

Утверждена
постановлением
Правительства Республики
Таджикистан от 30 октября
2010 года № 62

Программа
по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике
Таджикистан
на период 2011-2015 годы

Оглавление

Список сокращений.....	4
1.Введение.....	5
2.Анализ ситуации.....	7
2.1.Эпидемиология ВИЧ/СПИД в Таджикистане.....	7
Потребление инъекционных наркотиков.....	10
Секс-работники.....	10
Мужчины, практикующие секс с мужчинами.....	12
Заклученные.....	12
Трудовая миграция.....	13
Оппортунистические инфекции.....	13
Гендер и ВИЧ.....	13
Подростки и молодёжь (15-24 лет).....	14
Люди с ограниченными возможностями.....	14
Основные причины и факторы, определяющие эпидемию в Таджикистане.....	14
Контекстуальные факторы.....	15
(а) Бедность.....	15
(б) Культурные отношения и практика.....	16
(в) Стигма и дискриминация.....	16
3. Усилия, направленные на борьбу с ВИЧ.....	17
Мероприятия по снижению вреда.....	17
Услуги относительно СПИДа и АРВ.....	18

терапия.....	
Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.....	19
Педиатрическая помощь при ВИЧ.....	21
Услуги, связанные с туберкулезом.....	21
Инфекции, передаваемые половым путём.....	22
Безопасность донорской крови.....	22
Обеспечение универсальных мер профилактики и постконтактная профилактика в медицинских учреждениях.....	23
Информированность населения о ВИЧ/СПИД.....	23
Пенитенциарная система.....	23
Военнослужащие.....	24
...	
Усилия по противодействию эпидемии ВИЧ вне сектора здравоохранения.....	25
Общественные организации.....	25
Эффективность профилактических мероприятий.....	25
Трудовые мигранты.....	26
4. Перекрестные вопросы.....	27
5. Основные подходы к решению приоритетных направлений.....	28
6. Мониторинг и оценка.....	29
7. Источники финансирования Программы.....	30
8. Программа управления.....	30
9.	31

Ограничения.....	32
10. Цели, задачи и мероприятия.....	32
Основные стратегические направления.....	32
Задача 1. Группы с высоким риском заражения ВИЧ (ПИН, СР, МСМ, заключенные) приняли безопасное поведение.....	32
Задача 2. Уязвимые группы, включая молодежь, беспризорные дети, военнослужащие, мигранты и женщины приняли безопасное поведение.....	34
Задача 3. Обеспечение доступа к комплексным услугам по снижению передачи ВИЧ от матери к ребенку.....	3
Задача 4. Обеспечение безопасности донорской крови и медицинских манипуляций.....	3
Задача 5. Обеспечение доступа к антиретровирусной терапии для людей, живущих с ВИЧ.....	6
Задача 6. Обеспечение лечения сопутствующих заболеваний, оказание паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным.....	36
Задача 7. Обеспечение социальной поддержки ВИЧ-инфицированным, их семьям.....	37
Расчет финансовых затрат на выполнение Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-201539 годы.....	38

Список сокращений

АРТ	Антиретровирусная терапия
АРП	Антиретровирусные препараты
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ДКТ	Добровольное консультирование и тестирование (на ВИЧ)
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ИОК	Информационно-образовательная кампания
ИОМ	Информационно-образовательные материалы
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путём
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
МЗ	Министерство здравоохранения
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НКК	Национальный координационный комитет по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РЦ СПИД	Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом
РТ	Республика Таджикистан
ССБ	Стратегия сокращения уровня бедности
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СР	Секс-работники
CD4	Кластер Дифференциации 4
УДМ	Услуги добровольной молодежи
ОО	Общественная организация
ППМР	Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку
ТБ	Туберкулез
ЦРТ	Цели Развития Тысячелетия

1. Ведение

Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД на 2011-2015 гг. сосредоточена на дальнейшее расширение действий, с помощью которых был достигнут успех в 2007 - 2010 гг., а также еще большее фокусирование на выявленных проблемных областях. Цель данной программы связана с Целями Развития Тысячелетия (Цель 6): к 2015 году замедлить и начать тенденцию к сокращению распространения ВИЧ/СПИД посредством обеспечения всеобщего доступа населения к профилактике, лечению, уходу и поддержке.

Главными стратегическими направлениями этой Программы являются: создание правового поля, способствующего обеспечению универсального доступа к услугам профилактики, лечения, ухода и поддержки; реализация профилактических программ и обеспечение доступа к услугам по ВИЧ для всех групп, в первую очередь для особо уязвимых; проведение АРВ терапии, лечение оппортунистических заболеваний, таких как туберкулез; оказание паллиативной помощи, лечения и уход за ЛЖВ; интеграция услуг по лечению ВИЧ-инфекции в структуру оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с целью улучшения доступа, снижения уровня стигматизации и улучшения качества оказания медицинской помощи; обеспечение социальной поддержки ЛЖВ; совершенствование системы эпидемиологического надзора, мониторинга и оценки профилактических мероприятий, и улучшение системы дозорного эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ инфекции.

При разработке Программы были использованы данные официальной статистики, ежегодно публикуемые Агентством статистики при Президенте Республики Таджикистан и Республиканским центром медицинской статистики Министерства здравоохранения.

Также использованы результаты дозорного эпидемиологического надзора, ежегодно проводимого в соответствии с совместным приказом Министерства здравоохранения и Министерства юстиции №63, №11 от 20.02.2005 г. с целью слежения за эпидемиологической ситуацией по ВИЧ-инфекции, среди ПИН, СР, заключенных, военнослужащих, трудовых мигрантов и беременных в городах Душанбе, Худжанд, Куляб, Курган-тюбе, Хорог, Исфара, Турсунзаде и Вахдат.

Результаты исследований по выявлению форм стигматизации и дискриминации ЛЖВ и знаний, отношений, практик среди молодых людей в возрасте 15-24 лет проведенных соответственно в городах Душанбе, Куляб, Кургантюбе, Худжанд, Исфара, Чкаловск, Турсунзаде, Вахдат, Шаартузском районе и в 24 городах и районах страны в 2007 году Центром стратегических исследований при Президенте Республики Таджикистан и опубликованных НКК в 2008 году.

В соответствии с Программой по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2007-2010 гг. и с целью изучения эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции РЦ СПИД

совместно с ПРООН в Таджикистане в 2009 году провели оценки численности ЛЖВ, ПИН и СР, в городах Душанбе, Хорог, Турсунзаде, Худжанд, Курган-тюбе, Куляб и в Файзабадском районе, результаты которых были использованы при подготовке Программы.

Результаты оценок и исследований размещены на официальном сайте НКК (www.ncc.tj).

В настоящее время, распространение ВИЧ в Республике Таджикистан носит изолированный характер. Данную ситуацию еще нельзя назвать эпидемией в масштабе всего населения, так как, передача этого инфекционного заболевания ограничивается только группами риска. Страна имеет уникальную возможность начать тенденцию к сокращению распространения ВИЧ и к 2015 году достичь Целей Развития Тысячелетия. Однако имеющиеся на сегодняшний день данные говорят о быстром распространении ВИЧ в группах высокого риска.

Настоящая Программа разработана на основе Стратегии сокращения уровня бедности в Республике Таджикистан на период с 2010-2012 годы, Рамочной программой ООН по Таджикистану на 2010-2015 годы и Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы.

Развитие эпидемии ВИЧ в Республике Таджикистан осуществляется за счет потребителей инъекционных наркотиков. Однако, среди общего населения ситуацию с распространением инфекции нельзя назвать эпидемической. Программа направлена на удержание распространения ВИЧ в пределах групп высокого риска, а также на предотвращение эпидемии в данных группах. В результате, целевыми группами программы на 2011-2015 гг. являются

потребители инъекционных наркотиков, секс работники, мужчины, практикующие секс с мужчинами, заключенные, люди, живущие с ВИЧ, молодежь, включая уличных детей и подростков до 17 лет, военнослужащие, мигранты, их семья и женщины.

В рамках Программы планируется продолжить мероприятия и расширить эту деятельность на другие регионы страны. Доступ к АРТ будет расширяться, а профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку приобретет приоритетность. Кроме того, предусматривается расширение доступа к услугам добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ для беременных. Координация работы медицинских учреждений будет улучшена с тем, чтобы беременные имели возможность получать профилактические услуги сразу после диагностирования у них ВИЧ-инфекции.

Новые стратегические направления включают в себя интеграцию услуг по лечению ВИЧ-инфекции в структуре оказания первичной медико-санитарной помощи с целью улучшения доступа, сосредоточение на коинфекцию ВИЧ и туберкулеза, а также меры по снижению вреда и заместительная терапия, нацеленные на снижение риска передачи инфекции среди ПИН.

Программы по обмену шприцев оказались приемлемы среди потребителей инъекционных наркотиков, а заместительная терапия признана Правительством РТ в качестве эффективного метода снижения распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН. В рамках данной программы планируется продолжить применение данных подходов.

Все лица с диагнозом туберкулеза будут тестироваться на наличие ВИЧ-инфекции. Предоставление услуг по уходу и лечению ВИЧ-инфекции, учреждениями ПМСП согласно Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг. помогут расширить доступ, снизить уровень стигматизации в отношении ВИЧ, а также улучшить степень приверженности АРТ среди ЛЖВ.

2. Анализ ситуации

2.1 Эпидемиология ВИЧ/СПИД в Таджикистане

Для разработки и пересмотра профилактических программ, а также их адаптации к местным условиям требуется четкое понимание природы, динамики и основных характеристик той или иной эпидемии. Описание эпидемии ВИЧ/СПИД, которое дает

Объединенная Программа ООН по борьбе с ВИЧ/СПИД и ВОЗ, основывается на цифрах уровня распространенности данного заболевания, а также характеристиках групп населения, подвергшихся инфекции. Согласно данному описанию, эпидемия ВИЧ/СПИД не везде одинакова, что объясняется ее динамической природой. Таким образом, в зависимости от характера распространения инфекции, страна может перейти из одной стадии в другую.

Даже в пределах одной страны может возникнуть серия множественных, меняющихся и перекрывающихся друг друга микроэпидемий, каждая из которых будет иметь свою природу (инфицированные группы населения), динамику (характер изменений) и характерные черты (тяжесть нанесенного вреда). По данному определению, эпидемия ВИЧ/СПИД в Таджикистане носит концентрированный характер. Распространение инфекции отчетливо выражено среди потребителей инъекционных наркотиков, где использование общих инструментов для введения наркотиков является достаточным для самостоятельного развития эпидемии, независимо от других групп высокого риска. Уровень распространения ВИЧ в группах высокого риска, не опускающийся ниже 5% в течение нескольких лет, позволяет оценить характер эпидемии в стране как концентрированный.

Начиная с 2005 г., уровень распространения ВИЧ в Таджикистане постоянно отслеживается посредством рутинного и дозорного эпидемиологического надзора за группами высокого риска (ПИН, СР) и другими уязвимыми группами, включая заключенных, больных ИППП беременных женщин и трудовых мигрантов. В 2006-2007 гг. было также проведено Национальное исследование знаний, отношений и практик среди молодых людей в возрасте 15-24 лет.

Рисунок 1 демонстрирует тенденцию развития эпидемии среди ПИН с 2005 по 2009 гг.

Уровень распространения ВИЧ среди общего населения (по полу и возрасту) на конец 2009 года проиллюстрирован в Рисунке 2.

Рисунок 1: Распространение ВИЧ среди ПИН в Республике Таджикистан (ДЭН, 2005 – 2009 гг.)

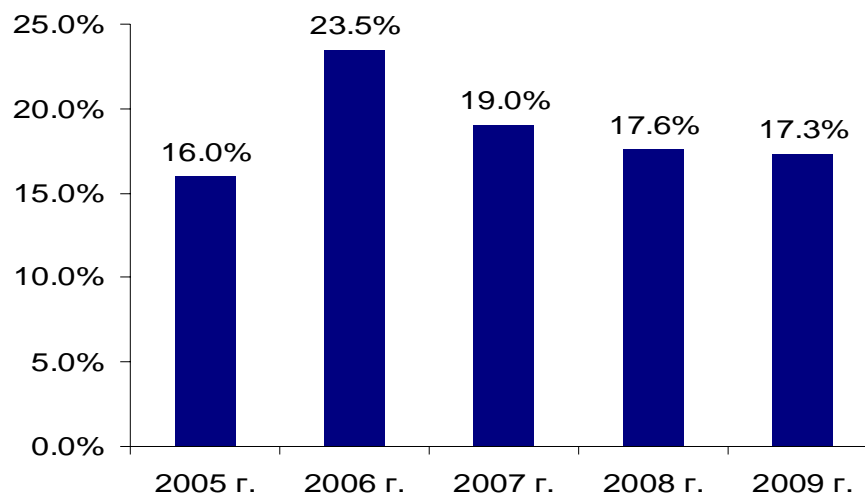
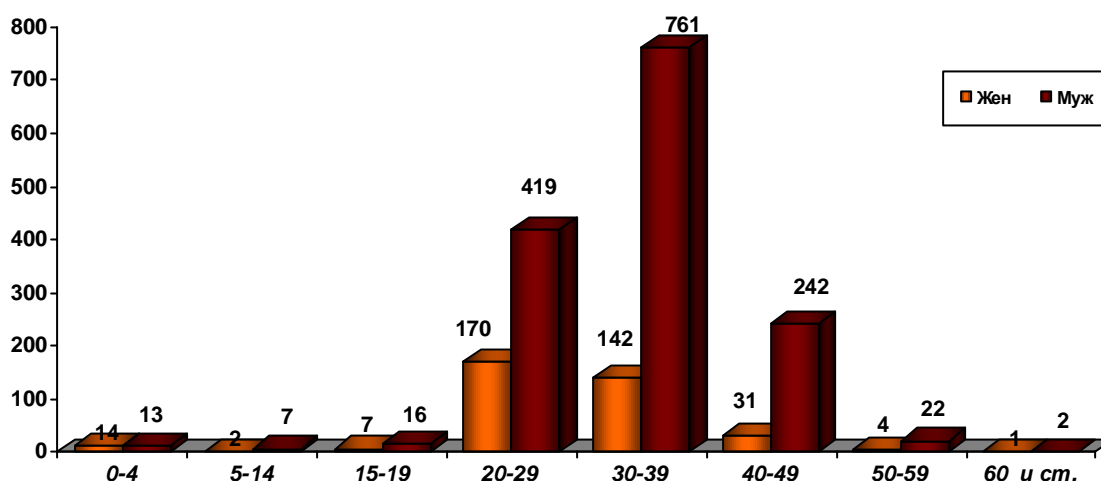


Рисунок 2: Распространенность ВИЧ среди населения РТ по полу и возрасту (на 31 декабря 2009 г.)

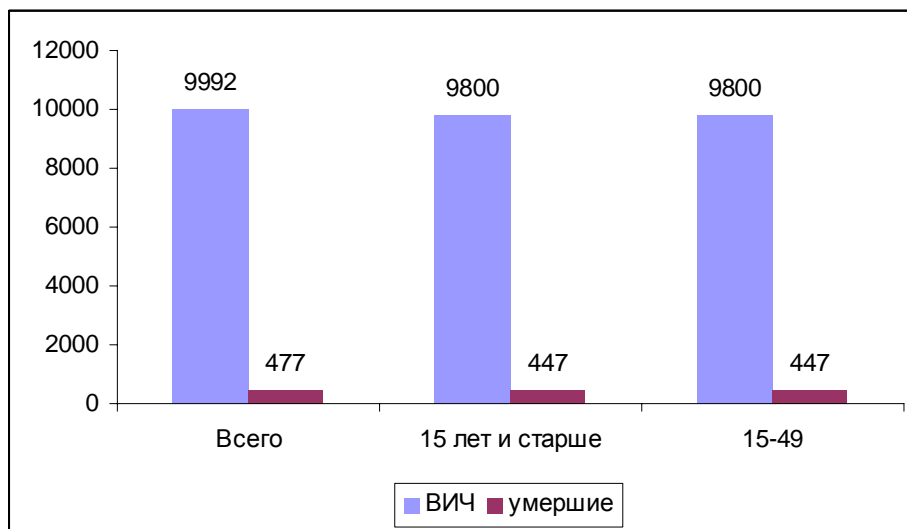


Также был проведен ряд других исследований национального и регионального масштаба, включая уровень стигматизации и дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных среди общего населения и медицинских работников, исследование знаний, отношений и практик среди военнослужащих, домашнее насилие, социально-экономические последствия эпидемии ВИЧ/СПИД, оценочные исследования в группах ПИН и СР в Таджикистане.

Тем не менее, на основании достаточно надежных и полных статистических данных, с использованием методов демографического моделирования, удалось оценить уровень распространенности ВИЧ, частоту, а также уровень смертности от СПИДа (Рисунок 3). Согласно

данной оценке в 2010 г. в Таджикистане оценивается 9992 человек, живущих с ВИЧ или СПИД.

Рисунок 3: Оценочные данные лиц, заражённых ВИЧ/СПИДом



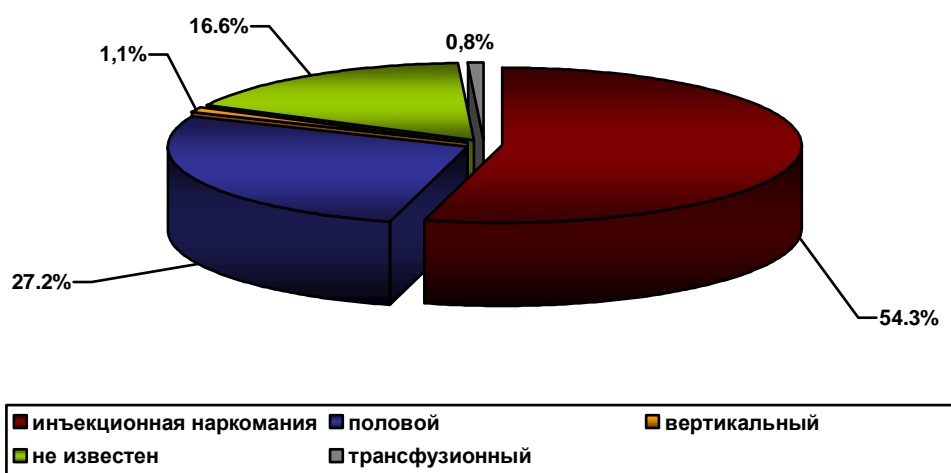
По состоянию на конец 2009 года в Таджикистане официально зарегистрировано 1853 случая ВИЧ-инфекции, включая 431 новых случаев, выявленных в 2009 г. Уровень распространенности ВИЧ среди населения составляет 22,3 на 100 000, случаи ВИЧ-инфицирования выявлены в 60 из 69 городов и районов страны. На конец 2009 г. количество умерших среди ВИЧ-инфицированных достигло 247 человек. Исходя из количества зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, оценочное число инфицированных составляет от 6800 до 10 000 человек.

Среди подтвержденных случаев 96,4% составляют ВИЧ-позитивные 15-49 лет, из которых 83,4% в возрасте от 20 до 39 лет. 1,9% составляют дети до 14 лет. 80% случаев зарегистрировано у мужчин и 20% среди женщин. В последнее время количество ВИЧ-инфицированных среди женщин возросло почти втрое. Так, в 2005 г. число зарегистрированных ВИЧ-позитивных случаев среди женского населения составляло 8,5%; в 2009 г. эта цифра возросла до 22,3%. По состоянию на декабрь 2009 г. зарегистрировано 105 случаев заражения ВИЧ-инфекцией беременных женщин. Только в 2009 г. зарегистрировано 54 ВИЧ -позитивных случаев среди беременных, 34 из которых были диагностированы в период беременности и родов.

Другие 20 случаев были выявлены при обследовании младенцев на ВИЧ.

Данные об официально зарегистрированных случаях ВИЧ в стране показывают, что основным путем передачи ВИЧ-инфекции является инъекционный. Данным путем было заражено большинство ВИЧ-инфицированных (55,1%). 27,2% инфицированных заразились половым путем (Рисунок 4.). В 16,6% зарегистрированных случаев ВИЧ способ заражения не установлен. Вполне вероятно, что большинство таких случаев также связано с применением инфицированных игл, для введения наркотических веществ.

Рисунок 4. Распределение ВИЧ инфицированных в Республике Таджикистан по путям передачи (N=1853)



1) Потребление инъекционных наркотиков. Таджикистан является страной транзита наркотических средств, включая инъекционные, такие как героин. Использование общих игл и шприцов широко распространено среди ПИН, что само по себе является достаточно эффективным способом передачи ВИЧ. В настоящее время ВИЧ в Таджикистане главным образом передается через внутривенное введение героина. Сегодня в стране функционируют 47 пункта по обмену шприцов, однако, действует всего несколько программ по героиновой детоксикации.

Согласно данным дозорного эпидемиологического надзора, распространенность ВИЧ среди ПИН выросла с 16% в 2005 г. до 17,3% в 2009 г. Данный незначительный рост говорит о том, что ситуация с ВИЧ в Таджикистане носит характер концентрированной эпидемии. Меры по профилактике и лечению ВИЧ среди ПИН носят первостепенное значение в процессе сдерживания темпов развития

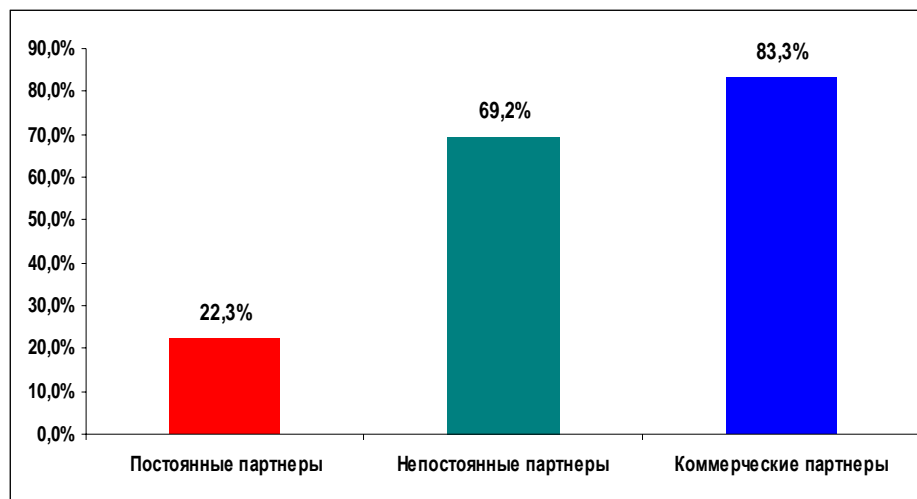
эпидемии ВИЧ и его распространения на все слои населения страны. Сегодня приостановить распространение данного заболевания становится все труднее. Кроме того, в условиях города существует определенное пересечение двух ключевых групп высокого риска: СР и ПИН. Часть секс работников, являющихся также ПИН, используют заработанные ими деньги на приобретение наркотических веществ: данная цепь усугубляет и без того повышенный риск передачи ВИЧ.

2) Секс работники. Коммерческий секс включает широкий спектр по обмену секс-услугами ради материальных благ. Основными характеристиками являются частые и повторные половые отношения с большим количеством партнеров с целью получения денежной компенсации. Секс работниками, главным образом, являются женщины. Данная группа уязвима и имеет высокий риск заражения ВИЧ ввиду большого количества партнеров и невозможности обеспечения безопасных сексуальных отношений с каждым из них.

В последние годы в Таджикистане растет число работников секс-бизнеса. По оценке, проведенной Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом и Программой развития Организации Объединенных Наций в Таджикистане, показала рост числа СР от 8000 в 2003 году до 12500 в 2009 году. Несмотря на высокий уровень охвата СР профилактическими услугами, показатель распространенности ВИЧ в этой группе, продолжает расти.

ДЭН, проведенный в 2008 году показал, что 2,8% СР являются ВИЧ-инфицированными. Высокие показатели других инфекций, передаваемых половым путём, таких как сифилис у СР (распространенность 10,5%) делает их более уязвимыми к заражению ВИЧ. Кроме того, женщины сталкиваются с повышенным риском из-за использования инъекционных наркотиков. Данные ДЭН 2008 года показывают, что 11% ПИН составляют женщины и 41% из них сообщили, что имели половые контакты с коммерческими партнерами.

Рисунок 5. Использование презерватива при последней половой связи
РС Таджикистана, ДЭН – 2009 (N=812)

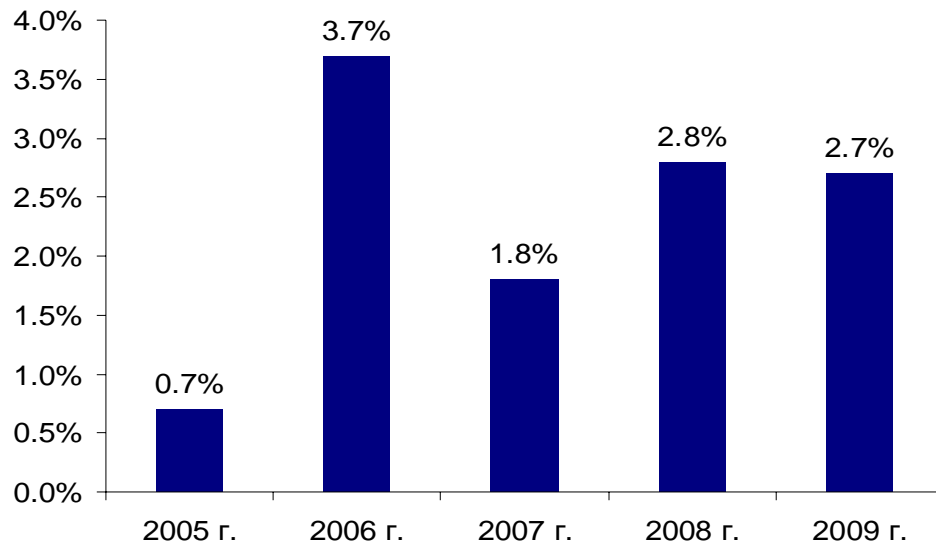


Хотя уровень использования презервативов зависит от типа партнера, например, постоянный, непостоянный или коммерческий (Рисунок 5.). Они ссылаются на отказ партнера в качестве основной причины отказа от использования презервативов. Поэтому важно, чтобы вооружить их необходимыми навыками договариваться об использовании презервативов, как со случайными, так и с постоянными половыми партнерами.

Несмотря на высокий охват профилактических услуг добровольного консультирования и тестирования, СР в значительной степени не хватает знаний о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики. Так как уровень знаний, непосредственно связан с риском поведения, важно, что профилактические и образовательные программы для работников секс-бизнеса будут расширены в целях стимулирования изменений в поведении.

Вместе с тем, данные по распространенности ВИЧ среди СР в Таджикистане достаточно скудны (Рисунок 6).

Рисунок 6. Распространенность ВИЧ среди РС в Республике Таджикистан, ДЭН, 2005-2009 гг.



3) Мужчины, практикующие секс с мужчинами. В то время как ВИЧ инфекции среди MSM уделялось достаточное внимание еще на ранних стадиях развития эпидемии в стране, на сегодняшний день очень мало известно о распространенности инфекции в этой группе.

Биологически, риск передачи ВИЧ среди MSM, практикующих рецептивные анальные половые сношения, особенно высок. Сексуальное поведение, такое как у MSM, зачастую имеют место в учреждениях особого типа, например в тюрьмах, где данная практика сопровождается принуждением и насилием. Поведение и сексуальность MSM отличаются разнообразием и включают бисексуальность, тем самым, ВИЧ-эпидемии среди MSM и гетеросексуалов связаны между собой.

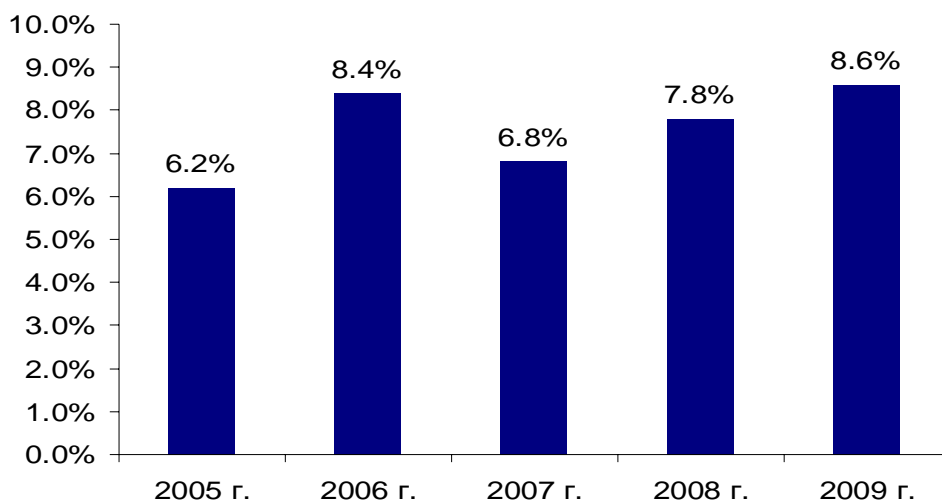
Хотя не зарегистрировано случаев ВИЧ, которые непосредственно связаны с мужчинами, практикующие секс с мужчинами, что, является результатом отсутствия доступа к населению мужчин, практикующие секс с мужчинами.

Социальная стигма, связанная с гомосексуализмом в Таджикистане делает его очень труднодоступной для охвата в области здравоохранения и социальных услуг. Из-за табу на MSM они редко готовы иметь дело с работниками здравоохранения относительно конкретных вопросов их сексуального характера.

4) Заключенные. Лишение свободы, как риск заражения ВИЧ, взаимосвязано с незащищенными сексуальными отношениями и потреблением инъекционных наркотиков в исправительных учреждениях. Здесь также имеется риск передачи инфекции при контакте с кровью в результате насилия или при нанесении татуировок. Мероприятия по снижению риска включают предоставление услуг добровольного консультирования и

тестирования, обеспечение презервативами, шприцами, меры по предотвращению сексуального насилия и потребления инъекционных наркотиков. По данным ДЭН распространенность ВИЧ среди заключенных находится в пределах от 6,2% до 8,6 %. (Рисунок 7).

Рисунок 7. Распространенность ВИЧ среди заключенных в Республике Таджикистан, ДЭН, 2005-2009 гг.



5) Трудовая миграция. Бедность и безработица напрямую сказывается на выборе сексуальных отношений и способствует вступлению в широкие сексуальные сети. Помимо гендерной уязвимости вследствие экономической неустойчивости, лица, занимающиеся поиском работы, либо вовлеченные в мобильные формы работы или трудовую миграцию, входят в группу высокого риска заражения ВИЧ. Это объясняется высокой вероятностью практики беспорядочных половых связей, часто за денежное вознаграждение, а также наличием других факторов риска. К группе часто переселяющихся лиц в Таджикистане можно отнести челночников, секс работников, сезонных трудовых мигрантов (строительных рабочих). Мигрирует, в основном, мужское население. Переселение и миграция усугубляют уязвимое положение не только данной группы, но и сообществ, куда и откуда они перемещаются.

6) Оппортунистические инфекции. Наиболее тяжелое заболевание, протекающее в сочетании с ВИЧ является туберкулез. Он является основной причиной смертности среди ВИЧ-инфицированных. Детальное рассмотрение данной проблемы приводится в следующем разделе. Однако, это не единственная коинфекция, которой страдают люди, живущие с ВИЧ.

Сочетание с ИППП и гепатитом С также представляет собой серьезную проблему. Заражение ИППП зачастую связано с

рискованным поведением и большей физиологической вероятностью инфицирования ВИЧ.

На сегодняшний день, по данным эпидемиологического обследования 0,8% зарегистрированных случаев ВИЧ в Таджикистане произошли в результате переливания зараженной крови. Кроме того, данные по ведению больных после трансфузии являются неполными. Данная Программа имеет целью способствовать улучшению системы обеспечения безопасности крови с тем чтобы предотвратить нозокомиальную передачу ВИЧ, вируса гепатита С и других гематоконтактных патогенов.

7) Гендер и ВИЧ. Несмотря на преобладание ПИН в динамике развития эпидемии ВИЧ в Таджикистане, женское население остается особенно уязвимым. Большинство СР представлено женщинами, среди ПИН они составляют примерно 11%. Помимо этого, большая часть МСМ состоят в браке с женщинами, с которыми имеют незащищенные сексуальные отношения. В результате, женщины в Таджикистане могут заразиться ВИЧ несколькими путями. Большинство ВИЧ-позитивных беременных женщин являлись сексуальными партнерами или женами трудовых мигрантов, меньшую часть - партнеры ПИН.

Гендерная динамика распространения ВИЧ в Таджикистане сложна и неоднозначна. Риск инфицирования подвергаются не только женщины. Почти половина мужского населения страны уезжает на заработки в Россию или Казахстан, покидая надолго семью и близких. Находясь вдали от дома, многие из них практикуют рискованное поведение, такое как потребление инъекционных наркотиков и незащищенные половые отношения с СР.

Возвращаясь, домой ВИЧ-инфицированные мигранты могут заразить своих жен. В таджикских семьях, роль мужчин-мигрантов как основных кормильцев, в сочетании с высокими культурными ценностями, направленными на сохранение семьи, не дают возможности женщинам обсуждать вопросы безопасных сексуальных отношений со своим мужем, в частности использование презерватива.

8) Подростки и молодежь (15-24 лет). Специальная Сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИД (UNGASS) назвала молодых людей в возрасте 15-24 лет приоритетной группой для реализации мероприятий по предотвращению новых случаев ВИЧ-инфекции и определила глобальную цель по снижению частоты возникновения ВИЧ-инфекции в данной группе на 20% к 2015 г. Это перекликается с общей целью данной Программы, предполагающей

поддержку центров, доброжелательных к молодежи, для улучшения доступа молодых людей к услугам по профилактике и лечению ВИЧ.

9) Люди с ограниченными возможностями. На сегодня не разработан ряд национальных ответных мер, направленных на удовлетворение специальных нужд различных категорий людей с ограниченными возможностями. Это касается программ по профилактике, лечению, уходу и поддержке. Данная группа лиц подвержена удвоенной стигматизации и дискриминации за счет инвалидности и статуса ВИЧ-инфицированного. СПИД традиционно ведет к инвалидизации, и ввиду увеличения продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных, данный вопрос приобретает особую значимость. ВИЧ-инфицированные с ограниченными возможностями нуждаются в улучшенном доступе к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке с тем чтобы эффективно справляться с трудностями и последствиями, связанными с данной инфекцией. Особые потребности людей с ограниченными возможностями диктуют принятие осознанных мер по обеспечению равного доступа к информации и услугам.

10) Основные причины и факторы, определяющие эпидемию в Таджикистане. Среди многочисленных факторов, влияющих на распространенность ВИЧ в Таджикистане, следует отметить биологические, индивидуальные и социально-контекстуальные. В то время как, основным путем распространения ВИЧ инфекции в стране остается использования общих шприцев и других инструментов для выполнения инъекций среди ПИН, существуют и приобретают особую важность иные способы инфицирования, представленные ниже.

- незащищенный половой контакт: в мире 90% ЛЖВ, были инфицированы в результате гетеросексуального полового контакта. Несмотря на то, что эпидемия ВИЧ в Таджикистане сконцентрирована среди ПИН, начиная с 2005 г. гетеросексуальный путь передачи имеет стойкую тенденцию к увеличению.

- передача ВИЧ от матери к ребенку: примерно 1/3 младенцев, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, заражаются ВИЧ в отсутствие других медицинских вмешательств. Применение антиретровирусных препаратов, акушерская практика, включая кесарево сечение, а также безопасное кормление могут снизить риск передачи до минимума.

- переливание крови: риск передачи ВИЧ через донорскую кровь достаточно высок. Однако, процедуры донорского и биологического

скрининга позволяют сдерживать риск инфицирования. Данные процедуры в Таджикистане проводятся с особой тщательностью, и риск передачи оценен как очень низкий.

- контакт с кровью: в медицинских учреждениях ВИЧ может передаваться от пациента к пациенту, а также среди медицинского персонала в обоих направлениях через кровь, остающуюся на острых инструментах, и через повторное применение загрязненного инструментария. Ряд исследований указали на важность соблюдения режима инфекционного контроля в таких учреждениях, а также постконтактной профилактики в случае травмирования острыми инструментами. Контакт с кровью возможен в различных ситуациях, особенно чрезвычайных, когда опасность получения травм достаточно высока. Рекомендуется применение универсальных мер предосторожности, включая использование перчаток и других средств защиты.

11) Контекстуальные факторы

(а) Бедность. Бедность сама по себе не является фактором риска передачи ВИЧ. Ее эффект необходимо рассматривать в социально-эпидемиологическом контексте. Бедность распространяет свое влияние через сотни взаимосвязей, включая неравномерное распределение дохода, экономическое неравенство между мужчинами и женщинами, способствующее развитию коммерческого секса, относительно слабая информированность населения в вопросах укрепления здоровья, а также неадекватная система общественного здравоохранения.

Таким образом, данная Программа на период с 2011-2015 гг. базируется на Стратегии снижения уровня бедности в Республике Таджикистан на период 2010-2012 гг., где предотвращение эпидемии ВИЧ является одной из приоритетных целей. Стратегия предусматривает ряд мер по усилению системы государственного управления, развитию человеческого потенциала, продвижению гендерного равенства, и поддержке реформ в секторе здравоохранения. В частности, данная программа соотносит свои цели, задачи и деятельность со ССБ, а именно:

- удерживать количество ВИЧ-инфицированных на отметке 3500;
- повысить уровень осведомленности в вопросах ВИЧ среди молодежи и в группах высокого риска;
- обеспечить соблюдение прав людей, живущих с ВИЧ;
- обучить медицинский персонал вопросам профилактики ВИЧ-инфекции;

- расширить доступ к получению АРВ терапии;
- улучшить обеспечение безопасности донорской крови;
- расширить реализацию мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

(б) Культурные отношения и практика. Взаимосвязь между культурными особенностями и распространением ВИЧ-инфекции малоизученна. По некоторым данным, культурные отношения и практики могут способствовать распространению инфекции в Таджикистане. Гендерное неравенство лежит в основе большинства патриархальных культур, где статус женщины, на ступень ниже мужского, определяет выбор, который она делает в жизни, в том числе и в сексуальных отношениях. Такое принятие решений обычно сопряжено с принуждением и насилием, присутствующими во взаимоотношениях мужчины и женщины. В частности, мужчины-партнеры вступают в половую связь с СР, либо имеют несколько связей одновременно, в то время как их постоянные партнеры - женщины или жены не могут настоять на использовании презерватива во время полового контакта из страха потерять основной источник поддержания жизни.

(в) Стигма и дискриминация. ВИЧ/СПИД – одно из наиболее стигматизированных медицинских состояний в мире. Стигма препятствует реализации мер по эффективной профилактике, диагностике и лечению ВИЧ и может субъективизироваться людьми, живущими с ВИЧ. Согласно Декларации Специальной Сессии, правительства обязуются, помимо прочих мер, оказывать противодействие стигматизации, а также искоренить дискриминацию.

Данная ситуация объясняется тем, что ВИЧ-инфекция, равно как и другие ИППП, воспринимается в обществе как результат сексуальной неумеренности, злоупотребления наркотиками и низкой моральной устойчивости. Все это подкрепляется упорным молчанием со стороны ЛЖВ, опасаящихся отвержения и изоляции со стороны близких и сообщества в целом. Стигматизация достаточно сильно выражена в отношении женщин, нежели мужчин. Как следствие проблемы стигматизации, и дискриминации, ЛЖВ, вынуждены скрывать свое состояние и продолжать практиковать рискованное поведение. Другим последствием является отвержение. Молчание и отвержение ВИЧ/СПИДа несут смертельную опасность, так как мешают людям правильно оценить степень индивидуального риска заражения.

В 2007 году Центром стратегических исследований при Президенте Республики Таджикистан было проведено исследование уровня стигматизации в отношении ВИЧ-инфицированных в различных группах населения. Результаты показали высокий уровень стигматизации среди профессионалов, работающих в различных областях, и в обществе в целом. Только 66,4% респондентов ответили, что ЛЖВ имеют право работать. Более 1/3 респондентов выразили мнение о том, что человек может быть уволен по причине своего ВИЧ-позитивного статуса.

Более 55% участников опроса, из которых 45,7% были преподавателями, негативно отреагировали на идею обучения ВИЧ-инфицированных детей вместе со здоровыми. Только 62,5% медицинских работников ответили, что готовы оказать медицинскую помощь ВИЧ-позитивным лицам наравне с другими пациентами. Свыше 46% сотрудников правоохранительных органов, судей и юристов высказались за изоляцию ВИЧ-позитивных заключенных во избежание распространения инфекции в тюрьмах. Только 59,4% религиозных лидеров выразили мнение о том, что они позволили бы ВИЧ-позитивным молиться в мечетях и церквях.

Женщины и дети наиболее уязвимы к стигматизации в отношении ВИЧ. 70% респондентов ответили, что не разрешили бы своим детям общаться с ВИЧ-инфицированными детьми, и 45% интервьюированных ответили что поступят так же и в отношении детей ВИЧ-инфицированных родителей.

Более 1/3 участников опроса, представителей общин, призвали к изоляции ВИЧ-инфицированных от других членов общества. Конечно, такой высокий уровень стигматизации ведет к выраженной дискриминации в отношении ЛЖВ. Свыше 47% респондентов сказали, что на сегодня в Таджикистане дискриминация выражается в различных формах. Более 50% людей, живущих с ВИЧ и участвовавших в исследовании, описали случаи дискриминации в отношении них при получении медицинской помощи и других услуг, со стороны правоохранительных органов, образовательных учреждений, агентств по найму на работу.

3. Усилия, направление на борьбу с ВИЧ

Подробное описание противодействия страны на эпидемию ВИЧ/СПИД выходит за рамки этой Программы. Тем не менее, в этом разделе предлагается краткий обзор развития, достигнутого

различными учреждениями в осуществлении программы на период 2007-2010 годов. Программа 2007-2010 сформулировала 9 приоритетных областей - предупреждение; лечение, уход и поддержка; законность и права человека; научные исследования, мониторинг и наблюдение. В окончательном докладе ССГА ООН от 2009 года подведён итог: "Расширение национальных мер по противодействию требует мобилизацию ресурсов и усиление технической поддержки в целях укрепления потенциала человеческих ресурсов, осуществления неотложных мер по улучшению обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке и улучшению качества предоставляемых услуг".

1) Мероприятия по снижению вреда. Географическое расположение Таджикистана – более 1300 км общей границы с Афганистаном - делает героин легко и дешево доступным на улицах больших и малых городов страны. Хотя число потребителей инъекционных наркотиков в стране увеличилось, профилактическая услуга желает быть лучше. В настоящее время программы по борьбе с ВИЧ/СПИД охватывают около 1/3 предполагаемых потребителей инъекционных наркотиков, но они не охватывают в полной мере пользователей с высоким риском (например, молодежь и женщин). Исследования показали значение безопасного секса и потребление инъекционных наркотиков среди людей с более глубоким пониманием этого вируса, а также среди тех, кто прошел ДКТ. Это свидетельствует о том, что программы работают, но их необходимо значительно расширить. Необходимо прилагать усилия для обеспечения и охвата всеобъемлющих услуг по профилактике ВИЧ в некоторых сельских местностях страны.

Исследования, проведенные Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом и Программой развития Организации Объединенных Наций в Таджикистане показывают, что в стране оценочное число ПИН составляет 25000, а распространенность ВИЧ в этой группе достигает 17%.

Медицинское лечение наркомании осуществляется Республиканским наркологическим центром и 4 региональными центрами. Заместительная терапия доступна только в трёх пилотных местах, и можно получить очень мало эффективных вариантов лечения от наркозависимости.

Данная программа будет способствовать дальнейшему расширению профилактических мер путем разработки стандартных оперативных процедур, укрепление потенциала поставщиков услуг и

разработка комплексного пакета услуг по снижению вреда, включая заместительную терапию опиатами, ДКТ, АРВ-терапия, ТБ/ВИЧ-инфекции, а также лечение вирусных гепатитов среди ПИН.

2) Услуги относительно СПИДа и АРВ-терапия. АРВ-терапия была внедрена в Таджикистане в 2006 году. В 2010 году оценочное число ВИЧ-инфицированных составляло 9992. По крайней мере, 1575 из этих людей нуждаются в лечении. По состоянию на конец июня 2010 года, охват АРТ среди ЛЖВ достигло лишь 551 (35%) человек, нуждающихся в лечении (тех, чьи клетки CD4 упали ниже 200 клеток/мм³). В настоящее время в Республике Таджикистан в соответствии с рекомендациями ВОЗ АРВ-терапия назначается при уровне CD4 клеток ниже 350 клеток/мм³.

В список тех пациентов, которые не получают лечения включены те, кто не обнаружил еще болезнь, кто отказывается от лечения, и те, кто покинул страну. Считается, что многие люди не соблюдают лечение и делают это из-за наркомании.

С момента начала терапии были созданы условия для обеспечения АРВ - препаратами, диагностическими средствами, для определения уровня CD4 клеток и вируса в крови. По состоянию на 2009 год, 70 медицинских работников были обучены, вопросам проведения АРТ. В 2009 году 84 ВИЧ-инфицированных стали получать лечение от оппортунистических инфекций.

По данным ДЭН за 2008 год, распространенность гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков составила 33%.

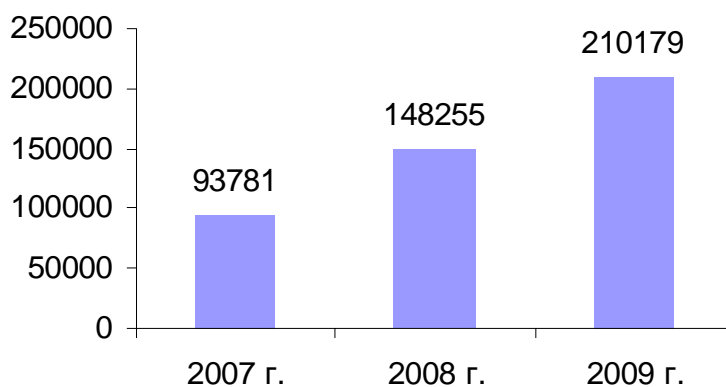
Заболеваемость туберкулезом является самой распространенной из оппортунистических заболеваний по значимости, являющийся причиной 47% смертей от СПИДа среди ВИЧ-инфицированных. В предыдущей Программе лечение гепатита С не было предусмотрено для ЛЖВ. В рамках данной Программы, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан совместно с международными партнерами намерено улучшить состояние здоровья ВИЧ-инфицированных путем разработки и реализации пакета мер по уходу и лечению оппортунистических заболеваний.

В целях расширения доступа к АРТ, уходу, лечению и поддержке, Правительство Республики Таджикистан планирует интегрировать вопросы АРВ-терапии с другими медицинскими услугами. Особенно важно интегрировать вопросы ВИЧ с туберкулезом, так как туберкулез является основной причиной смертности среди ЛЖВ. 15,4% всех случаев смерти от ВИЧ-инфекции произошли в 4 стадии, а выживаемость после 1 года людей,

получающих АРТ составляет 58,3%. Это может быть связано с тем, что лечение ВИЧ-инфекции начато сравнительно недавно, не в достаточной степени учтены первичная медико-санитарная помощь, недостаточная информированность о том, что проводится лечение ВИЧ, и стигматизации ВИЧ-инфекции, что является очень важно для Таджикистана. Кроме того, люди, живущие с ВИЧ свидетельствуют о низкой приверженности к лечению, в основном потому, что многие сталкиваются с наркоманией.

Добровольное консультирование и тестирование предоставляется бесплатно в центрах по профилактике и борьбе со СПИД. В настоящее время ДКТ также доступно в других медицинских учреждениях (центры репродуктивного здоровья и центры по борьбе с туберкулезом) Однако ДКТ проводится не во всех учреждениях ПМСП и в родильных домах. Несмотря на эти ограничения, охват ДКТ ежегодно растет, Так в 2007 году 93781 людей были охвачены ДКТ. В 2008 году это число возросло до 148255. В 2009 году 210179 людей прошли консультирование и тестирование на ВИЧ (Рисунок 8).

Рисунок 8. Охват ДКТ среди населения Республики Таджикистан 2007-2009 гг.



3) Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. По состоянию на июль 2010 в центрах репродуктивного здоровья и родильных домах 18 пилотных городов и районов проводилось консультирование и тестирование всех беременных женщин на ВИЧ. В рамках данной Программы планируется внедрить консультирование и тестирование беременных по всей стране. Клинические протоколы для тестирования и химиопрофилактики были разработаны на основе рекомендаций ВОЗ. Национальная политика Таджикистана требует, чтобы все беременные женщины прошли обследование на ВИЧ. В 2009 году 76297 беременных женщин прошли тестирование на ВИЧ, что

почти в два раза больше чем в 2008 году. Однако, несмотря на большое число беременных женщин в стране, лишь 41% прошли тестирование. Существуют значительные пробелы по предоставлению ДКТ беременным женщинам, и в последующих мерах по ППМР.

Одним из основных факторов низкого охвата ДКТ среди беременных женщин является доступ к медицинской помощи. Не все беременные женщины получают дородовой уход, или посещают медицинские учреждения для родов. В результате, они пропускают медицинские услуги в целом и, в частности, не имеют доступа к услугам по ДКТ. Еще одним фактором является административный потенциал среди работников здравоохранения. Женщины, которые меняют учреждения здравоохранения во время беременности, могут просто быть не охваченными ДКТ.

В родильных домах и родильных отделениях в больницах необходимо иметь склады со своими поставками АРВ-препаратов. Если они не имеют такого фонда, они могут быть не в состоянии обеспечить профилактическое лечение матерям с диагнозом ВИЧ.

Кроме того, в родильных домах отсутствуют поставки детского питания, для того чтобы обеспечить детей рожденных от ВИЧ-положительных матерей. В результате, у женщин с ВИЧ не остается выбора самостоятельно приобрести питания ребенку или выбрать грудное вскармливание. Многие женщины выбирают комбинированное питание - покупка, когда они могут себе это позволить и грудное вскармливание в другое время. Этот метод кормления младенцев, скорее всего, приведет к передаче ВИЧ. В 2009 г. питание для детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей было предоставлено не для всех нуждающихся, но вопрос бесперебойного обеспечения питанием до сих пор не решен.

Около 35% акушеров-гинекологов в пилотных районах прошли обучение по интеграции ППМР в службу перинатальной помощи. Кроме того, отдельные руководители родовспомогательных учреждений прошли обучение, по вопросам ВИЧ/СПИД, стигмы и дискриминации. Для обеспечения безопасности врачей, в этих пилотных районах были приобретены средства индивидуальной защиты для родильных домов.

В 2008 и 2009 годах, 367532 женщин были зарегистрированы в центрах по охране репродуктивного здоровья, 116297 (32%) женщин были протестированы на ВИЧ и у 57 (распространенность 0,02%) женщин подтвердился положительный результат теста, который

показывает распространенность сопоставимыми с оценками по ВИЧ преобладающих женщин в возрасте старше 25 лет.

В рамках данной Программы планируется расширение доступа ППМР. Расширение будет включать в себя дополнительное обучение поставщиков услуг и разработка дополнительных мер по обеспечению доступа беременных женщин к ДКТ.

4) Педиатрическая помощь при ВИЧ. Приблизительно 2% людей, живущих с ВИЧ в Таджикистане находятся в возрасте до 14 лет. Они были инфицированы в основном от матери к ребенку. Дети представляют собой особую проблему по уходу за ВИЧ-инфекцией. Соблюдение ими АРВ-терапии полностью зависит от уровня знаний их родителей.

Для решения данной проблемы в Республике Таджикистан создан ряд механизмов для оказания поддержки семьям по уходу за детьми с ВИЧ. Это включает в себе обязательство ежемесячной социальной пособия для поддержки семей, в которых имеются дети с ВИЧ, обучение родителей вопросам АРВ-терапии.

В 2009 году 10 детей в возрасте до 15 лет получили АРВ-терапию. Оказание помощи детям с ВИЧ находится на очень низком уровне, только 3 педиатра в стране проходят подготовку по уходу и лечению. Только один квалифицированный педиатр активен в области педиатрической помощи ВИЧ и работает в Республиканском центре по профилактике и борьбе со СПИД. АРТ назначают в г. Душанбе, так как специалисты на местах не прошли обучение по педиатрической помощи ВИЧ-инфекции.

5) Услуги связанные с туберкулезом. Показатель заболеваемости туберкулезом в Таджикистане очень высок; В 2008 году, по оценкам ВОЗ эпидемиологическое бремя туберкулеза в Таджикистане было следующим: 200 новых случаев в год на 100000 населения, 4% случаев заболевания ТБ у людей, живущих с ВИЧ. Смертность составляла 46/100000, 16% всех новых случаев МЛУ ТБ и 41% случаев от всех ранее лечившихся. Это очень высокие показатели по ТБ с лекарственной устойчивостью, В настоящее время в Таджикистане начато лечение МЛУ ТБ и ШЛУ. В 2009 году 3944 пациентов у которых подтвержден ТБ прошли тестирование на ВИЧ.

В 2008 году в стране зарегистрировано 7961 туберкулеза, 6080 из них были новыми случаями заболевания. Положение в тюрьмах носит особенно острый характер.

На национальном уровне, противодействие с ВИЧ/ТБ инфекциями рассматривается Республиканским центром по борьбе с

туберкулезом, РЦ СПИД, областными туберкулезными центрами и региональными центрами СПИД. На районном уровне, помощь оказывается фтизиатрами и специалистами по ВИЧ-инфекции.

Все люди, живущие с ВИЧ, получающих АРВ-терапию, ежегодно проходят обследование на туберкулез. Из 1853 официально зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ, 1056 пациентов находятся под постоянным диспансерным наблюдением. В результате этого скрининга, на сегодняшний день было выявлено 209 случаев туберкулеза. В 2009 году 52 людей, живущих с ВИЧ получили доступ к лечению туберкулеза.

В 2009 году были разработаны и утверждены План действий по интеграции служб ТБ/ВИЧ и Национальная стратегия в области управления борьбы с ВИЧ/ТБ-инфекцией. Они включали национальный протокол по управлению ТБ/ВИЧ-инфекции и ВИЧ ДКТ, которые сейчас доступны в учреждениях ТБ. Как упоминалось ранее, туберкулез является основной причиной смертности среди ВИЧ-инфицированных, так как выявление инфекции и правильное лечение является чрезвычайно важным.

б) Инфекции, передаваемые половым путём. Лечение ИППП в Таджикистане было децентрализована в структуры первичной медико-санитарной помощи. По всей стране существует 56 кожно-венерологических учреждений: 1 Республиканский центр, 1 городской, 3 областных, 14 районных и 13 отделений при центральных районных больницах. В Таджикистане работают 211 врачей, кожно-венерологических специалистов. Подавляющее большинство специалистов ИППП в стране сосредоточены в столице и в крупных региональных центрах. Однако, большое число сельского населения Таджикистана, которые нуждаются в услугах профилактики и лечения ИППП не имеют доступа. Кроме того, большинство специалистов по венерологии большое внимание уделяют дерматологии, а не ИППП, поэтому доступ более ограничен, чем кажется по количеству объектов и специалистов.

Коинфекция ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путём остается проблемой в Таджикистане и ИППП диагноз по-прежнему является маркером риска ВИЧ-инфекции. Ранняя диагностика ИППП и своевременное лечение этой болезни является приоритетной задачей. В рамках реформы сектора здравоохранения, прилагаются усилия для улучшения доступа к диагностике и лечению ИППП. В ходе реализации предыдущей программы, принципы управления ИППП были разработаны и внедрены в большинстве

сельских медицинских учреждениях, которые предоставляют услуги группе риска.

Программа будет способствовать внедрению вопросов ИППП в систему первичной медико-санитарной помощи и в частном секторе. В ближайшие пять лет, расширение услуг по оказанию всестороннего и качественного лечения ИППП для молодежи будет одной из приоритетных задач здравоохранения. Социальный маркетинг и пропаганда использования презервативов будут введены во всех медицинских учреждениях, уделяя особое внимание молодежи, женщинам и девочкам в отношении ВИЧ и ИППП, а также предотвращение нежелательной беременности. В рамках стратегии сектора здравоохранения на период 2011-2020 годов, семейные врачи будут отвечать за предоставление ИППП услуг для сельских жителей. Такой подход позволит внедрить вопросы диагностики и лечения ИППП в ПМСП, тем самым сделать венерологический сервис ближе к обществу.

7) Безопасность донорской крови. Безопасность донорской крови находится под контролем Республиканского научного центра крови, который возглавляет широкую сеть центров и лабораторий для отбора проб крови и переливания крови. Сообщается, что с 2008 года 100% донорской крови было протестировано на ВИЧ. Это тестирование регулируется Законом о донорстве крови и ее компонентами, который в 2009 году был разработан и утвержден. Другие нормативные принципы включают Национальную программу по безопасности крови и отраслевых программ по клиническому ведению крови. Специалисты и врачи службы крови проходят подготовку по вопросам безопасности крови, качества крови; продвижение добровольных пожертвований и клиническое ведение крови.

Несмотря на успехи в области безопасности донорской крови, продолжается оплата донорской крови. Лица, скорее всего, сдают кровь за деньги и с высокой степенью риска в отношении ВИЧ, особенно ПИИ. Страна нуждается в том, чтобы полностью перейти к безвозмездному донорству и адекватному финансированию национальной системы безопасности донорской крови. Программой будет предусмотрено поощрение и поддержка создания национального реестра добровольных доноров крови. В 2011 году будет проводиться специальное исследование о стоимости анализа и финансирование национальной системы безопасности донорской

крови. Это исследование обеспечит основу для принятия решений в систему безопасности донорской крови.

8) Обеспечение универсальных мер профилактики и постконтактная профилактика в медицинских учреждениях. Универсальные меры профилактики против болезней, передающихся через кровь, в том числе ВИЧ-инфекции, являются важным элементом снижения стигмы в отношении людей, живущих с ВИЧ и интеграции лечения ВИЧ в структуры первичной медико-санитарной помощи. Если поставщики медицинских услуг не могут оказать безопасную медицинскую помощь людям, живущим с ВИЧ, они должны принимать надлежащие меры безопасности.

Однако, в настоящее время в стране существует очень низкий уровень осведомленности универсальных мер профилактики в секторе здравоохранения. Не существует учебной программы для провайдеров на эту тему, а сами поставщики не знают об универсальных мерах профилактики. Осведомленность поставщиков о мерах профилактики, является важным элементом снижения стигмы ВИЧ среди работников здравоохранения, за счет уменьшения страха.

9) Информированность населения о ВИЧ/СПИД. Одним из ключевых компонентов противодействия эпидемии СПИДа в Таджикистане является просвещение общественности по вопросам ВИЧ-инфекции. Сейчас, понимание проблемы ВИЧ со стороны населения находится на низком уровне. Хотя информированность о болезни довольно высока (90% в городской местности и 78% в сельской местности), существует очень мало понимания того, как ВИЧ передается или как его можно предотвратить.

В настоящее время не в полной мере осуществляется государственные просветительские кампании среди населения по вопросам ВИЧ и его профилактики. До сих пор усилия были направлены на конкретные группы риска и на учащихся средних школ, а не на широкую общественность. Международные доноры, а также некоторые местные ОО приступили к локализованным общественным кампаниям по профилактике ВИЧ. Тем не менее, не наблюдалось никаких национальных общественных усилий.

В рамках данной Программы планируется предоставление информации о ВИЧ на национальном уровне. Данная информация будет включена во все ИОК материалы о ВИЧ/СПИДе, которые будут разработаны Министерством здравоохранения и центрами формирования здорового образа жизни, а также ОО,

международными донорами и организациями гражданского общества.

10) Пенитенциарная система. В Таджикистане, заключенные занимают второе место по распространенности ВИЧ после ПИН, в основном из-за высокой связи между этими двумя группами. Заключенные составляют 8,2% от общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Таджикистане. Показатель распространенности ВИЧ в 2009 году по данным ДЭН в этой группе колеблется на уровне 8,6%.

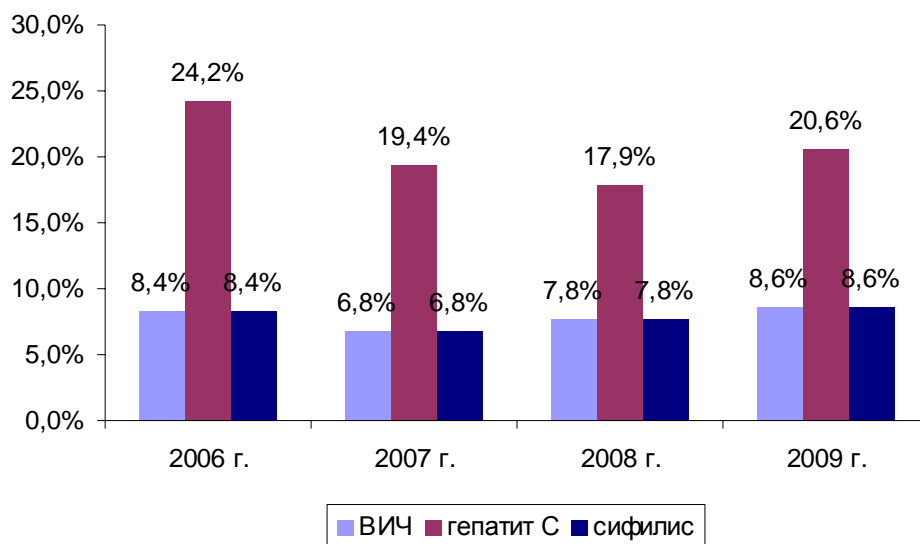
В пенитенциарной системе существует риск небезопасного секса и потребления инъекционных наркотиков. Заключенные также служат в качестве промежуточного населения. Когда они возвращаются в общество, они возвращаются в семьи, с любыми инфекциями, которые они приобрели во время тюремного заключения. Поэтому очень важно противодействовать распространению ВИЧ-инфекции среди заключенных в целях предотвращения эпидемии. В 2010 году впервые в пенитенциарной системе пилотно внедрена программа обмена шприцев.

Поскольку заключенные находятся в заключение и следовательно, являются организованной группой они могут быть обучены мерам профилактики и лечению согласно принципам соблюдению прав человека.

Добровольное тестирование было введено в пенитенциарной системе с 1 апреля 2008 года постановлением Правительства №171. С 2005 по 2009 годы, 5271 заключенных были протестированы на ВИЧ, среди которых было выявлено 152 ВИЧ-положительных случаев.

Данные дозорного эпиднадзора среди заключенных показывает некоторые обнадеживающие тенденции. За период 2006-2008 годов, показатель распространенности ВИЧ среди заключенных остается примерно тот же: 8,4% (2006), 6,8% (2007), 7,8% (2008), и 8,6% (2009). Показатель распространенности гепатита С среди заключенных довольно высокий: 24,2% (2006), 19,4% (2007), 17,9% (2008) и 20,6% (2009). Показатель распространенности сифилиса среди заключенных высок, но снижается: 13,7% (2006), 9,4% (2007), 11,4% (2008) и 10,1% (2009) (Рисунок 9.).

Рисунок 9. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди заключенных РТ (ДЭН, 2006-2009 гг.)



11) Военнослужащие. Во всем мире военнослужащие являются группой риска в отношении ВИЧ, главным образом по причине нахождения вдали от семьи и общества. Тем не менее, они также являются целевой группой, к которой имеется открытый доступ в плане проведения профилактических мероприятий.

Распространенность ВИЧ инфекции среди военнослужащих не высокая, но исследования показывают, что небезопасный секс и потребление инъекционных наркотиков показывают, что более 60% их клиентов были одеты в военную форму. В сочетании с низким уровнем использования презервативов среди СР, эти контакты создают высокий потенциальный риск для данной группы.

У военнослужащих Таджикистана были обнаружены очень низкий уровень знаний о ВИЧ, путей передачи и мерах профилактики.

В Таджикистане военнослужащие активно охвачены мероприятиями по профилактике ВИЧ/СПИДа. Эти мероприятия включают в себя информационно-просветительские компании, обучение, консультирование, раздача презервативов и лечение ИППП.

12) Усилия по противодействию эпидемии ВИЧ вне сектора здравоохранения. Есть несколько активных партнеров из других секторов. В частности, Министерство юстиции принимает активное участие поддержки профилактики ВИЧ-инфекции и ДКТ в местах лишения свободы, а также в создании соответствующей нормативно-правовой базы. Министерство образования поддерживает внедрение стратегии здорового образа жизни в школах, и готово поддержать усилия по профилактике ВИЧ в сфере высшего образования. Однако, не все партнеры принимают активное участие в проведении

мероприятий по профилактике ВИЧ. Например, не была реализована программа по профилактике ВИЧ на рабочих местах.

13) **Общественные организации.** Общественные организации являются ключевыми партнерами в оказании социальной поддержки людям, живущим с ВИЧ. Это включает в себя предоставление паллиативной помощи, адвокация прав людей, живущих с ВИЧ, усилия по снижению стигмы, связанных с ВИЧ-инфекцией.

Несмотря на эту важную роль, они все еще находятся в ранней стадии развития и им не хватает управленческих и профессиональных навыков и знаний, включая стратегическое планирование, мониторинг, оценка эффективности и внутреннего обмена знаниями, которые должны адекватно удовлетворить требования этих групп населения.

Организации, которые функционируют, в основном сосредоточены в крупных населенных пунктах, когда как 75% населения Таджикистана проживают в сельских районах. ОО нуждаются в поддержке в наращивании их потенциала в целях удовлетворения потребностей представителей уязвимых групп и людей, живущих с ВИЧ.

14) **Эффективность профилактических мероприятий.** Усилия по профилактике населения с наиболее высоким риском начали давать результаты. Расширение этого успеха имеет жизненно важное значение для данной Программы. С целью усиления профилактики на сегодняшний день включены пункты доверия для ПИН, информация, образование и коммуникация для молодых людей, и образовательные мероприятия среди СР.

В настоящее время в учреждениях системы здравоохранения существуют 21 пунктов доверия для ПИН. Существуют дополнительные 26 пунктов доверия, базирующихся за пределами медицинских учреждений, которые функционируют при общественных организациях. Эти целевые пункты предотвращают распространение ВИЧ, путем обмена шприцев для снижения распространения ВИЧ через зараженные иглы. ОО также оказывают социальную помощь потребителям инъекционных наркотиков, в том числе образованием.

В усилии по профилактике среди подростков упор делается на образование о здоровом образе жизни. В средних школах для 7-9 классов в настоящее время внедряется учебная программа здорового образа жизни. Занятия включают в себя информацию о жизненных навыках, наркомании, инфекции, передаваемые половым путём и об

ВИЧ/СПИД. Она поддерживается учебником разработанным Министерством образования о здоровом образе жизни. До сих пор только в 200 пилотных школ (из 2963 средних школ страны) внедрена программа здорового образа жизни, 1936 преподавателей уже прошли подготовку, чтобы преподавать эту дисциплину.

Подростки постарше, также подвержены риску заражения ВИЧ и они могут получить услуги в клиниках доброжелательным к молодежи. В настоящее время в стране существует 13 клиник для молодежи. Девять клиник, расположены в г.Душанбе, а также четыре дополнительных клиник в городах Вахдат, Турсунзаде, Исфара и в Яванском районе. Клиники базируются в учреждениях здравоохранения, и осуществляют свою деятельность при поддержке местных ОО.

Молодежные клиники предлагают пакет услуг, предназначенных для удовлетворения потребностей молодых людей. Доступное медицинское обслуживание, включает в себя распространение презервативов, добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путём, а также другие медицинские услуги по мере необходимости. Молодежные клиники также обучают клиентов о здоровом образе жизни и темам по профилактике ВИЧ. Информационные материалы доступны и предоставляют информацию о ВИЧ/СПИД, венерических заболеваниях, предупреждению нежелательной беременности, наркомании, а также риску опасного поведения.

Республика Таджикистан осуществляет информационно-образовательную деятельность с уличными детьми, по профилактике ВИЧ/СПИД. Эти усилия осуществлялись в основном общественными организациями и Комитетом по делам молодежи, спорту и туризму. Аутрич-работники, посещали места, где уличных дети, как правило, собираются, и они обеспечивали их информационно-образовательными материалами и консультациями по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД. В 2009 году около 899 уличных детей были охвачены программами профилактики ВИЧ.

15) Трудовые мигранты. Трудовые мигранты больше всех уязвимы к ВИЧ. Они чаще пользуются услугами СР, а также склонны к использованию инъекционных наркотиков. Таким образом, профилактика и лечение ИППП среди трудовых мигрантов является важной составной частью усилий борьбы с ВИЧ в Таджикистане.

Государство приложила значительные усилия для охвата трудовых мигрантов просвещению по вопросам профилактики ВИЧ и

лечению инфекций, передаваемых половым путём и ВИЧ. В 2009 году 4478 трудовых мигрантов получили лечение от инфекций, передаваемых половым путём.

Государственные учреждения Таджикистана, общественные и международные организации работают по налаживанию связей с соответствующими структурами в странах пребывания таджикских трудовых мигрантов, в частности, в России. Правительство Республики Таджикистана наладила связи с соответствующими структурами миграционных служб, российских агентств по здравоохранению и защите прав потребителей и НПО, работающих с мигрантами в 35 регионах России.

Эти усилия включают проведение конференций, совещаний и круглых столов с целью выявления и удовлетворения потребностей трудовых мигрантов, в том числе в медико-санитарных услугах. Они направлены на всестороннее решение здоровья мигрантов и обеспечение информации относительно профилактики ВИЧ для мигрантов. Это сотрудничество имеет важное значение, поскольку оно позволяет получить доступ трудовых мигрантов к медицинским услугам после пресечения государственной границы. В будущем эти отношения могут также быть использованы для обеспечения добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ или даже на антиретровирусной терапии для трудовых мигрантов и членов их семей.

4. Перекрестные вопросы

Существует целый ряд перекрестных вопросов в укреплении национальных ответных мер, а также для создания соответствующих благоприятных условий. Эти вопросы включают в себя:

- снижение стигмы и дискриминации на всех уровнях, связанных с ВИЧ/СПИД. Это требует разработку национального плана действий по уменьшению стигматизации, дискриминации и пропаганде прав человека по отношению к ВИЧ-инфицированным; укрепление потенциала органов, специалистов, экспертов и ОО, предоставляющих услуги в сфере ВИЧ/СПИД;

- профилактические вмешательства должны быть направлены на гендерные аспекты ВИЧ/СПИДа. Национальные меры в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИД позволят сократить насилие по признаку пола, повышения справедливости в отношении доступа к услугам активного участия женщин в решении гендерных вопросов;

- ВИЧ/СПИД будет одним из ключевых компонентов всех стратегий, разработанных на национальном уровне, включая законодательные поправки. Он также должен быть частью секторальных программ и планов министерств;

- для улучшения положения на основе фактических данных стратегической информации, которая станет ключевым фактором в развитии мониторинга, разработки последующих усилий, мобилизации ресурсов и оценки мероприятий;

- мобилизация ресурсов, планы, финансы и персонал, должны быть развиты во всех областях. План технической помощи и международной практики в области развития будет служить в качестве компонента мобилизации ресурсов;

- развитие потенциала государственного сектора и гражданского общества должна стать неотъемлемой частью национальной программы внедрения.

- участие новых государственных, частных и партнеров из гражданского общества в национальных ответных мерах, будет играть решающую роль в обеспечении устойчивого ответа эпидемии.

- улучшение межсекторального подхода к профилактике ВИЧ/СПИД, партнерство, развитие и укрепление должны быть неотъемлемыми компонентами программы.

- создание благоприятных условий, способствующих устойчивости национальных ответных мер по совершенствованию нормативно-правовой базы с применением наилучшей имеющейся международной практики.

- значительные усилия должны быть введены в модернизацию регионального диалога, чтобы решение о консолидации вопросов ВИЧ/СПИД распространилась на региональном уровне.

5. Основные подходы для решения приоритетных направлений

Наиболее важной в целях обеспечения эффективности профилактических и лечебных программ должны быть принципы всеобщего доступа к уходу и поддержке. Поэтому необходимо ввести как минимум гарантированные стандарты по профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке. Эти стандарты также будут обновляться и пересматриваться по мере необходимости. Кроме того, цели по обеспечению всеобщего доступа должно быть пересмотрены в соответствии с реальной ситуацией, с учетом современных подходов и наилучшей практики.

В соответствии с этой Программой, профилактические мероприятия будут сосредоточены на группы высокого риска (ПИН, СР, МСМ), уязвимых групп населения со значительным риском заражения ВИЧ-инфекцией (заключенные, женщины, трудовые мигранты и члены их семей, молодежь, военнослужащие, беспризорные дети и т.д.) и других групп населения в целом. Профилактические программы для различных вышеупомянутых групп будет иметь свою собственную ориентацию, специфику и особенность.

Национальные стандарты должны включать в себя образование, информацию, коммуникацию, с интеграцией в отраслевых программах, а также развитие национальной информационной и коммуникационной стратегии. Разработка и осуществление национальной политики по профилактике ВИЧ на рабочем месте, независимо от того, в государственном или частном секторе, будет иметь значительное влияние на осуществление информационных и образовательных программ.

Интеграция информационно-образовательного компонента в первичной медико-санитарной помощи имеет особое значение. Учебно-методические материалы должны содержать информацию о путях передачи ВИЧ, стигмы и дискриминации, толерантном отношении к людям, живущим с ВИЧ, уязвимых групп населения и ВИЧ проблему в целом. Информационно-образовательные программы для большинства групп риска должны быть специально целенаправленными и содержать обоснованные рекомендации по сокращению небезопасного поведения.

Для усиления интеграции в системе здравоохранения профилактика и лечение, будут играть важную роль в улучшении обеспечения всеобщего доступа. Так будут расширены медицинские услуги, деятельность гражданского общества и активное участие частного сектора. Что касается предоставления услуг по лечению, основные стратегические направления должны включать укрепление существующей политики в отношении закупки лекарств по доступным ценам и наличие антиретровирусных препаратов, тем самым обеспечивая антиретровирусными препаратами всех нуждающихся людей, живущих с ВИЧ. Наиболее важным показателем является выживаемость людей, живущих с ВИЧ.

Уход и поддержка за людьми, живущими с ВИЧ и членов их семей, были начаты недавно. Медицинские работники, в особенности

средний медицинский персонал, гражданское общество и лидеры обществ нуждаются в обучении по данной теме.

Необходимо информировать ЛЖВ о гарантированных законом льготах, и обеспечить их доступность. Из-за уязвимости ЛЖВ должны быть постоянно включены в осуществлении национальных ответных мер. Крайне важно обеспечить людей, живущих с ВИЧ финансовой помощью: это может стать возможным в рамках проектов по трудоустройству, поиск работы, бытовое развитие и управление малым бизнесом. Особое внимание должно быть уделено ЛЖВ с инвалидностью, которые страдают как от ВИЧ-инфекции и также связаны с проблемой инвалидности.

Подробный национальный план действий по реализации программы должны быть разработаны в соответствии с каждой из задач с учетом всех ответственных лиц и сроков.

6. Мониторинг и оценка

Мониторинг и оценка являются важными инструментами содействия эффективному осуществлению Программы. Программа оценки должна всегда включать среднесрочные и окончательные оценки. В 2011-2012 гг. мониторинг и оценка будут значительно усовершенствованы и расширены в области добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ. Мониторинг будет проводиться в соответствии с обновленным национальным мониторингом и оценкой всех существующих протоколов. Набор национальных показателей должен быть пересмотрен и обновлен. Национальным координационным комитетом (НКК), осуществляющий разработку и утверждение плана национального мониторинга и оценки на период реализации программы (2011-2015 годы), показатели которого соответствуют международным стандартам и утверждены в соответствии с целью каждой программы. Это поможет избежать дублирования отчетности документов.

Оценка результатов, как на национальном, так и на региональном уровне, будут обновлены в соответствии с утвержденным графиком Национального плана мониторинга и оценки. НКК будет также рассмотреть и одобрить цели по обеспечению всеобщего доступа к 2015 году: эти цели будут осуществлять контроль за соблюдением национальных показателей.

Основным руководящим документом на национальном уровне является доклад о выполнении Декларации по борьбе с

ВИЧ/СПИДом, принятым в 2001 году на Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН 189 странами, включая Таджикистан. План мониторинга и оценки будет согласован со всеми заинтересованными сторонами и ежегодно будет пересмотрен. Результаты плана реализации будут обсуждаться всеми партнерами на национальном совещании и конференции. Все партнеры и заинтересованные стороны также должны быть вовлечены в совместные программы мониторинга и осуществление проектов.

Планируется продолжить наращивание потенциала национальных и региональных центров по профилактике и борьбе со СПИД при поддержке международных партнеров в области подготовки кадров, расширения отделов мониторинга и оценки, укрепление физической инфраструктуры, предоставление технической помощи и поддержки при использовании наилучших методов.

7. Источники финансирования Программы

- средства, ежегодно предусмотренные в государственном Бюджете;
- целевые средства международных партнеров;
- привлечение дополнительных средств;
- другие средства, которые не запрещены законодательством Республики Таджикистан.

8. Программа управления

Национальный координационный комитет по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией будет отвечать за управление Программой с Секретариатом в качестве рабочего органа. Секретариат будет заниматься координацией действий различных секторов, представленных в НКК. Кроме того, НКК будет управлять программой через свои местные организации. Осуществление предыдущей программы показала необходимость в укреплении потенциала местных отделений НКК. Каждый местный орган должен разработать план действий по реализации программы в соответствующем регионе. Технические рабочие группы (ТРГ) в рамках координационной структуры НКК будут служить НКК техническими организациями.

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД является базой для оказания организационно-методической помощи структурам по вопросам ВИЧ/СПИД, а также национальным экспертным органом.

Основываясь на этой программе, каждая заинтересованная структура государственного сектора, в том числе Министерство внутренних дел, Министерство здравоохранения, Министерство обороны, Министерство образования, Министерство культуры, Министерство труда и социальной защиты, Министерство юстиции, Государственный комитет по национальной безопасности, Комитет по делам женщин и семьи, ГБАО, областей а также органы исполнительной власти города Душанбе, города и районов страны будут разрабатывать, согласовать и одобрять программу в соответствии с утвержденной политикой их отраслевых и региональных программ по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИД. Высокий уровень каждого заинтересованного центрального органа исполнительной власти и местных органов исполнительной власти примут резолюцию определяющих подчиненных сотрудников, отвечающих за осуществление программы по вопросам реагирования на эпидемию ВИЧ.

9. Ограничения

Реагирование на эпидемию ВИЧ в Таджикистане испытывает серьезную нехватку ресурсов. Дополнительные национальные и донорские ресурсы будут необходимы для достижения целей этой Программы:

- интеграция медицинской помощи ВИЧ в ПМСП находится на начальном уровне. ПМСП нуждается в обучении по вопросам ВИЧ и ухода за больными СПИД, а также на универсальные меры предосторожности, с тем, чтобы включить в лечение ВИЧ первичную медико-санитарную помощь и устранение барьеров для доступа;

- данные мониторинга для принятия программного решения полностью не используются. Данные должны быть использованы, определять возможности для их изменения или улучшения программ, а не просто собирать и хранить.

- охват уязвимых групп профилактическими программами из-за трудностей доступа к этим группам идет медленно. Особенно МСМ трудно достичь, потому что социальная стигма, связанная с гомосексуализмом в Таджикистане находится на высоком уровне;

- несмотря на значительный прогресс в развитии заместительной терапии, до сих пор она не была расширена на национальном уровне. Это затрудняет для оказания профилактических услуг ПИН и влияет на лечение ПИН, а также в целом на охват антиретровирусной терапии среди ЛЖВ;

- существует нехватка потенциала государственных структур и сектора гражданского общества по ВИЧ/СПИДу. Необходимы компетентные медицинские работники в области ВИЧ, которые работают с людьми, живущими с ВИЧ;

- ВИЧ/СПИД по-прежнему рассматривается как проблема со здоровьем, а не межсекторальный вопрос, так как, ВИЧ воздействует не только на здоровье, но и на многие другие отрасли. Религиозные и общественные деятели, правоохранительные органы, основные отрасли промышленности, а также должностные лица должны быть вовлечены в борьбу с ВИЧ/СПИДом;

- население в целом имеет очень низкий уровень осведомленности о ВИЧ. Это включает в себя отсутствие знаний о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ/СПИД, и разрушительной стигматизации в отношении людей, живущих с ВИЧ. Этот недостаток осведомленности и стигмы распространяется даже на поставщиков медицинских услуг.

10. Цели, и задачи и мероприятия

Цель Программы: В соответствии с Целью Развития Тысячелетия №6, к 2015 году остановить распространение ВИЧ/СПИДа, путем обеспечения всеобщего доступа населения к профилактике, лечению, уходу и поддержке.

Основные стратегические направления:

1) Создание правовых условий, которые способствуют обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке.

2) Реализация программ профилактики и обеспечение доступа для всех групп населения, особенно наиболее уязвимых слоев населения к услугам по профилактике ВИЧ.

3) Обеспечение антиретровирусными препаратами, лечения оппортунистических заболеваний, таких, как туберкулез, обеспечение паллиативного лечения и уход за ВИЧ-инфицированными.

4) Интеграция ВИЧ в первичную медико-санитарную помощь в целях расширения доступа, уменьшения стигматизации и улучшения качества медицинской помощи.

5) Снижение стигмы и развитие социальной поддержки ЛЖВ.

6. Улучшение надзора, мониторинга, оценка контроля профилактических мероприятий, улучшение надзора за распространением ВИЧ.

Задача 1. Группы с высоким риском заражения ВИЧ (ПИН, СР, МСМ, заключенные) приняли безопасное поведение

Виды деятельности:

- пропагандистская деятельность и связи, основанные на характере эпидемии и группе риска в стране;

- стратегия снижения вреда путем укрепления систем сообщества;

- обучение отдельных лиц, организаций гражданского общества, участвующих в программах по снижению вреда в укреплении их потенциала для реализации и управления данными программами;

- услуги, предоставляемые наиболее уязвимым группам населения (в том числе пилотные программы по заместительной терапии, лечение гепатита С и оппортунистических инфекций, и т.д.);

- поддержка мероприятий «равный-равному» для предоставления информации по профилактике ВИЧ для групп наибольшего риска;

- изучить и пересмотреть нормативную базу применения политики и практики в целях содействия профилактике ВИЧ/СПИД;

- проведение просветительских мероприятий по уменьшению стигматизации ВИЧ, среди широкой общественности, группы риска, и поставщиков медицинских услуг;

- обеспечение государственной поддержки группам гражданского общества, занимающимся вопросами оказания услуг людям, живущим с ВИЧ и снижению стигмы;

- исследование динамики семьи ПИН для оценки степени, в которой семья (например, группы самопомощи) может улучшить профилактику и усилия по снижению вреда;

- осуществление профессиональной подготовки сотрудников ОО, неформальных лидеров, живущих с ВИЧ по правовым и политическим вопросам реагирования на эпидемию ВИЧ в Республике Таджикистан;

- развитие сети доверенных врачей, к которым могут обращаться МСМ за медицинскими услугами;

- поддержка недавно освобожденных заключенных;
- обзор нормативной базы с целью рассмотрения вопроса о введении обмена шприцев в пенитенциарной системе;
- поддержка АРВТ, предоставление ухода, поддержке и наркологических услуг в тюрьмах;
- разработка и реализация гендерных мероприятий, ориентированных на самый высокий риск;
- поддержка предоставления комплексного пакета программ снижения вреда для групп высокого риска;
- интеграция добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ в рамках системы первичной медико-санитарной помощи;
- регулярная оценка тенденций эпидемии ВИЧ, особенно среди групп высокого риска;
- расширение участия неформальных лидеров местных общин и религиозных организаций в оказании профилактических мероприятий среди наиболее уязвимых слоев населения и широкой общественности.

Индикаторы:

- 65% ПИН приняли поведения, снижающий риск передачи ВИЧ;
- по меньшей мере 60% из групп риска (ПИН, СР, МСМ) прошли ДКТ на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и знают свои результаты;
- 60% ПИН, охвачены программами по профилактике ВИЧ;
- 80% СР, приняли поведения, снижающий риск передачи ВИЧ-инфекции половым путем;
- 65% МСМ и заключенных приняли поведения, снижающий риск передачи ВИЧ-инфекции;
- по меньшей мере 80% заключенных, охвачены программами профилактики ВИЧ;
- 80% СР, охвачены программами профилактики ВИЧ;
- 30% МСМ, охвачены программами профилактики ВИЧ;
- 75% ПИН знают, где можно пройти ДКТ на ВИЧ;
- 85% работников секс-бизнеса знают, где можно пройти ДКТ на ВИЧ;
- по меньшей мере 75% представителей групп высокого риска (ПИН, СР, МСМ) правильно представляют себе способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и знают, как ВИЧ не передается.

Задача 2. Уязвимые группы, включая молодежь, беспризорные дети, военнослужащие, мигранты и женщины приняли безопасное поведение.

Виды деятельности:

- правовые и политические мероприятия по профилактике ВИЧ;
- разработка и принятие нормативных документов по внедрению вопросов профилактики ВИЧ в образовательные учреждения;
- разработка стратегии средств массовой информации по профилактике ВИЧ;
- разработка программы по ВИЧ, которые будут использоваться на рабочих местах, таких как на фабриках и заводах, рудниках и других промышленных объектах;
- реализация профилактических программ, обеспечение доступа уязвимых групп населения (молодежь, уличные дети, военнослужащие, мигранты, женщины) к профилактике передачи ВИЧ с использованием всех имеющихся сил и средств;
- ведение метода обучения по принципу «равный-равному» в общеобразовательных школах, средних профессиональных учебных заведениях, колледжах;
- разработка, утверждение и производство учебных материалов для учителей и учащихся средних школ, обучение без отрыва от студентов, учащихся средних и высших учебных заведений силовых структур по жизненным навыкам в области здравоохранения на всех уровнях образовательных структур;
- организация каскада коллективного обучения для не посещающей школы молодежи;
- проведение информационно-образовательных мероприятий по профилактике ВИЧ среди сельских подростков и молодежи;
- поддержка инициатив по созданию и развитию общественных организаций по работе в области профилактики ВИЧ/СПИД и здорового образа жизни среди сельских подростков и молодежи;
- поддержка деятельности информационно-образовательных центров и медико-консультативных центров добровольных к молодежи по организации информационно-образовательных и медико-консультативных мероприятий в области ВИЧ/СПИД, ИППП и здорового образа жизни в городах Душанбе, Вахдат и в Яванском районе;
- содействие в расширение модели информационно-образовательных центров и медико-консультативных центров

доброжелательных к молодежи в других городах и районах республики;

- поддержание существующих и оценить необходимость открытия новых клиник, обеспечивающих здоровье и психосоциальные услуги для мигрантов и их семей;

- обеспечение дальнейшего развития и применение стандартных инструментов, а также распространение ВИЧ по профилактике с другими темами, связанные со здоровьем на всех уровнях работы с мигрантами;

- проведение региональных мероприятий по проблемам мигрантов для дальнейшего диалога между странами о проблемах здоровья мигрантов;

- обеспечение уязвимых сельских женщин обучению по ВИЧ/ИППП; сексуального и репродуктивного здоровья; использования презервативов со случайными и постоянными партнерами;

- обзор и обновление секторальной стратегии ВИЧ для персонала вооруженных сил и правоохранительных органов;

- проведение тренингов для сотрудников правоохранительных органов о путях передачи и методах профилактики ВИЧ, а также их роль в содействии профилактики ВИЧ и снижение стигмы среди групп высокого риска;

- обеспечение диагностики и лечения ИППП для мигрантов, беременных женщин, уязвимых женщин и девушек, молодежи из групп риска;

- расширение участие неформальных лидеров общин, религиозных организаций, частного сектора и средств массовой информации в профилактике ВИЧ и укрепления здоровья.

Индикаторы:

- 60% молодых людей в возрасте 15-24 способны определить три эффективных способов уменьшения риска передачи ВИЧ;

- 1000 средних школ в Таджикистане ввели здоровый образ жизни в учебные программы и используют его во время обязательных дополнительных часов учебной программы;

- 20% школ, по крайней мере два учителя, прошедшие подготовку по вопросам ВИЧ/СПИДа, в прошлом году преподавали эту тему;

- распространенность сифилиса в каждой группе населения составляет менее 1%;

- по меньшей мере 75% людей в возрасте 15-49 лет указывают, что они использовали презервативы во время последнего сексуального контакта со случайными партнерами.

Задача 3. Обеспечение доступа к комплексным услугам по снижению передачи ВИЧ от матери к ребенку

Виды деятельности:

- введение в квалификационные требования для врачей общей практики, семейных врачей, гинекологов, урологов, инфекционистов и терапевтов базовые знания и навыки в области профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку;

- обучение педиатров по педиатрической помощи ВИЧ и лечение детских инфекционных заболеваний;

- разработка, утверждение и тиражирование учебных пособий для врачей общей практики и студентов-медиков по вопросам ППМР;

- обучение гинекологов и акушерок по вопросам комплексного управления безопасностью здоровья матери и ребенка в центрах репродуктивного здоровья и родильных домов.

- обеспечение доступа к ППМР для всех нуждающихся ВИЧ-инфицированных женщин;

- обеспечение консультации для ВИЧ - позитивных беременных женщин по вопросам питания и ухода за ребенком;

- улучшение выживаемости ребенка через предоставление комплексных качественной медицинской помощи, включая раннюю диагностику младенцев и оперативного лечения детских инфекций;

- создание национальных и региональных клиник для лечения и ухода детей, живущих с ВИЧ;

Индикаторы:

- 70% беременных женщин с диагнозом ВИЧ, получают полный курс антиретровирусной терапии;

- по меньшей мере 80% новорожденных, рожденных ВИЧ позитивными женщинами будут получать соответствующее лечение АРВ;

- по меньшей мере 80% беременных женщин будут охвачены ДКТ на ВИЧ.

Задача 4. Обеспечение безопасности донорской крови и медицинских манипуляций

Виды деятельности:

- содействие развитию безвозмездного донорства;

- обеспечение возможности проведения обследования на ВИЧ во всех медицинских учреждениях, которые занимаются кровью, препаратами крови, или донорством;
- обеспечение подготовки медицинских работников мерам безопасности и использования комплектов ПКП;
- обеспечение безопасности всех продуктов крови (ВИЧ, гепатит В и С, сифилис);
- разработка программы внешней оценки качества с инфекционной кровью и группой кровью путем создания национальных программ EQAS и охвата региональных банков крови;
- создание национального банка крови и ее препаратов;
- обеспечение оптимального использования переливания крови в качестве эффективного варианта лечения;
- проведение обучения по использованию и управлению препаратами крови для персонала центров переливания крови;
- проведение тренингов для медицинских работников и сотрудников национальных и региональных центров крови.

Индикаторы:

- вся донорская кровь для переливания протестирована на ВИЧ, гепатита В и С;
- все компоненты крови и продукты на карантине после сбора за период, равный максимально возможной серологическому окну доноров в зависимости от чувствительности применяемых тест-систем.

Задача 5. Обеспечение доступа к антиретровирусной терапии для людей, живущих с ВИЧ

Виды деятельности:

- включение вопросов АРВ-терапии в медицинское образование для всех студентов-медиков;
- обеспечение повышения квалификации, в том числе фтизиатров, инфекционистов, онкологов, врачей ИППП, психиатр-наркологов, акушер-гинекологов, невропатологов, терапевтов и педиатров по предоставлению антиретровирусной терапии и соответствующего направления для людей с диагнозом ВИЧ;
- обучение семейных врачей обеспечению АРТ для поддержки интеграции лечения ВИЧ в первичной медико-санитарной службе;
- обеспечить тюрьмы современными лабораториями для диагностики ВИЧ-инфекции, в том числе CD4, предоставление комплексных АРВТ, а также психологическая помощь ВИЧ-инфицированных заключенных;

- обеспечить доступ к АРВ-терапии нуждающихся ВИЧ-инфицированных (в том числе детей);
- обеспечение своевременной проверки и направления к АРВ-терапии (например, закупка достаточного количества ВИЧ-лабораторных реактивов и принадлежностей (CD4 и ПЦР);
- обучение социальных работников вопросам соблюдения АРВТ, психосоциальной поддержки.

Индикаторы:

- 90% ЛЖВ нуждающихся получают АРВ-терапию.
- 80% ВИЧ-инфицированные взрослые и дети продолжают жить спустя 12 месяцев после начала АРТ;
- 75% взрослых ВИЧ-инфицированных продолжают получать лечение спустя 12 месяцев от начала АРВ-терапии;
- 90% от числа зарегистрированных ЛЖВ проходят ежегодный медицинский осмотр;
- 100% пациентов в процессе лечения АРВ получают социальную и психологическую поддержку;
- 100% пациенты с ВИЧ/ТБ-инфекцией должны получить АРВ;
- 85% специалистов в области здравоохранения продемонстрировали готовность оказывать медицинские услуги для ЛЖВ и уязвимых групп населения.

Задача 6. Обеспечение лечения сопутствующих заболеваний, оказание паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным

Виды деятельности:

- создание условий для лечения сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных;
- обеспечение доступа людей, живущих с ВИЧ к медицинским услугам;
- обучение сотрудников ОО и членов семей ЛЖВ об особенностях ухода за ВИЧ-инфицированными;
- обеспечение психологической работы с ЛЖВ;
- Улучшение медицинского обслуживания для детей, живущих с ВИЧ;
- обеспечение продовольствием и выплаты социальных пособий для поддержки детей, живущих с ВИЧ;
- обеспечение лечения гепатита С у ЛЖВ;
- обеспечение профилактики котримоксазолом для взрослых ВИЧ-инфицированных и детей.

Уход и поддержка

- обеспечение продовольственной помощи ВИЧ-инфицированным;
- организация оказания паллиативной помощи в домашних условиях;
- разработка национальных руководящих принципов и стандартных оперативных процедур для ухода на дому, включая паллиативную помощь;
- обучение по подготовке паллиативной помощи на дому по основам ВИЧ/СПИДа, ТБ/ВИЧ-управлению и других ОИ, нацеленных на профилактику, лечение, уход и поддержку;
- улучшение педиатрической помощи для детей с ВИЧ;
- оценка состояния питания ВИЧ-инфицированных, получающих АРВ, в том числе матерей и детей;
- разработка инструментов мониторинга и оценки эффективности помощи для хронически больных на дому.

Индикаторы:

- 100% людей с диагнозом ТБ тестированы на ВИЧ;
- 90% больных СПИДом получают паллиативную помощь и уход;
- медицинская помощь больным туберкулезом предложена всем с ВИЧ, кто в ней нуждается;
- 50% ЛЖВ, получают помощь для лечения оппортунистических заболеваний, таких как туберкулез;
- ИППП услуги предоставляются всеми государственными медицинскими учреждениями на основе рекомендаций ВОЗ.

Задача 7. Обеспечение социальной поддержки ВИЧ-инфицированным, их семьям

Виды деятельности:

- создание системы независимого мониторинга национальных прав ЛЖВ, в соответствии с действующим законодательством и поощрения использования существующих механизмов правовой защиты для соблюдения прав ЛЖВ;
- содействие информированности ЛЖВ и представителей уязвимых групп населения об их правах, эффективного участия ЛЖВ и других уязвимых групп населения в процессе принятия решений на всех уровнях;
- поддержка занятости для ЛЖВ;
- поддержка семей, имеющих детей с ВИЧ;
- профессиональное обучение людей, живущих с ВИЧ.

Индикаторы:

- 80% ЛЖВ имеют средства к существованию на уровне, соответствующем с официальным прожиточным минимумом;
- количество ЛЖВ, получивших профессиональную подготовку;
- 100% семей с ВИЧ-инфицированным ребенком, получают социальные пособия;
- создана национальная системы мониторинга прав ЛЖВ.

Расчет финансовых затрат на выполнение Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан
на период 2011-2015 гг. (в млн.долларов США*)

№ п\п	Мероприятия, подлежащие выполнению для реализации задач программы	Потребность в ресурсах для реализации программы, млн. долларов США*						Вовлекаемые ресурсы для реализации программы, млн. долларов США*					Дефицит ресурсов, необходимых для реализации программы на 2011-2015 гг., млн. долларов США*	
		Всего	в том числе:					Всего	в том числе:					
			2011	2012	2013	2014	2015		2011	2012	2013	2014		2015
1	Группы с высоким риском заражения ВИЧ (потребители инъекционных наркотиков (ПИН), секс-работники (СР), мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), заключенные) приняли безопасное поведение	28 706 276,73	4 755 266,09	4 187 778,34	6 050 932,37	7 248 989,53	6 463 310,40	12 565 076,92	2 593 984,89	2 845 262,36	4 015 568,03	3 054 351,34	55 910,30	16 141 199,81
2	Уязвимые группы (молодежь, беспризорные дети, военнослужащие, мигранты, женщины) приняли безопасное поведение	22 985 087,06	3 677 239,97	5 724 088,28	4 034 449,97	5 304 512,36	4 244 796,48	13 189 148,73	3 151 632,71	4 241 261,76	2 850 726,36	2 682 504,34	263 023,56	9 795 938,33
3	Обеспечение доступа к комплексным услугам по снижению передачи ВИЧ от матери к ребенку	6 820 663,00	1 403 719,67	1 436 209,17	1 249 772,67	1 376 826,68	1 354 134,81	144 467,85	43 784,47	30 767,42	49 509,87	18 796,48	1 609,61	6 676 195,15
4	Обеспечение безопасности донорской крови и медицинских манипуляций	33 356 177,61	6 932 108,62	6 940 345,88	6 636 015,62	6 539 482,21	6 308 225,28	2 004 157,20	913 849,62	389 410,54	361 639,11	293 925,89	45 332,04	31 352 020,41
5	Обеспечение доступа к антиретровирусной терапии для людей, живущих с ВИЧ	9 075 181,63	735 636,94	2 443 187,48	2 336 070,30	2 024 200,67	1 536 086,24	2 585 708,00	468 081,37	780 238,43	701 810,37	567 697,28	67 880,55	6 489 473,63
6	Обеспечение лечения сопутствующих заболеваний, оказание паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным	10 386 006,44	1 125 001,69	2 104 303,13	2 805 327,44	2 190 019,42	2 161 354,76	675 030,58	443 782,18	84 090,33	84 090,33	63 067,74	0,00	9 710 975,86
7	Обеспечение социальной поддержки ВИЧ-инфицированным, их семьям	6 199 468,53	1 288 750,86	1 269 385,26	1 207 960,34	1 218 414,46	1 214 957,61	1 021 709,53	249 848,86	229 823,26	186 469,34	179 512,46	176 055,61	5 177 759,00

8	Совершенствование Национальной системы мониторинга и оценки по ВИЧ/СПИД и мер, принимаемых в ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции, институциональное развитие в области ВИЧ/СПИД	24 398 938,05	4 839 436,51	5 747 245,45	5 009 014,89	4 967 410,52	3 835 830,68	11 257 795,08	3 263 975,45	2 570 376,19	2 595 269,61	2 170 767,19	657 406,64	13 141 142,97
<i>ИТОГО</i>		141 927 799,05	24 757 160,35	29 852 542,99	29 329 543,60	30 869 855,85	27 118 696,26	43 443 093,89	11 128 939,55	11 171 230,29	10 845 083,02	9 030 622,72	1 267 218,31	98 484 705,16

*курс доллара США к сомони на 1 января 2010 года составил 4.37 по данным Национального банка Республики Таджикистан.