

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

2016

Данный отчет представляет результаты исследования, проведенного в рамках реализации национальной системы мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ-инфекции при поддержке Проекта ПРООН «Эффективный контроль за туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике», финансируемого Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Мнения выраженные в этой публикации, не обязательно отражают точку зрения Организации Объединенных Наций, Программы развития Организации Объединенных Наций, ее программ/проектов или правительств. Употребляемые обозначения не означают выражения какого-либо мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории или района, или их границ.

Список сокращений.....	4
Авторы.....	4
Участники исследования по ключевым группам ЛУИН, МСМ, СР, осужденные.....	4
1 Введение	7
1.1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике.....	7
1.2. Описание системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией и актуальность проведения ДЭН	8
2. Цели и задачи проведения ДЭН	11
2.1. Цель ДЭН.....	11
2.2. Задачи ДЭН.....	11
3 Дизайн исследования.....	11
3.1. Тип исследования	11
3.2. Стандартная методика исследования	11
3.3. Инструменты сбора данных.....	11
3.4. Основные этапы ДЭН	12
4. Методология.....	12
4.1. Территория и места проведения исследования.....	12
4.2. Время проведения исследования	14
4.3. Предмет исследования (изучаемые переменные)	15
4.4. Объект исследования	15
4.5. Расчет размера выборки.....	18
4.6. Метод формирования выборки респондентов (рекрутирование)	18
4.7. Серологический надзор	20
5. Этические вопросы	21
5.1. Конфиденциальность и анонимность	22
5.2. Добровольность участия.....	22
5.3. Безопасность данных.....	22
5.4. Потенциальная польза от участия в исследовании.....	22
5.5. Предупреждение рисков	23
5.6. Вознаграждение	23
6. Ввод и проверка качества, анализ, передача и хранение данных	24
6.1. Ввод поведенческих данных	24
6.2. Проверка качества введенных данных	24
6.3. Анализ данных.....	25
7. Распространение и использование данных.....	25
8. Управление качеством данных	26
8.1. Обеспечение качества данных	26
8.2. Оценка качества проведения ДЭН.....	26
9. Персонал, вовлеченный в проведение ДЭН и план подготовки.....	26
10. Алгоритм действий персонала при возникновении непредвиденных событий.....	26
11. Результаты ДЭН среди осужденных.....	27
11.1. Социально - демографическая характеристика	27
11.2. Поведенческие показатели.....	29
11.3. Симптомы ИППП и поиск лечения.....	32
11.4. Уровень знаний о ВИЧ-инфекции	32
11.5. Охват тестированием на ВИЧ.....	33
11.6. Охват профилактическими программами	34

11.7. Серологические показатели	37
11.8. Рекомендации	41
12. Результаты ДЭН среди MSM.....	43
12.1. Рекрутирование MSM	43
12.2. Социально - демографическая характеристика	44
12.3. Поведенческие показатели.....	46
12.4. Симптомы ИППП и поиск лечения.....	50
12.5. Уровень знаний о ВИЧ-инфекции	51
12.6. Охват тестированием на ВИЧ	52
12.7. Охват профилактическими программами	52
12.8. Серологические показатели	56
12.9. Основные выводы	60
12.10. Рекомендации.....	61
13. Результаты ДЭН среди ЛУИН.....	62
13.1. Рекрутирование	62
13.2. Социально - демографическая характеристика	64
13.3. Поведенческие показатели.....	67
13.4. Симптомы ИППП и поиск лечения.....	75
13.5. Уровень знаний о ВИЧ-инфекции	75
13.6. Охват тестированием на ВИЧ	76
13.7. Охват профилактическими программами	77
13.8. Серологические показатели	82
13.9. Основные выводы	86
13.10. Рекомендации.....	87
14. Результаты ДЭН среди СР.....	88
14.1. Социально - демографическая характеристика	88
14.2. Поведенческие показатели.....	91
14.3. Симптомы ИППП и поиск лечения.....	95
14.4. Уровень знаний о ВИЧ-инфекции	95
14.5. Охват тестированием на ВИЧ	96
14.6. Охват профилактическими программами	96
14.7. Серологические показатели	99
14.8. Основные выводы	102
14.9. Рекомендации	102
15. Индикаторы ПРОЕКТА ПРООН/ГФ.....	104
15.1. Индикаторы для группы ЛУИН	104
15.2. Индикаторы для группы MSM.....	105
15.3. Индикаторы для группы СР	106

Список сокращений

ВГС	Вирус гепатита С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ГСИН	Государственная служба исполнения наказаний
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ИК	Исправительная колония
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КГН	Ключевые группы населения
ЛЖВ	Лица, живущие с ВИЧ
ЛУИН	Лица, употребляющие инъекционные наркотики
МиО	Мониторинг и оценка
МСМ	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
НПО	Неправительственная организация
ОО	Общественное объединение
ОФ	Общественный фонд
ОЦПБС	Областной центр профилактики и борьбы со СПИДом
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
РДС	Выборка, построенная самими респондентами
РЦ «СПИД»	Республиканский центр «СПИД»
СККК	Сухая капля капиллярной крови
СР	Секс работники
ICAP	Проект Содействие

Авторы

Кадырбеков У.К. – директор РЦ «СПИД»
Бекболотов А.А. – заместитель директора РЦ «СПИД»
Асыбалиева Н.А. – заведующая эпидемиологическим отделом РЦ «СПИД»
Акматова Ж.К. – врач эпидемиолог РЦ «СПИД»
Кубатова А.К. – врач эпидемиолог РЦ «СПИД»
Дооронбекова А.Д. – специалист по СИ, ICAP
Болотбаева М.К. – специалист по МиО, Проект ПРООН/ГФ
Макаева Р.Г.- специалист, Проект ПРООН/ГФ

Республиканский центр «СПИД» выражает благодарность программе ICAP при Колумбийском университете и ЮНЭЙДС за их вклад и помощь на стадии разработки протокола исследования, процесса исследования, а также в ходе подготовки данного отчета.

Проведение исследования стало бы невозможным без важного вклада всех вовлеченных сотрудников НПО, принимавших участие в проведении данного раунда ДЭН.

Участники исследования по ключевым группам ЛУИН, МСМ, СР, осужденные

г.Бишкек	ОФ «Альтернатива в наркологии», ОО «Кыргыз Индиго», ОО «Таис Плюс», ОЮЛ «Ассоциация АнтиСПИД», ИК-1,2,3,8,16,27,31,47.
Чуйская область	ОО «Аян-Дельта», ОФ «Ишеним Нуру».
Ошская область	ОФ «Родители против наркотиков», ОФ «Подруга», ОФ «Мусаада».
Жалал-Абадская область	ОФ «Здоровое поколение», ОО «Таис Плюс 2», ИК-10.

Табл. 1 Национальные индикаторы для группы осужденные

	Название индикатора	2013	2016
1.1.7	Процент осужденных, инфицированных ВИЧ	7,6%	11,3%
1.1.8	Процент осужденных, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	41,2%	26,1%
1.1.9	Процент осужденных, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 мес., полное консультирование и знают результаты	36,3%	20,8%

Табл. 2 Национальные индикаторы для группы МСМ

	Название индикатора	2013	2016
2.3.1	Процент МСМ, инфицированных ВИЧ	6,3%	6,6%
2.3.2	Процент МСМ, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	40%	20,2%
2.3.3	Процент МСМ, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 мес., полное консультирование и знают результаты	17,9%	16,6%
2.3.4	Процент МСМ, охваченных профилактическими программами	47,9%	18,3%
2.3.5	Процент МСМ, указавших на использование презерватива при последнем анальном половом контакте с мужчиной	81,6%	81,1%
2.3.6	Процент МСМ, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в тоже время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	56,8%	51,1%

Табл. 3 Национальные индикаторы для группы ЛУИН

	Название индикатора	2013	2016
1.1.1	Процент ЛУИН, инфицированных ВИЧ	12,4%	14,3%
1.1.2	Процент ЛУИН, охваченных программами профилактики ВИЧ	28,2%	26,2%
1.1.3	Процент ЛУИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	43%	43,7%
1.1.4	Процент ЛУИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев, полное консультирование и знают свой результат	33,3%	40,7%
1.1.5	Процент ЛУИН, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в тоже время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	46%	37,2%
1.1.6	Процент ЛУИН, указавших на использование стерильного инструментария во время последнего употребления инъекционных наркотиков	57,5%	47,5%
2.4.1	Распространенность сифилиса среди ЛУИН	7,9%	13,8%
2.4.7	Процент ЛУИН, получивших лечение при наличии симптомов ИППП	27,3%	39,6%

Табл. 4 Национальные индикаторы для группы СР

	Название индикатора	2013	2016
2.2.1	Процент СР, инфицированных ВИЧ	2,2%	2%
2.2.2	Процент СР, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	55,9%	49,1%
2.2.3	Процент СР, которые прошли тестирование на ВИЧ за	38,9%	42,1%

	последние 12 мес., полное консультирование и знают результаты		
2.2.4	Процент СР, охваченных профилактическими программами	64,9%	32,2%
2.2.5	Процент СР, указавших на использование презерватива при последнем половом контакте с платным клиентом	90,5%	97,2%
2.2.6	Процент СР, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в тоже время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	20,9%	21,6%
2.4.2.	Распространенность сифилиса среди СР	20,5%	25,1%
2.4.6	Процент СР, получивших лечение при наличии симптомов ИППП	28%	84%

1 Введение

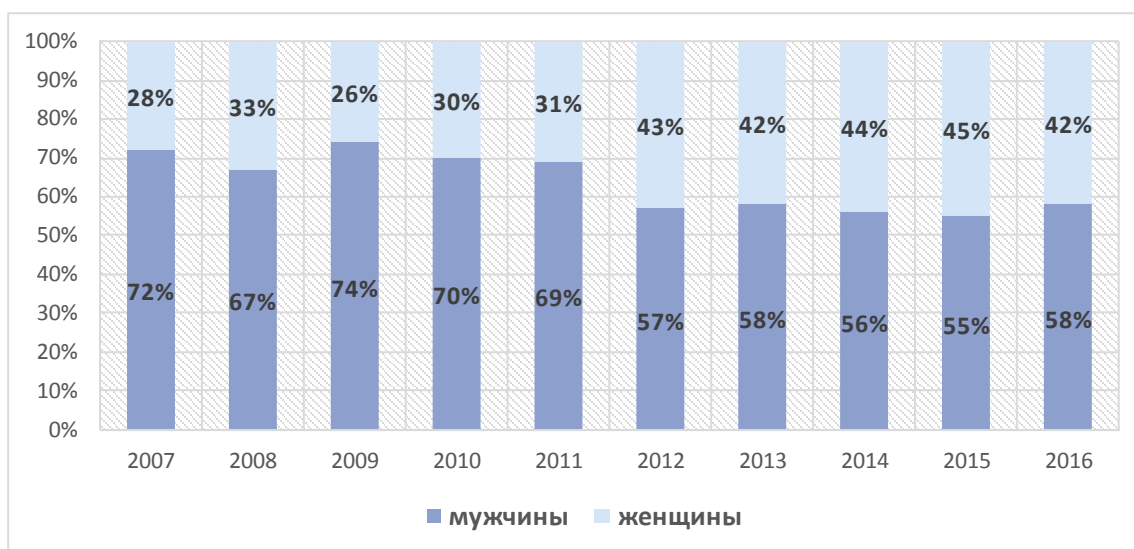
1.1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике

ВИЧ-инфекция является глобальной проблемой всего мирового сообщества. Она представляет серьезную угрозу развитию и безопасности человечества, а также препятствует социально-экономическому развитию общества. Развитие эпидемии в мире имеет некоторые общие тенденции, связанные с основными путями передачи ВИЧ, связанные с поведенческими рисками, распространенностью ключевых групп населения, состоянием систем здравоохранения и эффективностью профилактических программ. Для преодоления эпидемии ВИЧ-инфекции важно знать основные ее движущие силы, тенденции, а также проводить мониторинг осуществления профилактических программ. Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые государственными структурами, неправительственными и международными организациями, в Кыргызской Республике продолжается рост ВИЧ-инфекции. Так за последние 5 лет (с 2011 по 2016 год) число случаев ВИЧ-инфекции в стране увеличилось более чем в два раза с 3270 до 7108.

Общая распространенность кумулятивно зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике в 2016 году составила 84 на 100 тыс. населения. В Кыргызской Республике, как и в других странах Восточной Европы и Центральной Азии эпидемия ВИЧ-инфекции находится на второй концентрированной стадии развития. Это связано с ее распространением преимущественно среди ключевых групп населения, которым грозит повышенный риск инфицирования. Отмечается рост числа случаев среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, среди которых существует высокий риск передачи половым путем ВИЧ их половых партнерам.

Кыргызская Республика остается страной с низким уровнем распространения ВИЧ, который составил 0,07% от численности общего населения, но в то же время, Кыргызская Республика входит в число семи стран с наиболее высокими темпами роста эпидемии в мире. Количество официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции на 1 января 2017 года составляет 6736 случаев. По данным РЦ «СПИД», на 01.01.2017г. доля ВИЧ-положительных ЛУИН составляет 48% (3232 ЛУИН) от общего числа зарегистрированных ЛЖВ в Кыргызской Республике, т.е. употребление инъекционных наркотиков по-прежнему является основным путем распространения ВИЧ-инфекции. Распространённость ВИЧ в этой группе населения в 2013 году по данным ДЭН составила 12,4%. В то же время, наблюдается снижение доли ВИЧ-положительных ЛУИН от общего числа зарегистрированных ЛЖВ с 94% в 2001 году до 24,4% в 2016 году. Также отмечается рост полового пути передачи с 13,6% в 2003 года до 55,2% в 2016 году и увеличение доли зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди женщин в период 2006 - 2016 гг. с 27% до 42%, что может свидетельствовать о переходе ВИЧ-инфекции из ключевых групп в общую популяцию.

Рис. 1 Распределение новых случаев ВИЧ-инфекции по полу, КР, 2007-2016гг.



Дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) является одним из компонентов эпидемиологического надзора, наиболее подходящим для стран, где эпидемия ВИЧ-инфекции сконцентрирована в определенных ключевых группах населения (КГН): лица, употребляющие инъекционно наркотики (далее ЛУИН), секс работники (СР) и мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ). ДЭН проводится с использованием стандартных методов получения информации на преемственной и регулярной основе и включает в себя сбор поведенческих данных посредством проведения индивидуальных интервью и серологических данных (ВИЧ, ВГС, сифилис). Впервые дозорный эпидемиологический надзор второго поколения (ДЭН) был проведен в Кыргызской Республике в 2003 году центрами СПИД совместно с неправительственными организациями, обеспечившими доступ к КГН.

Данный отчет включает анализ данных ДЭН 2016 года, который впервые за историю проведения данного исследования был осуществлен при непосредственном участии неправительственных организаций на каждом этапе полевого сбора данных во всех дозорных сайтах.

1.2. Описание системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией и актуальность проведения ДЭН

Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией представляет собой систему сбора, анализа и распространения эпидемиологической информации о распространённости ВИЧ-инфекции, необходимой для планирования, выполнения и мониторинга профилактических программ.

Одним из основных методов эпидемиологического надзора является рутинный эпиднадзор, который представляет собой регистрацию случаев ВИЧ-инфекции, выявленных при тестировании на антитела к ВИЧ различных контингентов населения, которое проводится по эпидемиологическим, клиническим и другим показаниям, включая тестирование беременных. В КР на ВИЧ-инфекцию ежегодно тестируются около 500 000 образцов крови, что составляет около 10% от численности населения страны, при этом охват обследованием представителей КГН остается недостаточным. Так, например, по данным формы 4 за 2016 год было обследовано 354804 лиц.

Половина тестированных (46,8%) были беременные женщины, на долю ЛУИН приходится 0,5% обследованных, на долю MSM и СР по 0,1%.

Рис. 2 Охват рутинным эпиднадзором населения КР, РЦ СПИД, форма 4, 2016 г.



При низком охвате рутинным эпиднадзором представителей КГН наиболее высокое выявление отмечается среди ЛУИН (7,4%), MSM (4,9%) и контактных лиц с ЛЖВ (4,9%).

Рис. 3 Доля выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди тестированных групп населения, РЦ «СПИД», форма 4, 2016г.



При преимущественной концентрации эпидемии ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения наиболее эффективным инструментом эпидемиологического надзора является ДЭН, который дает возможность изучения рискованного поведения, а также распространенности ВИЧ, ВГС и антител к сифилису в зависимости от социально-демографических и поведенческих особенностей представителей дозорных групп (ЛУИН, СР, МСМ, осужденных). Кыргызская Республика имеет многолетний опыт проведения ДЭН на национальном уровне на ежегодной основе (с 2007 года). ДЭН в стране финансируется за счет средств международных доноров.

ДЭН позволяет своевременно выявлять регионы с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, прогнозировать ее осложнение и своевременно планировать адекватные ответные мероприятия. Результаты ДЭН необходимы для мониторинга и оценки реализации Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ-инфекции и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2012-2016 годы и на последующие годы.

Определение уровня знаний по путям передачи и мерам профилактики ВИЧ-инфекции, изучение инъекционного и полового поведения, а также доступности медицинских и профилактических услуг, особенно актуально для коррекции проводимых превентивных вмешательств среди КГН с целью повышения их эффективности.

2. Цели и задачи проведения ДЭН

2.1. Цель ДЭН

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

2.2. Задачи ДЭН

- оценка распространенности и распределения ВИЧ-инфекции в различных группах населения по административным территориям с учетом демографических и поведенческих данных;
- мониторинг тенденций распространения ВИЧ-инфекции на протяжении определенного периода времени;
- выявление подгрупп населения, подвергающихся повышенному риску инфицирования;
- получение данных для оценки моделей рискованного поведения, определяющих вероятность заражения ВИЧ-инфекцией;
- получение данных для прогнозирования развития эпидемии ВИЧ-инфекции на региональном и республиканском уровнях;
- получение данных, позволяющих провести триангуляцию с данными медицинской статистики по регистрации случаев ВИЧ-инфекции;
- предоставление информации для разработки профилактических программ и обоснования выделения необходимых ресурсов.

3 Дизайн исследования

3.1. Тип исследования

Кроссекционный - одномоментное поперечное исследование в каждой из дозорных групп на территории дозорных сайтов, включающее поведенческий и серологический надзор.

3.2. Стандартная методика исследования

Проведение интервью и связанного анонимного тестирования на наличие антител к ВИЧ, ВГС и сифилису.

3.3. Инструменты сбора данных

1. Для сбора социально-демографических и поведенческих данных использовался стандартизированный структурированный вопросник (анкета), прошедший апробацию в целевой группе. Для обеспечения гибкости системы надзора допустимо внесение в вопросник изменений и дополнений.
2. Для сбора серологических данных осуществляется забор капиллярной крови на фильтровальную бумагу с последующим высушиванием образцов и анализом СККК методом ИФА.

3.4. Основные этапы ДЭН

1. Подготовительный этап - включал организационные мероприятия, определение метода отбора респондентов, мест сбора данных и формативное исследование для предварительного изучения ситуации на территории дозорного сайта с целью обоснования методологии выборки, выявления приемлемых условий участия респондентов, обеспечения качества сбора данных на полевом этапе, а также подготовки к проведению оценки численности.
2. Полевой этап, или основное исследование – включал сбор данных у лиц их ключевых групп дозорного сайта в соответствии со стандартной методикой по определенному алгоритму, лабораторный анализ образцов крови (СККК) и сообщение результатов участникам исследования.
3. Аналитический этап - обработка полученных социально-демографических, поведенческих и серологических данных в специальных статистических программах, подготовка отчетов по результатам исследования.
4. Распространение данных.

4. Методология

4.1. Территория и места проведения исследования

Для получения полных и достоверных данных в целом по стране ДЭН проводится в городах КР областного значения, а также в тех населенных пунктах, где отмечается ухудшение эпидемиологической ситуации согласно данным эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции. Территории проведения ДЭН называются дозорными сайтами, а места, где непосредственно проводится сбор данных – дозорными пунктами.

4.1.1. Группа осужденные

Дозорными сайтами для проведения ДЭН среди осужденных являются исправительные колонии (ИК) г.Бишкек и Жалал-Абадской области КР, где имеется доступ специалистов РЦ «СПИД» /ОЦПБС к дозорной группе (Таблица 1).

Табл. 5 Дозорные сайты и дозорные пункты для осужденных

№	Дозорный сайт	Дозорный пункт
1.	г.Бишкек	ИК №1,2,3,8,16,27,31,47
2.	Жалал-Абадская область	ИК №10

4.1.2. Группа МСМ

Дозорным сайтом для проведения ДЭН среди МСМ до 2013г. был г.Бишкек, начиная с 2013г. добавлен новый дозорный сайт в г.Ош. (Таблица 2).

Табл. 6 Дозорные сайты и дозорные пункты для МСМ

№	Дозорный сайт	Дозорный пункт
1.	г.Бишкек	ОО «Кыргыз Индиго»
2.	Ошская область	ОФ «Мусаада»

4.1.3. Группа ЛУИН

Дозорными сайтами для проведения ДЭН среди ЛУИН являются населенные пункты КР (областные центры и города областного подчинения), где имеется доступ специалистов РЦ «СПИД» /ОЦПБС и НПО к дозорным группам (Таблица 3).

Табл. 7 Дозорные сайты и дозорные пункты для ЛУИН

№	Дозорный сайт	Дозорный пункт
1.	г.Бишкек	ОФ «Альтернатива в наркологии»
2.	Чуйская область	г.Токмок, ОО «Аян Дельта»; с.Сокулук, ОФ «Право на жизнь»
3.	Ошская область	г.Ош, «Родители против наркотиков»; г.Карасу, «Родители против наркотиков»
4.	Жалал-Абадская область	г.Жалал-Абад, ОФ «Здоровое поколение»

4.1.4. Группа СР

Дозорными сайтами для проведения ДЭН среди СР являются населенные пункты КР (областные центры и города областного подчинения), где имеется доступ специалистов РЦ «СПИД» /ОЦПБС и НПО к дозорным группам.

Полевой этап ДЭН с секс-работниками был запланирован на ноябрь 2016 года, а в июне 2016 года сотрудниками ГУВД г. Бишкек проводились неоднократные оперативно-розыскные мероприятия (рейды) в целях так называемой «чистки города от секс-работников», сопровождаемые задержаниями и арестами секс-работников в городе Бишкек и на юге страны. Сложившаяся на момент проведения ДЭН ситуация привела к уменьшению количества СР в местах их обычного скопления и возник риск недобора респондентов в выборку. В связи с изменившейся ситуацией пришлось отказаться от описанной в протоколе ДЭН кластерной методики набора СР в выборку и провести рекрутирование СР удобным методом, т.е. в выборку набирали всех доступных СР подряд в точках, представленных в таблице 4.

Опрос и забор крови проводились в местах концентрации уличных СР, на трассах - в машине, в саунах - в дневное время с 11.00 до 16.00 часов и в вечернее время с 20.00 до 2 часов ночи.

Табл. 8 Дозорные сайты и дозорные пункты для СР

№	Дозорный сайт	Дозорный пункт
1.	г.Бишкек	Улицы: Бейшеналиева, Кулиева/Пушкина, Рыскулова, Правда/Иваницына, Правда/Фрунзе, Кулатова/Правда, точки: «Вечный огонь», «Семь дней»
2.	Чуйская область, г.Токмок	Сауны: «Лагуна», «Дельфин», «Украинская», баня/сауны: «Кыргызсельхозтехника», «Пионерская», «Киргизская», «Пушкина».
3.	Ошская область, г.Ош	Саун: «Кара-Алма», «Ак Шоола», «Ынтымак», «Импульс», «Капитан», «Ак-Тилек», «Евразия», на территории стадиона, мучного рынка, трасса, Ошский район, Беш-Копуро, «Подруга»
4.	Жалал-Абадская область, г.Жалал-Абад	Улицы: Таможня, Ленина, Чехова, Московская, Строймаркет, Красина, Осмонова, Курманбек, на территории автовокзала, сауна «Бажалар».

4.2. Время проведения исследования

ДЭН проводится один раз в два года. Проведение всех этапов ДЭН осуществлялось по типовому календарному плану согласно установленным срокам.

Табл. 9 Типовой календарный план проведения ДЭН, включая оценку численности КГН

№	Мероприятия	Месяцы											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Подготовительный этап													
1.	Подготовка документации для проведения ДЭН среди ключевых групп (приказы на уровне МЗ, ГСИН, ОГЦ «СПИД»)	+											
2.	Информирование заинтересованных государственных и неправительственных организаций о проведении ДЭН среди ключевых групп и оценки численности ЛУИН, МСМ и СР в текущем году	+	+										
3.	Проведение формативного исследования среди ЛУИН, МСМ и СР, включая подготовку к оценке численности		+	+	+								
4.	Подготовка к проведению полевого этапа и к оценке численности: определение метода отбора респондентов, мест сбора данных			+	+								
5.	Определение ответственных за проведение ДЭН и оценки численности (ОГЦ «СПИД», НПО), уточнение обязанностей и обучение сотрудников (тренинги, семинары, инструктажи)					+							
6.	Подготовка необходимых материалов для полевого этапа ДЭН и оценки численности (тиражирование вопросников, купонов, закуп расходных материалов, подготовка регистрационных форм и журналов)			+	+								
Полевой этап													
7.	Сбор данных среди ЛУИН (полевой этап ДЭН, оценка численности) – апрель, май, июнь				+	+	+						
8.	Сбор данных среди СР (полевой этап ДЭН, оценка численности) – май, июнь											+	+
9.	Сбор данных среди МСМ (полевой этап ДЭН, оценка численности) – июнь, июль												
10.	Сбор данных среди осужденных (полевой этап ДЭН) – апрель, май, июнь												
Работа с данными													
12.	Ввод вопросников по ЛУИН в программу Epi Info и проверка качества ввода				+	+	+						
13.	Ввод вопросников по СР в программу Epi Info и проверка качества ввода												
14.	Ввод вопросников по МСМ в программу Epi Info и проверка качества ввода												
15.	Ввод вопросников по осужденным в программу Epi Info и проверка качества ввода												
16.	Анализ результатов ДЭН в специальных компьютерных программах, обработка данных оценки численности и подведение итогов оценки											+	
17.	Подготовка отчета о результатах проведения												+

	ДЭН; планирование и корректировка профилактических мероприятий												
18.	Распространение результатов ДЭН с оценкой численности заинтересованным структурам												+
19.	Подготовка публикаций и презентаций о результатах ДЭН с оценкой численности												+

4.3. Предмет исследования (изучаемые переменные)

По результатам ДЭН произведены расчеты показателей, характеризующих ключевые группы в дозорных сайтах, включая распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса, рискованных поведенческих практик, симптомов ИППП, уровень знаний о ВИЧ-инфекции, охват тестированием на ВИЧ и профилактическими вмешательствами.

Определение случая в исследовании

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 ВГС

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 (М и G) к *Treponema pallidum* в скрининговом тесте с последующим подтверждением положительного результата на экспертной тест-системе.

Определение случая опасного инъекционного поведения

Применение любой из инъекционных практик, увеличивающих риск инфицирования (использование общего инструментария для инъекций наркотиков, использование общей посуды для разведения наркотика, общей воды для промывания шприца и иглы, а также добавление крови при приготовлении наркотического средства) при последнем употреблении наркотика и за последний месяц.

Определение случая опасного полового поведения

Неиспользование презерватива с любым типом половых партнеров (постоянные, случайные, коммерческие) как при последнем половом контакте, так и за последний месяц.

4.4. Объект исследования

Для всех ключевых групп информация о ВИЧ-положительном статусе потенциального респондента, наличии в анамнезе ВГС или сифилиса не являлись критериями исключения из исследования.

4.4.1. Осужденные – лица, содержащиеся в исправительных колониях

Критерии включения

1. Содержание в ИК на момент проведения исследования.
2. Возраст от 18 лет и старше.
3. Наличие устного информированного согласия на интервью и забор крови.

Критерии исключения

1. Осужденные, содержащиеся в колониях поселениях, учреждениях с особым режимом содержания, воспитательных колониях, где содержатся несовершеннолетние.
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 и адекватно реагировать на них).
3. Участие в подобном исследовании среди осужденных в текущем году.

4.4.2. MSM – мужчины, имеющие секс с мужчинами

Критерии включения

1. Мужчины, которые хотя бы один раз в течение последних 12 месяцев имели оральный или анальный секс с другими мужчинами.
2. Возраст от 18 лет и старше.
3. Мужской пол.
4. Наличие валидного вербовочного купона для участия в выборке методом.
5. Наличие устного информированного согласия на интервью и забор крови.
6. Постоянное проживание в географических пределах данного дозорного сайта в течение последних 6 месяцев (не включая мест лишения свободы).

Критерии исключения

1. MSM, не достигшие совершеннолетнего возраста.
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 и адекватно реагировать на них).
3. Участие в подобном исследовании среди MSM в текущем году.

Принадлежность к дозорной группе определялась в ходе верификации. Географические пределы дозорного сайта были определены в предыдущих раундах ДЭН и соответствуют территории проживания дозорной группы (например, если в популяцию MSM города, где проводится исследование, входят MSM из ближайших населенных пунктов, они должны были включены в географические пределы дозорного сайта).

Данные о ВИЧ-положительном статусе потенциального респондента, наличии в анамнезе ВГС или сифилиса не являлись критериями исключения из исследования среди MSM.

Принадлежность потенциального респондента к другим дозорным группам и его участие в ДЭН среди них не являлись критерием исключения при проведении ДЭН среди МСМ и наоборот. Например, МСМ-СР, МСМ-ЛУИН и т.д.

4.4.3. ЛУИН – лица, употребляющие инъекционные наркотики

Критерии включения

1. Употребление наркотических средств инъекционным способом как минимум один раз за последние 12 месяцев.
2. Возраст от 18 лет и старше.
3. Наличие валидного вербовочного купона для участия в выборке методом.
4. Наличие устного информированного согласия на интервью и забор крови.
5. Постоянное проживание в географических пределах данного дозорного сайта в течение последних 6 месяцев (не включая мест лишения свободы).

Критерии исключения

1. ЛУИН, не достигшие совершеннолетнего возраста.
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 и адекватно реагировать на них).
3. Участие в подобном исследовании среди ЛУИН в текущем году.
4. Получение опиоидной заместительной терапии при условии неупотребления наркотиков инъекционным способом как минимум в течение 30 дней, предшествующих дате участия в исследовании.

Принадлежность к дозорной группе определялась в ходе верификации. Географические пределы дозорного сайта были определены в предыдущих раундах ДЭН и соответствуют территории проживания дозорной группы (например, если в популяцию ЛУИН города, где проводится исследование, входят ЛУИН из ближайших населенных пунктов, они должны были включены в географические пределы дозорного сайта).

Информация о ВИЧ-позитивном статусе потенциального респондента, наличии в анамнезе ВГС или сифилиса не являлись критериями исключения из исследования среди СР.

Принадлежность потенциального респондента к другим дозорным группам и его участие в ДЭН среди них не являлись критерием исключения при проведении ДЭН среди ЛУИН и наоборот. Например: ЛУИН-СР, ЛУИН-МСМ, ЛУИН-бывшие осужденные.

4.4.4. СР – секс работники, оказывающие сексуальные услуги за вознаграждение

Критерии включения

1. Оказание сексуальных услуг за вознаграждение, то есть проникающие половые контакты (оральные, вагинальные, анальные) за деньги, или наркотики, в

географических пределах данного дозорного сайта как минимум один раз за последние 12 месяцев.

2. Возраст от 18 лет и старше.

3. Женский пол.

4. Наличие устного информированного согласия на интервью и забор крови.

Критерии исключения

1. СР, не достигшие совершеннолетнего возраста

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 и адекватно реагировать на них).

3. Участие в подобном исследовании среди СР в текущем году.

Принадлежность к дозорной группе определяется в ходе верификации.

Географические пределы дозорного сайта определяются в рамках формативного исследования и могут не совпадать с официальным административным делением, но должны соответствовать территории предоставления секс-услуг (например, если места оказания секс-услуг выходят за административные границы дозорного сайта, то географические пределы дозорного сайта расширяются с учетом этих мест).

Данные о ВИЧ-положительном статусе потенциального респондента, наличии в анамнезе ВГС или сифилиса не являются критериями исключения из исследования среди СР.

Принадлежность потенциального респондента к другим дозорным группам и его участие в ДЭН среди них не является критерием исключения при проведении ДЭН среди СР и наоборот. Например: СР-ЛУИН, СР-бывшие осужденные.

4.5. Расчет размера выборки

Выборка является частью популяции, но из-за определенных причин в исследованиях полученные результаты могут в различной степени отличаться от истинных. Только при правильном расчете размера выборки и соблюдении методологии ее формирования, полученные данные могут быть репрезентативными для изучаемой популяции дозорного сайта. Правильный расчет адекватного размера выборки дает возможность не только рационально использовать ресурсы, но и получать точные, надежные результаты исследования. В нынешнем раунде ДЭН использовались пересчитанные размеры выборки.

4.6. Метод формирования выборки респондентов (рекрутирование)

4.6.1. Формирование выборки осужденных

В связи с тем, что имеется возможность составить список всех содержащихся в ИК осужденных, для проведения ДЭН среди данной дозорной группы в КР применяется систематическая случайная выборка с использованием стратификации, то есть включающая только определенные ИК дозорного сайта. При большом количестве учреждений, одинаковых по типу и режиму содержания ИК дифференцировались в

группы (страты): колонии общего режима, колонии строгого режима, женские колонии и т.д. Исследования проводилось в одной или двух колониях каждой группы (страты).

4.6.2. Формирование выборки для ЛУИН и МСМ

В популяции ЛУИН и МСМ невозможно осуществить простую случайную, систематическую или кластерную выборку, так как не могут быть известны и доступны все представители целевой группы на дозорном сайте для составления списка выборочной совокупности. Поэтому в ДЭН для этих групп используется методика выборки, построенная самими респондентами, то есть метод RDS (respondent driven sample, далее РДС).

Формирование выборки участников исследования было начато от первичных респондентов («семян») путем привлечения ими других представителей целевой группы через вербовочные купоны. От каждого «семени» формировались вербовочные цепи, состоящие из так называемых «волн». В рамках данного исследования было достигнуто от 7 и до 14 волн в разных сайтах.

Информация о начале исследования была распространена среди дозорных групп через представителей целевых НПО, волонтеров и аутрич-работников. Отбор первичных респондентов («семян») проводился по определенным критериям. В каждом сайте было задействовано минимально возможное количество «семян» необходимое для более глубокого проникновения в изучаемую популяцию. Семени отличались по ключевым характеристикам и имели развитую социальную сеть, то есть отбирались не случайным образом. Отбор «семян» проводился по определенным в протоколе ДЭН критериям.

Лицам, отобранным в качестве «семян», выдавались приглашения прийти на пункт в определенное время для участия в исследовании согласно стандартному алгоритму участия в исследовании. Первичные респонденты дозорных пунктов были пронумерованы сквозной нумерацией, то есть идентификационные номера купонов не могли повторяться в сайте.

Процедуры участия каждого респондента на стадии основного этапа РДС соответствовали стандартному алгоритму исследования:

1. Валидация вербовочных купонов.
2. Процедура верификации участника на принадлежность к популяции ЛУИН.
3. Интервью.
4. Выдача первичного вознаграждения.
5. Обучение респондента процессу рекрутирования и выдаче купонов.
6. Выдача перенаправлений для получения профилактических, медико-социальных услуг.
7. Планирование визитов участников.
8. Выдача вторичного вознаграждения за каждого привлеченного в исследование респондента.

4.6.3. Формирование выборки для СР

Для формирования выборки среди СР в протоколе ДЭН рекомендуется использование метода кластерной выборки с фиксированным количеством респондентов, опрашиваемых в одной точке. Этот метод основан на включении в исследование

определенного числа СР на всех выбранных кластерах, список которых составлялся во время проведения формативного исследования путем опроса ключевых информантов (НПО).

Во время проведения ДЭН в 2016 году выборка была набрана «удобным» методом рекрутирования, так как доступ к местам скопления СР был затруднен по причине участвовавших милицейских рейдов.

4.7. Серологический надзор

4.7.1. Объем исследования

Табл. 10 Количество выборки по группам

№	Дозорная группа	Размер выборки	Объем исследования
1.	Осужденные	994	ВИЧ, ВГС, сифилис
2.	ЛУИН	1311	ВИЧ, ВГС, сифилис
3.	МСМ	640	ВИЧ, ВГС, сифилис
4.	СР	760	ВИЧ, ВГС, сифилис

Скрининговый этап осуществлялся лабораторными сотрудниками ОЦПБС. Алгоритм тестирования отображен на рисунке 4.

Рис. 4 Алгоритм тестирования на ВИЧ



4.7.2. Методы сбора биообразцов для тестирования

Серологические и поведенческие данные были связаны друг с другом, то есть собирались у одного и того же лица. Биоматериалом служила сухая капиллярная капля крови, с заполнением 5 кружков фильтровальной бумаги «Whatman 9031». Высушенный и упакованный образец СККК хранился в холодильнике при +4° +8°C. СККК извлекалась из холодильника непосредственно перед исследованием. При температуре окружающей среды выше 25°C, транспортировка образцов производилась в переносных сумках-холодильниках при температуре +4-+8°C.

Забор крови сопровождался дотестовым консультированием на ВИЧ, с обязательным получением информированного согласия. Оглашение результата тестирования должно было сопровождаться послетестовым консультированием.

4.7.3. Лабораторное тестирование

Независимо от уровня распространенности ВИЧ-инфекции в рамках ДЭН применяется стратегия тестирования 2 (WHO/CDS/CSR/EDC/2001.16; UNAIDS/01/22E), при которой первичное исследование биообразцов проводится на скрининговых тест-системах с подтверждением положительных результатов в экспертных тест-системах, рекомендованных ВОЗ.

С целью апробации тест-систем на выявление ВИЧ, ВГС, сифилиса, предназначенных для использования в исследовании при проведении ДЭН методом сухой капиллярной капли крови (СККК) специалистами НПО «Профилактическая медицина» была проведена оценка их качества в период с 15.08.2016г. по 15.10.2016г.

Для проведения оценки качества были использованы по 400 биообразцов СККК и СКВК. В данное исследование были вовлечены пациенты, обратившиеся с жалобами на симптомы ИППП в РЦДВ, ЛЖВ и «здоровый» контингент из отдела освидетельствования РЦ «СПИД».

Исследование образцов СКВК и СККК проводилось методом иммуноферментного анализа на анти-ВИЧ, анти-ВГС и анти-сифилис согласно инструкций, прилагаемых к тест-системам, а образцы СККК исследовались по протоколу, разработанному в РЦККЛДИБ и протоколу проведения серологического этапа ДЭН за ВИЧ-инфекцией, гепатитом С и сифилисом, разработанному РЦ «СПИД» Казахстан (2006г.). Статус позитивных и негативных на ВИЧ и ВГС образцов устанавливается по результатам тестирования образцов СКВК по схеме:

- а) Скрининговый ИФА
- б) Экспертный ИФА

Статус позитивных и негативных на сифилис образцов устанавливался по результатам тестирования образцов СКВК по схеме:

- а) Экспертный ИФА

5. Этические вопросы

ДЭН в КР проводится в целях эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией с последующим планированием ответных мероприятий и не является научно-исследовательской работой. При проведении ДЭН обеспечивается соблюдение всех этических принципов эпидемиологического исследования: конфиденциальность информации, безопасность, анонимность и добровольность участия, потенциальная польза (для респондентов и общественного здравоохранения), минимизация рисков. Сотрудники, привлеченные к проведению ДЭН, обеспечивают условия, при которых принадлежность участников к ключевой группе не разглашается, и максимальную защиту конфиденциальности собранных данных. Персонал был обучен методике проведения эпидемиологических исследований в соответствии с требованиями соблюдения прав человека.

5.1. Конфиденциальность и анонимность

Для идентификации респондентов в процессе ДЭН использовалась анонимная система кодирования, которая не предусматривает использование личных данных (фамилии, имени, адреса респондентов и т.д.). От респондента не требовалось подписывать какие-либо документы в ходе исследования (информированное согласие на участие, ведомость при получении вознаграждения и пр.) в связи с анонимностью участия.

Персонал, участвующий в проведении ДЭН, ни под каким предлогом не имел право разглашать данные респондентов, или любую касающуюся их информацию, ставшую известной при проведении исследования и должен сохранять тайну бессрочно. Разглашение тайны участия в исследовании могло произойти только в определенных ситуациях, предусмотренных законодательством КР.

В случае положительного результата на тестируемые инфекции в рамках ДЭН не допускался розыск респондентов.

5.2. Добровольность участия

Участие в ДЭН являлось добровольным, респонденты могли прекратить его в любое время и на любом этапе. До начала интервью каждый потенциальный респондент был проинформирован о целях, задачах и процедурах ДЭН. В выборку были включены только те представители дозорной группы, которые дали добровольное информированное согласие на участие во всех компонентах исследования (интервью и сдача крови на ВИЧ, ВГС, сифилис), при отказе от любого из компонентов респондент исключался из исследования. Согласие респондента на основе предоставленной ему информации об условиях участия на всех этапах сбора данных бралось в устной форме. Отказ потенциального респондента от участия в ДЭН, или каких-либо его компонентах, не оказывало влияние на возможность получения им профилактических и других услуг, предусмотренных для данной дозорной группы.

5.3. Безопасность данных

Доступ к данным участников ДЭН ограничен и открыт только для персонала, участвующего в сборе и анализе данных на дозорных сайтах. Все бумажные версии хранятся в закрытом помещении, куда нет доступа посторонним. Все электронные версии защищены паролем.

5.4. Потенциальная польза от участия в исследовании

Все услуги предоставлялись на бесплатной основе.

Прямая польза:

- Тестирование на ВИЧ, ВГС и сифилис с предоставлением результатов обследования, а также с проведением до и послетестового консультирования, в том числе по снижению поведенческих рисков;
- Перенаправление в соответствующие организации здравоохранения для получения услуг по окончательной диагностике ВИЧ-инфекции/ВГС/сифилиса, консультированию, диспансеризации и лечению в случае положительных результатов теста на ВИЧ и/или ВГС и/или сифилис;

- Предоставление презервативов, шприцев, ИОМ согласно выявленным потребностям респондента;
- Перенаправление участников в соответствующие партнерские организации при возникновении дополнительных потребностей в профилактических, медицинских и социальных услугах. ;

Непрямая польза:

Результаты ДЭН будут учитываться при планировании профилактических программ для дозорных групп. Таким образом, все представители дозорной группы в конечном итоге смогут извлечь пользу в будущем.

5.5. Предупреждение рисков

В период участия в ДЭН респонденты могли бы подвергнуться риску, если их личность или цель участия стали бы известными за пределами мест сбора данных. Для предупреждения таких ситуаций использовалась анонимная система кодирования респондентов, персонал обязался не разглашать тайну участия, мероприятия для рекламы исследования не проводились за пределами дозорной группы, приглашительные купоны или другие раздаточные материалы не содержали информацию о целях исследования и дозорной группе.

Забор крови осуществлялся в дозорных пунктах/участках, размещенных на базе организаций здравоохранения, медицинских частей ИК, или мобильных медицинских пунктов (стационарные или мобильные пункты доверия, дружественные кабинеты, СПИД-сервисные НПО, кабинеты забора крови). В местах сбора серологических данных соблюдались все меры предосторожности для минимизации рисков при заборе крови из пальца согласно нормативной документации.

Так как исследование является связанным, участники имели возможность получить результаты тестирования на ВИЧ, ВГС и сифилис с предоставлением послетестового консультирования.

Сопоставление участников ДЭН с участниками профилактических программ по УИК и контроль достоверности ответов не были предусмотрены.

5.6. Вознаграждение

Каждый респондент из числа ЛУИН или МСМ, прошедший исследование получал в виде вознаграждения платежную карту для пополнения мобильного баланса (Beeline, Megacom, O) номиналом 300 единиц, и еще по 100 единиц за каждого респондента, прошедшего ДЭН и предоставившего полученный вербовочный купон.

Каждый респондент из числа СР, прошедший исследование, получал в виде награды платежную карту для пополнения мобильного баланса (Beeline, Megacom, O) номиналом 300 единиц в г.Ош и Жалал-Абад.

6. Ввод и проверка качества, анализ, передача и хранение данных

6.1. Ввод поведенческих данных

После сбора и проверки данные из бумажных форм были перенесены в соответствии с разработанной инструкцией в программу Е-ДЭН, которая была разработана и внедрена проектом ICAP. В данной программе предусмотрена возможность ввода данных на уровне областных Центров СПИД, которые в момент ввода сразу передаются на национальный уровень, а также автоматизация расчета всех национальных индикаторов.

В настоящем раунде ДЭН также пилотировался планшетный ввод данных в нескольких дозорных сайтах. Данные вносились непосредственно в ходе проведения интервью в программу Е-ДЭН, минуя регистрацию данных в бумажных формах.

Результаты тестирования на ВИЧ, ВГС и сифилис также вносились в базу данных программы Е-ДЭН после получения информации из лаборатории. Все введенные данные составляют электронную базу ДЭН. Вопросники хранятся в запираемом шкафу (кабинете), на компьютерах установлен пароль, имеются резервные копии баз данных ДЭН.

6.2. Проверка качества введенных данных

В программе Е-ДЭН были предусмотрены переходы и блокировки во избежание следующих видов ошибок:

- несоответствующие, «выпадающие» значения - чрезмерно большие или маленькие (например, возраст респондента не должен быть менее 18 лет, или не может быть больше 100, респондент женского пола в колонии для мужчин и пр.);
- несоблюдение переходов (отсутствуют ответы там, где должны быть проставлены и имеются там, где не должны быть);
- нелогичные ответы - заполненные значения в полях, которые должны быть пустыми (например, отмечено отсутствие половых контактов в течение последних 30 дней, но дан ответ об использовании презерватива при последнем половом контакте в течение последних 30 дней и пр.).

С целью исключения ошибок проводилась проверка базы данных по следующим параметрам:

- пропущенные значения (если в вопросах без переходов общее количество ответов меньше, чем число респондентов в выборке);
- неверная нумерация купонов при применении методологии РДС;

Указанная проверка была осуществлена путем использования фильтров в Excel файле – условное форматирование, а также команды «Частоты» модуля «Анализ данных» программы Epi Info. В случае обнаружения ошибок проводилась сверка данных в электронном формате с бумажным вариантом вопросника и с внесением необходимых исправлений. Если значения бумажного формата совпадали с электронной базой, то специалист по обработке данных обращался к интервьюеру, заполнявшему данный вопросник, с целью выяснения и исправления ошибок.

6.3. Анализ данных

Анализ данных проводился отдельно для каждой дозорной группы с использованием соответствующих компьютерных программ:

- RDS-Analyst.
- Epi Info – для выборок, кроме РДС (систематическая, кластерная, обусловленная местом и временем или «снежный ком»).

Описательный анализ проводился по следующим данным:

- социально-демографические данные;
- индикаторы инъекционного поведения (стаж употребления наркотиков инъекционным путем, вид употребляемых наркотиков, использование нестерильного инструментария, употребление наркотиков в случайной группе);
- индикаторы полового поведения (практика использования презервативов, количество и типы половых партнеров);
- наличие симптомов ИППП и получение медицинской помощи;
- уровень знаний о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции;
- охват профилактическими программами;
- охват тестированием на ВИЧ-инфекцию и знание результатов;
- другие переменные, предусмотренные вопросником;
- распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса.

Те же переменные анализировались в каждом дозорном сайте в разбивке по полу, возрастным группам и продолжительности пребывания в дозорной группе.

Ассоциативный анализ

В ходе анализа данных изучалась ассоциация (сила связи) между вероятностью инфицирования ВИЧ, ВГС, сифилисом с различными факторами (уровень знаний о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции, наличие практик опасного полового и инъекционного поведения, охват профилактическими вмешательствами).

В ходе анализа производился расчет национальных показателей, который был автоматизирован в программе E-ДЭН.

7. Распространение и использование данных

Результаты анализа представлены в виде консолидированного описательного отчета в формате Word с включением графиков и диаграмм. Твердые копии отчета на республиканском уровне будут распространены среди всех заинтересованных лиц и структур. Электронные версии отчетов о проведении ДЭН будут размещены на официальных сайтах (РЦ «СПИД» и МЗ КР). Также результаты ДЭН будут подготовлены в виде презентаций (формат Power Point) для представления на тематических конференциях.

8. Управление качеством данных

8.1. Обеспечение качества данных

Управление качеством обеспечивалось на всех этапах проведения ДЭН с целью минимизации ошибок и получения достоверных результатов, отражающих реальную ситуацию в дозорной группе. Ответственными за качество результатов ДЭН были заведующие эпидемиологическим и лабораторным отделами ОГЦ «СПИД».

8.2. Оценка качества проведения ДЭН

Внешняя оценка качества осуществлялась специалистами РЦ «СПИД» совместно со специалистами ПРОЕКТА ПРООН/ГФ, а также двумя внешними экспертами.

При осуществлении контроля качества проведения ДЭН учитывались следующие аспекты:

1. Соответствие целям и задачам системы эпидемиологического надзора и анализ документов, придающих ДЭН законный статус.
2. Процедуры ДЭН.
3. Этические вопросы ДЭН.
4. Ресурсы, используемые для проведения ДЭН.
5. Процедуры сбора поведенческих данных.
6. Процедуры сбора серологических данных.
7. Управление данными, анализ и использование данных.
8. Менеджмент данных.

9. Персонал, вовлеченный в проведение ДЭН и план подготовки

Состав команды, реализующей ДЭН, определялся с учетом имеющихся кадровых и материальных ресурсов. Основные функции возлагались на сотрудников ОГЦ «СПИД» (эпидемиологи, помощники эпидемиологов, лабораторные работники), медицинских сестер пунктов доверия и дружественных кабинетов, сотрудников НПО, координация – на заведующих эпидемиологическим отделом и лабораторией.

Обучение персонала было проведено в 2017 году. За организацию и проведение ДЭН на национальном уровне отвечает РЦ «СПИД». В обязанности РЦ «СПИД» в рамках проведения ДЭН входит: методическая поддержка, обеспечение внешнего контроля качества, сбор данных, обобщенный анализ данных и подготовка национального отчета.

10. Алгоритм действий персонала при возникновении непредвиденных событий

В каждом дозорном сайте ответственный специалист принимал необходимые меры для обеспечения безопасности персонала, в том числе по предотвращению аварийных ситуаций при работе с биоматериалом, по безопасной утилизации скарификаторов и материалов, применяемых при заборе крови, по предотвращению возникающих конфликтов. Факторы, обуславливающие отклонения от стандартного алгоритма сбора данных и действия персонала при возникновении таких ситуаций в зависимости от этапов участия респондента детально описаны в приложении к протоколу ДЭН.

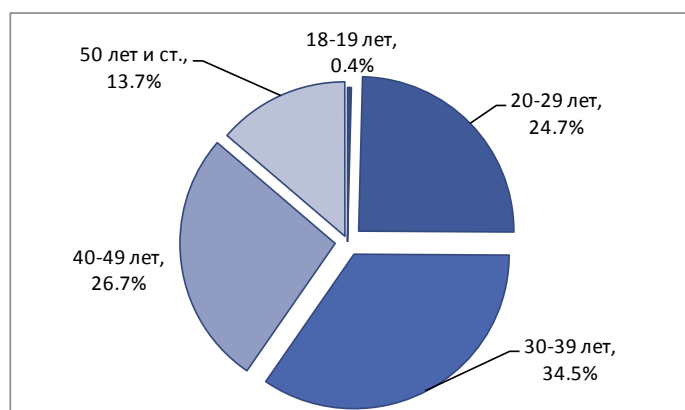
11. Результаты ДЭН среди осужденных

11.1. Социально - демографическая характеристика

Пенитенциарная система Кыргызской Республики состоит из 33-х учреждений, включающих 6 следственных изоляторов (для содержания следственно арестованных), 15 колоний поселений, 12 исправительных колоний, в том числе одна женская колония и одна воспитательная колония для несовершеннолетних. В условиях высокого темпа распространения ВИЧ-инфекции на уровне страны необходимо постоянное слежение за уровнем распространенности ВИЧ и рискованными моделями поведения тюремного населения, обуславливающими высокий риск инфицирования. Целью такого слежения является предотвращение возникновения вспышки ВИЧ-инфекции среди осужденных и планирования профилактических программ. В процессе проведения ДЭН в исследование было включено 994 осужденных, отбывающих наказание в исправительных колониях Государственной системы исполнения наказания, в возрасте от 18 лет и старше при условии добровольного и анонимного участия.

Половозрастная структура: среди опрошенных респондентов удельный вес мужчин составляет 94,6%. Минимальный возраст опрошенных осужденных составил 18 лет, максимальный 83 года, средний возраст 37,5 лет (медиана 36,5). В структуре опрошенных преобладали лица в возрастной категории от 30 до 49 лет – 61,2%.

Рис. 5 Возрастное распределение осужденных в совокупной выборке, ДЭН, КР, 2016г.



При анализе осужденных по возрастным группам в разбивке по колониям (табл. №1), возрастная категория 30-39 лет преобладает во всех ИК (29,6%-40,3%), за исключением ИК №47 и 8 в которых больше трети респондентов (от 38,8% до 42,7%) была в возрасте 20-29 лет.

Возрастное распределение осужденных свидетельствует о повышенной криминальной активности мужчин зрелого возраста (30–49 лет) в сравнении с иными возрастными категориями.

Табл. 11 Возрастная структура опрошенных осужденных в разрезе по учреждениям ГСИН, ДЭН, 2016г.

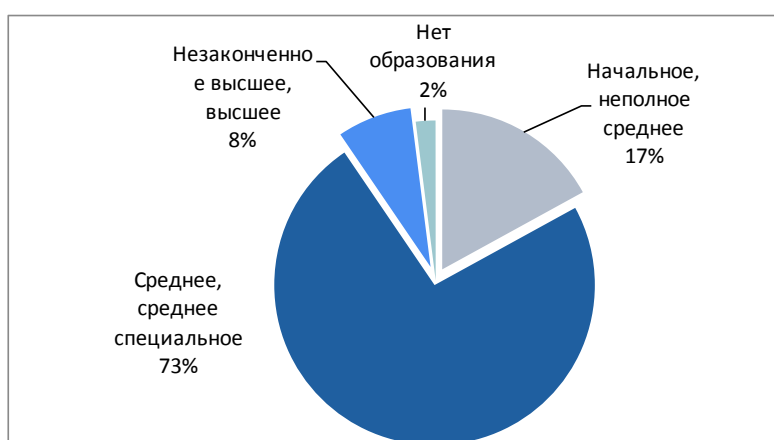
Дозорный участок	Возрастные категории				
	18-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50 и ст.
ИК №1 (N=161)	1 (0,6%)	26 (16,1%)	56 (34,8%)	55 (34,2%)	23 (14,3%)
ИК №2 (N=54)	0	11 (20,4%)	16 (29,6%)	19 (35,2%)	8 (14,8%)
ИК №3 (N=179)	0	18 (10,1%)	67 (37,4%)	60 (33,5%)	34 (19%)

ИК №47 (N=80)	0	31 (38,8%)	25 (31,3%)	11 (13,8%)	13 (16,3%)
ИК №16 (N=161)	0	35 (21,7%)	56 (34,8%)	45 (28%)	25 (15,5%)
ИК №10 (N=100)	1 (1%)	33 (33%)	36 (36%)	17 (17%)	13 (13%)
ИК №31 (N=62)	0	13 (21%)	25 (40,3%)	19 (30,6%)	5 (8,1%)
ИК №8 (N=143)	1 (0,7%)	61 (42,7%)	44 (30,8%)	28 (19,6%)	9 (6,3%)
ИК №27 (N=54)	1 (1,9%)	18 (33,3%)	18 (33,3%)	11 (20,4%)	6 (11,1%)
Всего (N=994)	4 (0,4%)	246 (24,7%)	343 (34,5%)	265 (26,7%)	136 (13,7%)
Бишкек (N=894)	3 (0,3%)	213 (23,8%)	307 (34,3%)	248 (27,7%)	123 (13,8%)
Жалал-Абад (N=100)	1 (1%)	33 (33%)	36 (36%)	17 (17%)	13 (13%)

Образование

Большинство осужденных имеют среднее или средне-специальное образование (73,5%), почти пятая часть респондентов получили только начальное образование (17,1%) и 18 респондентов (1,8%) ответили, что вообще не имеют образования.

Рис. 6 Образование осужденных, ДЭН, КР, 2016г.

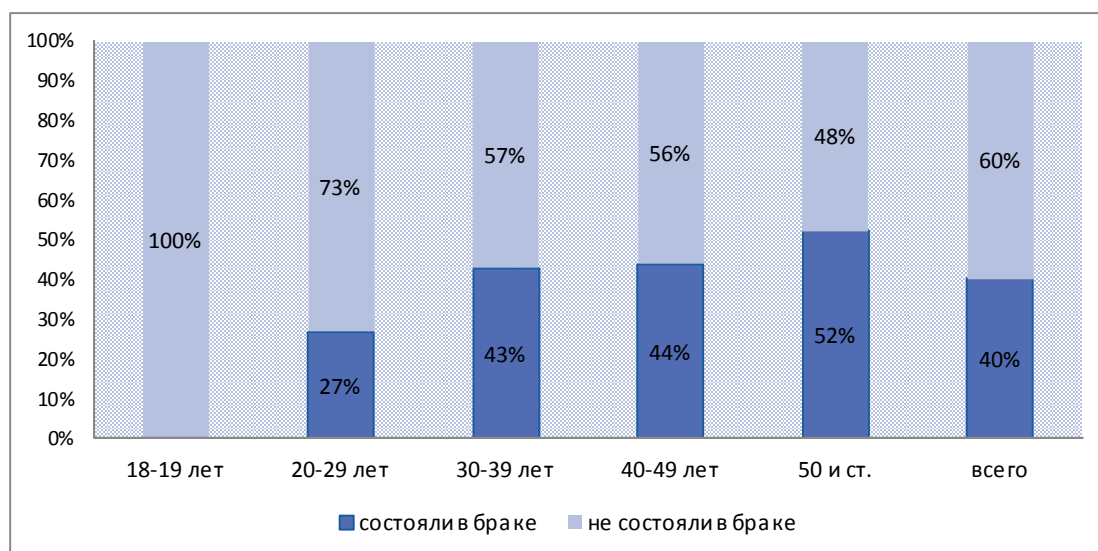


Семейное положение

Результаты исследования свидетельствуют о том, что большинство осужденных не состоят в браке (60%).

Семейный статус осужденных изменяется в зависимости от возрастной категории. Среди респондентов в возрасте 18-19 лет все респонденты холостые, доля состоявших в браке осужденных увеличивается от 20 лет к возрасту 50 лет и старше от 27% до 52%.

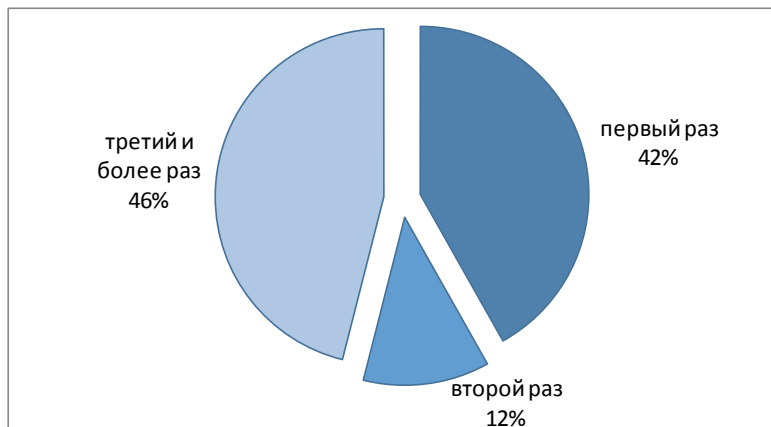
Рис. 7 Семейное положение в разбивке по возрасту, ДЭН, КР, 2016г.



Кратность пребывания в местах лишения свободы

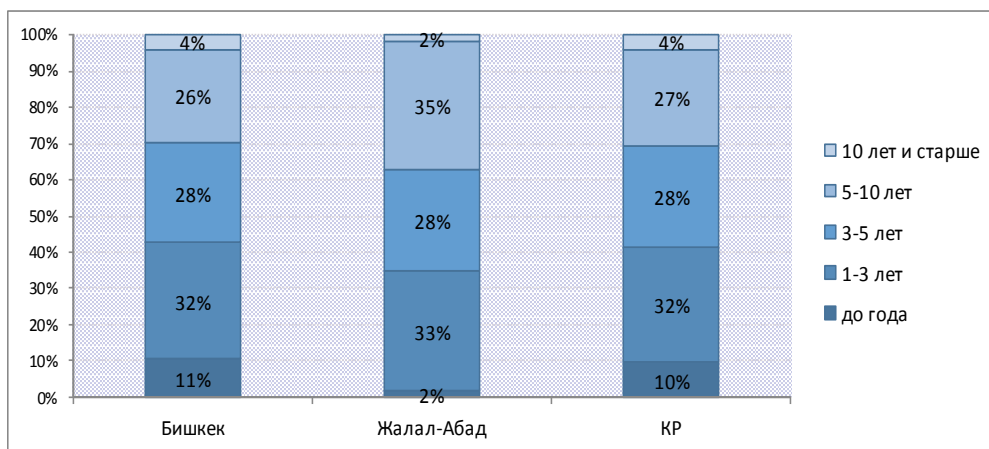
Лица, которые находились в местах лишения свободы в первый раз, составили 42%, во второй раз – 12%, и 46% респондентов находились в МЛС на момент опроса в третий и более раз.

Рис. 8 Кратность заключения респондентов, ДЭН, КР, 2016г.



В исследование, примерно в равных долях, вошли респонденты с различной длительностью заключения (примерно по 30% сидевших от 1 до 3 лет, от 3 до 5 лет и от 5 до 10 лет), меньше всего в выборке оказалось респондентов, сидевших на момент проведения опроса менее 1 года и больше 10 лет, (всего 14%).

Рис. 9 Длительность заключения респондентов, ДЭН, КР, 2016г.



Место проживания до заключения (город, село)

Из общего количества опрошенных осужденных чуть более половины респондентов (52%) до заключения проживали в городах.

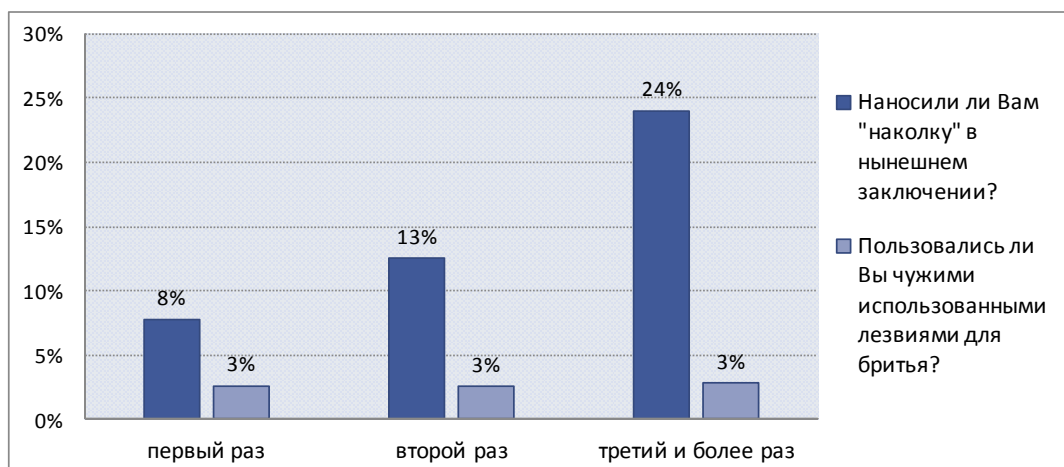
11.2. Поведенческие показатели

Нанесение татуировок и использование чужих лезвий

В общем среди опрошенных осужденных доля респондентов, наносивших себе наколку или использовавших чужие лезвия для бритья в ИК низкая (15,8% и 2,7% соответственно). Причем, наколку осужденные себе наносят намного чаще, чем пользуются чужими лезвиями. И при этом частота нанесения наколок возрастает в три раза среди осужденных, находившихся в заключении третий и более раз. Зависимости

частоты использования чужих лезвий от кратности нахождения в МЛС не было обнаружено.

Рис. 10 Доля осужденных, наносивших татуировку в колонии и пользовавшихся чужими лезвиями в зависимости от кратности заключения, ДЭН, КР, 2016г.



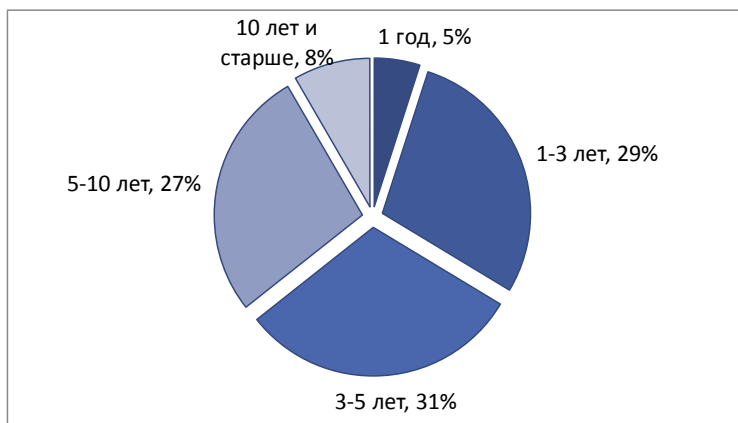
Мнение респондентов о рискованном поведении осужденных в колонии, где проводился ДЭН (вопросы об употреблении инъекционных наркотиков и о половых контактах в ИК).

С момента запуска и до нынешнего раунда ДЭН в исправительных колониях была принята практика опосредованного опроса тюремного населения из опасений, что осужденные не будут отвечать на прямые вопросы об их собственном инъекционном и половом поведении. Но в 2016 году анкеты были пересмотрены и вопросы осужденным задавались напрямую. Задавая вопросы напрямую, специалисты пытались увидеть общие практики полового и инъекционного поведения осужденных. Не исключено, что доля респондентов, которая признается в употреблении инъекционных наркотиков или в том, что практикует половые контакты в МЛС, будет несколько занижена из-за специфики местопребывания группы.

Из общего количества опрошенных респондентов 14,4% признались, что употребляют наркотики инъекционным путем во время пребывания в ИК за последние 12 месяцев.

Важно отметить, что доля ЛУИН среди осужденных резко возрастает после одного года пребывания в местах лишения свободы почти в 6 раз (с 5% до 29%).

Рис. 11 Доля осужденных, употребляющих инъекционные наркотики в зависимости от длительности нахождения в местах лишения свободы (МЛС), ДЭН, КР, 2016г.



Из числа осужденных-ЛУИН 13,3% имели половые связи с женщинами за последние 12 месяцев и всего 26,3% использовали презерватив.

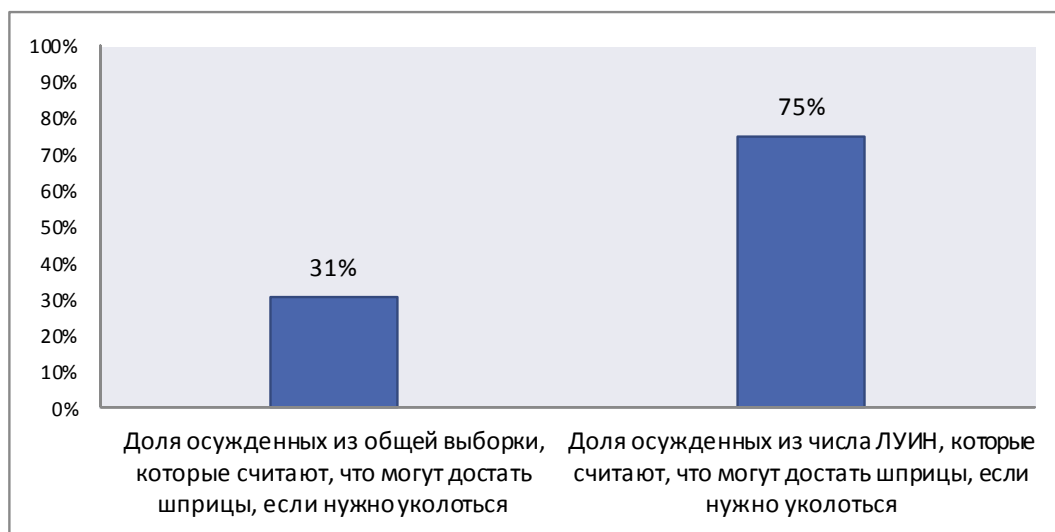
Хотя большинство осужденных-ЛУИН (85,6%) сообщили о том, что за последние 30 дней пользовались одноразовой новой иглой и шприцем, они при этом могли практиковать то или иное опасное инъекционное поведение: набирать раствор из общей посуды (56,7%); покупать наркотик, уже заправленный в шприц, (51,9%); перекачивать наркотик из одного, уже использованного шприца, в другой (38,5%) и все еще пользуются использованным чужим шприцем 15,4%. И всего 16% (23) осужденных-ЛУИН использовали стерильный шприц и иглу и не практиковали при этом опасное инъекционное поведение.

Рис. 12 Инъекционное поведение осужденных, ДЭН, КР, 2016г.



Третья часть респондентов из общей выборки и большинство респондентов из числа осужденных-ЛУИН (75%, N=143) уверена, что при необходимости осужденные могут достать шприцы.

Рис. 13 Мнение осужденных о доступности стерильных шприцев, ДЭН, КР, 2016г.

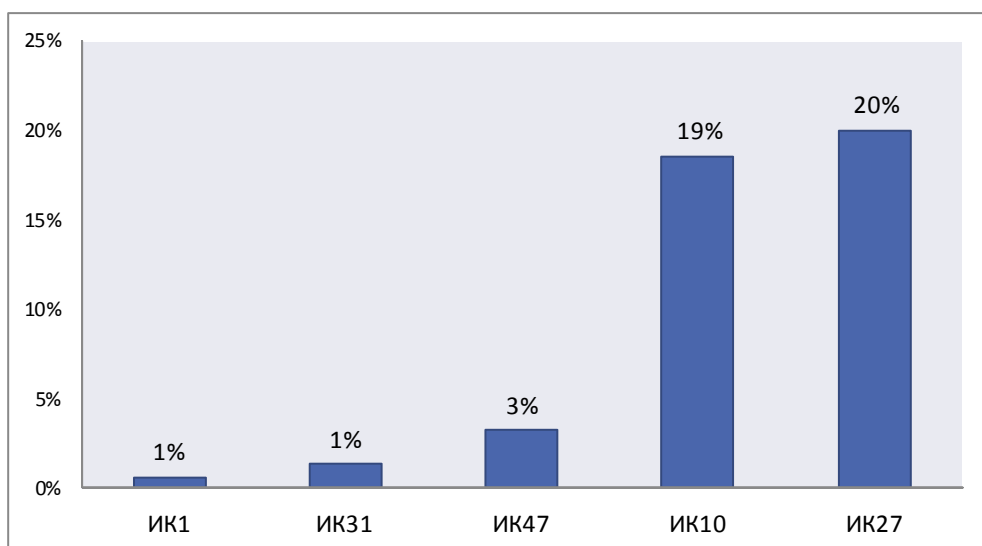


В отношении половых связей четверть респондентов ответили, что имели половые контакты с женщинами во время пребывания в ИК за последние 12 месяцев, и отрицали половые контакты с другими осужденными-мужчинами, хотя при этом 5,6% респондентов на вопрос о половых контактах с осужденными-мужчинами ответили «не знаю/не помню». Из ответов респондентов известно, что всего 26,3% использовали презерватив. Среди осужденных, имеющих половые контакты с противоположным полом за последние 12 месяцев (N=252) 39,7% ответили, что могут достать при необходимости презервативы.

11.3. Симптомы ИППП и поиск лечения

Из общего числа (994) опрошенных, у 3,4% (n=34) был хотя бы один симптом ИППП за последние 12 месяцев, за исключением ИК № 2, 3 и 8, одна из которых является женской колонией. Половина (52,9%) респондентов, у кого были симптомы ИППП, обратились в медицинскую часть. Основной причиной, по которым не обращались за медицинской помощи 38,2% респондентов отметили, что жалобы прошли сами.

Рис. 14 Наличие хотя бы одного симптома ИППП за последние 12 месяцев среди осужденных в разбивке по дозорным пунктам (ИК), ДЭН, 2016г.



11.4. Уровень знаний о ВИЧ-инфекции

Всего 21,2% опрошенных осужденных, были осведомлены о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики ВИЧ, и данный показатель оказался на 7% ниже в сравнении с 2013г. (28,6%).

Табл. 12 Доля осужденных, которые правильно указывают о мерах профилактики ВИЧ половым путем, в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ, ДЭН, 2016г.

Наименование дозорного сайта/области	Всего		Мужчины		Женщины	
	До 25 лет	25 лет и >	До 25 лет	25 лет и >	До 25 лет	25 лет и >
г.Бишкек	8	24	8	23	0	35
	22		22		31	
Жалал-Абадская	0	12	0	12	0	0
	11		11		0	
Итого	7	23	7	22	0	35
	21		21		31	

Уровень знаний у осужденных г. Бишкек в два раза выше по сравнению с г. Жалал-Абад, также уровень знаний женщин выше в 1,5 раза по сравнению с мужчинами-осужденными.

11.5. Охват тестированием на ВИЧ

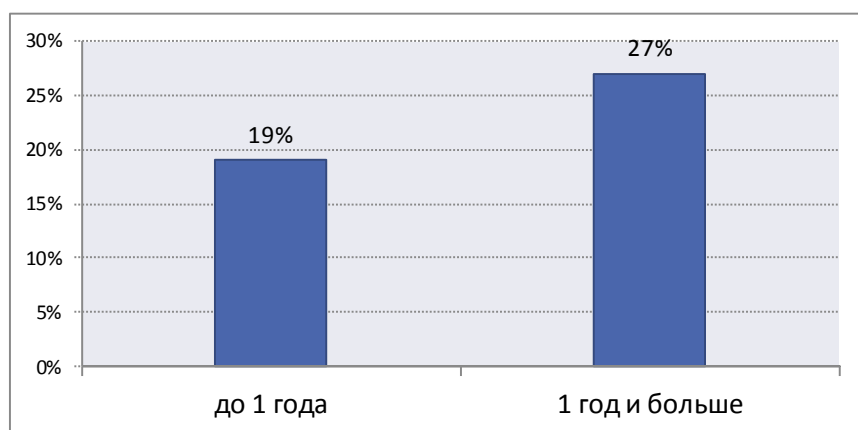
Охват осужденных тестированием оценивался двумя способами: (1) охват тестированием с предоставлением результата, и (2) охват тестированием, с предоставлением до и после-тестового консультирования и сообщением результата. По обоим индикаторам произошло уменьшение показателя в 1,75 раза по первому и в 1,5 раза по второму в сравнении с 2013 годом.

Табл. 13 Процент осужденных, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты в разбивке по годам и по дозорным сайтам, ДЭН, 2016г.

Дозорный участок	Тестирование, предоставление результатов и полное консультирование		Тестирование и предоставление результатов	
	2013	2016	2013	2016
ИК №27 (N=20);(N=54)	60%	5,6%	60%	11,10%
ИК №31 (N=31);(N=62)	74,2%	41,9%	74,2%	51,6%
ИК №1 (N=96);(N=161)	45,8%	23%	49%	28%
ИК №47 (N=33);(N=80)	30,3%	11,3%	39%	17,5%
ИК№16 (N=80);(N=161)	31,3%	26,1%	36,3%	31,1%
ИК №2 (N=31);(N=54)	64,5%	35,2%	77,4%	55,6%
ИК№3 (N=109);(N=179)	41,3%	22,3%	45,9%	27,9%
ИК №8 (N=50);(N=143)	40%	11,2%	42%	11,2%
ИК№10(N=300);(N=100)	24,3%	15%	30%	16%
Всего (N=750);(N=994)	36,3%	20,8%	41,2%	26,1%

Не обнаружено значимого влияния срока пребывания в МЛС на прохождение тестирования на ВИЧ со знанием своего результата ($p > 0,05$; ДИ 0,94-2,74).

Рис. 15 Охват тестированием со знанием своего результата в зависимости от срока пребывания в МЛС, ДЭН, КР, 2016г.



11.6. Охват профилактическими программами

Получение и использование презервативов

Охват профилактическими программами оценивался по предоставлению трех услуг – предоставление шприцев, презервативов и ИОМ. По результатам исследования отмечается значительное снижение охвата профилактическими программами осужденных по сравнению с 2013 годом с 22% до 13% в целом по всем учреждениям, кроме ИК №16 и №10, где охват не изменился. Но при таком низком охвате профилактическими программами 31% респондентов сообщают, что смогут при необходимости достать шприцы и 37% - презервативы.

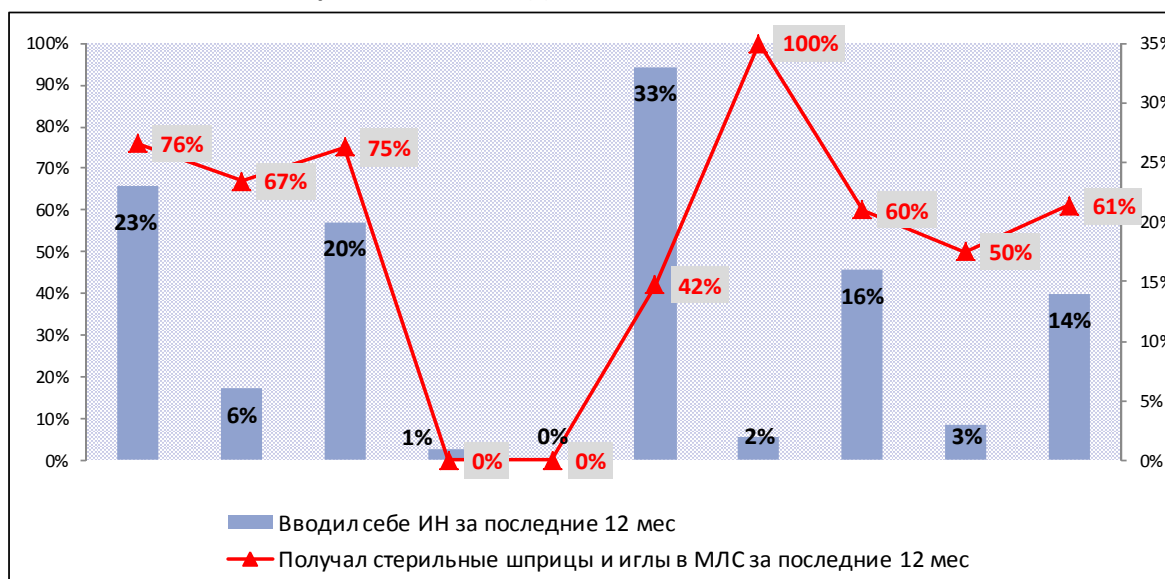
Табл. 14 Охват осужденных профилактическими программами, ДЭН, 2013г., 2016г.

	2013	2016
ИК 8	44%	1%
ИК 27	35%	2%
ИК 31	52%	7%
ИК 47	30%	6%
ИК 2	6%	2%
ИК 1	52%	24%
ИК 3	35%	26%
ИК 16	14%	15%
ИК 10	3%	4%
КР	22%	13%

Инъекционное поведение и получение стерильных шприцев и игл.

Самое большое количество осужденных, употребляющих инъекционные наркотики за последний год наблюдается в ИК №16 - 33% (53). В остальных учреждениях от 1% до 23% осужденных указывали на употребление наркотиков через шприц. В ИК №10 все опрошенные осужденные отрицали употребление инъекционных наркотиков. В ИК №8 1% осужденных употребляют инъекционные наркотики и никто из них не получил стерильные шприцы и иглы за последние 12 месяцев.

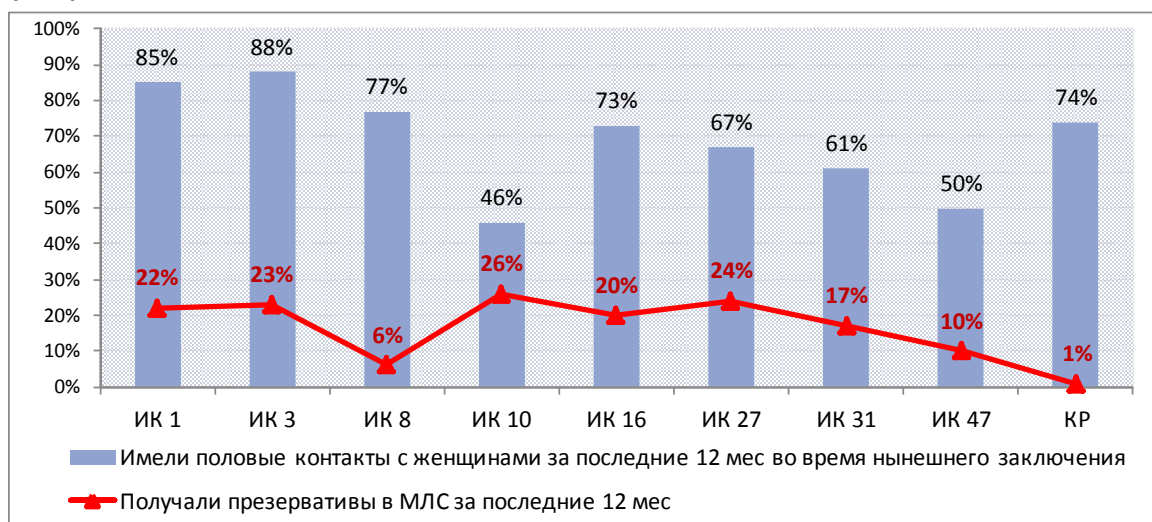
Рис. 16 Употребление инъекционных наркотиков и получение стерильных шприцев и игл за последние 12 месяцев, в разбивке по ИУ, ДЭН, 2016г.



Половое поведение и получение презервативов

По всем учреждениям 25% респондентов имели половые связи с женщинами во время пребывания в ИК за последние 12 месяцев. Самое большое количество половых контактов за последний год наблюдается в ИК №10 (53%) и ИК №47 (49%), но, при этом, в ИУ №47 всего 10%, и в ИУ №10 всего 26% респондентов (имевших половые связи за последние 12 мес.) получали презервативы в МЛС за последние 12 месяцев. В целом по стране только 1% получили презервативы в МЛС за последние 12 месяцев.

Рис. 17 Наличие половых связей с женщинами за последние 12 месяцев и получение презервативов в МЛС, ДЭН, 2016г.



Влияние доступа к услугам на поведение и знания респондентов

В ходе анализа оценивалось влияние доступа к услугам на поведение и знания респондентов. Охват услугами, вне зависимости от количества предоставленных услуг, значительно повлиял на частоту использования презерватива при последнем свидании, знание путей передачи ВИЧ и способы защиты от инфицирования, а также на прохождение тестирования на ВИЧ за последние 12 месяцев, P-value <0.05.

Табл. 15 Воздействие профилактических услуг на знания и поведение осужденных, ДЭН, КР, 2016г.

Охват 3-мя услугами	OR	CI	P-value
Использовали презерватив при последнем свидании	3,35	1,39-8,09	P<0,05
Знает мнимые пути передачи ВИЧ и способы защиты от инфицирования	4,62	3,06-6,98	P<0,05
Тестировался и знает результат	2,07	1,40-3,06	P<0,05
Тестировался, прошел консультирование и знает результат	2,74	1,84-4,08	P<0,05
Были симптомы ИППП	0,65	0,19-2,18	P>0,05
Охват 2-мя услугами	OR	CI	P-value
Использовали презерватив при последнем свидании	2,88	1,26-6,58	P<0,05
Знает мнимые пути передачи ВИЧ и способы защиты от инфицирования	4,51	3,01-6,77	P<0,05
Тестировался и знает результат	2,0	1,36-2,92	P<0,05
Тестировался, прошел консультирование и знает результат	2,56	1,73-3,78	P<0,05
Были симптомы ИППП	0,61	0,18-2,03	P>0,05

Среди тех, кто тестировался, знал свой результат и получил полное консультирование, было значительно больше респондентов, которые правильно определяли мнимые пути передачи ВИЧ и способы защиты от передачи ВИЧ-инфекции, p <0,05. В данном случае

можно предположить, что, либо знающие чаще тестируются, либо во время тестирования респонденты получали информацию о ВИЧ-инфекции.

Табл. 16 Воздействие знаний на поведение осужденных, ДЭН, КР, 2016г.

Знает мнимые пути передачи ВИЧ и способы защиты от инфицирования	OR	CI	P-value
Использовали презерватив при последнем свидании	1,42	0,62-3,25	P>0,05
Тестировался и знает результат	1,85	1,29-2,66	P<0,05
Тестировался, прошел консультирование и знает результат	2,33	1,60-3,40	P<0,05
Были симптомы ИППП	0,51	0,15-1,71	P>0,05

Оценка профилактических программ осужденными

Для оценки проводимых профилактических программ среди осужденных, задавались вопросы о длительности, кратности пользования услугами и удовлетворенности ими. На национальном уровне отмечается очень низкий охват профилактическими программами - 17%, с максимальным значением в ИК №3 (29%) и минимальным в ИК №8 (1%).

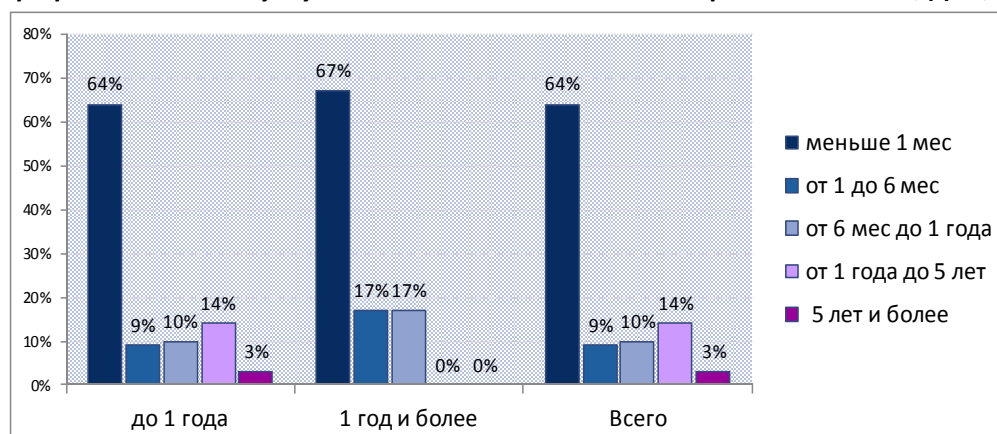
Практически все участники профилактических программ указали, что получают достаточно профилактических услуг (от 77% до 100%). По всем сайтам, свыше 67% осужденных были довольны получаемыми услугами.

Табл. 17 Оценка профилактических программ осужденными, ДЭН, КР, 2016г.

Сайты	Пользуются или пользовались ранее	Достаточно получают профилактических услуг	Довольны услугами	Получали хотя бы одну из услуг (презервативы, шприцы, ИОМ)
ИК №1	30%	100%	100%	53%
ИК №2	8%	100%	100%	26%
ИК №3	29%	100%	100%	58%
ИК №8	1%	100%	100%	12%
ИК №10	13%	77%	85%	53%
ИК №16	18%	100%	93%	26%
ИК №27	6%	100%	67%	32%
ИК №31	18%	100%	73%	34%
ИК №47	7,6%	100%	83%	30%
КР	17%	98%	95%	38%

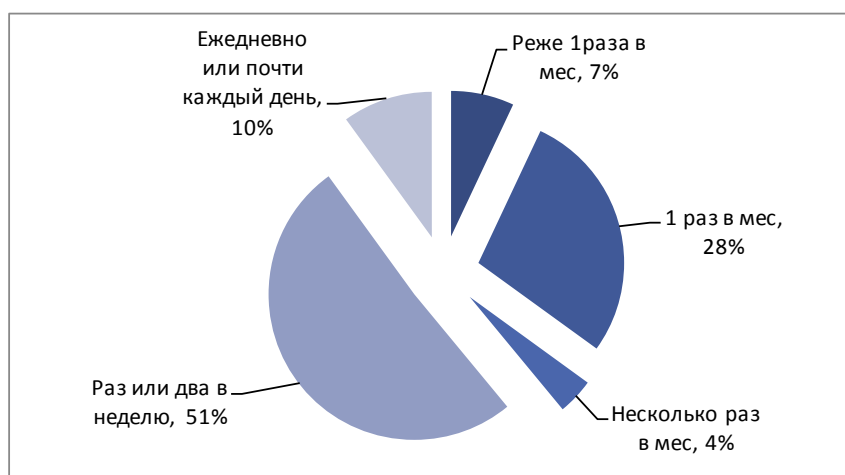
Больше половины получающих услуги профилактических программ являются их участниками менее 1 месяца (64%). В разбивке по стажу пребывания в ИК нет существенной разницы.

Рис. 18 Длительность пользования услугами организаций, предоставляющих профилактические услуги в зависимости от стажа пребывания в ИК, ДЭН, КР, 2016г.



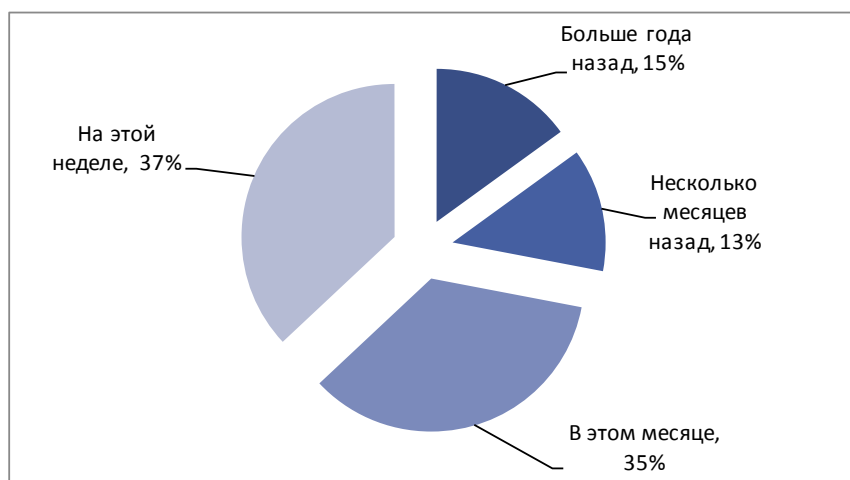
Подавляющее большинство осужденных, получают услуги профилактических программ раз или два раза в неделю (51%).

Рис. 19 Кратность получения услуг в организациях, предоставляющих профилактические услуги, ДЭН, КР, 2016г.



Большинство респондентов (72%) получали профилактические услуги в течении месяца, когда проводился опрос.

Рис. 20 Когда последний раз пользовался услугами организаций, предоставляющих профилактические услуги, ДЭН, КР, 2016г.



11.7. Серологические показатели

За период с 2013 г. по 2016 г. распространенность ВИЧ среди осужденных увеличилась в 1,5 раза (с 7,6% до 11,3%). В разбивке по исправительным учреждениям повышение распространенности ВИЧ-инфекции отмечается в большинстве колоний, исключая ИК № 1, 16, 27, 47.

Резкий рост числа осужденных с ВИЧ-положительным статусом среди в ИК №31 объясняется тем, что 2016 года все осужденные с туберкулезом, который является оппортунистической инфекцией, стали получать лечение в данном учреждении централизованно.

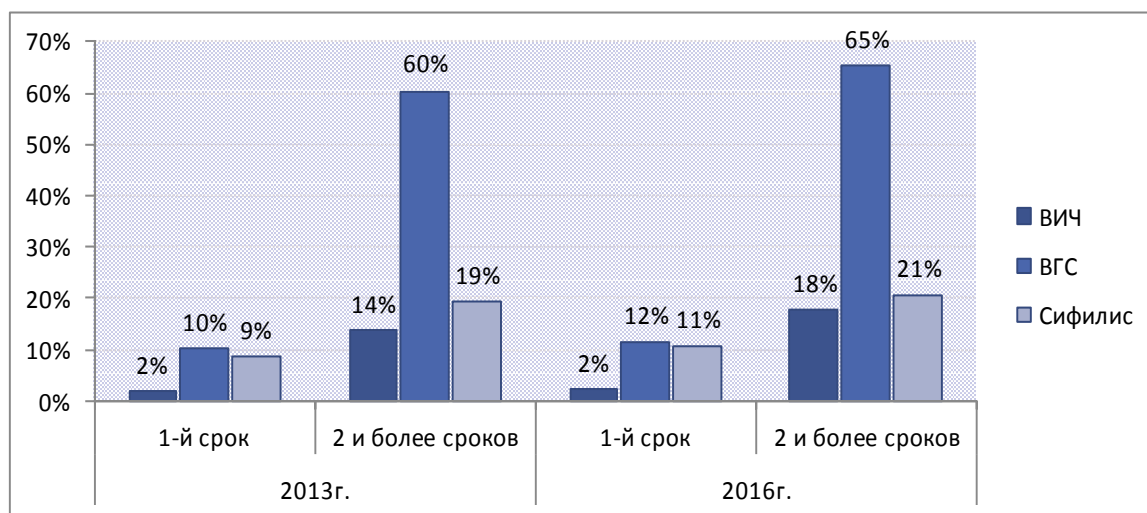
Табл. 18 Распространенность ВИЧ по исправительным колониям, ДЭН, 2013г., 2016г.

Дозорный участок	Показатель распространенности	
	2013	2016
ИК №27 (N=20); (N=54)	15%	0%
ИК №31 (N=31); (N=62)	6,6%	29%
ИК №1 (N=96); (N=161)	11,3%	11,8%
ИК №47 (N=33); (N=80)	12,1%	10%
ИК №16 (N=80); (N=161)	23,8%	19,3%
ИК №2 (N=31); (N=54)	0%	5,6%
ИК №3 (N=109); (N=179)	11%	16,2%
ИК №8 (N=50); (N=143)	0%	0,7%
ИК №10 (N=300); (N=100)	1,7%	3%
Всего (N=750); (N=994)	7,6%	11,3%

При анализе распространенности ВИЧ среди осужденных в зависимости от времени нахождения в МЛС не было обнаружено значимой разницы, так например у лиц, находящихся в местах лишения свободы более 3 лет, распространенность ВИЧ-инфекции практически не отличается (12,7%), от распространенности среди осужденных с меньшим сроком пребывания в МЛС (10,9%).

Напротив, кратность нахождения в МЛС значимо влияет на распространенность всех трех инфекций среди осужденных: среди лиц, попавших в заключение во второй или более раз распространенность ВИЧ выше в 8 раз, ВГС в 6 раз и антител к сифилису в три раза, как в 2013г., так и в 2016г.

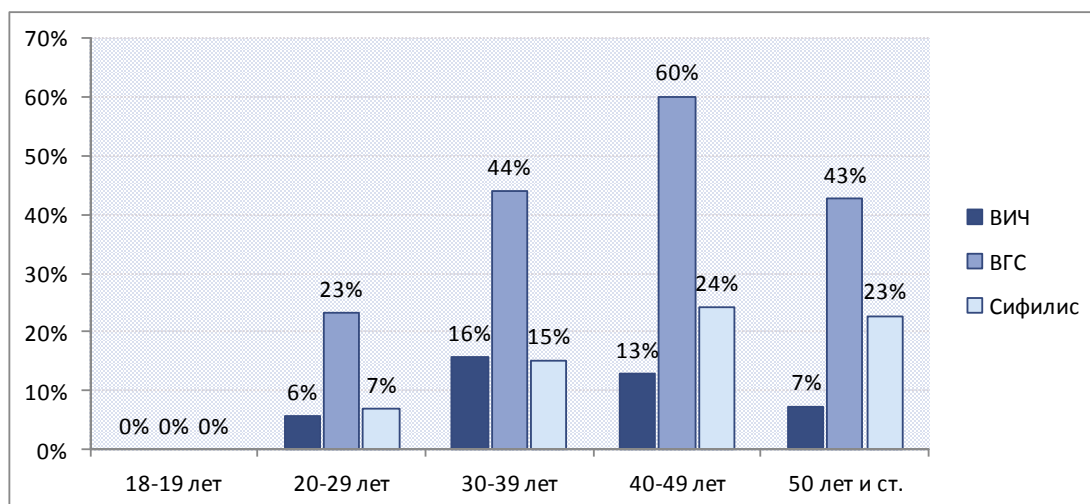
Рис. 21 Распространенность ВИЧ, ВГС и выявление антител к сифилису среди осужденных в зависимости от кратности заключения, ДЭН, КР, 2013г., 2016г.



Распространенность вирусного гепатита С в общей совокупности увеличилась в 1,2 раза в 2016г по сравнению с 2013г, (34,5% против 42,8%). Отмечается четкая динамика увеличения распространенности вирусного гепатита С в зависимости от возраста (до 60% среди лиц в возрасте 40-49 лет). Следует также подчеркнуть отсутствие выявленных случаев ВИЧ-инфекции, гепатита и сифилиса у осужденных в возрасте до 19 лет и значительно более низкие показатели у лиц до 29 лет, по сравнению со старшими возрастными группами. Таким образом, чем старше респонденты, тем выше распространенность ВИЧ, ВГС и антител к сифилису.

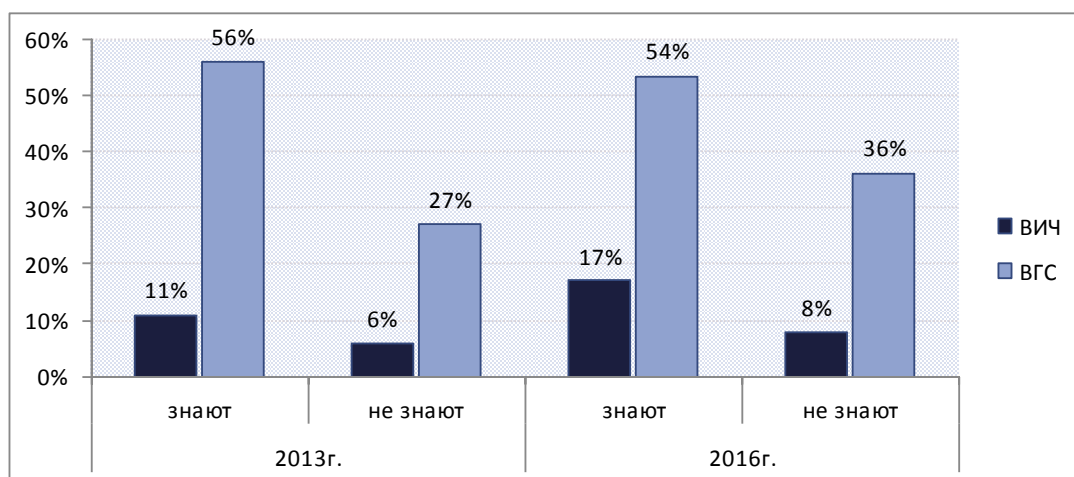
Максимальная распространенность ВИЧ-инфекции наблюдалась у лиц в возрасте 30-39 лет, а распространенность антител к сифилису – 40-49 лет.

Рис. 22 Распространенность ВИЧ, ВГС и выявление антител к сифилису среди осужденных в зависимости от возраста, ДЭН, КР, 2016г.



Показатель распространенности ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита С выше среди тех осужденных, которые правильно отмечали истинные и мнимые пути передачи ВИЧ-инфекции, возможно это связано с тем, что после обнаружения положительного результата тестирования респонденты больше интересуются вопросами ВИЧ-инфекции.

Рис. 23 Распространенность ВИЧ и ВГС среди осужденных в зависимости от знания истинных и мнимых путей передачи ВИЧ, ДЭН, КР, 2013г., 2016г.



Несмотря на стабилизацию распространения вирусного гепатита С в пенитенциарных учреждениях, данный показатель остается высоким на уровне всей совокупности (42,8%), а в некоторых колониях достигал 68,9% (ИК №16). При этом, в четырех (ИК № 1, 3, 16, 31) из девяти дозорных пенитенциарных учреждениях распространенность ВГС составляла более 50% и распространенность ВИЧ в этих же колониях находится в пределах с 11% до 29%.

В целом показатель антител к сифилису за 2016г. вырос на 2,5% в сравнении с 2013г., также в разрезе по учреждениям ГСИН отмечается тенденция к увеличению, кроме ИК №2 и ИК №31.

Табл. 19 Распространенность ВГС и выявление антител к сифилису по годам и дозорным пунктам, ДЭН, КР, 2016г.

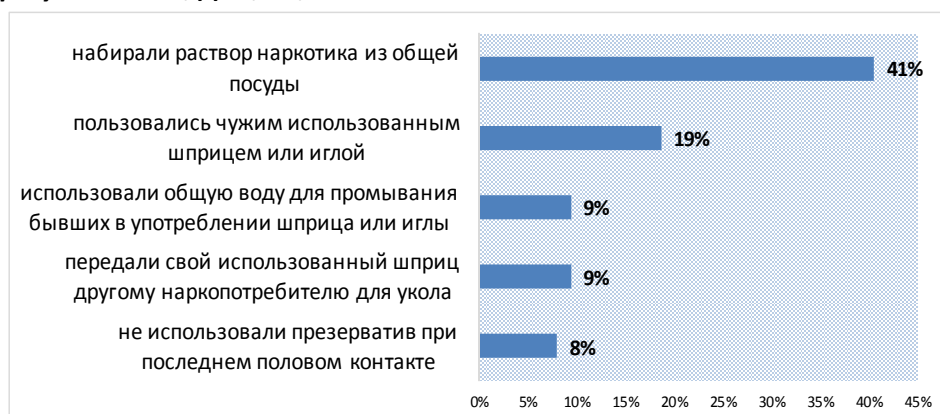
Дозорный пункт	Показатель распространённости ВГС		Антитела к сифилису	
	2013	2016	2013	2016
ИК №27 (N=20); (N=54)	80%	11,1%	10%	16,7%
ИК №31 (N=31); (N=62)	50%	53,2%	23%	19,4%
ИК №1 (N=96); (N=161)	58,7%	64,6%	15%	14,3%
ИК №47 (N=33); (N=80)	51,5%	25%	6%	12,5%
ИК №16 (N=80); (N=161)	69%	68,9%	20%	23,6%
ИК №2 (N=31); (N=54)	18,5%	22,2%	26%	24,1%
ИК №3 (N=109); (N=179)	57%	65,4%	23%	22,9%
ИК №8 (N=50); (N=143)	14%	10,5%	14%	7,7%
ИК №10 (N=300); (N=100)	7,3%	7%	7,7%	7%
КР (N=750); (N=994)	34,5%	42,8%	14%	16,5%

Половое и инъекционное поведение ВИЧ-положительных осужденных

Для оценки полового и инъекционного поведения среди ВИЧ-положительных осужденных, изучались вопросы об использовании презерватива при последней половой связи с женщиной и безопасном инъекционном введении наркотиков через шприц.

Среди ВИЧ-положительных, осужденных (N=112), 41% респондентов знали о своем ВИЧ-положительном статусе, 28,6% (32) из них вводили себе инъекционные наркотики за последние 12 месяцев. Среди осужденных-ЛУИН с ВИЧ-положительным статусом наблюдается опасное инъекционное поведение: 9,4% передавали свой использованный шприц другим наркопотребителям для укола, 9,4% использовали общую воду для промывания шприца или иглы, 40,6% набирали раствор наркотика из общей посуды, 18,7% использовали чужой ранее использованный шприц и всего 2,7% осужденных-ЛУИН с ВИЧ-положительным статусом использовали стерильный шприц и иглу, не практикуя при этом опасные инъекционные практики. Также, среди ВИЧ-положительных осужденных наблюдается опасное половое поведение: 8% имели незащищенный половой контакт с женщиной при последнем половом контакте.

Рис. 24 Половое и инъекционное поведение среди осужденных с ВИЧ-положительным результатом, ДЭН, КР, 2016г.



Основные выводы

1. Среди популяции осужденных отмечается увеличение распространенности ВИЧ с 7,6% в 2013г. до 11,3% в 2016г. Вырос также уровень распространенности вирусного гепатита С с 34,5% в 2013г. до 42,8% в 2016г.
2. Отмечается значительная разница в распространенности ВИЧ, ВГС и антител к сифилису в зависимости от кратности пребывания в ИК, что может свидетельствовать о большей распространенности опасного инъекционного и полового поведения среди тех, кто чаще отбывал наказание в МЛС.
3. В сравнении с 2013 годом почти во всех дозорных сайтах значимо (в 1,6 раза) уменьшилось количество осужденных прошедших тестирование на ВИЧ-инфекцию за последние 12 месяцев и знающих свои результаты (с 41,2%, до 26,1%), а также в 1,7 раза уменьшилось число осужденных, прошедших тестирование с полным консультированием до и после тестирования (с 36,3% до 20,8%)
4. В сравнении с 2013 годом отмечается значительное снижение охвата профилактическими программами осужденных (предоставление шприцев, презервативов и ИОМ) с 22% до 13% в целом по всем учреждениям, кроме ИК №16 и №10.
5. Отмечается значимое влияние уровня знаний о ВИЧ и охвата тестированием на ВИЧ-инфекцию на использование презерватива при последнем свидании ($P\text{-value} < 0.05$).
6. ВИЧ-позитивные осужденные, знавшие о своем статусе на момент проведения опроса (41%) практикуют опасное инъекционное и половое поведение: Так, 8% из ВИЧ+ осужденных не использовали презерватив при последней связи с лицом противоположного пола, 15% употребляли наркотики инъекционным путем, 3% передавали свой использованный шприц другим наркопотребителям, 2% использовали общую воду для промывания шприца или иглы, 8% набирали раствор наркотика из общей посуды, 5% использовали чужой ранее использованный шприц.

11.8. Рекомендации

1. Необходимо изучить причины снижения охвата осужденных профилактическими программами.
2. Для своевременного выявления ВИЧ-позитивных осужденных необходимо проводить работу по расширению рутинного добровольного тестирования данной группы с обязательным сопровождением консультированием до и после тестирования.
3. Выявленных ВИЧ-позитивных осужденных необходимо тщательно готовить к подключению к АРВ-лечению.
4. Медицинским специалистам, оказывающим услуги по уходу и лечению при ВИЧ, необходимо тщательно вести поддержку подключенных на АРВ-лечение пациентов, особенно в первые недели лечения для профилактики прерывания лечения по различным причинам (побочные эффекты, мифы о ВИЧ-инфекции и лечении, низкая информированность о ВИЧ и лечении, отсутствие мотивации и т.д.).

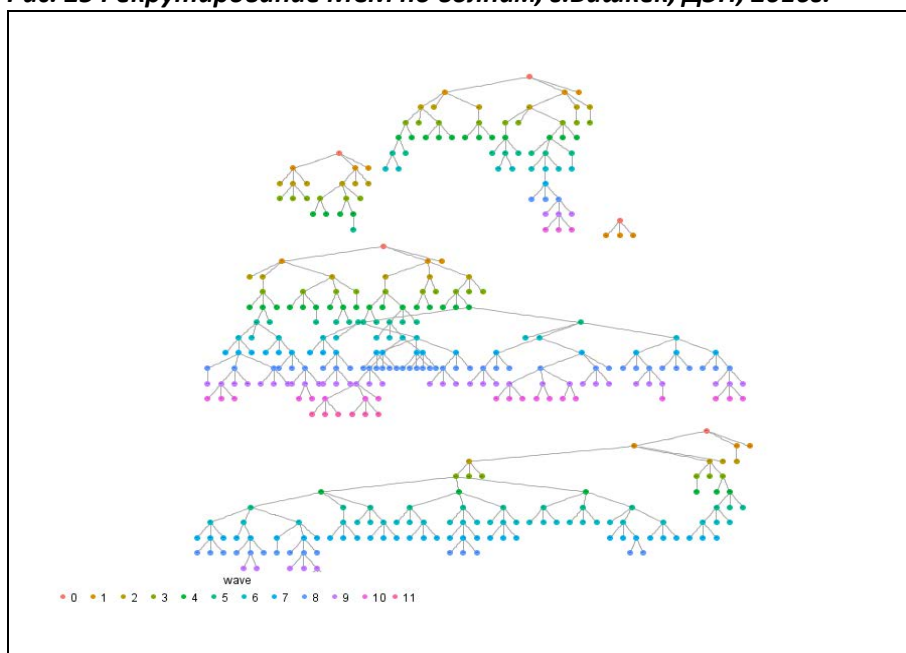
5. Сотрудникам НПО совместно с сотрудниками ГСИН продолжать оказывать помощь и содействие в работе по укреплению приверженности пациентов АРВ-лечению.
6. Улучшить преемственность между медицинскими службами для непрерывности АРВ-лечения осужденных (изучить ситуацию и наладить работу по продолжению АРВ-лечения осужденных после освобождения).
7. Осуществлять работу по изменению инъекционного и полового поведения ВИЧ - позитивных осужденных силами сотрудников НПО, работающих в ИУ.
8. Специалистам РЦ «СПИД» на регулярной основе осуществлять методическую и консультативную поддержку специалистов ГСИН по вопросам ВИЧ-инфекции.

12. Результаты ДЭН среди МСМ

12.1. Рекрутирование МСМ

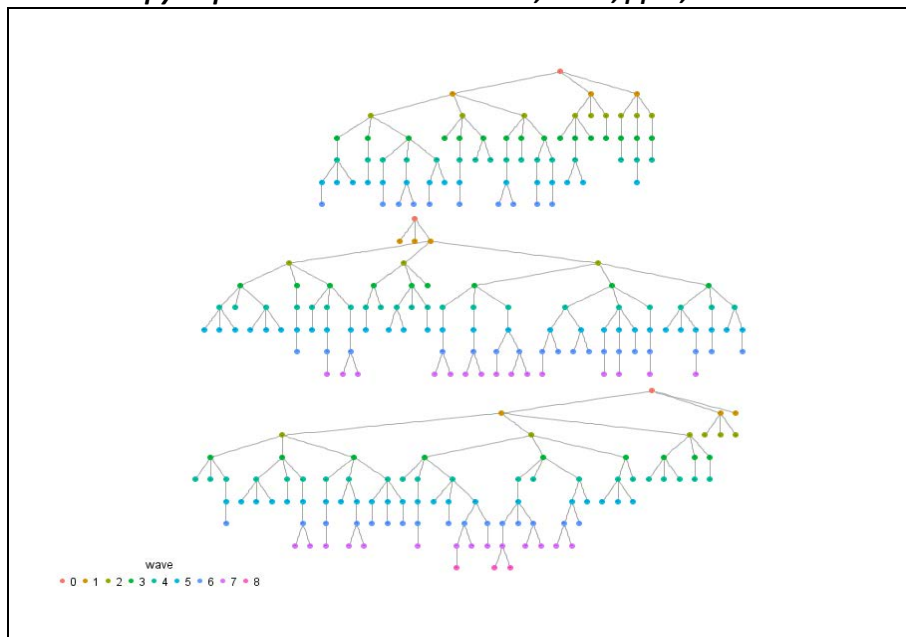
Для запуска процесса рекрутирования респондентов по методу РДС в рамках ДЭН предварительно были произведены расчеты необходимого количества семян. В г.Бишкек были запущены 4 семени, в ходе рекрутирования одно из семян не сработало и в последующем было отобрано и запущено новое семя. По г. Бишкек в группе МСМ в процессе набора выборки было достигнуто 11 волн.

Рис. 25 Рекрутирование МСМ по волнам, г.Бишкек, ДЭН, 2016г.



По аналогичным принципам были отобраны и запущены три семени в г.Ош, и в последующем все три семени сработали и выборка достигла 8 волн.

Рис. 26 Рекрутирование МСМ по волнам, г.Ош, ДЭН, 2016г.



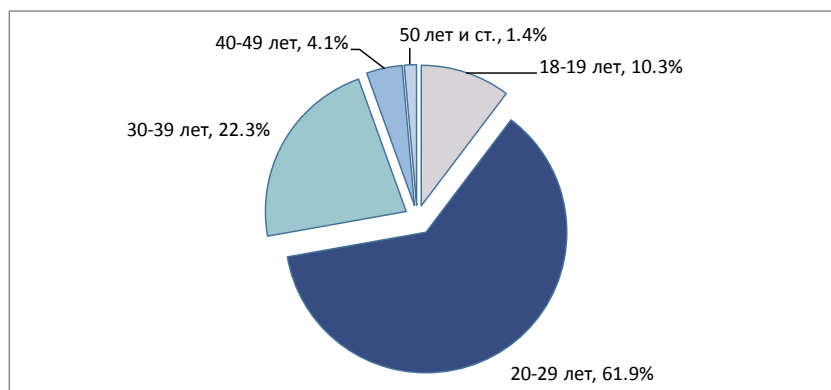
12.2. Социально - демографическая характеристика

Для оценки социально - демографической характеристики МСМ, изучались такие характеристики как пол, возраст, семейное положение, уровень образования и занятость.

Возрастная структура

Основная доля МСМ, попавших в исследование, были молодого возраста от 18 до 39 лет – 94,5%.

Рис. 27 Возрастное распределение МСМ, ДЭН, КР, 2016г.



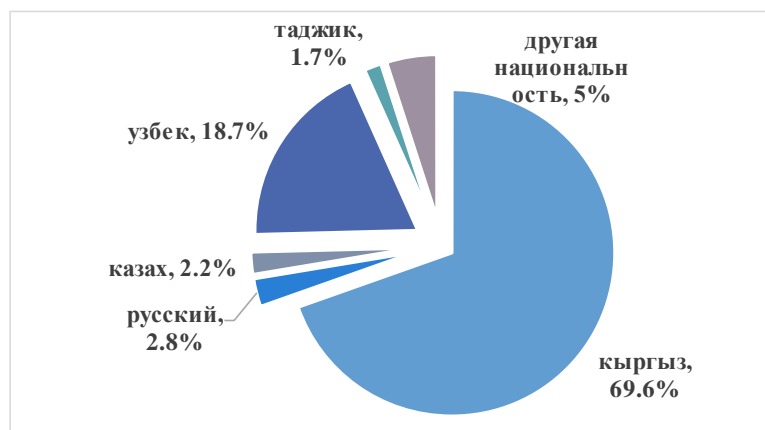
Средний возраст респондентов – 27 лет, медиана возраста – 25 лет. Минимальный возраст респондентов – 18 лет, максимальный – 58 лет.

Табл. 20 Возрастное распределение МСМ в разбивке по дозорным сайтам, ДЭН, 2016г.

Дозорный участок	Возраст					
	До 25 лет	25 лет и старше	Медиана	Средний	Минимум	Максимум
Бишкек	52,8%	47,2%	24	26	18	58
Ош	32,5%	67,5%	26	28	19	55

Большинство респондентов были кыргызской национальности (69,6%), узбеки составляли 18,7%, другая национальность – 5%. В г. Ош доля респондентов кыргызской и узбекской национальности незначительно отличалась (50,9% и 41,9% соответственно).

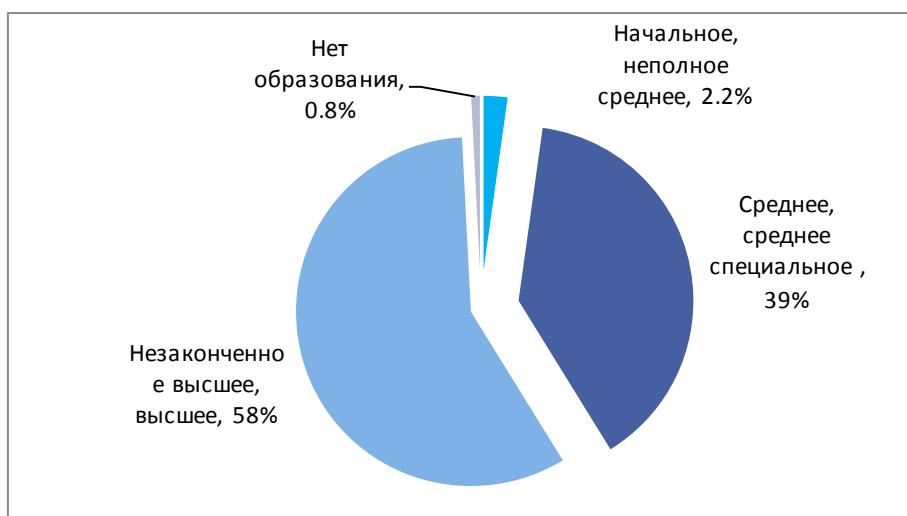
Рис. 28 Национальная принадлежность МСМ, ДЭН, КР, 2016г.



Образование

Большинство МСМ имеют образование: высшее образование (58%) и среднее и средне-специальное образование 39%.

Рис. 29 Уровень образования МСМ, ДЭН, КР, 2016г.



Социальный статус/Занятость

Подавляющее большинство МСМ (94,6%) на момент опроса работали или работали и учились, либо просто учились. Т.е. учащихся среди респондентов было 20%. Причем в разбивке по регионам работающих МСМ больше в г.Ош, а учащихся больше в г.Бишкек. Такая разница по регионам обусловлена тем, что большинство респондентов в г.Ош (67,5%) относились к возрастной группе 25 лет и старше.

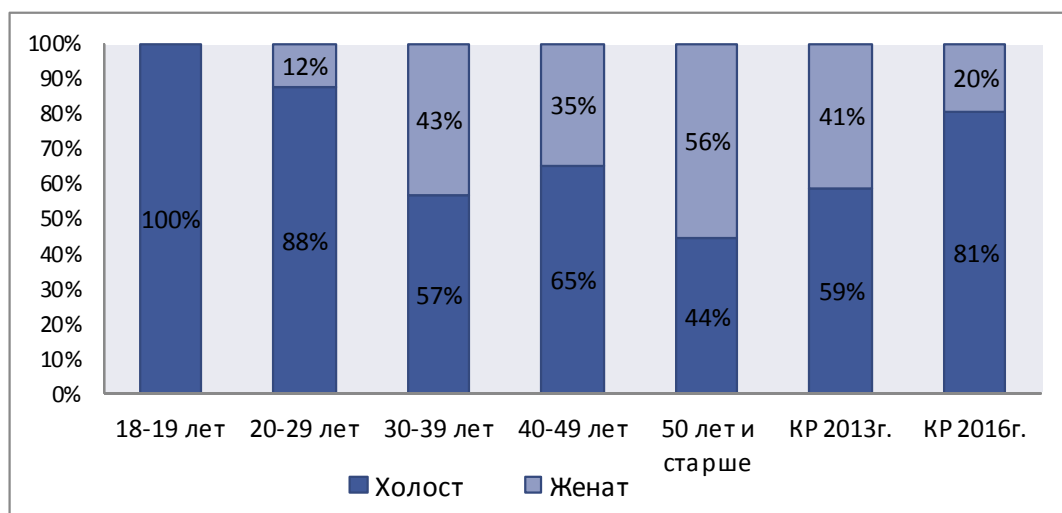
Табл. 21 Структура занятости МСМ в целом по выборке и в разбивке по регионам, ДЭН, 2016г.

Дозорный участок	Учусь	Работаю	Работаю и учусь	Не работаю и не учусь
Бишкек	15,4%	66,5%	10,1%	8%
Ош	7,2%	86%	4,9%	1,9%
КР	12%	74,6%	8%	5,5%

Семейное положение

Семейное положение респондентов отличается по регионам и по возрастным группам. В общей выборке доля МСМ, не состоящих в браке в 2016 году составляет 81%, доля женатых МСМ возрастает после 29 лет. В 2016 году в общей выборке оказалось в 2 раза больше МСМ, состоявших в браке, по сравнению с 2013 годом (20% и 41% соответственно).

Рис. 30 Семейный статус МСМ в зависимости от возраста, ДЭН, КР, 2016г.



В Бишкеке значительно больше МСМ не состоящих в браке (85,9%), по сравнению с г.Ош (48,7%).

Табл. 22 Семейное положение опрошенных МСМ в разбивке по регионам, ДЭН, 2016г.

Дозорный участок	Холост	Разведен	Вдовец	Женат
Бишкек	85,9%	8,5%	0%	5,6%
Ош	48,7%	11,7%	0,4%	39,2%
КР	70,5%	9,8%	0,2%	19,5%

Доход

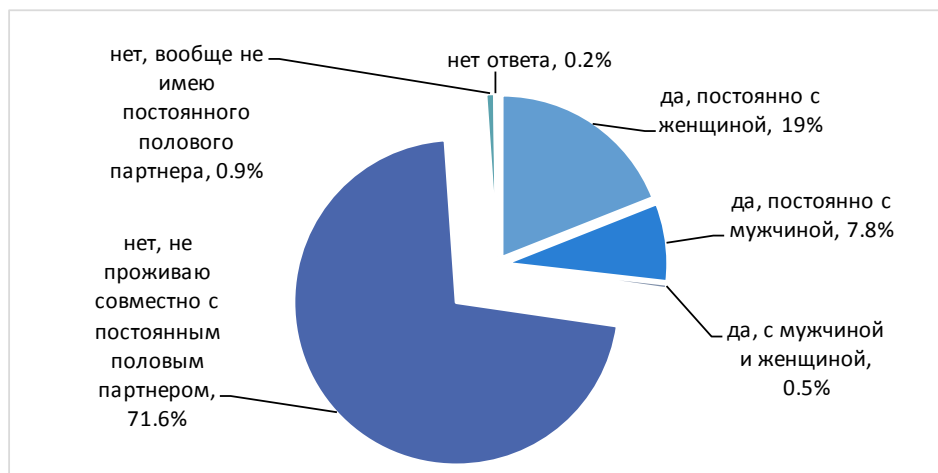
В общей выборке средний доход среди МСМ составил 18000 сом, медиана – 15000 сом. Не имеют совсем дохода 15,7% и до 10000 сом зарабатывают 16,4% респондентов. Половина опрошенных МСМ (52,1%) имеют доход от 10000 до 20000 сом. Остальные МСМ имеют доход от 20000 до 50000 сом.

12.3. Поведенческие показатели

Количество и категории половых партнеров МСМ

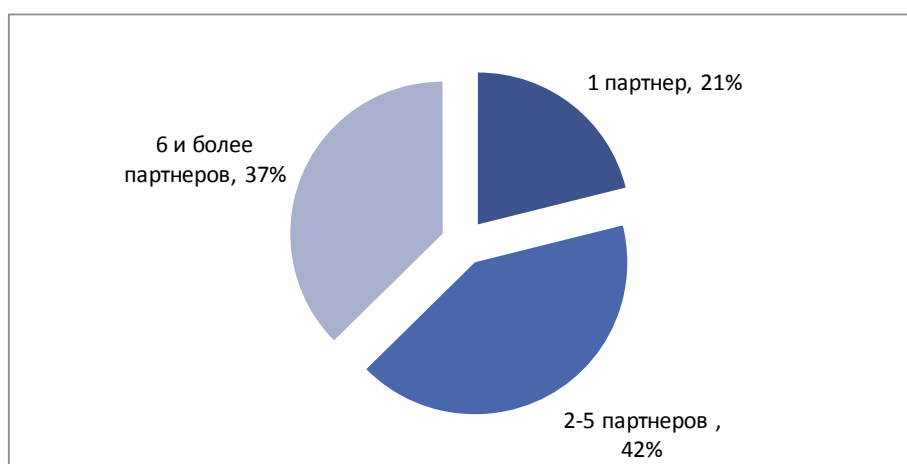
Практически все МСМ имели постоянного полового партнера, причем 19% из всех опрошенных МСМ постоянно проживали с женщиной, что может свидетельствовать о наличии высокого риска передачи ВИЧ-инфекции в общую популяцию через партнеров-женщин, особенно среди МСМ г.Ош, 39% которых женаты на женщине. Совместное проживание с мужчиной практикуется среди МСМ гораздо реже (8%).

Рис. 31 Совместное проживание с половым партнером, ДЭН, КР, 2016г.



Отмечается высокая сексуальная активность МСМ, большинство которых (78,9%) за последние 12 месяцев имели половые отношения более чем с одним партнером. В среднем за последние 12 месяцев у МСМ было 11 половых партнеров, медиана – 4, минимум – 1 и максимум 999 человек (МСМ/СР).

Рис. 32 Количество половых партнеров МСМ, ДЭН, КР, 2016г.



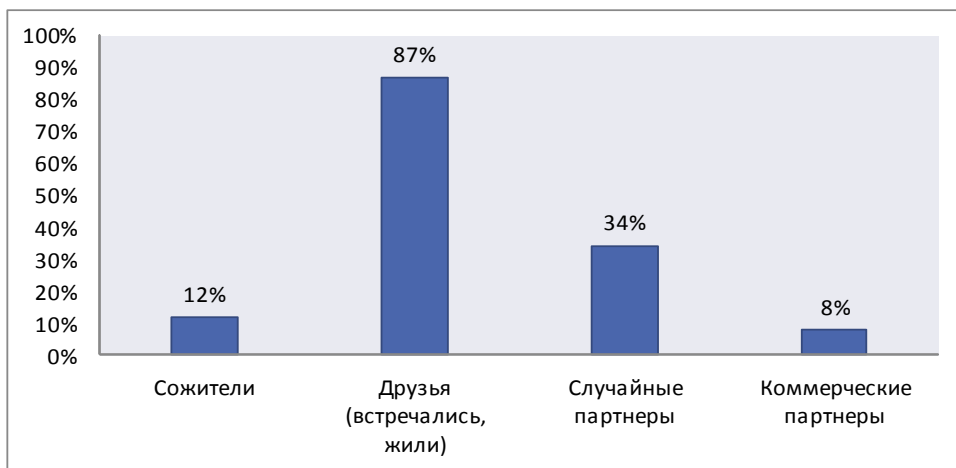
Средние значения и медиана по количеству половых партнеров в разбивке по сайтам значительно не отличались. Большое максимальное количество половых партнеров среди МСМ в г.Бишкек было обусловлено ответами МСМ, оказывающим коммерческие сексуальные услуги.

Табл. 23 Количество половых партнеров МСМ в разбивке по регионам, ДЭН, 2016г.

Сайты	Данные выборки				Популяционные данные	
	Среднее	Минимум	Максимум	Медиана	Среднее	Медиана
Бишкек	10	1	999	3	12	3
Ош	12	1	70	8	10	5

В разбивке по категориям половых партнеров оказалось, что МСМ чаще всего имели половых партнеров - друзей, с которыми встречались и жили (86,7%), но, также отмечается большое число связей со случайными половыми партнерами (34,3%) и с коммерческими половыми партнерами (7,8%). Сожители были у 11,7% МСМ.

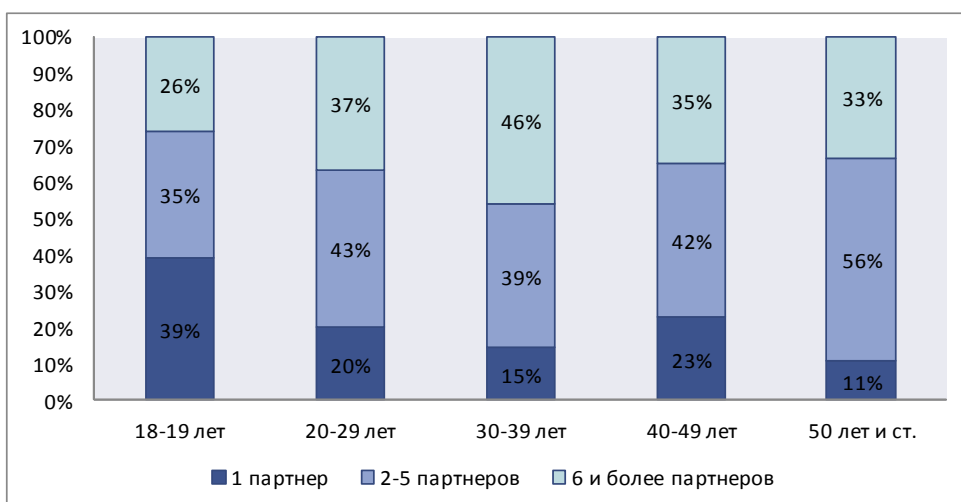
Рис. 33 Категории половых партнеров МСМ за последние 12 месяцев, ДЭН, КР, 2016г.



Рис

Опасная практика связи одновременно с несколькими половыми партнерами присутствует во всех возрастных группах и значительно возрастает с увеличением возраста респондентов.

Рис. 34 Количество половых партнеров среди различных возрастных групп МСМ за последние 12 месяцев, ДЭН, КР, 2016г.

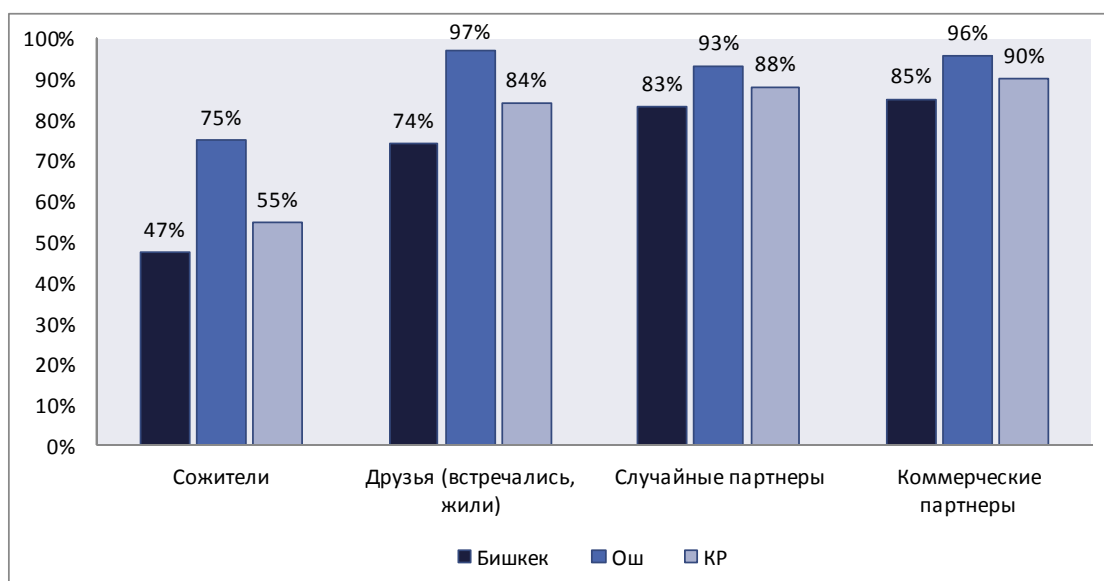


Половое поведение

Реже всего МСМ использовали презерватив при последнем анальном контакте с сожителем-мужчиной (55%), причем МСМ в г.Ош чаще используют презерватив с сожителем (75% использовали презерватив), чем в г.Бишкек (47%).

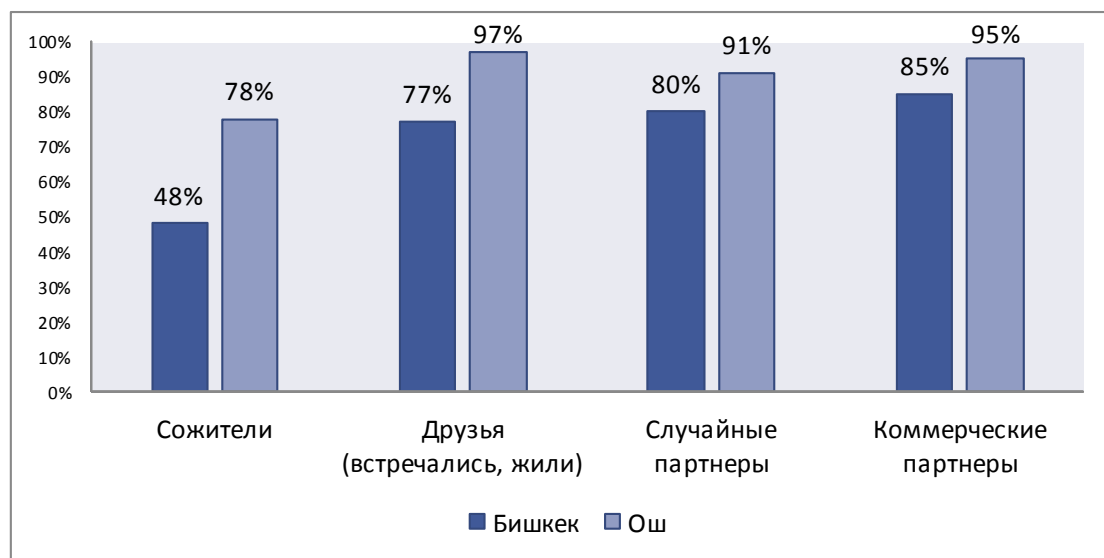
С остальными категориями половых партнеров также МСМ г.Бишкек чаще практикуют половые контакты без презерватива.

Рис. 35 Использование презервативов при последнем анальном половом контакте с партнерами-мужчинами по регионам, данные выборки, ДЭН, 2016г.



При изучении популяционных данных МСМ г.Бишкек также чаще практикуют опасное поведение по сравнению с МСМ г.Ош.

Рис. 36 Использование презерватива при последнем анальном половом контакте среди различных партнеров-мужчин по регионам, популяционные данные ДЭН, 2016г.



Если доля МСМ, использовавших презерватив при последнем анальном половом контакте в г.Бишкек увеличилась на 7% в 2016г. по сравнению с 2013г., то в г.Ош эта цифра практически не изменилась, но была значимо выше показателя в г.Бишкек (на 27% в 2016г.). На уровне всей выборки остается 20% респондентов, которые практикуют опасное половое поведение во время анального секса.

Табл. 24 Процент МСМ, указавших на использование презерватива при последнем анальном половом контакте с мужчиной по регионам, ДЭН, КР, 2013г., 2016г.

Дозорный участок	Использование презерватива при последнем анальном половом контакте с мужчиной	
	2013	2016
Бишкек	63,3%	70,1%
Ош	98%	96,6%
КР	82%	81,1%

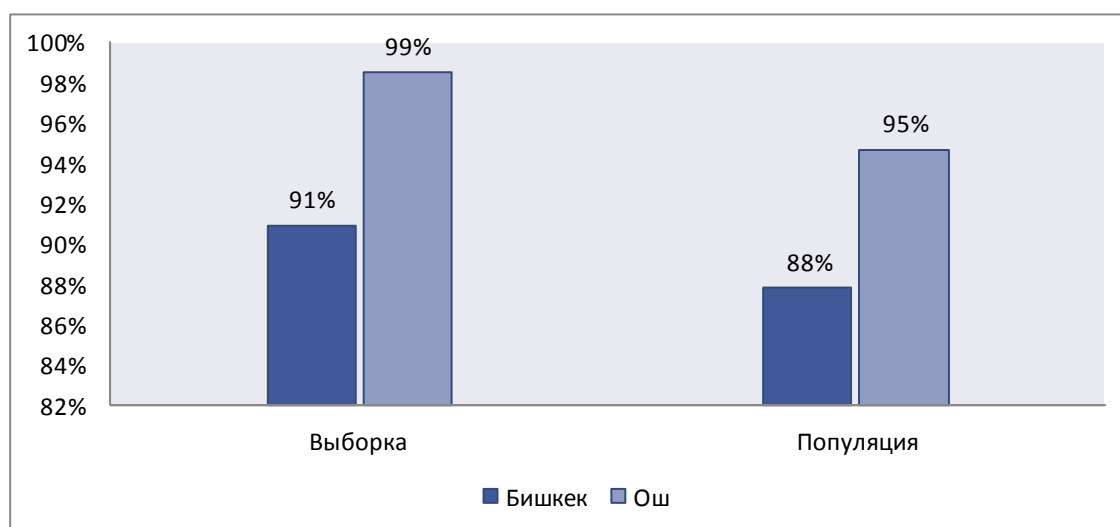
Основными причинами неиспользования презервативов при последнем анальном половом контакте с различными партнерами-мужчинами МСМ отмечают: отсутствие желания партнера; уверенность в «надежности» партнера; то, что использование презерватива им не нравится и отсутствие презерватива при себе.

Табл. 25 Причины неиспользования презерватива при последнем анальном половом контакте с различными партнерами-мужчинами, ДЭН, КР, 2016г.

Причины	Сожители	Друзья (встречались, жили)	Случайные партнеры	Коммерческие партнеры
Нет желания партнера	15,2%	1,2%	23,1%	20%
Не считаю необходимым	18,2%	3,7%	3,8%	-
«Надежный» партнер	78,8%	2,5%	7,7%	20%
Не нравится	18,2%	2,5%	26,9%	-
Не имел при себе	-	-	38,5%	60%
Негде было приобрести	-	-	3,8%	-
Был под воздействием алкоголя/наркотиков	-	-	3,8%	20%

Большинство МСМ (94,1%) используют что-либо для смазки во время анального секса с мужчиной и в основном это специальный гель (лубрикант) – 98%.

Рис. 37 Процент МСМ, указавших на использование смазки во время анального секса с мужчинами, ДЭН, 2016г. (выборка, популяция).



12.4. Симптомы ИППП и поиск лечения

У 5,8% (37 респондентов) МСМ за последние 12 месяцев имелись симптомы ИППП (необычные выделения из половых органов или заднего прохода, жжение и боль при

мочеиспускании, язвы в области половых органов или заднего прохода). Из них 28 респондентов (75,7%) получили лечение по поводу ИППП. 55,5% (5) респондентов не указали почему не получали лечение, остальные в основном не знали куда пойти (11,1%) и не посчитали нужным (11,1%).

12.5. Уровень знаний о ВИЧ-инфекции

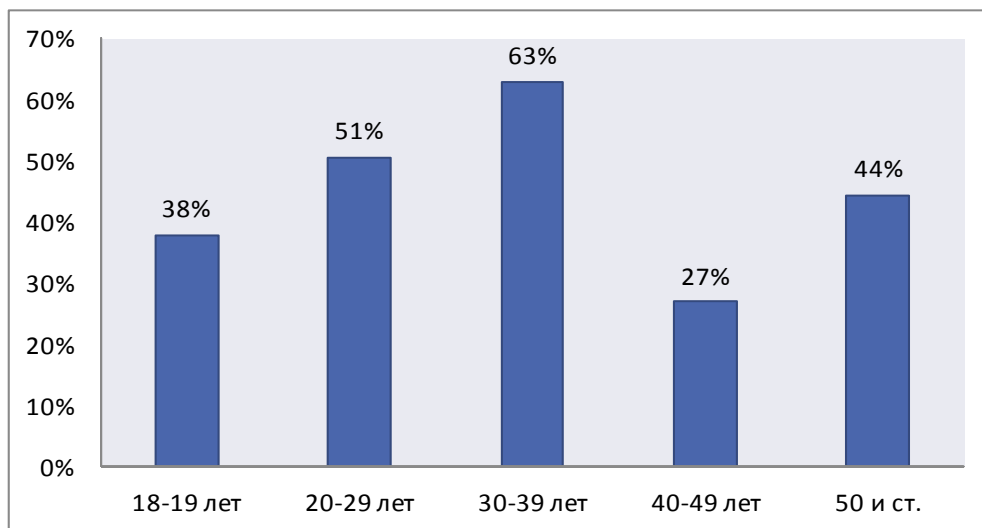
Среди всей выборки уровень знаний за период с 2013 г. по 2016 г. не изменился, но отмечается резкое снижение уровня знаний среди МСМ г.Бишкек с 63% до 36%, при этом в г.Ош наоборот знания МСМ значительно улучшились с 51% до 73%.

Табл. 26 МСМ, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в тоже время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ в разрезе регионов, ДЭН, (2013г., 2016г.).

Дозорный участок	Показатель индикатора	
	2013	2016
Бишкек	63,3%	35,5%
Ош	51%	73,2%
КР	56,8%	51,1%

При анализе уровня знаний путей передачи ВИЧ-инфекции среди возрастных категорий отмечается наибольшая осведомленность в двух возрастных группах: 20-29 лет (51%) и 30-39 лет (63%), что обусловлено большим охватом этих двух групп предоставлением минимального пакета услуг: 40,9% и 37,8% соответственно.

Рис. 38 Знания МСМ в разбивке по возрастным категориям (истинные и мнимые пути передачи ВИЧ), ДЭН, КР, 2016г.



В дозорной группе МСМ отмечается статистически значимая связь между знанием путей передачи и методов профилактики ВИЧ с безопасным половым поведением (использование презерватива при последнем половом контакте с мужчиной), (OR 2,60 CI 1,63-4,15 P-value<0.05), что может указывать на эффективность проводимых профилактических мероприятий.

Рис. 39 Половое поведение МСМ в зависимости от наличия знаний истинных и мнимых путях передачи, ДЭН, КР, 2016г.



12.6. Охват тестированием на ВИЧ

На фоне низкого охвата тестированием на ВИЧ группы МСМ, также отмечается резкое снижение данного показателя по сравнению с данными ДЭН 2013г. в 2 раза, как в общей выборке, так и отдельно по обоим дозорным сайтам.

Причем охват тестированием на ВИЧ-инфекцию с полным консультированием (до и после теста) был очень низким в 2013г. (18%) и сильно не изменился к 2016г. (17%).

Табл. 27 Тестирование МСМ на ВИЧ за последние 12 месяцев, предоставление результатов обследования на ВИЧ и консультирование до и после теста в разрезе регионов, ДЭН, 2013г., 2016г.

Дозорный участок	Тестирование, предоставление результатов и консультирование		Тестирование и предоставление результатов обследования	
	2013	2016	2013	2016
Бишкек	32,2%	25,3%	66,7%	30,4%
Ош	5%	4,2%	16%	5,7%
КР	17,9%	16,6%	40%	20,2%

12.7. Охват профилактическими программами

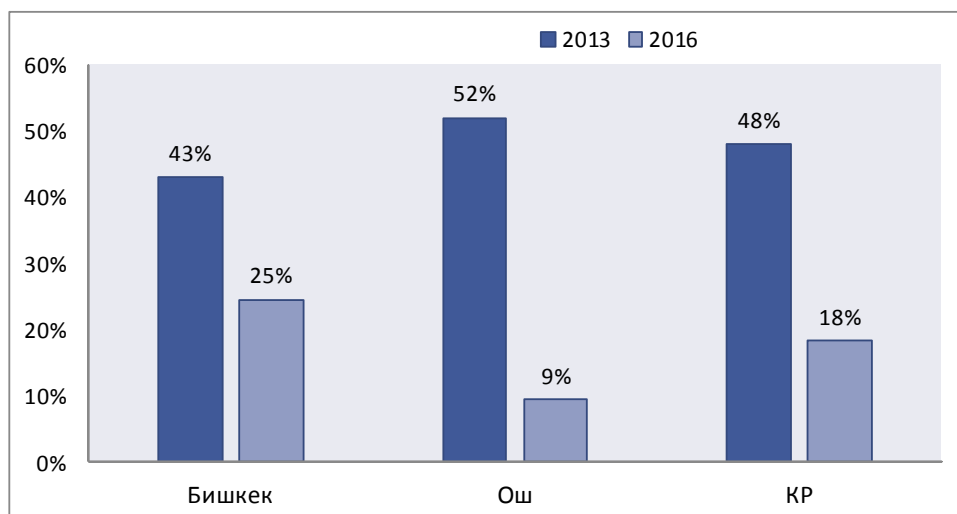
Охват профилактическими программами определялся двумя пакетами услуг: минимальным и комплексным. Комплексный пакет услуг (знание места, где можно пройти тестирование на ВИЧ, получение направления на тестирование ВИЧ, получение ИОМ и презервативов), получили всего 18,3% респондентов.

В сравнении с 2013г. в г.Бишкек охват комплексным пакетом услуг МСМ в 2016г. снизился почти в 2 раза (25% респондентов охвачены профилактическими программами), в г.Ош охват комплексным пакетом услуг снизился в 6 раз и составляет в 2016г. – 9%.

При этом низкий уровень охвата МСМ г.Ош комплексным пакетом услуг не коррелирует с ответами респондентов о том, что 95% из них пользовались услугами

организаций, предоставляющих профилактические услуги. Возможно, на ответы респондентов из г.Ош повлияло, что они в рамках ДЭН прошли тестирование на ВИЧ, а также получили от НПО презервативы и ИОМ. При проведении следующего раунда ДЭН необходимо исключить влияние данного факта на ответы респондентов.

Рис. 40 Охват МСМ комплексным пакетом услуг в разрезе регионов, ДЭН, 2013г., 2016г.



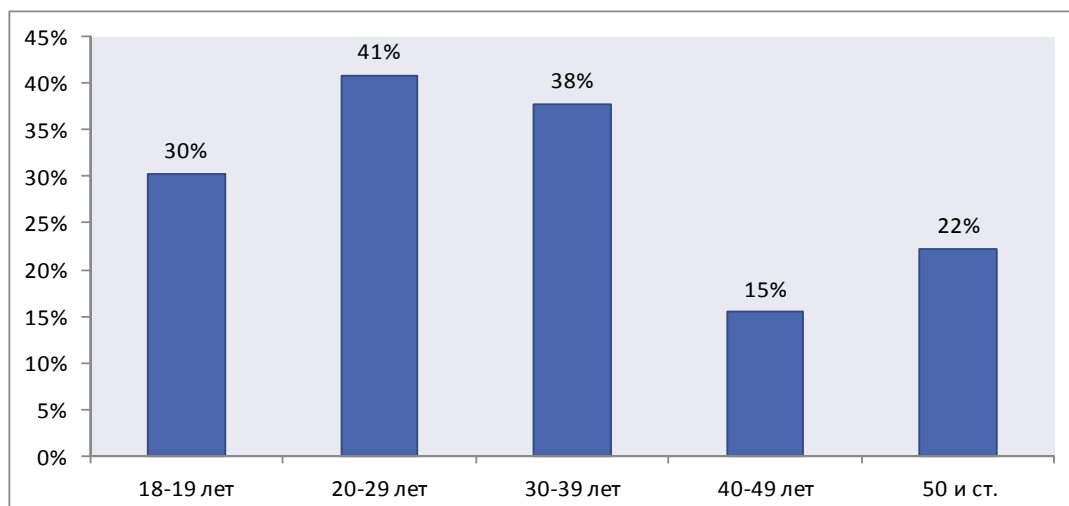
В минимальный пакет услуг входят две услуги: получение ИОМ и презервативов за последние 12 месяцев. Охват минимальным пакетом услуг как в общей выборке, так и по дозорным сайтам, также значительно снизился с 76,3% до 37,8%, см. таблицу 25.

Табл. 28 Охват МСМ минимальным пакетом услуг (ИОМ и презервативы), ДЭН, КР, 2013г., 2016г.

Дозорный участок	Охват минимальным пакетом услуг			
	2013		2016	
Бишкек (N=90;375)	58	64,4%	115	30,7%
Ош (N=100;265)	87	87%	127	47,9%
КР (N=190;640)	145	76,3%	242	37,8%

Отмечается низкий охват минимальным пакетом услуг всех возрастных групп МСМ с наименьшими значениями среди МСМ старшего возраста (от 15% до 41%).

Рис. 41 Возрастное распределение МСМ, охваченных минимальным пакетом услуг, ДЭН, КР, 2016г.



Как в 2013г. так и в 2016г. охват услугами был ниже в г.Бишкек по сравнению с г.Ош при этом отмечается значимое снижение охвата услугами: направление на тестирование на ВИЧ в г.Ош и выдача ИОМ в обоих дозорных сайтах.

Рис. 42 Получение профилактических услуг, ДЭН, КР, 2013г.

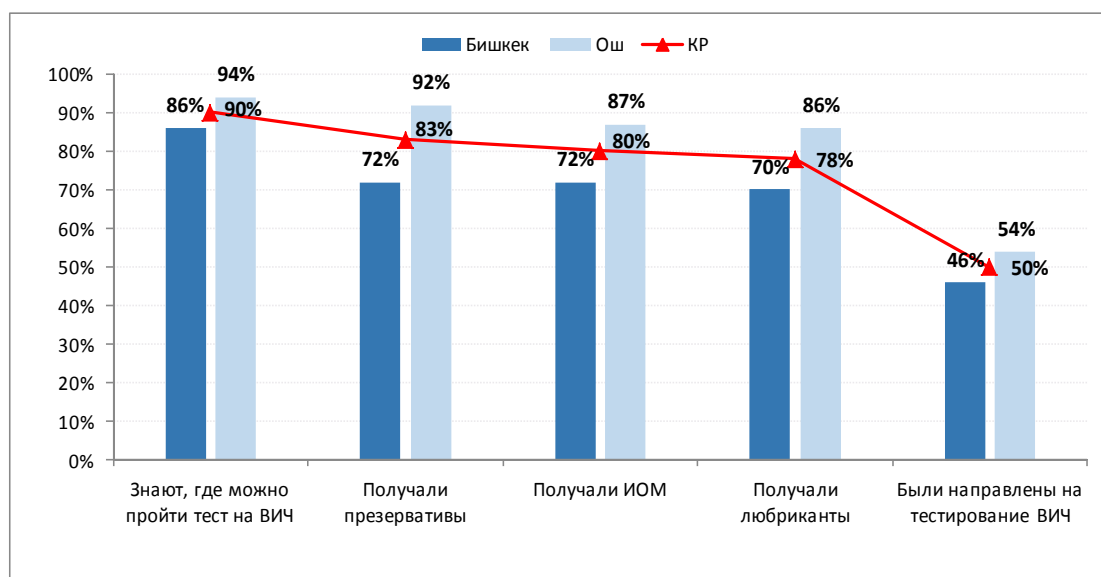
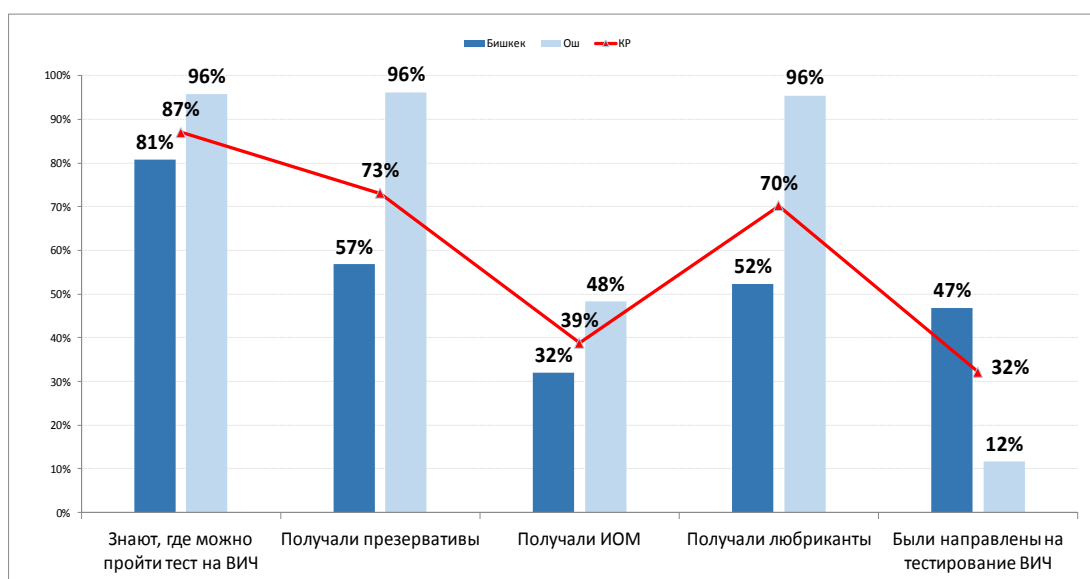


Рис. 43 Получение профилактических услуг, ДЭН, КР, 2016г.



В ходе анализа была проведена оценка влияния охвата профилактическими услугами (2 услуги - презерватив и ИОМ) на индикаторы профилактических программ. Была установлена статистически значимая связь охвата МСМ профилактическими услугами с такими индикаторами как:

- повышение уровня знаний респондентов о мнимых путях ВИЧ и способах защиты,
- использование презервативов
- инфицирование сифилисом

Не было выявлено влияния охвата профилактическими услугами на распространенность ВИЧ и ВГС.

Табл. 29 Воздействие комплексов услуг на знания, поведение и распространенность ВИЧ, ВГС и антител к сифилису, ДЭН, КР, 2016г.

	2 услуги		
	OR	CI	P-value
Использование презервативов при последнем анальном контакте	2,60	1,63-4,15	<0,05
Правильно отвергает мнимые пути передачи и называет способы профилактики ВИЧ	1,92	1,39- 2,66	<0,05
Инфицирование ВИЧ	0,9	0,47-1,74	>0.05
Инфицирование ВГС	0,83	0,44-1,56	>0.05
Инфицирование Сифилис	0,34	0,18-0,64	<0,05

Оценка профилактических программ

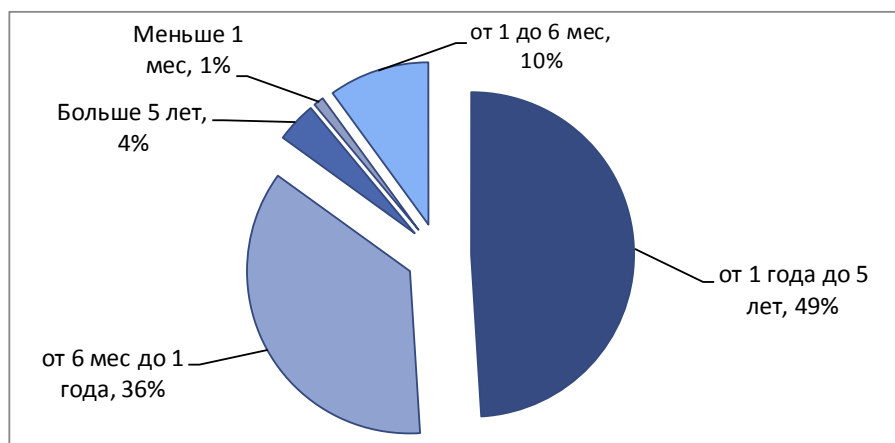
Для оценки профилактических программ среди MSM, задавались вопросы о длительности получения услуг, кратности пользования услугами и удовлетворенности ими. На национальном уровне, 75% подтверждали свое участие в профилактических программах, в г. Ош 95% и г. Бишкек 61% респондентов. Практически все участники профилактических программ указали, что получают достаточно услуг (от 97% до 100%). По сайтам, все MSM были довольны получаемыми услугами.

Табл. 30 Оценка профилактических услуг в разрезе регионов, ДЭН, 2016г.

Сайты	Пользуются или пользовались ранее	Достаточно получают профилактических их услуг	Довольны услугами	Получали хотя бы одну из услуг (презервативы, шприцы, ИОМ, направление на тестирование ВИЧ)
Бишкек	61%	97%	100%	61%
Ош	95%	100%	100%	97%
КР	75%	99%	100%	75%

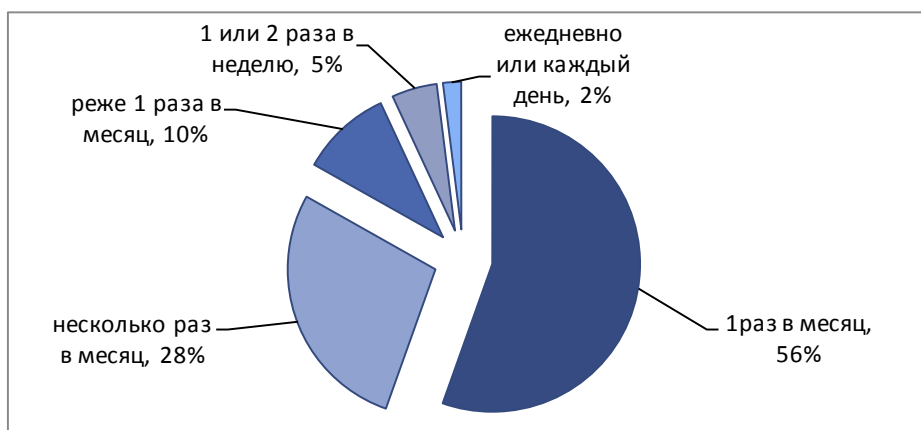
Половина опрошенных MSM участвуют в программах профилактики ВИЧ от года до пяти лет, треть респондентов пришли в программы профилактики более 6 месяцев назад. Меньше всего в выборку попало респондентов, которые получают профилактические услуги меньше 1 месяца (1%) и от 1го до 6 месяцев (10%).

Рис. 44 Длительность получения профилактических услуг, ДЭН, КР, 2016г.



Больше половины респондентов получают профилактические услуги один раз в месяц.

Рис. 45 Кратность получения профилактических услуг, ДЭН, КР, 2016г.



12.8. Серологические показатели

Распространенность ВИЧ среди MSM г.Бишкек в 2016г. по сравнению с 2008 г. резко возросла с 1% до 10%. В г.Ош распространенность ВИЧ составила 1,5%.

В г.Бишкек распространенность ВГС снизилась с 2,2% до 1,3%. Несмотря на то, что в г.Ош на употребление инъекционных наркотиков среди MSM указал всего один респондент распространенность ВГС в г.Ош значительно выросла с 1% в 2013г. до 15,8% в 2016г.

Было выдвинуто несколько предположений для выяснения ситуации с резким возрастанием выявления ВГС среди MSM в г.Ош:

- по информации лабораторных специалистов у биообразцов респондентов с ВГС оказалась абсолютно идентичной оптическая плотность сыворотки СККК, что свидетельствует о том, что биообразец возможно был от одного человека и вызывает сомнения по поводу соблюдения процедур забора образцов крови;
- с другой стороны, представители НПО, осуществлявшие полевой этап ДЭН предполагают сокрытие респондентами факта употребления ИН;
- третьим предположением было, что возможной причиной столь резкого роста распространенности ВГС в группе MSM мог оказаться рост распространенности ВГС среди общего населения г.Ош и Ошской области. При изучении интенсивного показателя случаев острого гепатита С (на 100 тыс. населения) в разбивке по регионам, наиболее высокий уровень отмечается в г.Ош, где в 2012 г. произошло резкое увеличение показателя до 8,5 на 100 000 населения (в 4,3 раза) по сравнению с 2010г. К 2016 г. регистрация случаев острого ВГС вновь пошла на снижение и достигла уровня 2,9 на 100 000 населения, но случаи хронического ВГС кумулируются в популяции.

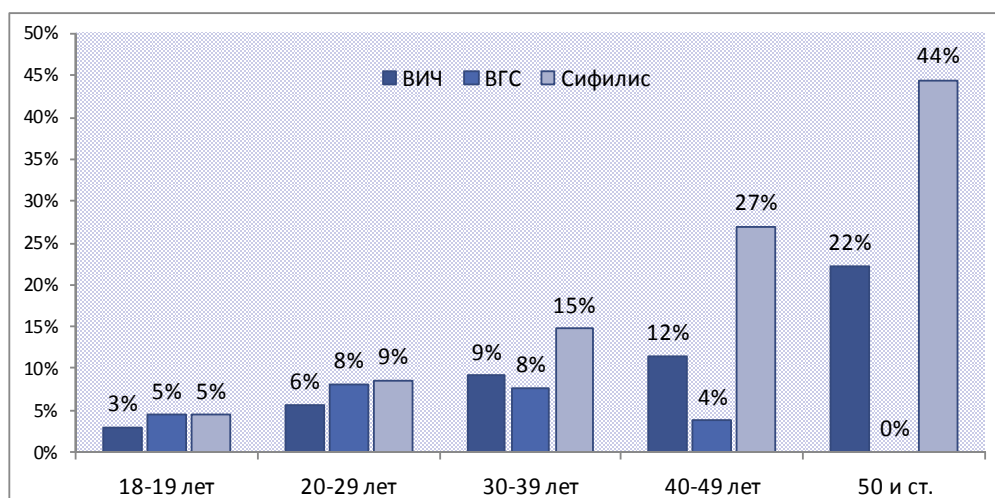
Таким образом, необходимо провести тщательный разбор данной ситуации, для учета выявленных нюансов при планировании и проведении формативного исследования, а также полевого этапа следующего раунда ДЭН.

Табл. 31 Распространенность ВИЧ, ВГС и выявление антител к сифилису среди МСМ, ДЭН, 2013-2016гг.

Дозорный участок	Показатель распространенности ВИЧ		Показатель распространенности ВГС		Выявление антител к сифилису	
	2013	2016	2013	2016	2013	2016
Бишкек	13,3%	10,1%	2,2%	1,3%	13,3%	13,9%
Ош	0%	1,5%	1%	15,8%	3%	6,4%
КР	6,3%	6,6%	1,6%	7,3%	7,9%	10,8%

Отмечается значительное увеличение распространенности ВИЧ и антител к сифилису в более старших возрастных группах ВИЧ (от 3% до 22%) и антител к сифилису (от 5% до 44%).

Рис. 46 Распространенность ВИЧ, ВГС и антител к сифилису по возрастным группам, ДЭН, КР, 2016г.



В г.Бишкек ВИЧ-инфекция выявлена во всех волнах, кроме последней и наибольшее количество случаев было в волнах № 1, 5 и 8. По г.Ош, ВИЧ- инфекция зарегистрирована в волнах № 1, 4, 5. Пока ничем не объяснимо увеличение числа инфицированных ВГС в волнах № 5, 6, 7 по г.Ош. По г.Ош антитела к сифилису отсутствуют только в четвертой и восьмой волнах, а по г.Бишкек отмечается выявление антител к сифилису во всех волнах, кроме нулевой и одиннадцатой волн.

Рис. 47 Распространенность ВИЧ- инфекции в различных волнах, МСМ, ДЭН, 2016г.

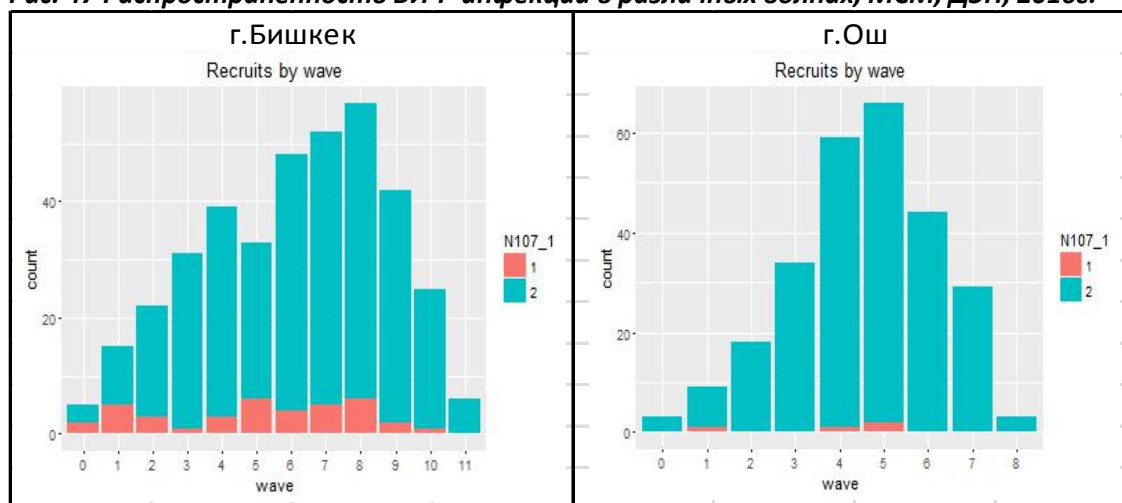


Рис. 48 Распространенность ВГС в различных волнах, МСМ, ДЭН, 2016г.

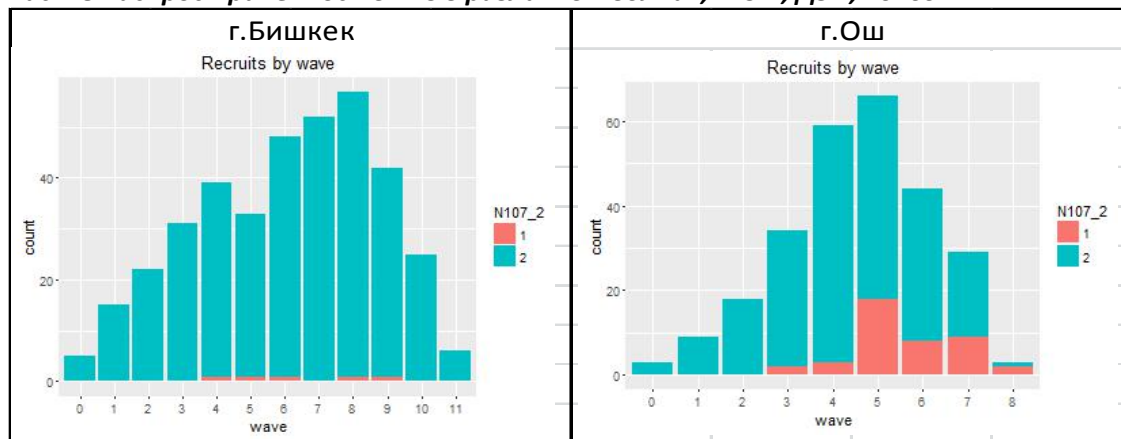
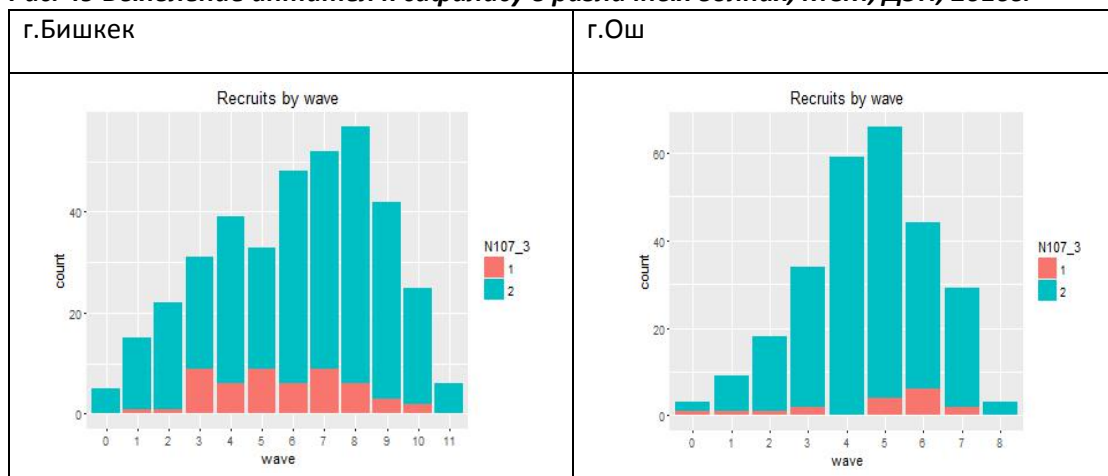
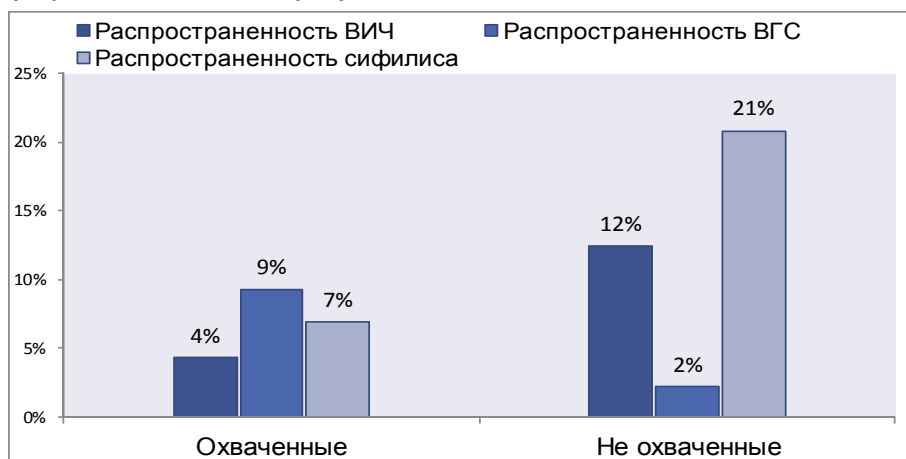


Рис. 49 Выявление антител к сифилису в различных волнах, МСМ, ДЭН, 2016г.



В ходе анализа было выявлено, что распространенность ВИЧ и антител к сифилису значительно выше среди неохваченных профпрограммами респондентов, (12,4% и 20,8% соответственно), ($P\text{-value} < 0.05$).

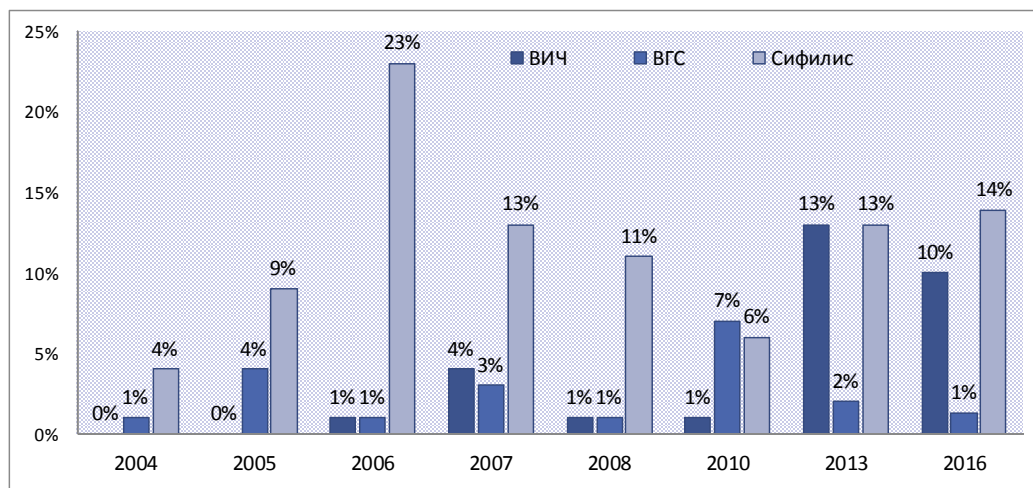
Рис. 50 Случаи ВИЧ, ВГС и антител к сифилису среди МСМ, охваченных и неохваченных профилактическими программами, ДЭН, КР, 2016г.



При анализе распространенности ВИЧ, ВГС и антител к сифилису по г.Бишкек за период с 2004г. по 2016г. наблюдается несоответствие данных 2010 года общим тенденциям за несколько лет, когда распространенность сифилиса оказалась в 23 раза выше распространенности ВИЧ и ВГС. Результаты ДЭН 2010 года, когда начала

преобладать распространенность ВГС над остальными двумя инфекциями, вызывают сомнения в адекватности данных либо по причине ошибок при проведении серологического этапа, либо при формировании выборки. В 2016г. по сравнению с 2013г. нет значительных изменений в распространенности ВИЧ, ВГС и сифилиса.

Рис. 51 Случаи ВИЧ, ВГС и выявление антител к сифилису среди МСМ за период с 2004г. по 2016г., г.Бишкек, ДЭН, 2004-2016гг.

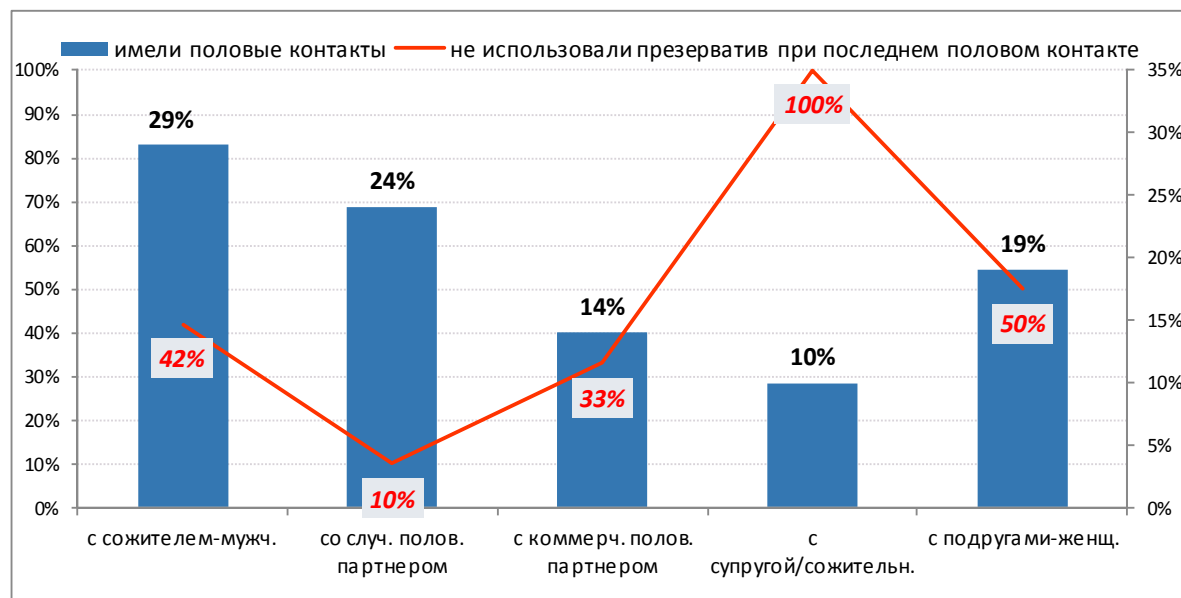


Половое поведение ВИЧ-положительных МСМ

Для оценки полового поведения среди ВИЧ - положительных МСМ, изучались вопросы об использовании презерватива при последней половой связи с разными категориями половых партнеров. Среди ВИЧ-положительных МСМ (N=42) 26% знали о своем ВИЧ-положительном статусе, и 26% постоянно проживают с партнером-женщиной.

ВИЧ-положительные МСМ практикуют опасное половое поведение со всеми категориями половых партнеров: 42% имели незащищенный половой контакт с сожителем-мужчиной, и никто не использовал презерватив при последней связи с супругой/сожительницей.

Рис. 52 Половое поведение среди МСМ с ВИЧ-положительным результатом, ДЭН, КР, 2016г.



12.9. Основные выводы

1. Распространенность ВИЧ среди MSM г.Бишкек в 2016г. по сравнению с 2008 г. резко возросла с 1% до 10%. В г.Ош распространенность ВИЧ с нулевого уровня выросла до 1,5%.
2. В г.Бишкек распространенность ВГС снизилась с 2,2% до 1,3%, Несмотря на то, что в г.Ош на употребление инъекционных наркотиков среди MSM указал всего один респондент, распространённость ВГС в г.Ош значительно выросла с 1% в 2013г. до 15,8% в 2016г., что требует тщательного разбора всех возможных причин и разработки рекомендаций, для предупреждения возникновения такого рода ситуаций в будущем.
3. В два раза выросла распространенность антител к сифилису среди MSM в г.Ош.
4. Отмечается высокая сексуальная активность MSM, большинство которых (78,9%) за последние 12 месяцев имели половые отношения более чем с одним партнером. В среднем, за последние 12 месяцев у MSM было 11 половых партнеров, медиана – 4. Также отмечается большое число связей со случайными половыми партнерами (34,3%) и с коммерческими половыми партнерами (7,8%). Причем, опасная практика связи одновременно с несколькими половыми партнерами присутствует во всех возрастных группах и значительно возрастает с увеличением возраста респондентов.
5. Наряду практикой половых связей сразу с несколькими видами половых партнеров на использование презерватива при последнем анальном половом контакте с мужчиной указали 81,1% респондентов (г.Бишкек-70,1%, г.Ош-96,6%).
6. В связи с наличием среди MSM женатых людей (19,5%) отмечается высокий риск передачи ВИЧ - инфекции в общую популяцию через половых партнеров - женщин. Риск передачи ВИЧ в общую популяцию отягощается тем, что из числа ВИЧ-позитивных MSM (N=42) всего 26% знали о своем ВИЧ-положительном статусе, и 26% постоянно проживают с партнером-женщиной. Также, важно отметить, что ВИЧ-позитивные MSM практикуют опасное половое поведение со всеми категориями половых партнеров: 42% имели незащищенный половой контакт с сожителем-мужчиной, и ни один ВИЧ-позитивный MSM не использовал презерватив при последней связи с супругой/ сожительницей.
7. При резком возрастании распространенности ВИЧ-инфекции, наряду с высокой распространенностью опасного полового поведения MSM с различными категориями половых партнеров, необходимо обратить внимание на довольно низкий уровень охвата MSM профилактическими программами (получение презервативов и ИОМ) - 37,8% по стране, в г.Бишкек-30,7%, в г.Ош-47,9%).
8. Также наряду с низким охватом MSM профилактическими программами отмечается недостаточный охват услугами тестирования и консультирования. Так, доля MSM, протестированных на ВИЧ-инфекцию за последние 12 месяцев и знающих свой результат, составила лишь 20%, и при этом получивших до и послетестовое консультирование во время тестирования оказалось всего 16,6%, что необходимо учитывать при обсуждении результатов ДЭН и планировании профилактических программ профильными НПО.

12.10. Рекомендации

1. Необходимо изучить причины низкого охвата МСМ профилактическими программами.
2. Для своевременного выявления ВИЧ-положительных МСМ необходимо проводить работу по расширению рутинного добровольного тестирования данной группы с обязательным сопровождением консультированием до и после тестирования.
3. Выявленных ВИЧ-положительных МСМ необходимо тщательно готовить к подключению к АРВ-лечению.
4. Медицинским специалистам, оказывающим услуги по уходу и лечению при ВИЧ, необходимо тщательно вести поддержку подключенных на АРВ-лечение ВИЧ-положительных МСМ, особенно в первые недели лечения для профилактики прерывания лечения по различным причинам (побочные эффекты, мифы о ВИЧ-инфекции и лечении, низкая информированность о ВИЧ и лечении, отсутствие мотивации, недоброжелательное отношение к пациенту и т.д.).
5. Сотрудникам НПО совместно с сотрудниками медицинских учреждений необходимо осуществлять работу по укреплению приверженности ВИЧ-положительных МСМ АРВ-лечению.
6. Обязательно наладить качественную работу с половыми партнерами выявленных ВИЧ-положительных МСМ (выявление, анонимное оповещение, консультирование, тестирование, подключение к АРВ-лечению, работа по приверженности).
7. Осуществлять работу по изменению полового поведения ВИЧ-положительных МСМ силами сотрудников НПО.
8. Специалистам РЦ «СПИД» на регулярной основе осуществлять методическую и консультативную поддержку медицинских работников, предоставляющих услуги по лечению и уходу при ВИЧ-инфекции, по вопросам ВИЧ-инфекции.
9. Учитывая полученные необъяснимые серологические результаты анализа на ВГС необходимо, при планировании следующих раундов ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди МСМ предусмотреть обязательное участие специалистов службы СПИД на всех этапах полевой части исследования.
10. Для получения достоверных данных по распространённости сифилиса в рамках ДЭН необходимо улучшить метод тестирования (экспресс тестирование, РПГА и др.).

В связи с появлением доступа к группе рекомендуется добавить в следующем раунде ДЭН Таласскую область.

13. Результаты ДЭН среди ЛУИН

13.1. Рекрутирование

Для запуска процесса рекрутирования респондентов по методу РДС в рамках ДЭН предварительно были произведены расчеты количества семян. По г.Бишкек и Ош были запущены по 3 семени, в Токмоке и Сокулукe по 2 семени, а по г.Жалал-Абад и г.Карасу по 1 семени.

Количество волн по регионам, варьировало от 6 до 16 волн, с максимальным в г. Бишкек и минимальным в г.Жалал-Абад. По 1 семени не сработало в г.Бишкек и г. Жалал-Абад.

Рис. 53 Рекрутирование ЛУИН в г. Бишкек, ДЭН, 2016г.

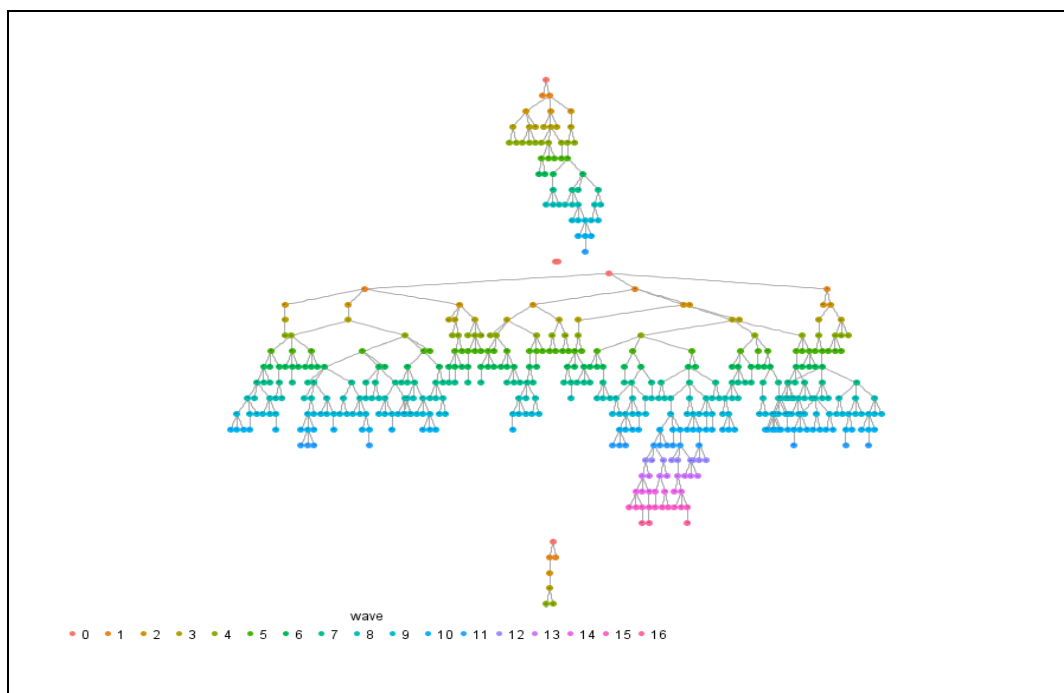


Рис. 54 Рекрутирование ЛУИН в г. Жалал-Абад, ДЭН, 2016г.

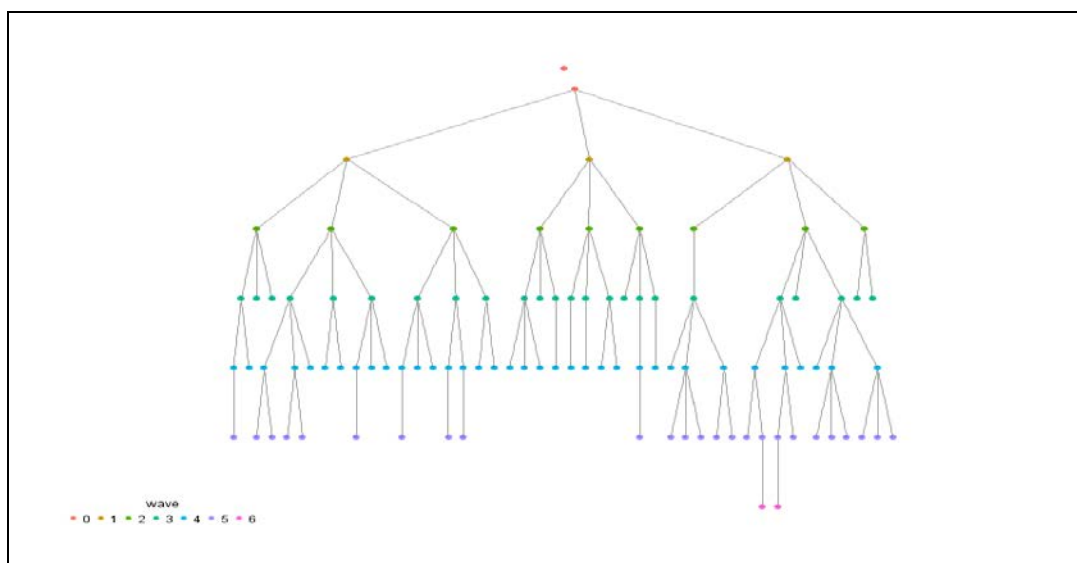


Рис. 55 Рекрутирование ЛУИН в г. Карасу, ДЭН, 2016г.

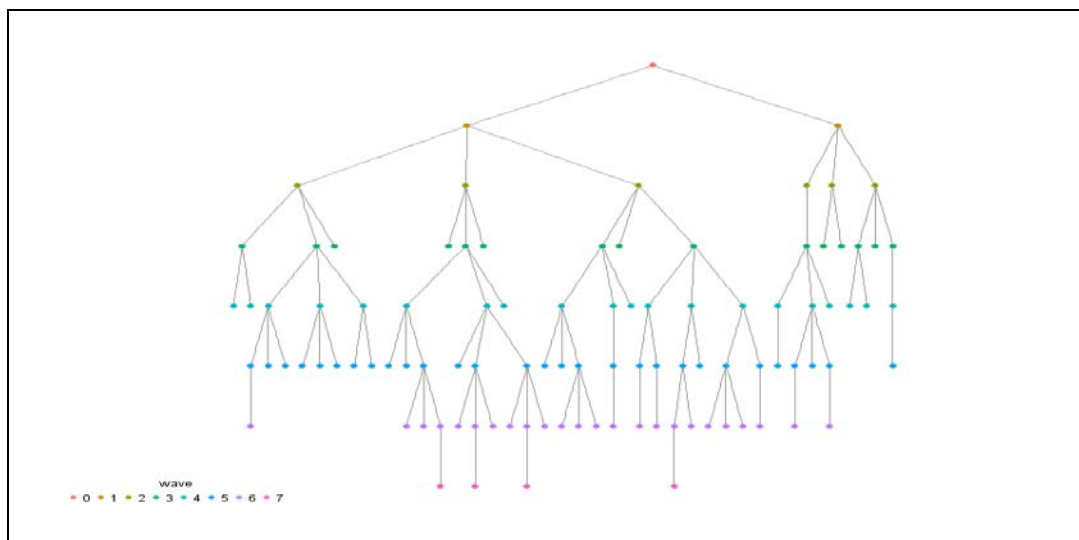


Рис. 56 Рекрутирование ЛУИН в г. Ош, ДЭН, 2016г.

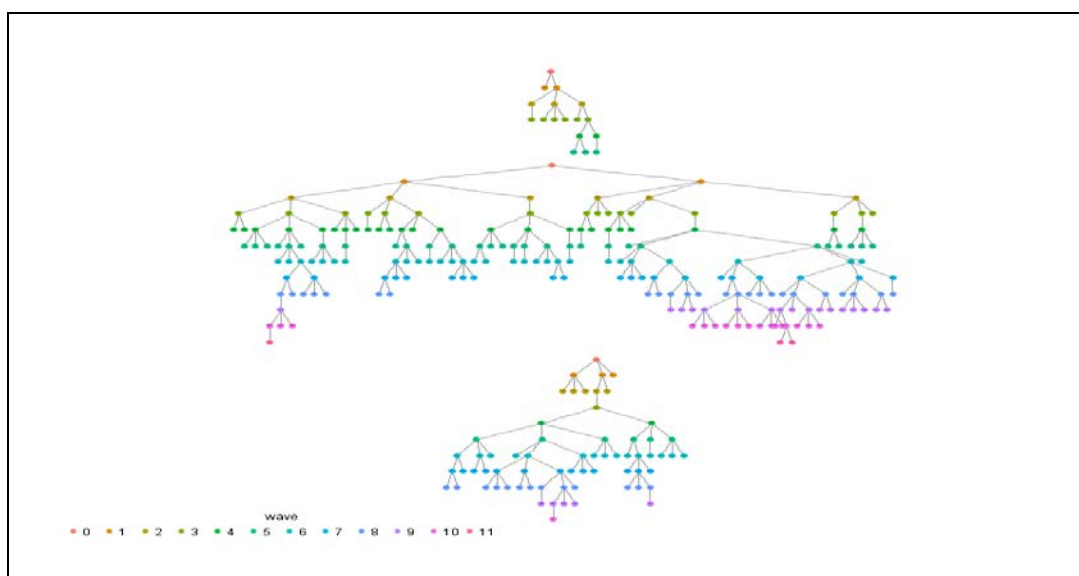


Рис. 57 Рекрутирование ЛУИН в с. Сокулук, ДЭН, 2016г.

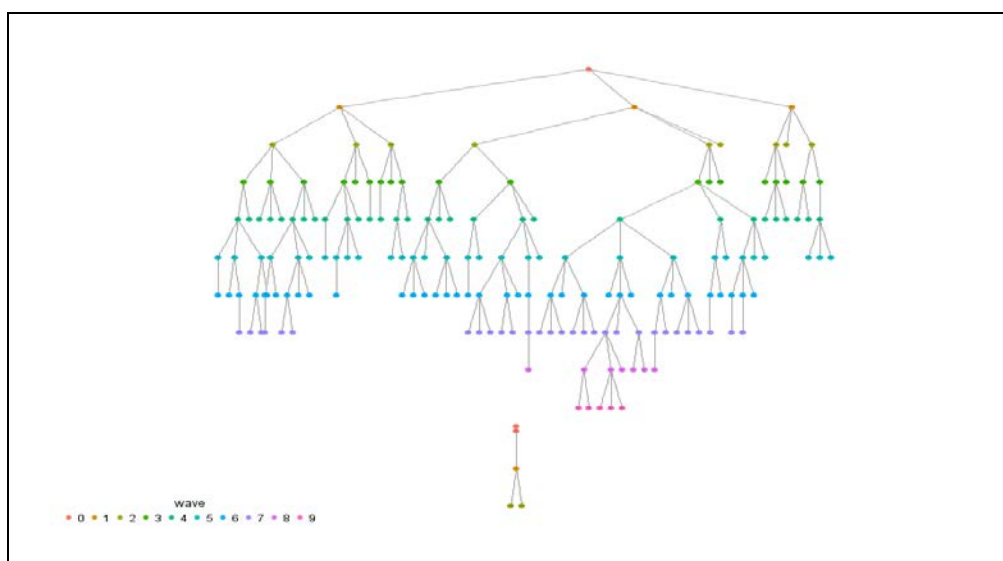
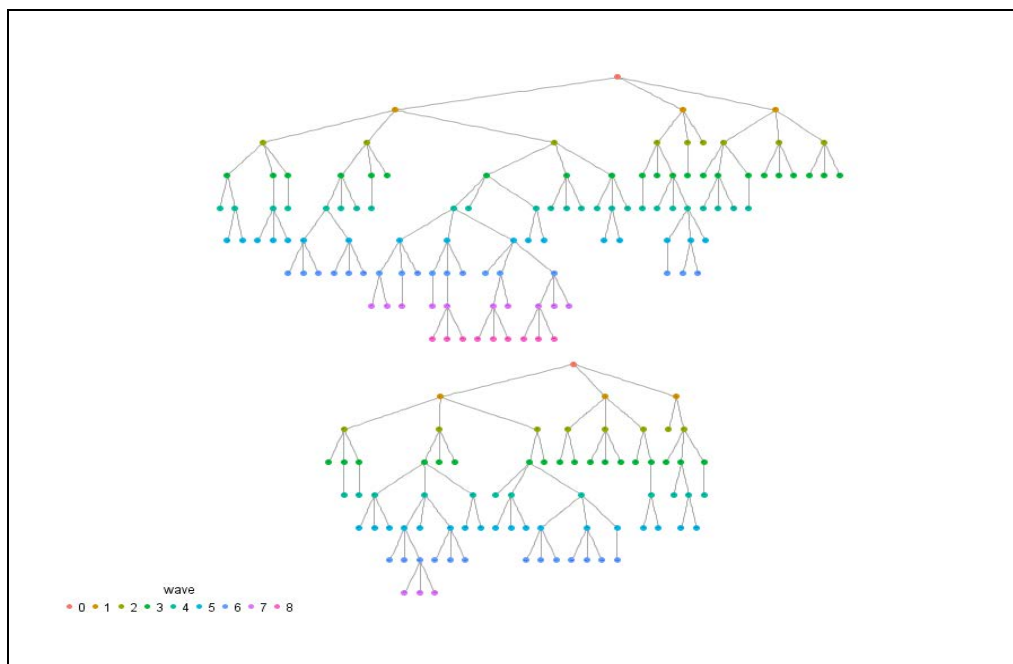


Рис. 58 Рекрутирование ЛУИН в г. Токмок, ДЭН, 2016г.



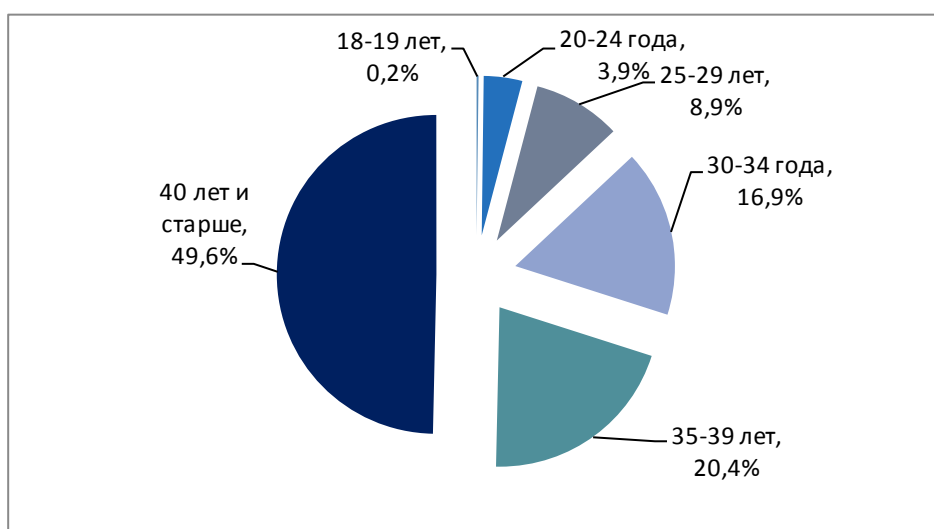
13.2. Социально - демографическая характеристика

Для оценки социально-демографических характеристик ЛУИН, изучались вопросы: пол, возраст, семейное положение, уровень образования и занятость.

Минимальный возраст респондентов составил 18 лет, максимальный 70 лет, средний возраст составил 40 лет (медиана 39).

Значительно изменилась доля ЛУИН в возрасте до 20 лет, так, за период с 2010 года к 2016 году она снизилась с 3,2 до 0,2%. И, наоборот, становится больше ЛУИН более зрелого возраста (35 лет и старше), доля которых возросла с 56% в 2010г до 70% в 2016 г.

Рис. 59 Возрастное распределение ЛУИН, ДЭН, 2016г.



В разбивке по регионам, молодые ЛУИН в возрасте до 30 лет больше всего представлены в г. Жалал-Абад (40%) и в с. Сокулук (43%). И наоборот ЛУИН постарше

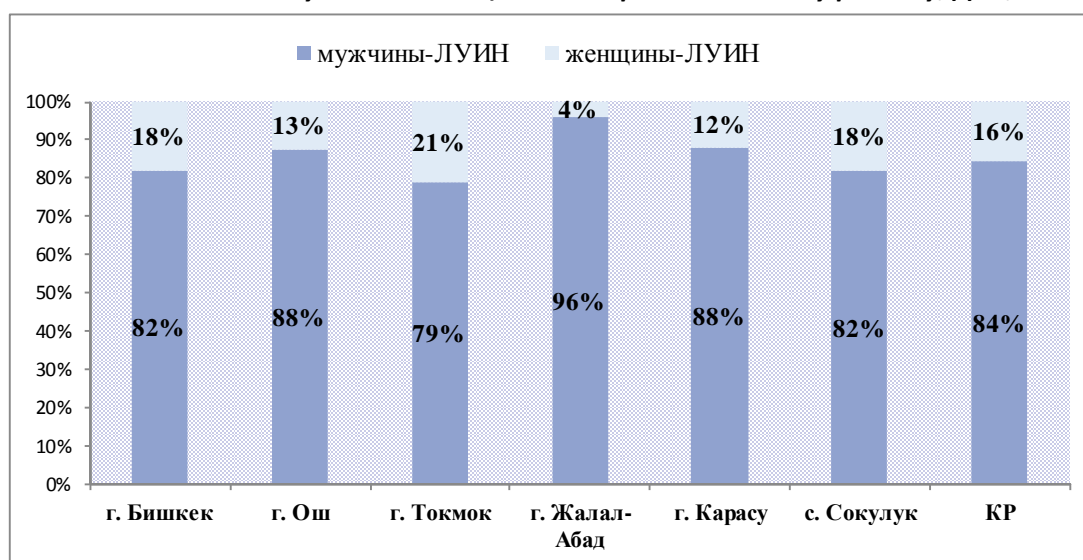
(40 лет и старше) были более представлены в выборке в городах Бишкек (54%), Токмок (53%) и Ош (55%).

Табл. 32 Возрастное распределение ЛУИН, ДЭН, 2016г.

Регион	18-19 лет	20-24 лет	25-29 лет	30-34 года	35-39 лет	40 лет и старше
г. Бишкек	0%	2,1%	8,3%	16,5%	19,3%	53,8%
г. Ош	1,1%	7,7%	5,5%	10,7%	20,2%	54,8%
г. Токмок	0%	3,2%	9,5%	14,7%	19,5%	53,2%
г. Жалал-Абад	0%	5,0%	10,9%	23,8%	29,7%	30,7%
г. Карасу	0%	5,0%	9,9%	15,8%	23,8%	45,5%
с. Сокулук	0%	2,3%	13,7%	26,9%	17,7%	39,4%
КР	0,2%	3,9%	8,9%	16,9%	20,4%	49,6%

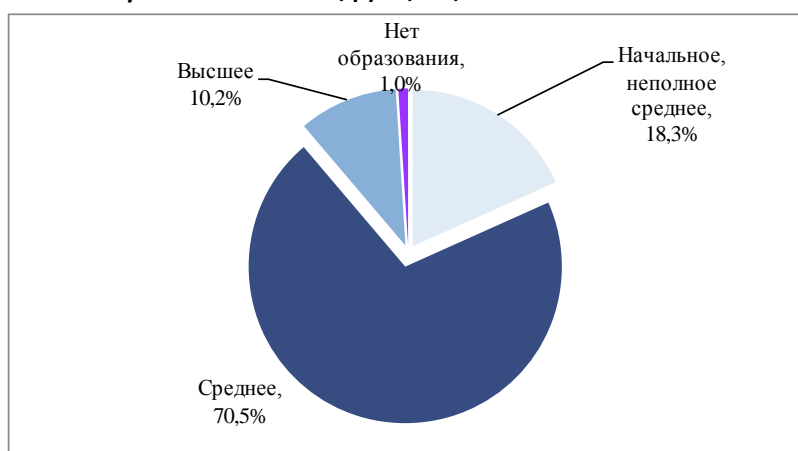
Среди респондентов было больше лиц мужского пола (84%).

Рис. 60 Соотношение мужчин и женщин в выборке по каждому региону, ДЭН, 2016г.



Среднее или средне-специальное образование имели 71% ЛУИИ, 18% начальное и 10% высшее образование.

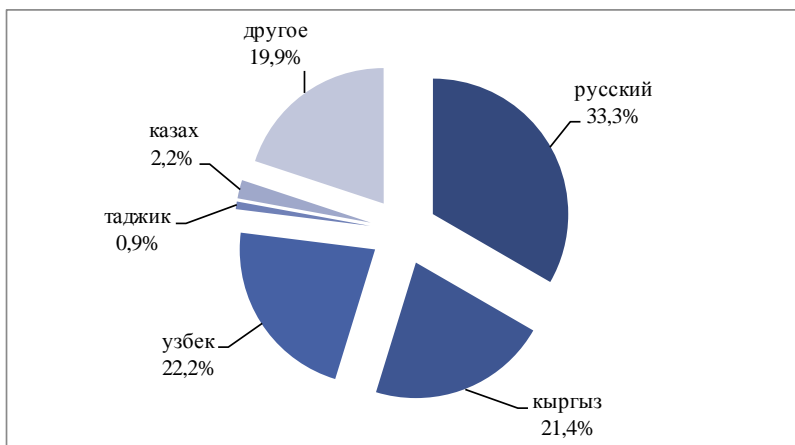
Рис. 61 Образование ЛУИИ, ДЭН, КР, 2016г.



В разбивке по национальности, среди ЛУИИ было больше лиц русской (33%) и кыргызской (21%) национальностей. В южных регионах среди ЛУИИ были

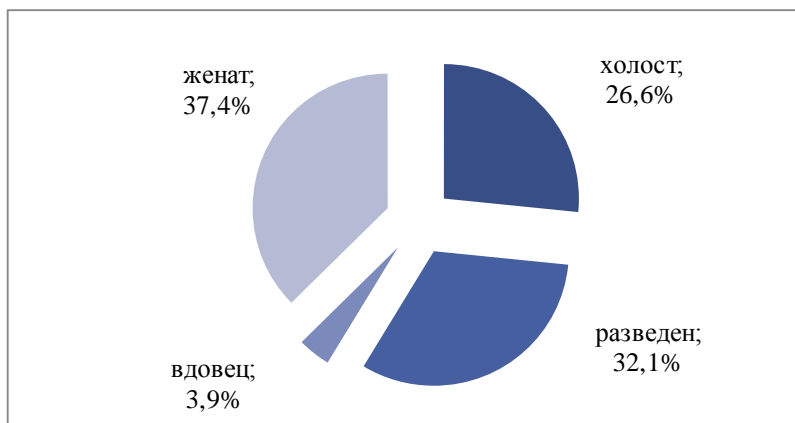
представлены кыргызы, русские и узбеки, что необходимо учитывать при разработке и распространении ИОМ.

Рис. 62 Национальность ЛУИН, ДЭН, КР, 2016г.



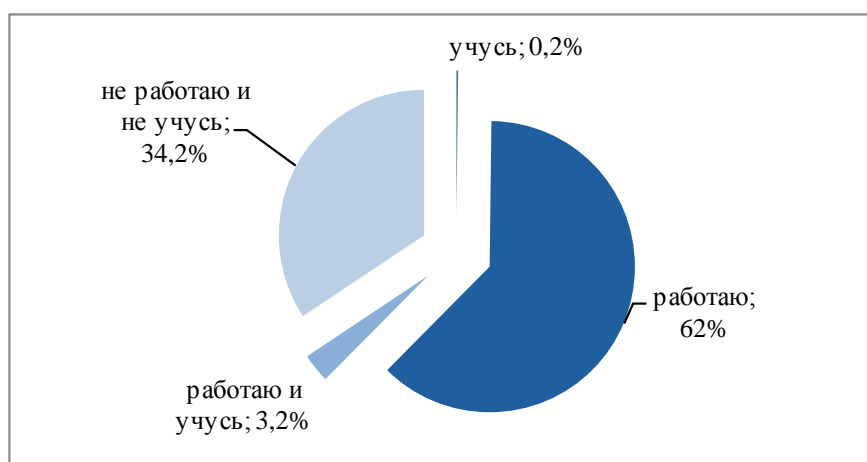
Среди опрошенных, больше одиноких ЛУИН (62,6%), из которых разведенных было 32,1%, холостых 26,6% и вдов 3,9%.

Рис. 63 Семейный статус ЛУИН, ДЭН, КР, 2016г.



Треть ЛУИН ничем не заняты, т.е. нигде не работают и не учатся (34%).

Рис. 64 Занятость ЛУИН, ДЭН, КР, 2016г.



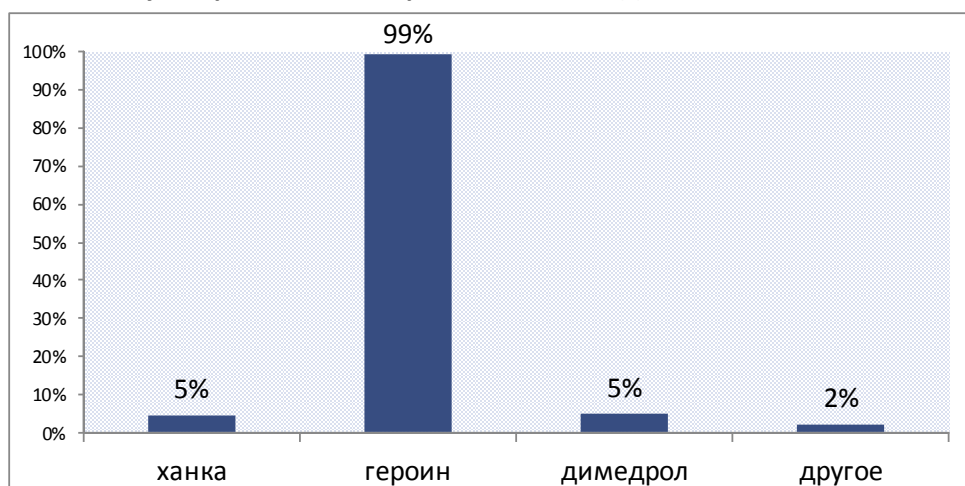
13.3. Поведенческие показатели

Инъекционное поведение ЛУИН

Для оценки инъекционного поведения изучались вопросы, касательно инъекционного стажа, вида употребляемого наркотика, доступа к новым стерильным шприцам и иглам.

Практически все ЛУИН (99,3%) употребляют героин. В сравнении с данными 2013 г. (86%), уровень употребления героина увеличился на 13%, и в то же время снизился уровень употребления ханки с 21% до 4,5%.

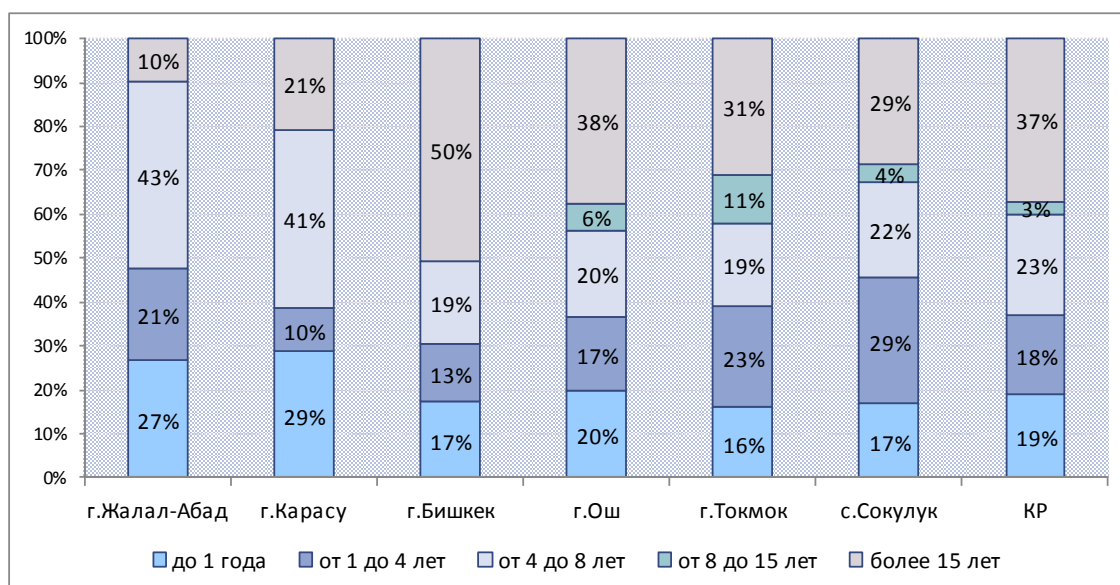
Рис. 65 Вид употребляемого наркотика, ЛУИН, ДЭН, КР, 2016г.



Стаж употребления наркотиков через шприц среди респондентов колеблется от 2 месяцев до 51 года, медиана 10 лет, среднее значение 11 лет.

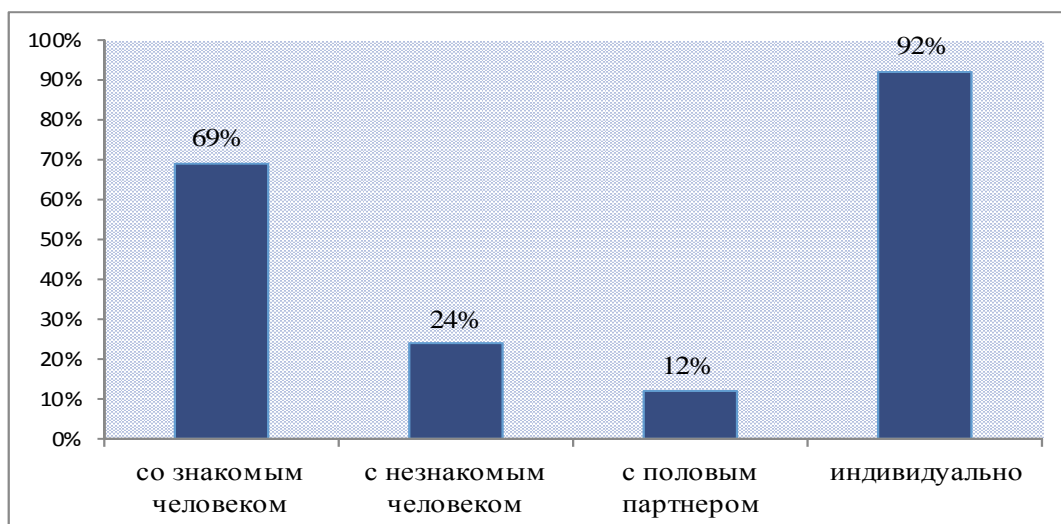
В разбивке по регионам, в г. Бишкек большинство респондентов (67%) были ЛУИН с большим стажем (от 8 лет и больше), и наоборот респондентов ЛУИН с самым минимальным стажем потребления инъекционных наркотиков (от менее 1 года до 4-х лет) было больше в г.Токмок (34%) и с.Сокулук (31%), что возможно указывает на более активное вовлечение в профилактические программы новых лиц из целевой группы в этих двух населенных пунктах.

Рис. 66 Стаж употребления инъекционных наркотиков, ДЭН, КР, 2016г.



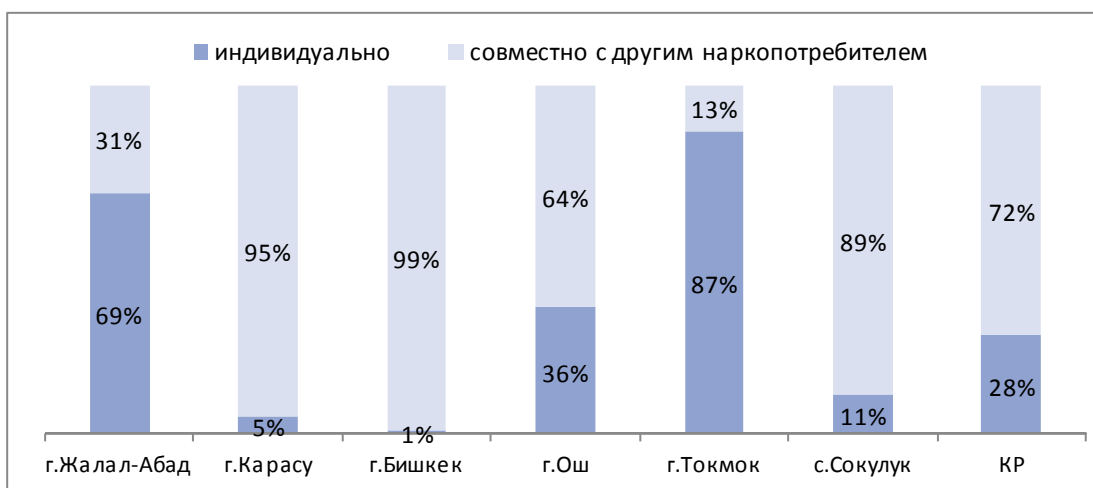
Подавляющее большинство ЛУИН (N=1147, 87,5%) употребляли инъекционные наркотики за последние 30 дней. За последние 12 месяцев наряду с индивидуальным употреблением инъекционных наркотиков (92%), широко распространено и употребление со знакомым человеком (69%). Кроме того, 24% употребляли инъекционные наркотики с незнакомым человеком и 12% с половым партнером.

Рис. 67 Характер употребления наркотиков за последние 12 месяцев, ДЭН, КР, 2016г.



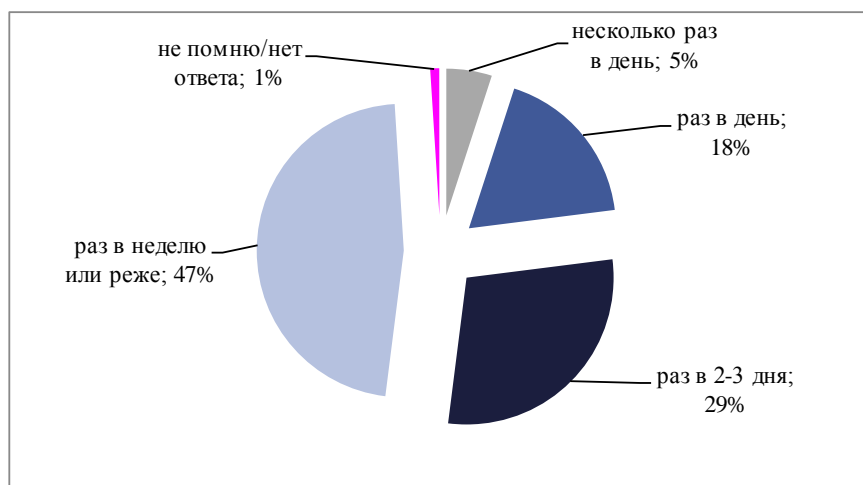
На национальном уровне, за последние 12 месяцев лишь 28% ЛУИН употребляли инъекционные наркотики индивидуально. ЛУИН г. Бишкек (99%) и г.Карасу (95%) чаще употребляли наркотики совместно с другими наркопотребителями: знакомыми и незнакомыми им людьми, половыми партнерами по сравнению с другими сайтами. Респонденты г. Токмок (87%) чаще остальных дозорных сайтов практиковали безопасное инъекционное поведение за последние 12 месяцев.

Рис. 68 Характер употребления наркотиков за последние 12 месяцев в разрезе регионов, ДЭН, 2016г.



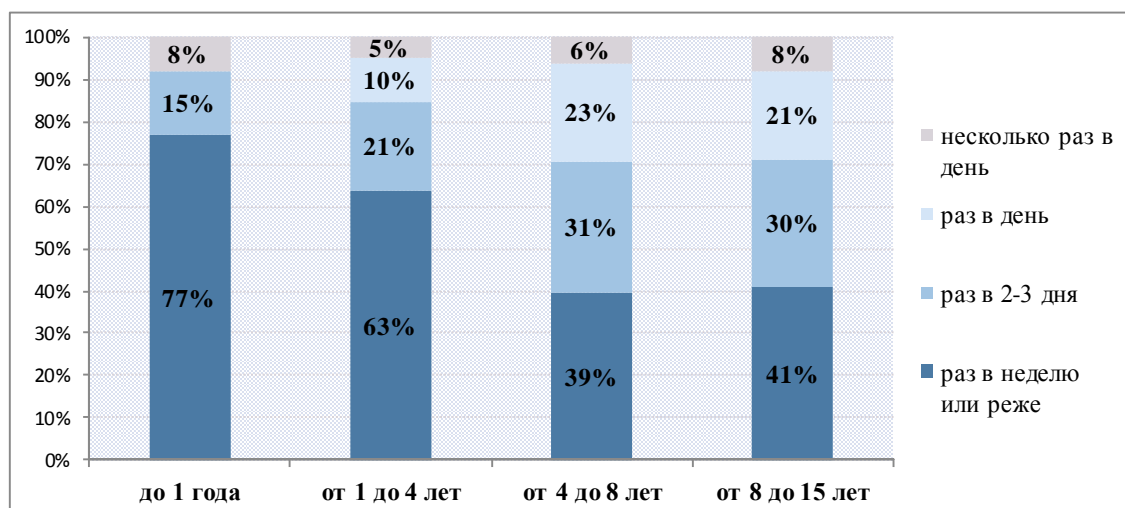
Почти половина опрошенных ЛУИН (47%) употребляли инъекционные наркотики раз в неделю или реже. 29% ЛУИН употребляли наркотики раз в 2-3 дня и 18% ежедневно.

Рис. 69 Частота употребления инъекционных наркотиков, ДЭН, КР, 2016г.



Причем, с ростом стажа употребления инъекционных наркотиков растет и частота их употребления.

Рис. 70 Частота употребления инъекционных наркотиков в зависимости от стажа употребления, ДЭН, КР, 2016г.



Для оценки инъекционного поведения среди ЛУИН за последние 30 дней, задавались вопросы о характере употребления наркотиков. По стране, лишь 43% ЛУИН пользовались одноразовой новой иглой и шприцем, а остальные практиковали одно или несколько из далее перечисленных опасных инъекционных практик: пользовались чужим использованным шприцем, перекачивали наркотики из общей посуды, покупали наркотик, уже заправленный в шприц, добавляли кровь в раствор наркотика, передавали свой использованный шприц другому ЛУИН для инъекции наркотика.

Большинство ЛУИН г. Жалал-Абад (79%) и Токмок (90%), практиковали безопасное инъекционное поведение. Необходимо принять во внимание высокую распространенность опасных инъекционных практик среди ЛУИН в остальных дозорных сайтах как за последние 30 дней, так и при последнем введении наркотика, рис.23,24.

Рис. 71 Характер употребления наркотиков за последние 30 дней в разрезе регионов, ДЭН, 2016г.

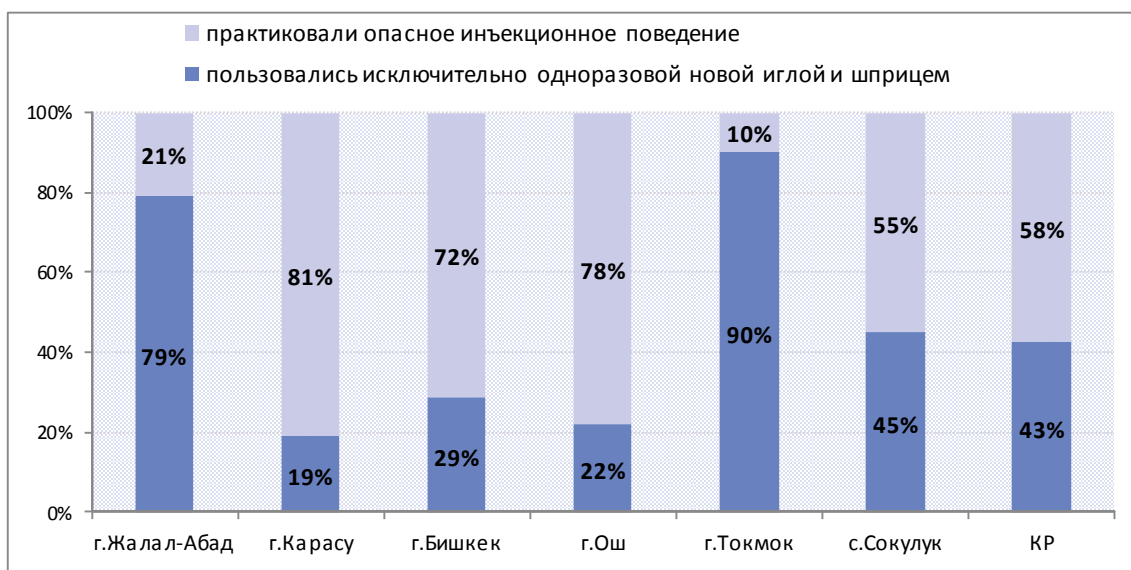
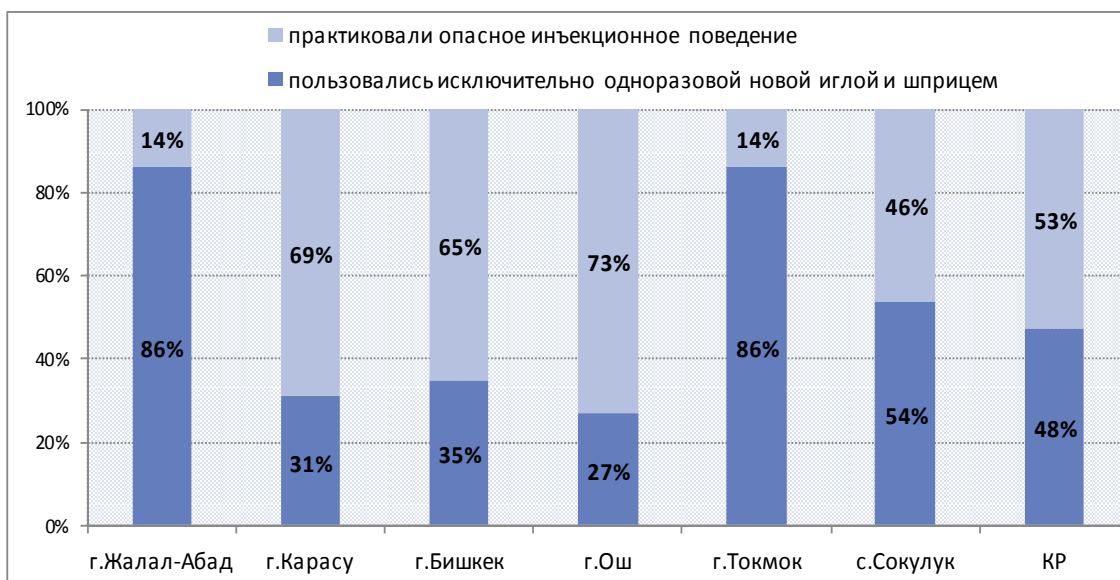


Рис. 72 Характер употребления наркотиков при последнем введении наркотика в разрезе регионов, ДЭН, 2016г.



Из числа тех, кто употреблял наркотики через шприц за последний месяц (N=1147), только 47,5% использовали стерильный инструментарий во время последнего употребления инъекционных наркотиков. В разбивке по дозорным сайтам самый высокий показатель безопасного инъекционного поведения наблюдается в городах Токмок и Жалал-Абад (86%) и самый низкий в г. Ош (27%).

Табл. 33 Процент ЛУИН, указавших на использование стерильного инструментария во время последнего употребления инъекционных наркотиков, ДЭН, 2016г.

	г. Жалал-Абад	г. Карасу	г.Бишкек	г.Ош	г.Токмок	с. Сокулук
в выборке	85,9%	30,7%	34,9%	27,2%	85,6%	53,9%
популяционные	88,1%	33,2%	34,5%	23,9%	80,9%	54,1%

Охват профилактическими программами оказал значимое влияние на использование стерильного инструментария во время последнего употребления наркотиков, P-value <0.05, таблица 3

Табл. 34 Процент ЛУИН, указавших на использование стерильного инструментария во время последнего употребления инъекционных наркотиков в зависимости от охвата профилактическими программами, ДЭН, КР, 2016г.

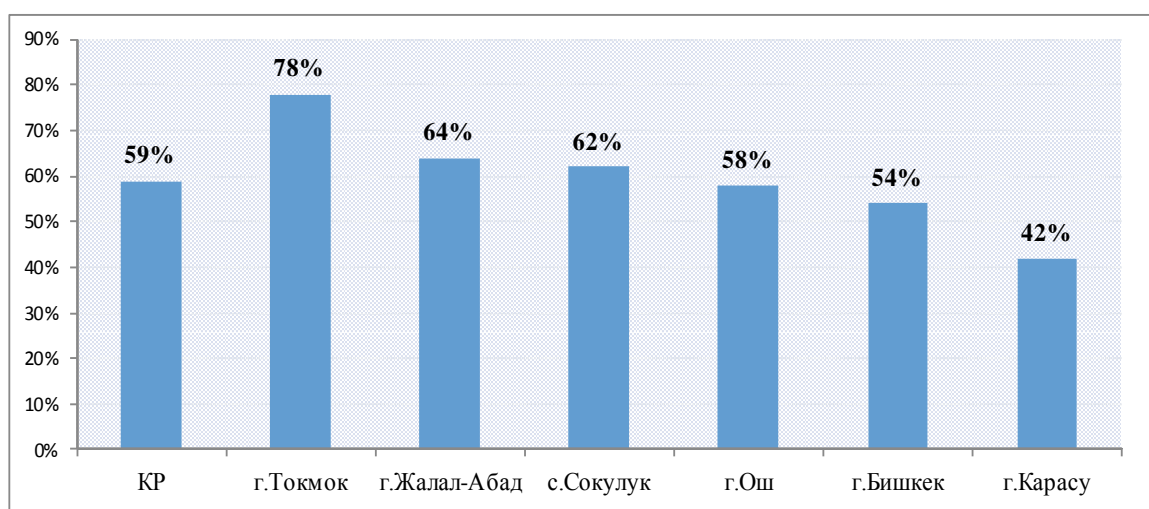
Индикатор 1.1.2 Процент ЛУИН, охваченных программами профилактики ВИЧ	Индикатор 1.1.6 Процент ЛУИН, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	
	Использовали стерильный инструментарий	Практикует опасное инъекционное поведение
Охвачены	164 (52,4%)	149 (47,6%)
Не охвачены	381 (45,7%)	453 (54,3%)
ДИ	1,0 - 1,69	
P-value	0,04	

Половое поведение ЛУИН

Очень важно изучать половое поведение ЛУИН в контексте профилактики передачи ВИЧ от ЛУИН их половым партнерам. Так, у 77% ЛУИН были половые контакты в течение последнего года, из них половые контакты за последний месяц были у 83%, с наибольшим показателем в г. Токмок (98%) и наименьшим в г. Ош (70%).

На национальном уровне, из числа ЛУИН имевших половые контакты за последние 12 месяцев - 59% использовали презервативы при последнем половом контакте. Рискованное половое поведение наиболее распространено среди ЛУИН г. Карасу (42%).

Рис. 73 Доля ЛУИН, использовавших презерватив при последнем половом контакте, ДЭН, 2016г.



Из числа ЛУИН, имевших половых партнеров за последний год (N=1009), у 69% (697) были постоянные половые партнеры, у 33,2% (335) друзья/подруги, с кем имели половые отношения и у 26,5% (268) коммерческие половые партнеры.

В разбивке по категориям половых партнеров, среднее количество постоянных законных супругов или сожителей составило 1,2, и вследствие наличия крайних значений будем использовать медиану для друзей/подруг–2 и случайных половых партнеров–3.

Настораживает тот факт, что число коммерческих половых партнеров доходит до 500, и медиана по коммерческим половым партнерам составляет 3. Из числа респондентов, имевших коммерческих половых партнеров, большинство использовали презервативы (86,4%).

Табл. 35 Количество половых партнеров у ЛУИН за последние 12 месяцев, N=1009, ДЭН, КР, 2016г.

Значения	Законные супруги/сожители (N=697)	Друзья/подруги (N=335)	Случайные половые партнеры (N=268)	Коммерческий партнер (N=96)
Медиана	1	2	2	3
Среднее	1,2	3,1	4,1	13
Минимум	1	1	1	1
Максимум	10	100	81	500

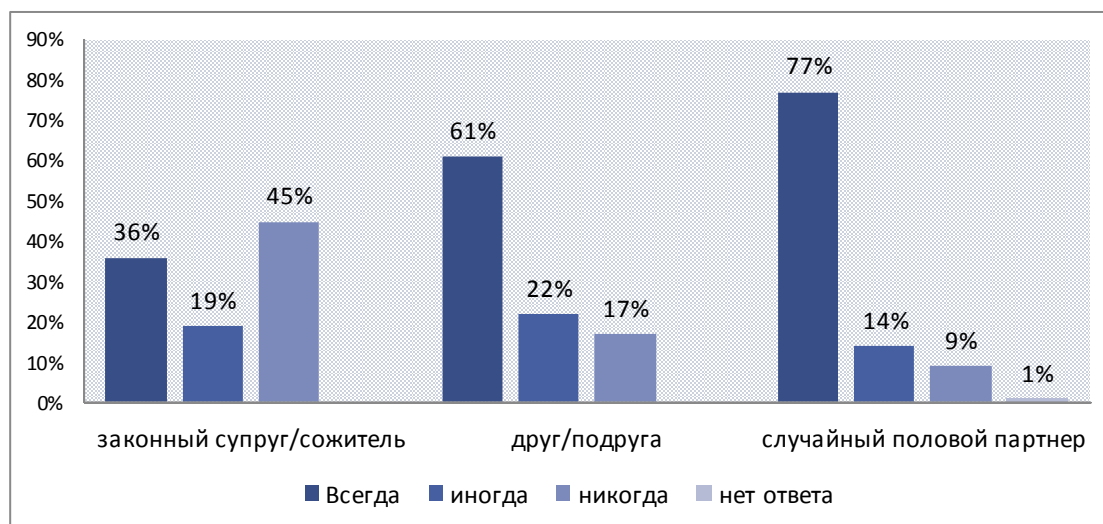
В среднем, каждый ЛУИН имел половые контакты с законным супругом/сожителем 9 раз в месяц, с другом/подругой 7 раз, со случайным половым партнером 5 раз в месяц.

Табл. 36 Половые контакты с разными видами половых партнеров, ДЭН, КР, 2016г.

Значения	Половые контакты с законным супругом/сожителем за последние 30 дней	Половые контакты с другом/подругой за последние 30 дней	Половые контакты со случайным половым партнером за последние 30 дней
Медиана	6	5	2
Среднее значение	9	7	5
Минимальное	1	1	1
Максимальное	81	32	81

Отмечается рискованное половое поведение ЛУИН со всеми видами половых партнеров. Никогда не использовали презерватив с законным супругом или сожителем - 45% ЛУИН, с другом/подругой - 17% ЛУИН и со случайным половым партнером 9% ЛУИН. Причем, количество случайных половых партнеров может достигать до 100 человек.

Рис. 74 Использование презерватива с половыми партнерами за последние 30 дней, ДЭН, КР, 2016г.



Из числа тех у кого были половые контакты за последние 30 дней (n=1009), лишь 59% (595) использовали презерватив при последней половой связи. В основном не использовали презервативы с законными супругами/сожителями (58%) и другом/подругой, с кем имели половые связи (42%), т.к. считают их «надежными партнерами». В то время как, главной причиной неиспользования презерватива со случайными половыми партнерами указали неимение при себе презерватива.

Рис. 75 Причины неиспользования презерватива с разными видами половых партнеров, ДЭН, КР, 2016г.

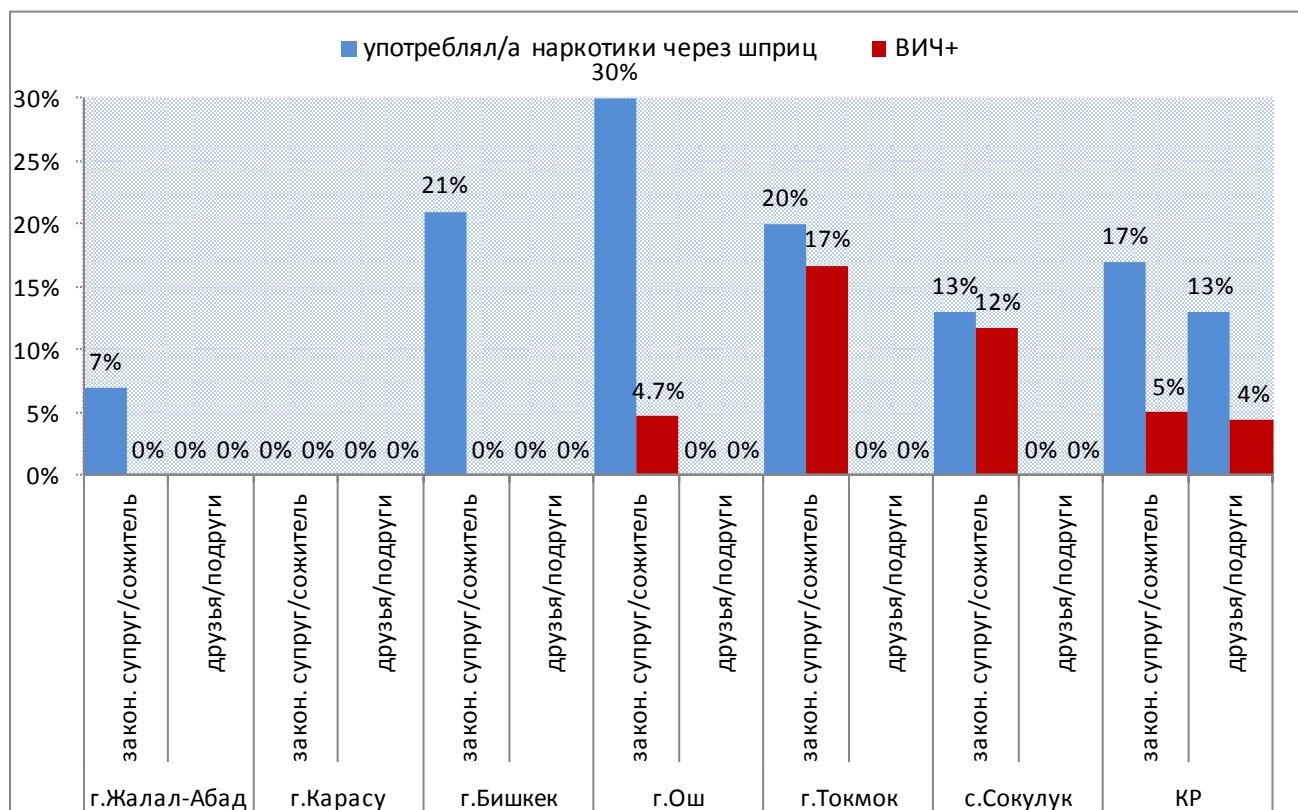


По стране, доля половых партнеров ЛУИН, употребляющих наркотики через шприц, среди законных супругов/ сожителей была равна 17% (119), и 5% из них имеют ВИЧ-положительный статус. Из числа друзей/подруг ЛУИН, с которыми были половые отношения, употребляли инъекционные наркотики 13% (45), из них 4,4% имели ВИЧ – позитивный статус.

Причем, ЛУИН г. Бишкек и г.Карасу отметили, что не имеют ВИЧ-положительных половых партнеров.

Среди законных супругов/сожителей ЛУИН г. Токмок, 20% употребляют наркотики через шприц, их них 18% ВИЧ – позитивные. Среди друзей/подруг ЛУИН г. Жалал-Абад 15% употребляют инъекционные наркотики, из них пятая часть (20%) с ВИЧ – положительным статусом.

Рис. 76 Употребление наркотиков через шприц, разными видами половых партнеров и их ВИЧ - статус, ДЭН, КР, 2016г.



13.4. Симптомы ИППП и поиск лечения

Доля ЛУИН, у которых были симптомы ИППП за последние 12 месяцев составила 7,3% (96), из них 39,5% (38) получили лечение. Основной причиной отказа от лечения 20,8% (20) респондентов отмечают дороговизну.

13.5. Уровень знаний о ВИЧ-инфекции

Из 1311 ЛУИН, всего 37,1% (487) правильно отвергали неверные пути передачи и называли пути профилактики ВИЧ. В сравнении с 2013 г., наблюдается снижение данного показателя по г. Ош, с 56% до 21%, г. Жалал-Абад с 27% до 18,8% и на национальном уровне с 46% до 37,1%.

Табл. 37 Уровень информированности ЛУИН о путях передачи и способах защиты от ВИЧ, ДЭН, 2013г., 2016г.

Дозорный участок	Уровень знаний ЛУИН	
	2013 год	2016 год
г.Бишкек	65%	67%
г.Токмок	NA	2%
с.Сокулук	NA	27%
г.Ош	56%	21%
г.Жалал-Абад	27%	19%
г.Карасу	NA	43%
КР	46%	37%

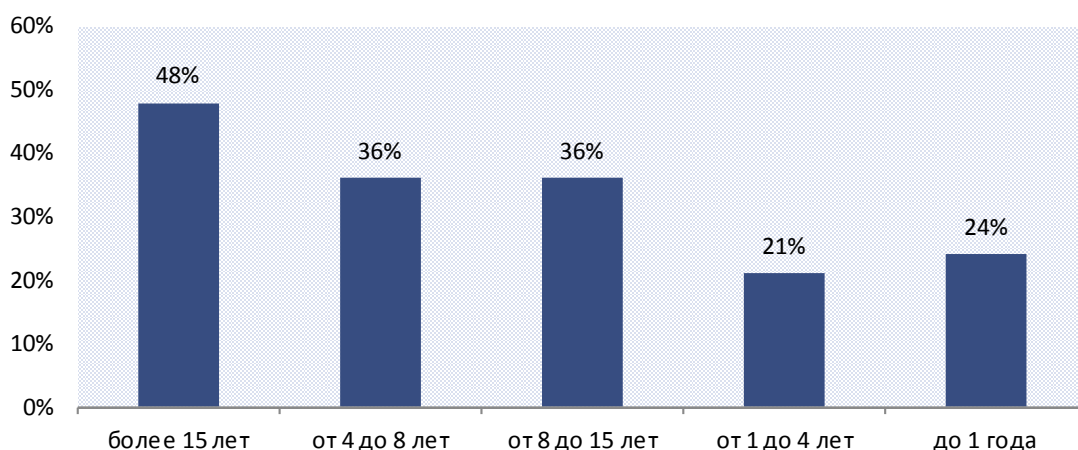
В разбивке по регионам, больше всех осведомлены о путях заражения и способах защиты от ВИЧ, ЛУИН г. Бишкек (67,4%) и г. Карасу (42,6%). В г. Токмок лишь 1,6% правильно указали пути передачи и способы защиты от ВИЧ, при экстраполяции на всю популяцию ЛУИН в г. Токмок данный показатель меньше единицы (0,3%).

Табл. 38 Процент ЛУИН, которые правильно указывают способы профилактики ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ по регионам, ДЭН, КР, 2016г.

	г. Жалал-Абад	г. Карасу	г.Бишкек	г.Ош	г.Токмок	с. Сокулук
Выборка	18,8%	42,6%	67,4%	21%	1,6%	26,9%
Популяция	17,4%	42,2%	66,1%	20,2%	0,3%	24,7%

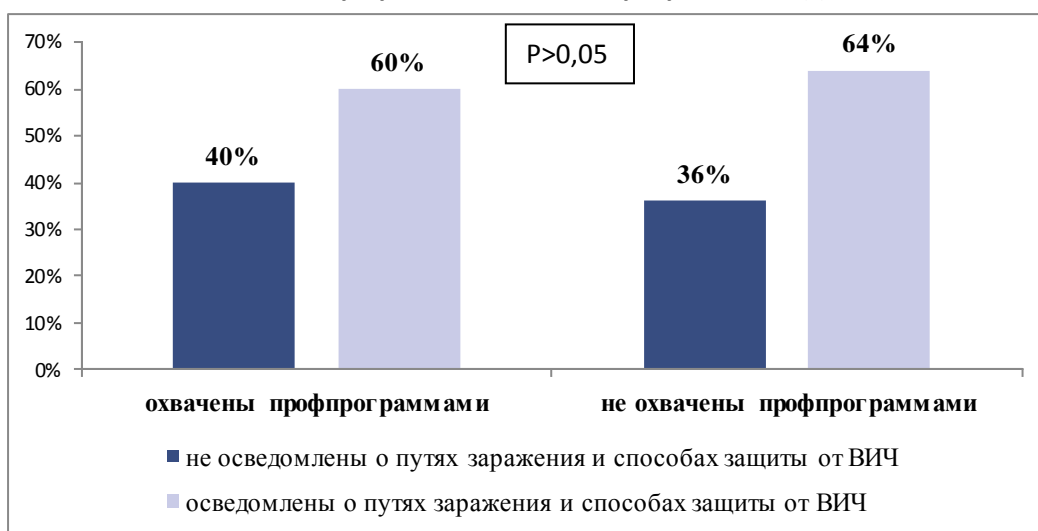
С увеличением продолжительности инъекционного стажа, в два раза возрастает и уровень знаний о ВИЧ среди ЛУИН со стажем 15 лет и старше (48%), но все-же остается на недостаточном уровне

Рис. 77 Уровень знаний ЛУИН с различным стажем инъекционного потребления, ДЭН, КР, 2016г.



Среди охваченных профилактическими программами, 60% ЛУИН правильно отметили пути заражения и способы защиты от ВИЧ. Но не было выявлено статистически значимой разницы уровня знаний между ЛУИН, охваченными и не охваченными профпрограммами, $p\text{-value} > 0.05$.

Рис. 78 Процент ЛУИН, знающих пути заражения и способы защиты от ВИЧ, в зависимости от охвата профилактическими программами, ДЭН, КР, 2016г.



13.6. Охват тестированием на ВИЧ

Процент ЛУИН, прошедших тестирование и знающих свой результат в 2016г. (43,7) остается примерно на прежнем уровне, что и в 2013 году (43%). В разбивке по регионам, наблюдается снижение результатов: в г. Бишкек, с 48% до 42% и в г. Жалал-Абад, с 56% до 43%.

Табл. 39 Охват ЛУИН тестированием и консультированием, ДЭН, КР, 2016г.

Дозорный участок	Тестирование и предоставление результатов		Тестирование, предоставление результатов и полное консультирование	
	2013 год	2016 год	2013 год	2016 год
г. Бишкек	47,5%	41,7%	23,5%	37,9%
г. Ош	50,4%	51,5%	42,4%	50%
г. Жалал-Абад	56%	42,6%	49%	42,6%
г. Карасу	NA	54,5%	NA	52,5%
г. Токмок	NA	31,1%	NA	31,1%
с. Сокулук	NA	45,1%	NA	36,6%
КР	43%	43,7%	33,3%	40,7%

При экстраполяции данных по тестированию и предоставлению результатов на всю популяцию ЛУИН в г. Токмок, результат снизился до 16,2%. В остальных регионах популяционные доли колеблются в пределах с 38% до 46%.

Табл. 40 Процент ЛУИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты, ДЭН, 2016г.

	г. Жалал-Абад	г. Карасу	г. Бишкек	г. Ош	г. Токмок	с. Сокулук
Выборка	42,60%	54,5%	41,7%	51,5%	31,1%	45,1%
Популяция	38%	45%	38,9%	46,2%	16,2%	41,7%

При получении взвешенных результатов по ЛУИН, прошедших тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев, получивших полное консультирование и знающих свой результат, значения находятся в пределах от 16% до 44%.

Табл. 41 Процент ЛУИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев, полное консультирование и знают свой результат, ДЭН, 2016г.

	г. Жалал-Абад	г. Карасу	г. Бишкек	г. Ош	г. Токмок	с. Сокулук
Выборка	42,6%	52,5%	37,9%	50%	31,1%	36,6%
Популяция	38%	43%	34,6%	43,6%	16,2%	32,9%

13.7. Охват профилактическими программами

Среди опрошенных ЛУИН, лишь 26,2% является участниками профилактических программ, т.е. ситуация практически не изменилась в сравнении с прошлым раундом ДЭН в 2013г. (28,2%). Значительно улучшился показатель охвата профилактическими программами в г. Жалал-Абад (с 23% до 50,5%), в городах Бишкек и Ош наоборот наблюдается значительное снижение охвата.

Табл. 42 Охват профилактическими программами, ДЭН, КР, 2016г.

Дозорный участок	Показатель охвата	
	2013	2016
г. Бишкек	29,4%	14,4%
г. Ош	46%	36,4%
г. Жалал-Абад	23%	50,5%
г. Карасу	NA	56,4%
г. Токмок	24,5%	30,5%

с. Сокулук	NA	6,3%
КР	28,2%	26,2%

Охват профилактическими программами возрастает с возрастом и с увеличением инъекционного стажа и находится в пределах от 4% до 33%. Необходимо обратить особое внимание на то, что группа ЛУИН младше 20 лет и со стажем инъекционного потребления до 1 года практически не вовлечена в программы профилактики.

Рис. 79 Охват профилактическими услугами в разбивке по возрасту, ДЭН, КР, 2016г.

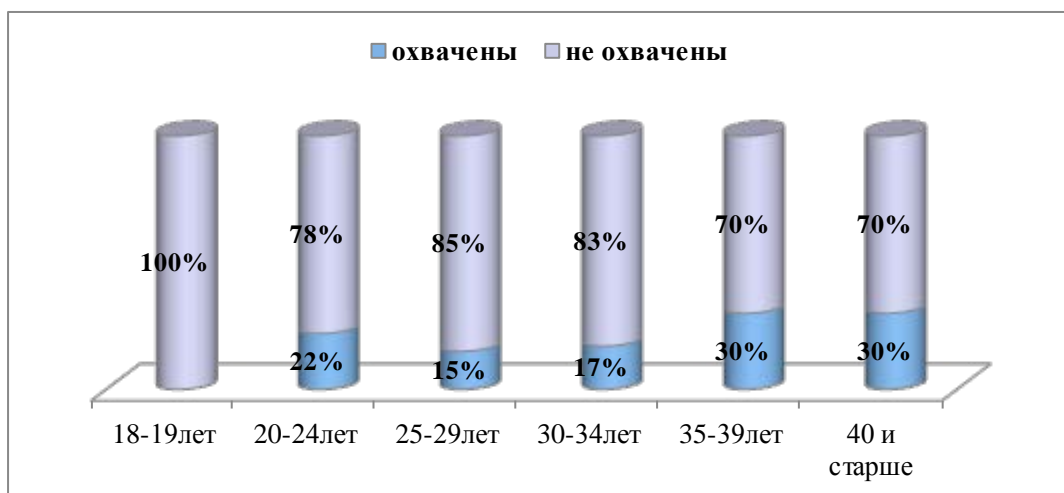
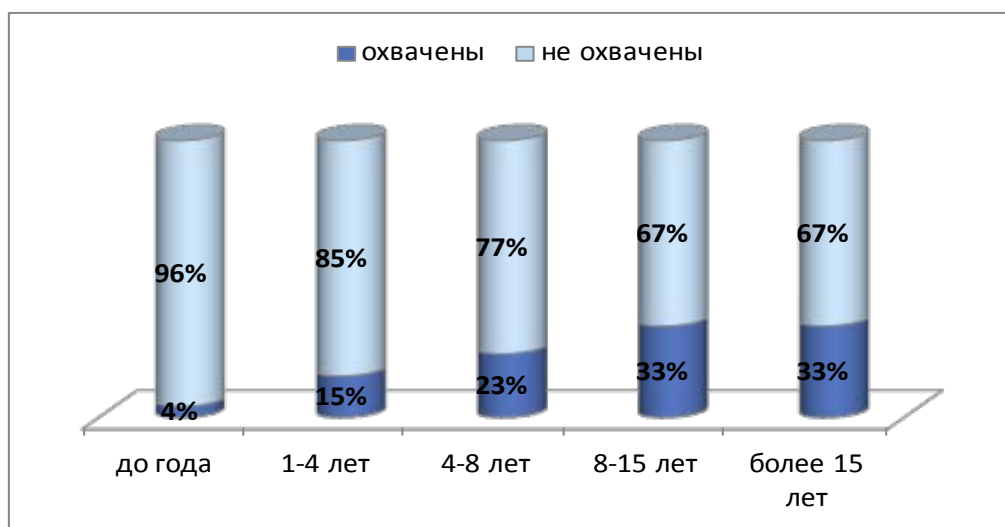


Рис. 80 Охват профилактическими услугами в разбивке по инъекционному стажу, ДЭН, КР, 2016г.



Большинство респондентов (80,3%) принимали участие в ДЭН 2016 г. впервые в своей жизни.

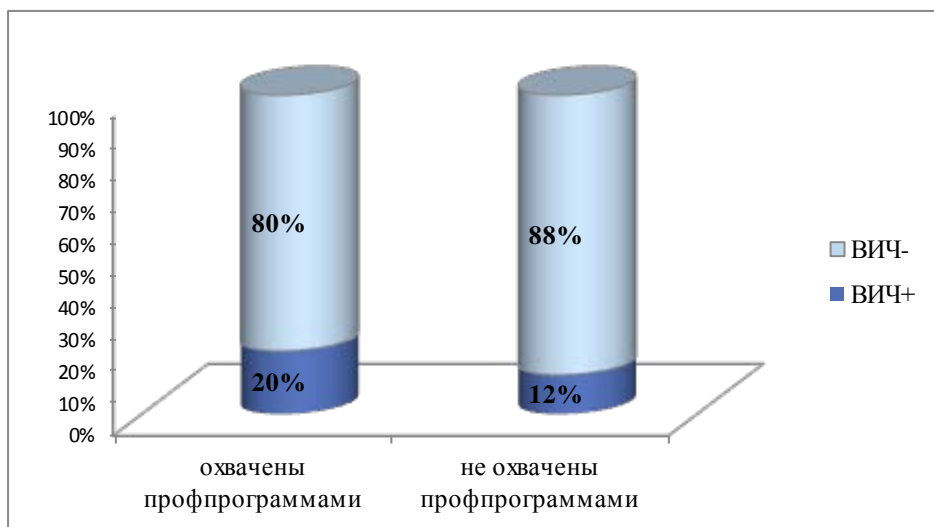
В разбивке по дзорным сайтам наименьшие показатели охвата профилактическими программами наблюдаются в г. Бишкек и с. Сокулук, 14,4% и 6,3% соответственно. При экстраполяции результата на всю популяцию ЛУИН в с. Сокулук (взвешенные данные), охват профилактическими программами равен 3,4%, Токмок 12,1% и Бишкек 11,2%.

Табл. 43 Процент ЛУИН, охваченных программами профилактики ВИЧ (выборка, популяция), ДЭН, 2016г.

	г. Жалал-Абад	г. Карасу	г. Бишкек	г. Ош	г. Токмок	с. Сокулук
Выборка	50,5%	56,4%	14,4%	36,4%	30,5%	6,3%
Популяция	49,7%	50,2%	11,2%	28,7%	12,1%	3,4%

Среди ЛУИН, охваченных комплексом услуг по профилактическим программам, инфицированных ВИЧ было 19,8%, среди не охваченных - 12,3%.

Рис. 81 Инфицирование ВИЧ, в зависимости от охвата профилактическими программами, ДЭН, КР, 2016г.



Для оценки проводимых профилактических программ среди ЛУИН, задавались вопросы о длительности, кратности пользования услугами и удовлетворенности ими. На национальном уровне большинство ЛУИН констатировали факт получения хотя бы одной из услуг профилактических программ, 74% (с 48% до 100% в разрезе населенных пунктов).

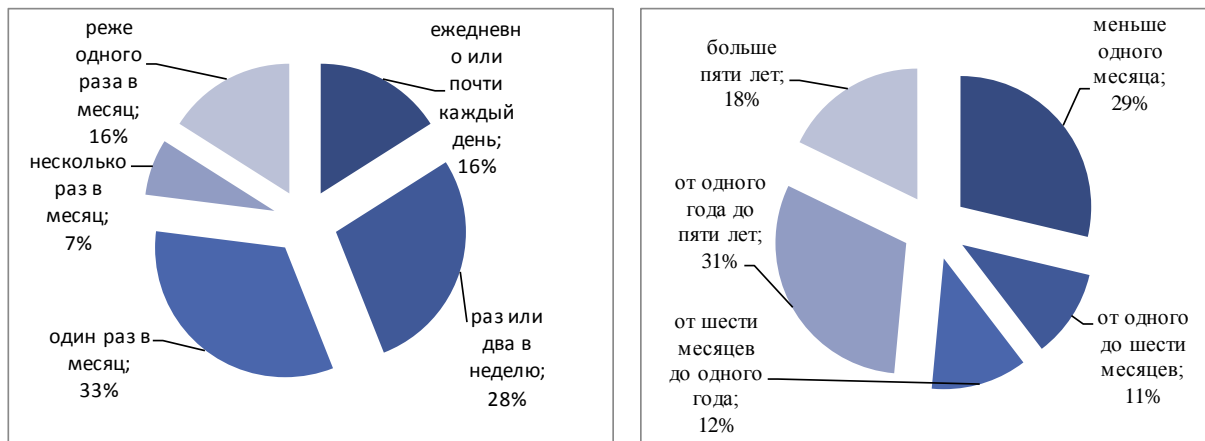
На национальном уровне, 52% подтверждали свое участие в профилактических программах, с максимальным значением в г. Жалал-Абад (100%) и с минимальным значением в с. Сокулук (10%). Практически все участники профилактических программ указали, что получают достаточно услуг (от 98% до 100%).

Табл. 44 Оценка профилактических программ, ДЭН, КР, 2016г.

Сайты	Пользуются или пользовались ранее	Достаточно получают профилактических услуг	Довольны услугами	Получали хотя бы одну из услуг (презервативы, шприцы, ИОМ, направление на тестирование ВИЧ)
г. Жалал-Абад	100%	100%	100%	100%
г. Карасу	94%	100%	100%	97%
г. Бишкек	41%	98%	100%	69%
г. Ош	76%	98%	99%	90%
г. Токмок	37%	100%	100%	48%
с. Сокулук	10%	99%	100%	62%
КР	52%	99%	100%	74%

В разбивке по сайтам, все ЛУИН были довольны получаемыми услугами. «Новичков» профилактических программ, которые получали услуги меньше одного месяца, в выборку попало 29%. Основная доля респондентов (84%) довольно часто получают услуги: от ежедневного получения услуг до нескольких раз в месяц.

Рис. 82 Длительность и кратность получения профилактических услуг, ДЭН, КР, 2016г.



В ходе анализа была проведена оценка влияния профилактических услуг в комплексе из 2-х или 3-х услуг на индикаторы профилактических программ.

У ЛУИН, охваченных комплексом профилактических услуг, было значимо больше шансов быть протестированными на ВИЧ-инфекцию и знать свой результат, $p\text{-value} < 0.05$, а также среди охваченных комплексом профилактических услуг значимо больше ВИЧ-позитивных ЛУИН, что объясняется тем, что пакет профилактических услуг обязательно должен включать направление на тестирование на ВИЧ. С остальными индикаторами статистически значимой связи не было обнаружено.

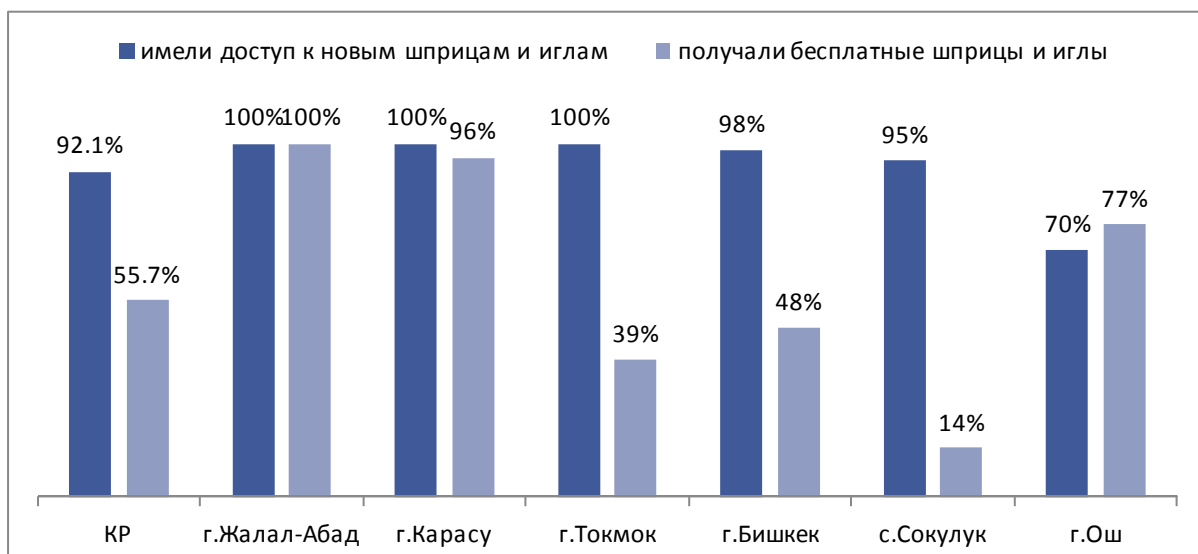
Табл. 45 Знание, инъекционное поведение, тестирование и инфицирование в зависимости от охвата комплексом профилактических программ, ДЭН, КР, 2016г.

Охват профилактическими программами	Охват 2- услугами			Охват 3- услугами		
	OR	CI	P-value	OR	CI	P-value
ЛУИН, прошедшие тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знающие свой результат	2,36	1,88- 2,97	$P < 0,05$	2,58	2,03-3,29	$P < 0,05$
ЛУИН, которые правильно указывают способы профилактики ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	0,81	0,64- 1,6	$P > 0,05$	1,07	0,84-1,36	$P > 0,05$
ЛУИН, указавших на использование стерильного инструментария во время последнего употребления инъекционных наркотиков	1,05	0,82- 1,33	$P > 0,05$	1,16	0,90-1,49	$P > 0,05$
Инфицирование ВИЧ	1,70	1,24- 2,32	$P < 0,05$	1,53	1,11-2,12	$P < 0,05$
Инфицирование ВГС	1,22	0,97- 1,54	$P > 0,05$	1,28	1,0- 1,64	$P < 0,05$

Во всех регионах страны отмечается постоянный доступ к новым шприцам и иглам, от 70% до 100%. А вот к бесплатным новым шприцам доступ ЛУИН на национальном

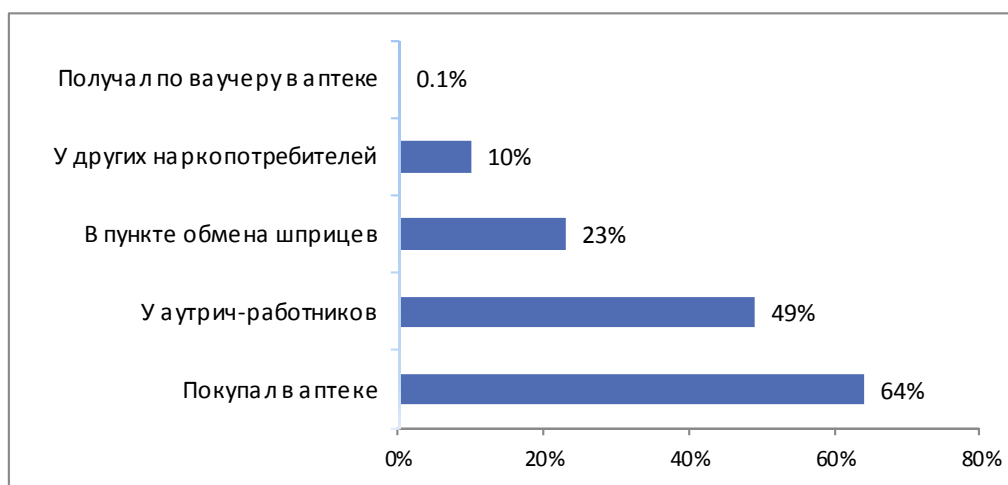
уровне равен 55,7%, с минимальным значением в с. Сокулук (14%) и максимальным значением в гг.Жалал-Абад, Карасу и Токмок (до 100%).

Рис. 83 Доступ к новым шприцам, ДЭН, КР, 2016г.



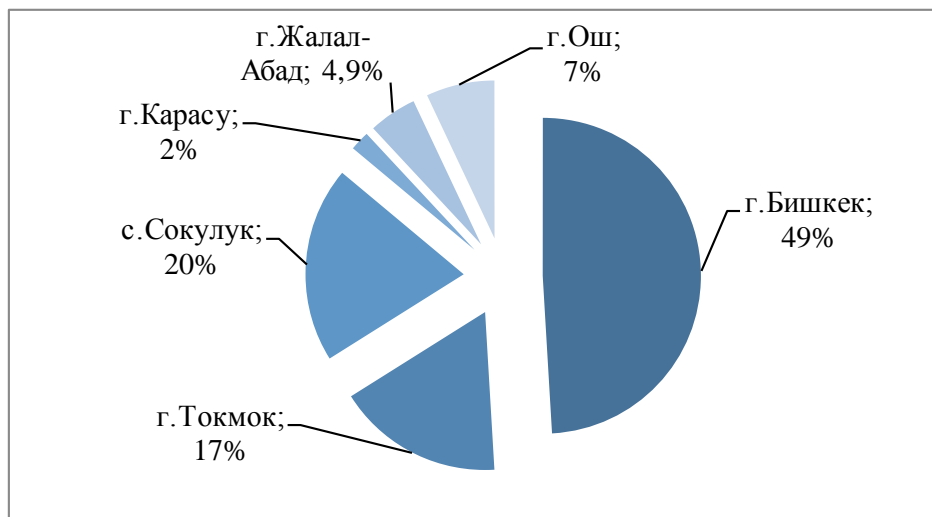
Среди тех, кто имел постоянный доступ к новым шприцам (N=1208), в 64% случаев приобретали их за деньги их в аптеке, в 49% брали у аутрич-работников, в 23% в ПОШ и в 10% брали у других наркопотребителей.

Рис. 84 Места приобретения новых шприцев, ДЭН, КР, 2016г.



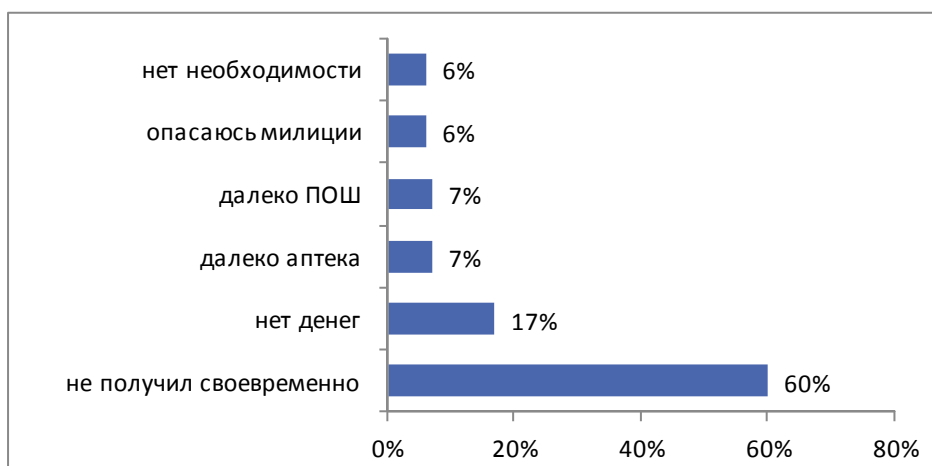
По результатам анализа, большинство ЛУИН, покупающих новые шприцы и иглы в аптеках, были респондентами из г. Бишкек (49%) и Чуйской области (37%), несмотря на самое большое число ПОШ в этих регионах.

Рис. 85 ЛУИН, покупающие новые шприцы в аптеках, в разбивке по регионам, ДЭН, 2016г.



Среди ЛУИН, не имевших постоянный доступ к новым шприцам (N=102), 80% были из г. Ош. Основными причинами ограничения доступа указали несвоевременное получение от аутрич-работника или волонтера (60%) и отсутствие денег (17%).

Рис. 86 Причины ограничения доступа ЛУИН к новым шприцам, ДЭН, КР, 2016г.



13.8. Серологические показатели

По данным ДЭН 2016 г., в сравнении с результатами 2013г. наблюдается небольшое увеличение распространенности ВИЧ-инфекции среди ЛУИН как на национальном уровне (с 12% до 14,3%), так и в отдельных регионах, напр. в г.Ош (с 16,8% до 19,1%). Распространенность ВГС увеличилась, как в целом по всей выборке (с 45,1% до 60,9%), так и в разрезе по отдельным сайтам: в г. Бишкек с 69,7% до 79,4%; в г. Ош с 39,2% до 61%. Напротив, в г.Жалал-Абад наблюдается заметное снижение распространенности ВГС среди ЛУИН, с 34% в 2013г. до 26,7% в 2016г.

Ситуация по распространенности антител к сифилису изменилась в сторону увеличения, с 8,3% до 13,8% на национальном уровне.

В общем по сайтам было рекрутировано от 6 до 16 волн, с максимальным количеством волн в г.Бишкек и минимальным в г. Жалал-Абад. Наибольшее количество ВИЧ-

инфицированных ЛУИН приходится на срединные волны с равномерным распределением.

Рис. 87 Распространенность ВИЧ - инфекции по волнам, ДЭН, 2016г.

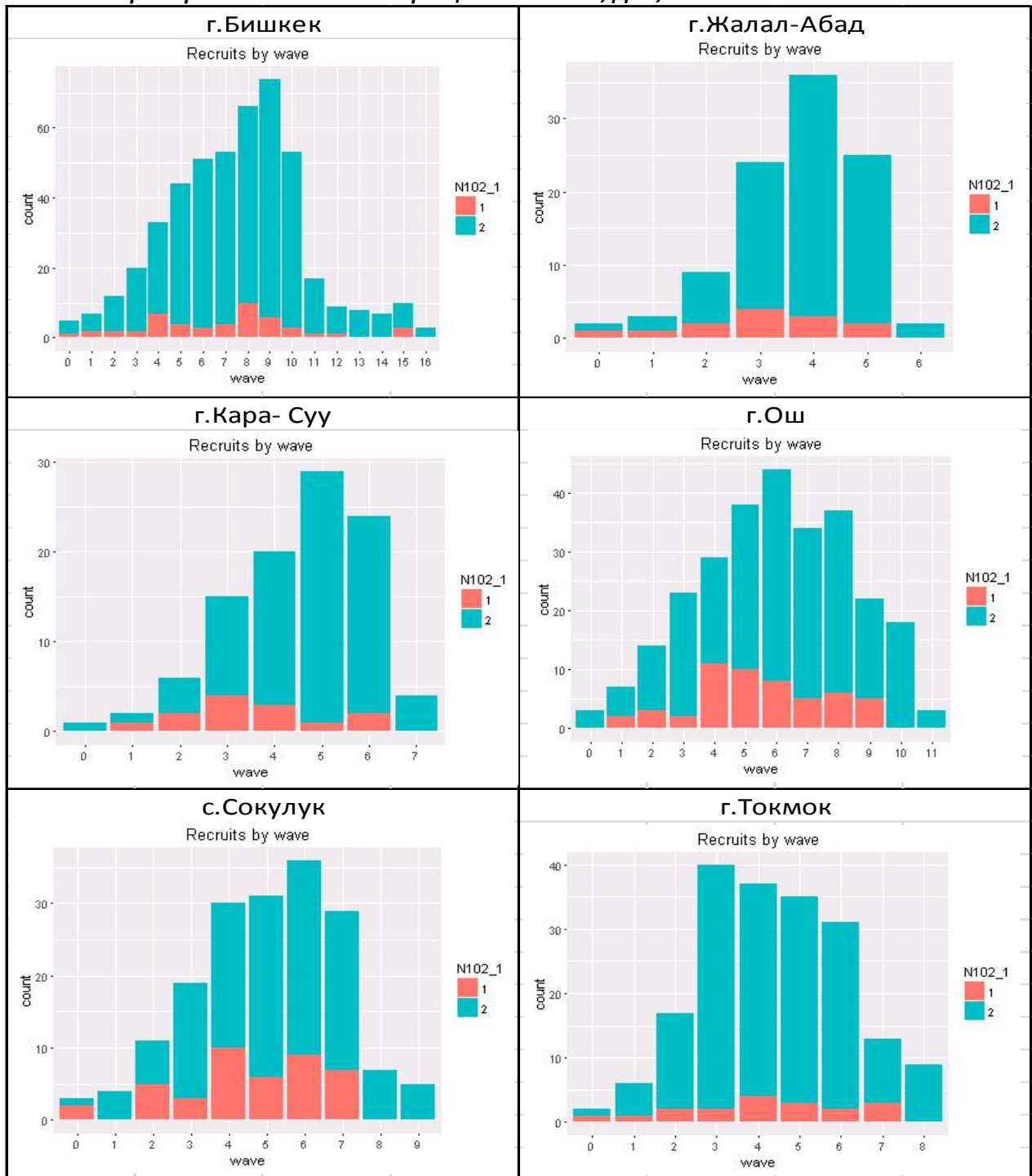
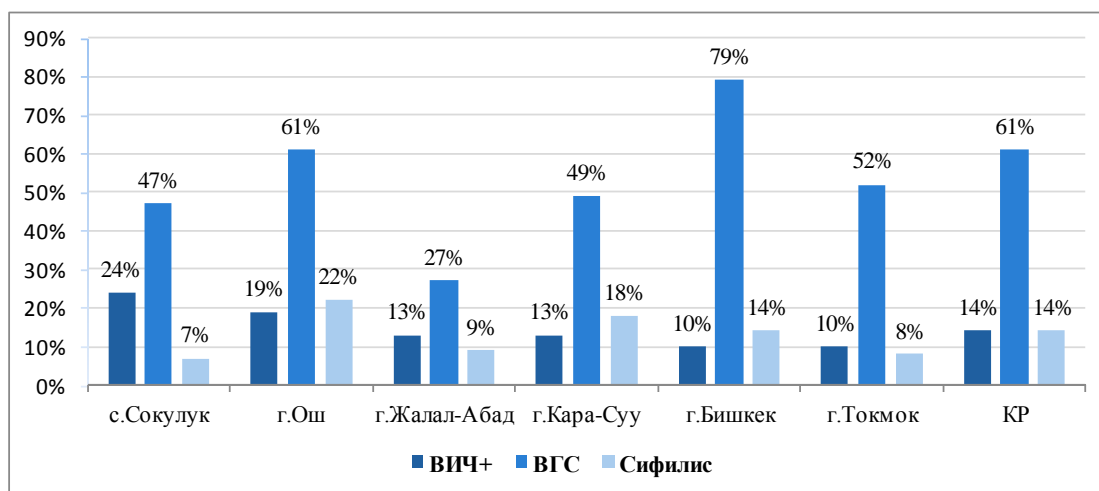


Табл. 46 Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди ЛУИН по годам и дозорным участкам, ДЭН, 2016г.

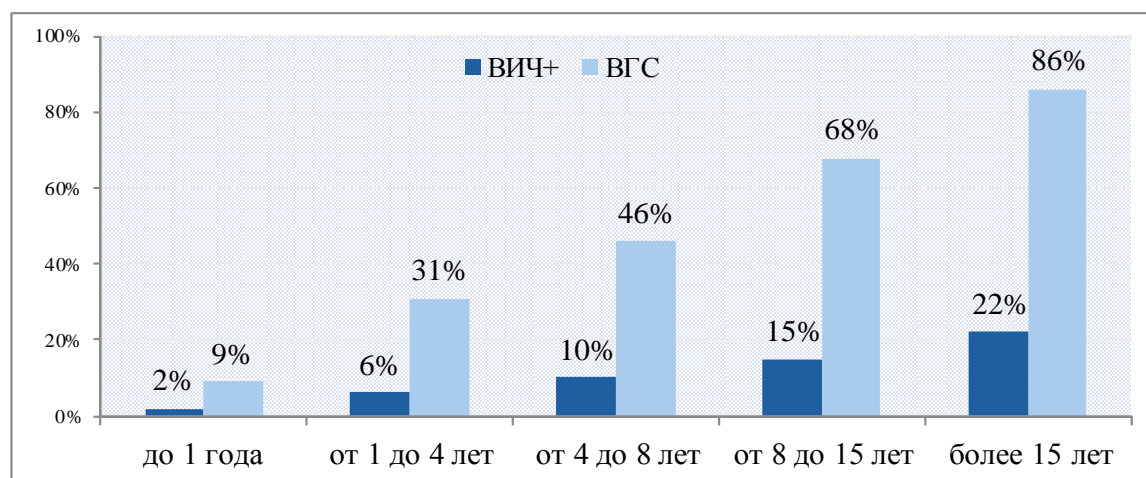
Регионы	ВИЧ+		ВГС		Сифилис	
	2013	2016	2013	2016	2013	2016
с. Сокулук	NA	24%	NA	46,9%	NA	6,9%
г. Ош	16,8%	19,1%	39,2%	61%	8,8%	22,1%
г. Жалал-Абад	17%	12,9%	34%	26,7%	7%	8,9%
г. Карасу	NA	12,9%	NA	48,5%	NA	17,8%
г. Бишкек	10,9%	10,4%	69,7%	79,4%	10,9%	14,2%
г. Токмок	NA	9,5%	NA	52,1%	NA	7,9%
КР	12%	14,3%	45,1%	60,9%	8,3%	13,8%

Рис. 88 Распространенность инфекций (ВИЧ, ВГС, Сифилис) по регионам, ЛУИН, ДЭН, 2016г.



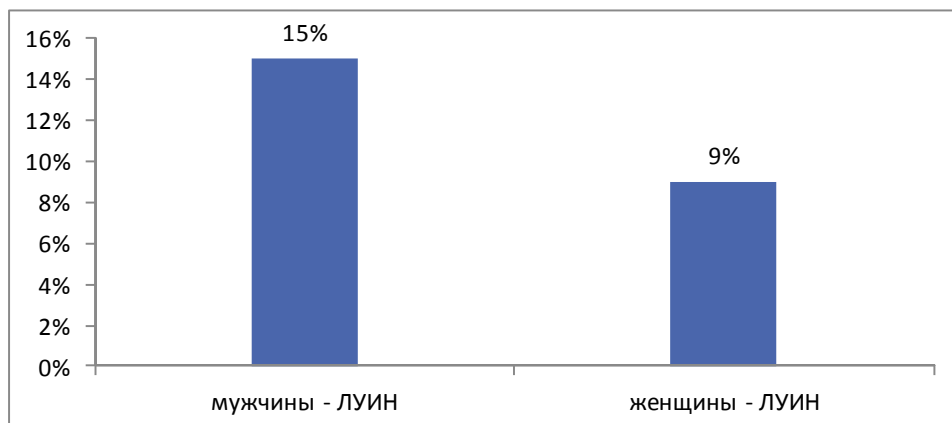
По результатам ДЭН 2016 года, наблюдается зависимость распространенности ВИЧ и ВГС от стажа употребления инъекционных наркотиков. Если у лиц со стажем менее года, инфицированность ВИЧ- 2%, ВГС- 9%, то к стажу более 15 лет показатели возрастают: ВИЧ до 22%, ВГС до 86%. В связи с чем необходимо стремиться к улучшению охвата профилактическими программами молодых ЛУИН с маленьким стажем потребления.

Рис. 89 Распространенность ВИЧ, ВГС, в разбивке по инъекционному стажу, ДЭН, КР, 2016г.



В разбивке по полу, распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН-мужчин выше в 1,6 раза, чем среди женщин.

Рис. 90 Распространенность ВИЧ- инфекции среди женщин и мужчин ЛУИН, ДЭН, КР, 2016г.



Инъекционное и половое поведение ВИЧ-позитивных ЛУИН

Для оценки полового и инъекционного поведения среди ВИЧ-положительных ЛУИН, задавались вопросы об использовании презерватива при последней половой связи и о безопасном инъекционном введении наркотиков.

Среди ВИЧ-позитивных ЛУИН (N=187), из которых всего 34% ранее знали о своем ВИЧ-положительном статусе, при последнем введении наркотиков наблюдается опасное инъекционное поведение: 9% передавали свой использованный шприц другим наркопотребителям для укола, 14% использовали общую воду для промывания шприца или иглы, 39% набирали раствор наркотика из общей посуды и 10% использовали чужой, ранее использованный шприц.

Также, среди ВИЧ-позитивных ЛУИН наблюдается и опасное половое поведение: 24% опрошенных имели незащищенный последний половой контакт.

Рис. 91 Половое и инъекционное поведение среди ВИЧ-позитивных ЛУИН, ДЭН, КР, 2016г.



13.9. Основные выводы

1. По сравнению с результатами ДЭН 2013 г. среди ЛУИН отмечается незначительное увеличение распространенности ВИЧ с 12% до 14%, но при этом имеется значительное увеличение распространенности ВГС с 45% до 61%. Отмечается связь распространенности инфицирования ВИЧ и ВГС с ростом инъекционного стажа. Распространенность ВИЧ выше среди мужчин-ЛУИН.
2. Группа ЛУИН становится «старше», средний возраст респондентов - 40 лет, доля ЛУИН в возрасте до 20 лет снизилась с 3,2% в 2010г. до 0,2%, в 2016г, за этот же период доля ЛУИН старше 35 лет возросла с 56% до 70%. Более трети опрошенных ЛУИН (37%) были со стажем более 15 лет. Почти половина ЛУИН употребляют инъекционные наркотики раз в неделю или реже.
3. Наиболее употребляемым наркотиком в группе ЛУИН является героин (99,3%), употребление «ханки» снизилось с 21% до 4,5% по сравнению с 2013г.
4. Несмотря на то, что в крупных городах страны работают профилактические программы охват ЛУИН этими программами значительно снизился и остается на низком уровне. Значительное снижение охватом отмечается в г.Бишкек (в два раза), несмотря на самую высокую концентрацию СПИД-сервисных организаций. В разрезе сайтов самый высокий показатель охвата профилактическими услугами отмечается в г.Карасу (56,4%), и минимальный уровень – в с.Сокулук (6,3%). Профилактическими программами чаще охвачены ЛУИН старше 35 лет и с инъекционным стажем более 10 лет.
5. Хотя на национальном уровне большинство респонденты имеют доступ к новым шприцам (92,1%), но, при этом, более половины из них (64%) приобретали шприцы в аптеке за деньги. По стране лишь чуть более половины респондентов (55,7%) получали бесплатные шприцы. Причем доступ к бесплатным шприцам оказался выше в южных регионах (г.Жалал-Абад-100%; г.Кара-Суу-97%), чем в северных сайтах от 51% в г.Бишкек до 83% г.Токмок.
6. Отсутствуют статистически значимые свидетельства влияния охвата профилактическими программами на знания и поведение ЛУИН, связанных с передачей ВИЧ-инфекции, что вызывает вопросы к качеству услуг.
7. У ЛУИН охваченных комплексом профилактических услуг было значимо больше шансов быть протестированными на ВИЧ-инфекцию и знать свой результат, $p\text{-value} < 0.05$, а также среди охваченных комплексом профилактических услуг оказалось значимо больше ВИЧ-позитивных ЛУИН, что объясняется тем, что пакет профилактических услуг включает направление на тестирование на ВИЧ.
8. Наряду с инъекционным путем передачи ВИЧ, половой путь является значимым в контексте профилактики передачи ВИЧ от ЛУИН их половым партнерам в КР. Так, большинство ЛУИН имеют множество половых партнеров и часто практикуют с ними опасное половое поведение со всеми видами половых партнеров. Причиной неиспользования презерватива указывается уверенность в «надежности» полового

партнера. Среди половых партнеров ЛУИН имеются лица с ВИЧ-положительным статусом, среди которых распространено опасное инъекционное и половое поведение.

9. Охват ЛУИН на национальном уровне тестированием, с предоставлением результатов (43%) и полного консультирования (40,7%) остается на низком уровне.

10. Уровень информированности ЛУИН о путях передачи и способах защиты от ВИЧ остается на низком уровне, со значительным снижением показателей в г.Ош с 56% до 21%. Самый низкий показатель по уровню информированности отмечается г.Токмок (ниже 1%, взвешенный показатель).

13.10. Рекомендации

1. Необходимо изучить причины низкого охвата ЛУИН профилактическими программами.
2. Для своевременного выявления ВИЧ-положительных ЛУИН необходимо проводить работу по расширению рутинного добровольного тестирования данной группы с обязательным сопровождением консультированием до и после тестирования.
3. Выявленных ВИЧ-положительных ЛУИН необходимо тщательно готовить к подключению к АРВ-лечению.
4. Медицинским специалистам, оказывающим услуги по уходу и лечению при ВИЧ, необходимо тщательно вести поддержку подключенных на АРВ-лечение ВИЧ-положительных ЛУИН, особенно в первые недели лечения для профилактики прерывания лечения по различным причинам (побочные эффекты, мифы о ВИЧ-инфекции и лечении, низкая информированность о ВИЧ и лечении, отсутствие мотивации, недоброжелательное отношение к пациенту и т.д.).
5. Сотрудникам НПО совместно с сотрудниками медицинских учреждений необходимо осуществлять работу по укреплению приверженности ВИЧ-положительных ЛУИН АРВ-лечению.
6. Обязательно наладить качественную работу с половыми партнерами выявленных ВИЧ-положительных ЛУИН (выявление, анонимное оповещение, консультирование, тестирование, подключение к АРВ-лечению, работа по приверженности).
7. Осуществлять работу по изменению полового поведения ВИЧ-положительных ЛУИН силами сотрудников НПО.
8. Специалистам РЦ «СПИД» на регулярной основе осуществлять методическую и консультативную поддержку медицинских работников, предоставляющих услуги по лечению и уходу при ВИЧ-инфекции, по вопросам ВИЧ-инфекции.
9. Расширить охват ЛУИН профилактическими программами с рассмотрением возможности расширения доступа к бесплатным шприцам через аптечную сеть (система ваучеров). Также необходимо стремиться к улучшению охвата профилактическими программами молодых ЛУИН с маленьким стажем потребления.
10. Для получения достоверных данных по распространённости сифилиса при ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди ЛУИН необходимо улучшить метод определения (экспресс тестирование, РПГА и др.).

14. Результаты ДЭН среди СР

14.1. Социально - демографическая характеристика

За последние 3-5 эксперты отмечают изменение в структуре секс-работы в связи с изменившейся обстановкой в стране: сократилось количество СР, стоящих на трассе, увеличилось число СР, работающих в квартирах, саунах и по вызову. На момент проведения исследования наблюдалось большое количество милицейских рейдов, что привело к уменьшению количества СР в местах их обычного скопления и возник риск недобора СР в выборку. В связи с изменившейся ситуацией пришлось отказаться от представленной в протоколе ДЭН кластерной методики рекрутирования СР в выборку и провести набор СР удобным методом, т.е. набирали всех доступных. В 2016 году в ДЭН включено 760 секс работников.

Табл. 47 Количество СР, ДЭН, 2016г., в разбивке по дозорным сайтам.

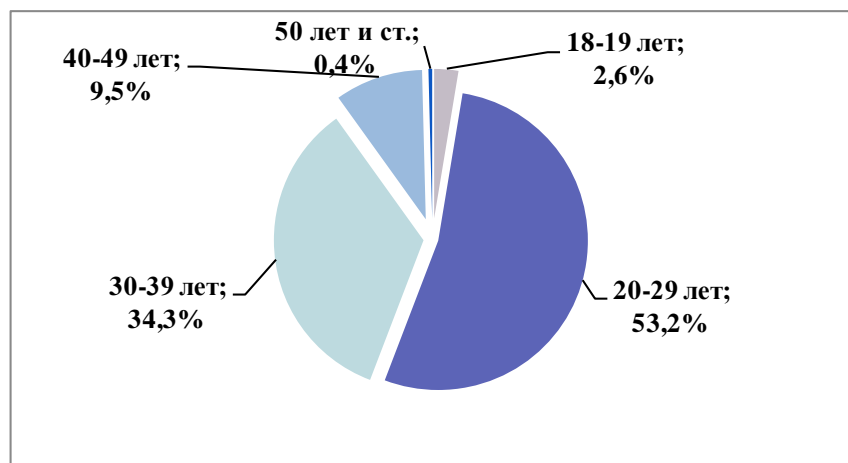
Сайты	Количество респондентов
г. Жалал-Абад	100
г. Бишкек	360
г.Ош	200
г.Токмок	100
КР	760

Для оценки социально - демографических характеристик СР изучались вопросы: возраст, семейное положение, уровень образования и занятость.

Возрастная структура по данным ДЭН

В возрастной структуре СР определяются две большие возрастные группы 18-29 лет - 55,8% и 30-и старше 50 лет – 44,2%.

Рис. 92 Возрастное распределение СР, ДЭН, КР, 2016г.



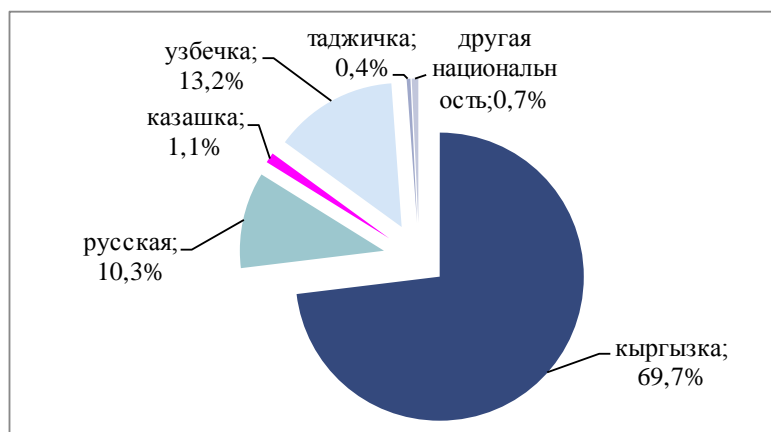
Средний возраст респондентов – 29 лет, медиана возраста – 28 лет. Минимальный возраст респондентов – 18 лет, максимальный – 54 года.

Табл. 48 Возрастное распределение СР в разбивке по дзорным сайтам, ДЭН, 2016г.

Дозорный участок	Возраст					
	До 25 лет	25 лет и старше	Медиана	Средний	Минимум	Максимум
г.Бишкек	35%	65%	27	28	18	51
г.Ош	21%	79%	30	31	19	54
г.Жалал-Абад	16%	84%	31	31	19	46
г.Токмок	38%	62%	26	27	20	37

СР представлены тремя национальностями: кыргызской - 69,7%, узбекской – 13,2% и русской – 10,3%.

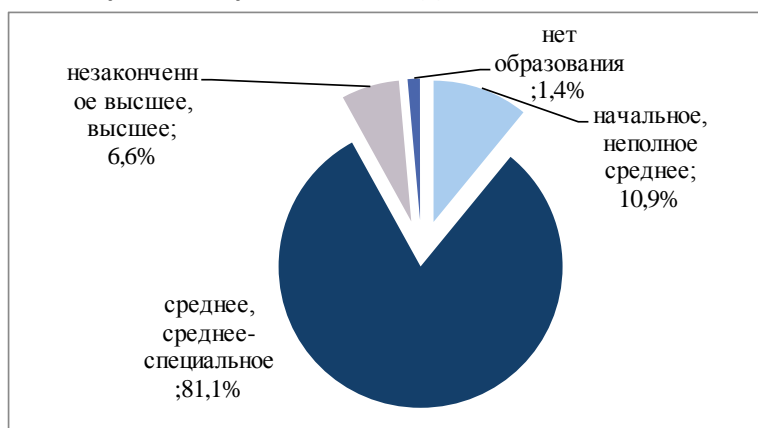
Рис. 93 Национальная принадлежность СР, ДЭН, КР, 2016г.



Образование

Подавляющее большинство СР имеют среднее или средне-специальное образование 81,1%.

Рис. 94 Уровень образования СР, ДЭН, КР, 2016г.



Социальный статус/Занятость

Большинство СР (88,6%) на момент опроса не работают и не учатся, работают 9,6% респондентов.

Рис. 95 Структура занятости СР в совокупной выборке, ДЭН, КР, 2016г.

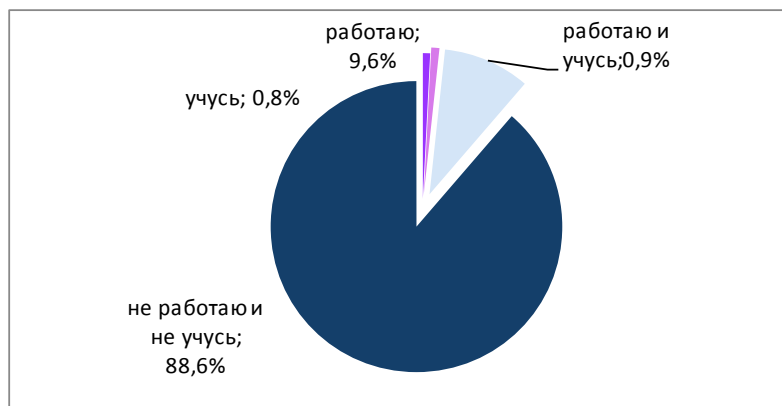


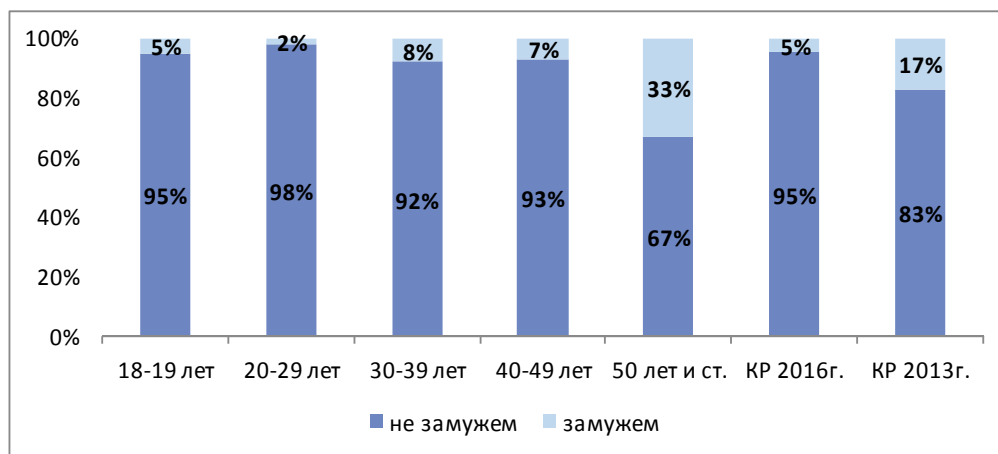
Табл. 49 Структура занятости СР в разбивке по регионам, ДЭН, КР, 2016г.

Дозорный участок	Учусь	Работаю	Работаю и учусь	Не работаю и не учусь
г.Бишкек	0,6%	6,7%	0,6%	92,2%
г.Ош	2%	6,7%	0,6%	82%
г.Жалал-Абад	0%	8%	4%	86,2%
г.Токмок	0%	9%	1%	90%
КР	0,8%	9,6%	0,9%	88,6%

Семейное положение

Семейное положение респондентов отличается в разрезе по регионам и возрастным группам. В общей выборке доля СР, не состоящих в браке в 2016 году составляет 95,3%. Доля замужних СР возрастает после 29 лет. В 2016 году в общей выборке оказалось в 4 раза меньше СР, состоявших в браке, по сравнению с 2013 годом (4,7% и 17% соответственно).

Рис. 96 Семейный статус СР в зависимости от возраста, ДЭН, КР, 2016г.



В Бишкеке замужних СР 16%, в г.Ош – 4% и по гг.Жалал-Абад и Токмок по 6%.

Табл. 50 Семейное положение опрошенных СР в разбивке по регионам, ДЭН, КР, 2016г.

Дозорный участок	Холост	Разведен	Вдовец	Женат
г.Бишкек	29,1%	61,1%	4,7%	16%
г.Ош	16,5%	76,5%	3%	4%
г.Жалал-Абад	16%	74%	4%	6%
г.Токмок	30%	62%	2%	6%
КР	24,5%	67%	3,8%	4,7%

Доход

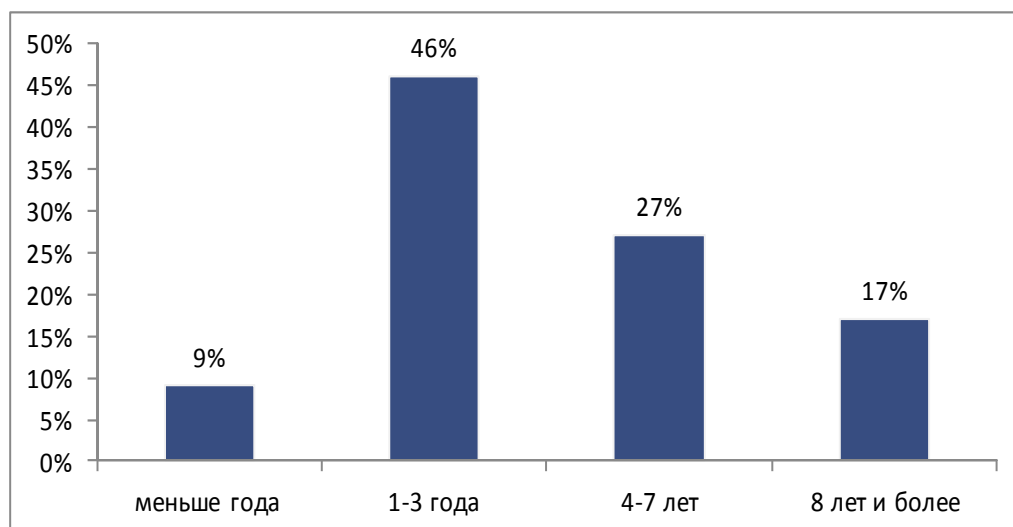
В общей выборке средний доход среди СР составил 22500 сом, медиана – 20000 сом. Имеют доход до 1000 сом в месяц -7,3%, от 1000 до 5000 сом - 6,9%, до 10000 сом зарабатывают- 15,7% респондентов. Больше половины опрошенных СР (70,1%) имеют доход более 10000 сом.

14.2. Поведенческие показатели

Стаж

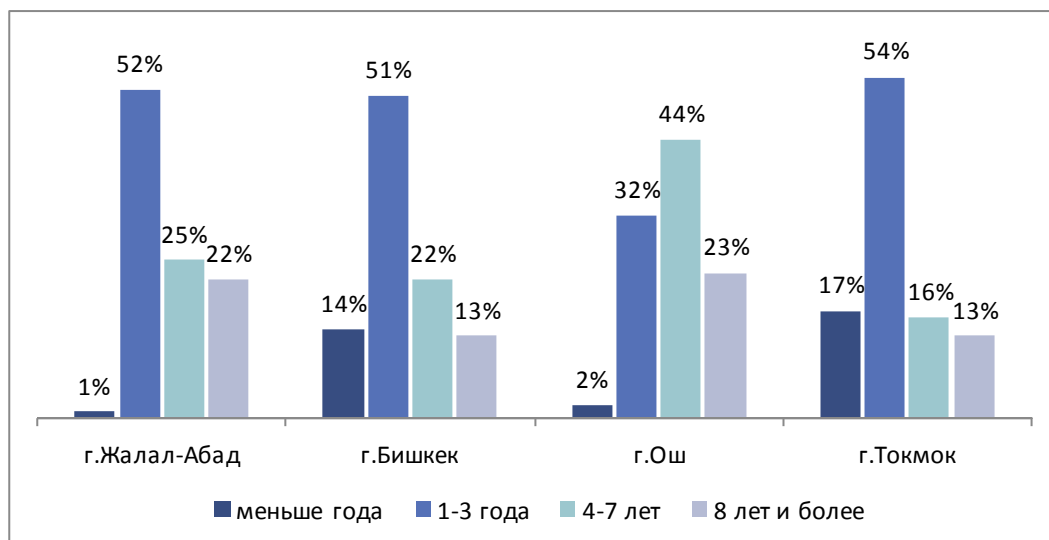
В общей выборке СР со стажем оказания сексуальных услуг от 1 года до 3 лет составляет 46%, треть респондентов были со стажем от 4 до 7 лет, СР с наибольшим стажем оказания сексуальных услуг составили 17% и «новичков», которые оказывают сексуальные услуги менее 1 года оказалось 9%.

Рис. 97 Стаж оказания сексуальных услуг за вознаграждение, ДЭН, КР, 2016г.



В разрезе регионов половина СР во всех сайтах, кроме г.Ош, оказывали услуги от 1 до 3 лет. Больше всего СР со стажем до 1 года в г.Токмок - 17%. В г.Ош 44% СР оказывали услуги от 4 до 7 лет.

Рис. 98 Стаж оказания сексуальных услуг за вознаграждение в разрезе регионов, ДЭН, КР, 2016г.



Половое поведение

В ходе опроса для изучения распространенности опасных половых практик среди СР, изучалась информация по наличию четырех видов половых партнеров: законные супруги или сожители, парни или мужчины, с которыми встречались и имели половые отношения, бесплатные половые партнеры («клиенты-беспредельщики», сотрудники милиции и остальные партнеры, с которыми был бесплатный секс один или несколько раз). Среднее число партнеров (исключая коммерческих и бесплатных) за последние 12 месяцев у СР – 4, медиана 1, максимальное число партнеров – 200 и минимальное – 1.

Табл. 51 Количество половых партнеров СР в разбивке по категориям, ДЭН, КР, 2016г.

Количество половых партнеров за последние 12 месяцев	среднее значение	медиана	максимум	минимум
*Половые партнеры (кроме коммерческих и бесплатных), включая законных супругов или сожителей/ парней или мужчин, с которыми встречались или жили вместе и имели половые отношения (N=213)	4	1	200	1
Законные супруги или сожители (N=139)	1	1	2	1
Парни/ мужчины, с которыми встречались или жили вместе и имели половые отношения(N=139)	2	1	30	1
Количество половых партнеров за последние 30 дней	среднее значение	медиана	максимум	минимум
Бесплатные половые партнеры (N=102)	2	2	15	1
• Клиенты - беспредельщики (N=37)	2	1	5	1
• Сотрудники милиции (N=28)	2	1	4	1
• Остальные партнеры, с которыми был бесплатный секс один или несколько раз (N=72)	2	1	15	1
Коммерческие половые партнеры (N=753)	71	42	375	5

Количество половых партнеров за последние 7 дней	среднее значение	медиана	максимум	минимум
Коммерческие половые партнеры (N=747)	22	15	105	1

**Количество в сумме половых партнеров (законные супруги или сожители и парни/ мужчины, с которыми встречались или жили вместе и имели половые отношения) не совпадает. Возможно это связано с ошибкой, как и интервьюера, так и респондента.*

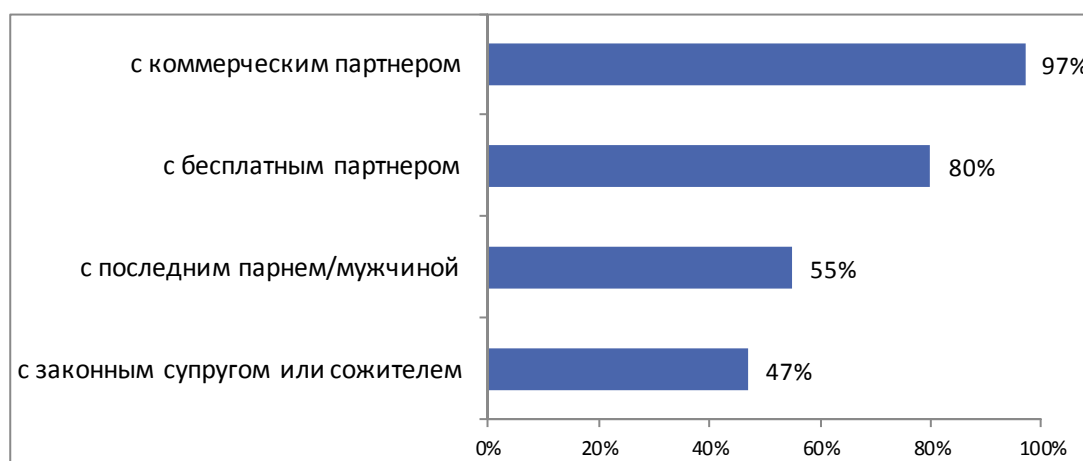
В среднем за последние 30 дней СР имели 9 половых контактов с законным супругом или сожителем, медиана - 6, минимум – 1 и максимум - 70. С коммерческим половым партнером в среднем – было 25 половых контактов за последние 7 дней, медиана – 16, минимум – 1 и максимум - 200.

Табл. 52 Количество половых контактов за последние 7 и 30 дней, ДЭН, КР, 2016г.

Количество половых контактов за последние 30 дней	среднее значение	медиана	максимум	минимум
с законным супругом или сожителем (N=120)	9	6	70	1
с последним парнем/мужчиной (N=121)	9	5	60	1
с бесплатным партнером (N=98)	4	4	15	1
Количество половых контактов за последние 7 дней	среднее значение	медиана	максимум	минимум
с коммерческим половым партнером (N=745)	25	16	200	1

Большинство СР (97%) при последнем половом контакте использовали презерватив с коммерческим половым партнером. С остальными категориями половых партнеров от 20% до 53% СР не использовали презерватив при последнем половом контакте, что говорит о довольно высокой распространенности опасного полового поведения.

Рис. 99 Использование презерватива среди СР при последнем половом контакте с различными половыми партнерами, ДЭН, КР, 2016г.



Использование презерватива при последнем половом контакте с коммерческим партнером по республике в 2016г. (97,2%) выросло на 7% по сравнению с 2013г. (90,6%).

Табл. 53 Использование презерватива при последнем половом контакте с коммерческим партнером в разрезе по регионам, ДЭН, КР, 2016г.

Дозорный участок	Использование презерватива при последнем половом контакте с коммерческим партнером	
	2013	2016
г.Бишкек	94,4%	99%
г.Ош	99,5%	94%
г.Жалал-Абад	96%	96%
г.Токмок	98,6%	99%
КР	90,6%	97,2%

Основной причиной неиспользования презерватива с законным супругом/сожителем (56%) и последним парнем/ мужчиной, с кем имели половые отношения, (59%) респонденты СР указали их надежность.

С бесплатным партнером, включающих «клиентов-беспредельщиков», милиционеров и партнеров с кем имели бесплатный половой контакт один или несколько раз, СР не использовали презерватив, по причине не желания партнеров (45%).

С коммерческим партнером не использовали презерватив при последней половой связи по следующим причинам:

- отсутствие желания партнера (при вагинальном контакте - 26% и анальном - 55%);
- неимение при себе презерватива (при вагинальном контакте - 53% и анальном- 9%);
- надежность коммерческого партнера (при вагинальном контакте - 11% и анальном - 8%);
- алкогольное или наркотическое опьянение (11%).

Рис. 100 Причины неиспользования презерватива среди СР при последнем половом контакте с различными половыми партнерами, ДЭН, КР, 2016г.

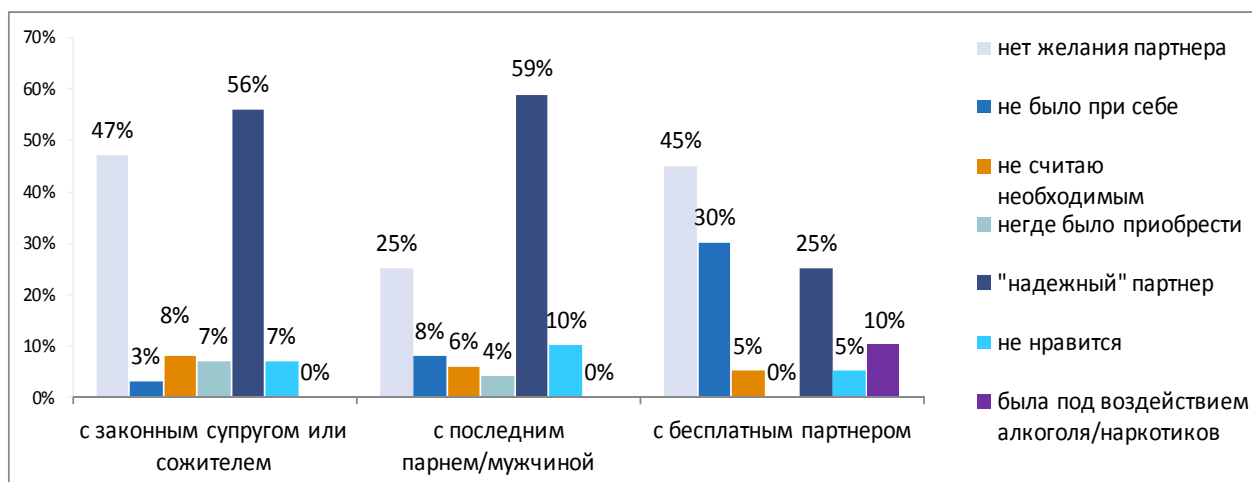
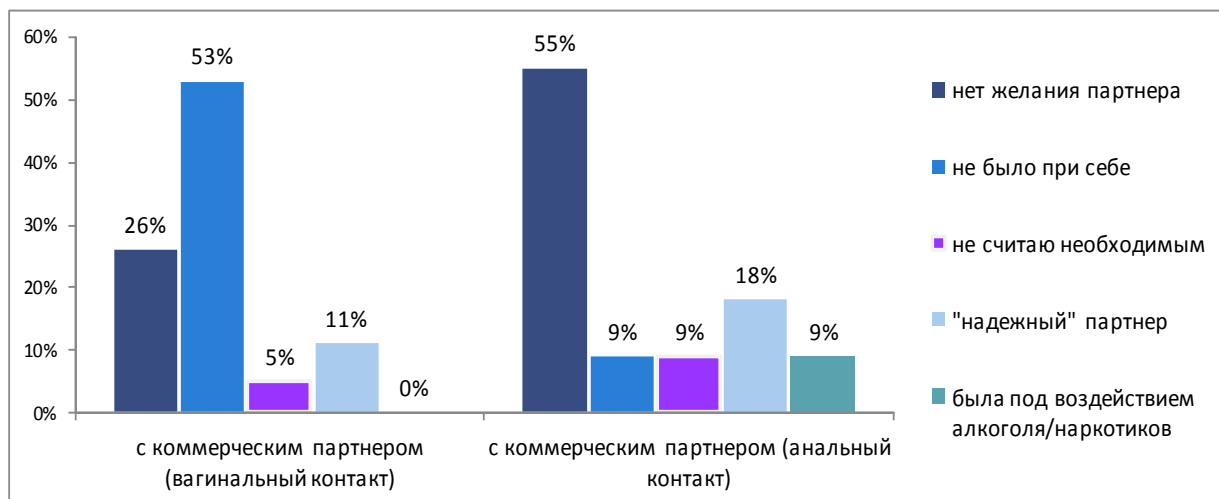


Рис. 101 Причины неиспользования презерватива среди СР при последнем половом контакте с коммерческими половыми партнерами, ДЭН, КР, 2016г.



Инъекционное поведение

Среди опрошенных СР 2,6% когда-либо употребляли наркотики, 0,6% вводили наркотики через шприц. Лишь 1 СР употребляла инъекционные наркотики за последние 12 месяцев.

14.3. Симптомы ИППП и поиск лечения

У 39,5% (300 респондентов) СР за последние 12 месяцев имелись симптомы ИППП (необычные выделения из половых органов или заднего прохода, жжение и боль при мочеиспускании, язвы в области половых органов или заднего прохода). Из них всего 252 респондентов (84%) получили лечение по поводу ИППП. Основной причиной 35,4% (17) респондентов ответили, что лечение стоит дорого.

14.4. Уровень знаний о ВИЧ-инфекции

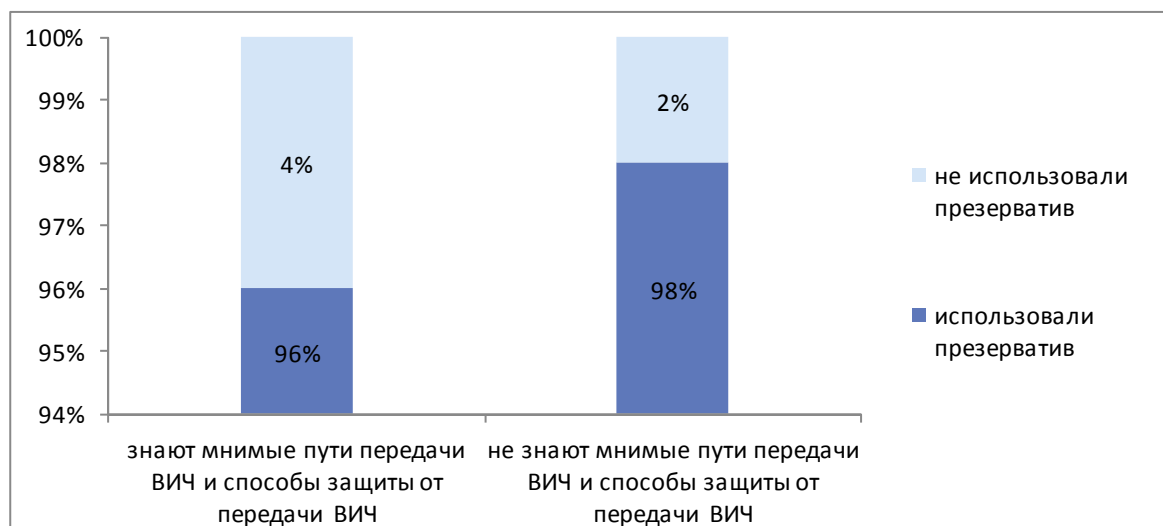
Отмечается резкая разница в уровне знаний СР (правильно указывают способы профилактики ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче) по сравнению с результатами ДЭН 2013 г., который увеличился среди СР г.Бишкек с 9% до 19%; г.Ош с 12% до 29%; г.Жалал-Абад с 3% до 30%. Обратная картина наблюдается в г. Токмок, где произошло значительное снижение уровня знаний с 50% до 8%. На национальном уровне данный показатель практически не изменился и находится на очень низком уровне.

Табл. 54 СР, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в тоже время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ в разрезе регионов, ДЭН, 2013г., 2016г.

Дозорный участок	Уровень знаний СР	
	2013 год	2016 год
г.Бишкек	9%	19%
г.Ош	12%	29%
г.Жалал-Абад	3%	30%
г.Токмок	50%	8%
КР	21%	22%

В дозорной группе СР не отмечается статистически значимого влияния знаний мнимых путей передачи ВИЧ и способов защиты от передачи ВИЧ на использование презерватива с коммерческим половым партнером, P-value > 0.05.

Рис. 102 Половое поведение СР с коммерческим половым партнером в зависимости от наличия знаний мнимых путей передачи и способов защиты от передачи ВИЧ, ДЭН, КР, 2016г.



14.5. Охват тестированием на ВИЧ

Охват СР тестированием с полным консультированием на уровне страны практически не изменился с 2013г. и остается на уровне 42%, из числа охваченных тестированием на ВИЧ не получали при этом полное консультирование (до и после теста на ВИЧ) 7% респондентов. Наблюдается резкий рост числа СР, прошедших тестирование и с получением полного консультирования среди СР г. Токмок, с 19% в 2013г. до 90% в 2016г.

Охват тестированием с предоставлением результата по всей выборке снизился на 7%. В разрезе сайтов данный показатель значительно снизился в г.Ош с 73% до 48%, и наоборот поднялся в г. Токмок с 83% до 96% и Бишкек с 29% до 35%.

Табл. 55 Тестирование СР на ВИЧ за последние 12 месяцев, предоставление результатов обследования на ВИЧ и консультирование до и после теста в разрезе регионов, ДЭН, 2013г., 2016г.

Дозорный участок	Тестирование и предоставление результатов обследования		Тестирование, предоставление результатов и полное консультирование	
	2013	2016	2013	2016
г.Бишкек	29%	35%	15%	23%
г.Ош	73%	48%	54%	47%
г.Жалал-Абад	54%	55%	43%	55%
г.Токмок	83%	96%	19%	90%
КР	56%	49%	39%	42%

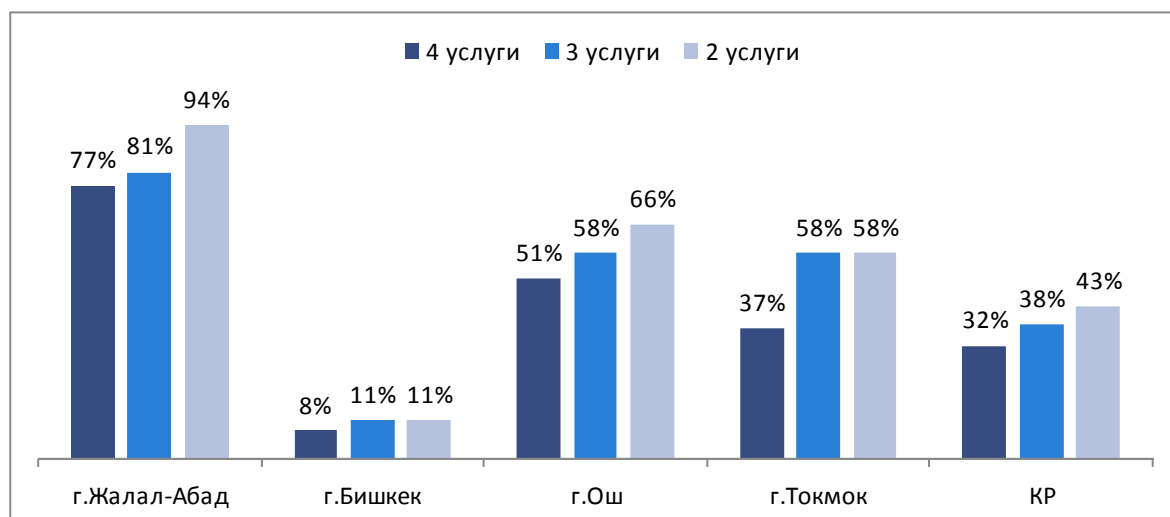
14.6. Охват профилактическими программами

В ходе анализа изучался охват СР такими профилактическими услугами как - знание места, где можно пройти тестирование на ВИЧ; направление на тестирование на ВИЧ; раздача ИОМ; раздача презервативов. Изучались три комплекса услуг:

- 1-й комплекс: знание места, где можно пройти тестирование на ВИЧ, направление на тестирование ВИЧ, раздача ИОМ, раздача презервативов.
- 2-й комплекс: направление на тестирование ВИЧ, раздача ИОМ, раздача презервативов.
- 3-й комплекс: раздача ИОМ, раздача презервативов.

Охват СР профилактическими программами по республике двумя услугами составил 43%, тремя – 38% и четырьмя услугами – 32%. Самый низкий охват полным комплексом услуг по г.Бишкек, самый высокий охват по г.Жалал-Абад. В сравнении предыдущим раундом ДЭН охват 4 услугами повысился с 25% (2013г.) до 32% (2016г.).

Рис. 103 Охват СР профилактическими услугами в разрезе регионов, ДЭН, КР, 2016г.



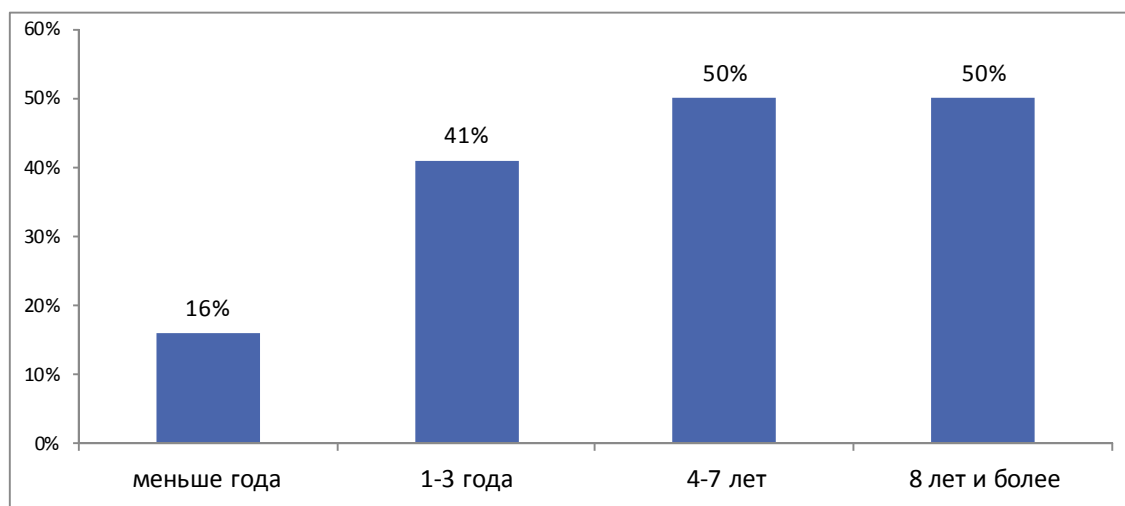
В минимальный пакет услуг входит получение ИОМ и презервативов в СПИД-сервисных организациях за последние 12 месяцев. Охват минимальным пакетом услуг по стране значительно уменьшился в 1,5 раза: с 65% до 43%. В разрезе дозорных сайтов данный показатель значительно снизился: с 45% до 11% по г.Бишкек и с 86% до 58% в г.Токмок. И наоборот произошло увеличение охвата минимальным пакетом услуг с 12% до 66% в гг.Ош и с 66% до 94% в г.Жалал-Абад.

Табл. 56 Охват профилактическими программами (ИОМ и презервативы) СР, ДЭН, КР, 2013г., 2016г.

Дозорный участок	Охват минимальным пакетом услуг (ИОМ и презервативы)	
	2013	2016
г.Бишкек	45%	11%
г.Ош	87%	66%
г.Жалал-Абад	46%	94%
г.Токмок	86%	58%
КР	65%	43%

Охват минимальным пакетом услуг растет с увеличением стажа оказания сексуальных услуг.

Рис. 104 Охват СР минимальным пакетом услуг (ИОМ и презервативы) в зависимости от стажа оказания сексуальных услуг ДЭН, КР, 2016г.



В ходе анализа была проведена оценка влияния комплексов услуг (2,3 и 4 услуги) на половое поведение и уровень охвата тестированием на ВИЧ. Охват двумя услугами имел статистически значимое воздействие на использование презервативов с коммерческим половым партнером при последнем анальном контакте на знания путей передачи и способов профилактики ВИЧ, а также на охват СР тестированием на ВИЧ со знанием своего результата.

Но, в то же время, охват тремя и четырьмя услугами не имел значимого влияния на использование презервативов при последнем контакте с коммерческим партнером (оба вида контакта – вагинальный и анальный), но значимо повлиял на охват тестированием на ВИЧ со знанием своего результата и на знания путей передачи и способов профилактики ВИЧ.

Среди охваченных профилактическими программами СР было значимо больше людей с ВИЧ-положительным статусом, что вероятно связано с большим их охватом тестированием на ВИЧ.

Распространенность ВГС не зависела от уровня охвата профилактическими услугами.

Табл. 57 Воздействие комплексов услуг на знания, поведение и охват тестированием на ВИЧ, ДЭН, 2016г.

	2 услуги			3 услуги			4 услуги		
	OR	CI	P-value	OR	CI	P-value	OR	CI	P-value
Использование презервативов при последнем вагинальном половом контакте с коммерческим партнером	1,26	0,49-3,25	>0,05	1,3	0,50-3,57	>0,05	1,01	0,38-2,70	>0,05
Использование презервативов при последнем анальном контакте с коммерческим партнером	3,35	0,89-1,26	0,05	4	0,97-16,3	>0,05	4	0,97-16,3	>0,05
Знание способа профилактики ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные	2,09	1,5-2,8	<0,05	1,6	1,2-2,2	<0,05	2	1,4-2,7	<0,05

неверные представления о передаче ВИЧ									
Тестирование на ВИЧ и знание своего результата	1,8	1,38-2,48	<0.001	2,1	1,58-2,87	<0.001	2,23	1,63-3,04	<0.001
Инфицирование ВИЧ	2,03	0,71-5,77	<0.05	1,4	0,5-3,9	>0.05	1,05	0,35-3,11	>0.05
Инфицирование ВГС	1,21	0,63-2,33	<0.05	1,04	0,53-2,04	<0.05	0,89	0,55-2,18	<0.05

Удовлетворенность профилактическими услугами

Для оценки удовлетворенности профилактическими программами среди СР задавались вопросы о продолжительности и кратности пользования услугами, удовлетворении ими. В разрезе регионов практически все участники исследования являлись клиентами профилактических программ (от 78% до 100%), т.е. получали хотя бы одну из услуг: выдача презервативов, ИОМ или получали направление на тестирование ВИЧ. На национальном уровне, 89% подтверждали свое участие в профилактических программах. Многие участники профилактических программ указали, что получают достаточно услуг (от 81% до 100%). По сайтам, все были СР удовлетворены получаемыми услугами.

Табл. 58 Оценка профилактических программ, ДЭН, 2016г.

Сайты	Пользуются или пользовались ранее	Достаточно получают профилактических услуг	Довольны услугами	Получали хотя бы одну из услуг (презервативы, ИОМ, направление на тестирование ВИЧ)
г. Жалал-Абад	100%	81%	95%	100%
г. Бишкек	78%	91%	98%	78%
г. Ош	100%	99%	100%	99%
г. Токмок	100%	100%	100%	100%
КР	89%	93%	98%	89%

14.7. Серологические показатели

Распространенность ВИЧ среди СР по г. Бишкек в 2 раза снизилась с 1,6% в 2013г. до 0,8% в 2016г., но при этом, что вызывает вопросы, почти в 2 раза увеличилась распространенность ВГС. В г. Ош в 2,5 раза выросла распространенность ВИЧ (с 2% до 5%) и в 2 раза выросла распространённость ВГС с 4% в 2013г. до 8,5% в 2016г. В г. Жалал-Абад значительно снизилась распространенность как ВИЧ-инфекции (в 3 раза, с 6% до 2%), так и ВГС (в 2,5 раза, с 5% до 2%), но в два раза увеличилось выявление антител на сифилис с 19% до 37%. На уровне страны распространенность ВИЧ и ВГС остается на прежнем уровне.

Табл. 59 Распространенность ВИЧ, ВГС и выявление антител к сифилису среди СР, ДЭН, 2013г., 2016г.

Дозорный участок	Показатель распространенности ВИЧ		Показатель распространенности ВГС		Выявление антител к сифилису	
	2013	2016	2013	2016	2013	2016
г. Бишкек	1.6%	0,8%	2,8%	5%	33%	29,7%
г. Токмок	2.9%	1%	0%	1%	31,4%	23%

г. Ош	2%	5%	4%	8,5%	22,5%	12%
г.Жалал-Абад	6%	2%	5%	2%	19%	37%
КР	2,2%	1,97%	3,3%	3,3%	23,6%	25,1%

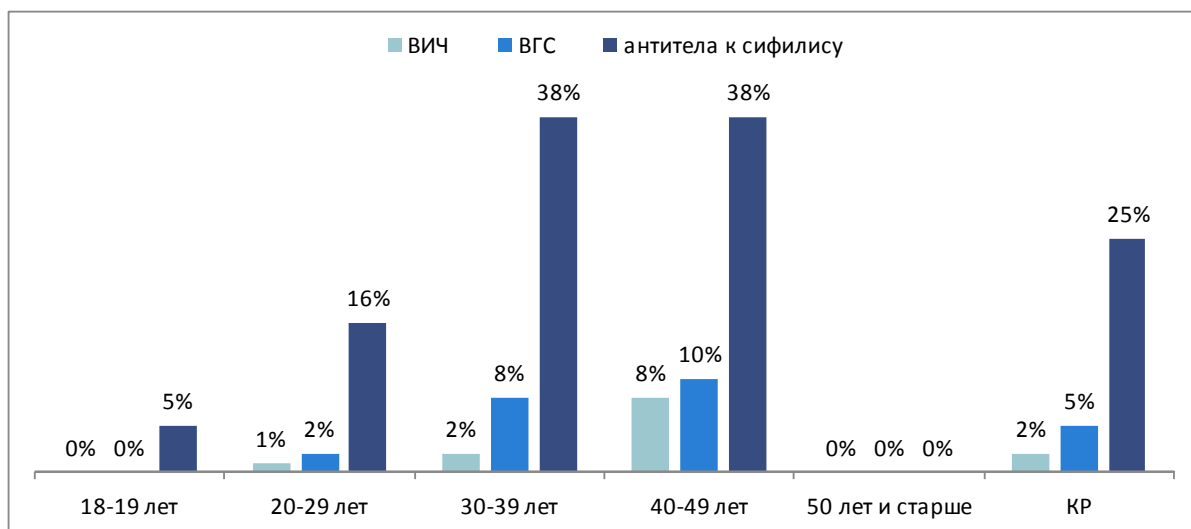
Распространенность ВИЧ среди СР не зависит от наличия знаний о путях передачи и способах защиты от передачи ВИЧ-инфекции.

Рис. 105 Распространенность ВИЧ в зависимости от знаний путей передачи и способов защиты от ВИЧ, ДЭН, КР, 2016г.



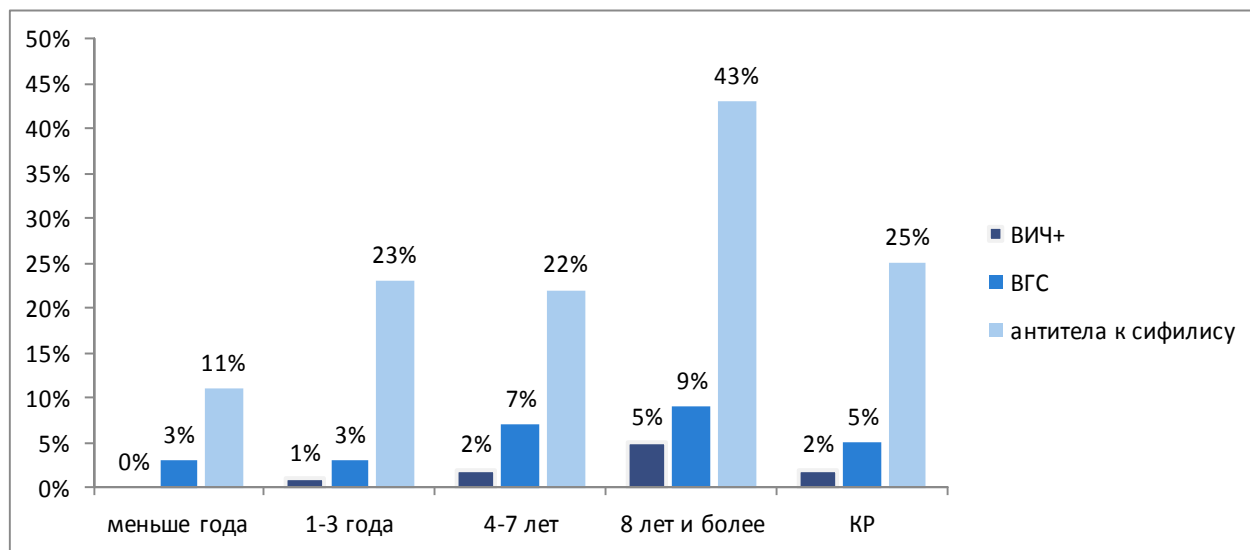
С увеличением возраста от 18 до 49 лет отмечается рост распространенности всех трех инфекций: ВИЧ от 0% до 8%, ВГС от 0% до 10% и антител к сифилису от 5% до 38%. И хотя, отмечается отсутствие ВИЧ-инфекции среди самых молодых СР и среди СР с наименьшим стажем работы, в то же время 11% СР со стажем до 1 года имели антитела к сифилису и 3% СР имели ВГС.

Рис. 106 Распространенность ВИЧ, ВГС и выявление антител к сифилису по возрастным группам, ДЭН, КР, 2016г.



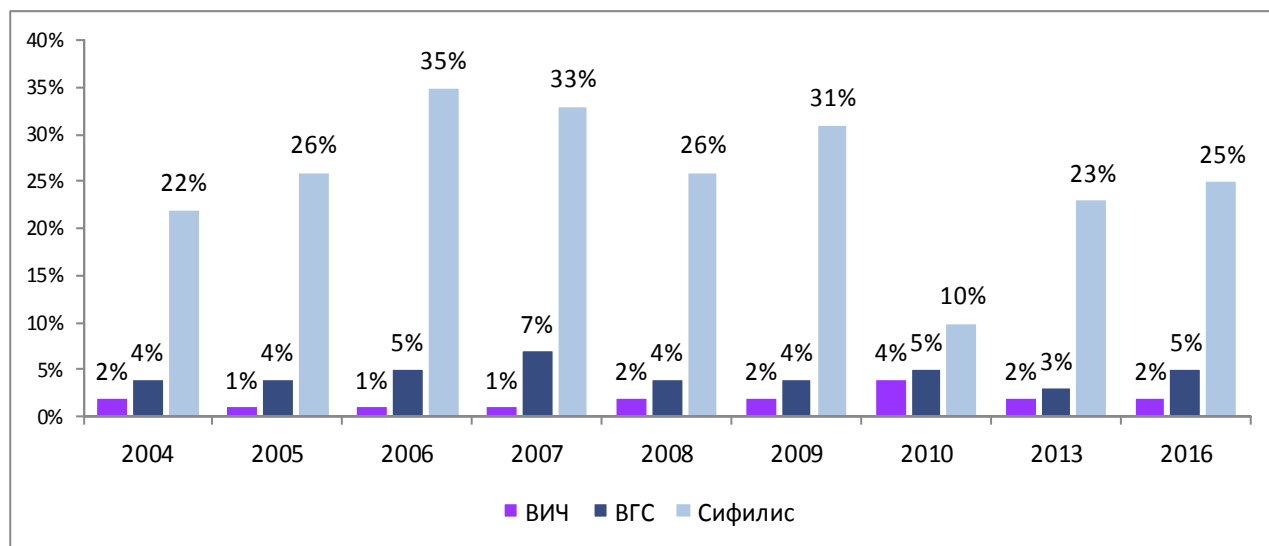
Отмечается рост распространенности всех трех инфекций в зависимости от увеличения стажа секс-работы.

Рис. 107 Распространенность ВИЧ, ВГС и выявление антител к сифилису по стажу секс-работы, ДЭН, КР, 2016г.



Динамика распространения всех трех инфекций по годам практически остается на одном уровне. Лишь наблюдаем заметное снижение распространенности антител к сифилису в 2010 году.

Рис. 108 Распространенность ВИЧ, ВГС и выявление антител к сифилису по годам, ДЭН, КР, 2016г.



14.8. Основные выводы

1. В связи с участвовавшими рейдами в период проведения ДЭН рекрутирование СР проводилось методом «удобной» выборки.
2. В основном среди СР представлены лица в возрасте от 18 до 39 лет (90%), со средним/средне-специальным образованием (81%). Подавляющее большинство СР (95%) разведенные или вообще не состоявшие в браке. Для 89% СР оказание сексуальных услуг является основным местом работы.
3. Половину респондентов (46%) составляют СР со стажем секс - работы от 1 до 3 лет, 27% СР со стажем от 4 до 7 лет и 17% со стажем более 8 лет. 9% в выборке составили так называемые «новички» со стажем работы до 1 года.
4. С коммерческими половыми партнерами за последние 30 дней 3% СР не использовали презерватив по причине отсутствия презерватива при себе и отсутствия желания клиента. При последней половой связи с остальными категориями половых партнеров от 20% до 53% СР не используют презерватив, что говорит о довольно высокой распространенности опасного полового поведения.
5. Наличие ИППП является одним из факторов риска передачи ВИЧ-инфекции среди СР. Так 39,5% СР имели симптомы ИППП и из них 84% получили лечение. Выявление антител к сифилису среди СР в 2016 году составил 25%.
6. Информированность СР о путях передачи и способах защиты от ВИЧ остается на очень низком уровне (22%). По сравнению с раундом ДЭН в 2013г. наблюдается значительное увеличение данного показателя в 2016г. г.Бишкек с 9% до 19%; г.Ош с 12% до 29%; г.Жалал-Абад с 3% до 30%.
7. Увеличился уровень охвата СР профилактическими программами (знает где можно пройти тест на ВИЧ, направление на тестирования, раздача ИОМ и презервативов) с 25% в 2013 до 32% в 2016г.) Также, при сравнении показателей охвата двумя услугами: раздача презервативов и ИОМ по данным двух раундов ДЭН отмечалось снижение показателя с 64,9% в 2013г. до 43% в 2016г.
8. Охват тестированием на ВИЧ-инфекцию СР с предоставлением результатов остается на низком уровне и составил всего 49%, охват тестированием с полным консультированием составил 42%

14.9. Рекомендации

1. Необходимо изучить причины низкого охвата СР профилактическими программами, а также отсутствие значимого воздействия охвата профилактическими услугами на половое поведение СР.
2. Для своевременного выявления ВИЧ-положительных СР необходимо проводить работу по расширению рутинного добровольного тестирования данной группы с обязательным сопровождением консультированием до и после тестирования.
3. Выявленных ВИЧ-положительных СР необходимо тщательно готовить к подключению к АРВ-лечению.

4. Медицинским специалистам, оказывающим услуги по уходу и лечению при ВИЧ, необходимо тщательно вести поддержку подключенных на АРВ-лечение ВИЧ-позитивных СР, особенно в первые недели лечения для профилактики прерывания лечения по различным причинам (побочные эффекты, мифы о ВИЧ-инфекции и лечении, низкая информированность о ВИЧ и лечении, отсутствие мотивации, недоброжелательное отношение к пациенту и т.д.).
5. Сотрудникам НПО совместно с сотрудниками медицинских учреждений необходимо осуществлять работу по укреплению приверженности ВИЧ-позитивных СР АРВ-лечению.
6. Обязательно наладить качественную работу с постоянными половыми партнерами (муж, сожитель) выявленных ВИЧ-позитивных СР (выявление, анонимное оповещение, консультирование, тестирование, подключение к АРВ-лечению, работа по приверженности).
7. Осуществлять работу по изменению полового поведения ВИЧ-позитивных СР силами сотрудников НПО.
8. Специалистам РЦ СПИД на регулярной основе осуществлять методическую и консультативную поддержку медицинских работников, предоставляющих услуги по лечению и уходу при ВИЧ-инфекции, по вопросам ВИЧ-инфекции.
9. Улучшить охват СР профилактическими программами.
10. Для получения достоверных данных по распространенности сифилиса при ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди СР необходимо улучшить метод определения (экспресс тестирование, РПГА и др.).

15. Индикаторы ПРОЕКТА ПРООН/ГФ

15.1. Индикаторы для группы ЛУИН

Охват профилактическими программами (шприцы и презервативы и ИОМ/устное консультирование)						
Сайты (N)	абс. охваченных	% охваченных	по возрасту		по полу	
			до 25 лет (%)	25 лет и старше (%)	м (%)	ж (%)
Жалал-Абад (101)	62	61	4(80)	58(60,4)	54(61,4)	8(61,5)
г.Карасу (101)	82	81	3(60)	79(82,3)	64(8,1)	18(81,8)
г.Бишкек (472)	78	16,5	3(60)	75(16,2)	61(15,6)	17(20,7)
г. Ош (272)	138	50,7	6(25)	132(53,2)	111(49,6)	27(56,3)
г.Токмок (190)	62	32,6	1(16,7)	61(33,2)	56(33,3)	6(27,3)
с. Сокулук (175)	15	8,5	0	15(8,8)	13(8,3)	2(2,6)
КР (1311)	437	33,3	17(13,7)	420(33,4)	359(32,5)	78(37,9)

Охват профилактическими программами (шприцы и ИОМ)						
Сайты (N)	абс. охваченных	% охваченных	по возрасту		по полу	
			до 25 лет (%)	25 лет и старше (%)	м (%)	ж (%)
Жалал-Абад (101)	83	82,2	4 (4,8)	79 (95,2)	79 (95,2)	4 (4,8)
г.Карасу (101)	91	90,1	3 (3,3)	88 (96,7)	80 (87,9)	11 (12,1)
г.Бишкек (472)	132	28	3 (2,3)	129 (97,7)	100 (75,8)	32 (24,2)
г. Ош (272)	142	52,2	7 (4,9)	135 (95,1)	119 (83,8)	23 (16,2)
г.Токмок (190)	66	34,7	1 (1,5)	65 (98,5)	55 (83,3)	11 (16,7)
с. Сокулук (175)	15	8,6	0	15 (100)	11 (73,3)	4 (26,7)
КР (1311)	529	40,4	18 (3,4)	511 (96,6)	444 (83,9)	85 (16,1)

Охват профилактическими программами (презервативы и ИОМ)						
Сайты (N)	абс. охваченных	% охваченных	по возрасту		по полу	
			до 25 лет (%)	25 лет и старше (%)	м (%)	ж (%)
г.Жалал-Абад (101)	57	56,4	4 (7)	53 (93)	54 (94,7)	3 (5,3)
г.Карасу (101)	80	79,2	3 (3,8)	77 (96,2)	70 (87,5)	10 (12,5)
г.Бишкек (472)	96	20,3	4 (4,2)	92 (95,2)	75 (78,1)	21 (21,9)
г. Ош (272)	137	50,4	7 (5,1)	130 (94,9)	118 (86,1)	19 (13,9)
г.Токмок (190)	75	39,5	1 (1,3)	74 (98,7)	61 (81,3)	14 (18,7)
с. Сокулук (175)	15	8,6	0	15 (100)	11 (73,3)	4 (26,7)
КР (1311)	460	35,1	19 (4,1)	441 (95,9)	389 (84,6)	27 (15,4)

Получали метадон за последние 12 месяцев						
Сайты (N)	абс.	%	по возрасту		по полу	
			до 25 лет (%)	25 лет и старше (%)	м (%)	ж (%)
г.Жалал-Абад (101)	11	10,9	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100)	0
г.Карасу (101)	30	29,7	0	30 (100)	28 (93,3)	2 (3,8)
г.Бишкек (472)	123	26,1	1 (0,8)	122 (99,2)	95 (77,2)	28 (22,8)
г. Ош (272)	96	35,3	2 (2,1)	94 (97,9)	83 (86,5)	13 (13,5)
г.Токмок (190)	57	30	1 (1,8)	56 (98,2)	51 (89,5)	6 (10,5)
с. Сокулук (175)	25	14,3	0	25 (100)	21 (84)	4(16)
КР (1311)	342	26,1	5 (1,5)	337 (98,5)	289 (84,5)	53 (15,5)

% ЛУИН, которые прошли тестирование на ВИЧ методом ИФА или экспресс-тестом, получивших до- и послетестовое консультирование или получили направление на обследование на ВИЧ (N)						
Сайты (N)	абс.	%	по возрасту		по полу	
			до 25 лет (%)	25 лет и старше (%)	м (%)	ж (%)
г.Жалал-Абад (101)	53	52,5	2 (3,8)	51 (96,2)	51 (96,2)	2 (3,8)
г.Карасу (101)	56	55,4	1 (1,8)	55 (98,2)	54 (96,4)	2 (3,6)
г.Бишкек (472)	204	43,2	2 (1)	202 (99)	162 (79,4)	42 (20,6)
г. Ош (272)	150	55,1	11 (7,3)	139 (92,7)	128 (85,3)	22 (14,7)
г.Токмок (190)	61	32,1	1 (1,6)	60 (98,4)	49 (80,3)	12 (19,7)
с. Сокулук (175)	94	53,7	2 (2,1)	92 (97,9)	79 (84)	15 (16)
КР (1311)	618	47,1	19 (3,1)	599 (96,9)	523 (84,6)	95 (15,4)

15.2. Индикаторы для группы МСМ

% МСМ получивших презервативы и ИОМ и направление на тестирование на ВИЧ и/или ИППП (N75=1 AND N74_1=1 OR N74_5=1 AND N74_4=1)				
Сайты (N)	абс.	%	по возрасту	
			до 25 лет (%)	25 лет и старше (%)
г.Бишкек (375)	169	45,1	94 (55,6)	75 (44,4)
г.Ош (265)	131	49,4	43 (32,8)	88 (67,2)

*в анкете МСМ нет вопроса о прохождении ЭТ на ВИЧ, есть только получение направления на ЭТ от НПО

% МСМ, которые прошли тестирование на ВИЧ, получивших до- и послетестовое консультирование или получили перенаправление на обследование на ВИЧ ((N85=1 ANDN88=1 ANDN89=1) ORN74_4=1)				
Сайты (N)	абс.	%	по возрасту	
			до 25 лет (%)	25 лет и старше(%)
г.Бишкек (375)	227	60,5	117 (51,5)	110 (48,5)
г.Ош (265)	34	12,8	16 (47,1)	18 (52,9)

15.3. Индикаторы для группы СР

% СР, получивших презервативы и ИОМ и направление на тестирование на ВИЧ и/или ИППП (N54=1 AND N53_1=1 OR N53_5=1 AND N53_4=1)				
Сайты (N)	абс.	%	по возрасту	
			до 25 лет (%)	25 лет и старше (%)
г.Жалал-Абад (100)	98	98	15 (15,3)	83 (84,7)
г.Бишкек (360)	155	43,1	48 (31)	107 (69)
г.Ош (200)	161	80,5	28 (17,4)	133 (82,6)
г.Токмок (100)	87	87	34 (39,1)	53 (60,9)
КР (760)	501	65,9	125 (25)	376 (75)

% СР, которые прошли тестирование на ВИЧ, получивших до- и послетестовое консультирование или получили перенаправление на обследование на ВИЧ (N60=1 AND N63=1 AND N64=1) OR N53_4=1				
Сайты (N)	абс.	%	по возрасту	
			до 25 лет (%)	25 лет и старше (%)
г.Жалал-Абад (100)	95	95	81 (85,3)	14 (14,7)
г.Бишкек (360)	209	58,1	143 (68,4)	66 (31,6)
г.Ош (200)	174	87	135 (77,6)	39 (22,4)
г.Токмок (100)	99	99	61 (61,6)	38 (38,4)
КР (760)	577	75,9	420 (72,8)	157 (27,2)