

**Отчет по проведению ситуационного анализа в
сфере предоставления услуг по профилактике,
диагностике и лечению инфекций, передающимся
половым путем (ИППП) в гг.Бишкек и Ош**

Подготовлено для ЮНФПА

ОГЛАВЛЕНИЕ

КОЛЛЕКТИВ И БЛАГОДАРНОСТИ.....	4
Авторский коллектив.....	4
Благодарности	4
Отказ от ответственности	4
1. Обоснование исследования	7
2. Цель исследования.....	7
2.1. Задачи исследования.	7
3. Дизайн исследования.....	8
3.1. Процедуры исследования.....	8
3.2. Территория исследования	8
3.3. Инструменты сбора данных.....	8
3.4. Этические вопросы	8
3.5. Источники данных	9
4. Результаты ситуационного анализа по ИППП	9
4.1. Масштабы проблемы в мире	9
4.2. Эпидемиологическая ситуация по ИППП в Кыргызской Республике.....	10
4.2.1. Эпидемиологический надзор за ИППП в Кыргызской Республике.....	10
4.2.2. Эпидемиологическая ситуация по ИППП в Кыргызской Республике.....	12
4.2.3. Регистрация гепатитов В и С по кодам контингентов, тестируемых в РЦ СПИД	19
4.2.4. Последствия ИППП. Распространенность состояний, связанных с ИППП в Кыргызской Республике	21
4.3. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике	28
4.4. Результаты количественного опроса среди ключевых групп населения в гг. Бишкек и Ош и анализа данных ИБПИ.....	39
4.4.1. Демографические данные	39
4.4.2. Знания ключевых групп населения о путях передачи ИППП и ВИЧ-инфекции.....	40
4.4.3. Поведение ключевых групп населения в отношении риска передачи ИППП и ВИЧ-инфекции.....	42
4.4.4. Распространенность ИППП среди ключевых групп населения и половое поведение ЛУИН, СР и МСМ с симптомами ИППП по данным ИБПИ 2016 года и отчетным данным РЦДВ	46
4.4.5. Половое поведение ЛУИН, СР и МСМ с ВИЧ-позитивным статусом.....	48
4.4.6. Доступ к услугам по профилактике, диагностике и лечению ИППП	49
5. Методы профилактики и борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции и ИППП	55
5.1. Охват профилактическими программами.....	55
5.2. Охват ключевых групп населения минимальным пакетом услуг (презервативы и ИОМ) в рамках ИБПИ, 2016г, включая оценку воздействия профилактических мероприятий на знания и поведение, связанное с риском передачи ВИЧ-инфекции.....	56
5.3. Охват тестированием на ВИЧ, оценка в рамках ИБПИ 2016г.....	57

5.4. Охват ключевых групп населения распространением презервативов в рамках оценки ситуации по ИППП, 2018г.....	58
5.5. Анализ текущей ситуации по доступности к контрацептивным средствам.....	59
5.6. Диагностика ИППП.....	61
5.7. Лечение ИППП	63
5.8. Ведение случаев заболевания ИППП.....	64
5.9. Службы для скрининга и лечения ИППП	66
6. Выводы	68
6.1. Ситуация по ИППП	68
6.2. Последствия ИППП	70
6.3. Доступ ключевых групп населения к лечению ИППП.....	71
6.4. Ситуация по ВИЧ-инфекции.....	71
7. Рекомендации	74

КОЛЛЕКТИВ И БЛАГОДАРНОСТИ

Авторский коллектив

Ситуационный анализ подготовлен Дооронбековой Айжан, директором ОФ «Институт социального развития», Кариповой Аидой, исследователем ОФ «Институт социального развития».

Исследование проведено при содействии Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА). Мнения, выраженные в этом отчете, не обязательно отражают точку зрения Фонда ООН в области народонаселения.

Благодарности

Команда исследователей выражает благодарность всем тем, кто оказал содействие и сделал возможным проведение данного анализа: РЦ «СПИД», РЦДВ, ОМЦДВ, ООЦПБС, ОФ «Таис+», ОФ «Таис+2», Ассоциация «АнтиСПИД», Ассоциация «Партнерская сеть», ОФ «Подруга», ОФ «Родители против наркотиков», ОФ «Плюс центр», ОФ «Мусаада», ОФ «Кыргыз Индиго», ОФ «Ранс+», ОФ «Астерия», Ассоциация «Сеть снижения вреда» и др.

Отказ от ответственности

Основная цель этого документа – оказать содействие усилиям, предпринимаемым в борьбе и профилактике ВИЧ и ИППП в Кыргызской Республике.

Команда исследователей не несет ответственности за использование и трактовку данных, выводов и рекомендаций, представленных в настоящем отчете, третьими сторонами.

Выводы и рекомендации, содержащиеся в данном отчете, отражают точку зрения авторов отчета, которая может не совпадать с мнениями других заинтересованных лиц и ЮНФПА.

Информация, содержащаяся в настоящем отчете, почерпнута из официальных источников.

Команда исследователей не гарантирует стопроцентную достоверность данных, предоставленных третьими сторонами, а также может не разделять мнения третьих сторон, цитируемых в отчете.

Сокращения и аббревиатура

ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
МЗ	Министерство здравоохранения
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ICAP	Колумбийский университет
AFEW	СПИД Фонд Восток-Запад
ГФСТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ОЗ	Общественное здравоохранение
МиО	Мониторинг и Оценка
РЦЭЗ	Республиканский центр электронного здравоохранения
НПО	Неправительственная организация
КУЗ	Кабинеты укрепления здоровья
РД	Родильный дом
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
РЦДВ	Республиканский центр дерматовенерологии
ОМЦДВ	Ошский межобластной центр дерматовенерологии
ДК	Дружественные кабинеты/клиники
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ДПЗ и ГСЭН	Департамент профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ЦПЗ и ГСЭН	Центр профилактики заболеваний государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ПЖВЛС	Перечень жизненно-важных лекарственных средств
ЛС	Лекарственные средства
ТБ	Туберкулез
ВГС	Вирусный гепатит С
ВГВ	Вирусный гепатит В
ВПЧ	Вирус папилломы человека
ЦМВ	Цитомегаловирус
ВУИ	Внутриутробная инфекция
ЦНС	Центральная нервная система
ТОРЧ/TORCH	Токсоплазма, варицелла-зостер, цитомегаловирус, различные типы вируса герпеса, возбудитель сифилиса, краснухи и гепатита В, которые составляют основную группу ТОРЧ-инфекций
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
КГН	Ключевые группы населения
ЖРВ	Женщины репродуктивного возраста
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ИБПИ	Интегрированное биоповеденческое исследование
АРВ	Антиретровирусные препараты
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
СД4	Вид лимфоцитов (белых кровяных телец), которые являются важной частью иммунной системы
ЛУИН	Лица, употребляющие инъекционные наркотики
СР	Секс-работник

МСМ	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразно-цепная реакция
РПР	Реакция преципитации
РИФ	Реакция иммунофлюоресценции
МРП	Микрореакция преципитации
МИКО	Многоиндикаторное кластерное обследование
РЗ	Репродуктивное здоровье
ПС	Планирование семьи
КС	Средства контрацепции
ВМС	Внутриматочная спираль

1. ОБОСНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В июне 2017 года в г. Бишкек состоялось совещание за круглым столом по вопросам инфекций, передающихся половым путем (ИППП) с участием широкого круга заинтересованных сторон - правительство, МЗ КР, РЦ «СПИД», Республиканский и Ошский областные центры дерматовенерологии, НПО, работающие с ключевыми группами населения и международные организации.

Целью совещания было обсуждение вопроса предоставления услуг по профилактике и лечению ИППП ключевым группам населения в условиях прекращения финансирования ГФСТМ. В ходе совещания было представлено несколько рекомендаций по дальнейшему предоставлению услуг, с предварительным проведением ситуационного анализа в области предоставления услуг по профилактике и лечению ИППП, предоставляемых ключевым группам населения страны, для определения приоритетов и стратегий и дальнейшему программированию и внедрению предоставления услуг ИППП ключевым группам населения в Кыргызской Республике.

2. ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение ситуации в сфере профилактики, диагностики и лечения ИППП среди ключевых групп населения для определения стратегических приоритетных действий по улучшению доступа к услугам ключевых групп населения.

2.1. Задачи исследования.

2.1.1. Оценка ситуации с доступом ключевых групп населения к услугам по диагностике и лечению ИППП за последние 12 месяцев.

2.1.2. Описание методов диагностики, тестовых систем, методов лечения ИППП, наличие и перечень клинических протоколов по диагностике, профилактике и лечению ИППП.

2.1.3. Изучение системы эпиднадзора за ИППП - система учета и регистрации случаев заболеваний. Типы учреждений, регистрирующих ИППП, потоки данных. Нормативные документы.

2.1.4. Описание ситуации в сфере предоставления услуг по выявлению, профилактике и лечению ИППП:

- организации работающие по предоставлению услуг по профилактике, диагностике и лечению ИППП (государственные и неправительственные):
 - перечень учреждений
 - штат
 - объем услуг
 - охват ключевых групп населения по годам (3 последних года)
 - источники и объемы финансирования
 - трудности и барьеры
- какие услуги по профилактике, диагностике и лечению ИППП включены в программу госгарантий;
- сколько средств контрацепции (или профилактики ИППП) было закуплено за счет бюджета МЗ КР в 2016, 2017 гг.?
- сколько средств из бюджета МЗ КР было заложено в 2017 году на приобретение средств контрацепции? Какие средства?
- Условия/механизмы предоставления услуг для КГН;
- Взаимодействие НПО и государственных организаций в сфере предоставления услуг по профилактике, диагностике и лечению ИППП;
- Существующие финансовые и структурные барьеры для оказания услуг по профилактике, диагностике и лечению ИППП ключевым группам населения;

2.1.5. Изучение степени вовлеченности гражданского общества в решение вопросов по предоставлению услуг по профилактике, диагностике и лечению ИППП (обсуждения, стратегическое планирование, принятие решений).

2.1.6. Анализ статистических данных за последние 5 лет в РМИЦ, в Республиканском и Ошском областном центре дерматовенерологии.

2.1.7. Разработка рекомендаций для стратегических приоритетных действий по дальнейшему предоставлению услуг по профилактике, диагностике, лечению ИППП ключевым группам населения.

3. ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. ПРОЦЕДУРЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для ситуационного анализа было проведено прикладное исследование с использованием сочетания методик качественного и количественного исследования, включая:

- изучение всех источников данных, имеющих отношение к услугам по ИППП;
- интервью с ключевыми заинтересованными сторонами, предоставляющими услуги по профилактике, диагностике, лечению ИППП (19 респондентов);
- интервью с представителями ключевых групп населения (МСМ, СР, ЛУИН), получающими услуги в СПИД-сервисных организациях (134 респондентов);

Такой комплексный подход облегчил сбор данных из разных источников, которые необходимы для сравнения и получения исчерпывающей картины по вопросам оказания услуг по профилактике, диагностике, лечению ИППП.

3.2. ТЕРРИТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сбор данных среди ключевых групп населения был проведен в двух городах республики гг. Бишкек и Ош, с наибольшим скоплением организаций, предоставляющих услуги ключевым группам населения.

Для рекрутирования ключевых групп населения были применены критерии включения ключевых групп населения: возраст 18 лет и старше и отсутствие физических и психических ограничений респондентов, препятствующие участию в исследовании (непонимание вопросов интервьюера и неспособность отвечать на них, невозможность воспринимать инструкции в период участия в исследовании и адекватно реагировать на них).

3.3. ИНСТРУМЕНТЫ СБОРА ДАННЫХ

Для сбора данных были разработаны гайды для глубинных интервью, полуструктурированные анкеты и чек-лист для сбора статистических данных.

3.4. ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Для соблюдения этических норм были разработаны формы устного информированного согласия для всех респондентов. Клиенты СПИД-сервисных организаций (МСМ, СР, ЛУИН) за участие в опросе получали вознаграждение в виде 200 мобильных единиц, эквивалентное 3 долларам США. Такое вознаграждение соответствует принятым нормам компенсации, предлагаемому в аналогичных исследованиях, и способствовало повышению мотивации участников к участию в интервью. Участие в исследовании было добровольным. Возможные риски для участников включали нарушение конфиденциальности и незначительный психологический дискомфорт, который может быть вызван чувствительным характером некоторых вопросов интервью. Личные данные респондентов не были внесены в отчет об исследовании. Результаты всех интервью, опроса и обсуждений представлены в обобщенной форме. Все диктофонные записи после расшифровки были уничтожены. Защита персональных данных и конфиденциальность обеспечивались на всех этапах исследования, анализа данных и распространения данных. Интервью с МСМ и ЛУИН проводились на базе НПО, в отдельном

кабинете, доступ в которые во время беседы был запрещен для всех, кроме людей, напрямую вовлеченных в оценку. Интервью с секс-работниками (СР) были проведены по месту их проживания и предоставления услуг (гостиница, сауна).

Вся информация в твердом формате, формы согласия и данные, полученные в ходе интервью с респондентами, хранятся под замком в офисе исследовательского агентства. Все данные, сохраненные в электронной форме, хранятся в компьютере с установленным в нем паролем, доступ к которому имеется только у членов исследовательской команды.

3.5. Источники данных

Для проведения анализа в рамках исследования были использованы следующие источники данных:

1. Система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции, РЦ СПИД.
2. Данные государственной статистики, РЦ СПИД, форма 4, 2013-2017 годы.
3. Данные государственной статистики, РЦ СПИД, форма 4, таблицы по гепатитам В и С.
4. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией среди ключевых групп населения, 2016 год.
5. Результаты интегрированного биоповеденческого исследования среди половых партнеров ЛУИН, ICAP, Колумбийский университет, 2015 год.
6. Данные государственной статистики Республиканского центра дерматовенерологии, по случаям ИППП, 2013-2018 годы.
7. Данные государственной статистики Республиканского центра электронного здравоохранения по осложнениям ИППП, 2013-2018 годы.
8. Многоиндикаторное кластерное обследование по оценке положения детей и женщин (МИКО), проведенное в 2014 году Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в сотрудничестве со статистическими управлениями областей и городов Бишкек и Ош. Обследование осуществлено при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА). Клиническое руководство по охране сексуального и репродуктивного здоровья ключевых групп населения, утвержденное приказом Приказом МЗ КР №1213 от 30.12.2107 г.
9. Отчет по анализу нужд и проблем обеспечения населения Кыргызской Республики, в том числе малообеспеченных и социально уязвимых групп средствами по планированию семьи для последующей разработки механизма плавного перехода на бюджетное финансирование закупок при Техническая и финансовая поддержка оказана Фондом ООН в области народонаселения и Германским обществом по международному сотрудничеству.

4. РЕЗУЛЬТАТЫ СИТУАЦИОННОГО АНАЛИЗА ПО ИППП

4.1. МАСШТАБЫ ПРОБЛЕМЫ В МИРЕ

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) – одна из серьезных социально-медицинских и психологических проблем современности. Их значение определяется большой распространенностью и опасностью для различных институтов общества. Они несут, в первую очередь, тяжелые последствия для здоровья заболевших, оказывают пагубное влияние на воспроизводство потомства, сопровождаются значительными затратами на диагностику, лечение и реабилитацию больных.

По данным ООН, во всем мире каждый год среди молодых людей до 25 лет происходит более 100 млн новых заражений ИППП. Ежедневно более одного миллиона человек приобретают ИППП. По оценкам, ежегодно 357 миллионов человек приобретают одну из четырех ИППП — хламидиоз (131 миллион), гонорейю (78 миллионов), сифилис (5,6 миллиона) или трихомониаз (143 миллиона). Более 500 миллионов человек живут с инфекцией генитального ВПГ (герпеса). На любой момент времени более

290 миллионов женщин инфицированы вирусом папилломы человека (ВПЧ), одной из наиболее распространенных ИППП¹. Большинство ИППП протекают бессимптомно или только с незначительными симптомами, и по этой причине ИППП может оставаться нераспознанной. Более 900 000 беременных женщин были инфицированы сифилисом, что привело примерно к 350 000 случаев смерти плода и новорожденного в 2012 году. В некоторых случаях ИППП могут иметь серьезные последствия для репродуктивного здоровья — помимо непосредственного воздействия самой инфекции (например, бесплодие или передача инфекции от матери к ребенку). Лекарственная устойчивость, в частности гонореи, представляет значительную угрозу для уменьшения воздействия ИППП во всем мире.²

ИППП оказывают глубокое воздействие на сексуальное и репродуктивное здоровье во всем мире. Ежедневно более одного миллиона человек приобретают ИППП. По оценкам, ежегодно 357 миллионов человек приобретают одну из четырех ИППП — хламидиоз (131 миллион), гонорею (78 миллионов), сифилис (5,6 миллиона) или трихомониаз (143 миллиона). Более 500 миллионов человек живут с инфекцией генитального ВПГ (герпеса). На любой момент времени более 290 миллионов женщин инфицированы ВПЧ, одной из наиболее распространенных ИППП.

Также важна роль ИППП в контексте влияния на эпидемию ВИЧ-инфекции. Так, риск заражения ВИЧ-инфекцией половым путем напрямую связан с вирусной нагрузкой в биологических жидкостях (количеством вирусных частиц в вагинальном секрете, сперме). ИППП повышают концентрацию ВИЧ в сперме/вагинальном секрете, а также увеличивают количество CD4+-клеток, являющихся мишенью для ВИЧ (уровень доказательности А)^{3,4} Таким образом, эпидемиологический надзор за ИППП, а также контроль над сексуальным здоровьем являются неотъемлемой частью помощи ВИЧ-инфицированным, так как наличие определенных ИППП способствует дальнейшему росту эпидемии ВИЧ-инфекции. Так, например, результаты клинико-лабораторного обследования 300 ВИЧ-инфицированных больных показали распространенность ИППП у 84% (252) из них, при этом у 78% (234) наблюдается смешанное инфицирование различными возбудителями ИППП⁵.

4.2. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ИППП В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

4.2.1. Эпидемиологический надзор за ИППП в Кыргызской Республике

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), – это группа социально значимых инфекций, оказывающих крайне негативное влияние на репродуктивное здоровье человека и требующие осуществления эпидемиологического надзора для разработки и проведения профилактических мероприятий. Ключевым элементом эпидемиологического надзора за ИППП является система учета и регистрации случаев ИППП, а также поэтапная передача этих данных между заинтересованными ведомствами и учреждениями. Задачами системы учета является получение объективной эпидемиологической информации о случаях ИППП, а также своевременное осведомление санитарно-эпидемиологических учреждений и вышестоящих органов здравоохранения.

Учёт больных сифилисом и гонореей в КР осуществляется на основании амбулаторных карт (форма 025/у), в которые заносятся следующие данные: подробный диагноз в соответствии с МКБ-10, дата

¹ [Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis.](#) de Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, et al. Lancet Infect Dis. 2007 Jul;7(7):453-9.

² [http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

³ Mayer K.H., Venkatesh K.K. Interactions of HIV, other sexually transmitted diseases, and genital tract inflammation facilitating local pathogen transmission and acquisition. Am. J. Reprod. Immunol. 2011; 65 (3): 308—16.

⁴ Fleming D.T., Wasserheit J.N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. Sex. Transm. Infect. 2004; 75 (1): 3—17.

⁵ Grechanskaja L.V. Kliniko-jepidemiologicheskaja harakteristika i lechenie infekcij, peredajushhihsja polovym putjom, u VIChinfi cirovannyh: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Har'kov; 2006: 23 (in Ukraine).

его установления, результаты лабораторных исследований с указанием даты проведения, обстоятельства выявления заболевания.

Ежемесячно, каждого 1-ого числа, ОЗ, оказывающие услуги по диагностике, лечению ИППП и заразных кожных заболеваний (независимо от форм собственности), подают суммарный отчет по форме №1 «Отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях» в районный, городской центры госсанэпиднадзора. На каждый выявленный случай сифилиса и гонореи подается экстренное извещение (форма 058/у) в городе Бишкек – Республиканский Центр дерматовенерологии (РЦДВ), в городе Ош и Ошской области – Ошский межобластной Центр дерматовенерологии (ОМЦДВ), в других областях – координаторам по дерматовенерологии. Все организации здравоохранения, оказывающие услуги по диагностике и лечению ИППП и заразных кожных заболеваний, обязаны передать экстренные извещения в РЦДВ. Городские и районные ЦПЗ и ГСЭН передают полученные сведения в областные ЦПЗ и ГСЭН, которые после обобщения, не позднее пятого числа передают данные в ДПЗ и ГСЭН. Регистрация и учет осуществляются по месту выявления.

При выявлении сифилиса, гонореи, дерматофитии и чесотки у лиц, обслуживающихся в организациях здравоохранения других ведомств (Министерство внутренних дел, Министерство обороны, Министерство юстиции и др.), информация о заболеваемости передается в медицинские службы соответствующих ведомств. Учет заболеваемости хламидиозом (А 56.0-4, 8), трихомониазом (А 59.0), гарднереллезом (А 63.8), уреаплазмозом (А 63.8), аногенитальным герпесом (А 60.0, 1, 9), кандидозом (В 37.3, 4), включенной в отчетные формы №9 и №34, ведется на основании амбулаторных карт (форма 025/у) и клинико-информационных форм (КИФ). Отчет составляется по итогам года и предоставляется в соответствии с инструкциями в РМИЦ, РЦДВ.

Целью проведения эпидемиологического надзора за здоровьем общества является изучение особенностей распространения, выявления факторов риска и оценка вероятности возникновения заболеваний в различных группах населения, для их эффективного контроля и профилактики⁶. основополагающим элементом системы эпидемиологического надзора заболеваемости ИППП является система учета и регистрации случаев заболеваний, которые фиксируются при помощи извещения о больном с вновь установленным диагнозом⁷. Следовательно, извещение оформляется при обращении такого больного в кожно-венерологический диспансер или иную медицинскую организацию, работающую по профилю дерматовенерология и подающую данные сведения в соответствующие органы. Этот факт говорит о том, что оценка эпидемиологической ситуации по поводу заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), составляется на основании, в первую очередь, обращаемости пациентов в медицинские учреждения.

Анализируя особенности симптомов течения различных заболеваний, обусловленных ИППП, возможно предположить, что у конкретно взятого заболевания они могут проявляться в виде острой клинической картины у мужчин и быть стертыми у женщин, и наоборот. Так, например, у ряда больных наблюдается латентное течение заболеваний, обусловленных ИППП⁸. Особое значение в этой группе заболеваний принадлежит хламидиозу, который имеет латентные и асимптомные формы течения заболевания. Клинические проявления этой инфекции непосредственно после инкубационного периода развиваются лишь у 60–70% пациентов⁹. В тех же случаях, когда симптомы заболевания

⁶ Царик Г.Н. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. для интернов, ординаторов, слушателей циклов первичной переподготовки специалистов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» / Г.Н. Царик [и др.]; под. ред. Г.Н. Царик. – Кемерово: ГОУ ГБОУ «КемГМА», НОУ ДПО «КИНСЭПЗ», 2012. – 911 с. – ил.

⁷ Анисимова Н.С. Проблемы эпидемиологического надзора за инфекциями, передаваемыми половым путем / Н.С. Анисимова, Г.А. Шипулин, В.В. Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2012. – № 3. – С. 4-8.

⁸ Жильцова Е.Е. Медико-социальные проблемы заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в современных условиях / Е.Е. Жильцова, С.Б. Волкова // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. – № 1. – С. 149-154.

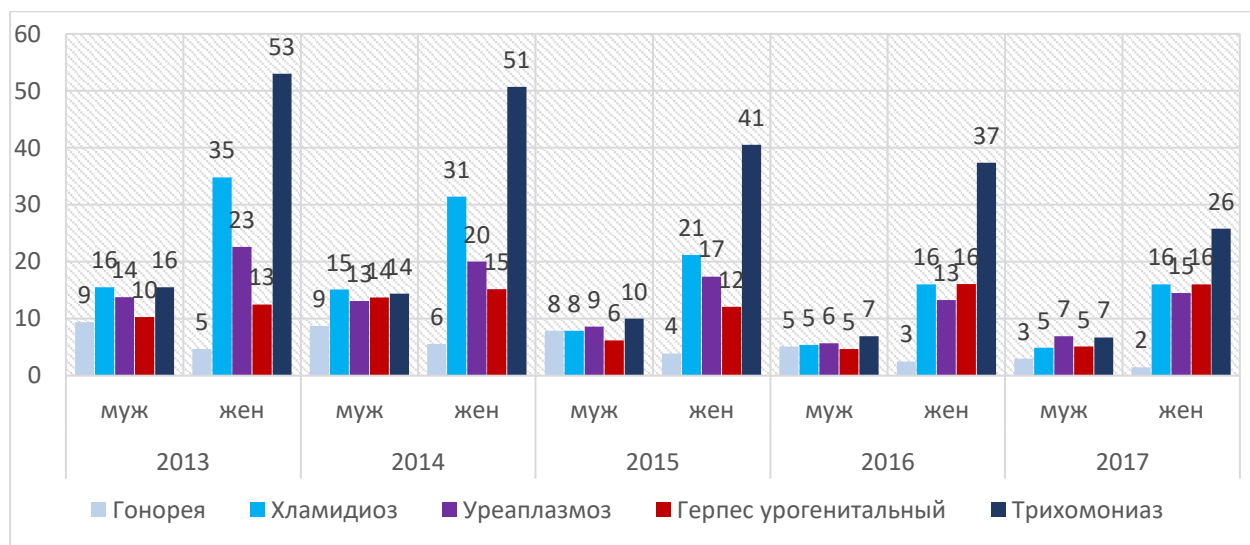
⁹ Тихомиров А.Тихомиров А.Л. Комплексное лечение смешанных генитальных инфекций / А.Л.Тихомиров, С.И. Сарсания // Гинекология. – 2004. – № 6. – С. 289-292.

проявляют себя, они зачастую носят стертый клинический характер, что приводит к поздней обращаемости пациентов. Так, например, за последние два десятилетия увеличилась заболеваемость хроническим простатитом, частота которого достигает 35% у мужчин репродуктивного трудоспособного возраста (от 20 до 40 лет). Частой причиной этого является латентное течение заболевания одной из ИППП¹⁰. В другом исследовании было выявлено, что более половины обратившихся пациенток в ЛПУ г. Курск - 326 человек (55,3%), не предъявляли жалобы по поводу урогенитальных заболеваний, но при этом у 18,4% из них были диагностированы заболевания, обусловленные инфекциями, передаваемыми половым путем¹¹. В случае с гонококковой инфекцией, у мужчин в большинстве случаев она протекает классически, то у 90 % женщин, страдающих гонореей, не имеют никаких клинических симптомов¹². В свою очередь, у мужчин нередко наблюдается маломанифестное торпидное течение трихомонадной инфекции в отличие от женщин¹³. Ряд других исследований доказывает, что достоверной разницы в распространенности, например, урогенитальной хламидийной инфекции и гонореи, среди женщин и мужчин нет ($p > 0.5$). Так, например, после проведения скрининга среди населения Австралии в 2004 году получены следующие результаты: инфицированы гонореей 18% (224/1219), а в разбивке по полу 18% (94/525) мужчин и 19% (130/694) женщин¹⁴.

4.2.2. Эпидемиологическая ситуация по ИППП в Кыргызской Республике.

В рамках данной оценки исследователями был проведен анализ статистических данных по заболеваемости ИППП в Кыргызской Республике за период с 2013 по 2017 годы на основе извещений о больных с вновь установленным диагнозом ИППП, зарегистрированных в учетных формах дерматовенерологической службы. В результате анализа, выявлена существенная разница между долей зарегистрированных больных мужчин и женщин по гонорее, трихомониазу, хламидиозу, уреаплазмозу, герпесу урогенитальному, что противоречит данным исследований, приведенных выше.

Рисунок 1 Заболеваемость ИППП в КР на 100000 населения, в разбивке по полу (2013-2017 гг.)



¹⁰ Коган Б.Г. Современные аспекты лечения негонококковых уретропростатитов / Б.Г. Коган, В.Б. Терлецкий, Р.В. Терлецкий // Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. – 2005. – № 2. – С. 81-85.

¹¹ Анисимова Н.С. Изучение распространенности хламидийной инфекции и других инфекций, передаваемых половым путем среди молодежи Курской области по результатам областной целевой программы / Н.С. Анисимова, И.Ю. Леонова, Л.А. Бредихина, Л.В. Князькова, Н.И. Стародубова, А.Е. Гуцин // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2014. – № 3. – С.25-28.

¹² Коган Б.Г. Современные аспекты лечения негонококковых уретропростатитов / Б.Г. Коган, В.Б. Терлецкий, Р.В. Терлецкий // Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. – 2005. – № 2. – С. 81-85.

¹³ Гриценко В.А. Урогенитальный трихомониаз у мужчин: 2. Клиникомикробиологические аспекты/ В.А. Гриценко, В.В. Андрейчев, Ю.Б. Иванов // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. – 2014. – № 1. – 13 с

¹⁴ Latif, A.S. STI screening conducted in NT Department of health and community services and community controlled health services in central Australia in 2004 / A.S. Latif // The Northern Territory Disease Control Bulletin. – 2004. – № 11. – P.3.

В нашей стране наиболее развита система диагностики сифилиса, так как существует большое количество показаний для прохождения обследования с целью выявления данного заболевания (профессиональные медицинские осмотры, обязательная серодиагностика при госпитализации и т.д.). То есть среди регистрируемых инфекций, передаваемых половым путем, наибольший охват населения осуществляется по диагностике сифилиса. В связи с этим статистические данные официальных учреждений статистики КР наиболее показательны по данному заболеванию.

По данным официальных статистических данных КР отмечается низкая распространенность генитального герпеса (1308 случаев в 2017г.) и отсутствуют данные по заболеваемости аногенитальными бородавками, что не соответствует данным международных источников, где говорится, что распространенность вирусов папилломы человека и простого герпеса среди молодых людей может превышать 20%. По всей видимости такое различие обусловлено отсутствием адекватной регистрации данных заболеваний в КР.

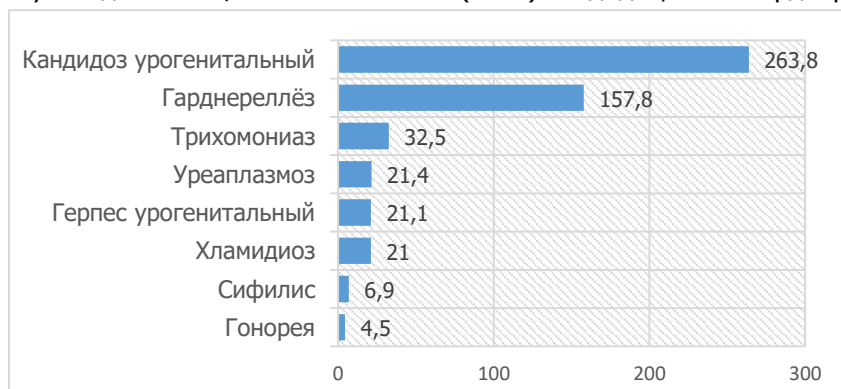
Таблица 1 Заболеваемость ИППП в КР в разбивке по полу (2013-2017 гг.)

Заболевания	на 100 тыс. (показатель заболеваемости)									
	2013		2014		2015		2016		2017	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Всего ИППП, в т.ч.	152,1	610,6	111,5	551,4	73,0	530,8	62,3	468,5	53,1	476,0
Сифилис	8,6	9,8	7,5	11,0	6,0	5,4	3,7	4,4	3,2	3,7
Гонорея	9,4	4,7	8,7	5,6	7,9	3,9	5,1	2,5	3,0	1,5
Хламидиоз	15,5	34,8	15,1	31,4	7,9	21,2	5,4	16,0	4,9	16,0
Гарднереллез	29,7	192,9	24,3	174,8	14,9	181,9	19,1	145,5	13,4	144,5
Уреаплазмоз	13,8	22,6	13,1	20,0	8,6	17,4	5,7	13,3	6,9	14,5
Кандидоз уrogenитальный	49,3	280,3	14,7	242,7	11,5	248,4	11,7	233,3	9,9	254,0
Герпес уrogenитальный	10,3	12,5	13,7	15,2	6,2	12,1	4,7	16,1	5,1	16,0
Трихомониаз	15,5	53,0	14,4	50,7	10,0	40,5	6,9	37,4	6,7	25,8

На фоне общего умеренного снижения данных ИППП обращает на себя внимание относительно высокий удельный вес кандидоза и гарднереллеза. Хотя кандидоз нельзя отнести к ИППП. Грибы рода Кандида находятся в составе обычной микрофлоры влагалища, но подавляются кислой средой влагалища. Избыточный рост грибков может быть результатом:

- применения антибиотиков, которые подавляют вагинальные лактобактерии и меняют pH (кислотно-щелочной баланс) влагалища;
- беременности;
- перед менструацией;
- неконтролируемого диабета;
- ослабленного иммунитета;
- применения пероральных контрацептивов или гормональной терапии, которая повышает концентрацию эстрогенов
- кандидоз является также оппортунистической инфекцией при ВИЧ-инфекции в результате ослабления иммунитета.

В Руководстве ВОЗ/ЮНФПА по ИППП (2004) кандидоз, как и гарднереллез, отмечается в разделе

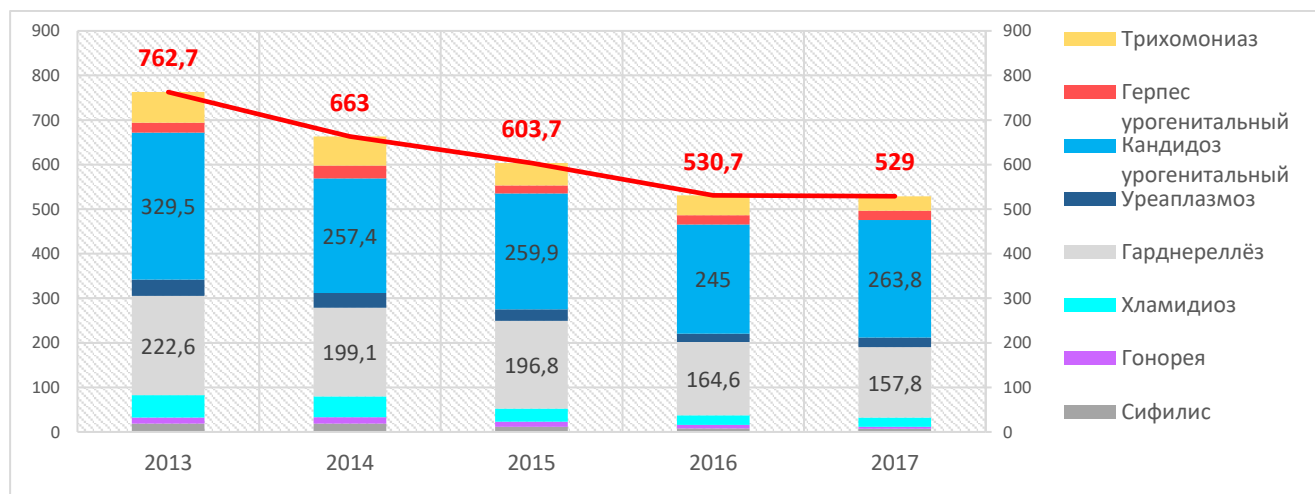


«Женские инфекции репродуктивных органов, не передающиеся половым путем».

Рисунок 2 Удельный вес ИППП, КР, 2017 год, данные РЦДВ

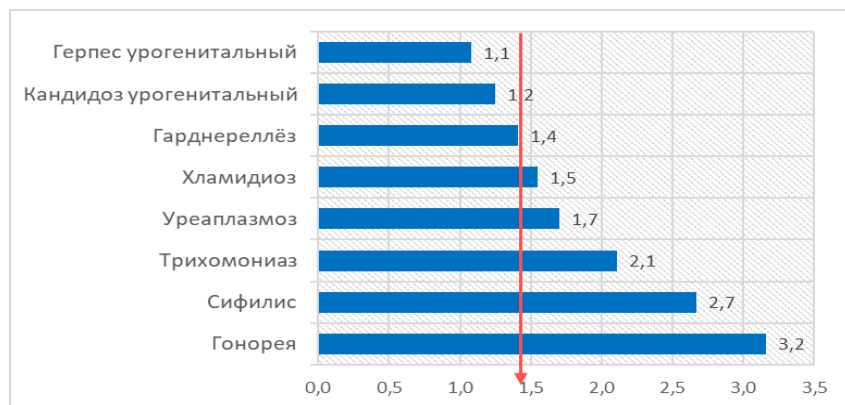
Анализ официальных статистических данных показывает, что в структуре ИППП наибольшие показатели на 100 000 населения приходятся на инфекции «второго поколения», вызванные грибами рода *Candida* (264 на 100 тыс.) и гарднереллёз (158 на 1000 тыс.). Самая низкая регистрация отмечается по случаям гонореи (4,5 на 100 тыс.) и сифилиса (7 на 100 тыс.).

Рисунок 3 Заболеваемость ИППП в разбивке по нозологиям и годам, Кыргызская республика, 2013-2018г.



Изучение динамики развития эпидемического процесса инфекций, передающихся половым путем, показывает тенденцию к снижению уровня регистрации случаев ИППП. Наибольший уровень снижения за 5 лет с 2013 по 2017 гг. отмечается по заболеваниям: сифилис в 3,2 раза, гонорее в 2,7 раза и трихомониаза в 2,1 раза. Среди остальных ИППП отмечаются менее выраженными темпы снижения регистрации заболеваемости. На фоне роста регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции такое снижение уровня регистрации ИППП, которые всегда связаны с эпидемией ВИЧ-инфекции, скорее всего является не достоверным, а всего лишь следствием ухудшения выявления и регистрации ИППП.

Рисунок 4 Кратность снижения заболеваемости ИППП за период с 2013 по 2017 год



Произошли значительные изменения в соотношении выявляемости ИППП среди мужчин и женщин в сторону увеличения регистрации случаев ИППП среди женщин в два раза, в основном за счет гарднереллеза, кандидоза и урогенитального герпеса.

Таблица 2 Соотношение показателей заболеваемости по полу

	2013 год		2017 год	
	муж	жен	муж	жен
Сифилис	0,9	1,1	0,9	1
Уреаплазмоз	0,6	1,6	0,5	2
Гонорея	2,0	0,5	2,0	0,5
Трихомониаз	0,3	3,4	0,3	4

Хламидиоз	0,4	2,2	0,3	3
Герпес урогенитальный	0,8	1,2	0,3	3
Гарднереллез	0,2	6,5	0,1	11
Кандидоз урогенитальный	0,2	5,7	0,04	26
Всего ИППП	0,2	4	0,1	9,0

Большинство случаев ИППП (72%) выявляются в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет.

Таблица 3 Выявление ИППП в разбивке по возрастным группам

ИППП 2017 г.	абс.ч.	%
0-14 лет	517	2%
15-17 лет	622	2%
18-19 лет	2447	7%
20-29 лет	13644	42%
30-39 лет	9838	30%
40 лет и >	5721	17%
Всего	32789	100%

Больше всего случаев ИППП выявляется в г. Бишкек, возможно по причинам внутренней миграции, лучшей обращаемости и лучшим качеством диагностики. На втором и третьем месте по регистрации ИППП идет г. Ош и Чуйская область.

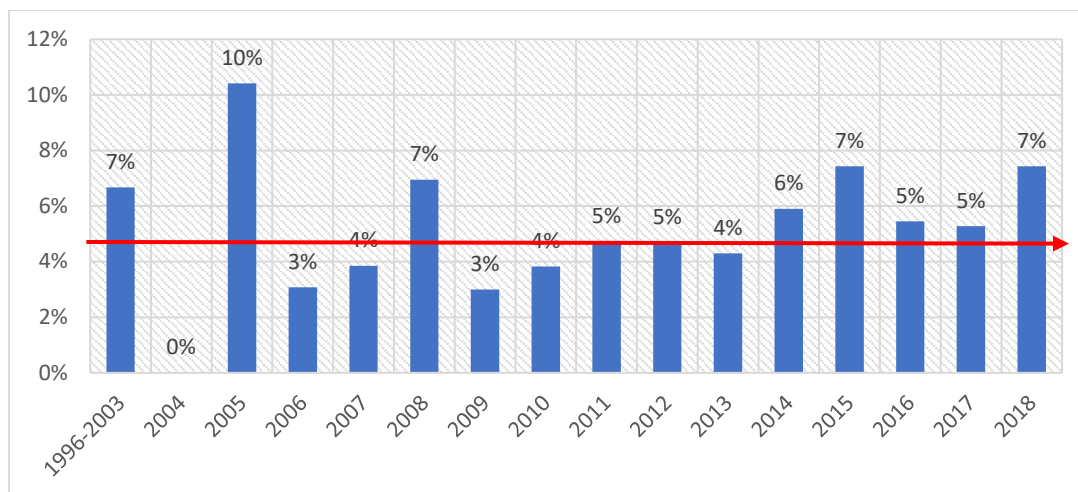
Таблица 4 Заболеваемость ИППП на 100 000 населения, в разрезе регионов, КР, 2017 г.

	На 100000 нас.
г. Бишкек	2206,1
г. Ош	290,1
Баткенская область	127,4
Джалал-Абадская область	54,5
Иссык-Кульская область	93,8
Нарынская область	110,8
Ошская область	26,3
Таласская область	101,9
Чуйская область	184,7
Кыргызская Республика	436,3

Анализ системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции показал, что за весь период 5% пациентов с установленным гетеросексуальным путем передачи во время опроса сообщили о наличии у них симптомов ИППП, в 2018 году 7% пациентов сообщили о наличии у них симптомов ИППП. Хотя по данным некоторых исследований в других странах распространенность ИППП среди ЛЖВ составляла 84%, а у 78% из них наблюдается смешанное инфицирование различными возбудителями ИППП¹⁵. Т.е. это подтверждает, что при сборе эпидемиологического анамнеза невозможно собрать информацию об ИППП с бессимптомным течением заболевания.

¹⁵ Grechanskaja L.V. Kliniko-jepidemiologičeskaja harakteristika i lečenje infekcij, peredajushhihsja polovym putjom, u VIChinfi cirovannyh: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Har'kov; 2006: 23 (in Ukraine).

Рисунок 5 Доля ЛЖВ, сообщивших о наличии симптомов ИППП в анамнезе во время проведения эпидемиологического расследования, система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции, журнал выявленных случаев, 2003-2018 гг.



Мнения ключевых информантов в отношении ситуации по ИППП разошлись, и если говорить о представителях медицинских организаций, предоставляющих услуги диагностики и лечения ИППП, то эпидемиологическая ситуация с ИППП по их мнению более или менее благополучная, так как идет тенденция к снижению числа ИППП, либо по мнению некоторых ключевых информантов ситуация не меняется и остается стабильно неблагополучной.

Цитаты: «На протяжении последних 20 лет идет стойкое снижение ИППП, заболеваемость сифилисом снизилась с 167,8 на 100 тыс. населения в 1997г. до 6,9 в 2017 г., заболеваемость гонореей снизилась с 70,6 на 100 тыс. населения в 1992г. до 4,5 в 2017 г. Снижение заболеваемости ИППП в республике обусловлено широким внедрением лечебно-профилактических программ, разработанных с учетом рекомендаций ВОЗ и основанных на принципах доказательной медицины», г. Бишкек.

«Эпидситуация в городе Жалал-Абад за последние 2-3 года со слов нашего дружественного врача кожновенеролога стабильно неблагополучная, нет роста и нет спада.», г. Жалал-Абад.

Также ключевыми лицами было отмечено, что идет неполная регистрация случаев ИППП, особенно это касается статистики частных клиник, урологов и гинекологов, которые ведут случаи ИППП.

Цитата: «Честно я скажу, как координатор здравоохранения, те цифры, которые мы сейчас предоставляем неполные, неполная регистрация идет. Потому что люди уже научились сами лечиться или идут в частные клиники, которые могут и не предоставить данные по числу тех, кто получил лечение. И вот в этой ситуации мы видим только верхушку айсберга, чтобы видеть нижнюю часть, нам нужен хороший анализ этой ситуации, чем и должен заниматься центр дерматовенерологии. Чтобы все было конкретно, сколько прошло по частным клиникам, стационарам, сколько есть гинекологов, урологов, которые тоже могут пролечить их. Поэтому мы сейчас не можем достоверно сказать, хотя согласно официальной статистике ситуация стабильная», г. Ош.

Некоторые представители международных организаций и неправительственных отметили, что не владеют конкретной ситуацией по ИППП, но есть тенденция в худшую сторону, растет число ИППП среди общего населения, регистрируются ИППП среди ЛЖВ из ключевых групп населения, которая не отражается в отчетных формах и не идет в общую статистику.

Долгое время в стране проводится работа по вопросам репродуктивного здоровья, в том числе и по вопросам ИППП, но акцент всегда был смещен в сторону женщин, тогда как мужчины тоже должны вовлекаться в эту работу, им сложнее озвучивать проблемы со здоровьем в силу сложившихся стереотипов в обществе, при том, что проблем со здоровьем у мужчин достаточно, это и простатиты, хронические формы заболеваний, о которых зачастую умалчивается.

Цитаты: «Думаю, что меняется в худшую сторону. Среди клиентов есть проблема с ИППП, но на сколько, неизвестно. В проектах для ЛУИН нет денег для обследования ИППП среди этой группы, это и есть основная проблема», г. Бишкек.

«Наблюдается тенденция к росту ИППП в целом среди общего населения по причине недостаточной информированности. В основном это молодые парни и девушки, которые ведут активную половую жизнь, выбравшиеся в столицу и живущие без присмотра родителей, они чувствуют себя свободными в сексуальном плане, и девушки не секс-работницы, то с одним кем-то встречаются, через месяц уже с другим и т.д.», г. Бишкек

«Ситуация меняется, в основном растет половой путь передачи среди общего населения, передача ВИЧ-инфекции среди мигрантов растет. В настоящее время растет ВИЧ, сифилис, гонорея», г. Ош.

«Так однозначно я не могу сказать, не отслеживала статистику по ИППП, особенно у КГН, но учитывая, что начали внедрять синдромальный подход и не везде есть возможность использовать этиологический подход, соответственно получается, что, та статистика которая сегодня существует, она, конечно, недостоверная. На практике, конечно, мы видим, что у наших пациентов ЛЖВ из ключевых групп населения имеются ИППП. Для получения лечения используется клинический протокол по ИППП для ЛЖВ, и назначают лечение врачи, которые предоставляют услуги для ЛЖВ. Данная информация нигде не регистрируется, все карты пациентов ЛЖВ находятся у специалистов в кабинетах. Насколько мне известно, отдельно КИФ не заполняется, не отмечается, что выявлена ИППП, соответственно данные в общую статистику не попадают», г. Бишкек.

«Приезжая на мониторинговые визиты и разговаривая с партнерами мы слышим информацию, что идет рост ИППП, в разных регионах по-разному, по разным нозологиям. Где-то грибковые заболевания, где-то гонорея преобладает, но отмечают наши партнеры замечают рост и есть еще один факт, что, не смотря, что мы предоставляем презервативы, как средство профилактики ИППП для ключевых групп, тем не менее в отчетах суб-получателей мы видим все-таки заражения ИППП происходит. Они в своих отчетах пишут, мы направили к дружественному врачу и столько случаев выявлено, такие-то заболевания. Несмотря на то, что, мы предоставляем средства барьерной контрацепции, они все-таки не всегда используются, все-таки происходит заражение.», г. Бишкек.

«Что бы говорить о тенденции надо владеть статистикой...есть ИППП которые проявляется, есть которые не проявляются. Мужчина он чаще переносчик инфекции. Для ЛУИН услуг по ИППП нет, в Астории есть, но там не конкретно на ИППП, а вообще на проведение обследований. В ОФ «Ранар» услуг для ИППП нет, в свое время мы решили, что услуги по ИППП не имеют спроса для ЛУИН, хотя тоже также как организации, работающие с СР и МСМ могли сохранить эти услуги. Позиция тогда была такова, что у человека, если есть жалобы, то он сам скажет...сейчас мы поняли, что люди молчат о простатитах, геморрое, ИППП, это чувствительные моменты, и что бы понять, что происходит, надо начать говорить об этом. Если мы ждем, что клиент сам сообщит об ИППП, то всего 2 человека сообщили за последние несколько лет, если начнем работать в данном направлении, то картина изменится», г.Бишкек.

«Если мы говорим о репродуктивном здоровье, то мы поняли, что мужчинам говорить об этом сложнее, акцент по этим вопросам смещен в сторону женщину, то сейчас надо поднимать вопрос и о вовлечение мужчин, им сложнее чем женщинам говорить о своих проблемах в силу стереотипов общества. Очень много лет потрачено времени и денег на работу с женщинами, тот же АРЗ работал в этом направлении, если говорить о мужчинах, то может там ситуация еще более неблагоприятная, потому как мужчины не обращается, не всегда соглашаются на лечение. Даже если есть проблемы, то мужчины чаще об этом умалчивают», г. Бишкек.

«Если женщины получают какие-то услуги, презервативы, контрацепции в поликлиниках и женских консультациях, мужчина может только 2 штуки в неделю, если он клиент организации. Хорошего качества презервативы они не дешевые, хотя они должны быть доступны, учитывая, что растет доля полового пути передачи. Услуг для ЛУИН по диагностике, лечению и профилактике ИППП нет, как-такового доступа нет к услугам по ИППП», г.Бишкек.

Респондентами, работающими с ЛУИН в г.Ош отмечено, что число ИППП среди ЛУИН снижается в виду широкой и длительной работы профилактических программ, по базе данных можно отследить число КГН направленных на получение услуг по ИППП, получивших услугу диагностики ИППП и лечение. Тогда как в г.Бишкек услуга по диагностике и лечению ИППП ЛУИН не предоставляется, в свое время организации, работающие ЛУИН при сокращении финансирования со стороны Глобального фонда приняли решение отказаться от этих услуг в пользу сохранения других более востребованных услуг.

Отмечено также, что растет доля полового пути передачи ВИЧ-инфекции, соответственно необходимо быть настороженными в отношении ИППП в том числе, и связано это со следующими факторами:

- 1) Низкая информированность по вопросам ИППП среди общего населения;
- 2) Высокий уровень миграции, соответственно увеличение числа мигрантов, как внутренних, так и внешних;
- 3) Секс-работницы ушли в подполье, доступ затруднился для проведения профилактических мероприятий.

Цитаты: *«За последние 5-6 лет ситуация не улучшилась и не ухудшилась, стабильная, может и ухудшилась, но это не связано с тем, что люди не информированы, это повысилась выявляемость среди КГН. Растет число людей, охваченных проектом, соответственно растет выявляемость. Я не думаю, что это эпидемия. Сообщество в городах намного лучше информировано, чем в регионах», г. Ош.*

«Ситуация меняется в отношении ЛУИН, ИППП стало меньше. Перемены связаны с профилактической работой НПО и медицинских работников с ЛУИН/ЛЖВ», г. Ош.

«В общем я не могу сказать, но среди ЛУИН нет роста числа ИППП, это последствия того, что все они получают информацию по профилактике ВИЧ, это результат работы аутрич работников, как таковой, наоборот есть тенденция к снижению ИППП, среди общего населения не знаю, но среди ЛУИН снижается», г. Ош.

«Если говорить в контексте ВИЧ, то мы видим реальную картину в связи с последним проектом, он направлен на выявление ЛЖВ, мы видим большой рост на самом деле, идет увеличение распространения ВИЧ, что касается других ИППП, к сожалению, какие-то данные по этому поводу отсутствуют или недостаточно раскрыта эта ситуация. По данным ИБПИ идет увеличение гепатита С, на юге КР среди МСМ, другие ИППП имеют низкие показатели среди МСМ», г. Бишкек.

«Наблюдается увеличение доли полового пути передачи ВИЧ и других ИППП, и в этом ключевую роль играют 3 фактора: низкая информированность по вопросам ИППП среди общего населения, второе это миграция, внутренняя и внешняя, и третье секс-работницы ушли в подполье, вот эти 3 фактора», г. Бишкек.

«ВИЧ тоже относится к ИППП, и растет число случаев среди женщин, нет доказательных данных, что это половые партнеры ЛУИН, это в основном среди мигрантов наблюдается такая картина. Сейчас и наркосцена меняется, стали появляться синтетические наркотики, амфитаминового ряда, я это к чему, к тому, что повышается либидо, секс ярче, возбуждение ярче, соответственно риск распространения ИППП выше, риск небезопасного поведения выше. Основная масса мигрантов едут в Россию, где очень неблагоприятная ситуация по ВИЧ, среди них выявляются новые случаи. Надо изучить опыт других стран, Грузия, Армения, у них основной путь передачи половой. При этом среди СР 2% распространенность ВИЧ остается. Отсутствие услуг по ИППП не только для КГН, но для общего населения», г.Бишкек.

В рамках реализации проекта Глобального Фонда по борьбе со СПИДОМ ,туберкулезом, малярией, в 2008г. была организована Дружественная клиника. Деятельность ДК осуществлялась на базах Республиканского центра дерматовенерологии (г.Бишкек) и Ошского межобластного центра дерматовенерологии (г. Ош). «Дружественная клиника» РЦДВ и ОМЦДВ заключили договор о сотрудничестве с 16 НПО: «Таис плюс», «Социум», «PSI», «Анти СПИД», «Право на жизнь», «Рос Цадмир», «Альтернатива в наркологии», «Раин плюс», « Кыргыз индиго»; в Оше: «Подруга», «Центр профилактики

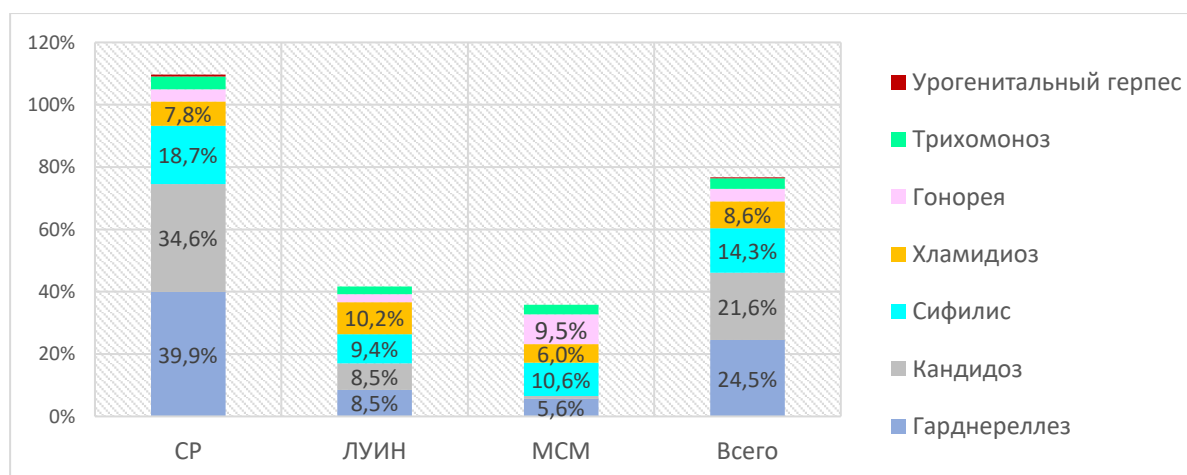
СПИД”, “Мастер радости”, “Плюс Центр”, “Рейнбоу”, “Крик журавля”, “Мусаада”, “Родители против наркотиков”. Всего за период с 2012 по 2015 годы в дружественных клиниках было обследовано 13938 клиентов НПО среди которых отмечается снижение выявления ИППП на 23%, которое вызывает сомнение. Возможно, наблюдалось снижение за счет постоянных клиентов клиники, т.к. охват услугами был невысоким в целом по стране.

Таблица 5 Обследование клиентов НПО на ИППП в дружественных клиниках и уровень выявляемости, Дружественные клиники, 2012-2015гг.

	обследовано КГН	выявлено ИППП
2012г.	1540	82,8%
2013г.	2820	77,1%
2014г.	4681	62,8%
2015г.	4897	59,8%

По структуре ИППП в общей группе обследованных отмечается преобладание гарднереллеза и кандидоза. Продолжается выявление сифилиса во всех 3-х группах, преимущественно среди СР. Гонорея чаще выявляется среди МСМ. Хламидиоз чаще обнаруживается среди СР и ЛУИН.

Рисунок 6 Структура ИППП среди КГН, РЦДВ, 2015г.



4.2.3. Регистрация гепатитов В и С по кодам контингентов, тестируемых в РЦ СПИД

Анализ рутинных данных РЦ СПИД за три года (2015-2017 гг.) показывает рост выявления вирусного гепатита С (ВГС) среди ЛУИН до 40% (1,6 раза), а также рост выявления вирусного гепатита В (ВГВ) среди заключенных-ЛУИН до 11% (в 2 раза). Также наблюдается резкое снижение показателей выявления ВГВ (в 4) и ВГС (в 7 раз) среди людей, имевших контакты с ЛЖВ, в частности через половые контакты. Среди МСМ в 2017 году наблюдается резкий рост выявления ВГВ в сравнении с 2015 годом с 0% до 11%. Среди обследованных анонимно выявляемость ВГС держится на высоком уровне и варьирует от 28% до 33% за период с 2015 по 2017 гг. Сократилась выявляемость ВГВ в 4 раза и ВГС в 5 раз среди больных ИППП. На национальном уровне распространенность ВГВ составляет 4% и ВГС 2%.

В разрезе групп в 2017 году: распространенность ВГВ выше всего среди МСМ (11%), военнослужащих (6%), ЗК-ЛУИН (11%) и обследованных по клиническим показаниям взрослых (10%); распространенность ВГС выше среди ЛУИН (40%), СР (11%), ЗК-ЛУИН (43%), обследованных по клиническим показаниям взрослых (8%), больных с устойчивой формой туберкулеза (8%) и обследованных анонимно (28%).

Таблица 6 Тестирование на ВГС и ВГВ по кодам контингентов, форма 4, РЦ СПИД, 2015-2017гг.

коды	ВГВ	ВГС
------	-----	-----

		2015	2016	2017	2015	2016	2017
100	Граждане Кыргызской Республики - всего	7%	4%	4%	3%	3%	3%
101	Лица, бывшие в контакте с инфицированным ВИЧ-всего	21%	2%	3%	29%	6%	4%
101.1	половой контакт	21%	1%	5%	29%	9%	7%
101.2	совместное введение наркотиков		0%			0%	0%
101.3	бытовой контакт (поврежд-е кожных покровов)		0%	0%		0%	0%
101.4	медицинский контакт или совм. пребыв. в мед.организ.		6%	0%		0%	0%
101.5	дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных женщин		0%	5%		6%	5%
102	ЛУИН	0%	1%	5%	24%	46%	40%
103	МСМ		0%	11%		0%	0%
104	Больные с ИППП	8%	8%	2%	11%	5%	2%
105	СР		0%	0%		17%	11%
106	Лица, выезжающие за рубеж - всего	11%	3%	4%	0%	4%	2%
108	Доноры	8%	4%	3%	2%	1%	1%
109	Беременные - всего	4%	5%	3%	2%	1%	1%
109.1	в т.ч. идущие на прерывание беременности		5%			3%	
110	Реципиенты препаратов крови, органов и тканей		4%	4%		2%	1%
111	Военнослужащие - всего	0%	4%	6%	0%	2%	2%
112	Лица, находящиеся в специальных учреждениях - всего	0%	7%	6%	0%	35%	43%
112.1	заключенные-ЛУИН		5%	11%		33%	43%
113	Обследованные по клинич. показаниям, взрослые-всего, в т.ч.	16%	10%	10%	8%	9%	8%
113.1	больные с диагнозом «туберкулез»	5%	4%	5%	3%	5%	6%
113.2	больные, вновь выявленные с диагнозом «туберкулез»		6%	4%		6%	6%
113.3	больные с устойчивой формой туберкулеза			0%			9%
114	Обследованные анонимно	0%	4%	0%	33%	21%	28%
115	Обследованные по эпид пок.	0%	2%	4%	0%	5%	2%
116	Половые партнеры беременных	0%	0%	5%	0%	0%	0%
117	Обследованные по клинич. показаниям, дети – всего, в т.ч.	3%	1%	1%	1%	1%	1%
117.1	дети с диагнозом «туберкулез»		0%	0%	3%	0%	0%
118	Медицинские работники	5%	3%	3%	3%	2%	2%
120	Прочие	11%	5%	7%	6%	4%	5%
200	Иностранные граждане - всего	0%	1%	1%	0%	1%	0%
202	в т.ч. иностранцы-ЛУИН		1%			0%	
207	в т.ч. иностранцы-прибывшие в КР на срок более 1 мес.	0%		1%		1%	0%
212	в т.ч. иностранцы-заключенные		6%			6%	
220	Прочие			13%		0%	7%
300	Всего обследовано лиц	7%		4%	3%	3%	3%
400	Всего сделано исследований	6%		4%	3%	2%	2%

4.2.4. Последствия ИППП. Распространенность состояний, связанных с ИППП в Кыргызской Республике

Важно отметить, что большая часть ИППП протекает в виде вялотекущих и бессимптомных форм, что определяет их наибольшую эпидемиологическую опасность. Результатами перенесенных ИППП могут стать такие тяжелые осложнения, как хронические заболевания органов малого таза, бесплодие, внематочная беременность, рак шейки матки, преждевременные роды, мертворождение, рождение ребенка с низкой массой тела, недоношенность, сепсис, пневмония, неонатальный конъюнктивит, врожденные дефекты и смерть новорожденных¹⁶. Все это определяет значимость проведения эпидемиологического надзора, на основании которого разрабатываются и проводятся профилактические мероприятия. Так, например, у 10–40% женщин с нелечеными хламидийными инфекциями развивается симптоматическое воспаление тазовых органов. Постинфекционная патология маточных труб является причиной женского бесплодия в 30–40% случаев. Кроме того, вероятность развития внематочной (трубной) беременности у женщин, перенесших воспаление тазовых органов, возрастает в 6–10 раз, а причиной внематочной беременности в 40–50% случаев является перенесенное ранее воспаление тазовых органов. Инфицирование некоторыми типами вируса папилломы человека может привести к развитию рака половых органов, в частности, рака шейки матки у женщин¹⁷.

Повышенное внимание со стороны специалистов разного профиля к инфекционным поражениям ЦНС у детей раннего возраста обусловлено их высокой частотой, сходством клинических проявлений, тяжестью течения, трудностями этиологической верификации диагноза, ограниченными возможностями этиотропной терапии, частым формированием неврологического дефицита и инвалидизации в исходе. Эти аспекты проблемы могут быть иллюстрированы данными о спектре поражений ЦНС при широко распространенных инфекциях TORCH-комплекса¹⁸. Аббревиатура TORCH расшифровывается по первым буквам латинских названий входящих в нее инфекций, которые будучи относительно безобидными для взрослых, и даже для детей, становятся чрезвычайно опасными для беременных. Эта группа инфекций включает: Т - токсоплазмоз (*toxoplasmosis*), О - другие инфекции (*others*), R - краснуха (*rubella*), С - цитомегаловирусная инфекция (*cytomegalovirus*), Н - герпес (*herpes simplex virus*), буква О – *others* (другие) – подразумевает такие влияющие на плод инфекции, как гепатит В и гепатит С, сифилис, хламидиоз, гонококковая инфекция, листериоз. Недавно в этот перечень включили ВИЧ-инфекцию, ветрянку, оспу, энтеровирусную инфекцию.

Особенность TORCH-инфекций состоит в том, что при первичном заражении ими во время беременности они могут оказывать пагубное действие на все системы и органы плода, особенно на его центральную нервную систему, повышая риск выкидыша, мертворождения и врожденных уродств ребенка, формирования пороков его развития, вплоть до инвалидности. Многочисленные описания в научной литературе подчеркивают многообразие и не специфичность поражений ЦНС при ВУИ, что диктует необходимость разработки комплексных подходов к диагностике и профилактике врожденных инфекций в целом.

По данным официальной статистики Республиканского Центра электронного здравоохранения МЗ КР заболеваемость врожденным сифилисом снизилась в два раза с 0,2 до 0,1 на 1000 живорожденных. Число живорожденных с диагнозом инфекций, специфичных для перинатального периода на национальном уровне снизилось за период с 2013 по 2017 годы с 26,3 до 11,9 на 1000 живорожденных,

¹⁶ Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. Женева: ВОЗ, 2007.

¹⁷ Мавров И.И. Половые болезни. М., 2002. 752 с

¹⁸ Актуальные аспекты врожденных инфекций в России. Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА России, Санкт-Петербург. Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург

но на фоне общего снижения данный показатель остается стабильно высоким в двух областях: Иссык-Кульской (44,2) и Нарынской (39,2), превышая национальный в 3-4 раза.

Таблица 7 Число живорожденных с диагнозом инфекций, специфичных для перинатального периода, РЦЭЗ, КР.

	абсолютное число					на 1000 живорожденных				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	3850	4046	3750	3268	1813	26,3	26,2	24,0	21,3	11,9
Баткенская область	51	52	42	73	56	3,5	3,4	2,7	4,8	3,8
Джалал-Абадская область	110	130	212	131	148	3,9	4,3	6,9	4,5	5,1
Иссык-Кульская область	466	593	632	713	409	48,9	61,7	64,3	72,3	44,2
Нарынская область	253	273	365	302	205	44,2	49,1	65,7	55,6	39,2
Ошская область	106	210	197	199	47	3,5	6,6	6,2	6,5	1,5
Таласская область	134	52	34	38	30	23,2	8,8	5,7	6,8	5,5
Чуйская область	342	473	469	265	167	16,9	21,9	21,0	12,3	8,5
г. Бишкек	2186	2059	1497	1260	482	104,1	95,1	68,7	57,6	22,0
г. Ош	47	47	174	172	79	6,7	5,5	19,8	18,8	9,7
РЛПО	155	157	128	115	190	39,3	36,7	27,8	20,2	25,3

Преждевременными родами называют роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 36 (+6 дней) недель (154-258 дней) при весе плода 500 граммов и более. Важную роль в патогенезе преждевременных родов играют инфекции. Инфекция мочевыводящих путей, бактериальный вагиноз, ВИЧ и сифилис повышают риск развития преждевременных родов^{19,20,21}. К тому же доказано, что инфекции связаны и с другими патологическими состояниями, такими как «цервикальная недостаточность», которая может быть результатом восходящей внутриматочной инфекции и воспаления, что приводит к вторичному преждевременному укорочению шейки матки.

По данным РЦЭЗ доля преждевременных родов в акушерских стационарах от общего числа родов составляет 4,4% от общего числа родов в акушерских стационарах, и при этом самая высокая доля отмечается в г.Ош 12,5%.

Таблица 8 Доля преждевременных родов в акушерских стационарах по областям, 2014-2017 гг. , РЦЭЗ, КР.

Регионы	Абсолютное число преждевременных родов (до 37 полных недель беременности)				% от общего числа родов в акушерских стационарах			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	8081	7753	7448	6871	5,1	4,8	4,7	4,4
Баткенская область	507	434	473	410	3,3	2,8	3,1	2,8
Джалал-Абадская область	1218	1235	974	903	4,1	4,0	3,4	3,1
Иссык-Кульская область	590	577	477	462	6,1	5,9	4,8	5,0
Нарынская область	351	289	265	280	6,3	5,2	4,9	5,3
Ошская область	1233	959	966	893	3,8	3,0	3,1	2,9
Таласская область	319	286	249	212	5,4	4,8	4,5	3,9
Чуйская область	1209	1228	941	799	5,6	5,5	4,4	4,1
г. Бишкек	1465	1238	1523	1442	6,5	5,5	6,6	6,3
г. Ош	779	1097	1085	1006	9,2	12,5	11,9	12,5
Республиканские организации	369	379	436	391	7,1	7,1	7,0	5,2
Частные ОЗ	41	31	59	73	2,1	1,6	2,9	3,4

В МКБ-10 введена специальная рубрика «Беременность с абортным исходом», где выделены формулировка и код отдельных форм ранней патологии беременности. Несостоявшийся выкидыш (missed abortion) — ранняя внутриутробная гибель и задержка плода в полости матки. В научной

¹⁹ Муминова Ш.Т Клинико-морфологические особенности неразвивающейся беременности. - Душанбе: 2007. — №2. — С. 26-39.

²⁰ Несяева Е.В Неразвивающаяся беременность: Этиология, патогенез, клиника диагностика // Акуш. и гин. – 2005. – № 2. – С. 3-7.

²¹ Современные принципы диагностики и лечения бесплодного брака // Гинекология. – 2009. – № 4. – С. 30-33

отечественной литературе в качестве синонимов данных терминов используются понятия «неразвивающаяся» или «замершая беременность»²². Удельный вес данной патологии в структуре репродуктивных потерь довольно высок: 10–20 %. Внутриутробная задержка погибшего плода или эмбриона является основной причиной возникновения синдрома мертвого плода. Причины замершей беременности многочисленны и нередко комплексны. В повседневной практике часто бывает трудно установить конкретный фактор, приведший к данной патологии, так как этому мешает мацерация тканей после смерти плода, что затрудняет их генетическое и морфологическое исследование. Лишь 10 % случаев раннего прерывания беременности связаны с заболеваниями матери, например с острой инфекцией. Чаще хронические инфекционные заболевания матери не ведут к внутриутробной гибели плода, но вызывают фетопатии, способствующие внутриутробной смерти под влиянием других факторов, например пороки сердца.

По данным Н.М. Подзолковой и соавт., у 52,5% пациенток с неразвивающейся беременностью, согласно результатам полимеразной цепной реакции, выявлена смешанная вирусно-бактериальная флора, в 20 % случаев — моноинфекция, в остальных случаях — микст-инфекции. При анэмбрионии обнаружено сочетание вируса с мико- и уреоплазмами (42,8%), гонококками (33,3%), хламидиями (23,8%). Отмечается преобладание герпесвирусной инфекции (28%) над цитомегаловирусной (10,5%). Обнаружены мико- и уреоплазмы — 36,6%, хламидии — 33,3%, гонококки — 17,5%, трихомонады — 7%. Хламидийная инфекция определялась у 51,6–57,1% пациенток с невынашиванием беременности. В исследованиях Е.Н. Зарубиной и Е.Н. Фомичевой частота хламидиоза у женщин с привычным невынашиванием была в 2–3 раза выше, чем в общей популяции. У 62,5 % беременных с привычным невынашиванием и неразвивающейся беременностью в анамнезе обнаружены специфические анти-ЦМВ — иммуноглобулины класса IgM. У пациенток с прерыванием по типу неразвивающейся беременности хронический эндометрит обусловлен персистенцией вирусов (вирус простого герпеса, цитомегаловирус и др.). Каждый случай замершей беременности требует углубленного обследования в отношении генетической, эндокринной, иммунной и инфекционной патологии³⁴.

В КР показатели смертности мертворожденных и умерших до начала родовой деятельности (антенатально) с весом 1500 грамм и более показатели не изменились за 5 лет (2013-2017гг.), с наиболее высокой цифрой в г.Ош (6,9).

Таблица 9 Показатели смертности мертворожденных и умерших до начала родовой деятельности (антенатально) с весом 1500 грамм и более, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР

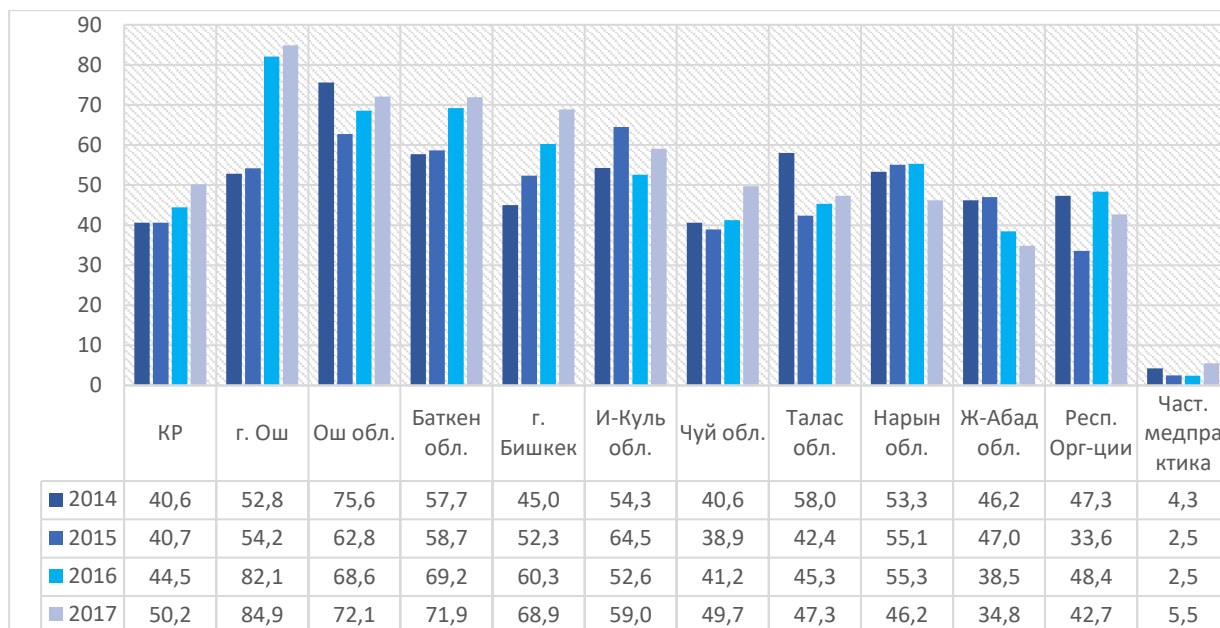
Регионы	абсолютное число					на 1000 родившихся				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	800	807	811	790	779	5,3	5,1	5,1	5,0	5,0
Баткенская область	63	67	72	51	44	4,3	4,4	4,7	3,4	3,0
Джалал-Абадская область	134	153	146	157	152	4,7	5,1	4,8	5,4	5,3
Иссык-Кульская область	61	63	61	48	49	6,4	6,5	6,2	4,9	5,3
Нарынская область	35	36	23	26	22	6,0	6,5	4,1	4,8	4,2
Ошская область	158	142	141	137	144	5,0	4,4	4,4	4,4	4,6
Таласская область	19	27	24	24	21	3,3	4,6	4,1	4,3	3,9
Чуйская область	145	114	130	121	92	7,1	5,3	5,8	5,6	4,7
г. Бишкек с хоз. расчетом	98	89	96	82	112	4,6	4,0	4,3	3,6	4,9
г. Ош	40	58	55	73	55	5,8	6,9	6,4	8,1	6,9
Республиканские организации	39	57	60	67	86	8,3	11,2	11,4	10,9	11,6
Частные ОЗ	8	1	3	4	2	4,4	0,5	1,5	1,9	0,9

²² Мунинова Ш.Т Клинико-морфологические особенности неразвивающейся беременности. - Душанбе: 2007. — №2. — С. 26-39.

Некоторые вирусы способны вызывать изменения генетического материала репродуктивных клеток. Хламидии, уреоплазма, микоплазма и другие инфекции могут приводить к невынашиванию беременности²³.

Анализ данных РЦЭЗ показывает постепенное возрастание доли самопроизвольных аборт из общего числа аборт на национальном уровне, с 2013 года их доля выросла с 42,5% (9395 случаев) до 50,2% (9781 случаев), т.е. на 7,7%. Если взять данные в разрезе регионов, то лидируют по данному показателю (выше 50%): г. Ош (84,9%), Ошская область (72,1%), Баткенская область (71,9%), г. Бишкек (68,9%) и Иссык-Кульская область (59%). В трех регионах отмечается рост доли самопроизвольных аборт из общего числа аборт: в г.Ош с 52,8 до 84,9, Баткенской области с 57,7 до 71,9, г.Бишкек с 45,0 до 68,9.

Рисунок 7 Сведения о самопроизвольных абортах, 2013-2017 гг. (%), РЦЭЗ, КР



Заболеваемость раком шейки матки за пять лет осталась без изменений и держится на уровне 15,6 на 100000 женщин. При этом в разрезе регионов показатели намного превышают республиканский уровень в Нарынской (28,8), Иссык-Кульской (19,9), Чуйской областях (21,7) и г.Ош (19,6).

Таблица 10 Заболеваемость раком шейки матки на 100000 женщин, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	15,3	19,3	17,6	14,7	15,6
Баткенская область	13,7	9,8	14,6	14,3	13,6
Джалал-Абадская область	10,6	11,9	13,8	11,8	13,8
Иссык-Кульская область	28,0	23,6	22,9	16,3	19,9
Нарынская область	22,7	14,8	22,0	23,2	28,8
Ошская область	13,9	9,6	12,1	12,00	12,4
Таласская область	15,9	21,3	19,4	16,7	15,7
Чуйская область	14,0	35,1	25,7	22,6	21,7
г. Бишкек	13,7	27,8	16,6	9,2	10,4
г. Ош	24,3	22,3	25,4	21,4	19,6

²³ Мамедалиева Н.М Причины невынашивания. – Алматы: 2013. – №14. – С. 59-66

Число операций по поводу внематочной беременности незначительно выросло за период с 2013 по 2017 годы с 1631 до 1842, при этом треть операций производится в г.Ош (587).

Таблица 11 Число операций по поводу внематочной беременности, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	1631	1650	1900	1942	1842
Баткенская область	67	70	59	69	50
Джалал-Абадская область	206	215	208	213	214
Иссык-Кульская область	124	121	129	138	120
Нарынская область	51	59	56	49	52
Ошская область	167	175	221	157	181
Таласская область	63	51	64	51	65
Чуйская область	274	230	254	237	231
г. Бишкек	306	344	462	478	183
г. Ош	89	65	54	58	56
Республиканские организации	274	284	287	406	587
Частные ОЗ	10	36	106	86	103

В развивающихся странах инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) и их осложнения входят в пятерку наиболее частых причин обращения взрослых людей за медицинской помощью, могут приводить к появлению острых симптомов, развитию хронических инфекций и серьезных отдаленных последствий, таких как бесплодие, внематочная беременность, рак шейки матки и преждевременная смерть младенцев и взрослых; они являются основной предотвратимой причиной бесплодия у женщин²⁴. Так, нелеченая хламидийная инфекция в 10-40% случаев приводит к воспалительным заболеваниям органов малого таза, к воспалению маточных труб, что является причиной женского бесплодия в 30-40% случаев^{36,25}. Наиболее часто к вторичному бесплодию могут приводить следующие возбудители: хламидии, уреоплазма, микоплазма, трихомонады, гонорея, цитомегаловирус, вирус генитального герпеса^{35,39} Полный список включает в себя более 20 различных инфекций. Особый интерес вызывают хламидии, являющиеся в большинстве развитых стран самой частой причиной ИППП. Согласно официальной статистике они занимают почетное четвертое место после уреоплазмы, кандидоза и бактериального вагиноза^{26,34}. Заболеваемость и распространенность женского бесплодия на 100 000 населения КР снизилась за 5 лет почти в два раза, с самыми высокими показателями распространенности в Ошской области (78,3) и г.Бишкек (44,0) и заболеваемости в Ошской области (55,0) и г.Бишкек (30,2). Снижение показателей женского бесплодия возможно обусловлено тем, что население может чаще обращаться в частные медицинские центры, за счет чего страдает регистрация патологии в официальной статистике.

Таблица 12 Распространенность женского бесплодия на 100000 населения, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	абсолютное число					на 100000 нас.				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	4157	3809	3784	2005	2060	72,7	65,3	63,5	33,0	33,2
г.Бишкек	615	513	514	529	436	67,9	55,4	54,2	54,6	44,0
г. Ош	85	74	75	84	34	32,3	27,6	27,5	30,1	11,9
Баткенская обл.	161	165	196	79	113	34,7	34,7	40,3	15,9	22,2
Джалал-Абадская обл.	1069	825	1247	75	134	98,3	74,3	109,9	6,5	11,4
Иссык-Кульская обл.	304	288	254	59	124	66,7	62,4	54,4	12,5	25,8
Нарынская обл.	79	103	95	44	49	29,3	37,7	34,4	15,8	17,3
Ошская обл.	1451	1449	1079	1005	1018	122,3	119,3	86,7	78,9	78,3
Таласская обл.	17	18	6	7	7	7,0	7,3	2,4	2,8	2,7
Чуйская обл.	367	365	314	116	142	43,4	42,3	35,7	12,9	15,5
РЛПО	9	9	4	7	3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

²⁴ Овсянникова Т.В., Камилова Д.П, Феоктистов А.А. // Гинекология. - 2009. - №4. - С. 30-33

²⁵ Несяева Е.В Неразвивающаяся беременность: Этиология, патогенез, клиника диагностика // Акуш. и гин. – 2005. – № 2. – С. 3-7.

²⁶ Иванова В,В Современные принципы диагностики и лечения перинатальных герпес-вирусных инфекций // Рос.вестник перинатологии и педиатрии. - 2008. - №1. - С. 10-18.

Таблица 13 Заболеваемость женским бесплодием на 100000 населения, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	абсолютное число					на 100000 нас.				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	2348	2085	1814	1212	1287	41,1	35,7	30,5	19,9	20,8
г. Бишкек	342	322	291	322	299	37,8	34,8	30,7	33,2	30,2
г. Ош	63	44	47	42	16	24,0	16,4	17,2	15,1	5,6
Баткенская обл.	74	71	82	15	42	15,9	14,9	16,9	3,0	8,3
Джалал-Абадская обл.	495	324	303	19	56	45,5	29,2	26,7	1,6	4,7
Иссык-Кульская обл.	106	111	77	18	52	23,2	24,1	16,5	3,8	10,8
Нарынская обл.	43	41	39	26	22	15,9	15,0	14,1	9,3	7,8
Ошская обл.	1072	1000	823	720	716	90,3	82,4	66,2	56,5	55,0
Таласская обл.	7	10	4	4	2	2,9	4,1	1,6	1,6	0,8
Чуйская обл.	146	162	148	46	82	17,3	18,8	16,8	5,1	9,0
РЛПО	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Распространенность и заболеваемость сальпингитом, оофоритом в КР на национальном уровне за период с 2013 по 2017 гг. снижается с 393,3 до 270,8 на 100000 населения, но в г.Бишкек и Нарынской области анализ показывает постепенное увеличение показателя распространенности.

Таблица 14 Распространенность сальпингитом, оофоритом на 100000 населения, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	абсолютное число					на 100000 нас.				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	22509	20450	19156	15493	16783	393,5	350,4	321,6	254,8	270,8
г. Бишкек	6695	6804	7339	7605	7462	739,7	734,4	774,2	784,5	752,8
г.Ош	632	383	491	242	165	240,5	143,0	179,8	86,8	57,8
Баткенская обл.	1634	1026	1149	389	450	351,9	215,9	236,1	78,1	88,5
Джалал-Абадская обл.	4441	2907	2392	741	1229	408,2	261,7	210,8	64,0	104,2
Иссык-Кульская обл.	1816	2484	1462	937	1679	398,3	538,6	313,1	197,9	349,9
Нарынская обл.	444	531	527	505	565	164,6	194,5	190,9	180,8	200,0
Ошская обл.	2866	2920	2373	2527	2492	241,5	240,5	190,8	198,4	191,6
Таласская обл.	435	384	444	272	304	180,2	156,6	178,1	107,4	118,3
Чуйская обл.	3436	2930	2879	2194	2359	406,1	339,9	327,6	244,8	258,3
РЛПО	110	81	100	81	78	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

В отношении заболеваемости в разрезе регионов наиболее высокие показатели наблюдаются в г.Бишкек (457,5 на 100 тыс.) и в Иссык-Кульской области, в которой заболеваемость постепенно растет за пять лет с 146,9 до 264,0.

Таблица 15 Заболеваемость сальпингитом, оофоритом на 100000 населения, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	абсолютное число					на 100000 нас.				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	11953	11004	10709	8350	9563	209,0	188,6	179,8	137,3	154,3
г. Бишкек	4372	4681	4837	4711	4535	483,0	505,2	510,3	486,0	457,5
г.Ош	326	185	200	107	48	124,0	69,1	73,3	38,4	16,8
Баткенская обл.	885	509	613	147	193	190,6	107,1	126,0	29,5	38,0
Джалал-Абадская обл.	1804	1332	1095	315	649	165,8	119,9	96,5	27,2	55,0
Иссык-Кульская обл.	670	437	399	419	1267	146,9	94,8	85,4	88,5	264,0
Нарынская обл.	190	177	245	142	149	70,4	64,8	88,7	50,8	52,8
Ошская обл.	1478	1713	1240	1126	802	124,6	141,1	99,7	88,4	61,7
Таласская обл..	190	207	269	142	180	78,7	84,4	107,9	56,1	70,0
Чуйская обл.	2037	1759	1806	1229	1700	240,8	204,1	205,5	137,1	186,1
РЛПО	1	4	5	12	40	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Распространенность и заболеваемость другими воспалительными заболеваниями женских половых органов, в Кыргызской Республике за период с 2013 по 2017 гг. на национальном уровне остается на высоком уровне. Наиболее высокие показатели наблюдаются в г.Бишкек (2667,0 на 100 тыс.) и в г.Ош (801,8 на 100 тыс.). За 2017 год зарегистрировано на уровне страны 48222 случая воспалительных заболеваний женских половых органов и половина из них выявлена в г.Бишкек (26437).

Таблица 16 Распространенность других воспалительных заболеваний женских половых органов, на 100000 населения, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	абсолютное число					на 100000 нас.				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	45278	44722	44520	40582	48222	791,6	766,3	747,3	667,5	778,0
г. Бишкек	22826	23768	26058	24844	26437	2521,9	2565,3	2749,0	2562,8	2667,0
г.Ош	1196	1217	1472	1335	2288	455,1	454,5	539,2	478,8	801,8
Баткенская обл.	2570	3065	2968	1692	2399	553,5	645,0	609,9	339,7	471,7
Джалал-Абадская обл.	4735	4428	3345	1411	2788	435,2	398,6	294,9	121,9	236,3
Иссык-Кульская обл.	2329	2549	1554	1551	2448	510,8	552,7	332,8	327,6	510,1
Нарынская обл.	1081	1117	1035	974	1027	400,8	409,2	374,9	348,7	363,6
Ошская обл.	4878	3580	3081	2983	3878	411,1	294,9	247,7	234,2	298,1
Таласская обл.	459	485	727	463	417	190,1	197,7	291,7	182,8	162,2
Чуйская обл.	4416	3651	3349	4422	5629	522,0	423,5	381,0	493,3	616,2
РЛПО	788	862	931	907	911	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Таблица 17 Заболеваемость другими воспалительными заболеваниями женских половых органов, на 100000 населения, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	абсолютное число					на 100000 нас.				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	29064	28615	30699	26125	29936	508,1	490,3	515,3	429,7	483,0
г. Бишкек	16784	18080	19953	18803	18688	1854,4	1951,4	2104,9	1939,6	1885,3
г.Ош	827	438	939	839	838	314,7	163,6	343,9	300,9	293,7
Баткенская обл.	1630	1671	1813	394	954	351,1	351,7	372,6	79,1	187,6
Джалал-Абадская обл.	2415	2101	1924	499	1375	222,0	189,1	169,6	43,1	116,6
Иссык-Кульская обл.	911	1074	662	762	1694	199,8	232,9	141,8	161,0	353,0
Нарынская обл.	606	647	742	602	608	224,7	237,0	268,7	215,5	215,3
Ошская обл.	2737	1786	1772	1450	1303	230,7	147,1	142,4	113,9	100,2
Таласская область	185	282	384	204	158	76,6	115,0	154,1	80,6	61,5
Чуйская область	2571	2001	1855	1906	3648	303,9	232,1	211,1	212,6	399,4
РЛПО	398	535	655	666	670	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

ИППП, последовательно поражая у мужчины такие органы мочеполовой системы, как уретра и дополнительные половые железы, предстательная железа, семенные пузырьки, семявыводящие протоки, придатки яичек, яички, приводят к снижению количества и качества спермы, в некоторых случаях, вплоть до её исчезновения²⁷.

Распространенность и заболеваемость мужским бесплодием, Кыргызская Республика, 2013-2017 гг. аналогично женскому бесплодию снизилась за 5 лет почти в два раза, с самым высоким показателем распространенности (77,7) и заболеваемости (55,4) в Ошской области. Аналогично женскому бесплодию снижение показателей может быть не истинным и зависеть от места обращения и лечения.

Таблица 18 Распространенность мужского бесплодия на 100000 населения, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	абсолютное число					на 100000 нас.				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	2199	2285	1863	1051	1126	38,4	39,2	31,3	17,3	18,2
г.Бишкек	34	43	34	35	38	3,8	4,6	3,6	3,6	3,8
г. Ош	25	75	32	5	5	9,5	28,0	11,7	1,8	1,8
Баткенская обл.	164	136	107	6	31	35,3	28,6	22,0	1,2	6,1
Джалал-Абадская обл.	389	253	395	15	17	35,8	22,8	34,8	1,3	1,4
Иссык-Кульская обл.	74	99	86	4	0	16,2	21,5	18,4	0,8	0,0
Нарынская обл.	4	0	6	4	11	1,5	0,0	2,2	1,4	3,9
Ошская обл.	1412	1498	1122	975	1011	119,0	123,4	90,2	76,6	77,7
Таласская обл.	1	11	0	0	0	0,4	4,5	0,0	0,0	0,0
Чуйская обл.	94	168	77	7	13	11,1	19,5	8,8	0,8	1,4
РЛПО	2	2	4	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

²⁷ Современные принципы диагностики и лечения бесплодного брака // Гинекология. – 2009. – № 4. – С. 30-33

Таблица 19 Заболеваемость мужским бесплодием на 100000 населения, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	абсолютное число					на 100000 нас.				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	1412	1383	1017	783	768	24,7	23,7	17,1	12,9	12,4
г. Бишкек	18	14	11	12	13	2,0	1,5	1,2	1,2	1,3
г. Ош	15	31	16	5	4	5,7	11,6	5,9	1,8	1,4
Баткенская обл.	65	78	40	2	7	14,0	16,4	8,2	0,4	1,4
Джалал-Абадская обл.	152	52	89	3	12	14,0	4,7	7,8	0,3	1,0
Иссык-Кульская обл.	20	51	29	3	0	4,4	11,1	6,2	0,6	0,0
Нарынская обл.	1	0	2	2	3	0,4	0,0	0,7	0,7	1,1
Ошская обл.	1091	1074	811	752	721	91,9	88,5	65,2	59,0	55,4
Таласская обл.	0	1	0	0	0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Чуйская обл.	48	81	18	4	8	5,7	9,4	2,0	0,4	0,9
РЛПО	2	1	1	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Распространенность и заболеваемость болезнями предстательной железы в КР на национальном уровне за период с 2013 по 2017 гг. незначительно снизились и остаются на уровне 176,1 и 69,4 на 100 000 нас. В разрезе регионов распространенность растет в г. Бишкек, Ош, Чуйской области. Показатель заболеваемости вырос за пять лет в г. Бишкек, в Иссык-Кульской области и Чуйской области.

Таблица 20 Распространенность болезнями предстательной железы, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	абсолютное число					на 100000 нас.				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	12064	13216	14550	9573	10913	210,9	226,5	244,2	157,5	176,1
г. Бишкек	2838	3173	3155	3219	3824	313,6	342,5	332,8	332,1	385,8
г. Ош	205	290	250	441	333	78,0	108,3	91,6	158,2	116,7
Баткенская обл.	2104	2992	2830	652	537	453,2	629,7	581,5	130,9	105,6
Джалал-Абадская обл.	1553	1161	2027	922	1658	142,7	104,5	178,7	79,6	140,5
Иссык-Кульская обл.	589	563	514	533	567	129,2	122,1	110,1	112,6	118,2
Нарынская обл.	417	462	374	374	371	154,6	169,3	135,5	133,9	131,3
Ошская обл.	3058	3274	3758	1939	1833	257,7	269,7	302,1	152,2	140,9
Таласская обл.	232	130	163	110	186	96,1	53,0	65,4	43,4	72,4
Чуйская обл.	1021	1119	1433	1321	1556	120,7	129,8	163,0	147,4	170,3
РЛПО	47	52	46	62	48	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Таблица 21 Заболеваемость болезнями предстательной железы, 2013-2017 гг., РЦЭЗ, КР.

	абсолютное число					на 100000 нас.				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Кыргызская Республика	5894	5876	6130	3513	4302	103,0	100,7	102,9	57,8	69,4
г. Бишкек	930	890	808	873	1216	102,7	96,1	85,2	90,1	122,7
г. Ош	116	116	96	110	86	44,1	43,3	35,2	39,4	30,1
Баткенская обл.	798	870	595	91	121	171,9	183,1	122,3	18,3	23,8
Джалал-Абадская обл.	861	539	776	451	761	79,1	48,5	68,4	39,0	64,5
Иссык-Кульская обл.	182	153	223	239	334	39,9	33,2	47,8	50,5	69,6
Нарынская обл.	162	118	119	106	96	60,1	43,2	43,1	37,9	34,0
Ошская обл.	2350	2622	2866	1045	831	198,0	216,0	230,4	82,1	63,9
Таласская обл.	54	25	41	30	40	22,4	10,2	16,4	11,8	15,6
Чуйская обл.	401	509	570	511	803	47,4	59,0	64,9	57,0	87,9
РЛПО	40	34	36	57	14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

4.3. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике

Эпидемиологическая ситуация с ИППП и ВИЧ-инфекцией в странах СНГ, в последние десятилетия в значительной степени обусловлена распространением практики рискованного сексуального поведения, наркопотребления, стигмой и дискриминацией в государственных медицинских

учреждениях²⁸ и несовершенством профилактических программ. Важнейшей особенностью ИППП и ВИЧ-инфекции является их взаимное влияние друг на друга. Например, многочисленными исследованиями, проведенными с момента открытия вируса иммунодефицита человека в 1983г. (Л.Монтанье, Р.Галло) доказано, что различные ИППП увеличивают риск передачи этого вируса от 2 до 23 раз (в среднем в 4 раза). На территориях, где увеличивается заболеваемость ИППП, через 2-3 года нарастает число ВИЧ-инфицированных. Своевременное выявление и лечение ИППП существенно тормозит развитие эпидемии ВИЧ-инфекции.²⁹ В многочисленных работах подчеркивается, что некоторые ИППП облегчают передачу ВИЧ и что лечение ИППП может снизить уровень передачи ВИЧ³⁰. В результате новых исследований установлена корреляционная взаимосвязь ВИЧ-инфекции на ранней стадии с другими ИППП, которая является причиной более 40% случаев передачи ВИЧ. Несмотря на эти данные, за последние годы в усилиях по борьбе с распространением ИППП произошел спад из-за смещения акцента на терапию ВИЧ-инфекции³¹.

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.

Кыргызская Республика остается страной с низким уровнем распространения ВИЧ, который составил 0,1% от численности общего населения, но в то же время, Кыргызская Республика входит в число семи стран с наиболее высокими темпами роста эпидемии в мире. Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые государственными структурами, неправительственными и международными организациями, в Кыргызской Республике продолжается рост ВИЧ-инфекции. Так за последние 14 лет (с 2003 по 2018 год за 11 мес.) число случаев ВИЧ-инфекции в стране увеличилось в 19,9 раза с 405 до 8679. Из них 83% это люди трудоспособного и репродуктивного возраста (20-49 лет). Общая распространенность кумулятивно зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике в 2018 году составила 130,3 на 100 тыс. населения.

²⁸http://www.stigmindex.org/sites/default/files/reports/KYRGYZSTAN%20Stigma%20Index%202015%20Report%20RUS%20%2017_05_2017.pdf

²⁹ Ведение пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем, (организация работы с группами риска, профилактика, консультирование, диагностика и лечение), 2009г., г.Минск. Книга, предназначенная для врачей дерматовенерологов.

³⁰ HIV/AIDS, Hepatitis C and sexually transmissible infections: a strategic framework for the ACT. 2007—2012. Queensland Health (2005). Queensland HIV, hepatitis C and sexually transmissible infections strategy 2005—2010. Queensland Government.

Poynten I., Templeton D., Grulich A. Sexually transmissible infections in aging HIV populations. *Sex. Health.* 2011; 8: 508—11.

Lucke J., Herbert D., Watson M., Loxton D. Predictors of sexually transmitted infection in Australian women: evidence from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Arch. Sex. Behav.* 2013; 42 (2); 237—46.

³¹ Mayaud P., Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sex. Transm. Infect.* 2008, 80: 174—82.

Рисунок 8 Тестирование на ВИЧ, Кыргызская Республика, 2006-2017гг., РЦ СПИД



В Кыргызской Республике, как и в других странах Восточной Европы и Центральной Азии эпидемия ВИЧ-инфекции официально находится на второй – концентрированной стадии развития. Это связано с ее распространением преимущественно среди ключевых групп населения, которым грозит повышенный риск инфицирования. Продолжается регистрация случаев среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики и одновременно идет передача ВИЧ их половых партнерам. Так, по результатам исследования, проведенного среди половых партнеров ЛУИН³², положительная реакция на антитела к ВИЧ была выявлена у 5% (95% ДИ=3,6-6,7) обследованных, при этом распространенность ВИЧ среди половых партнеров ЛУИН из южного региона Кыргызской Республики (Жалал-Абад и Ош) была значительно выше, чем среди представителей севера (Бишкек и Токмок).

Таблица 22 Распространенность ВИЧ, по населенным пунктам (n=857), ИБПИ среди половых партнеров ЛУИН, ICAP, Колумбийский университет, 2015 г.

	n	% (95%ДИ)
Бишкек (N=94)	2	2,1 (0,3-7,5)
Токмак (N=192)	4	2,1(0,6-5,2)
Жалал-Абад (N=275)	21	7,6 (4,5-11,4)
Ош (N=296)	16	5,4 (3,1-8,6)

Распространённость ВИЧ-инфекции среди партнеров ЛУИН, не употреблявших никогда инъекционные наркотики (N=751) и не имеющих антител к ВГС, составила 3,5% и незначительно отличалась от распространенности среди сообщивших об опыте употребления инъекционных наркотиков (5,1%, $p > 0,05$). При изучении факторов риска наличия ВИЧ-инфекции среди половых партнеров ЛУИН, не имевших в анамнезе употребления инъекционных наркотиков, методом многофакторного анализа были выявлены два фактора, которые в значительной мере обуславливали риск инфицирования ВИЧ среди участников исследования: наличие нескольких половых партнеров в течение последних 12 месяцев (OR 3,4; CI 1,0-11,4; $p < 0,05$) и наличие ВИЧ-инфицированного полового партнера (OR 6,0; CI 1,8-19,5; $p < 0,05$), (n=540).

В подтверждении результатов исследования среди половых партнеров ЛУИН, анализ данных ведомственной статистической отчетности по Форме 4 также показывает повышенный риск инфицирования ВИЧ среди людей, имевших контакты с ЛЖВ, особенно среди половых контактов, среди которых доля выявления за три года (2015-2017 гг.) выросла с 12% до 19%. Также отмечается рост выявления ВИЧ-инфекции по результатам рутинного тестирования за период с 2015 по 2017 гг.

³² Отчет о проведении Интегрированного био-поведенческого исследования среди половых партнеров людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Кыргызской Республике. ICAP при Колумбийском университете. 2015г.

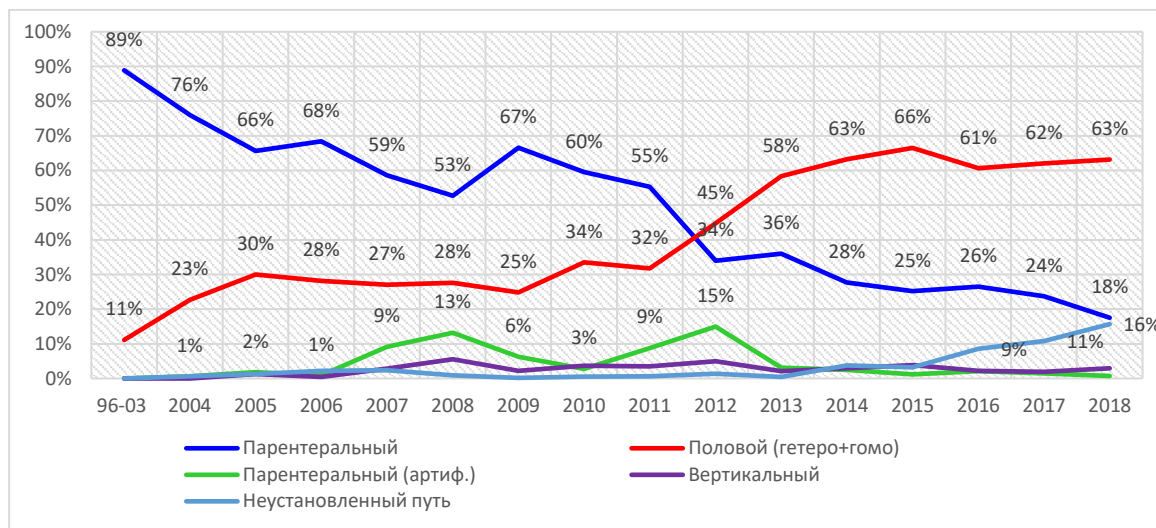
среди ЛУИН в 12 раз, МСМ в 2 раза, СР в 5 раз, доноров в 2 раза, среди обследованных по эпидемиологическим показаниям и половым партнерам беременных в 6 раз, среди больных с вновь выявленным туберкулезом в 5 раз.

Таблица 23 Выявляемость ВИЧ-инфекции среди тестированных по кодам контингентов, 2015-2017 годы, форма 4, РЦ СПИД

	Контингент обследования	2015	2016	2017
100	Граждане Кыргызской Республики - всего	0,1%	0,2%	0,2%
101	Контактные с ЛЖВ	5,1%	4,9%	7,1%
101.1	половой контакт	12,0%	13,1%	18,9%
101.2	совместное введение наркотиков	13,3%	0,0%	0,0%
101.3	бытовой контакт (повреждение целостности кожных покровов)	4,3%	0,0%	0,0%
101.4	медицинский контакт или совместное пребывание в медицинских организациях	0%	0,7%	0,15%
101.5	дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных женщин	7,4%	4,3%	6,6%
102	ЛУИН	1,3%	7,4%	15,2%
103	МСМ	2,7%	4,9%	5,4%
104	Больные с ИППП	0,3%	0,5%	0,4%
05	Секс-работники	0,4%	1,0%	2,1%
106	Лица, выезжающие за рубеж	0,1%	0,2%	0,1%
108	Доноры	0,03%	0,05%	0,1%
109	Беременные	0,04%	0,04%	0,04%
109.1	идущие на прерывание беременности	0,2%	0,00%	0,1%
110	Реципиенты препаратов крови, органов и тканей	0,0%	0,1%	0,0%
111	Военнослужащие	0,04%	0,02%	0,05%
112	Заклученные	1,1%	0,7%	1,0%
112.1	в т.ч. заключенные-ЛУИН	6,2%	2,5%	3,9%
113	Обследованные по клиническим показаниям, взрослые	0,5%	0,6%	0,6%
113.1	в т.ч. больные с диагнозом «ТБ»	0,9%	0,8%	0,8%
113.2	в т.ч. больные вновь выявленные с диагнозом «ТБ»	0,2%	1,3%	0,9%
114	Обследованные анонимно	0,8%	1,0%	1,3%
115	Обследованные по эпид.показаниям	0,7%	1,2%	3,8%
116	Половые партнеры беременных	0,1%	0,4%	0,4%
117	Обследованные по клин. показаниям, дети:	0,2%	0,4%	0,05%
117.2	больные, вновь выявленные с диагнозом «туберкулез»	0,1%	0,0%	0,5%
118	Медицинские работники	0,02%	0,03%	0,02%
120	Прочие	0,3%	0,3%	0,3%
200	Иностранные граждане	0,2%	0,2%	0,2%
202	в т.ч. иностранцы-ЛУИН	7,0%	6,0%	1,5%
207	в т.ч. иностранцы-прибывшие в КР на срок более 1 мес.	0,1%	0,1%	0,1%
212	в т.ч. иностранцы-заклученные	25,0%	16,7%	n/a
220	Прочие	1,6%	0,3%	0,3%
300	Всего обследовано лиц	0,2%	0,2%	0,2%

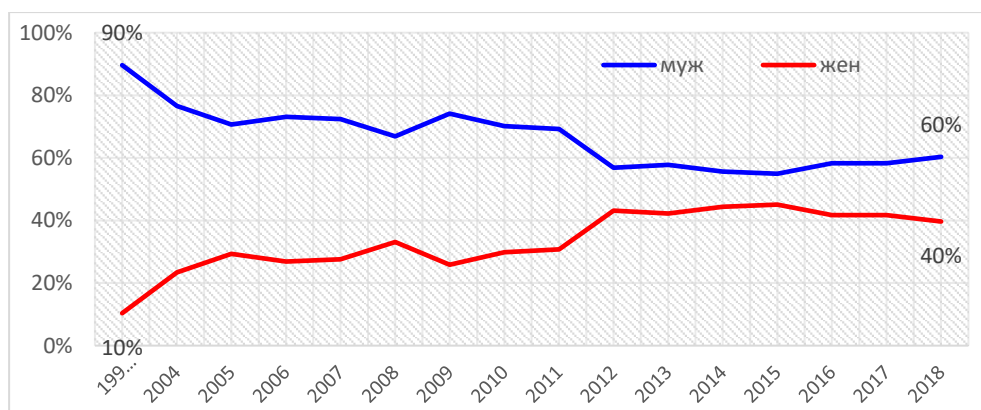
По данным РЦ «СПИД», на 01.09.2018г. кумулятивная доля ВИЧ-положительных ЛУИН составляет 41,4% (3533 ЛУИН) от общего числа зарегистрированных ЛЖВ в Кыргызской Республике, т.е. употребление инъекционных наркотиков по-прежнему является важным путем распространения ВИЧ-инфекции, но, при этом, наблюдается значительное снижение парентерального пути передачи среди новых случаев ВИЧ-инфекции с 89% в период с 1996 по 2003гг. до 18% за 9 мес. в 2018 году и рост полового пути передачи с 11% до 63%.

Рисунок 9 Распределение новых случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи, КР, 2003-2018 (9 мес.)



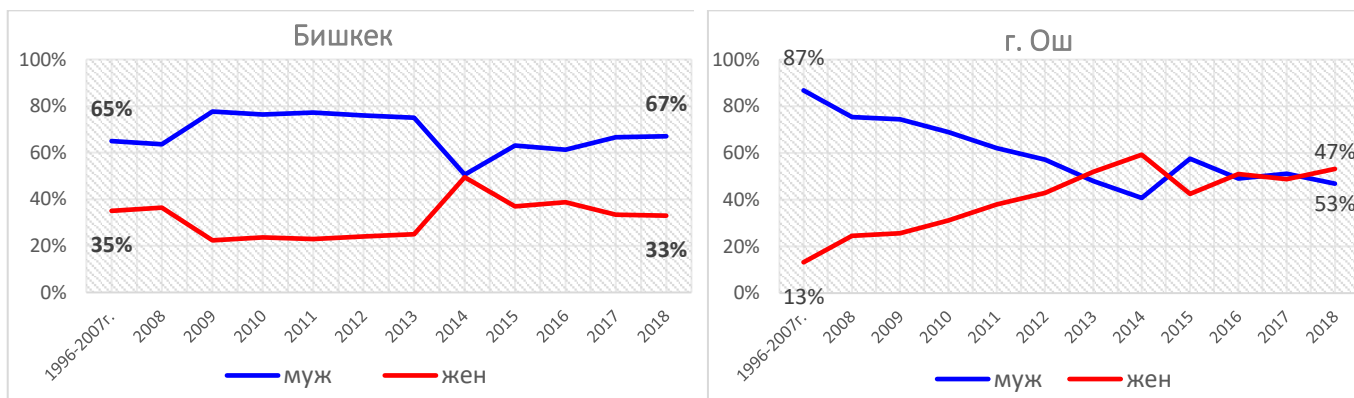
Наряду с ростом полового пути передачи ВИЧ-инфекции также отмечается значительное увеличение доли зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди женщин в период с 2003 по 2018гг. с 10% до 40%, что может свидетельствовать о переходе ВИЧ-инфекции из ключевых групп в общую популяцию.

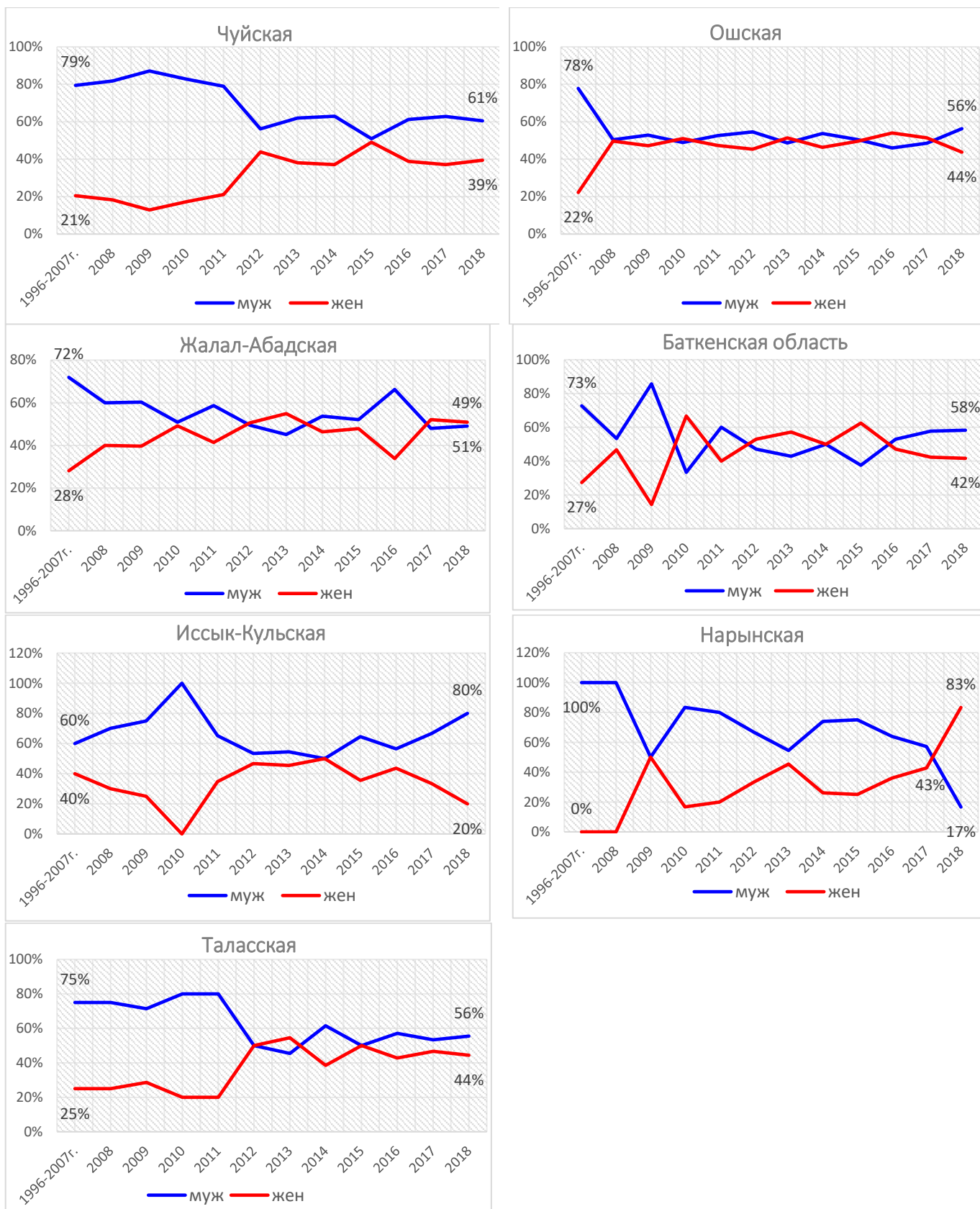
Рисунок 10 Распределение новых случаев ВИЧ-инфекции по полу, КР, 2003-2018 (9 мес.)



В разбивке по регионам ситуация почти во всех областях схожая - когда доля женщин становится больше среди ЛЖВ, исключая г. Бишкек и Иссык-Кульскую область, где по-прежнему большинство ЛЖВ составляют мужчины (67%-80%). Самая большая доля женщин среди ЛЖВ отмечается в Нарынской области, которая резко возросла буквально за один год в два раза с 43% до 83% (2017-2018 гг.)

Рисунок 11 Распределение новых случаев ВИЧ-инфекции по полу, в разрезе областей, 2003-2018 (9 мес.)





Кроме так называемой «феминизации» эпидемии ВИЧ-инфекции и значительного роста полового пути передачи, также происходит постепенное смещение новых случаев ВИЧ-инфекции в более старшие возрастные группы, что говорит, о том, что люди, возможно, заразились раньше и обращаются уже на продвинутой стадии ВИЧ-инфекции по клиническим показаниям.

Рисунок 12 Регистрация новых случаев ВИЧ-инфекции в разрезе возрастных групп, РЦ СПИД, 1996 – 2018 гг.

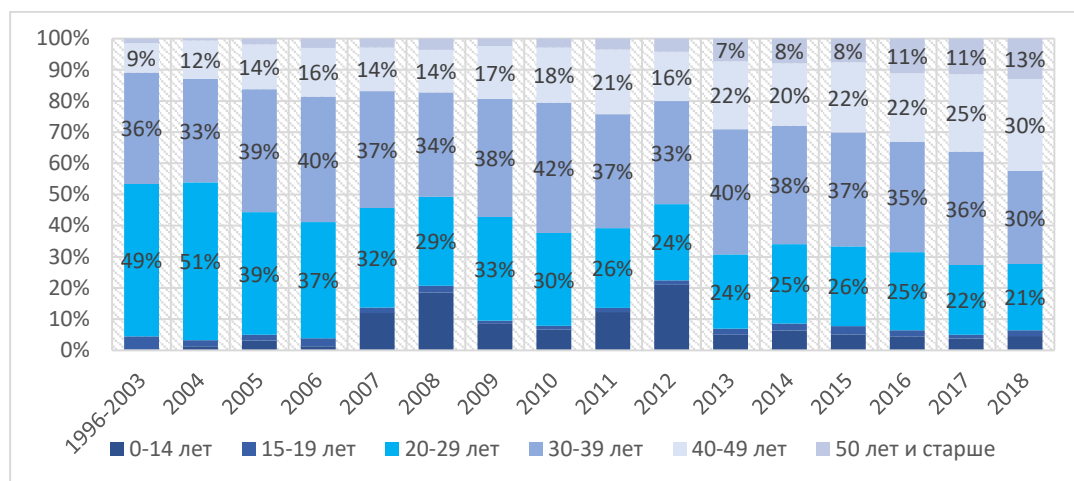
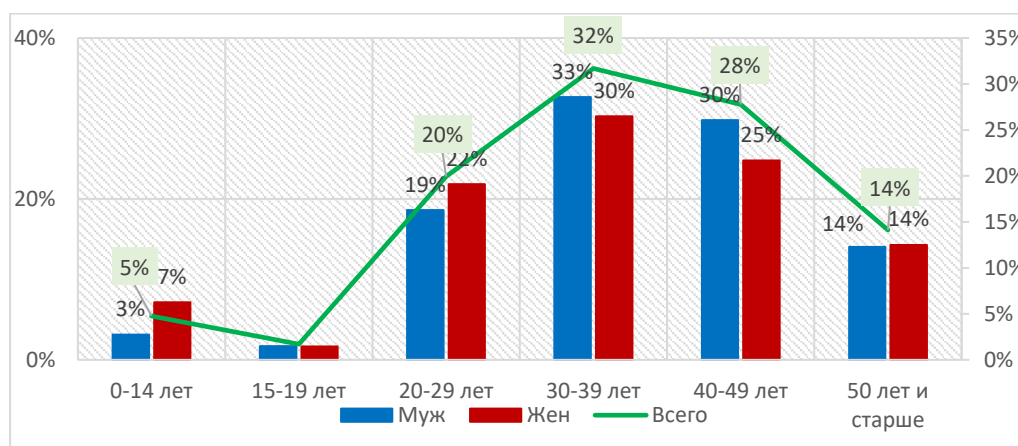


Рисунок 13 Новые случаи ВИЧ-инфекции в разрезе возрастных групп и пола, система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции, 2018

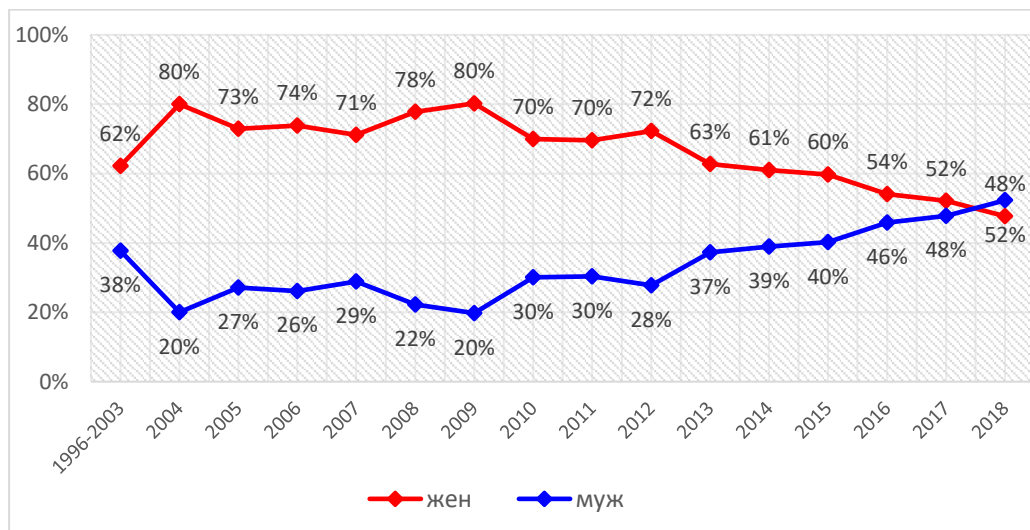


Описанные выше особенности изменения показателя пораженности в возрастных группах населения города в своей основе могут иметь разные причины. С одной стороны, снижение распространения ВИЧ-инфекции среди подростков и молодых людей в возрасте до 25 лет может говорить об увеличении информированности молодежи о проблеме ВИЧ-инфекции, и определенной эффективности просветительских и других профилактических мероприятий. Рост регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции в группах населения старше 30 лет, может быть обусловлен в определенной степени не только увеличением истинной заболеваемости среди них, но и за счет перемещения в эти возраста лиц, ранее инфицированных ВИЧ в более молодом возрасте³³, которые являются основными источниками для дальнейшего распространения инфекции половым путем. Так например, по данным системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции в КР в 2017 году всего 44,2% новых случаев ВИЧ-инфекции были выявлены на 1-стадии заболевания, 11,1% на 2-й стадии, 18,4% на 3-й стадии и 7,5% на 4-й стадии ВИЧ-инфекции (у 18,8% ЛЖВ первичная стадия ВИЧ-инфекции в системе ЭС отсутствует) т.е. выявление большей части случаев ВИЧ-инфекции происходит не сразу после инфицирования. С учетом этой тенденции также значительно повышается риск перинатального пути передачи инфекции от ВИЧ-инфицированной матери ребенку (см. выявляемость среди детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, таблица 5).

³³ «Медико-социальные особенности "старения" эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге». Дворак С.И., Крыга Л.Н., Виноградова Т.Н., Сафонова П.В., Жолобов В.Е., Плавинский С.Л., Рассохин В.В. (Опубликовано в журнале "ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии", 2013, Т. 5, № 4, с. 82-89)

Важно отметить, что пути передачи ВИЧ-инфекции определяются на основе данных, регистрируемых со слов выявленных ВИЧ-инфицированных людей в ходе эпидемиологического расследования. Широко признан тот факт, что, по целому ряду причин, некоторые люди, особенно женщины, могут неохотно сообщать о прошлом или настоящем употреблении инъекционных наркотиков, и истинное число людей, инфицированных при употреблении инъекционных наркотиков, может быть недооценено. Тем не менее, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что большая доля инфицирования половым гетеросексуальным путем приходится на женщин.

Рисунок 14 Новые случаи ВИЧ-инфекции с гетеросексуальным путем передачи, распределение по полу, с 1996-2003 по 2018г.



Доля гетеросексуального пути передачи нарастает среди мужчин и продолжает оставаться на высоком уровне среди женщин.

Рисунок 15 Доля гетеросексуального пути в общей структуре путей передачи ВИЧ-инфекции в разбивке по полу, с 1996-2003 по 2018г.



Отмечается тенденция снижения инъекционного пути передачи и постепенный рост полового пути передачи среди мужчин.

Рисунок 16 Количество новых случаев ВИЧ инфекции среди мужчин в разбивке по путям передачи (гетеросексуальный и инъекционный пути), с 1996-2003 по 2018г.



Среди женщин по-прежнему остается большой разрыв между инъекционным и половым путями передачи, со значительным преобладанием полового пути передачи.

Рисунок 17 Количество новых случаев ВИЧ инфекции среди женщин в разбивке по путям передачи (гетеросексуальный и инъекционный), с 1996-2003 по 2018г.



В борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции важным моментом является своевременное выявление, консультирование и тестирование лиц, имевших контакт с вновь выявленными случаями ВИЧ-инфекции. Согласно «Инструкции по проведению эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции», которая идет приложением в сборнике клинических протоколов по ВИЧ-инфекции, разработанных для амбулаторного и стационарного уровней оказания медицинской помощи и утвержденных в 2017г. приказом МЗ КР, эпидемиологи при выявлении нового случая ВИЧ-инфекции обязаны проводить работу по установлению контактных лиц для дальнейшего их консультирования и тестирования. Уровень выявления контактных лиц в 2018 году составляет 47% и в разрезе путей передачи варьирует от 22% (неустановленный путь) до 80% (медицинские манипуляции). Если

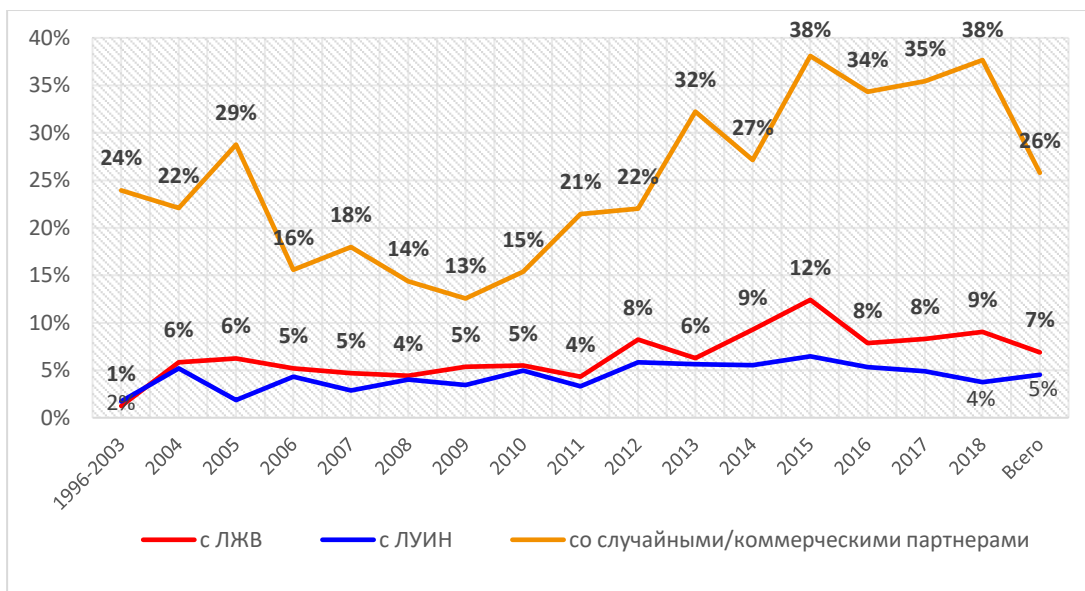
оценивать уровень выявления контактных лиц по годам, то за 15 лет этот показатель вырос всего на 14%.

Таблица 24 Установление контактных лиц в разрезе путей передачи, система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции, РЦ СПИД, КР, 1996 – 2018 гг.

	Вертикальный	Половой	Ињекционный	ВБИ	Неустан.	Всего
1996-2003		29%	34%			33%
2004		46%	28%	100%	0%	32%
2005	50%	54%	44%	67%	50%	48%
2006	0%	38%	33%	50%	0%	34%
2007	45%	47%	27%	94%	11%	39%
2008	62%	62%	31%	42%	0%	42%
2009	60%	63%	24%	90%		39%
2010	85%	71%	30%	100%	0%	47%
2011	62%	66%	27%	92%	0%	46%
2012	42%	71%	30%	83%	44%	57%
2013	60%	58%	28%	80%	50%	48%
2014	50%	66%	42%	73%	27%	58%
2015	65%	64%	35%	71%	5%	55%
2016	75%	54%	32%	93%	7%	46%
2017	81%	68%	41%	100%	13%	58%
2018	69%	56%	24%	80%	22%	42%
Всего	62%	62%	31%	79%	15%	47%

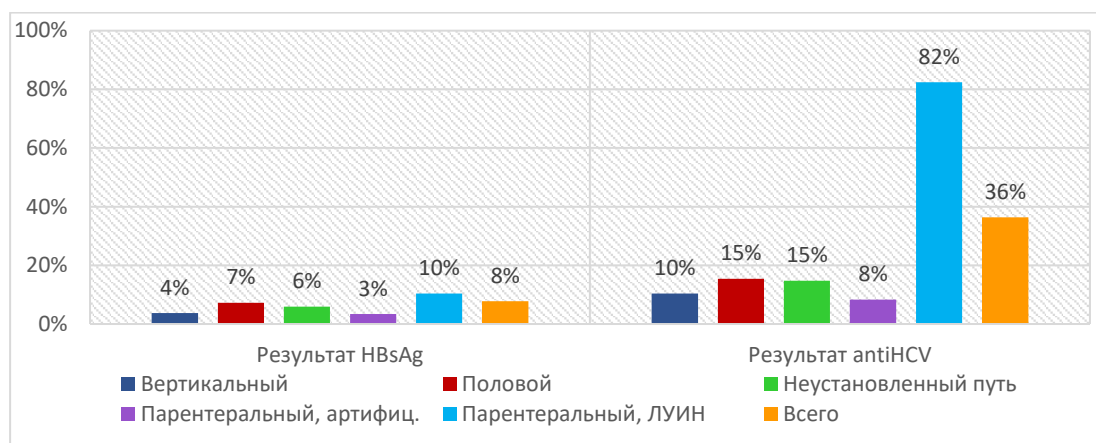
Также в ходе сбора эпидемиологического анамнеза специалистами осуществляется выяснение рискованного полового поведения, а именно половые контакты с ЛЖВ, ЛУИН, случайными и коммерческими половыми партнерами за последние 12 месяцев. За 15 лет доля ЛЖВ, сообщивших о половых контактах со случайными или коммерческими половыми партнерами выросла с 24% до 38% (в 1,6 раза). За последние 12 месяцев 4% новых случаев ВИЧ-инфекции в 2018 году сообщили о половых контактах с ЛУИН и 9% с ЛЖВ.

Рисунок 18 Доля ЛЖВ, имевших половые контакты с ВИЧ+ партнерами, с ЛУИН, а также со случайными и коммерческими половыми партнерами за последние 12 месяцев, система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции, РЦ СПИД, 2003-2018 гг.



Анализ данных системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции показывает уровень их инфицированности гепатитами В и С в разрезе путей передачи. Большой уровень инфицированности гепатитами В и С определен среди ЛЖВ с установленным парентеральным и половым путем передачи ВИЧ-инфекции.

Рисунок 19 Инфицирование гепатитами В и С среди ЛЖВ в разрезе путей передачи, РЦ СПИД, система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции.

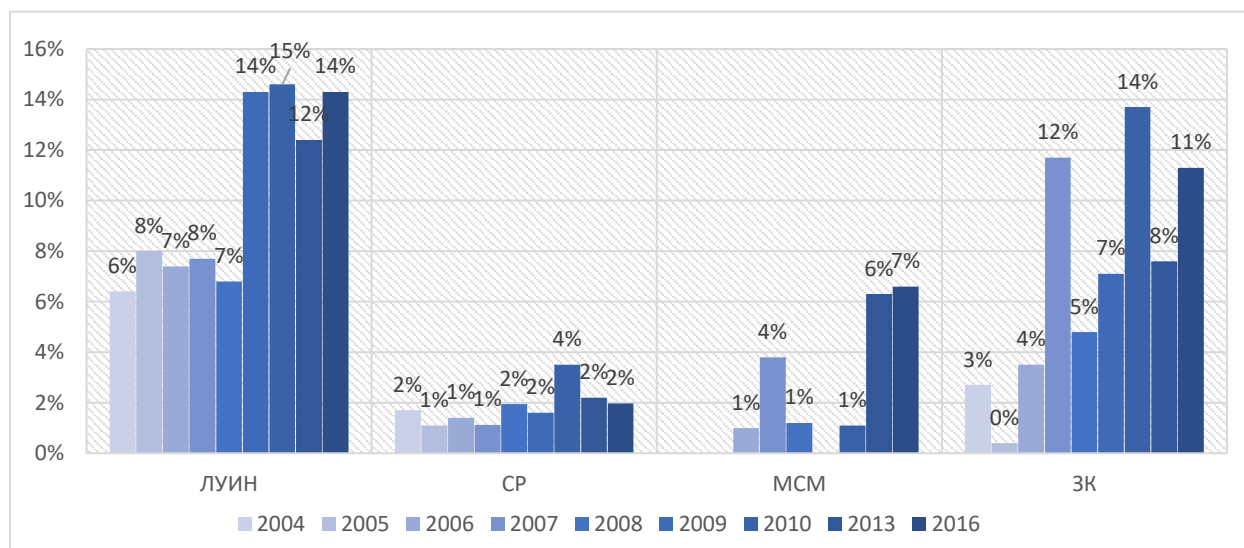


В связи с низким охватом КГН рутинным эпидемиологическим надзором в Кыргызстане проводится дозорный эпидемиологический надзор для изучения ситуации с распространением ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения.

В данном отчете представлены результаты ИБПИ за несколько лет, включая распространенность ВИЧ-инфекции, антител к сифилису, особенности полового поведения (число половых партнеров и использование презервативов), знания путей передачи ВИЧ-инфекции и охват профилактическими программами.

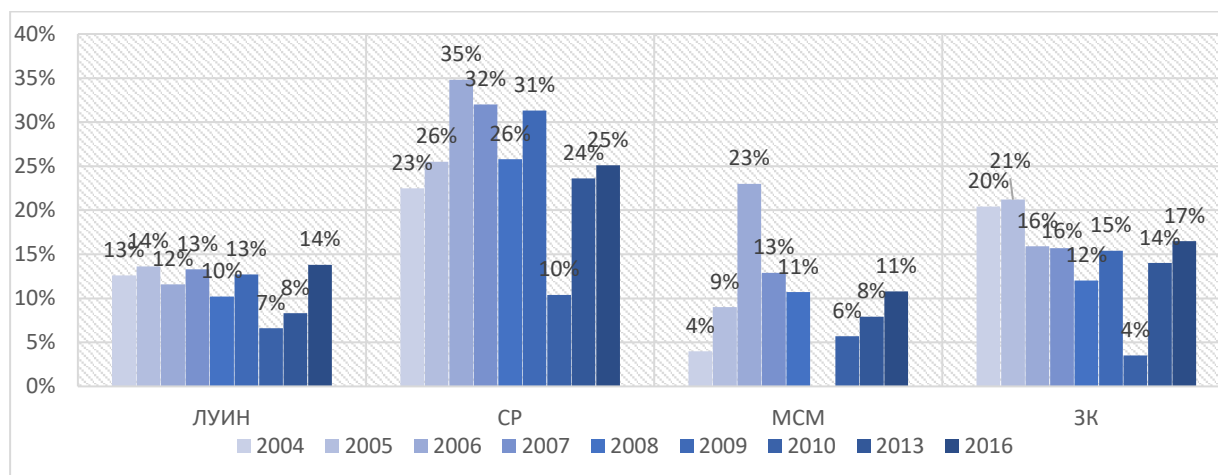
За весь период проведения ИБПИ (2004-2016) отмечается рост распространенности ВИЧ-инфекции практически среди всех ключевых групп населения, исключая группу СР, среди которой распространенность ВИЧ-инфекции остается за этот период на уровне 2%. Наиболее резкий рост распространенности ВИЧ-инфекции произошел в группе МСМ (в 7 раз), где распространение инфекции происходит половым путем.

Рисунок 20 Распространенность ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, ИБПИ, 2004-2016гг.



В отношении распространенности антител к сифилису наибольший рост показателя с 2006 по 2016 гг. также отмечается в группе MSM (почти в 3 раза).

Рисунок 21 Распространенность антител к сифилису, ИБПИ, 2004-2016гг.



4.4. РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРОСА СРЕДИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ГГ. БИШКЕК И ОШ И АНАЛИЗА ДАННЫХ ИБПИ

4.4.1. Демографические данные

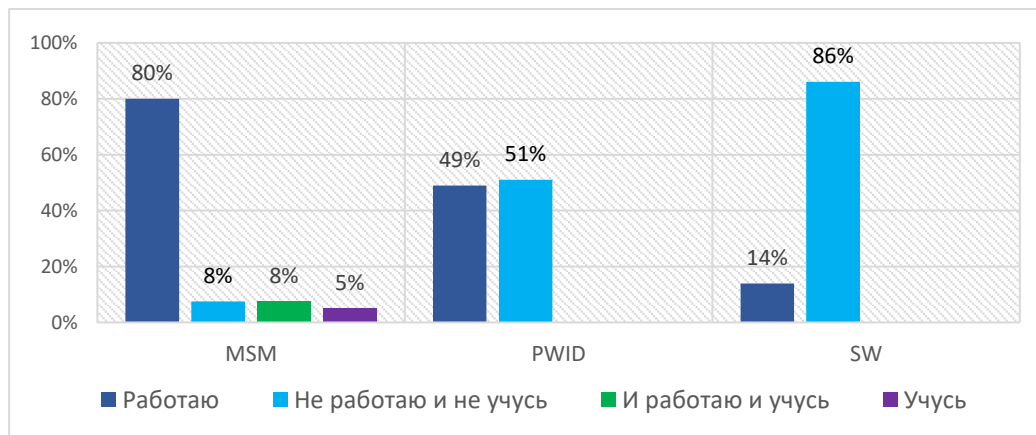
В ходе проведения анализа ситуации по ИППП среди ключевых групп населения был проведен опрос среди 134 представителей ключевых групп населения в гг. Бишкек и Ош, которые являются клиентами неправительственных организаций: ОФ «Подруга», ОФ «Плюс центр», ОФ «Мусаада», ОФ «Таис Плюс», ОФ «Социум», ОФ «Кыргыз-Индиго», ОФ «Ансти-СПИД» и ОФ «Ранс плюс».

Таблица 25 Выборка ключевых групп населения в разрезе НПО и населенных пунктов, 2018 год.

Ключевая группа	Ош	Бишкек	Общий итог
MSM	20	20	40
PWID	25	26	51
SW	23	20	43
Всего	68	66	134

Среди опрошенных КГН больше всего работающих оказалось среди МСМ (80%), и наибольшая доля безработных оказалась среди ЛУИН (51%). У СР работающими считались те, кто работал где-либо еще, кроме занятия секс-работой.

Рисунок 22 Занятость КГН, гг.Бишкек и Ош, оценка ситуации по ИППП, 2018г.



Большинство СР (65%) и ЛУИН (57%) не получали образование кроме школьного образования. Большинство МСМ (80%) получили высшее образование. Больше всего состоящих в браке оказалось в группе ЛУИН (43%), среди МСМ 25% и всего 14% СР были замужем.

4.4.2. Знания ключевых групп населения о путях передачи ИППП и ВИЧ-инфекции

В рамках оценки ситуации по ИППП в целом целевые группы населения были наиболее осведомлены о риске передачи половым путем четырех инфекций: ВИЧ, сифилиса, гонореи, трихомониаза (72%-99%). По остальным перечисленным инфекциям до 81% респондентов дали либо неверный ответ, либо сообщили о том, что никогда не слышали о таком заболевании.

Таблица 26 Доля респондентов, подтвердивших передачу перечисленных заболеваний половым путем, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018г.

	МСМ	ЛУИН	СР	Всего
ВГС	63%	69%	51%	61%
ВГВ	50%	45%	40%	45%
Гонорея	90%	94%	70%	85%
Сифилис	95%	100%	91%	96%
Трихомониаз	75%	76%	63%	72%
ВИЧ	100%	100%	95%	99%
Хламидиоз	63%	65%	51%	60%
Герпес урогенитальный	63%	67%	44%	58%
ЦМВ	18%	12%	28%	19%
Уреоплазмоз	23%	12%	28%	20%
Гарднереллез	30%	20%	35%	28%
Кандидоз	63%	49%	72%	60%
Кондилома остроконечная	53%	39%	56%	49%

По результатам анализа данных ИБПИ 2016 г. отмечается низкий уровень знаний представителей ключевых групп населения, которые могут правильно назвать способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и опровергают наиболее распространенные заблуждения относительно передачи ВИЧ. Среди ключевых групп населения среди МСМ уровень знаний преобладал по сравнению ЛУИН и СР, хотя тоже был не на высоком уровне (51%). Для сравнения с ключевыми группами населения были взяты результаты оценки знаний общего населения по данным Многоиндикаторного кластерного обследования по оценке положения детей и женщин (МИКО), 2014 г.³⁴ Согласно результатам

сравнения самым низким уровнем знаний отличились представители общего населения и хотя процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, когда-либо слышавших о СПИДе достигает 95,1% и процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые могут правильно назвать все три способа передачи ВИЧ от матери к ребенку составила 64,2%, при этом процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, правильно указавших способы профилактики ВИЧ половым путем и в то же время отвергающих основные заблуждения о передаче ВИЧ составила всего 20%, а доля женщин, демонстрирующих толерантное отношение при ответе на все четыре вопроса, выявляющие уровень толерантности в отношении людей, живущих с ВИЧ всего 2,4%.

Таблица 27 Доля респондентов правильно указавших способы профилактики ВИЧ половым путем и в то же время отвергающих основные заблуждения о передаче ВИЧ, ИБПИ 2016г, МИКО³⁵ в 2014г.

Группы	г.Бишкек	г.Ош	По стране
МСМ	36%	73%	51%
СР	19%	29%	22%
ЛУИН	67%	21%	37%
Женщины в возрасте 15–49 лет ³⁵	21%	12%	20%

Наиболее известными средствами предохранения от ИППП среди ключевых групп населения являются презервативы мужские и женские.

Таблица 28 Знание средств предохранения от инфекций, передающихся половым путем, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018 г.

	МСМ	ЛУИН	СР
Презервативы (мужские и женские)	97%	93%	91%
Спринцевание	0%	0%	5%
Химические средства защиты (пасты, кремы, свечи)	2%	3%	4%
Внутриматочная спираль	0%	3%	0%
Противозачаточные гормональные средства	2%	1%	0%
Диафрагмы и колпачки	0%	0%	0%

Степень осведомленности о тех или иных симптомах ИППП варьирует от 14% до 86% и самым известным симптомом оказался «необычные выделения из половых органов». Лишь 19% респондентов знают, что ИППП могут протекать бессимптомно, что может снижать уровень выявляемости таких ИППП среди ключевых групп населения.

Таблица 29 Знание респондентов симптомов ИППП, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018г.

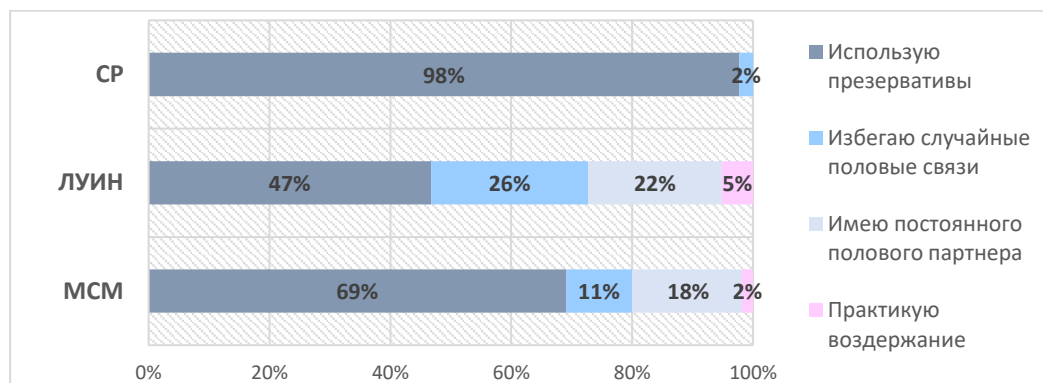
Симптомы ИППП	Н	%
Обильные выделения из половых органов	115	86%
Непр. ощущения в паховой зоне и на пол. органах (сыпь, жжение, покраснение, зуд, отек)	73	54%
Выделения с неприятным запахом	63	47%
Жжение или боль при мочеиспускании	71	53%
Язвы в области половых органов или прямой кишки	52	39%
Симптомов может и не быть	32	24%
Боли в нижней части живота, не связанные с менструацией (для женщин)	25	19%
Др. симптомы (воспал. лимфоузлов, слабость, желтушность, выпадение волос, ↓ иммун-та)	20	15%
Боль и отечность мошонки, не связанная с травмой (только для мужчин)	19	14%

^{35,20} Многоиндикаторное кластерное исследование по оценке положения детей и женщин (МИКО), проведенное в 2014 году Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в сотрудничестве со статистическими управлениями областей и городов Бишкек и Ош, как часть глобальной программы MICS. Обследование осуществлено при финансовой и технической поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также при софинансировании Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА).

4.4.3. Поведение ключевых групп населения в отношении риска передачи ИППП и ВИЧ-инфекции

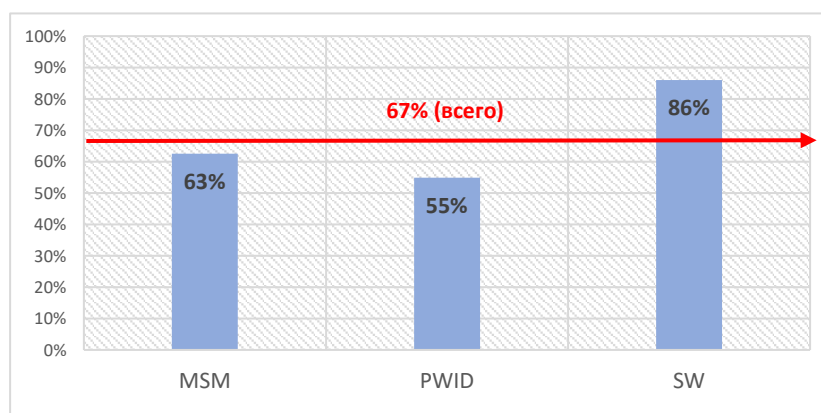
На практике респонденты из числа СР в целях защиты себя от заражения ИППП в основном выбирают презервативы (98%). Представители группы ЛУИН и МСМ наряду с использованием презервативов (47% и 69%), также могут избегать случайных половых связей (26% и 11%) и стараются практиковать половые отношения с одним постоянным партнером (22% и 18%).

Рисунок 23 Практика предохранения от инфекций, передающихся половым путем, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018 г.



Дополнительно к практикуемым путям предохранения от заражения ИППП респонденты перечислили соблюдение гигиены после полового контакта путем спринцевания, использования химических веществ (типа мирамистина), также три респондента сообщили о практике самостоятельного приема антибиотиков и других препаратов в целях профилактики ИППП.

Рисунок 24 Самооценка риска заражения ИППП, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018 г.



90 респондентов (67%) согласились с тем, что имеют риск заражения ИППП, с наибольшей долей таких респондентов среди СР (86%).

В ходе опроса респондентам было предложено перечислить собственные риски заражения ИППП. Больше половины респондентов полагают, что все люди подвержены риску заражения ИППП, и они подвергаются такому же риску, как и все остальные люди (67%). Половина респондентов практикует половые контакты с несколькими половыми партнерами (47%). Четверть респондентов призналась, что не пользуется презервативами (26%), причем по данному опасному половому поведению отмечается значительная разница в разрезе сайтов: если в г. Ош не пользуется презервативами 3% респондентов, то по г. Бишкек доля таких респондентов составила 43% (см. Таблица 14).

Таблица 30 Самооценка собственных причин риска заражения ИППП, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018 г.

	МСМ	ЛУИН	СР	Всего
Наличие риска заражения ИППП, аналогично всем остальным людям	88%	64%	54%	67%
Связь с несколькими половыми партнерами	24%	25%	78%	47%

Предоставление секс-услуг	0%	0%	78%	32%
Не пользуется презервативами	36%	18%	24%	26%
Опасения разрыва презерватива по разным причинам	12%	4%	24%	14%
Наличие полового партнера, употребляющего наркотики или алкоголь	4%	25%	11%	13%
Другие причины	12%	43%	8%	20%

Таблица 31 Доля респондентов, сообщивших в числе собственных факторов риска заражения ИППП - не использование презервативов, оценка ситуации по ИППП, гг. Бишкек и Ош, 2018г.

сайт	Бишкек		Ош	
	из всей выборки	из числа тех, кто признает наличие у себя риска заражения ИППП	из всей выборки	из числа тех, кто признает наличие у себя риска заражения ИППП
МСМ	40%	53%	5%	10%
ЛУИН	19%	33%	0%	0%
СР	40%	42%	4%	6%
Всего	32%	43%	3%	5%

На вопрос об использовании презерватива за последние 12 месяцев 58% респондентов пользовались презервативами иногда, либо никогда их не использовали, при этом в г. Бишкек их доля составила 65%, а в г. Ош – 51%.

Таблица 32 Доля респондентов, которые иногда или никогда не используют презерватив со своими партнерами за последние 12 месяцев, оценка ситуации по ИППП, гг. Бишкек и Ош, 2018г.

	MSM	PWID	SW	Всего
Всегда	48%	25%	51%	40%
Иногда	45%	49%	49%	48%
Никогда	8%	22%	0%	10%
Всего	100%	100%	100%	100%

Опасное половое поведение ключевых групп населения усугубляется практикой половых связей более чем с одним половым партнером. Среднее число половых партнеров варьирует от 3 до 7 человек за 12 месяцев среди ЛУИН и МСМ, у СР в среднем было 130 половых партнеров за последний месяц.

Таблица 33 Число половых партнеров за 12 месяцев среди ключевых групп населения (среди СР за 30 дней), оценка ситуации по ИППП, гг. Бишкек и Ош, 2018г.

	МСМ	ЛУИН	СР (мес)
Среднее	7	3	130
Медиана	3	1	81
Максимум	60	30	520
Минимум	1	0	2
Мода	1	1	100

У одного респондента могло быть несколько причин не использовать презервативы при половых контактах. В основном респонденты не используют презервативы по причине доверия своим половым партнерам (74%), а также в равной степени и сами респонденты, и их партнеры не хотят пользоваться презервативами (29% и 26%), в 19% случаев у респондентов просто не оказалось с собой презервативов, хотя НПО активно распространяет презервативы среди своих клиентов.

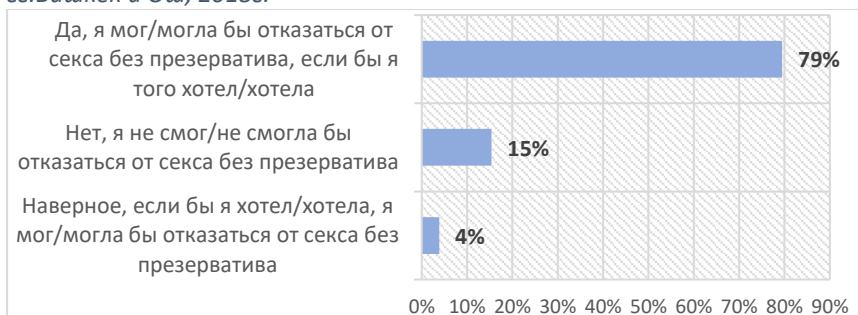
Таблица 34 Причины не использования презервативов, оценка ситуации по ИППП, гг. Бишкек и Ош, 2018г.

	Бишкек	Ош	Всего
Респондент доверяет своему партнеру (-ам)	79%	69%	74%
Партнер отказался от использования презервативов	37%	20%	29%
Респондент не любит пользоваться презервативами	28%	23%	26%
Не было с собой презервативов	21%	17%	19%
Респондент был под воздействием алкоголя/наркотиков	21%	9%	15%

Респонденту доплатили за секс без презерватива	16%	6%	12%
Респондент никогда не использует презервативы	2%	3%	3%
Нет денег на покупку презервативов	2%	0%	1%
Респондента заставили заниматься сексом без презерватива (угрозы, шантаж)	0%	3%	1%

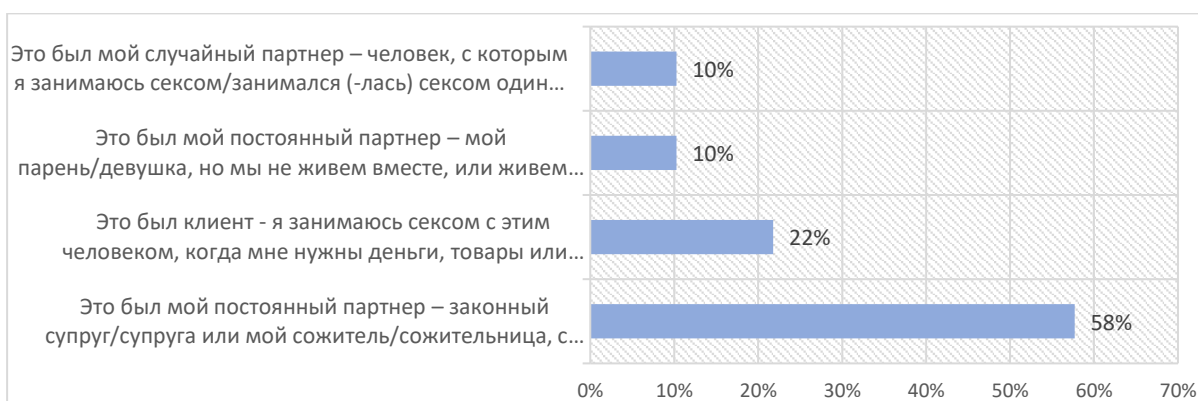
Большинство респондентов считают, что могли бы отказаться от секса без презерватива при желании, но остается 15% респондентов, которые занимались сексом без презерватива не по своей воле.

Рисунок 25 Возможность отказа от секса без презерватива среди респондентов, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018г.



В основном респонденты практиковали секс без презерватива со своими постоянными половыми партнерами, с которыми живут более 12 месяцев (58%), при этом вызывает опасения практика сексуальных контактов без презерватива с коммерческими (22%) и случайными партнерами (10%).

Рисунок 26 Категории половых партнеров, с которыми респонденты занимались сексом без презерватива, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018г.



Важная роль в распространении ИППП принадлежит разнообразным факторам демографического, медицинского, социального, экономического, культурного, поведенческого характера:

- демографические сдвиги (изменения в возрастной и половой структуре населения; увеличение численности молодого взрослого населения главным образом в развивающихся странах; большое число одиноких или живущих отдельно лиц; рост числа разводов; продление периода половой жизни);
- социально-экономические факторы (урбанизация, увеличение свободного времени, международный туризм, секс-туры для отпускников с секс-работниками или мужчинами, практикующими половые контакты с мужчинами);
- изменение сексуальных отношений (большая терпимость к различным типам половых отношений, ранее считавшихся неприемлемыми, эмансипация; ослабление традиционных норм);
- социальные катаклизмы (локальные войны, стихийные бедствия, гражданские беспорядки);
- экономические условия (недоступность из-за дороговизны лекарственных средств в некоторых странах, безработица, материальная необеспеченность);

- развитие оказания секс-услуг (ей способствуют нищета, урбанизация, нарушение соотношения численности полов, традиционные особенности сексуального поведения);
- употребление наркотиков и злоупотребление алкогольными напитками;
- наличие групп повышенного риска (военнослужащие, моряки, иммигранты, беженцы, сезонные рабочие, туристы) и групп высокого риска (секс-работники; мужчины, практикующие половые контакты с мужчинами; люди употребляющие наркотики; бродяги, сторонники свободной любви; персонал гостиниц, воздушных линий, международного транспорта);
- социально-культурные факторы (изменение норм сексуального поведения; терпимость в отношении бисексуального или гомосексуального поведения; частые добрачные и внебрачные половые связи, исключительная свобода нравов);
- резистентность к противомикробным средствам в связи с адаптационными изменениями возбудителей венерических заболеваний, самолечением, а также бесконтрольным приёмом лекарств, в том числе и антибиотиков³⁶.

В рамках опроса ключевых информантов основными факторами передачи ВИЧ-инфекции половым путем в стране были отмечены такие моменты, как: высокий уровень внутренней и внешней миграции, как среди общего населения, также и среди КГН, многие не хотят использовать презерватив по различным причинам (доверие партнёру, снижается чувствительность, пропадает эрекция и т.д.), было отмечено, что презервативы, раздаваемые в рамках проектов не всегда пользуются спросом у КГН, кроме этого наблюдается низкая информированность КГН и общего населения о путях передачи ИППП (бытует мнение, что ВИЧ и ИППП не передается через анальный, оральный секс), низкий уровень ответственности к своему здоровью, ввиду низкой информированности по вопросам профилактики ИППП и ВИЧ-инфекции.

Кроме этого, некоторыми респондентами было отмечено, что сокращается популяция ЛУИН, соответственно падает доля парентерального пути передачи ВИЧ, в отношении СР проведение профилактической работы затруднена в виду ограниченного доступа к ним, кроме этого в отношении них же совершается «беспредел» со стороны сотрудников правоохранительных органов и клиентов, когда СР насильно заставляют заниматься сексом без презерватива и т.д.

Также отмечено, что потребности в презервативах КГН не покрываются профилактическими программами, а покупать презервативы соответствующего качества не всегда доступно представителям КГН и общему населению в том числе. А также отмечено, что среди общего населения зачастую не используют презервативы с постоянными половыми партнерами, соответственно и среди КГН наблюдается тоже самое.

Цитаты: *«Мне кажется, самая основная причина, почему люди не пользуются презервативом, это то, что люди хотят получить сексуальное удовольствие, это выше чем страх за здоровье. Презервативы уменьшают чувствительность, это первое, второе, возникают проблемы с эрекцией когда надевают презерватив. Плюс иногда люди выбирают определенный круг партнеров и договариваются, что между собой будут заниматься сексом без презерватива, а с другими с презервативами. Наверное, еще влияет качество презервативов. Бывает, что презервативы недоступны, когда людям это нужно, т.е. презервативы должны быть в свободном доступе. Если мы хотим большего охвата, то надо что бы презервативы были везде, в ночных клубах, где тусуется молодежь и т.д., а не так, как мы раздаем...»*
г. Бишкек

«В группе секс-работников ВИЧ остается на прежнем уровне, как и был раньше согласно последнему ИБПИ 2%, неиспользование презервативов в группе СР в основном связаны с беспределом со стороны клиентов и милиции, это когда женщин заставляют заниматься сексом без презерватива, есть еще категория «постоянные половые партнеры» с кем СР не используют презервативы», г. Бишкек.

«Когда началась реализация 7-го раунда ГФСТМ, НПО говорили, что, необходимо начинать работу с половыми партнёрами, а не только заниматься профилактикой ВИЧ среди ЛУИН. В заявке не были указаны половые партнёры как приоритетная группа, с ними не проводилась работа по профилактике,

³⁶ <https://studopedya.ru/1-1290.html>

это и стало причиной выявления новых случаев ВИЧ среди половых партнёров ЛУИН», не используют презервативы в виду низкого качества последних, неправильного хранения изделий, грубой резины (толщина латекса), ну и отсутствия информационной работы среди половых партнёров», г. Бишкек.

«Это связано, наверное, в первую очередь с внешней и внутренней миграцией, а также с ЛЖВ-дискордантными парами. А не использование презервативов представителями КГН связано, с тем, что в основном когда мы проводим опросы нам отвечают, что с постоянными клиентами, сожителями или любовниками презервативы они не используют», г. Жалал-Абад.

«Это больше свобода нравов, сексуальная раскрепощенность, низкая информированность общего населения по вопросам ИППП, вопросы сексуального воспитания до сих пор имеет табу, кроме этого миграция, внутренняя и внешняя тоже сыграла свою роль, мигранты родители не занимаются своими детьми и уже не одно поколение молодых людей имеем, которые предоставлены сами себе и не получают должного воспитания. Незащищенные половые контакты, люди даже зная про ИППП не защищаются, нет культуры что ли. В данном случае среди МСМ, если есть постоянный партнер, это элемент доверия, это также как в семьях, которые имеют традиционные ценности, если они встречаются, то таким образом демонстрируют доверие. Это в семьях нет культуры использования презервативов, в нашей стране сложно обсуждать тему интимных отношений, раз семья не говорит и не используют, то дети тоже не будут это делать и это будет продолжаться», г. Бишкек.

«Надо исходить из того, что только в рамках проектов Глобального фонда раздаются презервативы, тогда как раньше другие донорские организации тоже закупали их. Соответственно презервативы на данный момент не всем доступны, Глобальный фонд выдает презервативы 3 штуки в неделю, т.е. 12 штук в месяц, доступ к безопасному сексу соответственно ограничено. Не могут же представители других КГН прийти и говорить, что они СР, потому как СР больше презервативов выдается. Потом надо смотреть стоимость презервативов в аптеках/магазинах, они дорогие, пачка того же «Durex» стоят 200-500 сом пачка, смотря сколько штук их. На всю республику всего 5 видов презервативов, которые дорогие, не будут их покупать студенты и общее население, особенно когда есть нечего. Второе, как можем мотивировать КГН на использование презервативов, если сами общее население не всегда их используют, в частности с мужьями/постоянными половыми партнерами, это все равно что читать лекцию как бросить курить, при этом самому курить...», г. Бишкек

4.4.4. Распространенность ИППП среди ключевых групп населения и половое поведение ЛУИН, СР и МСМ с симптомами ИППП по данным ИБПИ 2016 года и отчетным данным РЦДВ

По данным ИБПИ 2016 г. за последние 12 месяцев до момента опроса симптомы ИППП были наиболее распространены среди СР (40%, 300). По сравнению с СР распространенность симптомов ИППП была намного ниже в группе МСМ (5,8%, 37) и группе ЛУИН (7%, 96). У ЛУИН оказался самый низкий доступ к услугам по лечению ИППП, среди которых 61% не получили лечение ИППП, и хотя доступ к лечению среди МСМ и СР оказался выше чем у ЛУИН, тем не менее для МСМ 25% респондентов и 16% СР лечение оказалось недоступным. По отчетным данным РЦДВ и ОМЦДВ за три года в дружественные клиники/кабинеты, работающие на базе данных учреждений за три года (2012-2015 гг.) обратилось за помощью 13938 клиентов НПО в гг. Бишкек и Ош. Выявляемость ИППП за три года снизилась на 23%.

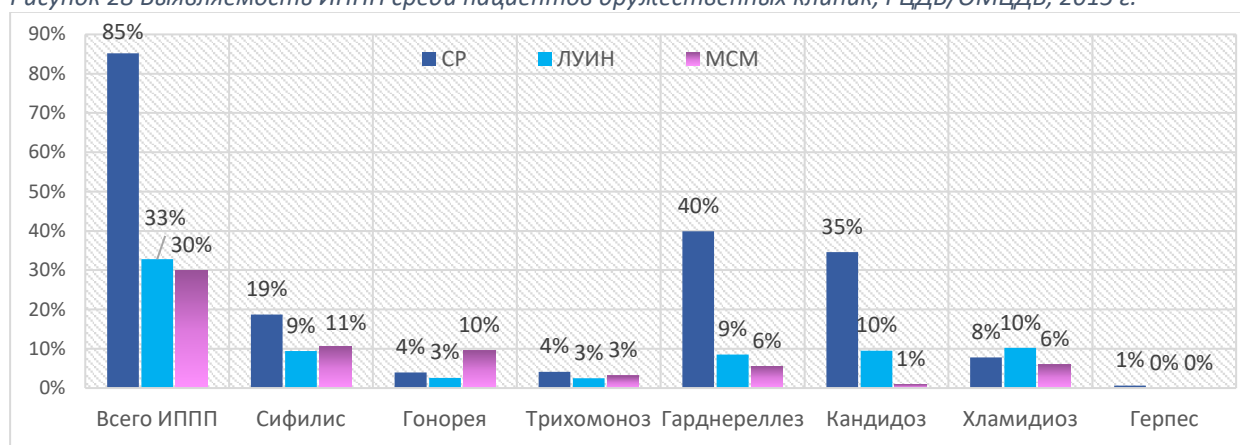
Таблица 35 Выявляемость ИППП среди пациентов дружественных клиник, РЦДВ/ОМЦДВ, 2012-2015 гг.

	2012	2013	2014	2015
Обследовано	1540	2820	4681	4897
Выявлено ИППП	82,8%	77,1%	62,8%	59,8%

Анализ данных РЦДВ и ОМЦДВ за 2015 год показывает высокий уровень выявляемости ИППП среди КГН, с большим отрывом СР, среди которых 85% оказались больны ИППП при обследовании. Но и среди МСМ и ЛУИН у 30% обследованных выявлялись те или иные ИППП. Если учитывать ответы респондентов о том, что они обследовались на ИППП в основном по собственному желанию (75%), а симптомы ИППП при обращении за услугами наблюдались только у 8% СР (Рис. 27), то можно

предположить высокий уровень распространенности бессимптомных ИППП среди ключевых групп населения.

Рисунок 28 Выявляемость ИППП среди пациентов дружественных клиник, РЦДВ/ОМЦДВ, 2015 г.



Анализ базы данных ИБПИ 2016 г. показал, что распространенность симптомов ИППП среди КГН за последние 12 месяцев варьирует от 6% среди МСМ, 7% среди ЛУИН и до 40% среди СР.

Также отмечается высокий уровень опасного полового поведения среди КГН с симптомами ИППП (использовали презервативы иногда или никогда за последние 12 месяцев или не использовали презерватив при последнем половом контакте): 68% МСМ, 58% ЛУИН, 47% СР с мужем/сожителем/парнем, 36% СР с бесплатными партнерами/клиентами (к бесплатным партнерам относятся («клиенты-беспредельщики», сотрудники милиции и остальные партнеры, с которыми был бесплатный секс один или несколько раз). Для расчета среднего числа половых партнеров также были взяты ключевые группы населения, имевшие симптомы ИППП за последние 12 месяцев, число их варьирует от 2 до 780 в год у одного респондента.

Таблица 36 Распространенность симптомов ИППП, доступ к лечению, опасное половое поведение и среднее число половых партнеров за 12 месяцев, ИБПИ, 2016г.

	МСМ	ЛУИН	СР (муж/сожитель/парень)	СР (бесплатные партн/клиенты)
Доля КГН с симптомами ИППП	6%	7%	40%	40%
Доля КГН, не получивших лечение ИППП в учреждении ОЗ	24%	60%	15%	15%
Доля КГН с симптомами ИППП и практикующих опасное половое поведение	68% (95% CL 50,2%-82,0%)	58% (95% CL 45,5%-69,8%)	66% (95% CL 55,9%-75,7%)	36% (95% CL 30,3%-41,2%)
Доля указавших на наличие половых партнеров за последние 12 месяцев	100%	72%	32%	100%
Ср. число половых партнеров за год у КГН с симптомами ИППП	43	20	2	780

Для дальнейших расчетов были использованы данные оценки размера ключевых групп населения, проведенные на основе данных ИБПИ 2016 года и рассчитано оценочное число КГН, имеющих симптомы ИППП за 12 месяцев, которое составило 5500 человек, из которых 1706 человека предположительно не получили лечение. Если взять распространенность опасного полового поведения из таблицы 36 (Использовали презерватив иногда или никогда за последние 12 месяцев или не использовали презерватив при последнем половом контакте), то число респондентов с

симптомами ИППП, которые практиковали опасное половое поведение за последние 12 месяцев может достигать 3314 человек.

С учетом данных по среднему числу половых партнеров за 12 месяцев, оценочное число партнеров (за исключением коммерческих половых партнеров СР) у ключевых групп населения с симптомами ИППП и практикующих опасное половое поведение может достигать за один год 43886 человек (от 33205 до 52815). В отношении коммерческих половых партнеров СР следует учитывать, что среди клиентов могут быть постоянные клиенты, которые регулярно пользуются услугами СР, и в отношении этой группы точнее будет говорить не о числе партнеров, а о числе опасных контактов СР с ИППП со своими платными и бесплатными клиентами, число которых может за 12 месяцев достигать 797472 контактов (от 664560 до 912662).

Все расчеты были сделаны на оценочное число ключевых групп населения, с выраженными симптомами ИППП, но за пределами анализа остались КГН со скрытыми ИППП, так, доля инфицированных различными ИППП из числа тестированных КГН по данным РЦДВ может достигать 59,8%, а среди СР может доходить до 85%.

Таблица 37 Оценочное число партнеров ключевых групп населения, не получивших лечение ИППП и практиковавших опасное половое поведение за последние 12 месяцев, ИБПИ, 2016 г. РЦ СПИД

Ключевая группа	МСМ	ЛУИН	СР (муж/сожитель/парень)	СР (бесплатные партнеры/клиенты)
Оценочное число КГН (2016 год)	16000	25000	7100	
Имели симптомы ИППП из оценочного числа	960	1750	2840	
Не получили лечение из оценочного числа	230	1050	426	
Оценочное число КГН с симптомами ИППП, практиковавших опасное половое поведение и указавших на наличие половых партнеров за последние 12 месяцев	653 (482-787)	731 (796-1222)	600 (1588-2150)	1022 (852-1170)
Оценочное число партнеров КГН с симптомами ИППП и практиковавших опасное половое поведение за последние 12 месяцев	28070 (20723-33850)	14616 (11466-17590)	43886 (от 33205 до 52815)	оценочное число опасных контактов: 797472 (664560-912662)

4.4.5. Половое поведение ЛУИН, СР и МСМ с ВИЧ-положительным статусом.

В рамках ИБПИ 2016 года также изучалось опасное половое поведение среди ВИЧ-положительных КГН, а именно использование презерватива иногда или никогда за последние 12 месяцев/не использование презерватива при последнем половом контакте.

Так, было выявлено, что среди ВИЧ-положительных ЛУИН, из которых 34% ранее знали о своем ВИЧ-положительном статусе, наблюдается опасное половое поведение среди 22% ЛУИН. Среди МСМ, из которых 26% ранее знали о своем ВИЧ-положительном статусе, наблюдается опасное половое поведение 40% МСМ. Среди СР, из которых 7% ранее знали о своем ВИЧ-положительном статусе, наблюдается опасное половое поведение 53% СР. Полученные данные говорят о высоком уровне распространенности опасного полового поведения среди ВИЧ-положительных представителей ключевых групп населения.

Таблица 38 Распространенность ВИЧ-инфекции, осведомленность о своем ВИЧ-статусе, опасное половое поведение и среднее число половых партнеров за 12 месяцев, ИБПИ, 2016г.

	МСМ	ЛУИН	СР
Оценочное число КГН	16000	25000	7100
Распространенность ВИЧ-инфекции по данным ИБПИ 2016г.	6,60%	14,30%	2,00%
Доля тех, кто знал о своем ВИЧ+ статусе	26%	34%	7%
Ср. число половых партнеров за год среди КГН с ВИЧ+статусом	11	8	918
Доля ВИЧ+ практиковавших опасное половое поведение	40% (95% CL 25,6%-56,7%)	22% (95% CL 16,2%-28,5%)	53% (95% CL 26,6%-78,7%)
Доля указавшие на наличие половых партнеров за последние 12 месяцев	100%	72%	100%

С учетом данных по среднему числу половых партнеров за 12 месяцев, оценочное число партнеров у МСМ и ЛУИН с ВИЧ-позитивным статусом и практикующих опасное половое поведение может достигать за один год 9217 человек (6310-12455). Т.е. потенциально 9217 человек могли быть подвергнуты риску заражения ВИЧ-инфекцией за 12 месяцев. В отношении СР с учетом того, что клиенты могут повторно пользоваться услугами СР, лучше говорить не о количестве партнеров, а о числе опасных половых контактов с ВИЧ-позитивными СР, которое за 12 месяцев может достигать в среднем 69523 контакта (34675-102590).

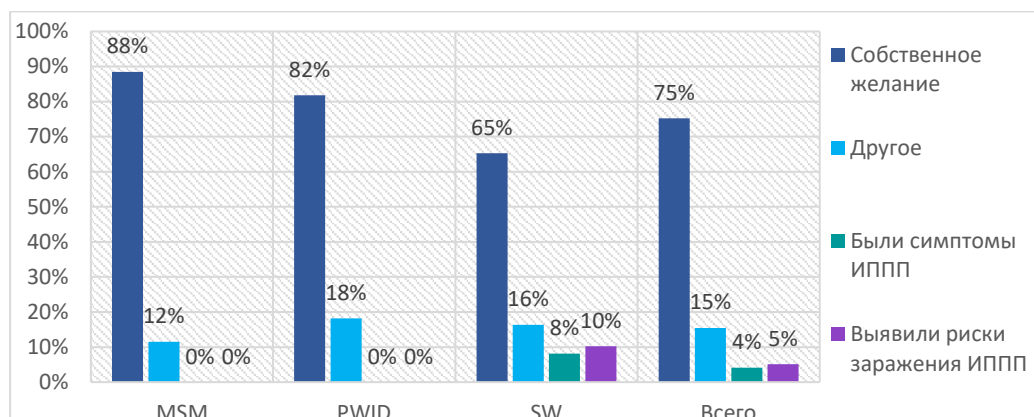
Таблица 39 Оценочное число партнеров ключевых групп населения с ВИЧ-позитивным статусом и практиковавших опасное половое поведение за последние 12 месяцев, ИБПИ, 2016 г. РЦ СПИД

	МСМ	ЛУИН	СР
Оценочное число ВИЧ+ КГН	1056	3575	142
Оценочное число практиковавших опасное половое поведение из числа ВИЧ+ КГН	427	784	76
Практиковали опасное половое поведение из оценочного числа КГН с ВИЧ+ статусом и указавших на наличие половых партнеров за последние 12 месяцев	427 (270-599)	564 (417-734)	76 (38-112)
Оценочное число партнеров КГН с ВИЧ+ статусом и практиковавших опасное половое поведение за последние 12 месяцев	4 702 (2974-6586)	4 515 (3336-5869)	Оценочное число опасных контактов: 69523 (34675-102590)

4.4.6. Доступ к услугам по профилактике, диагностике и лечению ИППП

За последние 12 месяцев лишь 40% (53) респондентов сообщили о том, что нуждались в услугах по профилактике, диагностике и лечению ИППП, но получали услуги большее число респондентов - 62% (83), в связи с тем, что некоторые респонденты регулярно обращаются для обследования на ИППП (29%), а часть была направлена сотрудниками НПО (73%) и в основном для тестирования на ВИЧ и совсем небольшая часть респондентов (4%) была направлена для обследования семейными врачами ЦСМ. На просьбу перечислить причины, по которым респонденты были направлены для получения услуг по профилактике, диагностике и лечению ИППП в большинстве случаев было названо собственное желание (75%). Симптомы ИППП были причиной обращения за услугой у 8% СР и риски заражения также были выявлены только у СР (5%).

Рисунок 29 По каким причинам респондентов направляли для получения услуг по ИППП в последний раз, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018г.



При последнем посещении лишь у 23% респондентов не были определены риски заражения ИППП, остальные перечислили наличие риска аналогично всем остальным людям (51%), связь с несколькими половыми партнерами (43%), оказание секс-услуг (37%), практика половых контактов без использования презервативов (25%), употребление наркотиков либо самим респондентом либо его партнером (18%).

Таблица 40 Оценка рисков заражения ИППП при последнем обращении за услугами по профилактике, диагностике и лечению ИППП, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018г.

Риски	%
Пользовался секс-услугами	1%
Другое	2%
Наличие полового партнера, употребляющего наркотики или алкоголь	7%
Респондент сам ЛУИН	11%
Риски не обнаружены	23%
Не пользуется презервативами	25%
Предоставление секс-услуг	37%
Связь с несколькими половыми партнерами	43%
Наличие риска заражения ИППП, аналогично всем остальным людям	51%

Среди обратившихся за услугами по профилактике, диагностике и лечению ИППП у 30% наблюдался тот или иной симптом ИППП на момент последнего обращения, остальных 25 респондентов в основном беспокоили необычные выделения (44%) и боли в нижней части живота, не связанные с менструацией (для женщин) (20%).

Самым популярным местом обращения респондентов за услугами по диагностике и лечению оказался дружественный кабинет при кожвендиспансере, либо приходящий дружественный врач (68%). Представители ЦР в г. Ош также сообщали о визитах дружественного врача в местах оказания секс-услуг для забора мазков. 35% респондентов тестировались на ВИЧ в последний раз непосредственно в НПО и 18% обратились за услугами в частные клиники. Практически единицы из ключевых групп населения обращаются за услугами в ЦСМ (5%-9%).

Таблица 41 Места обращения респондентов за услугами по диагностике и лечению в последний раз и обычно, диагностике и лечению ИППП, оценка ситуации по ИППП, гг. Бишкек и Ош, 2018г.

Место обращения за услугами по профилактике, диагностике и лечению ИППП	в последний раз	обычно
В дружественный кабинет в кожвендиспансере/дружественный врач	46%	68%
В НПО (тест на ВИЧ)	35%	14%
К частному врачу/в частную клинику	18%	16%
В РЦ СПИД	2%	3%

В ЦСМ	5%	9%
Другое (наркология, обл ТБ, другая область/страна)	5%	5%
Самолечение	0%	2%

Большинство респондентов получали услуги по диагностике ИППП (71%), консультирование по вопросам ИППП, диагностике ВИЧ (34%), информированию по вопросам ИППП (20%). В 2014 году в рамках реализации Национальных программ по реформированию системы здравоохранения был разработан клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП». Целью внедрения данного протокола являлась унификация рекомендаций по синдромному подходу по диагностике и лечению ИППП на уровне первичного звена здравоохранения в условиях ограниченных ресурсов. Дружественные врачи также используют данный протокол в своей работе с ключевыми группами населения.

Все респонденты, получавшие услуги по профилактике, диагностике и лечению ИППП, сообщили о том, что остались довольными предоставленными услугами по таким критериям как: толерантное отношение, внимательность специалистов, соблюдение конфиденциальности, бесплатное предоставление услуг, забор анализов на месте, оказание услуг без требования документов, быстрое обслуживание, качественное консультирование, профессионализм специалистов.

Таблица 42 Спектр услуг при обращении за услугами по профилактике, диагностике и лечению ИППП, оценка ситуации по ИППП, г. Бишкек и Ош, 2018г.

Услуги	%
Лабораторная диагностика ИППП	71%
Консультирование по вопросам ИППП	58%
Диагностика ВИЧ	34%
Предоставление устной информации по вопросам ИППП	16%
УЗИ	12%
Лечение ИППП	12%
Предоставление презервативов	10%
Предоставление ИОМ по вопросам ИППП	4%

Большинство респондентов отметили тот факт, что услуги на данный момент доступны, в частности диагностика ИППП благодаря тому финансированию, которое еще осталось в рамках проектов ГФ и финансирования со стороны AFEW. Доступ к услугам продолжают обеспечивать сотрудники НПО, которые либо перенаправляют, либо лично сопровождают своих клиентов к специалистам. Услуги предоставляются на данный момент врачами, которые работали в дружественном сервисе при ОМЦДВ и РЦДВ, а также некоторые организации сотрудничают с частными клиниками (Маматалиева (г. Ош), «Научдиамед» (г. Бишкек)), где представителям КГН делают скидку на диагностику и назначение лечения. Несмотря на прекращение финансирования дружественного кабинета средствами ГФ, руководители ОМЦДВ и РЦДВ продолжают взаимодействовать с НПО и поддерживать их работу, через проект ГФ предусмотрена доплата врачу дерматовенерологу (25% от ставки), медицинская сестра уже не поддерживается, меморандумы о взаимопонимании имеются со всеми поставщиками услуг. В г. Ош предоставляются услуги МСМ, СР и ЛУИН, в г. Бишкек для ЛУИН услуг по ИППП уже нет на данный момент.

Цитаты: «Да, НПО, которые непосредственно работают с КГН, своих клиентов они сопровождают к тем врачам, которые работают с неправительственными организациями. Это чаще всего оказываются врачи частных клиник, с кем остались контакты», г. Бишкек.

«На данный момент практически я знаю пару сайтов, которые финансируются Нидерландами, Евросоюзом (ОФ «Таис плюс», «Кыргыз Индиго» и «Лабрис»), там есть диагностика и лечение, даже передвижная машина есть, но это вклад незначительный, в гранте ГФ есть презервативы, остальных услуг практически нет. Формально говорится, что проводится информирование, но работа в этом направлении идет минимальная», г. Бишкек.

«Для ЛУИН доступ без препятствий сейчас, как были услуги, так и есть. Это, наверное, из-за того, что аутрич сопровождает чаще всего клиента и находится до конца пока клиента, не примут», г. Ош.

«Данные услуги доступны только благодаря донорам, государство не дает на это денег...», г. Бишкек.

«В данное время есть частичная поддержка от ГФ, мы же доплачиваем 3000 сомов врачу и пока люди могут получать эти услуги. Однако в следующем году как будет, я не знаю. Но естественно, есть некоторые врачи, которые помогают нам бесплатно, но это надолго не протянется. А без оплаты мы просто не можем их просить, чтоб после работы они принимали наших клиентов. А в рабочее время, они принимают в основном своих платных клиентов», г. Жалал-Абад.

«Дерматовенеролог консультирует, диагностика основана на синдромном подходе, лечение платное, это тоже влияет на лечение ИППП, не у всех есть возможность обращаться в клинику, эти услуги платные в любом случае. В рамках исключения, малоимущие клиенты могут получить услугу диагностики и лечения ИППП бесплатно, но для того, чтобы получить эту услугу клиент должен доказать свою несостоятельность, должны быть свидетели, или справки, подтверждающие, что он студент, проживает на съемной квартире и т.д. Говорить об устойчивости услуг по ИППП не приходится...», г. Ош.

«Можем предоставить услуги женщинам ЛУН, но это в рамках проекта, финансируемого AFEW, но опять же нет отдельной статьи на услуги по ИППП, очень неудобно работать перечислением, и нет большого потока клиентов, поэтому нет заинтересованности частных лабораторий в наших клиентах, с Юрфой заключили в свое время заключили договор, но такой подход не сработала, поэтому сейчас только наличкой оплачиваем, при необходимости, но отдельной статьи нет на ИППП нет, там общая статья, когда можем какие-то медицинские услуги предоставить платные, в общем уже 3 года нет услуг по ИППП для ЛУИН в городе», г. Бишкек.

Цитаты: *«Бесплатные услуги недоступны для КГН. В нашем случае, если клиент хочет пройти обследование на ИППП, то у нас есть договоренность с поликлиникой №16, можем выдать направление с печатью и клиент может определенные услуги получить бесплатно», г. Бишкек.*

«Услуги по ИППП на данный момент доступны, желающие же могут проходить обследование и лечение как общее население по месту прописки. Мы просто облегчаем им процесс, клиент идет в дружественный кабинет, без очереди, есть отдельный журнал регистрации клиентов организации и проходит все обследования, лечение. Прекращение финансирования ГФ намного затруднит работу НПО по достижению индикаторов. СР не будут проходить обследование и лечение, здоровье у них на последнем месте, приоритет заработать деньги. Дальше, будут ли ходить как общее население и платить за консультацию врача, я не знаю», г. Ош.

«Ни у одной ЦСМ нет лаборатории, где можно сдать анализы на все ИППП. Не могу сказать, что государственные услуги более устойчивы, РЦДВ работал как дружественная клиника, но закончилось финансирование, все услуг тоже нет», г. Бишкек.

Несколько респондентов указали на то, что доступа к услугам практически нет или остается очень ограниченным, в частности для ЛУИН, некоторые организации сами выходят из ситуации договариваясь с врачами о предоставлении услуг для клиентов, либо «мамочки» оплачивают услуги по диагностике и лечению ИППП. Одним из респондентов было отмечено, что в силу специфики работы с КГН некоторые врачи перестают быть дружественными по завершению работы в рамках проекта.

Если рассмотреть вариант, что услуги по ИППП будут предоставляться на уровне ЦСМ для КГН, то необходимо отметить тот факт, что на первичном уровне вообще нет системы оказания услуг по ИППП, и при организации оказания таких услуг следует учесть сильную загруженность семейных врачей оказанием услуг общему населению, детям, ведению пациентов с туберкулезом на амбулаторном этапе лечения и т.д. и т.п.

Цитаты: «Конечно, доступа сейчас практически нет. Есть единичные случаи, когда сама организация договорилась с каким-то доктором, которому раньше оплачивали, что будут направлять клиентов и это уже будет платным, либо если говорить об организации, работающих с секс работниками, то там «мамочки» могут сами договориться с клиникой и попросить их сотрудничать и возить туда девочек, но опять же оплата из средств самих СР, из их заработка», г. Бишкек.

«Сколько лет работаю, точно могу сказать, врач дружелюбный, пока мы ему платим, потом мы его теряем. У нас такая проблема по ПРООН, очень часто отказываются принимать наших ребят, я не думаю, что это связано с тем, что эти услуги недоступны...», г. Ош

«Доступ есть, но иногда затруднен...», г. Ош.

«Их нет для ЛУИН. Есть немного для СР и МСМ, и то в ограниченном количестве. Для ЛЖВ, услуги по ИППП бесплатны за счёт бюджета и проекта ГФСТМ», г. Бишкек.

«Услуги по диагностике и лечению ИППП уже не доступны для ЛУН и ЛУИН, потому как при сокращении финансирования Глобального фонда было принято решение организациями, работающими с этой КГН отказаться от этих услуг в пользу других, более востребованных», г. Бишкек.

«Как можно на одного врача ЦСМ возложить все вопросы, это и туберкулез, это и другие заболевания, еще и ИППП, только научив врача синдромальному подходу мы не решим проблему, это может делать и НПО, никто не скажет придя в ЦСМ что он МСМ, ЛУН или СР, когда огромная очередь, в кабинете по 3-4 человека сидят сотрудников, о конфиденциальности говорить не приходится, я не вижу смысла идти к нервным врачам, сам нервничаешь, что бы получить направление к врачу и еще потом оплачивать услуги по ИППП самостоятельно, лучше сразу пойти в частную клинику, где тоже платишь», г. Бишкек.

Таблица 43 Стоимость услуг по профилактике, диагностике и лечению ИППП для ключевых групп населения, диагностике и лечению ИППП, оценка ситуации по ИППП, гг. Бишкек и Ош, 2018г.

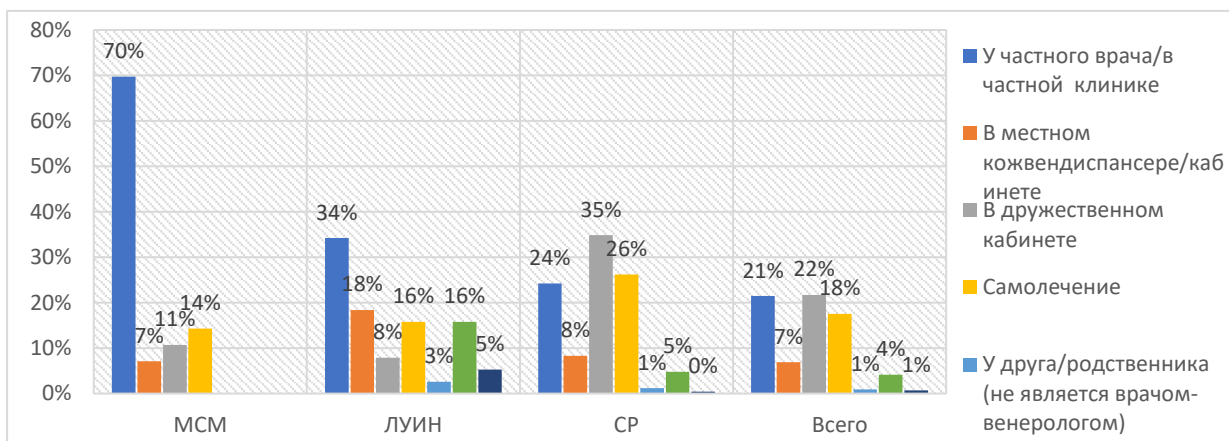
Услуги	Стоимость, сом
Консультирование по вопросам ИППП	от 0 сом (95%) до 800 сом
Лабораторная диагностика ИППП	от 0 сом (68%) до 1200 сом
УЗИ	от 0 сом (77%) до 600 сом
Лечение ИППП	от 0 сом (75%) до 1500 сом
Предоставление презервативов	бесплатно
Предоставление ИОМ по ИППП	бесплатно
Информирование по ИППП	бесплатно

Всего 14 респондентов (10% из всех опрошенных) когда-либо обращались за услугами по диагностике и лечению в ЦСМ. Получается, что подавляющее большинство (90%) даже и не пыталось обратиться за услугами по диагностике и лечению ИППП в ЦСМ, т.к. привыкли обращаться к сотрудникам НПО и дружелюбным врачам там, где они есть, что частично может зависеть от наличия стигмы и дискриминации со стороны государственных медицинских учреждений. В районах же, где не работают НПО и нет дружелюбных врачей, ключевые группы населения могут быть значительно ограничены в доступе к изучаемым услугам, что усугубляет ситуацию по распространению ИППП как внутри ключевых групп, так и в сторону общего населения.

В рамках ИБПИ также определялись места получения лечения ИППП среди ключевых групп населения. По данным последнего раунда ИБПИ 2016 года у разных групп оказались разные предпочтения по поводу получения лечения, например, большинство МСМ (70%) предпочитают получать лечение в частных клиниках, ЛУИН в большей части также обращаются к частным врачам (34%), и среди СР 24% обращаются к частным врачам. При этом в области лечения ИППП также отмечается опасная тенденция к применению самолечения на уровне всех трех групп – 18% (МСМ – 14%, ЛУИН – 16%, СР – 26%), что может указывать на низкий доступ КГН к лечению ИППП. В местном кожнодиспансере и в кабинете дружелюбного врача получали лечение ИППП 29% респондентов, причем для СР

кабинет дружественного врача оказался наиболее популярным местом получения лечения ИППП (35%).

Таблица 44 Учреждения, где КГН получают услуги по лечению ИППП, ИБПИ 2016г.



В рамках оценки был проведен опрос с целью узнать мнение КГН об изменении ситуации с доступом к лечению ИППП. 37% респондентов сообщили о том, что диагностику для них по-прежнему предоставляют бесплатно, но выражают сожаление о том, что лечение стало платным. 36% респондентов не смогли ответить на вопрос о тенденциях с уровнем доступа к услугам по ИППП, т.к. им еще не приходилось обращаться за этими услугами. Пятая часть отвечавших указали на улучшение доступа к услугам (21%) и почти такое число респондентов сообщили об отсутствии изменений в доступе (19%). Улучшение доступа к услугам в основном по мнению респондентов обусловлено снижением уровня стигмы и дискриминации со стороны специалистов. Ухудшение доступа к услугам, по мнению респондентов, выразалось в том, что врач-проктолог перестал оказывать услуги, а также прекращением предоставления лечения на бесплатной основе. В г. Ош клиенты НПО «Подруга» по-прежнему получают услуги по ИППП в дружественном кабинете на базе ОМЦДВ, клиенты НПО «Мусаада» приходят к дружественному врачу. Клиенты НПО «Плюс-Центр» при необходимости перенаправляют клиентов в ОМЦДВ в дружественный кабинет, но на данный момент организация на самофинансировании и не получает донорское финансирование.

В г. Бишкек услуги дружественного врача оказываются группе МСМ, являющихся клиентами организации «Анти-стигма» на базе РЦДВ, НПО «Таис Плюс» и «Кыргыз Индиго» пока имеется небольшое финансирование для оплаты услуг дружественного врача из частного медицинского центра «Науцдиамед».

Таблица 45 Мнение респондентов о ситуации с доступом к услугам по профилактике, диагностике и лечению ИППП, оценка ситуации по ИППП, гг. Бишкек и Ош, 2018г.

	n	%
бесплатная диагностика есть, но лечение стало платным	49	37%
не знает, не информирован	48	36%
улучшился доступ/хороший доступ	28	21%
изменений в доступе к услугам нет	25	19%
нет доступа к услугам по ИППП, ухудшился доступ	6	5%
доступ нормальный	4	3%

В ходе опроса респондентов просили назвать меры, которые помогли бы улучшить доступ к услугам. Треть респондентов затруднились ответить на данный вопрос, 18% предложили продолжать профилактическую работу НПО, обратиться в МЗ КР для освещения проблемных вопросов и получения поддержки со стороны лиц принимающих решения в сфере здравоохранения. Также были респонденты, которые рекомендовали усилить информационный компонент, так как раздача

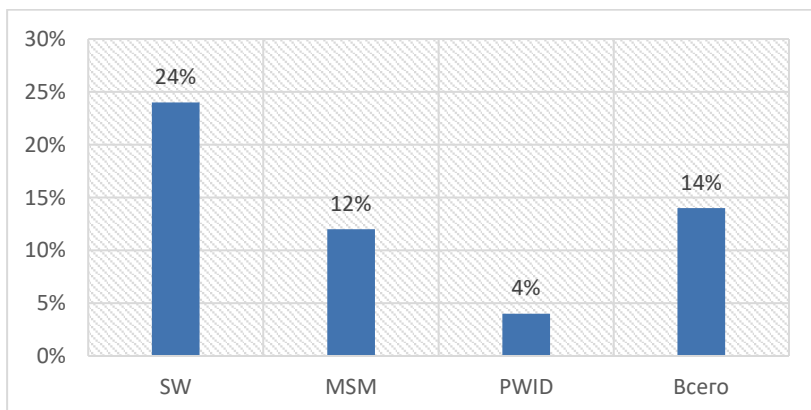
презервативов без должного информирования может оказаться неэффективной мерой профилактики. Часть респондентов считает, что государство должно взять на себя финансовую ответственность за оказание услуг по ИППП, а часть респондентов сомневается, что государство возьмет на себя бесплатное оказание данных услуг.

Таблица 46 Меры, рекомендуемые КГН для улучшения ситуации с доступом к услугам по профилактике, диагностике и лечению ИППП, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018г.

	n	%
Не знаю	35	27%
Продолжать профилактическую работу НПО, обратиться в МЗ КР	23	18%
Усилить информационный компонент	20	15%
Обучение врачей специфике работы с КГН, оказание дружественного сервиса	18	14%
Ответственность государства обеспечить доступ к услугам по ИППП, обеспечить бесплатные услуги	12	9%
Доступ к услугам есть, ничего не нужно менять	11	8%
Государство не будет поддерживать услуги по ИППП, необходимо самим оплачивать, также обращаться по месту жительства	6	5%
Другое	5	4%

При планировании профилактических мероприятий необходимо учитывать стоимость и востребованность тех или иных презервативов у КГН. При анализе вопроса о рисках заражения ИППП 14% респондентов указали на свои опасения о разрыве презерватива по разным причинам, причем данный показатель самый высокий в группе СР (24%) и самый низкий у ЛУИН (4%), в группе MSM, сомневающимся в прочности презервативов оказалось 12%. Причинами разрыва презервативов могут быть неправильное их использование (в состоянии алкогольного опьянения; использование для анального секса непрочных, тонких презервативов; не соблюдение правил использования презерватива), не соблюдение сроков и условий хранения.

Рисунок 30 Опасения разрыва презерватива среди респондентов, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018г.



5. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ С ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ИППП

5.1. ОХВАТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРОГРАММАМИ

Консультирование и меры, направленные на изменение поведения, относятся к первичной профилактике ИППП (включая ВИЧ), а также включают предотвращение нежелательной беременности. Они включают:

- всестороннее просвещение по вопросам сексуальности, консультирование в отношении ИППП и ВИЧ до и после тестирования;
- консультирование в отношении более безопасного секса/снижения риска, пропаганда использования презервативов;

- меры, ориентированные на основные и уязвимые группы населения, такие как подростки, секс-работники, мужчины, практикующие секс с мужчинами, и люди, употребляющие инъекционные наркотики;
- просвещение и консультирование с учетом потребностей подростков.

Кроме того, консультирование может улучшать способность людей распознавать симптомы ИППП и повышать вероятность того, что они обратятся за медицинской помощью или будут рекомендовать это своим сексуальным партнерам. К сожалению, общественная неосведомленность, неподготовленность работников здравоохранения и стойкая и широко распространенная стигматизация вокруг ИППП остаются препятствиями для более широкого и эффективного применения этих мер.

Несмотря на значительные усилия, прилагаемые для определения простых мер, способных уменьшить масштабы рискованного сексуального поведения, изменение поведения остается сложной задачей. Научные исследования выявили необходимость ориентации на тщательно установленные группы населения, интенсивное консультирование с установленными целевыми группами населения и их привлечение к разработке, осуществлению и оценке.

5.2. ОХВАТ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ МИНИМАЛЬНЫМ ПАКЕТОМ УСЛУГ (ПРЕЗЕРВАТИВЫ И ИОМ) В РАМКАХ ИБПИ, 2016г, ВКЛЮЧАЯ ОЦЕНКУ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ЗНАНИЯ И ПОВЕДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С РИСКОМ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В рамках ИБПИ осуществляется оценка охвата КГН профилактическими программами, а также оценка воздействия профилактических мероприятий на знания и поведение, связанное с риском передачи ВИЧ-инфекции. Одним из индикаторов охвата является охват минимальным пакетом услуг, в который входит получение ИОМ и презервативов в СПИД-сервисных организациях за последние 12 месяцев. Охват минимальным пакетом услуг среди КГН по стране можно считать очень низким (35% - 43%), с наиболее высокими показателями в южных сайтах.

Таблица 47 Охват минимальным пакетом услуг (ИОМ и презервативы), ИБПИ, КР, 2016г.

Дозорные сайты	МСМ	ЛУИН	СР
Бишкек (N=375,472,360)	30,7%	20,3%	11%
Ош (N=265,272,200)	47,9%	50,4%	66%
г.Жалал-Абад (101)	n\а	56,4%	94%
г.Карасу (101)	n\а	79,2%	n\а
г.Токмок (190)	n\а	39,5%	58%
с. Сокулук (175)	n\а	8,6%	n\а
КР (N=640, 1311, 760)	37,8%	35,1%	43%

В ходе анализа была проведена оценка влияния охвата минимальным пакетом услуг 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 и наличие в крови антител к сифилису. Не было выявлено влияние охвата профилактическими услугами на распространенность ВИЧ и ВГС.

Таблица 48 Воздействие охвата минимальным пакетом услуг на знания, поведение и распространенность ВИЧ, ВГС и антител к сифилису среди МСМ, ИБПИ, КР, 2016г.

	Охват минимальным пакетом услуг		
	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

Охват СР минимальным пакетом услуг также 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.

Таблица 49 Воздействие охвата минимальным пакетом услуг на знания, поведение и распространенность ВИЧ, ВГС и антител к сифилису среди СР, ИБПИ, КР, 2016г.

	Охват минимальным пакетом услуг		
	OR	CI	P-value
Использование презервативов при последнем вагинальном половом контакте с коммерч. партнером	1,26	0,49-3,25	>0.05
Использование презервативов при последнем анальном контакте с коммерческим партнером	3,35	0,89-1,26	0.05
Знают способ профилактики ВИЧ половым путем и в то же время отвергают осн. неверн. представления о передаче ВИЧ	2,09	1,5-2,8	<0,05
Тестирование на ВИЧ и знание своего результата	1,8	1,38-2,48	<0.001
Инфицирование ВИЧ	2,03	0,71-5,77	<0.05
Инфицирование ВГС	1,21	0,63-2,33	<0.05

У ЛУИН, охваченных минимальным пакетом услуг, было значимо больше шансов быть протестированными на ВИЧ-инфекцию и знать свой результат, p -value<0.05, а также среди охваченных минимальным пакетом услуг значимо больше ВИЧ-позитивных ЛУИН. С остальными индикаторами статистически значимой связи не было обнаружено.

Таблица 50 Воздействие охвата минимальным пакетом услуг на знания, поведение и распространенность ВИЧ, ВГС и антител к сифилису среди ЛУИН, ИБПИ, КР, 2016г.

	Охват минимальным пакетом услуг		
	OR	CI	P-value
ЛУИН, прошедшие тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знающие свой результат	2,36	1,88- 2,97	$P < 0,05$
Инфицирование ВИЧ	1,70	1,24- 2,32	$P < 0,05$

5.3. ОХВАТ ТЕСТИРОВАНИЕМ НА ВИЧ, ОЦЕНКА В РАМКАХ ИБПИ 2016г

На фоне низкого охвата тестированием на ВИЧ группы МСМ, также отмечается резкое снижение данного показателя по сравнению с данными ИБПИ 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%).

Таблица 51 Тестирование МСМ на ВИЧ за последние 12 месяцев, предоставление результатов обследования на ВИЧ и консультирование до и после теста в разрезе регионов, ИБПИ, 2013г., 2016г.

Дозорный участок	Тестирование, предоставление результатов и полное 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%

Всего 42% СР были охвачены тестированием на ВИЧ-инфекцию с полным консультированием и 49% тестированием на ВИЧ-инфекцию с предоставлением результатов. Самые низкие показатели охвата СР в 2016 году отмечаются в г.Бишкек и резкое снижение тестированием с предоставлением результата выявлено в г.Ош с 73% до 48%.

Таблица 52 Тестирование СР на ВИЧ за последние 12 месяцев, предоставление результатов обследования на ВИЧ и консультирование до и после теста в разрезе регионов, ИБПИ, 2013г., 2016г.

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

Процент ЛУИН, прошедших тестирование и знающих свой результат в 2016 г. (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%.

Таблица 53 Охват ЛУИН тестированием и консультированием, ИБПИ, КР, 2013-2016г.

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

5.4. ОХВАТ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ПРЕЗЕРВАТИВОВ В РАМКАХ ОЦЕНКИ СИТУАЦИИ ПО ИППП, 2018г.

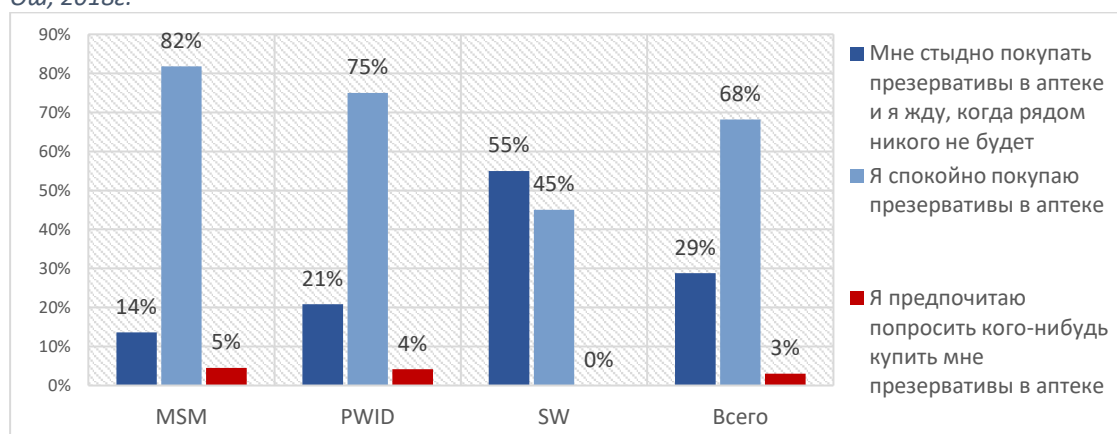
Все респонденты сообщили, что получают презервативы в НПО с частотой от двух раз в неделю до одного раза в 3-4 месяца в среднем по 9 штук за один раз.

Таблица 54 Частота распространения презервативов среди ключевых групп населения в НПО, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018г.

Частота	п
Один раз в месяц	40
Четыре раза в месяц по необходимости	36
Два раза в месяц	25
Три раза в месяц	13
Два раза в неделю	8
Не помню	5
Раз 3-4 месяца	4
Не нужны	1
Общий итог	2
	134

Максимальное число выданных презервативов достигает 100 шт - в основном аутрич-работникам для дальнейшего распространения среди КГН. При этом 37% респондентов сообщили о недостаточном количестве выдаваемых презервативов, и ответили, что в среднем им необходимо 57 презервативов на один месяц, с максимальным числом 300 шт. 49% (из 134) респондентов сообщили о том, что приобретают дополнительно презервативы в аптеках из которых 32% испытывают проблемы при покупке презервативов в аптеке (испытывают чувство стыда 29%, просят просят кого-либо купить для них презервативы 3%). Чаще всего такие проблемы испытывают СР (55%).

Рисунок 31 Проблемы при приобретении презервативов в аптеке, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018г.



Наиболее предпочитаемым источником информации об инфекциях, передающихся половым путем, в сумме оказались НПО (55%) и интернет (51%), при этом у СР наиболее популярны НПО (72%), а у MSM интернет-сайты (68%), у ЛУИН оба источника одинаково популярны (55%).

Таблица 55 Предпочитаемые источники для получения информации об инфекциях, передающихся половым путем, оценка ситуации по ИППП, гг.Бишкек и Ош, 2018г.

	MSM	PWID	SW	Всего
НПО	40%	53%	72%	55%
интернет	68%	53%	35%	51%
телевидение	10%	22%	9%	14%
медработники	13%	4%	9%	8%
газеты	13%	6%	2%	7%
радио	3%	6%	2%	4%
журналы	3%	0%	0%	1%

5.5. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ ПО ДОСТУПНОСТИ К КОНТРАЦЕПТИВНЫМ СРЕДСТВАМ³⁷

В 2014 году проведен анализ действующей нормативно-законодательной базы в Кыргызской Республике, изучены принятые нормативные правовые акты, национальные программы и стратегии по охране репродуктивного здоровья, планирования семьи и социального обслуживания населения в целях определения доступности малообеспеченных и социально уязвимых категорий населения к качественным средствам контрацепции.

Согласно результатам проведенного анализа репродуктивные и другие права граждан, способствующие репродуктивному здоровью, гарантированы Конституцией Кыргызской Республики (ст. 34), а также закреплены в Законах КР "Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике" от 9 января 2005 года №6, "О репродуктивных правах граждан Кыргызской Республики" от 13 января 2000 года №5, а также Национальной программе реформирования здравоохранения КР «Ден соолук» на 2012-2016 годы (Постановление Правительства КР от 24 мая 2012 года № 309) и Национальной

³⁷ Отчет по анализу нужд и проблем обеспечения населения Кыргызской Республики, в том числе малообеспеченных и социально уязвимых групп средствами по планированию семьи для последующей разработки механизма плавного перехода на бюджетное финансирование закупок при Техническая и финансовая поддержка оказана Фондом ООН в области народонаселения и Германским обществом по международному сотрудничеству.

стратегии охраны репродуктивного здоровья населения КР до 2015 года (Указ Президента КР от 15 июля 2006 года № 387).

Закон КР «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» является основным нормативным правовым актом, регулирующим вопросы охраны здоровья граждан в Кыргызской Республике. Закон определяет права граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья, в том числе права беременных женщин и матерей. Согласно закону, каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается необходимой медико-санитарной помощью в организациях здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий по обеспечению граждан КР медико-санитарной помощью (ПГГ).

ПГГ предусматривает оказание бесплатной, льготной или платной медицинской помощи, в зависимости от социального статуса граждан и наличия или отсутствия у них медицинского страхования. Согласно ПГГ бесплатное лекарственное обеспечение граждан на амбулаторном уровне осуществляется при отдельных заболеваниях (сахарный диабет инсулинозависимый, сахарный диабет инсулинонезависимый, несахарный диабет, гемофилия, туберкулез).

Льготное лекарственное обеспечение по Дополнительной программе обязательного медицинского страхования (ДП ОМС) на амбулаторном уровне предусмотрено только застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам. Однако застрахованными по ОМС являются лишь 75-76% населения, остальные 24-25% остаются незастрахованными и соответственно не имеют возможности приобретать лекарственные средства по рецептам ОМС. В категорию незастрахованных граждан входят неработающие лица, а так как часть женщин репродуктивного возраста (ЖРВ) не входит в указанные категории, то все ЖРВ имеют возможность приобретать лекарственные средства по Дополнительной программе ОМС, но оплачивается не 100% и только при диабете, ТБ и др. Лекарства для лечения ИППП оплачивают только беременным и детям до 5 лет. Контрацептивы предоставлялись по линии гуманитарной помощи).

Основным нормативным правовым актом, регламентирующим охрану репродуктивного здоровья граждан республики, является Закон КР «О репродуктивных правах граждан», который признает репродуктивные права граждан как составную часть прав человека, раскрывает их содержание и закрепляет гарантии их осуществления. Закон также устанавливает гарантии государства и создает правовую основу для получения услуг в области охраны репродуктивного здоровья граждан Кыргызской Республики.

Как известно, основным методом предупреждения нежелательной беременности и регулирования рождаемости является эффективное использование контрацептивных средств. Анализ текущей ситуации по доступности к контрацептивным средствам в КР показал, что доля лиц, пользующихся контрацептивными средствами, достаточно высока и составила по республике в 2008 г. – 33,0 на 100 женщин репродуктивного возраста, в 2013 г. – 35,1 (согласно отчетным данным формы 12), что подтверждается данными Мультииндикаторного исследования 2012г., согласно которому 24,4% женщин репродуктивного возраста (ЖРВ) пользуются средствами контрацепции (КС), в т.ч. 21,0% современными КС. Высокий уровень показателя охвата КС в 2013 г. связан по-видимому с хорошими поставками контрацептивов в республику в 2012–2013 гг. ЮНФПА, что позволило значительно улучшить ситуацию с обеспечением КС в стране, особенно уязвимые группы населения. Однако отсутствие госзакупок их создает проблему с устойчивым обеспечением этой группы населения КС. Охват КС женщин репродуктивного возраста из группы риска по республике в целом, хотя за последние два года вырос почти в 2 раза, остается низким – 56,8%, а в Чуйской (22,9%), Нарынской (35,4%) областях и г. Бишкек (35,5%) этот показатель менее 50%. Рабочей группой в рамках данного исследования был доработан проект Перечня категорий лиц, относящихся к медико-социальной группе риска, к которой отнесены 96,8 тысяч женщин репродуктивного возраста из социальной уязвимой группы населения, 55,1 тысяч ЖРВ, имеющих медицинские противопоказания к

беременности и родам и 8,8 тысяч ЖРВ из многодетных семей (5 и более). В дальнейшем, перечень категорий лиц входящих в медико-социальную группу риска должен расширяться.

При расчете необходимого количества КС на год рабочей группой в рамках данного исследования использовались следующие нормативы:

на 1 пациента – 15 циклов оральных контрацептивов (ОК);

на 1 пациента – 1 ВМС из расчета на 3,5 года;

на 1 пару – 120 презервативов в год;

При расчете необходимых финансовых средств учитывалась стоимость КС (стоимость КС при централизованных закупках через ЮНФПА):

1 цикл ОК 0,5 доллара США;

1 ВМС – 0,32 доллара США;

1 упаковка презервативов (144 штуки) 5 долларов США;

По результатам данного исследования были получены следующие выводы:

- Ограничение доступа к КС, особенно уязвимых групп, являющееся одним из значимых факторов, влияющих на показатели здоровья;
- Не определена категория лиц, имеющих возможности получения КС на бесплатной основе при поддержке за счет средств государственного бюджета;
- Отсутствие государственных закупок КС для обеспечения потребности населения, в КС в том числе, медико-социальных групп риска;
- Выбор КС по Дополнительному пакету лекарственного обеспечения застрахованных граждан на амбулаторном уровне ФОМС значительно ограничен и не обеспечивает покрытие потребности застрахованного населения;
- Низкий уровень знаний и навыков провайдеров услуг (семейные врачи, фельдшеры, специалист КУЗ, РД и ТБ) по вопросам РЗ и ПС;
- Недостаточная осведомленность населения (особенно молодежи) о возможностях ДП ОМС в целом, по приобретению КС по рецептам ОМС и других государственных, социальных программах и проектах, обеспечивающих доступ к средствам ПС;
- В ПЖВЛС включены только ВМС и презервативы и всего одно гормональное средство; Отсутствует система мониторинга и оценки использования КС по категориям населения в рамках ПЖЛВС;
- Несовершенна система учета и оценки эффективности использования КС по категориям населения;
- Слабое участие фармпоставщиков в социальных маркетинговых программах продвижения вопросов ПС среди населения;

5.6. Диагностика ИППП

В странах с высоким уровнем дохода широко используются точные диагностические тесты на ИППП. Они особенно полезны для диагностики бессимптомных инфекций. Однако в странах с низким и средним уровнем дохода существует значительная нехватка диагностических тестов. А там, где тесты имеются, они зачастую дорого стоят и географически недоступны; а пациенты часто должны долго ждать результатов (или возвращаться для того, чтобы их получить). В результате может быть затруднен последующий контроль или медицинская помощь и лечение не закончены.

Единственным недорогим экспресс-тестом крови на ИППП, доступным в настоящее время, является тест на сифилис и ВИЧ. Тест на сифилис уже используется в некоторых странах с ограниченными ресурсами. Это точный тест, обеспечивающий результаты через 15-20 минут, и его можно легко использовать при минимальной подготовке. Благодаря экспресс-тестам на сифилис возросло число беременных женщин, тестируемых на сифилис. Однако в большинстве стран с низким и средним

уровнем дохода все еще необходимы дополнительные усилия для обеспечения того, чтобы все беременные женщины тестировались на сифилис.

Разрабатывается ряд экспресс-тестов на другие ИППП, которые потенциально могут улучшить диагностику и лечение ИППП, особенно в странах с ограниченными ресурсами.

Диагностика ИППП в КР осуществляется согласно приказу №25 от 17.01.18г. в рамках которого разработано положение о лаборатории по диагностике инфекций, передающихся половым путем, кожных заболеваний и лепры (приложение 8).

Согласно приказу лаборатории по диагностике инфекций, передающихся половым путем, кожных заболеваний и лепры создаются при РЦДВ, ОМЦДВ, областных, городских, районных ЦСМ, родовспомогательных ОЗ, ЦОВП и в своей деятельности руководствуются нормативными актами, приказами, инструкциями и другими документами, утвержденными МЗ КР.

Лабораториям при РЦДВ и ОМЦДВ придается статус референс-лабораторий, которые в свою очередь осуществляют контроль качества проводимых лабораторных исследований по диагностике ИППП независимо от форм собственности. Кроме этого, участвуют в аккредитации и лицензировании государственных, частных центров и кабинетов, осуществляющих лабораторную диагностику ИППП, проводят курсы повышения квалификации специалистов по диагностике ИППП, они оказывают методическую, консультативную помощь лабораториям ОЗ, разрабатывают нормативную и методическую документацию, внедряют новые методы диагностики³⁸.

Согласно результатам опроса ключевых информантов в лабораториях РЦДВ и ОМЦДВ имеется все необходимое для диагностики ИППП: оборудование, помещения, тест-системы и человеческие ресурсы. В лабораториях систематически проводится как внутренний, так и внешний контроль качества проведения лабораторных исследований. Тест-системы закупаются по тендеру, согласно требованиям государственных закупок, в основном это тест-системы российских производителей, зачастую имеющих более низкую цену (согласно требованиям проведения тендеров в стране). Учреждения в достаточном объеме выделяют финансовые средства на лабораторную диагностику, оснащение лабораторий, руководство поддерживает и понимает важность лабораторного компонента в системе оказания услуг по ИППП.

К сожалению, в работе не используется методика ПЦР для диагностики ИППП, хотя во всем мире данный метод зарекомендовал себя как более точный. Со слов руководителей учреждений ПЦР оборудование очень дорогостоящее, средств в бюджете для закупа такого оборудования нет, и сама методика требует тщательного обучения персонала, соблюдения стандартов/требований проведения данного вида диагностики, и закупа дорогих расходных материалов.

Цитаты: *«Тест системы фирмы «Эколаб» очень хорошего качества, у них есть наборы для проведения ИФА, и РПГА, и РНПА, и РПР, но они стоят дороже чем тест системы других фирм, и по тендеру мы не можем выбирать из-за цены. И наша ЮРФА видимо из-за того, что по тендеру не проходят эти тесты перестали их завозить, так как срок годности проходит и их не выкупают организации. А то, что нам приходится закупать по тендеру более дешевые, работать на них тоже не очень удобно. Вроде и чувствительность 97%, специфичность- 99% , показатели конечно хорошие, но на самом деле работает на них намного хуже чем на «Эколаб», неудобные в использовании», г.Ош.*

«ИФА, РПГА, РНП, РПР, иммуноблотинг и ПЦР не применяется, микроскопию и бактериологические методы используются. ПЦР оборудование есть в СПИД центре, но оно закупалось за счет грантовых средств, это очень дорогостоящее оборудование, методика требует больших временных затрат, дорогой расходный материал, думаю, мы пока не можем этого позволить себе», г.Ош.

«Тест-системы имеются для диагностики сифилиса, хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, урогенитального герпеса, тест системы производство Россия, компании «Вектор Бест», «Диагностические системы», «Им-Ди», а также Бельгия, фирма «Сипресс Диагностикум, средств на

³⁸ <http://www.med.gov.kg/ru/dok/standarty-gosudarstvennykh-uslug.html>

закуп тест систем выделяется достаточно, все тест-системы соответствуют необходимым стандартам/требованиям», г.Бишкек.

«Для диагностики ИППП используются методы РПР, МРП, ИФА, РИФ, РПГА, бактериоскопии и культуральной диагностики, оснащение лабораторным оборудованием хорошее, все необходимое имеется, современное оборудование и современные тест-системы, а внутренний контроль качества осуществляется при помощи стандартных сывороток и внутренних контрольных образцов, а внешний контроль качества осуществляется Республиканским научно-производственным центром лабораторной диагностики инфекционных болезней, координатором является Кучук Т.И.», г.Бишкек.

Один из респондентов отметил, представитель НПО, что при большом количестве частных лабораторий качество проводимых исследований остается под вопросом, что нет контроля качества со стороны государственных организаций.

Цитата: *«Мне надо было пройти диагностику на ИППП, идешь в одну лабораторию, одни результаты, в другой лаборатории другие, не знаешь кому верить, тратишь большую сумму денег, а на какие результаты опираться, сидишь потом с врачом и гадаешь, какое лечение назначать врач не знает, сидим гадаем потом. Неужели нельзя контролировать качество проводимых исследований государственными органами...», г.Бишкек.*

5.7. ЛЕЧЕНИЕ ИППП

В настоящее время имеется эффективное лечение некоторых ИППП. Три бактериальные ИППП (хламидиоз, гонорея и сифилис) и одна паразитическая ИППП (трихомониаз), как правило, излечимы с помощью имеющихся эффективных однократных схем антибиотиков.

В отношении герпеса и ВИЧ самыми эффективными из имеющихся медикаментов являются антиретровирусные препараты, которые могут смягчать течение болезни, хотя они и не излечивают болезнь.

В отношении гепатита В имеются иммуномодуляторы (интерферон) и антиретровирусные препараты, которые помогают бороться с вирусом и замедляют разрушение печени.

Устойчивость ИППП, в частности гонореи, к антибиотикам за последние годы быстро возросла, ограничив варианты лечения. Возникновение сниженной чувствительности гонореи к лекарственной терапии «последней линии» (оральным и инъекционным цефалоспорином) наряду с устойчивостью к противомикробным препаратам, уже проявляющейся по отношению к пенициллинам, сульфамидам, тетрациклинам, хинолонам и макролидам, привело к тому, что гонококк стал микроорганизмом с множественной лекарственной устойчивостью. Устойчивость других ИППП к противомикробным препаратам, хоть и не так широко распространенная, также существует, что делает критически важными профилактику и незамедлительное лечение.

В отношении лечения ИППП дерматовенерологи придерживались и придерживаются синдромного лечения ИППП с 2014 года, как более дешевого подхода. В период функционирования Дружественных кабинетов/клиник на базе РЦДВ и ОМЦДВ Глобальный Фонд финансировал услуги по ИППП для КГН: предоставлялись услуги консультирования по ИППП, поддерживалась заработная плата врачей дерматовенерологов и медицинских сестер, проводилась диагностика ИППП и лечение трех основных ключевых ИППП (сифилис, гонорея, хламидиоз), производился закуп расходных материалов для забора биоматериалов (кровь, мазок), включая перчатки, одноразовые зеркала, салфетки, шприцы, тест-системы для проведения диагностики ИППП и т.д., кроме этого оказывалась психосоциальная поддержка, консультации равный-равному. В основном выявление случаев ИППП чаще наблюдалось среди СР.

Цитаты: *«Начнем с консультирования по вопросам ИППП, если есть потребность, КГН перенаправляли к дружественным врачам или дружественные клиники, там работали доктора, которым мы оплачивали их труд. Работала медсестра, которая брала мазок, кровь, в общем осуществляла забор. Также предоставлялись лекарственные препараты для лечения ИППП, не всех, конечно, а 3-х ключевых инфекций, согласно протоколу», г. Бишкек.*

«Раньше диагностика была основных ключевых инфекций через дружественный кабинет, ЛУИН, МСМ, СР. Примерно до 2015 года было синдромальное лечение, выявлялись ИППП в основном среди СР, представители остальных групп лечились реже, презервативов больше распространялось, компонент информирования был, сейчас присутствует, но уже 2 года не достигаются индикаторы среди СР из-за милицейских рейдов», г. Бишкек.

«Был небольшой охват, предоставлялись медикаменты на лечение, хоть какие-то, диагностика бесплатная была, с 2016 года никаких медикаментов нет, но диагностика проводится», г. Ош.

«Были лекарства, был синдромный подход, могли лечиться, сейчас лекарств нет, те же зеркала, перчатки, салфетки спиртовые, перчатки все предоставлял ГФ, шприцы, СР могли на месте получить инъекции при необходимости. Сейчас ничего нет, но рады, что есть пока анализы бесплатные, как дальше будет я не знаю», г. Ош.

«Применялся тогда тоже синдромный подход, это была ВОЗовская рекомендация, применяли с 2013 года, лечение 3х нозологий, на это выделялись лекарственные препараты, диагностика бесплатная (сифилис, гонорея, хламидиоз, иногда кандидоз тоже диагностировали), г. Бишкек.

«Консультации, бесплатные, анализы, лекарства были», г. Ош.

«Были диагностика, лечение и очень редко выезды врачей, так как их график не рассчитан был на ночное время работы», г. Бишкек.

«Лечение и диагностика предоставлялись бесплатно. То есть по линии ГФ закупались тест системы для диагностики ИППП, а также лекарства для лечения ИППП. На данный момент тест систем уже год как нет, а также лекарства с начала этого года уже клиенты сами покупают», г. Жалал-Абад.

Было отмечено респондентами, что уже существует проблема с тем, что многие ИППП могут стать устойчивыми к лечению, т.к. антибиотики, несмотря на ограничения и контроль, остаются у нас в стране в свободном доступе, в аптеке могут за оплату сделать инъекцию антибиотика, тем самым снимая острые симптомы ИППП, соответственно нет контроля лечения, нет сероконтроля. А также ключевые группы могут найти в интернете при необходимости информацию касательно любого заболевания.

Цитаты: «Есть проблема с развитием устойчивых форм ИППП. В большинстве случаев ИППП, если взять хламидии или гонорею, то они могут протекать бессимптомно, острый период он не длительный, соответственно это всё приводит к тому, что идёт хронизация процесса. Пациенты зачастую сами покупают антибиотики и гасят острый период, обращаются только тогда, когда уже имеет место бесплодие, трубная непроходимость или внематочная беременность», г. Бишкек.

«Скрытые формы, не проявляются никак, симптомов нет. Скорее всего это общая тенденция, т.е. сообщество — это часть общества и что происходит в обществе, тоже самое и в сообществе. Очень распространено самолечение, поэтому возникают вышеперечисленные проблемы, не долечиваются. Интернет предлагает рецепты, схемы лечения и я сейчас вспомнил, когда я был соцработником, то один человек, только сходили в РЦДВ, говорит, так много назначили, я перепроверю по интернету и решу, что принимать и сколько. Вот как сейчас стали относиться к этому», г. Бишкек.

«Бывают случаи, когда заходят прям в аптеку, там же аптекарь сделал укол и все. И в таких случаях эпидемиологи страдают: источник ИППП не находят, половые контакты остаются не обследованными, нет официального учета, нет сероконтроля. Деньги взяли и сделали один укол и все. И даже когда продают антибиотики, нет ограничений в продаже, все доступно, можно в любую аптеку зайти и купить», г. Ош.

5.8. ВЕДЕНИЕ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИППП

В странах с низким и средним уровнем дохода в основе лечения лежит выявление стойких, легко распознаваемых признаков и симптомов без проведения лабораторных тестов. Это так называемое синдромное ведение. Такой подход, зачастую опирающийся на клинические алгоритмы, позволяет

работникам здравоохранения диагностировать конкретную инфекцию на основе наблюдаемых симптомов (таких как вагинальные выделения, выделения из уретры, генитальные язвы, боли в области живота).

Синдромное ведение является простой методикой, обеспечивающей быстрое предоставление лечения в день обращения за медицинской помощью, и позволяет избежать проведения дорогих и недоступных диагностических тестов. Однако при таком подходе остаются упущенными инфекции, протекающие бессимптомно, то есть большинство ИППП в глобальных масштабах.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Республиканский центр развития здравоохранения и информационных технологий, ОО «Ассоциация дерматовенерологов и косметологов Кыргызской Республики», а также Республиканский Центр дерматовенерологии в 2014 году разработали Клинический протокол для первичного уровня здравоохранения «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП», целью создания которого было предоставление рекомендаций, основанных на доказательствах лучшей практики по синдромному подходу ведения пациентов с ИППП, а также для предотвращения распространенного в практике злоупотребления медикаментами. Также целью внедрения данного протокола являлась унификация рекомендаций по синдромному подходу по диагностике и лечению ИППП на уровне первичного звена здравоохранения в условиях ограниченных ресурсов, которое базируется на принципах доказательной медицины, отражает последние достижения мировой медицинской науки и практики. В свою очередь ожидалось, что внедрение протокола в практику здравоохранения будет способствовать улучшению качества оказания медицинской помощи больным с ИППП, снижению временной нетрудоспособности и повышению качества жизни больных в условиях ограниченных ресурсов. Пересмотр был запланирован на 2018 год по мере появления новых ключевых доказательств³⁹.

К клиническому протоколу 2015 года по ведению ЛЖВ был дополнительно ещё разработан протокол «Оказание услуг по сексуально-репродуктивному здоровью ЛЖВ» куда входили ряд разделов:

1. Инфекции, передающиеся половым путем.
2. Контрацепция.
3. Профилактика рака шейки.
4. Безопасное материнство и безопасный аборт.

В ходе интервью ключевыми информантами выражалась обеспокоенность тем, что на данный момент не представляется возможным отслеживать качество предоставляемых услуг, поскольку лечением ИППП сейчас занимаются не только врачи дерматовенерологи, но и инфекционисты, семейные врачи, что может сказываться на качестве услуг по ИППП. Помимо этого, была отмечена необходимость сделать акцент на определении резистентности к лекарственным препаратам, в частности гонорее и решать вопросы финансирования дерматовенерологической службы в стране, в связи с тем, что отмечается тенденция роста полового пути передачи ВИЧ-инфекции и необходимо усиливать мероприятия по профилактике, диагностике, лечению ИППП.

Услуги в рамках программы государственных гарантий предоставляются бесплатно только ЛЖВ, тогда как представители КГН получают услуги в учреждения здравоохранения согласно прейскуранту цен.

Цитаты: «Все врачи, которые сегодня предоставляют услуги ЛЖВ, их на сегодняшний день около 50, были обучены, но среди них есть врачи, которые по специальности являются дерматовенерологами и я думаю, что более качественную помощь оказывают именно они по вопросам ИППП, а там, где работает инфекционист или другие специалисты, например, семейный врач, насколько они качественно предоставляют услуги, насколько они используют синдромальный подход или же используют тот же самый протокол, который уже в этом году ещё раз переиздан с дополнениями, очень сложно сказать», г. Бишкек.

³⁹ <http://docplayer.ru/27001929-Sindromnyy-podhod-k-vedeniyu-pacientov-s-ipp.html>

«Согласно глобальной стратегии ВОЗ систематически надо изучать резистентность гонореи к лекарственным препаратам. А хламидии мы условно называем призраком ИППП, потому что нет ярких симптомов, но она часто является причиной бесплодия, лечению поддается чуть сложнее гонорее, можно одним уколом снять острый период гонореи, а при хламидии это три дня, а если это хроническая форма, то 14 дней, и не все выдерживают. А также хламидии могут стать причиной ревматоидного артрита, хламидийного инфаркта. Хламидиоз надо жирным шрифтом выделить из всех ИППП, потому как часто хламидиоз протекает бессимптомно», г. Ош.

«В РФ целый «Центр сифилидологии» работает, есть научные данные, что сифилис может передаваться от матери ребенку, не могу понять почему у нас в стране такое сокращение идет нашей системы, тем более, когда растет доля полового распространения ВИЧ инфекции, ВОЗовские рекомендации нельзя принимать как инструкцию к исполнению, потому что там основное направление - синдромальный подход лечения. После основного лечения необходимо подключить Азитромицин на 3 дня, вот тогда и лечение будет эффективным. Потому что ИППП по отдельности «не ходят», не всегда может быть чистая гонорея, там будет букет. Гонорея и хламидии, это же сестры- подружки, они всегда ходят вместе. Раз у нас нет возможности отдельно диагностировать ИППП, то назначаем лечение синдромно», г. Ош.

«В «Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью», утвержденной Постановлением Правительства КР от 20 ноября 2015 года №790, бесплатная амбулаторная и стационарная помощь оказывается только лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом (пункт 26), КГН обслуживаются на общих основания согласно прейскуранту цен», г. Бишкек.

5.9. Службы для скрининга и лечения ИППП

Люди, желающие получить услуги по скринингу и лечению ИППП, сталкиваются с многочисленными проблемами. Они включают ограниченные ресурсы, стигматизацию, плохое качество услуг и низкий уровень или отсутствие последующих мер в отношении сексуальных партнеров. Во многих странах услуги по ИППП оказываются отдельно и не предоставляются в рамках первичной медико-санитарной помощи, планирования семьи и других регулярных медицинских услуг. Во многих местах службы часто не могут проводить скрининг на бессимптомные инфекции из-за отсутствия специально подготовленного персонала, лабораторного потенциала и надлежащих запасов соответствующих медикаментов. Маргинализированные группы населения с самыми высокими показателями ИППП, такие как секс-работники, мужчины, имеющие секс с мужчинами, люди, употребляющие инъекционные наркотики, заключенные в тюрьмах, мобильные группы населения и подростки, часто не имеют доступа к надлежащим службам здравоохранения.

Ключевыми информантами была отмечена необходимость интеграции вопросов профилактики и лечения ИППП в работу существующих служб ПМСП, репродуктивного здоровья и ВИЧ, ЗОЖ. Кроме этого нет четких расчетов, необходимых для предоставления услуг по ИППП при отсутствии финансирования со стороны доноров, а также возможность внедрения услуг по ИППП в ПГГ, это потребует много времени, четкого обоснования, лоббирования и адвокатирувания данного вопроса, потому как по вопросам ИППП нет законодательной базы, как по вопросам ВИЧ и психического здоровья, по которым есть утвержденные Программы Правительства.

Цитаты: *«Необходима интеграция услуг по ИППП для КГН на ПМСП, ФОМС не отказывается, но они очень прицельно изучают ситуацию, прежде чем финансировать деятельность. На ПМСП зачастую не закладываются деньги, руководители в первую очередь защищают статьи ЗП, а также на наиболее социально приемлемые заболевания тратят деньги в первую очередь, гипертония, паллиативный уход, это не осуждаемые состояния и для этого легче выбить деньги. Что касается КГН, то надо лоббировать этот вопрос с учетом оценки численности КГН, ЮНФПА поддержала эту инициативу, это точечное определение дружественных учреждений ЦСМ (6,16), их очень сильно обучали, кроме РЦДВ, работающих с КГН, где бесплатно можно получить эти услуги. Необходимо определить ответственные ЦСМ, что бы они обязаны были в бюджет заложить определённую сумму и прикрепить к ним НПО и*

озвучить суммы, что бы можно было использовать это для КГН в том числе. Какая-то защищенная статья, и мы могли бы направлять определённое количество людей. Люди привыкают и спокойно идут за получением услуг, никто там не бегаёт, не обсуждает. МСМ — это тяжелая группа, хорошо работает сарафанное радио, с каждым лично надо разбираться, и не надо будет ждать донора, РЦДВ не входит в систему ФОМС, если бы входили, то не было бы проблем с включением в бюджет суммы на работу с КГН», г.Бишкек.

«По ИППП никто не проводил анализ, сколько бюджетного финансирования необходимо, какие услуги необходимы, второе при хорошей адвокации в ПГГ внедрить эти услуги можно, хотя бы по синдромальному минимальному лечению, но это долгий процесс, и шансов не очень много. Во-первых, нет нормативной основы, например, по ВИЧ, ТБ, психическому здоровью есть программы и законы, по ИППП ничего нет, нет законодательной базы, которая была бы в приоритете, диагностику и лечению ИППП можно включить в вопросы профилактики ИППП, но это в первичную профилактику, то что включено в Национальную программу здравоохранения, в вопросы ЗОЖ, как пакет услуг, которые будет государство осуществлять по части повышения приверженности к ЗОЖ, включить профилактику ИППП тоже. Внедряют гос.соц.заказ, часть деятельности можно направить на предоставление услуг для СР, если была бы госпрограмма среди СР и МСМ она будет, в 2019 году будут распределены деньги», г.Бишкек.

«Возможно представители КГН ЛУИН ходили бы в поликлиники, если бы для них там были услуги, потому что в общей массе людей можно затеряться, потому как некоторым идти в частную клинику будет некомфортно, социальный уровень людей, которые ходят в поликлиники попроще, если это будет в частной клинике, то будет понятно, зачем туда народ ходит, а в госучреждение, например, в РЦДВ народ шел нормально, ничего не смущало», г.Бишкек.

В протокол по ведению пациентов ЛЖВ был включен блок скрининговых вопросов по ИППП и наряду с туберкулезом среди ЛЖВ теперь проводится скрининг на ИППП.

Цитата: *«В протокол по ведению пациентов с ИППП Мы добавили такой пункт, что при каждом посещении доктор должен опрашивать на симптомы ИППП, то есть наряду с клиническим скринингом на туберкулез плюс дополнительно ещё один вопрос. И мы говорим алгоритм такой, спрашиваете:*

- «Есть ли у вас симптомы ИППП?»

обязательно за этим должны следовать 5 других вопросов:

- 1. Имеются ли выделения из половых органов?*
- 2. Имеются ли какие-то высыпания?*
- 3. Имеются ли увеличение лимфатических узлов?*
- 4. Имеются ли увеличение мошонки? если это мужчина и так далее», г.Бишкек*

Ключевыми информантами была отмечена необходимость обучения врачей первичного звена специфике работы с КГН, вопросам стигмы и дискриминации.

Цитата: *«В медицинское учреждение, если, например, придёт человек из ключевой группы населения, врачи не отказывают, но врачи могут не знать, что этот человек является из ключевой группы населения, соответственно ему предоставляются услуги, как общему населению. А мы очень хорошо знаем, что КГН нуждаются в дополнительных каких-то услугах и об этом не знают врачи, и не задумываются. Или иногда если даже задумываются и понимают, что он из КГН, из —за опасения спугнуть или обидеть пациента они дальше уже не идут, дальше они опрос не проводят и у них недостаточно знаний и навыков для того, чтобы оказывать услуги КГН, специфические услуги, такие как заболевания прямой кишки для МСМ, я вполне уверена, что терапевт никогда не задаст вопросы, и хирург тоже не задаст вопросы. Зачастую из-за отсутствия доверительного отношения и не соблюдения конфиденциальности сами представители КГН боятся и не ходят к врачам и запускают себя до тяжёлых состояний», г.Бишкек.*

«Они все сказали: «Нам разницы нет никакой, из какой группы этот человек, раз он обратился я предоставлю все услуги в котором он нуждается». Но однозначно они все очень хорошо понимают, что не всегда они это могут распознать, не всегда могут понять, что обратившийся человек представитель ключевой группы населения, врачи также говорят: «я вообще не смотрю из ключевой или не из ключевой группы, я предоставляю услуги, в которых человек нуждается». Мы говорим, да, вы должны уметь задавать правильно вопросы чтобы ни в коем случае не дискриминировать, не стигматизировать и не осуждая вы должны задать вопрос так, чтобы этот человек раскрыл статус, потому что этот человек еще нуждается в дополнительных каких-то услугах, а вот с этим конечно есть проблемы», г.Бишкек.

Работа по интеграции услуг в первичную сеть уже начата, кабинеты дружественных клиник открыты в двух ЦСМ г.Ош, ОМЦДВ, в Жалал-Абаде в ГСВ, на севере страны планируется провести интеграцию услуг на уровень ПМСП, но пока не определены пилотные районы. Функция руководства данным проектом возложена на РЦ «СПИД», первый этап обучения уже проведен, планируется второй.

Цитата: *Ну пока предварительно на юге в 2-х ЦСМах будут открываться кабинеты дружественной клиники и плюс на базе Жалал-Абадского ГСВ№1, Ошского межобластного ОЦДВ. Здесь на севере еще пока не определились в каком районе, но предварительно думали это будет Аламедин и в городских нескольких ЦСМ, в Московском или в Сокулукском районах. В начале это будет пилотный проект, курирует проект РЦ СПИД. Мы уже в первый этап их обучили, вот теперь второй намечается, будем непосредственно обучать только тех врачей, которые работают в этой сфере постоянно. Одновременно сразу постараемся как бы «связать» неправительственные организации с врачами, чтобы они могли уже дальше работать с поликлиниками и их руководством. Плюс мы планируем точно также как по ВИЧ: у нас будет обучение по ИППП на платформе ZOOM, именно пока на первых порах будем обучать только врачей пилотных сайтов. Будет обучение проводить КГМИПК, оборудование все готово, только единственное нужно будет создать список, приказ издать», г.Бишкек.*

6. Выводы

6.1. Ситуация по ИППП

1. Ряд исследований доказывает, что клинические проявления хламидиоза непосредственно после инкубационного периода развиваются лишь у 60–70% пациентов; у мужчин нередко наблюдается маломанифестное торпидное течение трихомонадной инфекции в отличие от женщин; в случае с гонококковой инфекцией, у мужчин в большинстве случаев она протекает классически, то до 90% женщин, страдающих гонореей, не имеют никаких клинических симптомов; распространенность вирусов папилломы человека и простого герпеса среди молодых людей может превышать 20%.
2. В Кыргызской Республике регистрация случаев ИППП осуществляется на основе извещений о больных с вновь установленным диагнозом ИППП, зарегистрированных в учетных формах дерматовенерологической службы и наиболее развита система диагностики сифилиса, так как существует большое количество показаний для прохождения обследования с целью выявления данного заболевания (профессиональные медицинские осмотры, обязательная серодиагностика при госпитализации и т.д.), т.е. наибольший охват населения осуществляется по диагностике сифилиса.
3. Результаты анализа статистических данных по заболеваемости ИППП в Кыргызской Республике за период с 2013 по 2017 годы показывают существенную разницу между долей зарегистрированных больных мужчин и женщин по гонорее, трихомониазу, хламидиозу, уреаплазмозу, герпесу уrogenитальному, что противоречит данным исследований, которые доказывают отсутствие достоверной разницы в распространенности, например, уrogenитальной хламидийной инфекции и гонореи, среди женщин и мужчин($p > 0.5$).
4. Изучение динамики развития эпидемического процесса инфекций, передающихся половым путем, показывает тенденцию к снижению уровня регистрации случаев ИППП. Наибольший уровень снижения за 5 лет с 2013 по 2017 гг. отмечается по заболеваниям: сифилис в 3,2 раза, гонорее в 2,7

раза и трихомониаза в 2,1 раза. В структуре ИППП наибольшие показатели на 100 000 населения приходятся на инфекции «второго поколения», вызванные грибами рода *Candida* (264 на 100 тыс.) и гарднереллёз (158 на 1000 тыс.). Самая низкая регистрация отмечается по случаям гонореи (4,5 на 100 тыс.) и сифилиса (7 на 100 тыс.).

5. Эпидемиологический надзор заболеваемости ИППП в Кыргызской Республике не в состоянии в полном объеме оценить уровень распространенности инфекций, передающихся половым путем, изучить особенности распространения, выявить факторы риска и, как следствие, оценить вероятность развития заболеваемости в различных группах населения. Неполноценная регистрация выявленных случаев ИППП не может позволить эффективно контролировать развитие заболеваемости ИППП, а также разрабатывать и проводить рациональную профилактику данных заболеваний.

6. Возможными причинами, которые влияют на полноту регистрации выявляемых случаев ИППП, являются:

- Отсутствие должного статистического учета в сети частных медицинских учреждений и в медицинских учреждениях с урологическим и гинекологическим приемом;
- Отсутствие должного статистического учета в ПМСП в случае ведения пациентов с применением синдромного подхода;
- Рост случаев самолечения из-за безрецептурного отпуска антибиотиков в аптеках;
- Несовершенство диагностики, слабая материально-техническая база, отсутствие стандартизированных сред для диагностики гонореи, и малое использование современных методов (например ПЦР);
- Отсутствие программ скрининга, направленных на активное выявление ИППП в группах риска;
- Бессимптомное течение заболеваний, особенно у лиц женского пола;
- Низкая вовлеченность мужчин в вопросы репродуктивного здоровья, в том числе и к вопросам по ИППП.

7. Согласно результатам анализа системы электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции у 5% пациентов с установленным гетеросексуальным путем передачи были симптомы ИППП, хотя по данным некоторых исследований распространенность ИППП среди ЛЖВ составляет 84%, а у 78% из них наблюдается смешанное инфицирование различными возбудителями ИППП.

8. Риск передачи ИППП в общую популяцию отягощается опасным половым поведением представителей ключевых групп населения с симптомами ИППП. По данным дружественных клиник за три года (2013-2015гг.) доля выявленных ИППП из числа обследованных КГН варьирует от 30% среди MSM, 33% среди ЛУИН и до 85% среди СР.

9. По данным ИБПИ 2016г. распространенность симптомов ИППП варьирует от 6% среди MSM, 7% среди ЛУИН и до 40% среди СР. При этом отмечается высокий уровень опасного полового поведения среди КГН с симптомами ИППП, т.е. использовали презервативы иногда или никогда за последние 12 месяцев или не использовали презерватив при последнем половом контакте - 68% MSM, 58% ЛУИН, 47% СР с мужем/сожителем/парнем, 36% СР с бесплатными партнерами/клиентами.

10. Оценочное число партнеров (за исключением коммерческих половых партнеров СР) у ключевых групп населения с симптомами ИППП и практикующих опасное половое поведение может достигать за один год 43886 человек (от 33205 до 52815). В отношении коммерческих половых партнеров СР следует учитывать, что среди клиентов могут быть постоянные клиенты, которые регулярно пользуются услугами СР, и в отношении этой группы точнее будет говорить не о числе партнеров, а о числе опасных контактов СР с ИППП со своими платными и бесплатными клиентами, число которых может за 12 месяцев достигать 797472 контактов (от 664560 до 912662).

11. Согласно опросу ключевых информантов, то нет единого мнения о ситуации с ИППП, некоторые склонились к мнению, что ситуация не меняется, остается стабильной и даже имеет тенденцию к

снижению некоторые ИППП, другие отметили увеличение числа случаев ИППП среди ключевых групп населения, некоторые сослались на то, что не владеют конкретно цифрами, в частности среди КГН. Кроме этого акцент работы по репродуктивному здоровью, в том числе и по ИППП был смещен в сторону женщин, тогда как мужчины играют немаловажную роль в этих вопросах тоже.

12. Также ключевыми лицами было отмечено, что идет неполная регистрация случаев ИППП, особенно это касается статистики частных клиник, частных урологов, гинекологов, которые ведут пациентов с ИППП.

6.2. Последствия ИППП

1. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), – это группа социально значимых инфекций, оказывающих крайне негативное влияние на репродуктивное здоровье человека. Результатами перенесенных ИППП могут стать такие тяжелые осложнения, как хронические заболевания органов малого таза, бесплодие, внематочная беременность, рак шейки матки, преждевременные роды, мертворождение, рождение ребенка с низкой массой тела, недоношенность, сепсис, пневмония, неонатальный конъюнктивит, врожденные дефекты и смерть новорожденных.

2. По данным РЦЭЗ доля преждевременных родов в акушерских стационарах от общего числа родов составляет 4,4% от общего числа родов в акушерских стационарах, и при этом самая высокая доля отмечается в г. Бишкек 22,0 на 1000 живорожденных. Ош 12,5%.

3. В КР показатели смертности мертворожденных и умерших до начала родовой деятельности (антенатально) с весом 1500 грамм и более показатели не изменились за 5 лет (2013-2017гг.) и держаться на уровне 5,0 на 1000 родившихся, с наиболее высокой цифрой в г. Ош 6,9 на 1000 родившихся.

4. Анализ данных РЦЭЗ показывает постепенное возрастание доли самопроизвольных абортов из общего числа абортов на национальном уровне, с 2013 года их доля выросла с 42,5% (9395 случаев) до 50,2% (9781 случаев). В разрезе регионов самые высокие показатели отмечаются в г. Ош (84,9%), Ошской области (72,1%), Баткенской области (71,9%), г. Бишкек (68,9%) и Иссык-Кульской области (59%). В трех регионах отмечается рост доли самопроизвольных абортов из общего числа абортов: в г. Ош на 32%, в Баткенской области на 14%, в г. Бишкек на 24%.

5. Заболеваемость раком шейки матки за пять лет не снижается и держится на уровне 15,6 на 100000 женщин. При этом в разрезе регионов показатели намного превышают республиканский уровень в Нарынской (28,8), Иссык-Кульской (19,9), Чуйской областях (21,7) и г. Ош (19,6).

6. Число операций по поводу внематочной беременности незначительно выросло за период с 2013 по 2017 годы с 1631 до 1842, при этом треть операций производится в г. Ош (587).

7. Заболеваемость и распространенность женского бесплодия на 1000 000 населения КР снизилась за 5 лет почти в два раза, с самыми высокими показателями распространенности в Ошской области (78,3) и г. Бишкек (44,0) и заболеваемости в Ошской области (55,0) и г. Бишкек (30,2), что возможно обусловлено обращаемостью за лечением в частные медицинские центры, где такие случаи не достаточно регистрируются.

8. Распространенность и заболеваемость сальпингитом, оофоритом в КР на национальном уровне за период с 2013 по 2017 гг. незначительно снизились с 393,3 до 270,8 на 100000 населения, но в Нарынской области анализ показывает постепенное увеличение показателя распространенности со 164,6 до 200 на 100000 населения. В отношении заболеваемости в разрезе регионов наиболее высокие показатели наблюдаются в г. Бишкек 457,5 на 100 тыс. и в Иссык-Кульской области, в которой заболеваемость постепенно растет за пять лет с 146,9 до 264,0.

9. Распространенность и заболеваемость другими воспалительными заболеваниями женских половых органов, в Кыргызской Республике за период с 2013 по 2017 гг. на национальном уровне

остаётся на высоком уровне. Наиболее высокие показатели наблюдаются в г.Бишкек (2667,0 на 100 тыс.) и в г. Ош (801,8 на 100 тыс.). За 2017 год зарегистрировано на уровне страны 48222 случая воспалительных заболеваний женских половых органов и половина из них выявлена в г. Бишкек (26437).

10. Распространённость и заболеваемость мужским бесплодием, Кыргызская Республика, 2013-2017 гг. аналогично женскому бесплодию снизилась за 5 лет почти в два раза, с самым высоким показателем распространённости (77,7) и заболеваемости (55,4) в Ошской области, что аналогично с ситуацией с женским бесплодием может быть обусловлено обращаемостью за лечением в частные медицинские центры, где такие случаи могут не регистрироваться.

11. Распространённость и заболеваемость болезнями предстательной железы в КР на национальном уровне за период с 2013 по 2017 гг. незначительно снизились и остаются на уровне 176,1 и 69,4 на 100 000 нас. В разрезе регионов распространённость растёт в г.Бишкек, Ош, Чуйской области. Показатель заболеваемости вырос за пять лет в г.Бишкек, в Иссык-Кульской области и Чуйской области.

6.3. Доступ ключевых групп населения к лечению ИППП

1. По данным ИБПИ среди ключевых групп населения при возникновении симптомов ИППП не смогли получить лечение 24% МСМ, 60% ЛУИН и 15% СР. Большинство МСМ (70%) предпочитают получать лечение в частных клиниках, ЛУИН в большей части также обращаются к частным врачам (34%), и среди СР 24% обращаются к частным врачам. При этом в области лечения ИППП отмечается опасная тенденция к применению самолечения на уровне всех трех групп – 18% (МСМ – 14%, ЛУИН – 16%, СР – 26%), что может указывать на низкий доступ КГН к лечению ИППП. В местном кожнодиспансере и в кабинете дружественного врача получали лечение ИППП 29% респондентов, причем для СР кабинет дружественного врача оказался наиболее популярным местом получения лечения ИППП (35%).

2. По причине низкой настороженности среди КГН за последние 12 месяцев лишь 40% (53) респондентов сообщили о том, что нуждались в услугах по профилактике, диагностике и лечению ИППП, но получали услуги большее число респондентов - 62% (83) в целях регулярного обследования. Среди обратившихся за услугами по профилактике, диагностике и лечению ИППП у 30% наблюдался тот или иной симптом ИППП на момент последнего обращения.

3. По мнению большинства опрошенных ключевых информантов услуг по профилактике, диагностике и лечению ИППП практически нет, в частности бесплатных услуг. Остались частично услуги по диагностике ИППП в организациях, финансируемых ГФ, где предусмотрена небольшая доплата врачу дерматовенерологу, лечение осуществляется за счет собственных средств получателей услуг. МСМ и СР услуги по ИППП пока частично финансируются другими донорами и ГФ, то для ЛУИН услуги по ИППП стали практически недоступными, в частности в г.Бишкек, где данный сервис уже не поддерживается со стороны ГФ.

4. Со слов ключевых информантов доступ к услугам продолжают обеспечивать сотрудники НПО, которые либо перенаправляют, либо лично сопровождают своих клиентов к специалистам. Услуги предоставляются на данный момент врачами, которые работали в дружественном сервисе при ОМЦДВ и РЦДВ, а также некоторые организации сотрудничают с частными клиниками Маматалиева (г. Ош), «Научдиамед» (г. Бишкек).

6.4. Ситуация по ВИЧ-инфекции.

1. Кыргызская Республика остаётся страной с низким уровнем распространённости ВИЧ, который составил 0,1% от численности общего населения, но в то же время, Кыргызская Республика входит в число стран с наиболее высокими темпами роста эпидемии в мире. Несмотря на значительные

усилия, предпринимаемые государственными структурами, неправительственными и международными организациями, в Кыргызской Республике продолжается рост ВИЧ-инфекции и за последние 14 лет (с 2003-2018 г за 9 мес.) число случаев ВИЧ-инфекции в стране увеличилось в 20 раз (с 405 до 8074). Общая распространенность куммулятивно зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике в 2018 году составила 130,3 на 100 тыс. населения.

2. За три года (2015-2017) рутинный эпиднадзор показывает рост выявляемости среди людей, имевших контакт с ЛЖВ с 12% до 19%, среди ЛУИН в 12 раз, МСМ в 2 раза, СР в 5 раз, доноров в 2 раза, среди обследованных по эпидемиологическим показаниям и половым партнерам беременных в 6 раз, среди больных с вновь выявленным туберкулезом в 5 раз. Среди контактных лиц с ЛЖВ 80% выявленных приходится на людей имевших половой контакт с ЛЖВ по сравнению с другими путями.

3. На 01.09.2018г. куммулятивная доля ВИЧ-положительных ЛУИН составляет 41,4% (3533 ЛУИН) от общего числа зарегистрированных ЛЖВ в Кыргызской Республике, т.е. употребление инъекционных наркотиков по-прежнему является важным путем распространения ВИЧ-инфекции, но, при этом, наблюдается значительное снижение парентерального пути передачи среди новых случаев ВИЧ-инфекции с 89% в период с 1996 по 2003гг. до 18% 2018 году (9 мес.) и рост полового пути передачи с 11% до 63%.

4. Рост значимости полового пути передачи ВИЧ-инфекции доказывается результатами исследования, проведенного среди половых партнеров ЛУИН⁴⁰, в котором была выявлена положительная реакция на антитела к ВИЧ была выявлена у 5% (95% ДИ=3,6-6,7) обследованных, при этом распространенность ВИЧ среди половых партнеров ЛУИН варьирует в разрезе регионов (Жалал-Абад 7,6%; Ош 5,4%; Бишкек 2,1%; Токмок 2,1%).

5. Наряду с ростом полового пути передачи ВИЧ-инфекции также отмечается значительное увеличение доли зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди женщин в период с 2003 по 2018гг. с 10% до 40%, что может свидетельствовать о переходе ВИЧ-инфекции из ключевых групп в общую популяцию. В разрезе регионов доля женщин среди ВИЧ-инфицированных варьирует с 20% до 83%, и следует обратить внимание на Нарынскую область, где рост доли женщин вырос в 2 раза за один год.

6. Доля гетеросексуального пути передачи нарастает среди мужчин (с 10% в 2006 г. до 52% в 2018г.) и продолжает оставаться на высоком уровне среди женщин (77% в 2006г. и 70% в 2018г.). Отмечается тенденция снижения инъекционного пути передачи и постепенный рост полового пути передачи среди новых случаев-мужчин. Среди новых случаев-женщин по-прежнему остается большой разрыв между инъекционным и половым путями передачи, со значительным преобладанием полового пути передачи. Также происходит постепенное смещение новых случаев ВИЧ-инфекции в более старшие возрастные группы.

7. За весь период проведения ИБПИ (2004-2016) отмечается рост распространенности ВИЧ-инфекции практически среди всех ключевых групп населения, исключая группу СР, среди которой распространенность ВИЧ-инфекции остается за этот период на уровне 2%. Наиболее резкий рост распространенности ВИЧ-инфекции произошел в группе МСМ (в 7 раз), где распространение инфекции происходит половым путем.

8. Распространенность ВИЧ в ключевых группах населения по данным ИБПИ коррелирует с данными ведомственной статистической отчетности по форме 4 «Отчет о результатах исследования крови на ВИЧ-инфекцию за 12 месяцев»: МСМ 5,4%, ЛУИН 15,2%, и СР 2,1%.

⁴⁰ Отчет о проведении Интегрированного био-поведенческого исследования среди половых партнеров людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Кыргызской Республике. ICAP при Колумбийском университете. 2015г.

9. Распространенность антител к сифилису, которая указывает на наличие когда-либо перенесенного сифилиса, за последние три раунда ИБПИ (период с 2010 по 2016 гг.) выросла среди всех групп: в группе ЛУИН с 7% до 14% (в 2 раза), в группе СР с 10% до 25% (в 2,5 раза), в группе МСМ с 6% до 11% (в 1,8 раза) и в группе заключенных с 4% до 17% (в 4,2 раза).

10. Отмечается высокая распространенность опасного полового поведения среди КГН с ВИЧ-позитивным статусом: 22% ЛУИН, 40% МСМ и 53% СР. При этом о своем статусе были осведомлены 34% ЛУИН, 26% МСМ и 7% СР, т.е. зная о своем статусе они тем не менее практикуют опасное половое поведение (использовали презервативы иногда или никогда за последние 12 месяцев или не использовали презерватив при последнем половом контакте).

11. Оценочное число партнеров у МСМ и ЛУИН с ВИЧ-позитивным статусом и практикующих опасное половое поведение может достигать за один год 9217 человек (6310-12455). Т.е. потенциально 9217 человек могли быть подвергнуты риску заражения ВИЧ-инфекцией за 12 месяцев. В отношении СР с учетом того, что клиенты могут повторно пользоваться услугами СР, лучше говорить не о количестве партнеров, а о числе опасных половых контактов с ВИЧ-позитивными СР, которое за 12 месяцев может достигать в среднем 69523 контакта (от 34675 до 102590).

12. Отмечается высокий уровень опасного полового поведения среди ЛЖВ, а именно половые контакты с ЛЖВ, ЛУИН, случайными и коммерческими половыми партнерами за последние 12 месяцев. За 15 лет доля ЛЖВ, практикующих половые контакты со случайными или коммерческими половыми партнерами выросла с 24% до 38% (в 1,6 раза). За последние 12 месяцев 4% новых случаев ВИЧ-инфекции в 2018 году имели половые контакты с ЛУИН и 9% с ЛЖВ.

13. В борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции важным моментом является своевременное выявление, консультирование и тестирование лиц, имевших контакт с вновь выявленными случаями ВИЧ-инфекции. Уровень выявления контактных лиц в 2018 году составляет 47% и за 15 лет этот показатель вырос всего на 14%.

14. По результатам ИБПИ отмечается низкий охват ключевых групп населения минимальным пакетом услуг (включает выдача ИОМ и презервативов за последние 12 месяцев): 35% ЛУИН, 38% МСМ и 43% СР), с самыми низкими показателями в северных регионах (8,6% ЛУИН Сокулук и 11% СР в Бишкеке). При этом доказана статистически значимая эффективность воздействия профилактических программ на повышение уровня знаний респондентов о мнимых путях ВИЧ и способах защиты; использование презервативов и охват тестированием и консультированием на ВИЧ-инфекцию.

15. По результатам ИБПИ 2016г. отмечается низкий охват ключевых групп населения тестированием на ВИЧ-инфекцию с предоставлением результата: 20% МСМ, 49% СР и 41% ЛУИН.

16. По результатам анализа данных ИБПИ отмечается низкий уровень знаний представителей ключевых групп населения, которые могут правильно назвать способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и опровергают наиболее распространенные заблуждения относительно передачи ВИЧ. Среди ключевых групп населения уровень знаний среди МСМ (51%) преобладал по сравнению ЛУИН (37%) и СР (22%), хотя тоже был не на высоком уровне. Представители общего населения, а именно женщины в возрасте 15–49 лет, показали низкий уровень знаний по данному вопросу (20%).

17. По результатам опроса ключевыми факторами передачи ВИЧ-инфекции половым путем в стране были отмечены такие моменты, как высокий уровень внутренней и внешней миграции, как среди общего населения, также и среди КГН, многие не хотят использовать презерватив по различным причинам (доверие партнеру, снижается чувствительность, пропадает эрекция и т.д.), было отмечено, что презервативы, раздаваемые в рамках проектов не всегда пользуются спросом у КГН, кроме этого наблюдается низкая информированность КГН и общего населения о путях передачи ИППП (бытует мнение, что ВИЧ и ИППП не передается через анальный, оральный секс), низкий уровень ответственности к своему здоровью. А также можно отметить такие моменты, как сокращение популяции ЛУИН, снижение доли парентерального пути передачи ВИЧ, затрудненный доступ к СР.

18. Также ключевыми информантами отмечено, что потребности в презервативах КГН не покрываются профилактическими программами, а покупать презервативы соответствующего качества не всегда доступно представителям КГН и общему населению в том числе, соответственно о безопасном половом поведении говорить не приходится.

7. РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Усиление эпидемиологического надзора за инфекциями, передаваемыми половым путем, для лучшего построения стратегии борьбы с ИППП:
 - обеспечение полной регистрации случаев ИППП во всех лечебных учреждениях, включая частные клиники и лаборатории;
 - регулярный анализ данных по распространенности ИППП, этиологии, изучение факторов риска ИППП;
 - мониторинг устойчивости ИППП к противомикробным препаратам;
 - регулярный анализ данных по ВИЧ, охране материнства и детства и репродуктивному здоровью;
 - регулярная оценка численности КГН и ИБПИ для эффективного планирования профпрограмм;
2. Усиление потенциала лабораторной службы по проведению диагностики ИППП через повышение качества проводимых исследований, внедрения современных методов исследований, обучение персонала современным методам диагностики ИППП.
3. Осуществление мониторинга распространенности сифилиса, гонореи и хламидиоза среди беременных женщин и представителей ключевых групп населения.
4. Усиление работы с половыми партнерами по консультированию и тестированию на ИППП и ВИЧ:
 - беременных женщин;
 - ключевых групп населения;
 - пациентов с ВИЧ, ИППП, ВГС, ВГВ.
5. Обследование на ИППП пациентов, при выявлении гепатитов В и/или С, ВИЧ-инфекции.
6. Обеспечение постепенного перехода от синдромного к этиологическому подходу, что потребует укрепления потенциала в области лабораторной диагностики ИППП, а также разработки и внедрения экономически доступных методов диагностирования инфекций, передаваемых половым путем, по месту оказания помощи;
7. Усиление контроля за безрецептурным отпуском антибиотиков в аптечной сети.
8. Усиление информационного компонента в программах по профилактике ВИЧ среди ключевых групп населения, в частности:
 - по безопасному половому поведению,
 - использованию барьерных методов защиты от ИППП,
 - обучение навыкам убеждения половых партнеров использованию презервативов для снижения случаев незащищенных половых контактов среди ключевых групп населения.
9. Широкое освещение среди общего населения и людей, принимающих решения:
 - проблемы стремительного роста полового пути передачи ВИЧ;
 - необходимости изменения акцента на профилактику ВИЧ половым путем, и в этой связи поднимать проблемы с ИППП;
 - о повышении риска заражения ВИЧ при наличии ИППП;
10. Оценка потребностей в ресурсах для борьбы с ИППП и обоснование необходимости снижения цен на диагностические и лекарственные средства в отношении ИППП для КГН, снижение финансовых барьеров, затрудняющих доступ к медицинской помощи в связи с ИППП, обеспечение страхового покрытия комплексных услуг, связанных с ИППП.
11. Предоставление рекомендаций правительству по разработке механизмов борьбы с ИППП, расширения масштабов вмешательств, в частности, для ключевых групп населения.

12. Рассмотрение вопроса необходимости разработки Национальной программы по ИППП, включая разработку системы МиО, индикаторов (качественные, количественные), позволяющих отслеживать эффективность проводимой работы по борьбе с ИППП.
13. Улучшение доступности презервативов как среди молодежи, так и среди ключевых групп населения, в том числе в местах лишения свободы.
14. Мобилизация и вовлечение всех ключевых групп населения в борьбу с распространением ВИЧ и ИППП.
15. Работа по снижению стигмы и дискриминации среди медицинских сотрудников государственных учреждений в отношении ключевых групп населения и людей живущих с ВИЧ с целью повышения уровня их обращаемости.
16. Повышение качества предоставляемых услуг по профилактике, диагностике, и лечению ИППП ключевых групп населения и людей живущих с ВИЧ в государственных учреждениях здравоохранения путем обучения медицинских специалистов в данных учреждениях.
17. Повышение осведомлённости населения об услугах в рамках дополнительного пакета услуг ОМС, куда входит определенный перечень бесплатных услуг и выписки рецептов в рамках программы застрахованным гражданам страны в рамках ДП ОМС, что обеспечит охват почти 70% населения страны.
18. Расширить доступ ключевых групп населения к услугам по профилактике, диагностике, лечению ИППП путем интеграции вопросов профилактики и лечения ИППП в работу существующих служб первичной медико-санитарной помощи, репродуктивного здоровья и ВИЧ.
19. Рассмотреть вопросы использования инноваций таких, как новые вакцины, бактерицидные средства по месту оказания услуг.
20. Укрепление механизмов финансирования для предоставления услуг в области ИППП, включая, при необходимости, скрининг.
21. Осуществлять комплексные стратегии снижения цен на продукцию, необходимую для борьбы с ИППП.
22. Укрепить программы по преквалификации ВОЗ в целях обеспечения наличия и расширения ассортимента препаратов-генериков.