.
- Анализ результатов ДЭН показал, что за последние 12 месяцев получили 2 услуги (дез. средства и ИОМ) 62,4% опрошенных, что также характеризует охват осужденных профпрограммами. При этом, – 56,6% женщин и 62,8% мужчин сообщили о том, что пользовались данными услугами.
- Спектр профилактических услуг по ВИЧ в МЛС весьма ограничен. В частности нет доступа к стерильному инъекционному оборудованию, нет программ обмена шприцев, ОЗТ.

Уровень знаний

- В 2011 году уровень информированности составил 65,1% (2010г. – 68,2%).
- Женщины менее информированы – 57,6% (2010г. – 53,9%), чем мужчины – 65,6% (2010г. – 69,7%). Возможно, одной из причин, влияющих на более высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции и сифилиса среди женщин, является низкая информированность.
- Недостаточно проводится образовательная работа в пенитенциарных учреждениях ВКО (48,7%), Алматинской (39,1%), Южно-Казахстанской (48,5%), Актюбинской областях (37,7%), так как осужденные в этих областях менее информированы, чем в среднем по РК о путях передачи ВИЧ-инфекции и мерах профилактики.

Тестирование

- 81,5% респондентов проходили обследование на выявление ВИЧ-инфекции (2010г. – 86,7%)

- Женщины чаще обследуются и по итогам ДЭН (2011г.) – 91,6% женщин сообщили о прохождении теста на ВИЧ за последние 12 месяцев; среди мужчин этот показатель составляет – 80,5%.
- Менее всего осужденных указали о прохождении тестирования на ВИЧ в СКО (32%), в Актюбинской (51%) и в Акмолинской областях (69%).
- Из числа прошедших обследование на выявление ВИЧ, знают результат теста 67,5% осужденных (2010г. – 71,3%). Не знание своего ВИЧ-статуса, свидетельствует о необходимости повышения качества психосоциального консультирования, его роли, как части профилактической работы.
- 15,4% респондентов сообщили, что с ними в МЛС не проводили беседы о значении теста на ВИЧ-инфекцию.

Рекомендации

- Учитывая высокую долю ПИН и наличие факторов риска, необходимо продолжить адвокацию по расширению в пенитенциарной системе профилактических программ, включая ОЗТ, программы обмена шприцев.
- Повысить доступность услуг ДКТ, организовать предоставление послетестового консультирования всем осужденным, прошедшим тестирование, в том числе и с отрицательными результатами теста на ВИЧ-инфекцию.
- Необходимо усилить пропаганду использования презервативов, объяснение необходимости их использования во избежание инфицирования ВИЧ. В областях, где презервативы остаются ограниченно доступны, необходимо решить вопрос обеспечения учреждений презервативами в достаточном количестве.
- Необходимо усилить пропаганду использования дезинфицирующих средств.
- Продолжить информационно-образовательную среди осужденных.
- Обеспечить ежеквартальный мониторинг эпидемиологической ситуации в МЛС.

Обзор
ситуации по ВИЧ-инфекции по данным эпидемиологического надзора за 2011 год среди пациентов с симптомами инфекций, передающихся половым путем

Бабина Наталья

врач-эпидемиолог
Павлодарского областного центра
по профилактике и борьбе со СПИД

Список рисунков

Рисунок 1	Заболеваемость сифилисом на 100 000 населения в РК (2000-2011г.)
Рисунок 2	Показатель регистрации ВИЧ-инфицированных на 1000 обследованных по коду 104 (лица с симптомами ИППП)
Рисунок 3	Удельный вес ведущих путей передачи ВИЧ-инфекции в структуре зарегистрированных случаев в 2007-2011гг. (%)
Рисунок 4	Динамика интенсивного показателя заболеваемости ИППП РК в 2007- 2011гг. (на 100 тыс. населения)
Рисунок 5	Удельный вес кода 104 (пациенты с ИППП) в структуре обследования на ВИЧ-инфекцию в РК в 2005-2011гг.
Рисунок 6	Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди пациентов с симптомами ИППП в РК, % (ДЭН, 2011гг.)
Рисунок 7	Динамика распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди пациентов с симптомами ИППП в РК, % (ДЭН, 2006-2011гг.)
Рисунок 8	Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц с симптомами ИППП, инфицированных и не инфицированных сифилисом и ВГС в РК, % (ДЭН, 2011г.)
Рисунок 9	Распространенность ВИЧ-инфекции среди пациентов с симптомами ИППП в городах РК, % (ДЭН, 2011г.)
Рисунок 10	Распространенность ВГС среди лиц с симптомами ИППП по городам РК, % (ДЭН, 2011г.)
Рисунок 11	Распространенность сифилиса среди пациентов с симптомами ИППП в городах РК, % (ДЭН, 2011г.)
Рисунок 12	Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса в РК в зависимости от возраста, %(ДЭН, 2011г.)
Рисунок 13	Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса в РК в разбивке по полу, % (ДЭН, 2011г.)
Рисунок 14	Наличие половых контактов повышенного риска среди лиц с ИППП, % (ДЭН, 2005-2011 гг.)
Рисунок 15	Наличие половых партнеров разных типов за последние 6 месяцев у лиц с симптомами ИППП в зависимости от пола, % (ДЭН, 2011г.)
Рисунок 16	Использование презерватива лицами с симптомами ИППП при последнем половом контакте в зависимости от пола, % (ДЭН, 2011г.)
Рисунок 17	Знание мнимых путей передачи и истинных мер профилактики ВИЧ-инфекций среди лиц с симптомами ИППП, % (ДЭН, 2005-2011 гг.)

Рисунок 18	Знание мнимых путей передачи и истинных мер профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц с симптомами ИППП, %(ДЭН, 2011г.)
Рисунок 19	Охват тестированием на ВИЧ лиц, обратившихся с симптомами ИППП, % (ДЭН, 2005-2011гг.)
Рисунок 20	Охват тестированием на ВИЧ-инфекцию пациентов с симптомами ИППП по городам РК (ДЭН, 2011г.)

Список таблиц

Таблица 1	Распространенность симптомов ИППП среди уязвимых групп населения (ДЭН)
Таблица 2	Заболеваемость ИППП в РК за 2005-2011гг.
Таблица 3	Соотношение пациентов с ИППП, прошедших тестирование на ВИЧ-инфекцию, к количеству зарегистрированных случаев ИППП (2005-2011гг.)
Таблица 4	Деятельность дружественных кабинетов по Республике Казахстан за 2011г.
Таблица 5	Количество участников ДЭН в РК среди лиц с ИППП в 2011г.

1. Введение

В Казахстане, как и в других странах Восточной Европы и Центральной Азии, эпидемия распространяется преимущественно в уязвимых группах населения: среди потребителей инъекционных наркотиков (далее - ПИН), работников секса (далее - РС), мужчин, имеющих секс с мужчинами (далее – МСМ) и заключенных. Повышается доля женщин в общей структуре людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), возрастает доля полового пути передачи среди выявленных случаев ВИЧ-инфекции.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан находится в концентрированной стадии. В 2011 году распространенность ВИЧ-инфекции по данным дозорного эпидемиологического надзора (далее ДЭН) среди ПИН составила – 3,8%, среди РС - 1,5%, среди МСМ – 1% и среди заключенных – 3%.

По данным официальной статистики, основанной на регистрации выявленных случаев, в Республике Казахстан на 01.01.2012 г. кумулятивно зарегистрировано 17763 ВИЧ-инфицированных (показатель на 100 тыс. населения – 86,8), в том числе мужчин – 12444 (70,1%), женщин – 5319 (27,6%), детей до 14 лет – 369 (2,1%). Количество людей с известным положительным ВИЧ-статусом за вычетом умерших и вы-

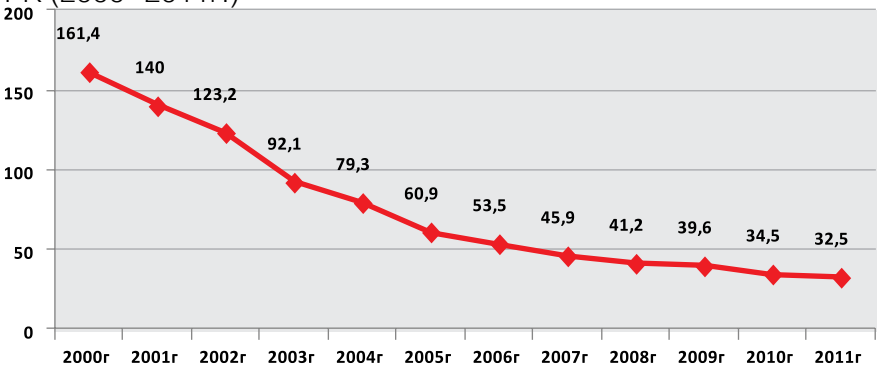
ехавших за пределы Казахстана составило 14316 человек, оценочное количество людей, живущих с ВИЧ – 20500.

Инфекции, передаваемые половым путем (далее – ИППП) усиливают восприимчивость организма к ВИЧ-инфекции. Выявление и лечение ИППП приводит к значительному снижению распространения ВИЧ-инфекции. Диагностика и лечение ИППП являются одним из направлений профилактики ВИЧ-инфекции.

Уровень распространенности ИППП является важным маркером практики опасного полового поведения, сопряженного с риском ВИЧ инфицирования.

В конце 90-х годов наблюдалось резкое увеличение коли¬чества зарегистрированных случаев сифилиса среди населения РК. Так, если в 1991 г. показатель заболеваемости сифилисом составлял 2,1 на 100 000 населения, то уже в 1997 году он возрос более, чем в 200 раз до 268,9 на 100 000 населения. С 1997 года заболеваемость сифилисом начала постепенно снижаться. Согласно данным официальной статистики, заболеваемость сифилисом в РК продолжала снижаться в течение 2000-2011гг. и составила соответственно 161,4 и 32,5 на 100 000 населения (рисунок 1).

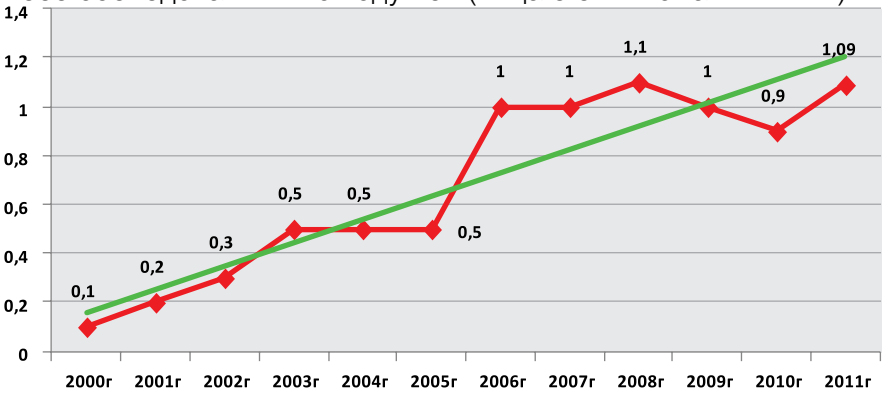
Рисунок 1. Заболеваемость сифилисом на 100 000 населения в РК (2000–2011г.)



В динамике по годам отмечается тенденция к снижению количества обследованных по коду 104. В то же время наблюдается рост числа выявленных ВИЧ-инфицированных из этой категории граждан. Следовательно, наличие ИППП, как маркера опасного полового поведения,

является фактором, способствующим распространению ВИЧ-инфекции половым путем.

Рисунок 2. Показатель регистрации ВИЧ–инфицированных на 1000 обследованных по коду 104 (лица с симптомами ИППП)



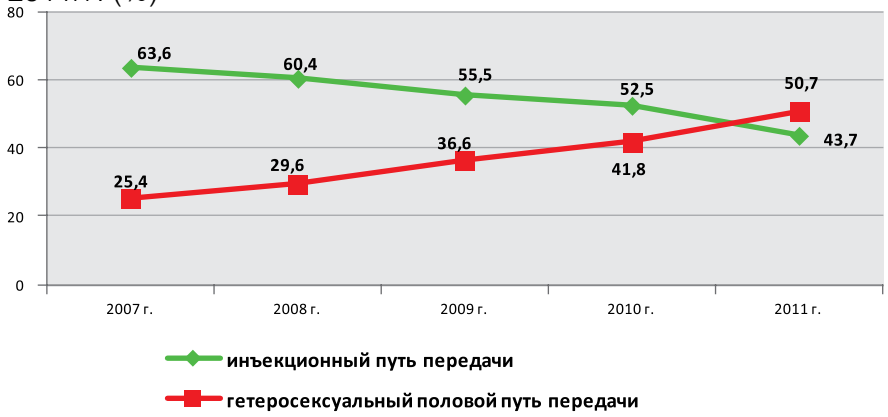
В динамике по годам отмечается рост числа ИППП среди уязвимых групп населения.

Таблица 1. Распространенность симптомов ИППП среди уязвимых групп населения (ДЭН)

	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.
Количество ПИН, имеющих симптомы ИППП	464	362	372	469	490	279	460
Выборка	4679	4203	4149	4868	4860	4950	4830
%	**9,9**	**8,6**	**9,0**	**9,6**	**10,1**	**5,6**	**9.5**
Количество РС, имеющих симптомы ИППП	722	731	880	753	841	635	719
Выборка	1960	2076	2067	2279	2249	2259	2286
%	**36,8**	**35,2**	**42,6**	**33,0**	**37,4**	**28,1**	**31,4**
Количество МСМ, имеющих симптомы ИППП	39	13	40	34	115	77	146
Выборка	380	215	450	591	880	943	867
%	**10,3**	**6,0**	**8,9**	**5,8**	**13,1**	**8,2**	**16,8**

Эпидемия ВИЧ-инфекции в стране обусловлена инъекционным употреблением наркотиков, но доля полового пути передачи ВИЧ-инфекции с каждым годом растет.

Рисунок 3. Удельный вес ведущих путей передачи ВИЧ–инфекции в структуре зарегистрированных случаев в 2007–2011гг. (%)



2. Размер популяции

Статистические данные по заболеваемости населения ИППП получают 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 кожно-венерологических диспансерах не регистрируется обращаемость населения в медицинские организации с симптомами ИППП, хотя большинство людей с симптомами ИППП предпочитает обращаться в частные клиники/кабинеты или занимается самолечением, в связи с чем не включаются в официальную статистику. Все эти причины ведут к тому, что КВД, которые составляют большую часть дозорных участков, охватывают только небольшую и, возможно, нерепрезентативную выборку людей с ИППП. Также данные, полученные в этих подгруппах населения, не могут использоваться для приблизительной оценки потенциала распростра-

нения ВИЧ-инфекции 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.

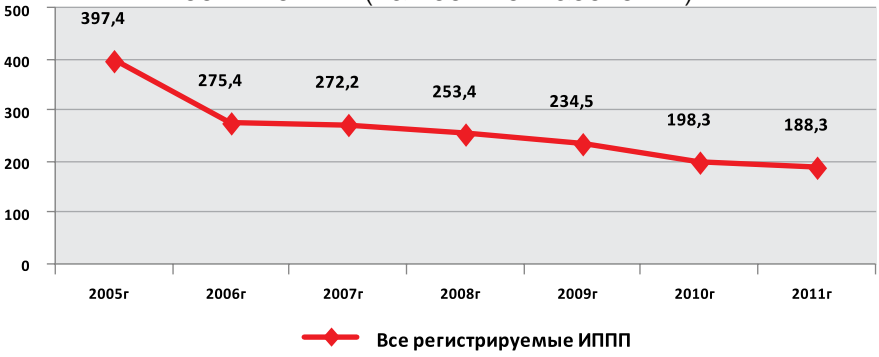
В таблице 2 приведены статистические данные по заболеваемости ИППП в Казахстане за 2005-2011г.г. по четырем нозологическим формам.

Таблица 2. Заболеваемость ИППП в РК за 2005–2011гг.

Нозологические формы	2007		2008		2009		2010		2011	
	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.	Абс. число	Пок. на 100 тыс. насел.
Сифилис	7114	45,9	6451	41,2	6309	39,7	5636	34,5	5380	33,0
Гонорея	7438	48,0	7739	49,4	7461	47,0	6149	37,7	5184	31,8
Хламидиоз	5797	37,4	4800	30,6	4899	30,8	4793	29,4	4835	29,6
Трихомониаз	21561	139,3	20985	133,9	18934	119,2	16601	101,7	16099	98,6
Всего	**41910**	**272,2**	**39975**	**253,38**	**37603**	**234,46**	**33176**	**198,3**	**31498**	**188,3**

Как видно из таблицы 2, отмечается снижение заболеваемости по всем нозологическим формам ИППП с 397,4 на 100 000 в 2005г. до 188,3 в 2011г., но это не отражает истинную ситуацию заболеваемости. Это, скорее всего, показывает низкую обращаемость населения с ИППП в ОГКВД.

Рисунок 4. Динамика интенсивного показателя заболеваемости ИППП РК в 2007– 2011гг. (на 100 тыс. населения)



Таким образом, статистические данные не отражают истинную ситуацию заболеваемости ИППП населения РК. Также об этом свидетельствует количество лиц, прошедших тестирование на ВИЧ по коду 104. За 2005-2009г.г. удельный вес лиц, прошедших тестирование и выявленных с ИППП был выше более 100%, что указывает о большей выявляемости ИППП в медицинских организациях и в ПМСП. За последние 2 года (2010-90,3%; 2011-89,8%) данные изменились, возможно, из-за лучшей организации регистрации ИППП.

Таблица 3. Соотношение пациентов с ИППП, прошедших тестирование на ВИЧ–инфекцию, к количеству зарегистрированных случаев ИППП (2005–2011гг.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Всего пациентов с ИППП	60189	42141	41910	39975	37603	64670	65112
Количество лиц с ИППП, которые прошли тестирование на ВИЧ-инфекцию	67328	64928	69601	64956	59575	58383	58528
Удельный вес прошедших тестирование от количества зарегистрированных лиц с ИППП, %	111,8	154,1	166,1	162,5	158,4	90,3	89,8

3. Надзор за зарегистрированными случаями ВИЧ–инфекции

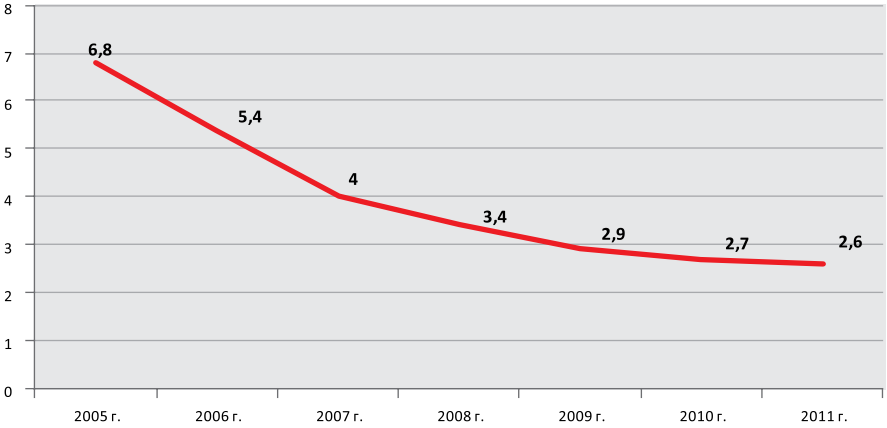
3.1.Характеристика обследования на ВИЧ-инфекцию лиц с симптомами ИППП

В Республике Казахстан в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан №1280 от 03.11.11г. раздел 2, п. 8.30, обследованию по клиническим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции подлежат лица (взрослые и дети), у которых выявлены инфекции, передающиеся половым путем (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, гонорея, генитальный герпес, вирусный папиломотоз и другие) с установленным диагнозом.

При увеличении общих объемов тестирования удельный вес те-

стирования по коду 104 (пациенты с ИППП), несмотря на его стабильность, последовательно снижается с 6,8% - в 2005 году до 2,6% - в 2011 году.

Рисунок 5. Удельный вес кода 104 (пациенты с ИППП) в структуре обследования на ВИЧ–инфекцию в РК в 2005–2011гг.



4. Профилактика ВИЧ–инфекции среди лиц, имеющих симптомы ИППП

Установлено, что 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-инфекции 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 программы по профилактике и лечению ИППП необходимо для снижения темпов распространения ВИЧ-инфекции половым путем, особенно среди уязвимых групп населения. Лицам с ИППП лечение должно быть доступно на всех уровнях общественного здравоохранения, независимо от форм собственности. В Казахстане на основании приказа МЗ РК №295 от 29.03.2004г. «Об утверждении поло-

жения об организации деятельности дружественных кабинетов» были организованы дружественные клиники (ДК) по оказанию помощи уязвимым группам населения, обратившимся с симптомами ИППП.

На начало 2012 года в РК функционировал 31 дружественный кабинет, в том числе на базе ЦСПИД – 22, НПО – 3 и в других учреждениях – 7. По данным РЦ СПИД, в ДК в 2011 году обратилось 50850 человек, среди которых ПИН – 24294 (47,7%), РС - 1274 (2,5%), МСМ – 9455 (18,6%), молодежь – 15833 (31%).

Таблица 4. Деятельность дружественных кабинетов по Республике Казахстан за 2011г.

	всего	ПИН	РС	МСМ	молодежь
Всего обратилось в ДК:	50850	24294	1274	9455	15833
Из них проконсультировано (ДКТ)	25345	10246	677	6091	8331
Количество клиентов, у которых выявлен один или более симптомов ИППП	16738	7595	517	3087	5538
Количество клиентов, обследованных на ИППП	22816	9171	1164	5251	7730
Количество случаев ИППП, пролеченных в ДК	20255	10698	536	3090	5931
Роздано презервативов	20798	10814	580	3170	6234
Роздано ИОМ	18681	9066	570	2796	6249
Проведено экспресс–тестирований на ВИЧ	16428	7130	594	3129	5575

5. Дозорный эпидемиологический надзор

5.1. Материалы и методы

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» 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 этой группы 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-инфекцией, 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 проведения ДЭН – связанное серологическое и поведенческое исследование. Для поведенческого исследования разработаны стандартные анкеты для всех дозорных групп. Для серологического исследования используется сухая капля капиллярной крови, которая тестируется на ВИЧ, вирусный 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 ОГКВД.

Критерии отбора: больные с клиническими симптомами инфекций, передающихся половым путем.

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. Время проведения ДЭН среди пациентов, имеющих симптомы ИППП, - октябрь-ноябрь 2011г. Участвовало в ДЭН 4228 респондентов (19 городов РК).

Таблица 5. Количество участников ДЭН в РК среди лиц с ИППП в 2011г.

Города	N	Города	N
Актобе	230	Петропавловск	150
Алматы	400	Семипалатинск	320
Астана	150	Тараз	300
Атырау	150	Уральск	350
Караганда	200	Усть-Каменогорск	200
Кокшетау	270	Шымкент	280
Костанай	328	Экибастуз	150
Кызылорда	300		
Актау	200		
Павлодар	250	**Итого по РК**	**4228**

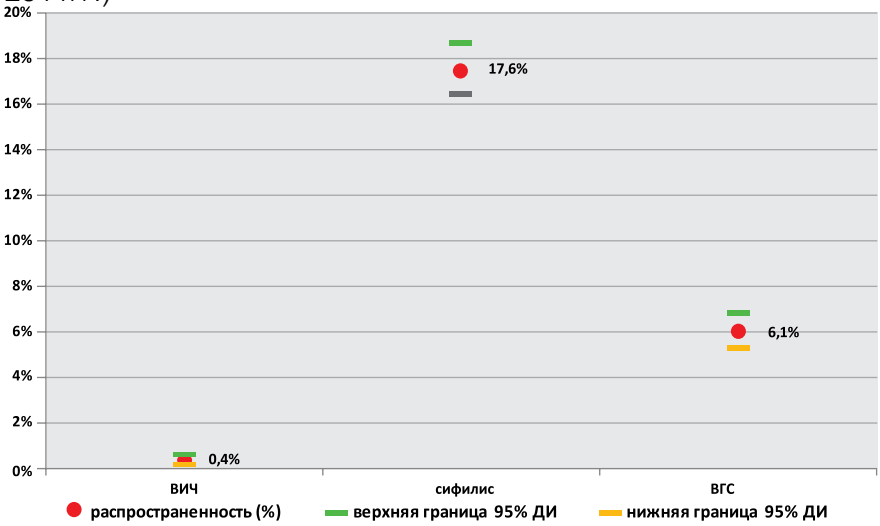
5.2. Социально-демографические показатели

Возраст: минимальный – 15 лет, максимальный – 69 лет, медиана – 27 лет.
Пол: доля женщин – 53,3%, мужчин – 46,7%
Образование: высшее образование – 33,6%
Род занятий: не работают и не учатся – 23,2%, 7,2% - учащиеся ССУЗов и ВУЗов.
Семейное положение: состоят в браке – 51,4%
Доход: не имеют дохода – 26,1%; медиана дохода 40 000 т.т.

5.3. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса

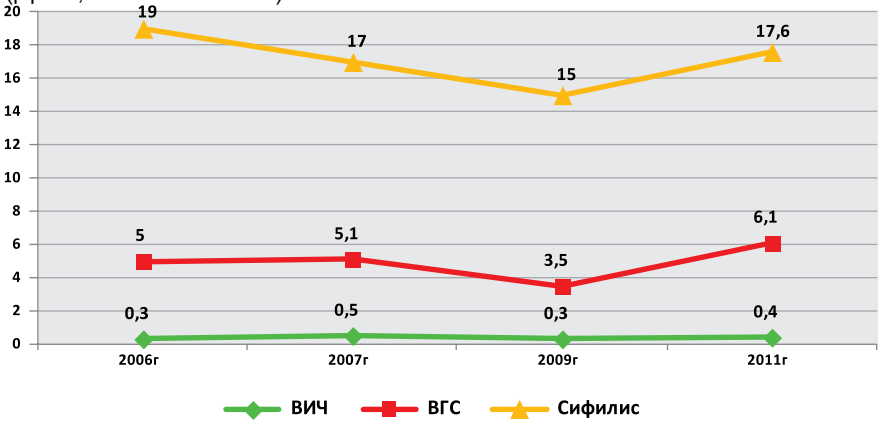
Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди лиц с ИППП по данным ДЭН 2011 г. с 95% доверительным интервалом представлена на рисунке 6.

Рисунок 6. Распространенность ВИЧ–инфекции, ВГС и сифилиса среди пациентов с симптомами ИППП в РК, % (ДЭН, 2011гг.)



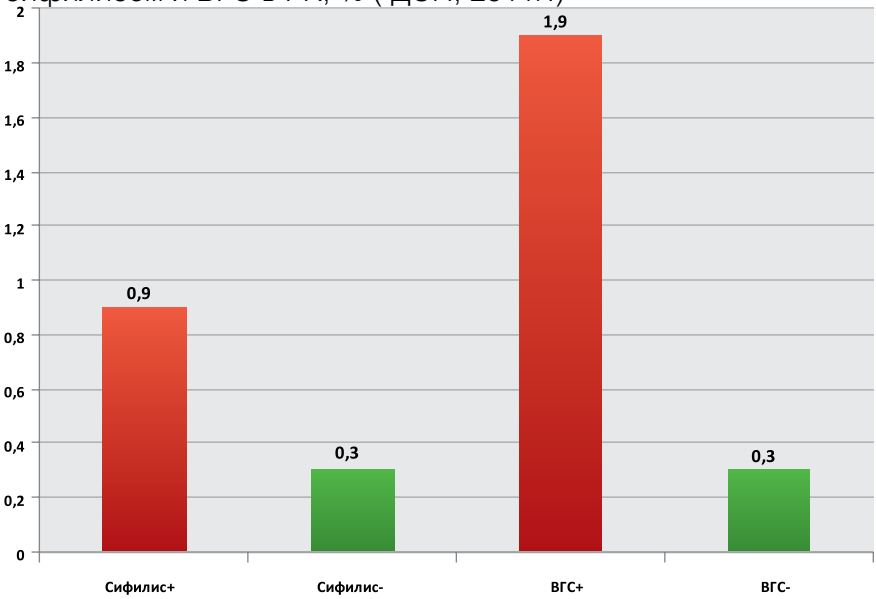
В РК среди лиц, имеющих ИППП, в течение трех лет отмечается относительная стабилизация распространенности ВИЧ-инфекции и снижение антител к сифилису.

Рисунок 7. Динамика распространенности ВИЧ–инфекции, ВГС и сифилиса среди пациентов с симптомами ИППП в РК, % (ДЭН, 2006–2011гг.)



Стабильность распространенности ВИЧ-инфекции в данной группе отмечается в течение 4-х лет проведения исследования, т.к. место исследования остается неизменным. Рост ВГС обусловлен доступностью и уменьшением стигматизации группы ПИН к ОГКВД. Связь между инфицированием ВИЧ, сифилисом и ВГС прослеживается: распространенность ВИЧ-инфекции среди инфицированных ВГС в 14 раз выше, чем среди не инфицированных. ВГС передается парентеральным путем и его наличие косвенно свидетельствует об опасном инъекционном поведении.

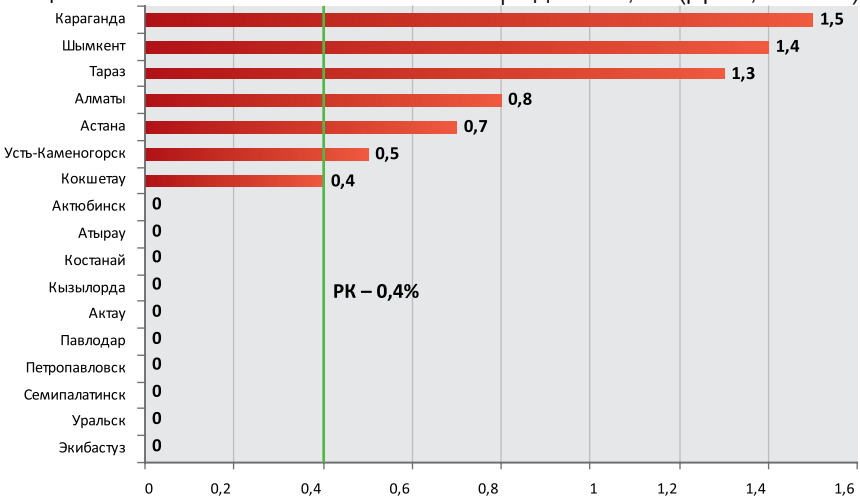
Рисунок 8. Распространенность ВИЧ–инфекции среди лиц с симптомами ИППП, инфицированных и не инфицированных сифилисом и ВГС в РК, % (ДЭН, 2011г.)



RR=3.3(1.25-8.5) p=0.01 RR=6.4(2.3-1815) p<0.005

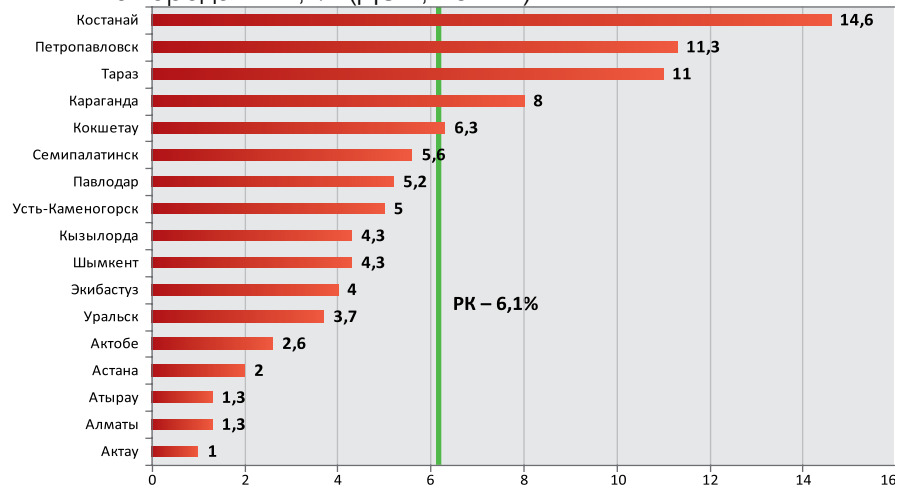
Средний республиканский показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди лиц с ИППП в 2011г. составил 0,4% (95%ДИ 0,2%÷0,7%). Выше республиканского показатель распространенности ВИЧ-инфекции отмечается в Караганде, Шымкенте, Таразе, Алматы, Астане, Усть-Каменогорске.

Рисунок 9. Распространенность ВИЧ–инфекции среди пациентов с симптомами ИППП в городах РК, % (ДЭН, 2011г.)



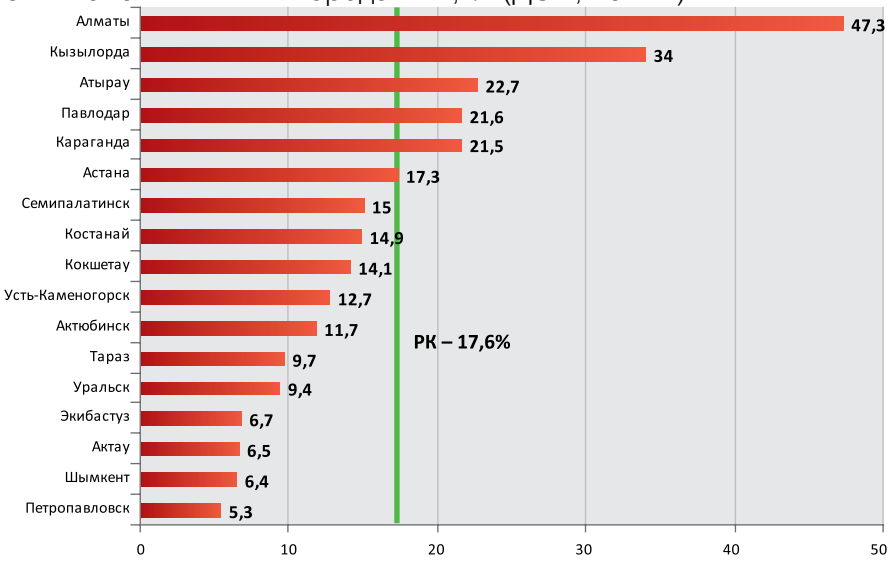
Распространенность ВГС в группе ИППП по РК составила 6,1% (95% ДИ 5,4%÷6,9%) - от 1% в Актау до 14,6% в Костанае. В целом по Республике в пяти регионах отмечается превышение среднего республиканского показателя.

Рисунок 10. Распространенность ВГС среди лиц с симптомами ИППП по городам РК, % (ДЭН, 2011г.)



Распространенность сифилиса по РК составила 17,6% (95% ДИ 16,5%÷18,8%)., выше республиканского показателя - в Алматы (47,3%), Кызылорде (34%), Павлодаре (21,6%), Атырау (22,7), Караганде (21,5%).

Рисунок 11. Распространенность сифилиса среди пациентов с симптомами ИППП в городах РК, % (ДЭН, 2011г.)



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

Рисунок 12. Распространенность ВИЧ–инфекции, ВГС, сифилиса в РК в зависимости от возраста, %(ДЭН, 2011г.)

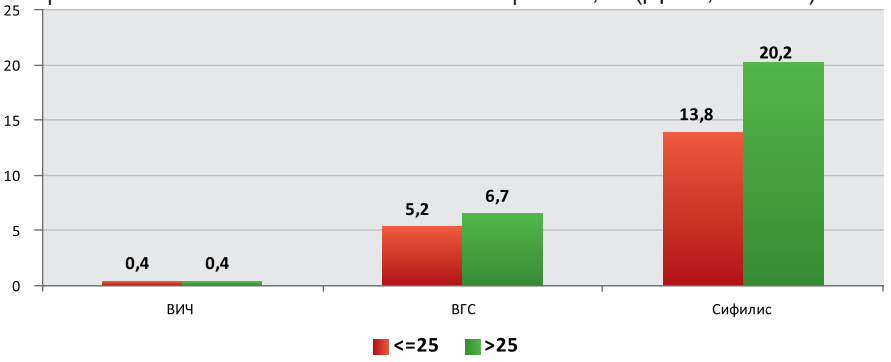
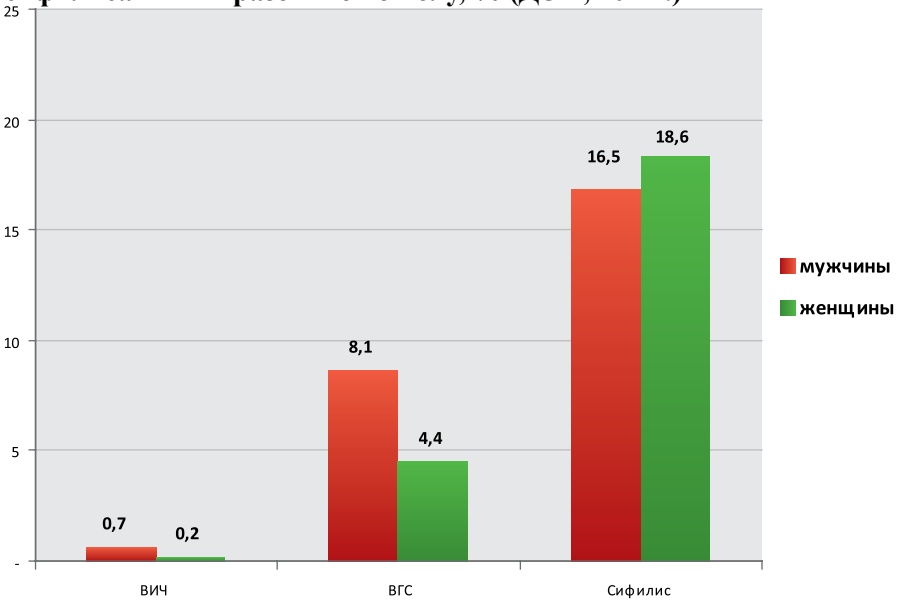


Рисунок 13. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса в РК в разбивке по полу, % (ДЭН, 2011г.)



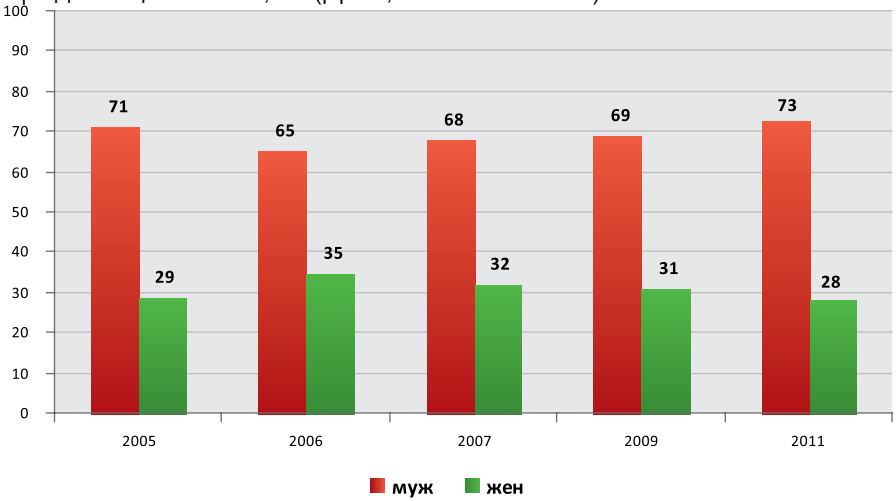
Распространенность ВИЧ-инфекции в группе пациентов, имеющих симптомы инфекций, передаваемых половым путем, в 3 раза выше среди мужчин, чем среди женщин. Аналогично распространенность ВГС выше в 1,8 раза среди мужчин, чем среди женщин. Разница в распространении сифилиса в зависимости от половой принадлежности статистически не значима.

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 использование презервативов с половыми партнерами. Среднее число половых партнеров составило – 3,8 на одного респондента. Среднее число половых партнеров за последние 12 месяцев у мужчин - 3,9, у женщин - 3,6.

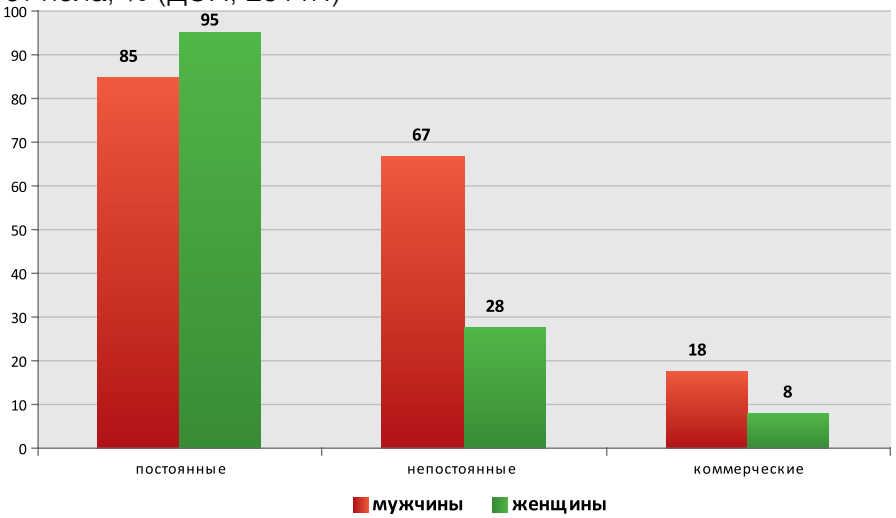
В течение последних трех лет доля мужчин, имевших половые контакты повышенного риска, остается высокой.

Рисунок 14. Наличие половых контактов повышенного риска среди лиц с ИППП, % (ДЭН, 2005–2011 гг.)



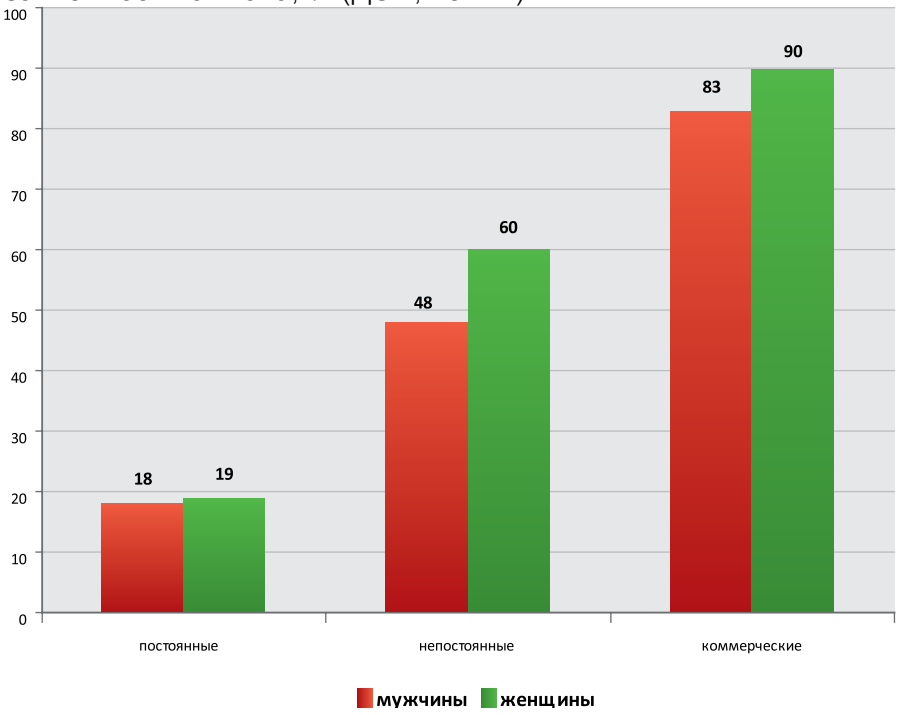
Доля мужчин, имевших непостоянных и коммерческих половых партнеров выше, чем у женщин.

Рисунок 15. Наличие половых партнеров разных типов за последние 6 месяцев у лиц с симптомами ИППП в зависимости от пола, % (ДЭН, 2011г.)



По результатам ДЭН 2011г., используют презервативы с постоянными половыми партнерами 18% мужчин и 19% женщин. С непостоянными половыми партнерами только 48% мужчин и 60% женщин использовали презерватив при последнем половом контакте. Самый высокий уровень использования презервативов при последнем половом контакте с коммерческими половыми партнерами – 83% среди мужчин и 90% среди женщин.

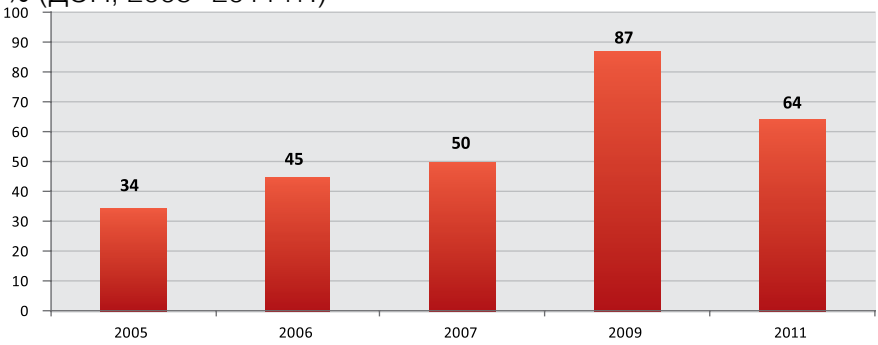
Рисунок 16. Использование презерватива лицами с симптомами ИППП при последнем половом контакте в зависимости от пола, % (ДЭН, 2011г.)



5.5. Уровень знаний о ВИЧ/СПИДе

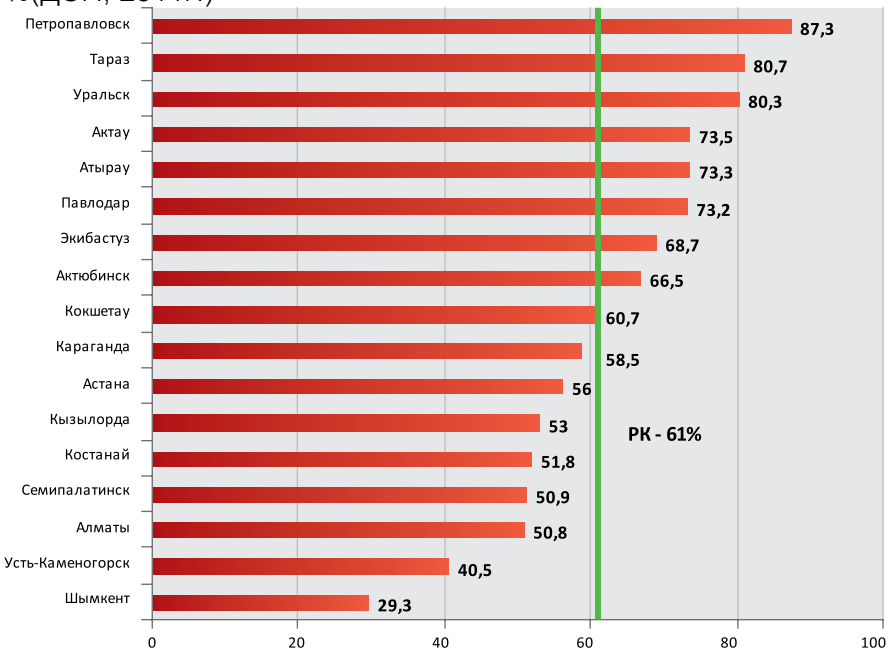
Уровень осведомленности о мнимых путях передачи и мерах профилактики среди пациентов с ИППП по РК снизился с 87% (2009г.) до 61% (2011г.).

Рисунок 17. Знание мнимых путей передачи и истинных мер профилактики ВИЧ–инфекций среди лиц с симптомами ИППП, % (ДЭН, 2005–2011 гг.)



Низкий уровень знаний среди пациентов симптомами ИППП в 2011 г. отмечен в Шымкенте и Усть-Каменогорске.

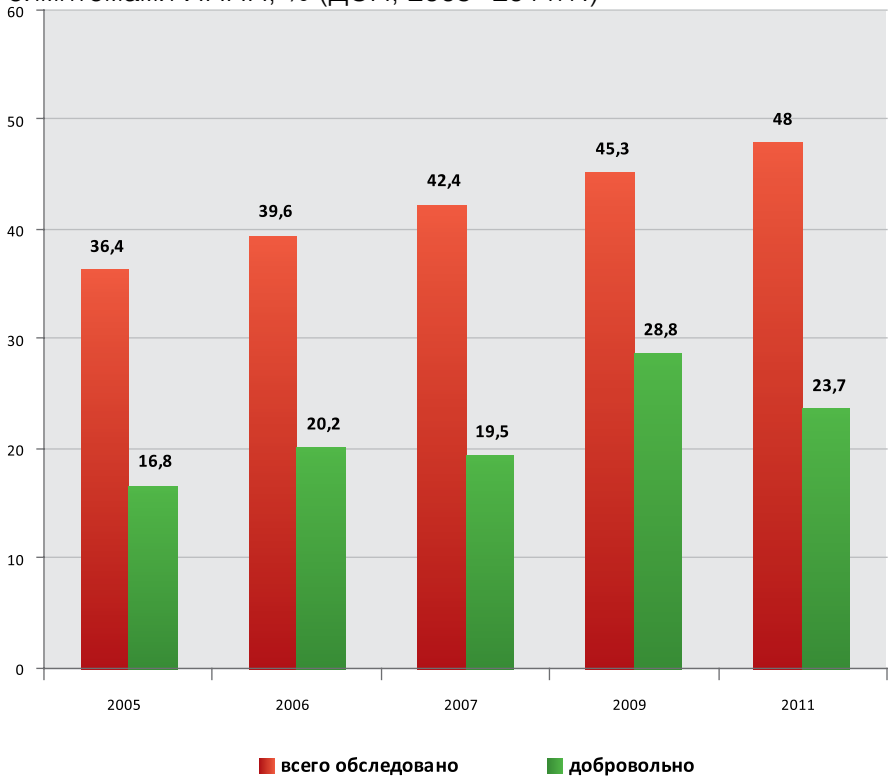
Рисунок 18. Знание мнимых путей передачи и истинных мер профилактики ВИЧ–инфекции среди лиц с симптомами ИППП, %(ДЭН, 2011г.)



5.6. Охват профилактическими программами

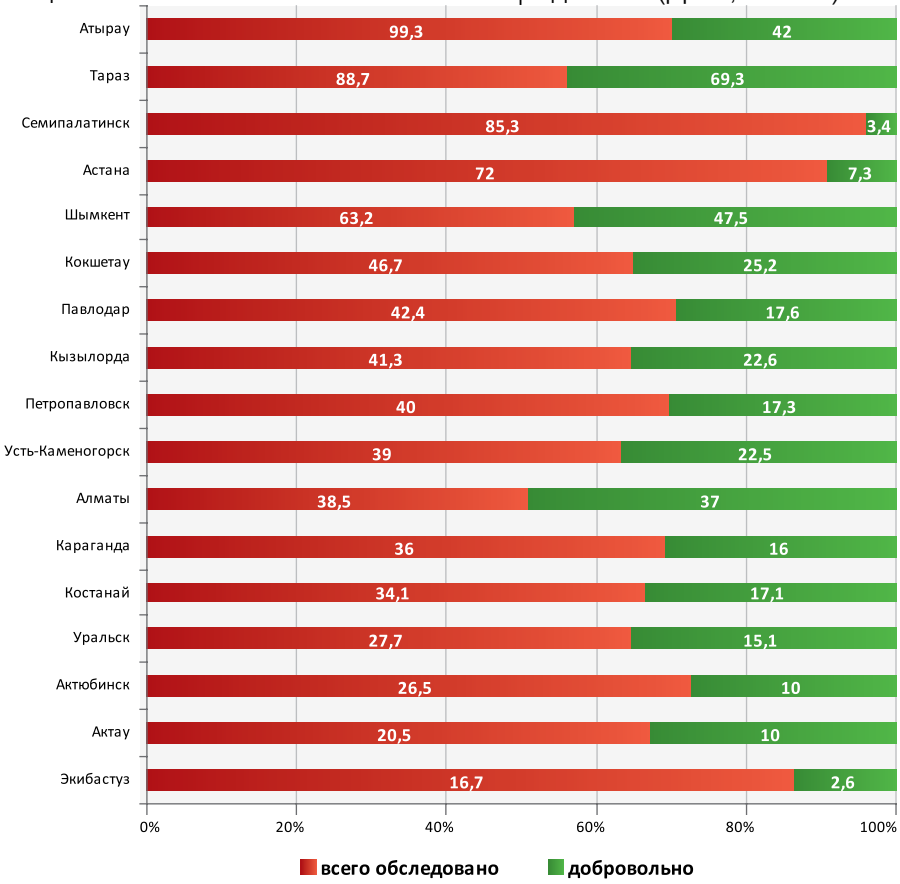
В республике охват тестированием на ВИЧ-инфекцию лиц с симптомами ИППП возрос с 36% (2005г.) до 48% (2011г.), при этом только половина респондентов тестируется добровольно, т.е. при самообращении. Так как в лечебных учреждениях республики и, в том числе в ОГКВД, плохо проводится психосоциальное консультирование, отмечается низкий показатель охвата добровольным тестированием на ВИЧ-инфекцию пациентов с симптомами ИППП.

Рисунок 19. Охват тестированием на ВИЧ лиц, обратившихся с симптомами ИППП, % (ДЭН, 2005–2011гг.)



Данный показатель значительно ниже в Экибастузе (14%), Актау (21%), Актобе (21%), Уральске (26%).

Рисунок 20. Охват тестированием на ВИЧ–инфекцию пациентов с симптомами ИППП по городам РК (ДЭН, 2011г.)



6. Заключение

6.1. Выводы

1. На эпидемический процесс за последние 10 лет влияла неблагоприятная ситуация по распространению инфекций, предаваемых половым путем, распространенность ВИЧ-инфекции в группе населения, обратившихся с симптомами ИППП в медицинские органи-

зации, составляет по скринингу 0,2%, что выше, чем среди общего населения (0,09%). В последние годы в стране имеется тенденция к снижению регистрации болезней, передаваемых половым путем, прежде всего сифилиса.

2. Распространенность ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп, имеющих симптомы ИППП, существенно выше, чем среди остального населения (ПИН – 9,5%, РС -31,4%, МСМ – 16,8%), что говорит о необходимости проведения профилактических программ в выше указанных группах с целью снижения риска передачи ВИЧ-инфекции половым путем. Уровень распространенности ИППП является важным показателем распространения моделей полового поведения, сопряженного с риском ВИЧ- инфицирования.
3. Распространенность ВИЧ-инфекции в группе пациентов, имеющих симптомы инфекций, передаваемых половым путем, в 3 раза выше среди мужчин, чем среди женщин. Аналогично распространенность ВГС выше в 1,8 раза среди мужчин, чем среди женщин, что объясняется большей распространенностью наркопотребления именно среди мужчин, чем среди женщин. Разница в распространении сифилиса в зависимости от половой принадлежности статистически не значима.
4. В группе пациентов с симптомами ИППП распространенность ВГС и сифилиса выше среди лиц в возрастной группе 25 лет и старше.
5. Территориально из 17 сайтов, в которых проводился ДЭН среди пациентов с симптомами ИППП в 2011 году, в 10 – распространенность ВИЧ-инфекции равна 0, тогда как в остальных 7-ми сайтах она варьирует от 0,4% до 1,5%.
6. Распространенность ВИЧ-инфекции в группе ИППП выше среди лиц, инфицированных сифилисом - в 3 раза, чем среди лиц, не инфицированных сифилисом, соответственно 0,9% и 0,3%. Аналогично распространенность ВИЧ-инфекции выше среди лиц, инфицированных ВГС (1,9%), чем среди лиц, не инфицированных ВГС (0,3%).
7. Наибольшая распространенность ВИЧ-инфекции наблюдается в крупных городах (Алматы, Караганда, Усть-Каменогорск, Шымкент), где, возможно, имеет влияние фактор миграции и в большей мере распространены услуги коммерческого секса.
8. Доля мужчин, имевших половые контакты повышенного риска су-

щественно выше (73%), чем женщин (28%).

9. Доля мужчин, имевших непостоянных (67%) и коммерческих (28%) половых партнеров существенно выше, чем женщин, у которых эти показатели соответственно равны 18% и 8%.
10. Уровень знаний о мерах профилактики и путях передачи ВИЧ-инфекции в динамике за 5 лет увеличился с 34% - в 2005 году до 61% - в 2011 году. В тоже время, недостаточный уровень знаний в области ВИЧ-инфекции среди представителей уязвимых групп, их низкая самооценка, рискованное поведение, малый доступ к средствам защиты и дружественному медицинскому сервису увеличивают риск заражения ВИЧ-инфекцией.
11. Охват тестированием на ВИЧ-инфекцию в динамике увеличился с 36% до 48%, при этом только половина респондентов обследовалась добровольно. Отмечается низкий показатель охвата тестированием на ВИЧ-инфекцию пациентов с симптомами ИППП.
12. Уязвимые группы практикуют опасные формы полового или инъекционного поведения и мало обращаются за диагностикой и лечением ИППП, в связи с чем, имеют более высокую распространенность как самих ИППП, так и ВИЧ-инфекции.
13. Статистические данные не в полной мере отражают истинную ситуацию заболеваемости ИППП среди населения РК. По данным тестирования по коду 104 наблюдается рост выявления ВИЧ-инфекции с 0,1 на 1000 - в 2000 году до 1,09 на 1000 - в 2011 году, что требует расширения услуг по диагностике и лечению ИППП, в особенности на анонимной и бесплатной основе.
14. Распространенность ВИЧ-инфекции в этой группе составляет 0,1% по результатам скрининга, тогда как распространенность ВИЧ-инфекции по результатам ДЭН составила 0,4%. ДЭН в этой группе тоже не в полной мере отражает распространенность ВИЧ-инфекции среди пациентов с симптомами ИППП, так как в некоторых областях присутствуют ошибки отбора респондентов, когда в выборку попадали лица, обратившиеся в кожвендиспансер, например, с кожными болезнями.
15. Часть населения обращается в частные медицинские организации или занимается самолечением, что не всегда учитывается в статистических отчетах.

6.2 Рекомендации

1. Необходимо улучшить качество психосоциального консультирования в кожно-венерологических диспансерах, в частных клиниках, как в профилактических целях, так и для увеличения охвата тестированием на ВИЧ-инфекцию данной группы.
2. Расширить сети ДК и ПД и оказывать поддержку действующим, 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.
3. Активизировать санитарно-просветительную работу среди населения, молодежи в целях формирования навыков безопасного полового поведения и повышения уровня использования презервативов.
4. Поскольку внедрено обязательное тестирование пациентов с симптомами ИППП на выявление ВИЧ-инфекции, а результаты ДЭН не отражают в полной мере истинной картины распространения ИППП, предлагается рассмотреть вопрос об отмене проведения ДЭН в данной группе.