

ОТЧЕТ ОБ ОЦЕНКЕ
Первой фазы
Программы оказания технической помощи странам
Восточной Европы и Центральной Азии в области
профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и
другими инфекционными заболеваниями
(2013-2015 гг.)

2017 г.

Исполнители оценки:

Голиусов Александр Александрович

Панова Виктория Владимировна

АННОТАЦИЯ

ОТЧЕТ ОБ ОЦЕНКЕ Первой фазы Программы оказания технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями (2013-2015 гг.) включает в себя детальное рассмотрение достижений и ограничений по итогам реализации Программы по трем заявленным компонентам в трех странах-реципиентах: Армении, Киргизии и Таджикистане. Проведена экспертная оценка сильных и слабых сторон Программы с учетом национальной специфики проводимых мероприятий, описаны уроки реализации первой фазы проекта. Были предложены выводы и рекомендации по каждой из стран-участниц, что позволит партнерам устранить выявленные недочеты и закрыть обозначенные лакуны. Также в рамках отчета можно выделить комплексные предложения по усилению Программы в рамках второй фазы реализации в 2016 – 2018 гг. и за ее пределами.

СОДЕРЖАНИЕ

Аннотация.....	3
Список сокращений.....	5
Резюме.....	7
1. ВВЕДЕНИЕ.....	10
2. ОПИСАНИЕ ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНКИ.....	11
<i>Назначение оценки и её ключевые вопросы.....</i>	<i>11</i>
<i>Методы проведения оценки.....</i>	<i>11</i>
<i>Организация работ по оценке.....</i>	<i>11</i>
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ.....	13
3.1 Республика Армения.....	13
<i>Общие данные по Республике Армения.....</i>	<i>13</i>
Компонент А.....	14
<i>Достигнутые результаты компонента А.....</i>	<i>14</i>
<i>Сильные и слабые стороны компонента А.....</i>	<i>18</i>
<i>Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние.....</i>	<i>19</i>
<i>Уроки, применимые во Второй фазе.....</i>	<i>19</i>
Компонент В.....	20
<i>Достигнутые результаты компонента В.....</i>	<i>20</i>
<i>Сильные и слабые стороны компонента В.....</i>	<i>25</i>
<i>Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние.....</i>	<i>26</i>
<i>Уроки, применимые во Второй фазе.....</i>	<i>27</i>
Компонент С.....	27
<i>Достигнутые результаты компонента С.....</i>	<i>27</i>
<i>Сильные и слабые стороны компонента С.....</i>	<i>31</i>
<i>Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние.....</i>	<i>32</i>
<i>Уроки, применимые во Второй фазе.....</i>	<i>32</i>
Общие выводы по Республике Армения.....	34
Рекомендации по Республике Армения.....	35
3.2 Кыргызская Республика.....	36
<i>Общие данные по Кыргызской Республике.....</i>	<i>36</i>
Компонент А.....	37
<i>Достигнутые результаты компонента А.....</i>	<i>37</i>
<i>Сильные и слабые стороны компонента А.....</i>	<i>41</i>
<i>Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние.....</i>	<i>41</i>
<i>Уроки, применимые во Второй фазе.....</i>	<i>42</i>
Компонент В.....	42
<i>Достигнутые результаты компонента В.....</i>	<i>42</i>
<i>Сильные и слабые стороны компонента В.....</i>	<i>48</i>
<i>Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние.....</i>	<i>49</i>
<i>Уроки, применимые во Второй фазе.....</i>	<i>50</i>

Компонент С	51
<i>Достигнутые результаты компонента С</i>	51
<i>Сильные и слабые стороны компонента С</i>	54
<i>Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние</i>	55
<i>Уроки, применимые во Второй фазе</i>	55
Общие выводы по Кыргызской Республике	56
Рекомендации по Кыргызской Республике	58
3.3 Республика Таджикистан	59
<i>Общие данные по Республике Таджикистан</i>	59
Компонент А	60
<i>Достигнутые результаты компонента А</i>	60
<i>Сильные и слабые стороны компонента А</i>	67
<i>Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние</i>	69
<i>Уроки, применимые во Второй фазе</i>	69
Компонент В	70
<i>Достигнутые результаты компонента В</i>	70
<i>Сильные и слабые стороны компонента В</i>	74
<i>Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние</i>	75
<i>Уроки, применимые во Второй фазе</i>	76
Компонент С	76
<i>Достигнутые результаты компонента С</i>	76
<i>Сильные и слабые стороны компонента С</i>	81
<i>Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние</i>	82
<i>Уроки, применимые во Второй фазе</i>	82
Общие выводы по Республике Таджикистан	83
Рекомендации по Республике Таджикистан	84
3.4 Республика Узбекистан	85
4. РОЛЬ РОО «СПИД-ИНФОСВЯЗЬ»	87
5. ВНЕПРОГРАММНЫЕ СТРАТЕГИЧЕСКИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОЕКТ	89
6. ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ И ВЫВОДЫ	91
6.1 Замечания и наблюдения	91
6.2 Перспективные и неохваченные направления	94
6.3 Общие выводы и рекомендации	94
Рекомендации	96
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	98
Приложение I. Перечень документов, использованных для проведения оценки.....	99
Приложение II. Охват по Компоненту С за период Фазы I (2013-2015 гг).....	104
Приложение III. Образец пакета документов по организации работы персонала мобильных клиник, разработанного в рамках Первой фазы Программы (на примере документации для Таджикистана).....	105

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АМР	Агентство США по международному развитию (USAID)
АРВТ	Антиретровирусная терапия
ВВП	Внутренний валовый продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения (WHO)
ГФ	Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ЕАЭС	Евразийский экономический союз
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
ЗППП	Заболевания, передающиеся половым путем
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ИСМП	Инфекции, связанные с медицинскими процедурами
КР	Кыргызская Республика
ЛЖВС	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
ЛУИН	Лица, употребляющие инъекционные наркотики
МДК	Мультидисциплинарные Команды
МК	Мобильная клиника
ММКО	Молодежный Медико-Консультативный Отдел
МОМ	Международная организация по миграции (ИОМ)
МСМ	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
НГО	Негосударственная организация
НКК	Национальный координационный комитет
НКО	Некоммерческая организация
НСПВ	Национальная Стратегия по Противодействию ВИЧ
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ОДКБ	Организация Договора о коллективной безопасности
ОНРС	Оценка Национальных Расходов на ВИЧ/СПИД
ОЭСР/КСР	Организации экономического сотрудничества и развития/Комитет содействия развитию
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПРООН	Программа развития ООН (UNDP)
ПМСП	Первичная Медико-Санитарная Помощь
ППМР	Профилактика передачи от матери к ребенку
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РА	Республика Армения
РКС	Работницы коммерческого секса
РОО	Региональная общественная организация
РОЦ	Региональный обучающий центр
РТ	Республика Таджикистан
РФ	Российская Федерация
РЦ	Республиканский центр
СОП	Стандартные операционные процедуры

СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
УДМ	Услуги дружественные к молодёжи
ЮНИСЕФ	Детский Фонд ООН (UNICEF)
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в Области Народонаселения (UNFPA)
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS)
CPR	Calibrated population resistance tool
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ЕЕСААС	Международная конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии
NASA	National AIDS Spending Assessment
PSI	Population Services International

РЕЗЮМЕ

Программа регионального сотрудничества с участием Армении, Киргизии, Таджикистана и Узбекистана нацелена на укрепление систем противодействия распространения эпидемии ВИЧ/СПИД в этих государствах, развития национальных программ, а также технической помощи в укреплении систем надзора, профилактики и лечения ВИЧ/СПИД.

Реализация Программы осуществлялась по трем основным направлениям:

Компонент А: «Совершенствование системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, ИППП и вирусными гепатитами»

Компонент В: «Развитие профилактической деятельности и контроля над инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ инфекции, ИППП и гепатит среди женщин и детей»

Компонент С: «Совершенствование систем профилактики ВИЧ/СПИД, ИППП и гепатита среди групп населения особенно уязвимых в отношении этих инфекций, включая профилактику этих инфекций среди мигрантов»

Внешняя оценка Программы осуществлялась с целью проведения независимого анализа завершившейся Первой фазы Программы, ее достижений, определения извлеченных уроков, которые помогут сформировать рекомендации по укреплению следующей фазы проекта, а также преодолеть трудности, возникшие в первой фазе (2013 – 2015 гг.) В ходе исследования использовались две методики: индивидуальные и групповые интервью, а также изучение представленной документации.

Большая часть мероприятий, входящих в состав компонентов Первой фазы Программы были успешно реализованы. Программа позволила «закрыть» проблемные направления по противодействию ВИЧ/СПИД, которые оказались проигнорированы мировым сообществом и другими донорами в странах-реципиентах, в том числе проблемы контроля и профилактики инфекционных заболеваний среди беременных, передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, а также совершенствования системы профилактики среди трудовых мигрантов. При содействии Программы, ЮНЭЙДС оказала помощь национальным органам здравоохранения трех стран в разработке нормативно-правовых актов в области эпидемиологического надзора за ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами, тематического обучения специалистов, а также в проведении исследований, результаты которых способствовали совершенствованию национальной системы эпидемиологического надзора.

Реализация Компонента А среди прочего позволила улучшить комплексный эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ/СПИД, особенно среди труднодоступных групп населения, в частности – мигрантов.

В рамках Компонента В, были усилены системы профилактики и контроля за ВИЧ-инфекцией и сопутствующими инфекционными заболеваниями среди женщин и детей. В том числе оказана помощь в разработке национальных руководств по профилактике вертикальной передачи ВИЧ, разработаны учебные материалы и подготовлены специалисты, проведены комплексные исследования по инфекционному контролю в учреждениях родовспоможения, проведена оценка мер профилактики ИСМП и системы инфекционного контроля, а также оказана необходимая материально-техническая помощь.

В рамках Компонента С реализованы мероприятия по обучению аутрич-специалистов, организации и поддержки диагностики ВИЧ, ВГ и ИППП в удаленных и труднодоступных

районах, а также информационно-просветительные мероприятия, в том числе с использованием материалов, изданных на национальных языках.

Важным условием прогресса стали поставки российских мобильных клиничко-диагностических комплексов, а также обеспечение тест системами и расходными материалами, что позволило значительно повысить охват населения трех стран диагностическими и консультационными услугами.

Немаловажным фактором успеха реализации Первой фазы Программы стала слаженность и взаимодополняемость совместной работы Правительства Российской Федерации, ЮНЭЙДС и Фонда по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями «СПИД Инфосвязь» с национальными партнерами в министерствах здравоохранения республик, а также региональными центрами СПИД, т.к. именно такое сотрудничество ключевых заинтересованных лиц (стейкхолдеров) позволило эффективно обеспечить оперативное и комплексное решение предлагаемых задач. Вместе с тем, возможно, стоит и далее интенсивно развивать взаимодействие в странах-реципиентах, что позволит вывести программу на новый, еще более высокий уровень, повысить ее полезность и эффективность. Важным направлением работы остается образовательная и информационная работа со всеми группами населения, вместе с тем, необходимо больший акцент делать на работу с детьми и молодежью.

В процессе оценки были выявлены некоторые непрограммные, стратегические факторы, действующие в регионе и оказывающие как опосредованное, так и прямое влияние на процесс реализации Программы.

Основные выводы:

- В настоящее время Программа является одним из стержневых факторов, сдерживающих распространение эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Армения, Кыргызской Республике и Республике Таджикистан.
- Основные направления Программы показали свою актуальность и полезность в контексте реализации национальных программ по борьбе с эпидемией ВИЧ. Программа является примером инновационного механизма оказания технической помощи, через партнерство стейкхолдеров различного уровня. Новая модель оказания Российской Федерацией точечной финансовой помощи при активном участии и поддержке UNAIDS, а также российского Фонда «СПИД Инфосвязь», доказала свою эффективность и перспективность.
- Успешным и актуальным компонентом Программы, стала деятельности мобильных клиник. В странах-участницах отмечается высокая заинтересованность в дальнейшем продолжении и развитии данного компонента. Учитывая, что во всех странах отмечается успешность, актуальность, полезность и эффективность данного направления, а также в целях обеспечения дальнейшей устойчивости компонента, при подписании соглашений о следующих фазах программы, следует внести пункт об обязательном государственном участии в со-финансировании и обеспечении данного компонента.
- Существует потребность со стороны стран-реципиентов в рамках реализации регионального проекта разработать ряд мероприятий, направленных на координацию, синхронизацию и эффективное взаимодействие международных, государственных и негосударственных, партнерских организаций, реализующих программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа на страновом уровне.
- Существует необходимость внедрения единой системы проектной и технической отчетности партнерских организаций, участвующих в реализации Программы,

стандартизации системы учета бенифициаров, обследованных в рамках проекта и единого методологического подхода в организации и проведении комплексных исследований в странах реципиентах в целях повышения сопоставимости результатов.

- Существует необходимость усиления информационно-просветительских мероприятий, направленных на повышение грамотности и снижения стигмы в сфере ВИЧ/СПИД, в первую очередь с акцентом на работу с молодым поколением.

Основные рекомендации:

1. Провести работу по созданию рекомендательного механизма координации и согласования проводимых и планируемых мероприятий между организациями-партнерами, в том числе международными, государственными и негосударственными организациями, с целью повышения экономической эффективности усилий направленных на противодействие ВИЧ на страновом уровне.
2. Провести детальное картирование основных программ и направлений работы международных и национальных организаций и фондов, осуществляющих работу в странах региона.
3. Учитывая необходимость обеспечения устойчивости Программы, а также сложившуюся в регионе ситуацию со снижением финансирования со стороны международных партнерских программ по противодействию распространению ВИЧ, в последующие соглашения с реципиентами Программы необходимо внести пункты об обязательном государственном со-финансировании компонентов Программы, в том числе со-финансировании закупок диагностических тест-систем.
4. Необходимо рассмотреть возможность оптимизации процедуры заключения контрактных соглашений, и возможность перехода на более длительные (трехгодичные) контракты, для минимизации влияния этого фактора в том числе и на эффективность сезонной работы с мигрантами.
5. Необходимо усилить научно-исследовательский компонент в рамках Программы, разрабатывать и проводить совместные исследования в области противодействия распространения ВИЧ/СПИДа.
6. Рекомендовать странам-получателям помощи по Программе разработать стандартизированный подход к работе персонала мобильных клиник и аутрич-работе (стандартизировать подходы к обучению и подготовке специалистов, создать протоколы по каждому из направлений, с указанием профессиональных обязанностей, условий труда, а также иными регулирующими данными), или внедрить ранее разработанный в рамках Программы пакет документов по организации работы персонала мобильных клиник (Приложение III).
7. Внедрить стандартизированную систему по индивидуальному кодированию клиентов мобильных клиник, в том числе и с использованием уже существующих и успешно применяющихся методик и технологий.
8. Проводить экономически эффективные региональные совещания по Программе в городах стран-участниц программы, с целью обмена опытом и развития кооперации стран-участниц Программы, привлечения внимания к проблеме, а также освещения деятельности и роли российской помощи в регионе.
9. Разработать механизмы государственной поддержки на уровне местных администраций, в том числе для обеспечения доступа к электроэнергии во время работы на

местах развертывания мобильных диагностических комплексов, как элемента государственного со-финансирования Программы.

1. ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день очевидно, что противодействие инфекциям, включая ВИЧ/СПИД, это та задача, без решения которой невозможно обеспечить устойчивое глобальное и региональное социально-экономическое развитие. В этой связи в соответствии с утвержденной Концепцией участия Российской Федерации в содействии международному развитию в целях снижения угроз опасных инфекционных болезней Российская Федерация последовательно наращивает усилия по укреплению национальных систем здравоохранения и социальной защиты в рамках таких структур как СНГ, ШОС, БРИКС и пр. Значительное внимание уделяется вопросам оказания помощи странам-партнерам России в укреплении их собственного потенциала по борьбе с инфекционными болезнями и обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Благодаря целому ряду проектов и программ помощи иностранным государствам, реализованных Российской Федерацией за последние 10 лет в странах СНГ, Юго-Восточной Азии и Африки на двусторонней основе и при участии организаций системы ООН, Российская Федерация стала одним из основных партнеров в решении международных проблем здравоохранения. Это особенно актуально в условиях снижения финансирования со стороны международных организаций и фондов, и ограниченных ресурсов на здравоохранение в этих государствах.

Одним из успешных и результативных примеров программ российской помощи стала Программа по оказанию технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями, реализованная Российской Федерацией совместно с Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) и РОО «СПИД инфосвязь».

Необходимо отметить комплексный характер Программы, являющийся примером эффективного многостороннего сотрудничества между Правительством Российской Федерации, международной организацией (ЮНЭЙДС) и российской некоммерческой организацией (РОО «СПИД инфосвязь»), что позволило в максимальной степени использовать преимущества и компетенции каждого из участников.

В целом Программа явилась ярким примером последовательности Российской Федерации в борьбе с ВИЧ эпидемией на международном уровне, увеличила роль России в региональных и глобальных усилиях по борьбе с инфекционными болезнями, способствовала укреплению научных и общественных связей с государствами Восточной Европы и Центральной Азии.

2. ОПИСАНИЕ ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНКИ

Назначение и вопросы оценки

Цель внешней оценки состоит в проведении независимого анализа итогов Первой фазы Программы, ее общих достижений, определения и выявления достигнутого и извлеченных уроков, которые могут позволить сформировать рекомендации по укреплению актуальности, эффективности и полезности следующей фазы проекта, преодолеть обнаруженные «узкие места» в ходе реализации Первой фазы в 2013 – 2015 гг.

При проведении оценки, было необходимо ответить на следующие вопросы:

- Были ли достигнуты ожидаемые результаты в рамках Программы?
- Сильные и слабые стороны Программы?
- Какие факторы, воздействовали на успех Программы (как внутренние, так и внешние)?
- Какие уроки применимы для Второй фазы Программы?

Методика оценки

В ходе исследования использовались две методики: индивидуальные и групповые интервью, а также изучение представленной документации.

Интервью проводились как в странах-участницах Программы, так и в Российской Федерации. Респондентами выступили представители и сотрудники организаций, ответственных за выполнение различных компонентов программы, а также были выборочно интервьюированы (по возможности) представители населения (мигранты, клиенты мобильных клиник, медицинские работники различных специальностей, аутрич-работники) – прямые бенефициары Программы.

Также был произведен анализ рабочих планов, отчетов исполнителей и партнерских организаций, национальных и международных нормативных документов, в том числе Национальных стратегий по борьбе с ВИЧ, финансовых отчетов, результатов проведенных исследований, предоставленных статистических данных, тематических информационных материалов, а также иные документов, отражающих результаты и достижения Программы. Полный список документов, использованных для оценки приведен в Приложении I.

Анализ и оценка проводились по следующим направлениям:

- Актуальность, эффективность и полезность Программы в целом на уровне страны в контексте национальных программ по борьбе с эпидемией ВИЧ;

- Роль фонда по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями «СПИД Инфосвязь» в сотрудничестве/координации с национальными партнерами в рамках борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа в странах-участницах.

Для анализа и оценки использовались стандартные критерии, рекомендованные ОЭСР/КСР и принятые многими партнерами по международному развитию: эффективность, влияние, актуальность, устойчивость, полезность.

Анализ проводился в отношении применения и результатов Программы в период с января 2013 года по декабрь 2015 года по трем региональным программам сотрудничества, которые также стали странами-партнерами в программе в рамках Второй фазы проекта – Армении, Киргизии и Таджикистана.

Организация и процесс оценки

Процесс оценки осуществлялся в несколько этапов, и проводился как в странах-участницах, так и в Российской Федерации. На первом этапе исполнителями оценки был проведен анализ предоставленной документации Программы, по результатам которой были

определены направления и подготовлен перечень вопросов для проведения интервью. На втором этапе, были осуществлены визиты в страны-реципиенты с целью сбора дополнительной информации, а также проведения консультаций на местах.

Во время визита исполнители оценки посетили организации ответственные за выполнение Программы, а также международные, государственные и негосударственные партнерские организации в Республике Армения (г.Ереван и Ширакская область), Кыргызской Республике (г.Бишкек, г.Ош), и в Республике Таджикистан (г.Душанбе, г.Курган-Тюбе). Исполнители оценки находились в постоянном взаимодействии, регулярно обменивались полученными данными, координировали и согласовывали свои действия.

На третьем этапе проводилось сопоставление и анализ полученных данных, а также оценка документации, предоставленной по запросу во время интервью в странах-участницах Программы. Полученные предварительные данные были представлены 2 декабря 2016 на совещании в Министерстве Финансов Российской Федерации, и после детального анализа подготовлен окончательный отчет.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ

3.1 Армения

Общие данные по Армении

Армения является ключевой страной, определяющей стабильность и устойчивое развитие Южного Кавказа, а также важнейшим партнером Российской Федерации в регионе. Россия – крупнейший инвестор в экономику Армении, товарооборот Армении с РФ составляет порядка 25% общего товарооборота страны. При том, что общая численность населения Армении составляет около 3 миллионов человек, в России присутствует крупнейшая диаспора армян за рубежом (около 2 миллионов человек), не менее значимым фактором является трудовая сезонная миграция армян в РФ. Армения также является членом ЕАЭС и ОДКБ, дислоцирована российская военная база, российские пограничники осуществляют охрану границ Армении с Турцией и Ираном. Россия также вместе с США и Францией является сопредседателем Минской группы ОБСЕ по урегулированию Нагорно-Карабахского конфликта.

Экономика страны в последние два года по заявлению премьер-министра Армении Карена Карапетяна испытывала на себе негативные тенденции ввиду спада в экономике ближайшего партнера – России, а также сокращения внешних трансфертов. Текущий ВВП Армении составляет порядка 11,18 млрд. долл.США, при этом расходы на здравоохранение в 2016 году составляют 1,6% от ВВП страны (или, примерно, 179 млн.долл.США).

Регистрация инфицированных ВИЧ в республике началась с 1988 года и на 31 октября 2016 года в Армении было зарегистрировано 2482 случая ВИЧ-инфицирования. Среди инфицированных преобладают лица мужского пола (69%), 45 случаев (1,8%) выявлено среди детей. При этом по заявлениям ответственных лиц, 70% новых случаев инфицирования происходит за счет трудовых мигрантов (57% они сами, 13% их партнеры). Основным способом передачи ВИЧ-инфекции являются гетеросексуальные контакты (66%), на втором месте стоят потребители инъекционных наркотиков (25%). При этом к позитивным тенденциям с точки зрения борьбы против ВИЧ/СПИДа можно отнести полную элиминацию в Армении вертикальной передачи инфекции от матери ребенку.

Национальная программа противодействия эпидемии ВИЧ финансируется из государственного бюджета, а также из дополнительных источников: Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией, и Правительством Российской Федерации, при операционном участии ЮНЭЙДС, а также в меньшей степени – агентствами ООН ЮНИСЕФ и ЮНФПА.

Основным донором и в Армении, и в остальных анализируемых странах остается Глобальный фонд. В то же время, РФ исходя из понимания своей глобальной ответственности за совершенствование системы международных отношений, в частности за стабильность и процветание на пространстве Евразийского Экономического Союза, в Армении особое внимание уделяет социальной сфере и сфере здравоохранения. Российская Федерация оказывает помощь через финансирование программ, направленных на борьбу с ВИЧ/СПИД в ряде стран СНГ, включая Армению, в частности в рамках Региональной Программы технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями. Уже завершилась Первая фаза Программы, а с 2016 года реализуется ее второй этап, хотя уже сейчас можно отметить целый ряд достижений и сделать выводы для улучшения и повышения эффективности Программы в рамках второй фазы. В рамках Второй фазы Роспотребнадзор окажет содействие Армении на двусторонней основе на сумму свыше 295 млн.руб. В сентябре

2016 был подписано соглашение о сотрудничестве между РФ и ООН в рамках Первой программы по улучшению неонатальных услуг в Армении (бюджет - около 600 тысяч долл. США на 2017-2019 гг.).

Стоит особо отметить, что благодаря высокой степени приверженности в сфере тестирования на ВИЧ, дородового наблюдения и лечения ВИЧ-инфекции, в Армении с 2008 года не было зарегистрировано случаев передачи от ВИЧ-положительных беременных - ребенку. В связи с этим в ходе церемонии, состоявшейся в 2016 году в Нью-Йорке, на совещании по вопросам ВИЧ/СПИДа Генеральной Ассамблеи ООН, министру здравоохранения, был вручен сертификат, подтверждающие элиминацию вертикального пути передачи ВИЧ в Армении.

При проведении оценки в Армении было необходимо получить ответы на основные вопросы оценки, обозначенные выше. Для этого были изучены отчеты и проектная документация Программы: нормативные документы (стратегия, законы, распоряжения, приказы и т.д.), статистические данные и научные публикации. Были проведены групповые и индивидуальные интервью представителей организаций-исполнителей и со-исполнителей проекта, а также представителей международных, государственных и неправительственных партнерских организаций, занимающихся вопросами профилактики ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов и ИППП.

В результате анализа полученной информации было установлено, что в рамках **компонента А: «Совершенствование системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, ИППП и вирусными гепатитами»** Программы ЮНЭЙДС оказала помощь национальным органам здравоохранения Республики Армения в области эпидемиологического надзора за ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами, тематического обучения специалистов, а также в проведении исследований, результаты которых способствовали совершенствованию национальной системы эпидемиологического надзора. Реализация Компонента А позволила улучшить комплексный эпидемиологический надзор за ВИЧ/СПИДом, особенно среди труднодоступных групп населения, в частности – мигрантов.

Достигнутые результаты компонента:

1. Проведены комплексные поведенческие и биологические надзорные обследования для оценки распространенности ВИЧ-инфекции, а также ИППП и гепатитов в 2014 году (и в 2016 году), с целью улучшения мониторинга поведения, связанного с повышенным риском инфицирования ВИЧ, среди мигрантов. Исследование среди мигрантов впервые проводилось в 2014 году, причем, как часть отдельного, поведенческо-биологического компонента, в рамках исследования, проводимого совместно с Глобальным Фондом. Часть исследования, касающаяся изучения поведенческих особенностей, связанных с вопросами миграции, ВИЧ, вирусных гепатитов В и С, сифилиса, финансировалась на средства Программы. Для проведения данного компонента исследования был разработан инструментарий (протокол и опросник), а также закуплены тест-системы. Результаты надзорных исследований были отражены в рутинных отчетах по эпидемиологическому надзору (2014 и 2016 гг.), а также представлены на заседании Странового Координационного Комитета. В частности, было установлено, что фактор миграции играет чрезвычайно важную роль в развитии эпидемии ВИЧ в Республике Армения. Более половины случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в период 2009-2015гг, были с большой долей вероятности инфицированы за пределами Республики Армения. Причем, из них более 90% были инфицированы - в России (91% в России, 5% - в Украине, 0.8% - в Польше, 0.7% - в Казахстане, 2.6% - в других странах). По общим подсчетам, 57% случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых, зарегистрированных в период 2011-2015гг были инфицированы за границей, а ещё 13% зарегистрированных случаев

ВИЧ – это сексуальные партнеры инфицированных за границей. Таким образом, порядка 70% случаев инфицирования ВИЧ, зарегистрированных в указанный период напрямую связаны с миграцией¹. Полученные данные были использованы для внесения корректив и усовершенствования национальной программы по противодействию ВИЧ/СПИД до 2016 года. В настоящее время разработана обновленная национальная программа по противодействию ВИЧ/СПИД в Республике Армения на пятилетний период с 2017-2021гг, в том числе с учетом данных, полученных в результате проведенного исследования по мигрантам².

2. В рамках Программы в 2014 году проводилось исследование по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в основных группах населения, с целью локализации наибольшего количества новых случаев ВИЧ-инфекции и определения наиболее эффективных профилактических интервенций. Поведенческие биологические исследования проводились среди мигрантов, в группах риска РКС, МСМ, ПИН, а также в молодежной среде и среди заключенных. Исследования проводились в соответствии с международными рекомендациями. Работа в группах риска, и в целевых группах осуществлялась неправительственными организациями, а последующая обработка и анализ данных осуществлялся специалистами Республиканского Центра по профилактике СПИДа (РЦП СПИДа). Данное исследование проводилось при взаимодействии Глобального Фонда и ЮНЭЙДС. Результаты исследования были отражены в рутинных отчетах по эпидемиологическому надзору, а также в отчетах и рапортах партнерских организаций.

Кроме того, были подготовлены и реализованы мероприятия по надзору за резистентностью ВИЧ к АРВ-препаратам. В лаборатории РЦП СПИДа Армении при непосредственном участии российских специалистов был успешно внедрен метод анализа мутаций лекарственной устойчивости ВИЧ с применением генотипирования. Был усилен материально-технический и кадровый потенциал лабораторий, разработаны и внедрены в практику лабораторной работы стандартные операционные процедуры, а также разработана стратегия мониторинга лекарственной устойчивости ВИЧ. Привлеченные эксперты оказали помощь лабораторным и клиническим специалистам в ходе внедрения методологии генотипирования ВИЧ, провели предварительную оценку уровня распространенности мутаций лекарственной устойчивости ВИЧ в Армении, а также осуществили анализ локальных факторов и ситуаций, способствующих появлению лекарственной устойчивости. При подготовке и реализации работ по надзору за резистентностью ВИЧ, привлеченные специалисты оценили эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ в Армении, в том числе программы лечения ВИЧ-инфекции; проанализировали возможности проведения мониторинговых исследований, в соответствии с рекомендациями ВОЗ; разработали план внедрения мониторинга устойчивости ВИЧ к АРВ-терапии, включая протокол по эпидемиологическому мониторингу; оценили состояние лабораторного потенциала и предоставили рекомендации по его оптимизации, в том числе были разработаны соответствующие СОП; было проведено консультирование по вопросам технического обеспечения анализа мутаций лекарственной устойчивости ВИЧ, а также произведена интерпретация полученных данных с применением онлайн ресурса CPR, дана оценка уровня распространенности мутаций лекарственной устойчивости ВИЧ, и сформированы рекомендации по дальнейшему выполнению программы мониторинга лекарственной

¹ HIV EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE IN THE REPUBLIC OF ARMENIA, 2015

² NATIONAL PROGRAMME ON THE RESPONSE TO THE HIV EPIDEMIC IN THE REPUBLIC OF ARMENIA, 2017-2021

устойчивости ВИЧ. Внешняя оценка работы по надзору за резистентностью ВИЧ, была проведена с привлечением российского специалиста из Института вирусологии им. Д.И.Ивановского, М.Р.Бобковой. Результаты оценки были отражены в соответствующем отчете³. Данные, полученные в результате исследования были интегрированы в международную сеть по надзору за устойчивостью ВИЧ к АРВ-терапии. Кроме того, результаты исследования по резистентности были опубликованы в виде статей и тезисов, а также доложены на пятой конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии ЕЕСААС-2016 в Москве. Помимо российских специалистов в реализации компонента по определению резистентности ВИЧ, участвовал Глобальный Фонд, за счет которого осуществлялась поставка секвенатора и тест-систем. Следует отметить, что в целях усовершенствования и развития лабораторной инфраструктуры в рамках реализации Программы, проводилась поставка и ввод в эксплуатацию оборудования: 15 наименований для определения вирусной нагрузки, и 34 наименования для проведения генотипирования. Соответствующий лабораторный персонал прошёл тематическое обучение по работе с аппаратурой. Так в 2013 и 2016 годах подготовку прошли 4 специалиста по вопросам резистентности ВИЧ.

Помимо этого, были разработаны учебные материалы для повышения квалификации специалистов и совершенствования навыков лабораторного персонала, проведено обучение по работе с системой генотипирования *Viroseq*.

3. По словам сотрудников в рамках Программы для лабораторной службы РЦП СПИДа был разработан перечень СОП, в том числе СОП «Внешний контроль качества» и «Внутрилабораторный контроль качества», где определены алгоритмы организации внешнего и внутреннего контроля качества, мероприятий, проводимых в лаборатории, обязанности персонала и администрации лаборатории, описана система контроля и обозначены ответственные лица. Обеспечение контроля качества проводимых лабораторных исследований проводится в соответствии и вышеуказанными СОП.

4. В 2014 году при содействии российских специалистов (профессора С.Л. Мукомолова - заведующего отделом эпидемиологии и лабораторией вирусных гепатитов Санкт-Петербургского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии имени Пастера) были разработаны санитарно-эпидемиологические правила и нормативы для усиления системы надзора за ВИЧ-инфекцией в медицинских учреждениях⁴. Тогда же были разработаны методические указания для развития системы эпидемиологического надзора за вирусными гепатитами и проект национальных санитарно-эпидемиологических норм и правил. Рабочая группа Министерства здравоохранения Армении при содействии российского эксперта внесла в национальную программу по борьбе с вирусными гепатитами изменения, позволяющие проводить своевременные, эффективные противоэпидемические и профилактические мероприятия в соответствии с международными требованиями эпидемиологического надзора за вирусными гепатитами. В феврале-марте 2016 года соответствующие санитарные правила по вирусным гепатитам были утверждены приказом Министерства здравоохранения республики. При разработке новых санитарных правил были использованы российские Санитарные нормы и правила, а также документы, разработанные

³ Финальный отчет по результатам миссии в рамках программы мониторинга лекарственной устойчивости ВИЧ в Армении

⁴ «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией» N 3.1.1-029-2014 Санитарно-Эпидемиологические правила и нормы (утверждено приказом Министра Здравоохранения Республики Армения № 3175-А от 29 декабря 2014 г.)

ВОЗ (в том числе WHO AIDS and HIV Case Definitions). Кроме того, были разработаны 18 стандартных операционных процедур (СОП), касающиеся лабораторных исследований. С 9 по 19 декабря 2013 года была проведена совместная работа с заведующим лабораторией иммунологии и вирусологии ВИЧ-инфекции Санкт-Петербургского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Пастера - А. В. Семеновым, с целью освоения методов разработки СОП для лабораторной службы. В ходе совместной работы были разработаны следующие алгоритмы: по работе с оборудованием, по условиям работы, техническим характеристикам тест-систем и лабораторных материалов, по забору проб биоматериалов, по отбраковке биоматериалов, по ведению учетных и регистрационных журналов, по внутрилабораторному контролю качества, по внешнему контролю качества, по проведению лабораторных исследований, по выдаче ответов и результатов исследований, по дезинфекции и стерилизации, по утилизации биологических отходов, по биобезопасности, по ведению и порядку работы с документацией, по организации работы персонала, по экспресс-тестированию на ВИЧ-1/ВИЧ-2, по ручному методу ИФА и дифференциальному выявлению антител против белков ВИЧ. Разработанные СОП были одобрены РЦП СПИДа и направлены в Национальный Центр по Контролю и Профилактике Заболеваний, где были использованы другими лечебными учреждениями для разработки собственных СОП.

5. В рамках Региональной программы технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями в 2014 году специалистом Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, старшим научным сотрудником Н.Н.Ладной, проводилась внешняя оценка системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Армения. По результатам проверки был предоставлен отчет и даны рекомендации. Благодаря работе эксперта были впервые выявлены потенциально уязвимые элементы системы эпидемиологического надзора (выявляемость, отслеживание и контроль распространения инфекции) и предложены меры по их усилению. В выводах, представленных экспертом основной проблемой, связанной с обеспечением устойчивости и непрерывности осуществления всех компонентов системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, может являться преимущественное финансирование системы за счет средств международных доноров. Это создает риск прекращения финансирования отдельных направлений эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в обозримой перспективе и требует постепенного перехода системы на национальное финансирование.

Также в январе 2015 года по запросу правительства Армении, региональным Европейским Бюро ВОЗ была оказана техническая помощь в проведении оценки программы по ВИЧ и оценки Национального стратегического плана. Оценка программы проводилась по пяти ключевым направлениям: i). Эпидемиологический анализ ii). Анализ системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией iii). Лечение и уход за ВИЧ (по каскаду услуг) iv). Услуги, связанные с ВИЧ для ключевых групп населения v). Анализ моделей предоставления услуг для населения, затронутого эпидемией ВИЧ с точки зрения системы здравоохранения. В том числе, экспертами ВОЗ в качестве одного из приоритетных направлений надзора, было определено наращивание диагностики среди уязвимых групп, в первую очередь – среди трудовых

мигрантов в сельской местности, отмечая высокий уровень централизации диагностических услуг в столице, и их труднодоступность в районах⁵.

Рекомендации, полученные от российского эксперта и экспертов ВОЗ, позволили пересмотреть и усовершенствовать систему эпидемиологического надзора в республике Армения. Помимо внешней оценки, сотрудниками РЦП СПИДа проводится ежегодный внутренний анализ системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.

6. Национальные данные Программы в Республике Армения, а также анализ выполнения компонентов проекта, были отражены как на национальном, так и международном уровнях. Так данные о реализации проекта ежегодно предоставляются для правительственных рапортов (2013, 2014 и 2015 гг.), представлены в докладе в Министерстве финансов (ноябрь 2015), а также на внутренних и национальных конференциях. Данные о реализации проекта были представлены на международной конференции Конференциях по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии ЕЕСААС-2014 и ЕЕСААС-2016 в Москве, куда были направлены тезисы и сделаны 5 презентаций.

7. В целях укрепления национальной системы по надзору за ВИЧ, в рамках Программы на базе Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Роспотребнадзора РФ, проводился 10-дневный обучающий курс, в ходе которого были обучены 4 специалиста по теме «Совершенствование эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией».

8. В целях развития лабораторной инфраструктуры РЦП СПИДа, по линии Роспотребнадзора было закуплено и поставлено в Республику Армения лабораторное оборудование и лабораторный инструментарий, а также 70000 тест-систем для диагностики ВИЧ и гепатитов, которые были направлены в том числе и на тестирование беременных женщин. По данным РЦП СПИДа такой объем поставленных тест систем обеспечил 70% годовой потребности Республики Армения, и оказал определяющее влияние на работу по диагностике и профилактике ВИЧ-инфекции. Кроме оснащения лаборатории РЦП СПИДа, проведено оснащение лабораторным оборудованием 4-х региональных опорных лабораторий РА: в Аштаракском медицинском центре (Арагацотнского марза), в Мартунинском медицинском центре (Гегаркуникского марза), Ноемберянском медицинском центре (Тавушского марза), и в Степанаванском медицинском центре (Лорийского марза). Кроме того, были подготовлены соответствующие лабораторные специалисты, поставлен лабораторный инструментарий и расходные диагностические материалы.

Сильные и слабые стороны компонента Программы:

К *сильным сторонам* компонента Программы можно отнести:

- Система надзора за ВИЧ и вирусными гепатитами усилена, за счёт разработки и обновления существующих санитарно-эпидемиологических правил и норм.
- Обновление национальной программы по противодействию ВИЧ/СПИД в Республике Армения (с 2017-2021 гг), разработанной с учетом результатов проведенных исследований.
- Осуществление работы по надзору за резистентностью ВИЧ к АРВ-препаратам, а также интеграцию полученные данных в международную сеть.
- Принятие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, методических указаний, а также стандартных операционных процедур, разработанных при содействии Программы, которые позволили не только усилить существующую систему надзора за ВИЧ-

⁵ «HIV Programme Review in Armenia», March 2015

инфекцией, но и совершенствовать систему здравоохранения, с учетом того, что разработанные СОП были использованы в качестве модели другими лечебными учреждениями.

- Проведение внешней оценки системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией позволило впервые выявить потенциально уязвимые элементы системы и реализовать меры по усилению выявляемости, отслеживания и контроля за распространением инфекции.

- Усиление лабораторного потенциала на республиканском и областном уровнях, в том числе в обеспечении необходимым оборудованием и квалифицированными специалистами.

К слабым сторонам можно отнести:

- Несмотря на значительный вклад в развитие лабораторной системы Республики, исследование пациентов с сероконверсией не проводилось, в связи с неравномерностью поставок лабораторного оборудования, расходных средств, а также связанного с этим изменения в графике обучения и подготовки специалистов. В настоящий момент существующие препятствия практически устранены, и проведение данного исследования запланировано РЦП СПИДа на 2017 год.

Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние на Программу:

- В качестве фактора, негативно влияющего на дальнейшую устойчивость и работоспособность компонента в сфере определения резистентности ВИЧ, специалисты РЦП СПИДа отмечают дороговизну расходных материалов для проведения тестирования (тест-систем). Таким образом, дальнейшая работа и осуществление надзора за резистентностью ВИЧ в Армении без привлечения внешнего финансирования будет крайне затруднена. Данный вопрос заслуживает самого пристального внимания властей, особенно учитывая объем уже проведенной армянскими и российскими специалистами эффективной совместной работы, а также наличие подготовленного в рамках Программы кадрового состава.

- Положительными факторами, повлиявшими на данный компонент Программы, стали: наличие политической воли в республике и эффективная организация мероприятий партнерам в стране. Кроме того, российская Программа оказания содействия Армении в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИД внесла весомый вклад в научное кооперирование, способствуя взаимодействию армянских медиков и ученых с российскими коллегами и экспертами, что оценивается партнерами как весьма перспективное направление сотрудничества⁶.

Уроки, применимые во Второй фазе

- Следует обратить внимание на вопросы гармонизации поставок необходимого лабораторного оборудования и расходных материалов, в координации с планированием программ обучения персонала, чтобы в дальнейшем избежать затруднений в проведении исследований, в том числе пациентов с сероконверсией.

- В интервью было отмечено, что при необходимости, по вопросам, связанным с контролем качества лабораторных исследований, специалисты РЦП СПИДа взаимодействуют и проводят консультации с российскими коллегами. Поддержка такого взаимодействия в

⁶ «Распространенность генетических вариантов и мутаций лекарственной устойчивости ВИЧ-1 среди пациентов, не получающих АРВТ в Армении» А.Р.Петросян

дальнейшем позволит усилить и укрепить межстрановое взаимодействие и повысить эффективность и качество лабораторной службы.

- В интервью сотрудники РЦП СПИДа высказывают готовность и желание пройти обучение по вопросам контроля качества лабораторных исследований, если оно в дальнейшем будет предложено в рамках Проекта.

В рамках Компонента В: **«Развитие профилактической деятельности и контроля над инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ инфекции, ИППП и гепатит среди женщин и детей»** Программы ЮНЭЙДС была оказана помощь в разработке национальных руководств по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР), оказании педиатрической помощи ВИЧ инфицированным детям, разработаны учебные материалы и подготовлены специалисты в сфере ППМР, проведены комплексные исследования по инфекционному контролю в роддомах и детских медицинских учреждениях, а также оказана необходимая материально-техническая помощь. В качестве основной цели реализации компонента В, было обозначено усиление системы профилактики и контроля за ВИЧ-инфекцией и сопутствующими инфекционными заболеваниями среди женщин и детей.

Достигнутые результаты компонента

1 Улучшено предоставление услуг по профилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) и педиатрической программе АРВ-терапии, в частности:

1.1 Повышена квалификация медицинских работников, ответственных за сферу профилактики и лечения ВИЧ среди женщин и детей. Были проведены тренинги с привлечением российских экспертов. В Ереване в 2013 г. был проведен семинар-тренинг «Педиатрические аспекты АРВТ и профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку» для повышения квалификации 21 специалиста (при участии российского эксперта из Центра по оказанию помощи беременным и детям с ВИЧ-инфекцией, Санкт-Петербург). В Москве, в 2013 г. проведен 5-дневный обучающий курс «Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции», на базе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, с привлечением российских экспертов и эксперта ВОЗ, где 10 специалистов из Армении были обучены современным рекомендациям и подходам по ППМР, в соответствии с международными рекомендациями.

1.2 За время реализации Программы были пересмотрены и обновлены национальные протоколы по ППМР, а также по АРВТ у детей. Национальные протоколы были пересмотрены и приведены в соответствие с рекомендациями, разработанными ВОЗ и опубликованными в июне 2013 года в «Сводном руководстве по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции». Внесенные изменения касались расширения показаний к началу антиретровирусной терапии у взрослых, в том числе у беременных и кормящих женщин, показаний к лечению детей и подростков, выбора и назначения схем лечения, оценки эффективности проводимой терапии, периодичности лабораторного мониторинга, а также особенностей ведения больных с сопутствующими заболеваниями (туберкулез, вирусные гепатиты). Внесенные изменения были утверждены приказом Минздрава Республики Армения №1991-А (21 августа 2014 г.). Кроме того, была организована национальная консультация для обсуждения пересмотренных национальных протоколов, где обсуждались вопросы имплементации протоколов и расширение всеобщего доступа к лечению после 2015 года. По данным специалистов РЦП

СПИДа очередной пересмотр с целью усовершенствования протоколов запланирован на 2017 год.

1.3 Для улучшения качества тестирования и консультирования в Ереване в 2013 г. проводился семинар-тренинг для 23 специалистов. Были подготовлены и внедрены соответствующие рекомендации по консультированию и тестированию. В частности, был разработан, апробирован на фокус-группах и опубликован информационный блок, в виде настольного перекидного плаката, где с одной стороны представлены наглядные материалы для консультируемой женщины, а с другой – тезисное описание основных вопросов, которые следует осветить во время консультирования. Данные перекидные плакаты были распространены в «Школах будущих матерей», что позволяет целенаправленно проводить квалифицированную консультацию женщин по вопросам ВИЧ/СПИД. Всего было издано и распространено по медицинским учреждениям около 500 таких перекидных плакатов, что позволяет охватить медицинские учреждения во всех районах страны. При поддержке ЮНИСЕФ, для повышения качества консультирования с использованием перекидных плакатов, в 19 городах четырёх регионов Армении были проведены семинары для медицинских работников. Помимо этого, на базе РЦП СПИДа сформирована группа технической поддержки по консультированию и тестированию, из числа сотрудников РЦП СПИДа.

2 Расширен доступ к услугам в сфере ВИЧ для сексуальных партнеров мигрантов, а также для детей и подростков в 25 районах/сообществах, с целью профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП, и снижения уязвимости к инфицированию среди сексуальных партнеров мигрантов. Для расширения доступа к услугам проведены нижеследующие мероприятия:

2.1 Для развития потенциала медицинских работников на местном уровне в 2013 году проводился семинар-тренинг по подготовке 100 медработников сельских амбулаторий для работы с мигрантами. Основные темы тренинга были посвящены общим вопросам ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам и ИППП, путям их передачи, мерам профилактики и диагностики, уделяя особое внимание вопросам коммуникации и правильной мотиваций бенефициаров.

2.2 На базе РЦП СПИДа проводился «тренинг тренеров» для подготовки 77 тренеров-консультантов по методу «равный равному», для последующей работы в районах и сельских населенных пунктах. Слушатели тренинга - медицинские работники из 25 общин, где были запланированы мероприятия по профилактике, консультированию и тестированию среди мигрантов и их половых партнёров. Такие тренинги проводились в 2013 и 2015 гг., а также планируются на 2017 год. По завершению обучения «тренинга тренеров» все слушатели получили соответствующий сертификат. Программа тренинга была составлена и подготовлена в соответствии с рекомендациями «Практическое руководство. Тренинг-тренеров» (2001) изданными Y-PEER, и разработанными UNFPA, UNAIDS, WHO, а также Family Health International.

2.3 В период с 2013-2015 на семинарах и тренингах для консультирования методом «равный равному» было подготовлено в общей сложности 755 аутрич-специалистов из 25 населенных пунктов. Учебная программа была подготовлена на базе руководств «Руководство для практиков. Критерии программ равный-равному» разработанными и изданными Y-PEER при содействии UNFPA, UNAIDS. По окончании тренингов проводилась оценка качества обучения (выходной контроль). Основными задачами обучения было повышение уровня информированности слушателей по проблеме ВИЧ, с особым упором на практические коммуникации и взаимодействие с бенефициаром, на формирование культуры диагностики (в

том числе - приверженности к регулярным профилактическим осмотрам), а также развитие навыка правильной мотиваций для прохождения тестирования и консультирования на ВИЧ. С целью оценки качества предоставляемых консультаций по методу «равный-равному», в населённых пунктах-участниках проекта, были организованы выездные мониторинговые визиты. В ходе оценочных визитов была проведена оценка качества предоставляемой информации и ведения консультации клиентов, а также анализ первичных форм по мониторингу и оценке. По результатам оценочного визита были сформулированы и предоставлены рекомендации, а также методическая и организационная помощь.

2.4 Сотрудниками РПЦ СПИДа в 2014 году проводился семинар-тренинг по созданию и ведению групп взаимопомощи для 12 представителей региональных НПО. В тренинге приняли участие шесть групп взаимопомощи по два слушателя в каждой. Обучение было главным образом направлено на развитие навыков ведения групп взаимопомощи для женщин, а также посвящено вопросам снижения уязвимости женщин к ВИЧ и повышению их мотивации к прохождению тестирования на ВИЧ. В конце обучения был проведен контроль качества (выходной контроль). Все специалисты обученные в группах взаимопомощи имеют постоянную связь с представителями РПЦ СПИДа и регулярно используют телекоммуникации для консультирования и совершенствования имеющихся знаний или для разрешения ситуаций, требующих специализированного вмешательства.

2.5 По результатам обучения в 2014 году (см. п.2.4) были сформированы 6 групп взаимопомощи для ЛЖВ (по 2 специалиста в группе). Соответственно, группы взаимопомощи проводятся в 6 регионах страны, на регулярной основе – 1 раз в месяц. Группы взаимопомощи проводятся при содействии и на территории региональных НПО. Данные организации преимущественным образом работают с женщинами, оказывая правовую, социальную и организационную поддержку для эффективной интеграции женщин-ЛЖВ в социум. За время реализации первой фазы Проекта в работе групп взаимопомощи приняли участие 1446 женщин.

2.6 В выбранных в рамках Программы 25 районах на базе медицинских учреждений, были созданы ресурсные центры, для применения современных информационных технологий в сфере профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодёжи и подростков из этих общин. В семи регионах на средства Программы ресурсные центры были оснащены необходимой компьютерной техникой для проведения вебинаров. В 2013 и 2014 годах, сотрудниками РЦП СПИД на специализированных семинарах-тренингах были подготовлены к работе в ресурсных центрах 25 медицинских работников. Специально для работы с молодежью на базе ресурсных центров, при участии World Vision Armenia, была разработана тематическая компьютерная игра по профилактике ВИЧ, в разработке которой участвовали сами подростки. Ресурсные центры предоставляют информационную поддержку для молодежи общин по вопросам профилактики ВИЧ, используя как собственный сайт, так и социальные сети. За время работы первой фазы Проекта ресурсные центры посетили 1172 подростка.

2.7 Тренинги или специализированное обучение для представителей сообществ целенаправленно не проводились, однако используя кадровые ресурсы, подготовленные по «тренингу тренеров», а также обученных консультантов по системе «равный-равному», проведена просветительская и информационная работа среди 44582 трудовых мигрантов, их партнеров и представителей общин (по данным на 31 декабря 2015 года).

2.8 Мобильные медицинские бригады, сформированные в рамках проекта, предоставили на базе сельских амбулаторий квалифицированную помощь и информационную поддержку приблизительно 6 000 женщин. В ходе более чем 150 визитов мобильных бригад в населённые

пункты-участники Программы, были проведены консультации по вопросам профилактики ВИЧ, гепатитов В и С, и сифилиса, а также предоставлена возможность пройти тестирование на эти инфекции. С сентября 2014 года мобильные медицинские услуги предоставляются с использованием многофункционального мобильного лечебно-диагностического комплекса, переданного РЦП СПИДа, а с сентября 2016 года был передан и запущен в работу второй аналогичный комплекс. С целью обеспечения работы мобильных бригад административной поддержкой, был проведен семинар-тренинг для начальников управления социального обеспечения и здравоохранения, а также заведующих отделами здравоохранения органов регионального самоуправления. Данное мероприятие позволило увеличить вовлеченность руководителей в деятельность проекта в целом, а также усилить их потенциал и мотивацию в реализации проекта и предоставлении мобильных медицинских услуг населению в регионах.

2.9 Расширение услуг тестирования и консультирования по инициативе медработников для беременных женщин в 25 выбранных районах осуществлялось в виде предоставления информационных материалов для беременных, и оказанием консультативных услуг, в том числе с помощью перекидного плаката (см. п.1.3). Услуги консультирования были предоставлены в 80 медицинских учреждениях антенатальной службы, что соответствует покрытию всей территории Республики Армения.

2.10 Были организованы мероприятия по информированию, образованию и коммуникации (ИОК) и коммуникации, с целью изменения поведения (КИП). Так в рамках Европейской недели тестирования и всемирного дня борьбы со СПИДом в 2014 году в Ереване тестирование прошли 363 человека. Во время аналогичного мероприятия в 2015 году, проводившегося в Ереване и селе Басен (марз Ширак), тестирование уже прошли 713 человек. Кроме того, в 2015 году в городах Ереване и Гюмри на мероприятиях, приуроченных ко дню памяти умерших от СПИДа, тестирование прошли 283 человека. Во время мероприятий в совокупности было выявлено 4 случая ВИЧ-инфекции. Следует отметить, что данные мероприятия были осуществлены с использованием российского мобильного лечебно-диагностического комплекса. В рамках данных мероприятий была проведена информационно-просветительская работа и распространены тематические информационные материалы. Кроме того, была подготовлена тематическая телевизионная передача для повышения информированности населения об особенностях эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Армения, где основной акцент был сделан на роли миграционного фактора. Были освещены вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции, особенности и пути его распространения в среде мигрантов. Также было уделено внимание трудностям, связанным с прохождением тестирования на ВИЧ и предложены варианты их преодоления. Помимо этого, была представлена подробная информация о роли Российской Федерации и Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу в реализации Программы содействия. Телепередача транслировалась в странах СНГ по спутниковому телевидению, а также была размещена в Интернете.

2.11 На базе сформированных ресурсных центров (см. п.2.6), ежемесячно проводятся тематические вебинары, для повышения информированности и снижения уязвимости к инфицированию среди женщин и подростков. Ведется видеоблог, посвященный вопросам профилактики ВИЧ, на трех языках (армянском, русском и английском). В работе с целевым населением активно используются страницы РЦП СПИД в социальных сетях. Кроме того, были проведены работы по модернизации официального сайта РЦП СПИД, с целью повышения его работоспособности и функциональности.

2.12 С целью развития связей и взаимодействия на уровне сообществ, в городах и сельских населенных пунктах регулярно проводятся информационные кампании, с привлечением аутрич-работников и групп взаимопомощи.

2.13 Программа оказала материально-техническую помощь для реализации данного компонента предоставив компьютерную технику: 43 комплекта компьютеров, 7 ноутбуков и 2 ксерокса, а также офисную мебель. Помимо этого, была установлена система безопасности РЦП СПИД, для обеспечения сохранности поставленного лабораторного оборудования, технического инвентаря и мобильного лечебно-диагностического комплекса.

3 В рамках Программы проведена исходная оценка уровня знаний молодежи и доступности услуг в сфере ВИЧ/ИППП/гепатитов для молодежи. Одним из партнеров в первой фазе Программы выступил «Институт здоровья детей и подростков», являющийся одним из ключевых подразделений крупнейшего медицинского центра Армении республиканского значения «Арабкир»-ИЗДП. С 2003 года Институт стал преемником Республиканского Организационно-методического центра Охраны здоровья детей и подростков, и является лидирующим медицинским учреждением в Армении в области детского и подросткового здравоохранения. Деятельность Института направлена на разработку национальной политики, процедур и механизмов регулирования, концепций, стратегических и инвестиционных программ, развитие возможностей профессионального обучения медицинских специалистов, создание инновационных подходов, стимулирование обмена опытом между различными специалистами, местными и зарубежными экспертами для устойчивого развития здравоохранения в области охраны детства. Институт активно участвует в формировании молодежной политики. Финансируется из государственных средств, а также при помощи средств, поступающих от неправительственных фондов из Швейцарии и Бельгии.

Институт регулярно проводит надзорное международное исследование HBSC по изучению здоровья подростков (проводится 1 раз в 4 года). Исследование проводится с учетом национальной специфики (поведенческих и этических страновых особенностей). Кроме стандартизированных компонентов, предусмотренных опросником, сотрудники института проводят и оценку уровня знаний подростков по вопросам ВИЧ-инфекции и миграции, параллельно с основным исследованием (раз в 4 года). С 2008 по 2011 года сотрудниками института проводились занятия для молодежи по вопросам репродуктивного здоровья (тематический цикл на 14 часов) в рамках занятий по здоровому образу жизни (ЗОЖ). Кроме того, институт здоровья детей и подростков занимается подготовкой преподавательских кадров по вопросам ВИЧ с использованием финансирования UNFPA. Институт, в рамках проекта ЮНЭЙДС, инициировал пересмотр и обновление тематических методических пособий для учителей, включающих компоненты по ВИЧ тематике, которые были разработаны рабочей группой Национального Института Образования РА, с вовлечением специалистов РЦП СПИДа, при поддержке UNFPA и UNICEF. Указанные обновления разделов ВИЧ упомянутого пособия также были осуществлены специалистами РЦП СПИДа. При поддержке UNFPA и с частичным финансированием UNICEF были открыты и функционируют 20 центров-КДМ (клиник дружественных молодежи).

В 2015 году сотрудниками института совместно с российским специалистом из Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова – декана педиатрического факультета А.М. Куликова, в рамках Программы были пересмотрены существующие учебные пособия, и разработаны новые методические рекомендации по предмету “Здоровый образ жизни” для учителей. Помимо этого, была проведена оценка

служб, доброжелательных к подросткам в Армении. Исследование проводилось с целью изучения опыта по внедрению КДМ, открытых при участии UNFPA в Армении, деятельности КДМ, выявления основных достижений и проблем, а также дальнейшего стратегического планирования. По результатам оценки были выявлены определенные проблемы, например - отсутствие взаимодействия между службами подростковых врачей, и других «узких» медицинских специалистов в районах, для обеспечения активной системы перенаправления подростков, не функционирует система мониторинга качества действующих служб, отсутствие финансов для обследования подростков в рамках госзаказа. Отсутствует также зарегистрированный на законодательном уровне институт, регулирующий деятельность волонтеров, не налажена устойчивая система взаимодействия медучреждений и НПО. Отмечены гендерные особенности оказания помощи подросткам, в частности, вопросы здоровья девочек-подростков остаются зачастую нерешенными. В качестве перспективных рабочих направлений специалисты Института указали: i). поддержку работы «Подростковой службы» по квалифицированному информированию детей/подростков, в первую очередь – в подготовке компетентных преподавательских кадров, ii). развитие работы сайта для родителей и подростков, iii). работу с родителями – проведение тренингов, оказание информационной поддержки, проведение вебинаров, iv). помощь в кадровой подготовке и финансировании региональных центров.

На данный момент лишь 35% сельского населения охвачено работой Института, тогда как доля городского населения достигает 65%. В свете проблем ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП, усиление работы с сельской молодежью весьма актуально, с учетом того, что сельские подростки - это в том числе потенциальные мигранты.

Работа с Институтом была завершена в 2015 году, с окончанием Первой фазы Проекта. Следует особо отметить, что в свете дальнейшей реализации российской Программы данный компонент является крайне недооцененным, учитывая его чрезвычайную важность и перспективность. Поскольку работа с молодежью позволит не только формировать навыки безопасного поведения у потенциальных трудовых мигрантов, но и сформировать положительный имидж и отношение к помощи, оказываемой Российской Федерацией, у молодых граждан Армении.

Сильные и слабые стороны компонента Программы:

К сильным сторонам компонента Программы можно отнести

- Усиление профессионального потенциала медицинских работников, ответственных за профилактику и контроль над инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ, ИППП и гепатит среди женщин и детей.
- Пересмотр и обновление национальных протоколов по ППМР, а также по АРВТ у детей в соответствии с рекомендациями, разработанными ВОЗ.
- Многосторонняя работа по подготовке и обучению кадров (медицинские работники, тренеры, аутрич-специалисты) с целью расширения доступа к услугам в сфере ВИЧ и снижения уязвимости к инфицированию для сексуальных партнеров мигрантов, а также для детей и подростков.
- Организация и работа групп взаимопомощи ЛЖВ, в том числе женщин с ВИЧ. Оказание им разносторонней помощи для эффективной интеграции в социум, а также организация взаимодействия и поддержка со стороны с РПЦ СПИДа.

- Организация, оснащение и поддержка работы ресурсных центров в сфере профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодёжи и подростков общин.
- Формирование и поддержка работы мобильных бригад медицинских работников, для работы с целевым населением, в том числе с использованием хорошо оснащенного российского мобильного диагностического комплекса. Проведенная в рамках компонента административная и организационная работа, позволила повысить вовлеченность руководителей в деятельность проекта в целом, а также усилить их потенциал и мотивацию в реализации проекта и предоставлении мобильных медицинских услуг населению в регионах.
- Охват беременных женщин услугами консультирования (в 80 медицинских учреждениях антенатальной службы), что соответствует покрытию всей территории Республики Армения.
- Оснащение современным оборудованием, а также использование современных технологий (Интернет, социальные сети, тематические вебинары, СМИ) в работе по повышению информированности населения по проблематике ВИЧ, ВГ и ИППП.
- Оценка знаний молодежи по проблемам ВИЧ, ВГ и ИППП, а также изучение опыта внедрения КДМ, что позволило выявить основные достижения, проблемы и оказало влияние на дальнейшее стратегическое планирование работы в данной сфере.
- Во время интервью отмечалось наличие опосредованного вклада в элиминацию вертикальной профилактики в республике. В том числе влияние оказала i). профилактическая и диагностическая работа мобильных клиник, проведенная с беременными женщинами – женами мигрантов, ii). распространение информационных материалов и медиа-компании, iii). аутрич-работа, способствующая повышению «культуры диагностики», своевременному обращению за диагностикой и иной медицинской помощью, iv). работа по кадровой подготовке медицинских работников, в том числе педиатров, по вопросам ППМР и лечению ВИЧ, проведенные с привлечением российских специалистов, v). консультирование беременных в антенатальных клиниках. Кроме того, Роспотребнадзором РФ было закуплено 70,000 тест-систем, которые были использованы в том числе для тестирования беременных (по словам интервьюируемых это покрывает порядка 70% потребности Армении в тест-системах). Также в рамках программы было поставлено оборудование, расходные материалы и подготовлены кадры, для развертывания 4 региональных лабораторий (три районных и одна областного уровня), которые позволяют проводить исследования на местном уровне, что безусловно внесло свой вклад в процесс элиминации вертикального пути передачи.

К слабым сторонам Программы можно отнести

- Отсутствие слаженного взаимодействия и централизованной координации проводимых мероприятий между «Институтом здоровья детей и подростков» и РПЦ СПИДа в сфере работы с молодежью

Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние на Программу

- К одним из ведущих факторов оказывающим влияние на данный компонент нужно отнести элиминацию вертикального пути передачи ВИЧ в Армении. Основными компонентами, позволившими достичь элиминации вертикального пути передачи ВИЧ, отмеченными руководством РЦП СПИД являются: слаженность в работе службы перинатальной помощи и службы СПИД, а также строгое следование и приверженность рекомендациям ВОЗ по профилактике вертикальной передачи ВИЧ.

- Ключевым фактором остается финансирование существующих видов деятельности, особенно с учетом завершения параллельных проектов некоторых партнерских организаций, и отсутствием дополнительных средств в государственном бюджете на поддержку дальнейшей работы. Также следует отметить, что в представленном проекте бюджета на 2017-2021 год, опубликованном в Национальном плане Армении не заложены средства на профилактику и работу среди молодежи и ЗОЖ.

- В интервью было отмечено, что в стране достаточно невысокая приверженность населения к прохождению регулярных диагностических и профилактических мероприятий, что связано с отсутствием роста общей «культуры диагностики», а также приверженности принципам ведения здорового образа жизни.

Уроки, применимые во Второй фазе

- Обширный охват тестированием и консультированием по инициативе медработников в женских консультациях и клиниках для беременных, требует внимания и ресурсов для поддержания постоянного уровня качества таких услуг, в том числе не только в форме регулярного консультирования специалистов группой технической поддержки РЦП СПИДа, но и организацией контроля качества консультирования беременных

- Осуществление просветительской работы среди населения, в частности – мигрантов и их половых партнеров, по принципу «равный-равному» требует внимания и тщательного контроля за качеством информирования, а также регулярной поддержки уровня квалификации аутрич-кадров. С этой целью необходимо проводить оценку качества просветительской работы.

- Продолжение работы с детьми, подростками и молодежью по профилактике инфекционных заболеваний и ВИЧ, требует разнонаправленного подхода. В том числе непосредственного вовлечения различных партнерских учреждений в Республике Армения, профессионально занимающихся вопросами воспитания и здоровья детей и молодежи (на сегодняшний день связи остаются неформальными и неструктурированными). Активное привлечение таких партнеров может помочь в эффективной децентрализации мероприятий, направленных на профилактику ВИЧ, ВГ и ИППП, давая основным партнерам возможность сконцентрировать ресурсы и усилия на определенных видах деятельности, избегая дублирования со стороны друг друга.

В рамках Компонента С **«Совершенствование систем профилактики ВИЧ/СПИД, ИППП и гепатита среди групп населения особенно уязвимых в отношении этих инфекций, включая профилактику этих инфекций среди мигрантов»** Фондом по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями «СПИД Инфосвязь» была проделана работа по разработке и внедрению в практику программ тренингов, семинаров и мероприятий для создания и устойчивого функционирования системы аутрич услуг, по оказанию диагностической и консультативной помощи, организации информационных кампаний с использованием средств массовой информации и современных технологий, обеспечение и проведение просветительской работы по вопросам профилактики ВИЧ среди мигрантов, членов их семей, иных групп населения, подверженных риску инфицирования. Помимо образовательной и профилактической работы, была оказана непосредственно материально-техническая помощь, для подготовки специализированных

кадров, обеспечения и усиления работы по профилактике ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов и ИППП.

Достигнутые результаты компонента

1. На средства Проекта была организована профилактическая служба аутрич-специалистов, направленная непосредственно на работу среди мигрантов и их половых партнеров. Для работы в 60 населенных пунктах из числа медицинских работников сельских акушерских пунктов было подготовлено и обучено 60 аутрич работников. В функциональные обязанности аутрич работников входит идентификация домохозяйств, где проживают мигранты и члены их семей, выходят на контакт с бенефициарами, проводят индивидуальные профилактические беседы о безопасном поведении, а также проводят консультирование по вопросам ВИЧ, вирусных гепатитов и ИППП, мотивируют мигрантов и членов их семей к прохождению тестирования, формируют список контактов, приглашенных на диагностические мероприятия граждан (в соответствии с графиком работы мобильного диагностического комплекса), а также предоставляют соответствующую тематическую информационную поддержку, в том числе о Программе и предоставляемых услугах. Во время плановых визитов мобильного диагностического комплекса или мобильной бригады по тестированию, аутрич-работники проводят сопровождение мигрантов и членов их семей, оказывая информационную и мотивационную поддержку. Представитель РЦП СПИДа, являющийся координатором аутрич-службы, регулярно осуществляет мониторинговые визиты, для проведения дополнительного инструктажа аутрич-специалистов, оценки и мониторинга их деятельности, решения возможных трудностей, проблемы или нужд, возникающих в процессе работы. Важно отметить, что возможность бесплатной диагностики вирусных гепатитов В и С, а также ИППП в сельской местности крайне важна, особенно учитывая логистические трудности, связанные с удаленностью мигрантов от крупных медицинских учреждений, где можно пройти подобное тестирование, а также дороговизну такой диагностики (например, исследование на гепатит С со слов аутрич-работника стоит около 28 долларов США). В 60 населенных пунктах, на которые распространяется работа аутрич-специалиста, в среднем проживает около 6000 человек (в зависимости от поселения: от 2000 до 10000 человек). В среднем мобильная диагностика (мобильные бригады и мобильный клинико-диагностический комплекс) проводится в одном населенном пункт один раз в два месяца, в среднем за визит консультативные и диагностические услуги получают 25-30 бенефициаров. Следует отметить, что те общины, где организация привлечения и мотивации населения для проведения диагностических и информационных мероприятий не соответствует требованиям работы или проводится неэффективно – ротируются, производится замена общины на другую, более мотивированную, где есть в том числе административная возможность мотивировать население и проводить профилактическую работу. Кроме того, помимо 60 населенных пунктов, охваченных услугами Программы, до конца 2015 года аналогичная работа проводилась в ещё 40 населенных пунктах, но финансировалась за счёт средств Глобального Фонда. За всё время аутрич-работы услугами по консультированию и тестированию на ВИЧ, гепатиты В и С было охвачено 18 278 человека. Как явный успех, достигнутый благодаря слаженной и эффективной работе аутрич-службы, следует отметить полное отсутствие «пропавших» после тестирования мигрантов.

При этом в рамках Второй фазы к разработке образовательных программ привлекается Национальный институт Здравоохранения, основными рекомендациями которого является а) расширение исследовательской деятельности (распространение исследований не только на

трудовых мигрантов, но и молодежи (учащихся) и пр.; б) значительное увеличение состава игроков, задействованных в реализации программ по противодействию ВИЧ/СПИД; в) усиление образовательной компоненты (создание постоянно действующего механизма – курсов для семейных врачей, среднего медперсонала).

2. Для профилактической и диагностической работы с населением - мигрантами и членами их семей за счет средств программы были сформированы две мобильные бригады. В состав каждой мобильной бригады входит врач-инфекционист, психолог и медицинская сестра-лаборант. Мобильные бригады при взаимодействии с аутрич-работниками посещают входящие в Программу 60 населенных пунктов, где на базе фельдшерско-акушерских пунктов и сельских амбулаторий проводят консультирование и тестирование на ВИЧ, вирусные гепатиты и сифилис с использованием экспресс-тестов (закуплены и предоставлены РОО «СПИД Инфосвязь»).

Всего за Первую фазу Программы было закуплено тестов на диагностику ВИЧ - 8680, на диагностику вирусного гепатита В - 5700, на диагностику вирусного гепатита С - 5700, на диагностику сифилиса – 4000 тест-систем. Навыки персонала по использованию экспресс-тестов находились на уровне не требующего дополнительного обучения до начала работы.

С сентября 2014 года начал работу мобильный лечебно-диагностический комплекс (мобильная клиника), который был передан Министерству Здравоохранения Армении в соответствии с договором между Фондом по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями “СПИД Инфосвязь” и министерством здравоохранения (торжественная передача первой мобильной клиники состоялась 15 июля 2014 года в присутствии министра здравоохранения Республики Армения Армена Мурадяна, посла РФ в Армении И.К. Волынкина, представителей ЮНЭЙДС и РОО «СПИД Инфосвязь», а уже 24 сентября 2014 года от имени А.А. Мурадяна на имя чрезвычайного и полномочного посла И.К. Волынкина было отправлено письмо с просьбой о предоставлении еще двух подобных лечебно-диагностических комплексов (повторный запрос 3 июня 2015 года)). По мнению армянской стороны, мобильные клиники позволили усилить рутинный эпиднадзор, а также эпиднадзор второго поколения за ВИЧ, ИППП, гепатитами среди мигрантов и их партнеров, а также среди населения сельских местностей Армении в целом.

Следует отметить, что министерство здравоохранения Республики Армения выделило рабочие ставки для медицинских работников-сотрудников мобильной клиники, тем самым участвуя в софинансировании работы мобильного комплекса. Остальные финансовые расходы мобильной клиники, такие как: оплата немедицинского персонала, дополнительные выплаты медицинским работникам, расходные и горюче-смазочные материалы, товары медицинского назначения, дезинфекционные средства, средства индивидуальной защиты персонала, а также лекарственные препараты, финансируются из средств Фонда по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями «СПИД Инфосвязь». Персонал мобильной клиники составляют работники РЦП СПИДа, в состав одной бригады входит: врач-инфекционист, специалист по функциональной диагностике, а также, врач или медицинская сестра-лаборант. По запросу сельского фельдшерско-акушерского пункта в состав бригады может быть включен специалист-гинеколог или сексопатолог/венеролог.

В целях оптимизации работы мобильного диагностического комплекса медицинская мобильная бригада подвозится отдельно, непосредственно в населенный пункт, где будет проходить консультирование и тестирование. По окончании работы мобильная клиника переезжает в следующий населенный пункт, согласно графику, а медицинский персонал

подвозится туда на следующий день. Мобильный комплекс работает в течение двух недель, с перерывом в один день для возвращения в РЦП СПИДа, для проведения технической профилактики, т.е. совершает 9 выездов в две недели. Учитывая небольшую территорию республики, такой способ работы считается наиболее оптимальным.

Медицинский персонал работает с использованием индивидуальных средств защиты. Все этапы утилизации биологических отходов осуществляется в РЦП СПИДа. Дезинфекция проводится согласно регламентирующим документам. Дезинфекционные средства имеются в достаточном количестве, и со слов персонала частично закупаются за государственный счет. Все сотрудники проходили специализированную подготовку на базе РЦП СПИДа, а также проходили курсы повышения квалификации и специализированные тренинги по тематике ВИЧ/СПИД.

Работа мобильной клиники при стандартном тестировании и консультировании начинается с беседы бенефициара с врачом-инфекционистом на до-тестовом консультировании, затем посетитель сдает кровь, и получает после-тестовое консультирование. Кроме того, в случае необходимости ему предлагается пройти консультирование и исследование у других специалистов.

Учет пациентов ведется по группам риска, по системе специально разработанной кодировки. По результатам тестирования делаются соответствующие записи в журнал. По возвращении мобильной бригады в РЦП СПИДа данные переводятся в электронный вид и заносятся в базу данных в формате Excel.

Тест-системы, используемые в работе мобильной клиники, хранятся на складе РЦП СПИДа, и доставляются медицинскими работниками в день визита в мобильную клинику. В конце рабочего дня тест-системы сдаются обратно на склад. Транспортировка осуществляется с использованием специальной сумки-холодильника.

За период 2013-2015 год мобильная клиника охватила работой все 60 населенных пунктов, а услугами по консультированию и тестированию на ВИЧ, гепатиты В и С, с применением мобильной клиники и мобильных бригад было охвачено 6139 человек. В целом в профилактические мероприятия среди мигрантов было вовлечено 33186 трудовых мигрантов, их партнеров и жителей общин. Тестирование на ВИЧ, гепатиты В и С прошли 11809 человек, у 25 из них была диагностирована ВИЧ-инфекция. В среднем за один выезд мобильного комплекса обследуется на ВИЧ, гепатиты В и С и сифилис - 25 человек. Техническое обслуживание мобильной клиники проводится в соответствии с рекомендациями специалистов РОО «СПИД Инфосвязь», а также в соответствии с технической документацией.

Российские мобильные диагностические комплексы, помимо прочего использовались в общинах для проведения мероприятий по повышению осведомленности населения, формированию мотивации к прохождению тестирования. Так в 2014 и 2015 гг. на мероприятиях, проходивших в рамках Европейской недели тестирования на ВИЧ, и дня памяти умерших от СПИДа, в мобильной клинике совокупно прошли тестирование на ВИЧ 1359 человек, из них у 4-х была выявлена ВИЧ-инфекция.

В целом в ходе реализации Программы в профилактические мероприятия среди мигрантов и их партнёров было вовлечено 44 582 трудовых мигрантов их партнеров и представителей общин. Тестирование на ВИЧ, гепатиты В и С прошли 18 278 человек, у 28 обследованных них была диагностирована ВИЧ-инфекция, в том числе выявлена беременная женщина, которой было своевременно предоставлено профилактическое лечение.

3. Поведена работа по повышению информированности и грамотности населения в вопросах профилактики ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов и ИППП в рамках Программы при поддержке UNAIDS и РОО «СПИД инфосвязь» были разработаны, согласованы и адаптированы совместно с армянскими специалистами, информационные материалы для мигрантов, членов их семей, других групп риска и общего населения Республики Армения, в общей сложности около 40000 информационных материалов (брошюры, буклеты, плакаты и т.д.).

4. В качестве оказания материально-технической помощи органам здравоохранения Республики Армения для обеспечения профилактики ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов и ИППП, на базе РЦП СПИДа был оборудован учебно-ресурсный центр. В 2013 г. был обустроен учебно-ресурсный центр РЦП СПИДа, оснащён офисной мебелью и проекционным оборудованием в рамках Российской Программы оказания содействия Армении в борьбе с ВИЧ/СПИДом. В зале помещаются 140 человек, кроме того зал может быть разделен на 2 отдельных помещения, что позволит проводить параллельные семинары и тренинги или организовывать работы в группах. Благодаря установленному оборудованию и техническому оснащению в зале можно проводить собрания, конференции, семинары и тренинги на соответствующем современном уровне. Зал оснащен: мониторами для одновременной демонстрации презентаций на двух экранах или на широком экране; аудиосистемой, динамиками и микрофонами; системой видеоконференцсвязи для многоточечного видео- и аудио- общения; аналоговой дискуссионной/конференц-системой для синхронного перевода на 2-х языках; оснащенной микрофонами и приемниками для 48 участников; двумя передвижными интерактивными досками; документ-камерой, для сканирования и моментального отображения документов на мониторах. Кроме того, зал оснащён таким образом, что можно организовывать питание для 25-30 человек. С момента открытия в учебно-ресурсном центре было проведено 30 национальных семинаров, тренингов и консультаций, 3 международных семинара и совещания.

Сильные и слабые стороны компонента Программы:

К сильным сторонам компонента Программы можно отнести

- Организацию эффективной профилактической службы аутрич-специалистов, направленной на работу среди мигрантов и их половых партнеров, что особенно актуально для республики с учетом того, что по данным РЦП СПИДа практически 70% новых случаев ВИЧ среди взрослого населения (2011-2015гг) связано с миграционным фактором.
- Услуги по профилактике инфекционных заболеваний, включая ВИЧ, ВГ и ИППП, оказываемые мобильными клиниками в сельской местности пользуются большей популярностью и считаются предпочтительнее услуг местных семейных врачей. Это связано, в первую очередь, с бесплатным доступом к диагностике и консультациям, а также с анонимностью проводимых консультаций.
- Охват аутрич-услугами по консультированию и тестированию на ВИЧ и ВГ мигрантов, причем в качестве явного успеха, достигнутого благодаря слаженной и эффективной работе аутрич-службы, следует отметить полное отсутствие «пропавших» после тестирования мигрантов.
- Усиление рутинного эпиднадзора, а также эпиднадзора второго поколения за ВИЧ, ВГ и ИППП среди мигрантов и их партнеров, а также среди населения сельских местностей Армении в целом, что по мнению армянской стороны достигнуто благодаря введению в работу мобильных клиник.

- Наличие электронной системы учета пациентов, которая кодируется и ведется по группам риска.
- Оснащение и оборудование учебно-ресурсного центра на базе РЦП СПИДа, позволяющего на современном технологическом уровне проводить обучение специалистов, а также проводить различные мероприятия нацеленных на противодействие ВИЧ.

К слабым сторонам Программы можно отнести

- Продолжение работы мобильной клиники после окончания регионального проекта, включая бесплатную диагностику гепатитов В и С, а также ИППП в сельской местности ставит под сомнение общую устойчивость существующей модели. Партнерами в странах отмечалось, что подобным образом прерывались все предыдущие проекты, финансируемые зарубежными донорами. Учитывая эффективность и актуальность мобильных клиник, а также популярность такого рода услуг среди населения, уже сейчас начать переговоры, а к 2018 году разработать план мероприятий на период 2018-2021 год поэтапного перехода на полное обеспечение финансирования расходов Программы за счет средств национального бюджета. В настоящий момент Фонд «СПИД Инфосвязь» финансирует оплату немедицинского персонала, дополнительные выплаты медицинским работникам, расходные и горюче-смазочные материалы, товары медицинского назначения, дезинфекционные средства, средства индивидуальной защиты персонала, а также лекарственные препараты.

Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние на Программу

- В качестве фактора, влияющего на успешную работу в рамках Программы регионального сотрудничества по ВИЧ и другим инфекционным заболеваниям, отмечено тесное взаимодействие, а также координация деятельности с национальными органами власти, в первую очередь с министерством здравоохранения
- Залогом успеха работы мобильных клиник и проведения тестирования является не только информационная работа, проводимая аутрич-специалистами, но и комплексность предоставляемых услуг. В том числе дополнительные виды диагностики и возможность получения бесплатной консультации специалистов, дополнительно мотивирует бенефициаров. Такой подход весьма эффективен, учитывая, что в традиционных обществах даже на фоне проводимой информационной работы сохраняется высокий уровень стигматизации ВИЧ-инфицированных.
- Необходимость обеспечения непрерывности в работе программы в период, связанный с окончанием финансового года и ежегодным перезаключением договоров, а также поступления средств для продолжения финансирования следующего этапа. Отсутствие гарантий непрерывности осуществления Программы оказывает негативное влияние на данный компонент с учетом сезонности миграционных потоков. Вероятно, с учетом существующих процедурных правил операторов по реализации финансовых средств, ЮНЭЙДС и Фонду «СПИД Инфосвязь» имело бы смысл перейти с годовых контрактов на трехгодичные, охватывающие весь период реализации Программы, что позволит обеспечить непрерывность ее осуществления.
- Продолжающаяся нестабильность ближневосточного региона в целом и военный конфликт в Сирии, приведший к увеличению числа этнических беженцев и необходимости оказания им помощи, связанной с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП.
- Наличие замороженного конфликта между Арменией и Азербайджаном в Нагорном Карабахе ограничивает потенциальный всеобщий охват населения программой, в частности

посещение области мобильной клиникой ввиду ограничений политико-дипломатического характера.

- Членство Армении в интеграционных группировках, инициированных и поддерживаемых Россией, усиливающаяся экономическая (взаимо)зависимость, а также значимость фактора трудовых мигрантов для экономики Армении определяет константу в создании и реализации программ помощи в социально значимых областях и требует комплексного подхода к реализации этого и других проектов.

Уроки, применимые во Второй фазе

- Успешная работа аутрич в Армении обусловлена эффективно выстроенным механизмом национального центра СПИД, что позволяет сделать вывод о необходимости сохранения этого компонента в Армении.

- В связи с тем, что тест-системы, используемые в работе мобильной клиники, доставляются со склада медицинскими работниками в день визита, а транспортировка осуществляется с использованием специальной сумки-холодильника, следует обратить внимание на соблюдение «холодовой цепи» на всех этапах хранения и транспортировки тест-систем.

- С сентября 2016 в республике начал работу второй мобильный комплекс, таким образом работой мобильных бригад полноценно охвачен север и центральная часть страны. По расчетам РЦС Армении для обеспечения эффективной работы мобильных клиник на всей территории республики, необходима дополнительная мобильная клиника. Третий автомобиль позволит покрыть диагностическими и консультационными услугами южную часть страны. Руководством РЦП СПИДа Армении было проведено планирование кадрового распределения, для оптимизации затрат на работу мобильных клиник. Всего по стране более 1000 сельских общин, которые можно охватить аналогичной работой, используя сбалансированный подход покрытия услугами, без подключения дополнительных бригад

- Помимо гранта российского правительства, работу в области противодействия ВИЧ/СПИД в республике проводит Глобальный Фонд, который реализует свои программы в том числе через местные НПО. При этом, если ранее в области противодействия ВИЧ/СПИД работало 11 НПО, на сегодняшний день можно назвать четыре основных игрока ввиду снижения объемов гранта. Ключевым партнером ГФ является Mission East (финансирование со стороны датского правительства). Австрийское правительство оказывает донорскую помощь через Caritas Armenia (присоединяется к мероприятиям РЦП СПИДа). Каждая из НПО охватывает одну из ключевых групп:

- ПИН – AIDS prevention, education, care (АРЕС), работает в Ереване и 3 регионах;
- МСМ – New generation, охватывает всю страну;
- КСР – AIDS prevention Union, охватывает всю страну;
- ЛЖВ – Positive People Armenian Network (PPAN).

Хотя в рамках регионального (Южного Кавказа) партнерства по предотвращению распространения ВИЧ/СПИД обозначены следующие ключевые участники: Реальный мир, реальные люди (RWRP), Научная ассоциация студентов-медиков Армении (НАСМА), НПО «Общественная информация и нужда знаний» (ПИНК-Армения), «Новое поколение», Армянская сеть позитивных людей.

Ранее проекты осуществлялись в дополнение к мероприятиям российской Программы совместно с ГФ. Основные сферы деятельности: тренинги по правам человека (доступ к

услугам) в уязвимых группах, работа в школах (особенно сельских), с молодежью, участие в разработке обучающих программ по здоровому образу жизни в школах, работа с авторитетными представителями и служителями культа в общинах).

USAID также присутствует в стране, но в сфере здравоохранения продолжает программы в области борьбы с туберкулезом, спонсирует программы в рамках факультета общественного здравоохранения Американского университета.

OSIAFA (армянский филиал Фонда Сороса) в большей степени сконцентрировался на вопросах защиты прав человека, в т.ч. ключевых групп - ПИН, МСМ, но проекты не обладали спецификой борьбы с распространением ВИЧ/СПИД. По словам интервьюируемых в РЦП СПИДа до 2009 года существовал проект во всех трех южнокавказских республиках Global Initiative HIV Mental Health, финансируемый за счет средств общественных организаций Нидерландов. На сегодняшний день проект осуществляется лишь в Грузии и Азербайджане (региональный центр находится в Тбилиси), а в Армении донор прекратил деятельность после начала реализации российских проектов (кроме слов одной из интервьюируемых, данная информация и подобная взаимосвязь не прослеживается).

Общие выводы по Армении:

1. Все заявленные цели Программы в рамках Первой фазы достигнуты. Новая стратегическая информация и инновационные подходы, для сокращения заболеваемости ВИЧ эффективно применяются. Внедрен комплексный эпидемиологический надзор второго поколения за ВИЧ/СПИДом, ИППП и вирусными гепатитами среди мигрантов. Достигнута цель: «ноль новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей и сохранения жизни их матерей». Не менее 60 % сексуальных партнеров мигрантов в выбранных сообществах получают доступ к образовательным программам по ВИЧ/ИППП и услугам для прохождения обследования, что своевременно и актуально, с учетом особенности эпидемиологической ситуации по ВИЧ в Республике Армения.
2. В сфере здравоохранения, в частности в области противодействия ВИЧ/СПИД, помимо Глобального фонда и гранта российского правительства высокой активности других игроков не наблюдается.
3. Диагностика вирусных гепатитов В и С, а также ИППП (кроме ВИЧ) осуществляется на платной основе и труднодоступна для сельского населения.
4. Отмечено отсутствие слаженного взаимодействия между собой у национальных партнеров Программы, занимающимися проблематикой ВИЧ в стране, отсутствие согласования ими своих планов и мероприятий на регулярной основе, выработки единой синхронизированной политики по отдельным вопросам. Так, учитывая схожие направления деятельности в работе с молодежью РЦП СПИДа и Института здоровья детей и подростков, следует обратить внимание на отсутствие согласованного взаимодействия между данными партнерами. Хотя сотрудники института регулярно обращаются к РЦП СПИДа за консультациями, однако формального договора о сотрудничестве, взаимодействии или слаженной единой системы координации деятельности ими не отмечено. Также, сотрудниками упомянуто, что в определенной мере данная форма взаимодействия с имеющимися партнерами (неофициальная), возможно наиболее эффективна, так как позволяет избежать формализации процессов, бюрократической рутины и решать вопросы напрямую. При отсутствии формализованного согласования или разграничения направлений работы с молодежью РЦП СПИДа и Институтом, отмечается параллельный охват этими организациями

таких видов деятельности как: информирование и просветительская работа, проведение обучающих классов и вебинары, работа в социальных сетях, обучение специалистов по работе с молодежью и подростками.

5. Необходимо обеспечить непрерывность мероприятий Программы. Возникающие между «фазами Программы» паузы, необходимые для заключения контрактов, ведут к временной приостановке работы, могут привести к снижению мотивации персонала, и в итоге – утечке квалифицированных, специально подготовленных и обученных кадров. Принятие решения, подготовка и оформление нормативных и финансовых документов для продления проекта и переходу ко второй фазе (что связано с объективными причинами и наличием устоявшегося процессуального механизма одобрения средств в ООН), пришлось на период с января по март, когда можно охватить мигрантов профилактическими и диагностическими мероприятиями наиболее эффективно. В связи с длительностью рассмотрения документации головными представительствами партнерских организаций, а также с отсутствием гармоничного процессуального механизма по переходу в следующую фазу проекта, фактор сезонности был использован не достаточно эффективно. Во избежание повторения подобных ситуаций, имеет смысл рассмотреть варианты перехода от ежегодного перезаключения соглашений к трехгодичным контрактам, что поможет обеспечить непрерывность осуществления данной и потенциально следующих Программ.
6. Одним из внешних факторов, оказывающих влияние на сферу деятельности Программы, остается наличие рестриктивных мер, касающихся въезда в Россию ВИЧ-положительных мигрантов, а также отсутствие межстранового взаимодействия для обеспечения мигрантов выезжающих в Россию, препаратами АРТ для лечения ВИЧ
7. Ещё одним внешним фактором является существующая необходимость оказания помощи беженцам. На сегодняшний день крупнейшей группой в данном контексте являются беженцы из Сирии.

Рекомендации по Армении:

1. Обсудить на уровне заинтересованных ведомств и организаций в РФ, возможность проведения профилактических мероприятий с трудовыми мигрантами из Армении на территории РФ.
2. Усилить работу с молодежью за счет проведения тематических информационных и образовательных мероприятий на территории стран-реципиентов и в России по повышению приверженности к «культуре диагностики» и ведению здорового образа жизни, в том числе и по вопросам профилактики ВИЧ, ВГ и ИППП
3. Усилить комплексность программы с учетом гуманитарной и социально-значимой составляющей, определяющей не только работу с молодежью по ведению здорового образа жизни, но и расширение основных и дополнительных образовательных программ для детей, молодежи и взрослого населения, включающих изучение русского языка и культуры, экономических и юридических реалий и взаимодействия обоих государств, позволяющих трудовым мигрантам повысить свой уровень и возможности включения в интеграционные процессы на пространстве Евразийского союза.
4. Усилить взаимодействие между национальными партнерами, занимающимися проблематикой ВИЧ в стране, проводить регулярное согласование программ и мероприятий, выработку единой синхронизированной политики при координации со стороны единого оператора.

5. Обеспечить непрерывность перехода между фазами Программы, в том числе финансирования, во избежание прерывания работы в «сезон» миграции за счет более гибкого планирования мероприятий.
6. Рассмотреть вопрос о выделении в рамках Программы третьего мобильного диагностического комплекса, для обеспечения покрытия всей территории страны и одновременно продолжения курса по децентрализации рутинных лабораторных функций РЦП СПИДа, при условии обязательного обеспечения устойчивости данного компонента государственным со-финансированием или иным соразмерным вкладом в проект.
7. Проработать вопрос о повышении устойчивости Программы, в частности компонента С, путем рассмотрения возможном участии Республики Армения в со-финансировании работы мобильных диагностических комплексов (расходные материал, ГСМ, техническое обслуживание и ремонт).

3.2 Кыргызская Республика

Общие данные по Кыргызской Республике

Киргизия – 6-миллионное государство Центральной Азии, граничащее с Казахстаном, Таджикистаном, Узбекистаном и КНР, важный партнер России в Центральной Азии. С точки зрения экономического развития республики, наиболее значимыми сферами остаются добыча золота, сельское хозяйство (до 50% рабочей силы и, соответственно, высокий уровень сельского населения), важными статьями доходов остаются переводы мигрантов из-за рубежа, а также сбор налогов и таможенных пошлин. С точки зрения взаимодействия с Россией можно условно обозначить 2012 год как этапный, закрепивший четкое понимание взаимозависимости безопасности и развития в регионе Центральной Азии. Так, в сентябре и октябре 2012 года В.В.Путин приехал с визитом в Бишкек (Киргизия) и Душанбе (Таджикистан) соответственно. При этом взаимодействие в сфере военно-политической (создание военной базы) подкрепляется сотрудничеством в сфере энергетики, списанием государственного долга, преодолением кризисных ситуаций в социально-экономических (образование, здравоохранение) и экологических областях.

Киргизия по подсчетам экспертов находится на первом месте из стран СНГ по объемам получения российской помощи (за последние пять лет выделенные суммы из государственного бюджета, а также по линии частных инициатив превысили 3,5 млрд долл. США). По линии ООН российское участие обеспечивает более четверти от общего объема помощи Организации и опережает таких доноров как США, Китай, ЕС, Турцию. Значительная помощь (на двусторонней основе и через организации системы ООН) оказывается для преодоления проблем в области здравоохранения (на систему здравоохранения в Киргизии выделяется порядка 2,1% ВВП страны), несмотря на это в стране остается один из самых высоких уровней материнской смертности (около 47 на 100 тысяч). Что касается ситуации с ВИЧ/СПИД, то первого заразившегося в республике зарегистрировали в 1996 году, а на сегодняшний день количество инфицированных составляет, примерно, 6,5 тысяч человек – за последние пять лет количество заразившихся увеличилось вдвое, в Киргизии один из самых высоких уровней распространения эпидемии ВИЧ/СПИД.

Как уже было отмечено выше, Россия опережает других зарубежных доноров, тем не менее в сфере борьбы с ВИЧ до недавнего времени ключевым игроком являлся Глобальный фонд, сокращающий свою деятельность в Киргизии (а также Таджикистане).

Другими заметными игроками на территории Киргизии являются PSI (Population Services International), занимающиеся проектами по борьбе с ВИЧ/СПИД в странах Центральной Азии с 2002 года, программа USAID «Диалог по ВИЧ и туберкулезу» (проводит тренинги по развитию навыков в использовании инструментов для МиО, делая основной упор на построение демократии и правах человека), а также еще один международный игрок, со штаб-квартирой в США – CDC (Center for Disease Control and Prevention) в Центральной Азии (внедрение IBBS, электронная система мониторинга за случаями ВИЧ-инфекции и т.п.).

При проведении оценки в Киргизии было необходимо получить ответы на ее основные вопросы. Для этого были изучены отчеты и проектная документация Программы: нормативные документы (стратегия, законы, распоряжения, приказы и т.д.), статистические данные и научные публикации. Были проведены групповые и индивидуальные интервью представителей организаций-исполнителей и со-исполнителей проекта, а также представителей международных, государственных и неправительственных партнерских организаций, занимающихся вопросами профилактики ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов и ИППП.

В результате анализа полученной информации было установлено, что в рамках Компонента А: **«Совершенствование системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, ИППП и вирусными гепатитами»**. В рамках данного компонента Программы, ЮНЭЙДС оказала помощь национальным органам здравоохранения Республики в улучшении эпидемиологического надзора за ВИЧ/СПИДом, в обучении специалистов службы СПИД Кыргызской Республики навыкам проведения инновационных исследований по надзору за ВИЧ-инфекцией, по внедрению системного устойчивого мониторинга по эпидемиологическому надзору за ВИЧ-инфекцией в медицинских учреждениях.

Достигнутые результаты компонента

1 Проведена интеграция обучения по вопросам эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в систему непрерывного медицинского образования Кыргызской Республики, в частности:

1.1 В рамках программы был разработан учебно-методический комплекс (УМК) “Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами В, С, D”. Учебно-методический комплекс разработан не только для врачей, но и для среднего медицинского персонала. Решением Ученого Совета Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации от 27 января 2016 года УМК рекомендовано к изданию (разработка проводилась в рамках Первой фазы Программы). Данное пособие было разработано при поддержке российских экспертов из Института инфекционных болезней им. Пастера (г. Санкт-Петербург, РФ). В данном УМК впервые объединено изучение эпидемиологического слежения за ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами. Пособие состоит из 6 модулей:

- a). ВИЧ-инфекция и парентеральные вирусные гепатиты В, С и D (этиология, патогенез, эпидемиология, клинические особенности);
- b). Лабораторная диагностика ВИЧ и парентеральных вирусных гепатитов В, С и D;
- c). Эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями;
- d). Рутинный эпидемиологический надзор за ВИЧ и парентеральными вирусными гепатитами;

- e). Интегрированный био-поведенческий надзор за ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами, как часть национальной системы мониторинга и оценки;
- f). Профилактические и противоэпидемические мероприятия при ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитах;

Кроме того, отдельная часть УМК посвящена вопросам профилактики этих инфекций, как части эпидемиологического слежения.

Данный учебно-образовательный комплекс внедрен в процесс медицинского образования, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров, в частности врачей-эпидемиологов, инфекционистов, специалистов инфекционного контроля, врачей других специальностей.

1.2 Разработаны и внедрены в качестве дистанционной формы обучения (on-line) два курса для специалистов-эпидемиологов ЦПЗиГСЭН, Областных Центров СПИД, специалистов по инфекционному контролю организаций здравоохранения. Общая длительность каждого курса составила 2,5 месяца, включая стартовые и завершающие семинары, а также онлайн сессии. В рамках онлайн-обучения было подготовлено 5 тренеров и 57 человек прошли обучение. По данным отчетов полный цикл онлайн курсов успешно завершили 30 человек.

1.3 Повышена квалификация специалистов по вопросам эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией на международных базах, включая участие в международных семинарах и конференциях, а также обучены специалисты соответствующих медицинских и немедицинских организаций, участвующих в различных этапах эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией. Всего в рамках Программы, повышена квалификация по вопросам эпидемиологического надзора за ВИЧ и парентеральными вирусными гепатитами 94 специалистов: врачей-эпидемиологов, помощников эпидемиологов ЦПЗиГСЭН, специалистов по инфекционному контролю, сотрудников центров СПИД, а также врачей иных специальностей и профессорско-преподавательского состава средних и высших медицинских образовательных учреждений. Следует отметить, что прохождение повышения квалификации по эпиднадзору за ВИЧ учитывается в качестве кредитных часов обучения, что необходимо для получения зачета при получении сертификата специалиста.

2 По данным интервью, специалистами службы СПИД Кыргызстана не проводились заявленные в качестве планируемых в рамках Программы исследования по надзору за ВИЧ-инфекцией.

2.1 Специфического исследования случаев ВИЧ-инфекции среди УГН для определения характера и тенденций эпидемии (Incidence study) не проводилось.

2.2 По данным интервью, исследование по определению путей передачи ВИЧ инфекции (Modes of transmission) также проведено не было, однако в новой Государственной Программе по стабилизации ситуации с распространением ВИЧ-инфекции запланировано проведение такого исследования.

3 Проведены мероприятия по формированию и проведению системного мониторинга проведения эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в медицинских учреждениях, на национальном и местном уровнях:

3.1 В рамках реализации Первой фазы Программы, был разработан, согласован и внедрен инструментарий для проведения мониторинга эпидемиологического наблюдения за ВИЧ-инфекцией в медицинских организациях. Были разработаны и утверждены Указанием МЗ КР №482 от 29.10.12.: «Руководство по мониторингу и оценке инфекционного контроля ВИЧ в организациях здравоохранения» и «Оценочный лист состояния инфекционного контроля», а

также «Вопросник по оценке эпиднадзора за внутрибольничными случаями ВИЧ-инфекции, для медперсонала организаций здравоохранения» и «Вопросник по оценке эпиднадзора за внутрибольничными случаями ВИЧ-инфекции, для эпидемиологов ЦГСЭН и ОЦБПС».

3.2 Проведено обучение ключевых специалистов ДГСЭН и Центров СПИД по использованию инструментария по мониторингу эпиднадзора.

3.3 Трехэтапный мониторинг исполнения эпидемиологического надзора в ключевых медицинских учреждениях во всех областях КР, проводился в детских, родовспомогательных и иных стационарах во всех регионах страны. В частности, был проведен входной мониторинг по эпидемиологическому надзору за гемоконтактными инфекциями в 7 регионах Кыргызской Республики.

Также с использованием разработанного инструментария по 95 критериям инфекционного контроля был проведен базовый мониторинг и оценка организации системы эпидемиологического надзора в 51 организации здравоохранения в различных областях Кыргызской Республики (включая мониторинг в городах Бишкек и Ош, а также в Ошской, Баткенской, Нарынской и Таласской областях), в том числе в 13 роддомах и детских стационарах г. Бишкек и Ош. Был проведен мультицентровой опрос, среди медицинского персонала организаций здравоохранения (ОЗ), эпидемиологов ЦГСЭН и центров СПИД. Использовалась двухэтапная выборка: на первом этапе были определены приоритетные регионы для исследования (г. Бишкек, г. Ош, Джалал-Абадская, Ошская, Баткенская, Чуйская и Таласская области). На втором этапе в регионах методом случайной выборки проводился отбор организаций здравоохранения (n=51). Всего было опрошено 669 респондентов: 364 врача, 251 медсестер и 54 эпидемиолога ЦГСЭН и центров по борьбе со СПИДом. В результате проведенного опроса и оценки системы эпидемиологического надзора и инфекционного контроля за внутрибольничной передачей ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения было выявлено, что существующая система эпидемиологического надзора функционирует неэффективно, чему, в том числе, способствуют недостаточные знания медперсонала и слабая организация эпидемиологического надзора за гемоконтактными инфекциями в организациях здравоохранения⁷. Данные, полученные в результате базового мониторинга состояния инфекционного контроля в роддомах и детских стационарах гг. Бишкек и Ош, были представлены на выездном заседании Коллегии Минздрава КР по состоянию инфекционного контроля в лечебно-профилактических организациях республики, проводившегося 25 октября 2013 г. Кроме того, результаты исследования были рассмотрены на заседании чрезвычайной противоэпидемической комиссии при Правительстве Республики Киргизстан в ноябре 2013 г. и использованы при пересмотре приказа МЗ КР № 202⁸.

В 2016 году, в 7 регионах Кыргызской Республики был проведен заключительный этап мониторинга и оценки по эпидемиологическому надзору за гемоконтактными инфекциями. Заключительная оценка проводилась в 41 организации, с использованием того же инструментария, что и при базовой оценке. Заключительная оценка проводилась также в виде мультицентрового опроса медперсонала, эпидемиологов ЦГСЭН и центров СПИД, после проведения двухэтапной выборки: Всего было опрошено 605 респондентов: 308 врача, 257

⁷ «Отчет по проведению базовой оценки организации эпидемиологического наблюдения за ВИЧ-инфекцией в организациях здравоохранения Кыргызской Республики»

⁸ Приказ МЗ КР №202 от 12.05.2008 г. «О проведении лабораторной диагностике, противоэпидемических мероприятий и наблюдения при ВИЧ-инфекции в ЛПО Кыргызской Республике».

медсестер и 40 эпидемиологов ЦГСЭН и центров по борьбе со СПИДом. В результате проведенного исследования были отмечены определенные достижения по усовершенствованию системы, но отмечены и оставшиеся проблемы в организации эпидемиологического надзора за ГКИ. Так системы эпидемиологического наблюдения за нозокомиальными случаями ГКИ на уровне организаций здравоохранения функционируют недостаточно эффективно. Остается небезопасная практика обращения с остро-коллющими отходами, остаются единичные случаи прямого переливания крови в экстренных ситуациях. Только при каждом 4-ом случае укола или пореза медработникам проводится пост-контактная профилактика. Оценка системы эпидемиологического надзора за внутрибольничными случаями ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения методом наблюдения, показала, что существующая система на данном этапе не является эффективной. Так, было установлено, что уровень соответствия критериям по организации системы эпидемиологического надзора за внутрибольничными случаями ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения составляет 78,2%, что на 7,4% больше показателя, полученного при базовом исследовании. При этом, как и в базовом исследовании, основными причинами несоответствия критериям было отсутствие или недостаточно организованная система выявления, регистрации и учета случаев внутрибольничного инфицирования ВИЧ и других гемоконтактных инфекций, как среди пациентов, так и среди медперсонала⁹.

3.4 На основе данных, полученных после проведения базового мониторинга и оценки в 2014 году разработано руководство по «Эпидемиологическому надзору за вирусными гемоконтактными инфекциями в организациях здравоохранения». Данное руководство было утверждено Приказом МЗ КР № 114 от 13.03.2015 г.

В соответствии с руководством, был разработан тренинговый модуль по эпидемиологическому надзору, а также дистанционный DVD-курс «Инфекционный контроль в стоматологических организациях здравоохранения». Данный дистанционный курс был распространен как среди медицинских учебных заведений, так и в областных стоматологических поликлиниках.

Разработка инструментария для мониторинга исполнения эпиднадзора за ВИЧ в медицинских учреждениях: «Руководство по эпиднадзору» и «Инструкция по эпиднадзору» (приказ МЗ КР № 461 от 07/08/2015), позволили внедрить систематизированный мониторинг, и создать электронную базу данных исполнения эпиднадзора за ГКИ в 12 учреждениях в 3-х регионах страны. Всего, в рамках внедрения системы эпиднадзора за гемоконтактными инфекциями в организациях здравоохранения, за 2014-2015 гг. было обучено 270 эпидемиологов.

3.5 На основе результатов мониторинга и проведенных исследований был подготовлен пакет рекомендаций по усилению эпидемиологического надзора за ВИЧ в КР. Говоря о Первой фазе Программы, следует отметить, что систематизированный мониторинг исполнения эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в медицинских учреждениях был внедрен в 12 пилотных организациях здравоохранения приказом № 461 от 07.08.2015. Были проведены 3 однодневных ориентационных совещания, в ходе которых прошли первичную подготовку 12 руководителей «пилотных» организаций. Также было проведено 6 трехдневных тренингов по эпидемиологическому надзору за гемоконтактными инфекциями для персонала организаций-участниц пилотных организаций. По результатам проведенного обучения ключевые лица в

⁹ «Отчет по проведению оценки состояния организации эпидемиологического наблюдения за ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами в организациях здравоохранения республики» НПО «Профилактическая медицина» Республиканский Научно-практический Центр Инфекционного Контроля 2016г

пилотных организациях повысили свой потенциал по внедрению системы эпиднадзора за ГКИ. Была разработана электронная база данных в Excel для сбора и анализа данных, а также подготовлены специализированные кадры в 3 пилотных регионах, по сбору данных, формированию и ведению электронной базы по эпиднадзору за ГКИ.

Кроме того, было поставлено необходимое компьютерное оборудование (9 компьютеров и 9 принтеров в территориальные больницы, районные ЦСМ и районные ЦГСЭН, по три единицы каждого вида техники, на каждый регион: в г. Бишкек, Чуйской области и Ошской области), поставлены для ведения электронной системы ЭН ГКИ в организациях сферы здравоохранения.

3.6 Разработаны стандартные операционные процедуры (СОП) для совершенствования скрининговых исследований на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты. В 2015 году внедрение СОП во всех лабораториях диагностики СПИД, а также в организациях сферы здравоохранения осуществлено на уровне всех регионов страны. Последующее внедрение СОП, согласно приказу Министерства здравоохранения № 637 от 26.11.2014 г., проводится подготовленными в рамках проекта специалистами в виде каскадного обучения во всех организациях сферы здравоохранения. Всего в рамках Программы было обучено 203 специалиста организаций сферы здравоохранения, включая организаторов здравоохранения и менеджеров сестринского дела, а также 50 лабораторных работников.

4 По данным интервью, специалисты службы СПИД обладают основными базовыми знаниями и навыками для мониторинга и оценки резистентности к АРВ препаратам, а в 2015 году проходили соответствующие тематическое обучение (без указания количества специалистов, их принадлежности, тематики и места обучения). В интервью отмечено, что региональный мониторинг не проводился, но РЦ СПИД проводит разработку системы контроля за резистентностью ВИЧ к АРВ терапии в республике. В частности, на этапе Первой фазы Программы сотрудничество планировалось проводить на уровне обеспечения экспертизы Российской Федерации в проведении исследований и анализа образцов из Кыргызской Республики, по выявлению резистентных форм ВИЧ. Также по линии сотрудничества с Роспотребнадзором был закуплен и поставлен в Кыргызскую Республику генетический анализатор (секвенатор) для определения мутаций резистентности к антиретровирусным препаратам. Работы по определению резистентности начаты не были, в связи с отсутствием расходных материалов (данные интервью).

По данным интервью, секвенатор находится в Республиканском Центре СПИД, а вопрос о проведении исследования на резистентность ВИЧ должен решиться в ближайшее время. Проведено двустороннее консультирование с привлечением российских специалистов, а также намечен план совместного исследования с российской стороной по изучению резистентности ВИЧ, в рамках которого запланировано использование оборудования. Таким образом, можно заключить, что в Первую фазу Программы система контроля за резистентностью ВИЧ к АРВ терапии не была установлена.

Сильные и слабые стороны компонента Программы:

К сильным сторонам компонента Программы можно отнести

- Усиление кадрового потенциала по вопросам эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией, а также интеграция вопросов эпиднадзора ВИЧ в систему непрерывного медицинского образования Кыргызской Республики.
- Разработку инструментария и практическое внедрение систематизированного мониторинга исполнения эпиднадзора за ВИЧ в медицинских учреждениях, а также использование

инновационного и технологического подхода - создание электронной базы данных исполнения эпиднадзора за ГКИ.

К слабым сторонам Программы можно отнести

- Отсутствие специфического исследования случаев ВИЧ-инфекции среди УГН для определения характера и тенденций эпидемии (Incidence study), а также исследования по определению путей передачи ВИЧ инфекции (Modes of transmission), по причине организационных недоработок. По данным интервью в новой Государственной Программе по стабилизации ВИЧ запланировано проведение таких исследований, в том числе ведется активная подготовка к исследованию по ППМР, резистентности ВИЧ к АРВ-терапии, по эпидемиологическому надзору. На конец 2016 года было запланировано обучение специалистов для кадрового обеспечения этих исследований.

- Региональный мониторинг за резистентностью ВИЧ к АРВ терапии не проводился. Также закупленный и поставленный генетический анализатор для определения мутаций резистентности к антиретровирусным препаратам использован не был. По данным интервью, работы по определению резистентности не были начаты в связи с отсутствием расходных материалов, и недостаточной организации процесса. Также по данным интервью в данный момент РЦ СПИД проводит активную работу по налаживанию системы контроля за резистентностью ВИЧ к АРВ терапии в республике.

Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние на Программу

- По данным НПО «Профилактическая медицина» Республиканского Научно-практического Центра Инфекционного Контроля, основным фактором, оказывающим влияние на несоответствие существующим критериям по организации системы эпидемиологического надзора за внутрибольничными случаями ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения, является отсутствие или недостаточная организация системы выявления, регистрации и учета случаев внутрибольничного инфицирования ВИЧ и других гемоконтактных инфекций, как среди пациентов, так и среди медперсонала.

- Смена руководства Республиканского Центра СПИД после окончания Первой фазы Программы оказала влияние на организацию работы в целом, в том числе в интервью была выражена готовность дальнейшего развития мероприятий по контролю за резистентностью ВИЧ к АРВ терапии

Уроки, применимые во Второй фазе

- Учитывая низкую эффективность существующей на данном этапе системы эпидемиологического надзора за внутрибольничными случаями ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения, следует рассмотреть вопрос о проведении мероприятий по усилению данного направления в дальнейшем

- Рассмотреть вопрос о проведении заявленных исследований: исследования случаев ВИЧ-инфекции среди УГН для определения характера и тенденций эпидемии (Incidence study), а также исследования по определению путей передачи ВИЧ инфекции (Modes of transmission).

- Уделить внимание реализации мероприятий по мониторингу за резистентностью ВИЧ к АРВ терапии в Кыргызской Республике, а также вопросам дальнейшей эксплуатации генетического анализатора, предоставленного Российской Федерацией.

В результате анализа полученной информации было установлено, что в рамках Компонента В: **«Развитие профилактической деятельности и контроля над инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ инфекции, ИППП и гепатит среди женщин и детей»**. В рамках данного компонента Программы ЮНЭЙДС была оказана помощь в планировании и проведении мероприятий по контролю за внутрибольничной инфекцией в родильных и детских отделениях больниц, проведена оценка мер профилактики ИСМП и системы инфекционного контроля, разработаны алгоритмы и учебный курс по профилактике ИСМП, а также налажена система ранней диагностики ВИЧ-инфекции у детей, родившихся у ВИЧ-позитивных матерей.

Достигнутые результаты компонента

1 Данные, о количестве случаев внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией среди детей были запрошены но не предоставлены. Поэтому говорить об исполнении данного пункта не представляется возможным.

2 В рамках Программы был налажен системный подход к планированию, проведению мероприятий и контролю за внутрибольничными инфекциями в родильных и детских отделениях больниц КР:

2.1 В интервью было указано, что в рамках Программы проводилась оценка соответствия современным требованиям программ обучения специалистов медицинского профиля инфекционному контролю при проведении медицинских процедур, по результатам которой были подготовлены рекомендации по их усовершенствованию. Однако, документальных данных о проведении оценки программ обучения специалистов медицинского профиля инфекционному контролю представлено не было. В 2014 году была проведена оценка мер профилактики ИСМП и системы инфекционного контроля в пилотном медицинском учреждении. Целью проведение оценки было улучшение медицинских практик в акушерских стационарах и детских больницах, направленных на снижение риска заболеваемости и смертности от ИСМП в учреждениях здравоохранения Кыргызской Республики. Основными задачами оценки было оценить систему профилактики ИСМП в акушерском и детском стационарах г. Бишкека; представить результаты на круглом столе; разработать соответствующие рекомендации; проанализировать тематические нормативные документы Кыргызской Республики и предложить меры по их совершенствованию; оценить систему контроля ИСМП, предложить улучшения, а также оценить потребности и ресурсы для организации обучения персонала в области профилактики ИСМП.

Для проведения оценки основных компонентов инфекционного контроля был использован и растиражирован для экспертов «Инструмент для оценки системы профилактики ИСМП в стационарах», предоставленный Институтом Здоровья Семьи (Россия) в ЮНИСЕФ.

В соответствующем отчете (2014 год), представлены результаты оценки, а также рекомендации. В том числе приоритетные методы профилактики ИСМП, необходимые для расчета бюджета, необходимое ресурсное обеспечение, изменения в практиках, а также рекомендации по обучению персонала.

2.2 В продолжение работы по профилактике ИСМП, руководствуясь рекомендациями ВОЗ, Министерством Здравоохранения Кыргызской Республики, совместно с ЮНИСЕФ были разработаны и выпущены в количестве 500 копий «Сборник стандартов операционных

процедур, утвержденных Приказом МЗ КР №379 от 04.07.2014 года и рекомендованных для клинических практик в организациях здравоохранения КР», включающий 9 графических СОП (в виде настольного демонстрационного перекидного стенда) и 21 СОП в виде книжки-сборника, также выпущенной тиражом в 500 копий, для практического применения медицинским персоналом в учреждениях родовспоможения и детских организациях здравоохранения.

При финансовой поддержке ЮНЭЙДС в рамках Программы и Проекта действий сообществ по вопросам здоровья, финансируемых правительством Швейцарии и реализуемых в Кыргызстане Швейцарским Красным Крестом в 2015 году было разработано учебно-методическое пособие «Инфекционный контроль в организациях здравоохранения», для подготовки студентов высших и средних медицинских образовательных учреждений, слушателей отделения повышения квалификации, а также врачей эпидемиологов, специалистов инфекционного контроля, медицинских работников других специальностей, организаторов здравоохранения при организации мероприятий по обеспечению инфекционного контроля. Данный обучающий курс был разработан на базе адаптированного учебного курса НАСАТТ по предупреждению инфекций, связанных с медицинскими устройствами на основе руководства и стандартов по вопросам инфекционного контроля. Также учебный курс «Инфекционный контроль в организациях здравоохранения» был записан на DVD, для использования в качестве материала для дистанционного обучения, в том числе и специалистов в удаленных районах республики.

Таким образом, можно говорить о том, что программы обучения специалистов медицинского профиля инфекционному контролю при проведении медицинских процедур были усовершенствованы.

3 При участии программы была налажена система ранней диагностики ВИЧ-инфекции у детей, родившихся у ВИЧ-позитивных матерей. В том числе были проведены мероприятия по формированию основных элементов ранней диагностики ВИЧ-инфекции у детей, родившихся у ВИЧ-позитивных матерей, а также обеспечение расходными материалами до 2016 г. В г. Алматы, Казахстан во время регионального семинара по внедрению ранней диагностики было обучено: 3 специалиста – РЦ СПИД, 1 – ДПЗиГСЭН, 1 – МЗ КР и КГМИПиПК. Также по вопросам лабораторной диагностики методом ПЦР и забору крови методом сухой капли крови (СКК) было обучено 60 специалистов из г. Бишкек и Ошской области. Обучение проводилось с привлечением специалиста лаборатории Научного Центра Акушерства, Гинекологии и Перинатологии, г. Алматы, Республики Казахстан. На базе ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора (Москва), при непосредственном участии российских экспертов, было обучено 2 специалиста (РЦ СПИД и ДПЗиГСЭН) по вопросам сертификационного цикла усовершенствования «Использование молекулярных методов для ранней диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей».

В рамках программы, при содействии ЮНИСЕФ проведена работа по внедрению системы ранней диагностики новорожденных в практику, в том числе принят приказ МЗ КР №618 от 22 октября 2013 г. «О проведении обследования детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями на ВИЧ инфекцию методом ПЦР с использованием сухой капиллярной крови», а также разработано руководство по ранней диагностике ВИЧ-инфекции детей, рожденных от матерей с ВИЧ, с учетом международных рекомендаций. Для диагностики ВИЧ-инфекции с использованием СКК было закуплено 200 тестов, а также все необходимые расходные материалы. По данным РЦ СПИД охват ранней диагностикой был увеличен на 75% за период с 2012 по 2015 гг. (с 14% до 89% соответственно). Всего методом СКК за последний год

работы Первой фазы Программы, было протестировано 67,3% (37 из 55 рожденных от ВИЧ-позитивных матерей).

Кроме того, в Ошской, Джалал-Абадской и Чуйской областях, в 27 центрах семейной медицины, 16 родильных отделениях и 2 Областных Центрах по борьбе со СПИД был проведен мониторинг качества предоставления медицинских услуг по осуществлению ранней диагностики ВИЧ у младенцев, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей. По результатам проведенной оценки был представлен отчет, а также даны рекомендации по совершенствованию системы, а также проведено тематическое обучение 239 медицинских работников по вопросам инфекционного контроля.

4 Разработан и внедрен системный подход в работе с ЛЖВ и их половыми партнерами для снижения риска передачи ВИЧ половым путем. В 2013 году между РЦ СПИД, центрами семейной медицины и НПО «Аракет плюс» было подписано трехстороннее соглашение о сотрудничестве с целью поддержки деятельности мультидисциплинарных команд (МДК) с целью оказания различных видов помощи (в том числе медицинской, консультативной, информационной, сопроводительной, правовой, социальной и адаптационной) лицам, живущим с ВИЧ. При поддержке и содействии Центров Семейной Медицины были выделены помещения для МДК. Кроме того, были разработаны и утверждены приказом функциональные обязанности сотрудников.

Всего за время Первой фазы Программы было сформировано шесть МДК: 2 в Чуйской области, 3 в Ошской области и г.Ош, а также 1 в Баткенской области. К 2016 году количество МДК было увеличено до девяти: сформированы и добавлены 2 МДК в Джалал-Абаде, и 1 МДК в Ошской области. По результатам оценки потребностей ЛЖВ, проведенной в 2013 году среди 100 респондентов в Бишкеке и в Чуйской области, была разработана концепция расширения доступа ЛЖВ к услугам по лечению, уходу и поддержке.

Всего за период с 2014 по 2015 год, партнерская организация Общественный фонд «Аракет плюс» организовала и провела обучение для МДК, с целью повышения квалификации и потенциала специалистов. В 2014 году проведено пять семинаров: «Базовые вопросы сексуально-репродуктивного здоровья, в т.ч. профилактика ВИЧ-инфекции и ИППП для членов мультидисциплинарных команд» (обучено - 27 человек), трехдневный семинар «Основы психосоциального консультирования» (обучено – 22 человека), «Follow-up семинар по психосоциальному консультированию» (обучено – 18 человек), «Организационное развитие МДК с элементами стратегического планирования» (обучено – 25 человек). Данный семинар проводился в целях содействия в разработке видения, миссии, ценностей и стратегических планов на 2014-2016гг. Кроме того была проведена вторая часть обучающего семинара «Организационное развитие МДК с элементами стратегического планирования», с целью содействия в доработке стратегических планов на 2014-2016 гг.

В 2015г. были проведены семинары: «Основные стандарты проведения групп самопомощи на базе МДК» (обучено 22 человека - 18 членов МДК, сотрудники РЦ СПИД и Ошского ОЦПБС), семинар «Основы мониторинга и оценки деятельности МДК» обучено 26 человек - координатор здравоохранения г.Ош, 4 руководителя ЦСМ, 18 членов МДК, сотрудники РЦ СПИД и Ошского ОЦПБС), а также проведен семинар «Институционализация деятельности МДК. Стратегия выхода из проекта», (обучено 35 участников - 4 руководителя ЦСМ, 18 членов МДК, руководитель проекта ICAP/USAID, эксперт ЮНЭЙДС, сотрудники РЦ СПИД и Ошского ОЦПБС).

4.1 В 2014 году, в рамках Программы ОО «Изилдоо плюс» проведена оценка удовлетворенности ЛЖВ услугами мульти дисциплинарных команд (МДК). Целями оценки

было: а). определение степени удовлетворенности ЛЖВ психологической и социальной поддержкой, консультированием, сопровождением, навыками равного консультанта процессом и результатом лечения, а также иными услугами, предоставляемыми МДК, б) определение проблем, как при работе с ЛЖВ и членами их семей, так и проблем, связанных с организацией работы МДК. Сбор данных проводился методом полуструктурированных интервью с ЛЖВ и членами их семей, а также со специалистами МДК (врач, медсестра, равный консультант). Исследование проводилось на основе адаптированных методик, описанных в сборнике рекомендаций «Методы оценки добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ», ЮНЭЙДС, 2000. В качестве респондентов были проинтервьюированы 96 ЛЖВ и членов их семей, а также 17 специалистов МДК (врачи, медсестры, равные консультанты). Кроме того, была проведена оценка 6 кабинетов центров семейной медицины для МДК. Интервью и оценка проводились в трех регионах: Чуйской области (2 кабинета), Ошской области и г.Ош: (3 кабинета), а также в Баткенской области (1 кабинет). По итогам проведенного исследования были сделаны выводы и предложены соответствующие рекомендации. Так исследование показало, что клиенты пользуются всем спектром предоставляемых МДК услуг, а их востребованность, зависит от категории клиентов, степени их социализации, а также их предыдущего опыта. В связи с этим были даны рекомендации использовать более гибкий, а в некоторых случаях - индивидуальный подход по предоставлению услуг. В целом результаты оценки показали высокую удовлетворенность услугами и работой сотрудников кабинетов МДК.

В интервью сотрудники МДК отметили пользу и эффективность от информации, полученной на тренингах по тематической подготовке, и отмечают необходимость в регулярном обучении и постоянной информационной поддержке. Не смотря на высокие показатели уровня знаний специалистов, было рекомендовано провести тестирование навыков консультирования по вопросам ВИЧ, с использованием инструментов UNAIDS (скорее всего, данная рекомендация была связана с некоторыми ответами респондентов по удовлетворенности качеством до- и пост- тестового консультирования). Также отмечено, что проблемы, обозначенные сотрудниками МДК, при работе с клиентами, находились в зависимости от их принадлежности к той или иной группе риска. Одновременно, были рекомендованы к пересмотру некоторые параметры отчетности для исключения из журналов учета персональных данных клиентов (имя и адрес).

Данные исследования, а также полученные рекомендации были использованы для внесения соответствующих изменений и коррекции системы работы с ЛЖВ и их половыми партнерами.

4.2 Совместно с Республиканским Центром СПИД, а также областными центрами, была создана система социальной и психологической поддержки ЛЖВ. При создании этой системы были использованы наработки и лучшие практики (в том числе разработанное совместно руководство), которые были использованы партнерскими организациями (Глобальный Фонд и ICAP), занимавшимися этим вопросом с 2009 года, но прекратившие финансирование этого компонента. Кроме того, совместно с PSI была организована работа по розыску зарегистрированных, но пропавших, «потерянных», ВИЧ-положительных клиентов. Партнерские организации, проводящие работу в данной сфере это UNFPA (ведущий партнер), ГФ, ICAP и КГМИПиПК.

В рамках существующей системы поддержки ЛЖВ предоставляются социальные и медицинские услуги - Центры Семейной Медицины (ЦСМ) оказывают помощь в получении диагностических и лабораторных услуг, специализированного лечения, получении документов в взаимодействии с государственными структурами. Созданы группы

самопомощи из числа ЛЖВ. Проводится активная работа с родственниками ВИЧ-инфицированных, в том числе и с лицами, пострадавшими от ВИЧ (ЛПВ).

Учет оказанной помощи проводится по специализированным унифицированным идентификационным кодам (УИК), которые сведены в базу данных, доступ к которой имеют все центры СПИД республики и Глобальный Фонд. В дальнейшем планируется обеспечить доступ ЦСМ к базе данных. На данный момент все специалисты имеют собственные журналы учета.

Программа обучения по вопросам сексуального репродуктивного здоровья ЛЖВ разработана совместно Кыргызским Государственным Медицинским Институтом Переподготовки и Повышения Квалификации (КГМИПиПК) и UNFPA, с использованием обучающих материалов и рекомендаций ВОЗ и UNFPA. В программе обучения рассматриваются темы контрацепции, планирования семьи, сексуально-репродуктивные права, иные правовые и юридические вопросы, а также пути и меры профилактики передачи ВИЧ, вирусных гепатитов В и С, ИППП. По этой программе было обучено 18 членов МДК и 6 руководителей ЦСМ, а также 2 руководителя областного и Республиканского Центров СПИД. Глобальный Фонд и ICAR проводили аналогичное обучение в своих сайтах и территориях.

Контроль качества обучения проводится с использованием входящего и исходящего тестирования. Также проводится внутренний мониторинг качества обучения и анкетирование бенефициаров по предоставленным услугам. По данным интервью, всего за время работы Программы по вопросам сексуального репродуктивного здоровья ЛЖВ было подготовлено 26 специалистов.

На период действия Первой фазы Программы, охват системой социальной и психологической поддержки ЛЖВ составил 350 человек. На Вторую фазу Программы запланировано увеличение до 500 человек.

4.3 В рамках Первой фазы Программы проводилась адвокация подхода «лечение, как профилактика». В том числе проводилось специализированное обучение для представителей дискордантных пар по вопросам профилактики АРВТ. В популяризации подхода «лечение, как профилактика» принимали активное участие как государственные (РЦ СПИД) так и международные организации (UNAIDS, ВОЗ). Охват программой «лечение как профилактика» отражен в отчетах РЦ СПИД. По данным интервью, в разработке программы обучения приверженности к раннему началу лечения среди медицинского персонала и ЛЖВ приняли совместное участие РЦ СПИД, а также Глобальный Фонд и UNAIDS. Программа содержит общую информации об АРВТ, о побочных действиях препаратов, о совместимости лекарственных средств, о сопутствующих заболеваниях, об осознанности и приверженности терапии. В основу этой программы легли рекомендации и клинические протоколы ВОЗ. Обучение специалистов по этой программе проводилось при участии КГМИПиПК, РЦ СПИД, а также Глобального Фонда и ВОЗ.

4.4 Адвокативные мероприятия, с целью снижения уровня стигмы и дискриминации на уровне сообществ, проводились в 6 МДК в трех областях (а с 2016 года – в 9 МДК, в четырех областях). Еще 4 года назад для рожениц было табу на ВИЧ, до сих пор нет закона для сдачи анализа на ВИЧ (Рекомендация по активизации работы с депутатами Кыргызстана по выработке соответствующего законодательства). Проводится работа по оказанию содействия в получении социальных выплат ЛЖВ, работа по обеспечению ВИЧ-положительных матерей смесями, проводилась работа с департаментом образования по устройству детей в образовательные учреждения без раскрытия ВИЧ-статуса ребенка. Работа в школах, среди

учителей на данный момент не проводилась, однако она запланирована к реализации в будущем.

Работа по вопросам преодоления стигмы и дискриминации проводится в ЦСМ, где специалисты МДК проводят информирование медицинских работников, освещая вопросы оказания помощи, ухода и особенностей лечения ЛЖВ.

Прозвучало предложение: убрать из закона обязательность тестирования и конфиденциальность ВИЧ-статуса, в качестве варианта борьбы со стигмой (т.е. создать новые условия восприятия проблемы, через уход от «обособленного» статуса ВИЧ-положительного диагноза, и перевода этой нозологии в группу обычных заболеваний).

Кроме того, медицинские работники МДК проводили беседы со священниками, привлекая их к профилактической работе среди мигрантов. С Кыргызской Республике существует практика получения благословения у священнослужителей перед длительной поездкой, в том числе и с целью трудовой миграции. После такой беседы, привлеченные к работе священники, воздействуют с моральных, этических и религиозных позиций, напоминая о поведенческих мерах профилактики ВИЧ, вирусных гепатитов В, С и ИППП.

При активном содействии UNAIDS и ВОЗ были разработаны компоненты по преодолению стигмы и дискриминации, используемые в проведенных тренингах. Данные компоненты были разработаны с использованием рекомендаций ВОЗ и UNAIDS, международных деклараций и документов, и освещали вопросы прав человека, а также юридические и правовые аспекты. Отдельные тренинги по данному направлению разработаны не были и не проводились, однако вышеозначенными компонентами были охвачены 26 специалистов МДК. По свидетельству интервьюируемых, обучающие семинары и тренинги для медработников также проводили зарубежные доноры – GIZ, USAID. В частности, представители Кыргызской республики заинтересованы в проведении картирования деятельности GIZ, USAID, ГФ, т.к. зачастую партнерские организации проводят идентичные или неэффективные с экономической точки зрения мероприятия. Так, на средства USAID был построен родильный дом на озере Иссык-Куль, но около 30% средств гранта было израсходовано на оплату услуг специалистов, не владеющих местной спецификой. ФРГ выделяла средства на строительство клиники еще в 2008 году, но она так и не была достроена. Япония поставила технику в Кыргызский научный центр репродукции человека, но аппаратура не была настроена, а соответствующие специалисты не были подготовлены к её использованию. Саудовская Аравия построила 3 ФАП (при использовании строительства мечетей, как дополнительного условия своей интервенции). Также имеет место активное финансирование со стороны КНР и Катара, но расходование средств доноры осуществляют неэффективно. Самые активные грантодатели в этой сфере – США, а также ГФ и ПРООН, но они выдвигают достаточно строгие требования и условия при предоставлении грантов, что встречает определенное недовольство со стороны властей страны-реципиента.

В данном компоненте, реализация Программы позволила существенно улучшить уже начатую другими партнерами работу. В значительной мере на реализацию этого компонента повлияла политическая приверженность руководства ЦСМ и центров СПИД, которые полностью поддерживают деятельность программных «команд», что в значительной мере обеспечило успех работы. Примером успешной институционализации проекта является тот факт, что равные консультанты были приняты на постоянную работу в ЦСМ причем, с финансированием ставок за счет самих центров. Внедрение мультидисциплинарного подхода в значительной мере увеличило количество ВИЧ-ассоциированных услуг, что в свою очередь

позволило улучшить охват ЛЖВ консультированием, диагностикой, лечением, медицинской, социальной и психологической поддержкой.

Сильные и слабые стороны компонента Программы:

К сильным сторонам компонента Программы можно отнести

- Усовершенствование системного подхода к планированию, проведению мероприятий и контролю за внутрибольничными инфекциями в родильных и детских отделениях больниц КР. В частности - проведение оценки соответствия современным требованиям программ обучения специалистов медицинского профиля инфекционному контролю при проведении медицинских процедур, по результатам которой были подготовлены рекомендации по их усовершенствованию. А также усовершенствование программы обучения специалистов медицинского профиля инфекционному контролю при проведении медицинских процедур, в том числе разработку и выпуск сборника стандартов операционных процедур по профилактике ИСМП, разработанном в соответствии с рекомендациями ВОЗ, для практического применения медицинским персоналом в учреждениях родовспоможения и детских организациях здравоохранения.

- Разработку и внедрение дистанционного учебного курса по инфекционному контролю в организациях здравоохранения, применение которого было признано полезным и актуальным, в первую очередь для обучения специалистов в удаленных районах республики.

- Усовершенствование системы ранней диагностики ВИЧ-инфекции у детей, родившихся у ВИЧ-позитивных матерей, в том числе по формированию основных элементов ранней диагностики, а также обеспечение расходными диагностическими материалами. Также следует отметить проведение работы по нормативной поддержке внедрения системы ранней диагностики новорождённых в практику, разработку руководства по ранней диагностике ВИЧ-инфекции детей, рожденных от матерей с ВИЧ, с учетом международных рекомендаций. В том числе, организация и проведение мониторинга качества предоставления медицинских услуг по осуществлению ранней диагностики ВИЧ у младенцев, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей, по результатам которого были предложены меры по совершенствованию системы, а также обучены медицинские работники по вопросам инфекционного контроля.

- Наиболее эффективную часть компонента, посвященную разработке и внедрению системного подхода в работе с ЛЖВ и их половыми партнерами. При реализации этой части компонента были заимствованы лучшие практики из международного опыта. Была использована методика внедрения МДК, улучшение доступа ЛЖВ к качественным медицинским услугам, приближение услуг к клиентам, удержание лечения и поддержка приверженности, а также снижение стигмы и дискриминации. Важно отметить, что в республике проводится активная работа с дискордантными парами по профилактике лечением. Были организованы группы самопомощи, где стало возможно проводить работу по открытию ВИЧ-статуса, привлекать близкое окружение человека, а также использование равного консультанта из числа ЛЖВ для привлечения ранее недоступных людей.

К слабым сторонам Программы можно отнести

- Отсутствие специализированных информационных материалов, для работы по преодолению стигмы и дискриминации.

- То, что несмотря на активное содействие UNAIDS и ВОЗ в разработке компонентов по преодолению стигмы и дискриминации, используемые в тренингах, отдельные,

специфические тренинги по данному направлению разработаны не были и не проводились, что необходимо учесть в дальнейшем, исходя из актуальности данной проблемы.

Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние на Программу

- Недостаточный объем государственного финансирования необходимых мероприятий в Кыргызской Республике, не позволяет полностью обеспечить национальные потребности программ по противодействию ВИЧ-инфекции
- По мнению респондентов, имеющиеся механизмы интеграции и межведомственной координации организаций, работающих в сфере ВИЧ-инфекции, функционируют недостаточно продуктивно.
- Фактор частой смены руководителей и ключевых лиц в государственных структурах также создает определенную угрозу устойчивости профилактических программ.
- В 2015 году началась реализация подхода «Лечение, как профилактика» в Кыргызской Республике, и продолжается до настоящего времени. Закупка препаратов, в том числе и для реализации этого подхода, осуществлялась за счёт средств Глобального Фонда. С 2017 года Глобальный Фонд прекращает закупки АРВ препаратов в Кыргызской Республике, а также препаратов для лечения туберкулеза. В настоящее время Глобальный Фонд уже прекратил закупку препаратов для лечения оппортунистических инфекций (кроме лечения представителей уязвимых групп) и теперь финансирование полностью возложено на государство.
- Завершение программ Глобального Фонда (в частности финансирование закупок тест-систем для беременных, фонд более не финансирует), существенно скажется на финансировании борьбы с распространением ВИЧ-инфекции, и в том числе на возможном перераспределении средств государственного финансирования.
- Наличие стигмы и дискриминации не только в обществе, но и среди медицинских работников по отношению к ВИЧ-инфицированным, привели в том числе к кадровым изменениям при формировании МДК, а также имеющиеся проявления стигмы и дискриминации среди медицинских работников по отношению к ЛЖВ. Также отмечается негативное влияние работы, проводимой в школах учителями, на преодоление стигмы и дискриминации.
- В качестве позитивного фактора отмечена высокая информированность и подготовка квалифицированных кадров, привлеченных к работе МДК. А также их активная деятельность, благодаря которой отмечено снижение стигмы и дискриминации ЛЖВ в ЦСМ и стационарах, а также снижение стигматизации в учреждениях социального развития
- Отмечен фактор низкой мотивированности и ограниченных возможностей для медперсонала – в первую очередь проблема низкой зарплаты (5-8 тысяч сомов), а также значительные нагрузки и сокращение время для консультации в рамках приема. Также было отмечено отсутствие устойчивости программ, многие из которых закрываются после ухода доноров. Отдельная проблема состоит в текучести кадров, многие врачи уезжают за рубеж (в т.ч. в Россию).

Уроки, применимые во Второй фазе

- Несмотря на поставленные в рамках Программы тест-системы, в том числе для диагностики ВИЧ у беременных, в стране отмечается дефицит диагностических средств, поэтому тестирование беременных проводится однократно, в отличие от международных

рекомендаций. До 2016 года тест-системы поставлены согласно плану, но при отсутствии стороннего финансирования ситуация ухудшится. В связи с этим целесообразно рассмотреть вопрос о наращивании, в рамках Программы, помощи в этой сфере.

- Охват ВИЧ-положительных детей лечением составляет 89%, 11% по данным интервью не охвачены из-за низкой приверженности, так как не проводится в должном объеме психологическая помощь. Необходимо усиление информационной и образовательной работы по приверженности терапии не только с детьми и подростками, но и с родителями.

- Также была отмечена необходимость в издании широкого спектра тематических информационных материалов по всем направлениям работы с ЛЖВ.

- Вопросы стигмы и дискриминации, требуют соответствующего внимания и совершенствования подходов по их искоренению, особенно в среде медицинских специалистов. Данная проблема требует разработки мер по противодействию стигматизации, в том числе специализированных тренингов по повышению квалификации медицинских работников в сфере этики и деонтологии в работе с ВИЧ-пациентами. Кроме того, по данным интервью, тематическая работа в школах среди учителей на данный момент не проводилась, однако она запланирована к реализации в будущем, что возможно потребует соответствующей поддержки. Также следует обратить внимание на разработку и выпуск информационных материалов по преодолению стигмы и дискриминации в обществе и целевых группах.

- Координация работы по преодолению стигмы и дискриминации между организациями-партнерами, в том числе и негосударственными, осуществляется Министерством Здравоохранения. Однако, по данным интервью, эта работа проводится недостаточно эффективно и носит формальный характер. Было выражено пожелание реанимировать взаимодействие организаций по этому вопросу, с привлечением Странового Координационного Комитета.

- Обучение по вопросам сексуального репродуктивного здоровья ЛЖВ проводилось в рамках Программы, однако в этот же период Глобальный Фонд и ICAP проводили аналогичное обучение в своих сайтах и проектных территориях. В связи с этим, следует рассмотреть вопрос об общей организации процесса по согласованию такой деятельности и гармонизации усилий, предпринимаемых партнерами в этой сфере.

В результате анализа полученной информации, было установлено, что в рамках Компонента С: **«Совершенствование систем профилактики ВИЧ/СПИД, ИППП и гепатита среди групп населения особенно уязвимых в отношении этих инфекций, включая профилактику этих инфекций среди мигрантов»**. Фондом «СПИД инфосвязь» была проделана работа по укреплению системы аутрич услуг, по оказанию диагностической и консультативной помощи, обеспечению и проведению просветительской работы по вопросам профилактики ВИЧ среди мигрантов, членов их семей и иных групп населения, подверженных риску инфицирования. В том числе предоставлены три российских мобильных клинко-диагностических комплекса, для обеспечения работы по профилактике ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов и ИППП среди населения в труднодоступных районах страны.

Достигнутые результаты компонента

1. Проведена работа по укреплению системы аутрич в Кыргызской Республике, с целью увеличения доступности диагностической и консультативной помощи по профилактике

ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов и ИППП, для трудовых мигрантов и членов их семей, проживающих в сельской местности, мероприятиями. Для реализации этой задачи в рамках Программы, совместно с Национальным обществом Красного Полумесяца было организовано и проведено обучение промоутеров – для последующей координации деятельности аутрич-волонтеров во всех областях республики: Ошской, Чуйской, Баткенской, Джалал-Абадской, Нарынской, Иссык-Кульской и Таласской. Всего на специальном тренинге было подготовлено двенадцать специалистов-промоутеров для руководства командами аутрич. Они прошли специализированное обучение в сфере организации и управления в аутрич-работе, проведения мобилизации сообществ, а также по вопросам профилактики ВИЧ, ИППП и туберкулеза. В обязанности промоутеров входит работа с местным населением, в частности – проведение специальных промо-тренингов, в ходе которых, активным представителям сообщества из числа слушателей предлагается добровольное участие в профилактической деятельности. Отобранные таким образом волонтеры проходят дальнейшее тематическое обучение. Промоутеры находятся в постоянном контакте с аутрич-добровольцами, поддерживают их мотивацию, проводят работу по организации, координации, мониторингу и супервизии их деятельности, оказывают консультативную поддержку.

В обязанности промоутеров входит распределение территории охвата между добровольцами, а также предоставление волонтерам необходимой и достоверной информации о профилактике ВИЧ, ИППП и туберкулеза, для дальнейшего распространения среди населения, в том числе и печатной.

Волонтеры проводят первичный контакт с представителями общин, проводят оценку рисков каждого потенциального клиента, ведут профилактические беседы на тему «Что Вы знаете о ВИЧ, о вирусных гепатитах, о ИППП, о туберкулезе?». Информационно-просветительская работа волонтеры ведут не только устно, но и распространяя соответствующие печатные материалы. Кроме того, аутрич-работники приглашают клиентов на групповые тематические информационные сессии по профилактике ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам, ИППП, туберкулезу, а также активно привлекают населения к прохождению тестирования на эти инфекции, оповещая сообщество о времени и месте работы мобильной клиники.

Всего в рамках Первой фазы Программы профинансирована деятельность и сформирована сеть из 4 промоутеров и 60 аутрич-волонтеров во всех областях республики. Также за период с 2013 по 2015 гг подворовыми обходами было охвачено 48880 человек. В тематических информационных сессиях по профилактике ВИЧ, вирусных гепатитов, ИППП и туберкулеза приняло участие 20197 человек.

Отсутствие в Кыргызской Республике общей, единой формулировки понятия «члены семей мигрантов», а также существенные различия в использованной на местах методологии учета, при работе, связанной с подворовыми обходами, создали затруднения при интерпретации данных охвата целевого населения оказанными аутрич-услугами. В связи с этим было принято решение отказаться от продолжения дальнейшей работы по аутрич-компоненту в республике с 2016 года.

2. С целью увеличения охвата населения услугами по консультированию и тестированию на ВИЧ/СПИД, вирусные гепатиты, ИППП и туберкулез, особенно в целевых группах, таких как трудовые мигранты и члены их семей, в рамках Программы была профинансирована закупка и работа трех мобильных лечебно-диагностических комплексов, включая заработную плату персонала, расходы на эксплуатацию, а также закупку медицинских и диагностических средств, необходимых для полноценного функционирования мобильных клиник.

Благодаря работе мобильных комплексов был расширен доступ населения к медицинским (и в частности – диагностическим) услугам, в сельской местности. В том числе, охвачены горные и труднодоступные районы Кыргызской Республики, где в силу недостаточно развитой сети медицинских услуг, трудной логистики и низких доходов населения, доступ к подобным услугам весьма ограничен. Также следует отметить, что оказание лечебно-диагностической помощи в рамках реализации этого компонента Программы осуществляется бесплатно, с уделением приоритетного внимания нуждающимся или социально-уязвимым слоям населения.

Изначально, работы, связанные с мобильными клиниками исполнялись Национальным Обществом Красного Полумесяца Кыргызской Республики (в качестве суб-подрядчика Фонда «СПИД Инфосвязь»), однако, по соглашению с Министерством Здравоохранения Кыргызской Республики, с целью оптимизации координационной работы и планирования маршрутов выездов, в том числе с целью взаимодействия с региональными мероприятиями («караваны здоровья»), а также с целью повышения качества организационной работы в целом (с 2016 года) мобильные клиники были переданы в распоряжение областных клинических больниц, в партнерстве с которыми и осуществляется клиничко-диагностическая деятельность в данный момент. Команды специалистов, подготовленные для работы в мобильных клиниках ранее, были сохранены и продолжили свою работу в прежнем составе.

Первая клиника приступила к работе в сентябре 2014 г. в Чуйской области. В отчетах отмечено, что работа мобильного комплекса в Чуйской области проводилась на территориях малообеспеченных медицинской помощью, направлялась в районы, населенные внутренними мигрантами, в том числе социально-уязвимыми лицами с низким уровнем дохода. Вторая мобильная клиника была передана Кыргызской Республике в 2015 году для работы на территории Ошской области, куда в рамках данной оценки был совершен ознакомительный визит с целью изучения работы и использования мобильного комплекса. На 2016 год Ошская область полностью охвачена работой мобильного комплекса, он задействован во всех 8 районах области. Маршрут и график работы мобильной клиники заранее прорабатывается и согласуется с координаторами в районах. Проводится заблаговременное оповещение фельдшерско-акушерских пунктов по телефону, в соответствии с графиком, проводится согласование работы и локальная мобилизация населения, в том числе с акцентом на представителей групп риска. По оценкам самих медработников, около 70-90% клиентов мобильной клиники, работающей в Ошской области – это женщины.

Выездной маршрут по пунктам назначения может длиться от четырех дней до десяти. Работа развернутой мобильной клиники, как правило, осуществляется на базе сельских фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе и во взаимодействии с локальными специалистами.

Вся информация о проведении тестирования в мобильной клинике вносится в журнал учета. Следует отметить, что учет проводится на бумажном носителе, а электронный формат ввода данных на этом этапе отсутствует. Список прошедших тестирование передаются в ФАПы, журнал передается и впоследствии хранится в Ошской межобластной объединенной клинической больнице. Данные о результатах тестирования переводятся в электронный формат и подаются в Ошский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом ежемесячно.

В мобильной клинике предлагается пройти тестирование на ВИЧ, вирусные гепатиты В и С, ИППП. С этой целью за период Первой фазы Программы было закуплено и поставлено в Кыргызскую Республику для использования в мобильных комплексах: экспресс-тесты на ВИЧ

– 13000 единиц, на вирусные гепатиты В и С по 5000 единиц соответственно (10000 в совокупности), на туберкулез – 9500 и сифилис – 6000 тест-систем.

Исследование на туберкулез проводилось до конца 2015 года, но с 2016 года закупки тест-систем не осуществляются, хотя, со слов работников клиники, население регулярно интересуется возможностью пройти такое тестирование. Из ИППП закуплены тест-системы для диагностики сифилиса, иные нозологии не исследуются, хотя население также выражает заинтересованность. По данным интервью, около 10% женщин, обратившихся в клинику за гинекологической помощью, могут иметь клинические показания на исследование связанные с другими ИППП (гонорея и трихомониаз).

С учетом того, что большинство диагностических услуг в Кыргызской Республике предоставляются на платной основе (в том числе и гинекологическое, по данным интервью), диагностические мероприятия, проводимые с использованием мобильных клиник, пользуются широкой популярностью у населения.

Запас тест-систем пополняется регулярно со склада в месте базирования клиники. В данном случае со склада Ошской межобластной объединенной клинической больницы. Перед выходом в рейс производится оснащение клиники тест-системами, в количестве от 200 до 500 единиц, в зависимости от длительности поездки. В случае нехватки диагностических средств, осуществляется их специализированный подвоз со склада отдельным транспортом.

По наблюдениям во время визита, тест системы хранились в помещении лаборатории, не оборудованном термометром. Хотя мобильная клиника обладает централизованной системой регулировки температуры, а в холодильнике можно выставить необходимый температурный режим, следует рассмотреть вопрос об оснащении помещений для хранения тест-системы термометрами, для обеспечения объективного контроля температурного режима.

В рамках Программы были закуплены индивидуальные средства защиты персонала мобильной клиники (маски, перчатки), а также антисептические средства. Перебоев с поставкой этих средств не отмечается. Со слов персонала клиники средства для проведения дезинфекции предоставляются в том числе за счет межобластной клинической больницы. Утилизация отходов осуществляется на месте работы развернутого мобильного комплекса в фельдшерско-акушерских пунктах, согласно соответствующему договору с государственными учреждениями здравоохранения.

Специализированная, тематическая подготовка бригады изученного мобильного комплекса проводилась в 2015 году на базе Ошского областного центра профилактики и борьбы со СПИДом. По результатам проводилась оценка качества обучения, в виде входящего и исходящего тестирования. Специалисты клиники отметили качество обучения по вопросам консультирования и лабораторной диагностики, как сильные компоненты тренинга. Также, медработниками было выражено пожелание проходить курсы обучения на регулярной основе, для поддержания квалификации и сохранения информированности по проблематике. По словам персонала, полученные навыки используются на практике, проводится до- и после-тестовое консультирование. На практике медицинские работники руководствуются существующими протоколами в том числе обновленными в соответствии с международными рекомендациями. На практике был предъявлен «Клинический протокол по ВИЧ-инфекции, для 1-3 уровней здравоохранения», принятый и опубликованный в 2015 году. Также следует обратить внимание на отсутствие отдельного протокола по «аварийной ситуации», однако, по словам медперсонала, в своей работе они руководствуются Приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 13 марта 2015 года № 114 «О мерах

профилактики вирусных гемоконтактных инфекций в организациях здравоохранения Кыргызской Республики».

Бригада мобильной клиники – штатные сотрудники государственных медицинских учреждений, получающие помимо заработной платы, денежную надбавку из средств Программы, однако, не получающие компенсацию командировочных расходов по основному месту работы из государственных средств (компенсация происходила за счет средств, выделяемых РОО «СПИД Инфосвязь»), за время работы в условиях мобильной клиники.

Третья мобильная клиника была передана Министерству здравоохранения Республики Кыргызстан в конце 2015 года, и приступила к работе в Иссык-Кульской области весной 2016 года. Ранее данная мобильная клиника планировалась к передаче в Узбекистан, участие которого в Программе было прекращено по совместному решению Российской стороны и ЮНЭЙДС.

Суммарно за период Первой фазы программы в Республике Кыргызстан, мобильные клиники провели работу в 76 населенных пунктах двух областей страны. Охват населения услугами мобильной клиники составил 34454 чел.

Расходы на содержание и эксплуатацию мобильной клиники финансируются из средств Программы, в том числе расходы на топливо, расходные материалы, запасные части в случае ремонта, а также расходные материалы при плановом техническом обслуживании.

Сильные и слабые стороны компонента Программы:

К сильным сторонам компонента Программы можно отнести

- Закупку, поставку, организацию и поддержку работы трех мобильных лечебно-диагностических комплексов, и связанное с этим расширение доступа сельского населения, преобладающего в общей численности населения страны, к медицинским услугам, особенно горных и труднодоступных районов, где в силу объективных причин доступ к подобным услугам весьма ограничен.

- Оказание лечебно-диагностической помощи осуществляется бесплатно, с приоритетным вниманием к нуждающимся или социально-уязвимым слоям населения. С учетом того, что большинство диагностических услуг в республике предоставляются на платной основе, диагностические мероприятия, проводимые с использованием мобильных клиник, пользуются широкой популярностью у населения.

- Случаи ВИЧ-инфекции, выявленные с использованием диагностики, предоставляемой на базе мобильной клиники, были направлены в региональный Центр СПИД, с последующей постановкой на учет, а также соответствующим диагностическим и клиническим сопровождением.

К слабым сторонам Программы можно отнести

- Прекращение поддержки аутрич-проектов за счет средств проекта по причине отсутствия общей, единой формулировки понятия «члены семей мигрантов», при работе, связанной с подворовыми обходами, затруднения интерпретации данных учета и охвата целевого населения оказанными аутрич-услугами.

- Тот факт, что практически все расходы, связанные с эксплуатацией мобильной клиники, финансируются за счет Программы, расходы на текущие технические нужды, закупку расходных материалов, а также медицинских и диагностических средств, необходимых для полноценной работы диагностического комплекса. Такой подход, при

отсутствии даже минимального софинансирования со стороны государственного бюджета, создает риски для обеспечения устойчивости данного компонента Программы.

- Отсутствие стандартизированного подхода к системе индивидуального кодирования клиентов.

Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние на Программу

- По оценкам самих медработников около 70-90% клиентов мобильной клиники – это женщины (по данным полученным в клинике, работающей в Ошской области), в том числе являющиеся партнерами целевой группы (мигрантов).

- Будучи штатными сотрудниками государственных учреждений здравоохранения, медицинский персонал мобильной клиники, не получает компенсацию командировочных расходов по основному месту работы из государственных средств, за время работы в условиях мобильной клиники. Компенсация расходов происходит за счет донора (из средств Фонда «СПИД Инфосвязь»).

- Не предусмотрены государственные преференции, субсидии или льготы для технического обслуживания автопарка мобильных клиник, а также государственное софинансирование при закупке горюче-смазочных материалов. Те же условия относятся и к медицинскому оборудованию, установленному на борту комплекса. Запасные части и расходные материалы доступны, однако ремонт или замена некоторых элементов медицинской техники и оборудования, по данным интервью, может осуществляться только в России

- Отмечено, что в ряде областей оказание медицинской помощи мобильными клиниками (в том числе и в составе программы «Караван здоровья» с подпроектом «Безопасное материнство») осложняется отсутствием доступа к воде.

- Медицинские работники не привиты от гепатита В, что в значительной степени ставит под угрозу их здоровье и безопасность, учитывая их работу с целевыми группами и группами риска.

Уроки, применимые во Второй фазе

- Исследование на туберкулез проводилось до конца 2015 года, но с 2016 года закупки тест-систем не осуществляются (ввиду отсутствия соответствующего протокола ВОЗ) хотя, со слов работников клиники, население регулярно интересуется возможностью пройти такое тестирование.

- Для исследования на ИППП закуплены тест-системы для диагностики сифилиса. Иные нозологии не исследуются, хотя население также выражает заинтересованность в подобного рода диагностике. По данным интервью около 10% женщин, обратившихся в клинику за гинекологической помощью, могут иметь клинические показания на исследование связанные с другими ИППП (гонорея и трихомониаз). Возможно, стоит рассмотреть вопрос о расширении диапазона диагностируемых нозологий, так как перенаправление на обследование в стационарное учреждение здравоохранения в условиях сельской местности, вероятнее всего, приведет к потере пациента, ввиду логистической и финансовой недоступности услуги.

- Условия хранения тест-систем в мобильных клиниках нуждаются в дополнительной оценке, так как помещение лаборатории не оборудовано термометром. Хотя мобильная клиника обладает централизованной системой регулировки температуры, а в холодильнике

можно выставить необходимый температурный режим, следует рассмотреть вопрос об оснащении термометрами помещений, где хранятся тест-системы

- Во время интервью медработниками было выражено пожелание проходить тематические курсы обучения на регулярной основе, для поддержания квалификации и сохранения информированности по проблематике ВИЧ, ВГ и ИППП. По словам персонала, полученные навыки и знания используются на практике, в том числе при проведении до- и после-тестовое консультирование

- По данным интервью за один день специалист мобильной клиники может обслуживать до 90 человек (самое высокое из указанных максимальных значений) в случае интенсивного потока пациентов. Согласно предоставленным отчетам, средний показатель приема в день не превышает 45 человек. При этом все сотрудники отмечают интенсивность работы и периодическую высокую нагрузку. Также отмечается, что в зимний период проводится меньшее количество осмотров, что связано с увеличением времени, необходимого на развертывание и подготовку клиники к работе, в условиях низких температур. Учитывая, что зимний период - это сезон возвращения мигрантов, сокращение количества осмотров ведет к непосредственному снижению эффективности данного компонента.

- Отсутствие компенсации командировочных расходов по основному месту работы, для сотрудников мобильной клиники, с учетом интенсивности и специфики работы бригад, может негативно сказаться на кадровой устойчивости Программы в дальнейшем. Возможно, следует рассмотреть вопрос об участии государственного со-финансирования через выплату командировочных штатным работникам медицинских учреждений, помимо существующей надбавки, финансируемой за счет Программы

Выводы по Киргизии:

1. Основные заявленные цели по компонентам В и С полностью достигнуты. Усилена система профилактики и контроля за ВИЧ-инфекцией, ИППП и вирусными гепатитами среди женщин и детей, а также усовершенствована система профилактики ВИЧ/СПИД, ВГ и ИППП и гепатита среди групп населения особенно уязвимых в отношении этих инфекций, включая профилактику этих инфекций среди мигрантов. Цели компонента А по улучшению эпидемиологического надзора за ВИЧ/СПИДом, ВГ и ИППП, достигнуты лишь частично, ввиду неготовности кыргызской стороны к их полной реализации, и требуют доработки в плане проведения заявленных исследований по надзору за ВИЧ-инфекцией на уровне руководства системой здравоохранения. Необходимо также проведение соответствующих мероприятий для практического внедрения регионального мониторинга за резистентностью ВИЧ к АРВ терапии в республике.
2. Результаты мониторингового исследования отметили не только определенные достижения по усовершенствованию системы эпидемиологического наблюдения за нозокомиальными случаями, но и оставшиеся проблемы в организации эпидемиологического надзора за ГКИ. Системы эпидемиологического наблюдения за нозокомиальными случаями ГКИ на уровне организаций здравоохранения функционируют недостаточно эффективно. В частности, оценка системы эпидемиологического надзора за внутрибольничными случаями ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения методом наблюдения, показала, что существующая система на данном этапе не является эффективной.

3. Реализация методики внедрения МДК, улучшение доступа ЛЖВ к качественным медицинским услугам, приближение услуг к клиентам, поддержка приверженности лечения, а также снижение стигмы и дискриминации показала свою эффективность, полезность и устойчивость. В том числе и в работе с дискордантными парами по профилактике лечением, в организации группы самопомощи, а также использование равного консультанта из числа ЛЖВ для привлечения ранее недоступных людей.
4. Отсутствуют отдельные специализированные тренинги, а также специализированные информационные материалы для работы по преодолению стигмы и дискриминации в республике.
5. Работа мобильных клиник показала свою полезность, эффективность и актуальность, учитывая географические особенности республики и особенности труднодоступных сельских поселений.
6. Отсутствует общий стандартизированный подход для учета и охвата целевого населения оказанными аутрич-услугами, а также к формированию системы индивидуального кодирования клиентов, пользующихся услугами мобильных клиник
7. Финансирование расходов, связанных с эксплуатацией мобильной клиники, за счет Программы, без вовлечения государственных бюджетных средств, ставит под угрозу устойчивость данного компонента
8. Особо отмечается необходимость наращивания усилий в работе с подростками. В том числе и с детьми, пострадавшими от ВИЧ во время вспышки 2007 года. Остро стоит вопрос по социализации таких детей и ВИЧ-положительных подростков, в том числе их адаптации и интеграции в общество. Также следует обратить внимание на работу с родителями таких детей и их обучение, в том числе с привлечением психологов (ГФ – работает с родителями, в том числе по приверженности терапии у детей, по согласованию с РЦ СПИД, ЮНИСЕФ работает с психологами). Ежегодно в КР проводится летний лагерь по раскрытию статуса, где около 100 детей уже раскрыли ВИЧ статус (всего 300 таких детей).
9. Закупки тест-систем для диагностики ВИЧ у беременных, более не финансируются из средств Глобального Фонда, что в условиях существующего дефицита диагностических систем ставит под вопрос успех работы по ликвидации вертикального пути передачи ВИЧ в целом.
10. Отмечены затруднения в работе с группой риска РКС, что связано с введением законодательного запрета на данный вид деятельности, а также развернувшейся борьбой с этой индустрией. Принятие и проведение такой национальной политики, привело к закрытости и значительным затруднениям в работе с данной группой риска.

Рекомендации по Киргизии:

1. Рассмотреть вопрос о завершении заявленных мероприятий и проведении исследования случаев ВИЧ-инфекции среди УГН для определения характера и тенденций эпидемии (Incidence study), а также исследования по определению путей передачи ВИЧ инфекции (Modes of transmission).
2. Реализовать заявленные мероприятия по организации и реализации мониторинга за резистентностью ВИЧ к АРВ терапии в Кыргызской Республике.

3. Рассмотреть вопрос о разработке и реализации мероприятий по усилению эффективности существующей системы эпидемиологического надзора за внутрибольничными случаями ВИЧ-инфекции в организациях здравоохранения.
4. Рассмотреть вопрос о продолжении оказания и наращивании помощи в сфере предоставления тест-систем для диагностики ВИЧ у беременных.
5. Разработать план мероприятий по увеличению приверженности ВИЧ-положительных детей к лечению, в том числе мероприятия по работе с родителями таких детей.
6. Рассмотреть вопрос о поддержке такого актуального направления, как принцип «Лечение как профилактика», учитывая имеющийся страновой опыт и практику, а также распространение этого опыта в других странах-участниках Программы.
7. Рассмотреть вопрос издания широкого спектра тематических информационных материалов по всем направлениям работы с ЛЖВ, с учетом работы, проводимой в рамках Глобального Фонда.
8. Усовершенствовать подходы и меры по противодействию стигме и дискриминации ВИЧ-инфицированных, в том числе осуществить разработку и проведение специализированных тренингов, тематической работы в школах, а также разработку и выпуск информационных материалов по преодолению стигмы и дискриминации в обществе и целевых группах.
9. Провести работу по созданию механизма координации и согласования проводимых и планируемых мероприятий между организациями-партнерами, в том числе международными, государственными и негосударственными организациями, с целью повышения экономической эффективности усилий направленных на противодействие ВИЧ (в частности, по вопросам стигмы и дискриминации, а также по вопросам сексуального репродуктивного здоровья ЛЖВ).
10. Включить в последующие соглашения пункт об участии государственного софинансирования работы мобильных клиник, в том числе путем осуществления выплаты командировочных штатным работникам медицинских учреждений, и/или принятия на баланс государственного бюджета части расходов по программе (в т.ч. расходов, связанных с закупкой горюче-смазочных материалов, некоторых видов лекарственных препаратов, дезинфекционных средств, средств индивидуальной защиты персонала и тест-систем).
11. Провести оценку ситуации по доступности водных ресурсов в труднодоступных сельских поселениях, и предложить меры по решению возможной проблемы.

3.3 Таджикистан

Общие данные по Таджикистану

Таджикистан – среднеазиатское государство с ВВП, составляющим около 8 миллиардов долларов США, и населением в 8,5 млн человек. Темпы экономического роста страны не демонстрируют устойчивости, несмотря на определенный уровень взаимодействия России и Таджикистана (продление договора о 201-й российской военной базе в Таджикистане и оказание помощи в борьбе с наркоторговлей, смягчением условий регистрации трудовых

мигрантов, поставками российских горюче-смазочных материалов (ГСМ) по льготным ценам).

По свидетельству интервьюируемых, экономика РТ находится сейчас в «переходной» фазе, бюджетных средств для обеспечения социально значимых аспектов не хватает. На здравоохранение в настоящее время расходуется около 2,2% ВВП (необходимо, как минимум, 3%), примерно 92% бюджетных средств тратится на зарплату медперсонала (при сохранении низких зарплат, отмечается высокий процент неформальных платежей). Предельно мало средств из госбюджета выделяется на закупку основных лекарственных средств, медицинских материалов и оборудования. При этом Таджикистан является страной, находящейся в концентрированной фазе эпидемии ВИЧ. Если количество инфицированных на начало 2016 года составило 6117 человек, то уже к 1 октября 2016 года составило 6621 человек, (с января 1991 по июль 2016 года всего зарегистрировано 8824 случаев ВИЧ-инфекции), при этом PEPFAR, со ссылкой на ЮНЭЙДС, оценивает количество ВИЧ-инфицированных в Таджикистане в не менее, чем 16 тысяч человек. При том, что в Таджикистане, значительную часть доходов населения формируют денежные переводы трудовых мигрантов, особую обеспокоенность в контексте эпидемии ВИЧ-инфекции вызывает тот факт, что в 2016 году из вновь инфицированных 14,3% составили именно мигранты (а более половины инфицированных женщин отметили, что их партнеры являются мигрантами).

Как и в остальных случаях, ключевым донором, осуществляющим программы по противодействию распространению ВИЧ-инфекции, является Глобальный Фонд (в 2015 году было выделено 35 млн. долларов США). Впрочем, финансирование программ ГФ сокращается. На сегодняшний день полностью отсутствует финансирование по тестированию беременных женщин и по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, группы, сохранившие финансирование со стороны Фонда, относятся к категории «уязвимых» – КСР, МСМ, ПИН. Помимо ГФ и средств российской Программы, в данном направлении также работает Исламский банк (напрямую с правительством, финансирует тренинговый компонент по вертикальной передаче ВИЧ от матери к ребенку). По свидетельству интервьюируемых, меньшая транспарентность и отсутствие координации с властями отмечается у американских доноров, работающих с отдельными НПО. Основная работа в контексте борьбы с ВИЧ/СПИД направлена на работу с ключевыми группами. Здесь основными игроками являются USAID и PEPFAR (глобальная инициатива правительства США по борьбе с ВИЧ/СПИДом, выделено более 70 млрд. долл. США за последнее десятилетие, делается акцент на ключевые группы). Немецкий банк развития делает акценты на инфраструктурные проекты, GIZ делает упор на тренинги. Два проекта в сфере здравоохранения на сегодняшний день существуют по программе Всемирного банка (33 миллиона на 5 лет).

При проведении оценки в Республике Таджикистан было необходимо получить ответы на ее основные вопросы. Для этого были изучены отчеты и проектная документация Программы: нормативные документы (стратегия, законы, распоряжения, приказы и т.д.), статистические данные и научные публикации. Были проведены групповые и индивидуальные интервью представителей организаций-исполнителей и со-исполнителей проекта, а также представителей международных, государственных и неправительственных партнерских организаций, занимающихся вопросами профилактики ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов и ИППП.

В результате анализа полученной информации было установлено, что в рамках Компонента А: **«Совершенствование системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-**

инфекцией, ИППП и вирусными гепатитами ЮНЭЙДС оказала помощь национальным органам здравоохранения Республики Таджикистан, в тематической подготовке кадров по ключевым аспектам надзора за ВИЧ-инфекцией, во внедрении инновационных подходов в систему мониторинга ВИЧ, в проведении биоповеденческих исследований в группах риска, с целью совершенствования национальной системы эпидемиологического надзора, в разработке нормативно-правовых актов в области эпидемиологического надзора за ВИЧ, ВГ и ИППП.

Достигнутые результаты компонента

1 Проведена работа по развитию профессионального потенциала специалистов по ключевым аспектам в сфере надзора за ВИЧ-инфекцией. В рамках программы проводилось обучение эпидемиологов по вопросам эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией, (в том числе по вопросам проведения эпидемиологических исследований, что особенно важно, учитывая 12% случаев ВИЧ с неустановленным механизмом передачи). Так, например, в декабре 2013 года проводился пятидневный тренинг «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией» для повышения квалификации врачей-эпидемиологов региональных центров СПИД по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией. Проведение тренинга способствовало не только развитию кадрового потенциала по ключевым аспектам в области надзора за ВИЧ-инфекцией, но и внедрению инновационных подходов в процесс мониторинга за инфекцией. Тренинг проводился с привлечением российских специалистов: руководителя Южного окружного центра по профилактике и борьбе с СПИД и инфекционными заболеваниями ФБУН (Российская Федерация), Саухата С.Р. и заведующий лабораторией и диспансерным отделом того же учреждения, Шемшуря А.Б.¹⁰ Проведенный тренинг национального уровня по подготовке тренеров (ToT) в сфере эпидемиологического надзора за ВИЧ, позволил подготовить кадры для последующего каскадного обучения областных и районных специалистов.

Также проводилось обучение практикующих врачей различных специальностей, в том числе по вопросам добровольного консультирования и тестирования, и приверженности АРВ терапии; а также проводилась подготовка специалистов по ведению, заполнению и обеспечению безопасности базы данных (в системе «электронного слежения»). Необходимо отметить, что по данным РЦ СПИД с 2015 года в рамках Программы проводится обучение клинического персонала по вопросам, связанным с инфекциями, связанными с медицинскими манипуляциями (ИСМП). Однако, во время интервью сотрудники инфекционной больницы отметили, что медицинские работники их учреждения обучаются по вопросам ИСМП с привлечением специалистов кафедры инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. Также следует отметить общее пожелание медицинских работников различных специальностей, прошедших национальные и региональные тренинги, улучшить доступность материалов, используемых в обучении, провести адаптацию вопросов ВИЧ под специальность, а также расширить наглядные и интерактивные компоненты, используемые в процессе обучения.

В рамках повышения квалификации медицинских работников и пост-дипломного образования на базе РЦ СПИД проводится регулярное обучение эпидемиологов. Особенность данного образовательного курса в том, что по его итогам медицинский работник имеет возможность бесплатно получить сертификат, который в свою очередь необходим для получения

¹⁰ <http://www.nc-aids.tj/>

категории. Это служит дополнительным стимулом к прохождению обучения, и является одним из элементов по решению имеющейся проблемы с текучестью кадров.

В Республиканском Центре СПИД при составлении программ обучения для врачей (в том числе программы по повышению квалификации) используются структуры уже прошедших ранее семинаров, в тренингах используются материалы обновленные в соответствии с международными рекомендациями и лучшими практиками, а также привлекаются обученные ранее специалисты. В обучающей программе предусмотрена внутренняя оценка качества обучения, с использованием предварительного и заключительного тестирования. Тестирование осуществляется преподавателями – сотрудниками Республиканского Центра СПИД. Если тренинги проводятся с привлечением других партнерских организаций, то их представители привлекаются к проведению сторонней оценки качества обучения.

За время работы Программы специалистами РЦ СПИД в общей сложности обучено 238 специалистов по эпидемиологическому контролю из которых: 67 эпидемиологов, 118 инфекционистов, 20 врачей педиатров, 33 заведующих контрольных лабораторий из всех регионов республики.

В интервью в Национальном центре репродуктивного здоровья, респонденты отмечали, что за время действия Первой фазы Программы в 2013 – 2015 гг. состоялось 6 тренингов для национальных специалистов (которые в дальнейшем будут обучать соответствующих медработников), в ходе которых подготовку прошел 431 специалист. Каждый такой специалист впоследствии курирует работу по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в 2-3 районах республики, осуществляя выезд в районы не менее двух раз в год. Также было проведено 6 тренингов для ПМСП, 6 - для акушеров, 3 - для молодежи в рамках консультативного молодежного центра (для группы населения в возрасте 15-24 лет, с акцентом на профилактику рискованного поведения). Отмечалась актуальность и своевременность российской Программы, реализация которой началась, как раз, в тот период, когда средства, выделяемые на аналогичные цели Глобальным Фондом, начали сокращаться. При этом ГФ передавал национальным специалистам тест-системы, но не обучал их использованию, в то время как в рамках Программы, сначала проводилось обучение использованию тест-систем, и только затем поставлялись сами тест-системы. Осуществлявшимся с 2015 года обучением медперсонала роддомов было охвачено около 300 человек, включая акушеров.

2 Частично внедрены инновационные подходы в процесс мониторинга за ВИЧ инфекцией, в том числе для изучения и проведения исследований среди групп высокого риска. Из предусмотренных Программой видов деятельности в этом направлении полностью реализовано около 50%, исходя из необходимости сосредоточения усилий на решении наиболее неотложных и первоочередных заявленных активностей в этом разделе выполнена только половина задач противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции.

2.1 Была проведена работа по созданию и введению в эксплуатацию «Электронной системы слежения за ВИЧ» (ЭСС). Данная система представляет собой единую электронную базу данных учета случаев ВИЧ-инфекции. С помощью данной базы региональные центры в режиме реального времени могут дистанционно обновлять реестр учета случаев ВИЧ. Используя возможности ЭСС специалисты Республиканского Центра имеют возможность проводить своевременный учет и анализ данных, в том числе и в группах риска. Для обеспечения работы базы на постоянной основе была подготовлена команда специалистов по электронному слежению за случаями ВИЧ инфекции. На сегодняшний день «электронная система слежения» за ВИЧ охватывает порядка 90% центров СПИД в Республике

Таджикистан, что значительно улучшило процесс и качество сбора данных и обеспечило своевременное прогнозирование потребностей в препаратах и диагностических материалах. В рамках программы электронная система слежения получила материально-техническое обеспечение, программное обеспечение, оборудование (для районных центров СПИД было приобретено 10 компьютеров, 4 принтера, системы бесперебойного электроснабжения), а также была оказана техническая и информационная поддержка. Таким образом был не только усилен региональный потенциал, но и охват системой электронного слежения за случаями ВИЧ на национальном уровне.

2.2 Отдельное, целенаправленное исследование «Incidence study» или исследование заболеваемости с целью получения точных данных по новым случаям ВИЧ для мониторинга эпидемии и улучшения вмешательств для целевых групп, по данным РЦ СПИД Таджикистана, проведено не было, что связано с недостаточным уровнем организации и планирования. Выяснилось, что объем необходимой подготовки к проведению такого исследования существенно превышает первоначально ожидавшийся. Поэтому вопрос о проведении таджикскими специалистами «Incidence study», корректного с научной точки зрения и отвечающего международным стандартам, сохраняет свою актуальность для Второй фазы Программы. В то же время стоит отметить, что РЦ СПИД проводит рутинную работу по учету новых случаев ВИЧ инфекции, в том числе и с учетом механизмов передачи и групп риска. Так, по данным РЦ СПИД новые случаи ВИЧ в 2015 году распределились по механизмам передачи инфекции следующим образом: половой путь 61,7%, инъекционный путь – 21,2%, вертикальный путь передачи (от матери к ребенку) – 4,9%. Особое внимание заслуживает тот факт, что величина неустановленного пути передачи составляет 12,2% случаев. Интервьюируемые также отметили, что за последние годы значительно изменилось соотношение по заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди ключевых групп, в частности, наблюдается заметный переход от преимущественного заражения ПИН к росту случаев с половым путем передачи инфекции.

2.3 По данным РЦ СПИД, в 2014 году совместно с министерством финансов Республики Таджикистан, была проведена оценка национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом (ОНРС) за 2012 и 2013 годы. По данным этой оценки, около 37% расходов (объем которых, сам по себе, является крайне недостаточным) на противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции осуществляются из государственного бюджета. Также следует отметить, что международное финансирование Национальной программы по противодействию ВИЧ в РТ за период с 2010 по 2013 год снизилось на 14%, на фоне трехкратного роста расходов (с 2011 года)¹¹. По данным оценки национальных расходов на борьбу со СПИДом, основными организациями, осуществляющими финансирование Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ, являются: Global Fund (73%), USAID (13%), UNFPA (3,2%), а также прочие партнерские организации: агентства ООН, доноры осуществляющие финансирование на двусторонней основе, международные фонды и НПО. Отмечена позитивная тенденция к наращиванию государственного финансирования в основных категориях расходов, например: к концу 2013 года, возросли на 32% расходы на

¹¹ по данным «Национальной стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в республике Таджикистан на период 2015 - 2017 гг.», 2014

профилактику, а на лечение и уход – на 42%. Кроме того, государство впервые предоставило поддержку мероприятиям, связанным с социальной защитой и социальными услугами.¹²

На 2016 год было запланировано аналогичное исследование по оценке расходов за 2014-2015 годы. Кроме того, подобные исследования планируется проводить с периодичностью каждые два года. Результаты уже проведенных исследований ОНРС используются для адвокации, в том числе для увеличения доли внутренних ресурсов, направляемых на программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД и формирования следующего цикла стратегического планирования. Так, если ранее предусматривалось не менее 5% финансирования расходов на заработную плату медицинского и немедицинского персонала, а также на содержание и эксплуатацию помещений и зданий, за счет государственных средств, то на данный момент расходы составляют не менее 20%, с учетом дополнительных расходов на закупку лекарственных препаратов и тестов для беременных.

2.4 Национальное дозорное обследование поведения среди лиц с сероконверсией не проводилось. Данное исследование планировалось провести до конца 2016 года, была создана рабочая группа, министерство здравоохранения выпустило соответствующий приказ, на стадии рассмотрения находится протокол по сероконверсии. Кроме того, были запланированы два семинара по обследованию поведения лиц с сероконверсией для лечебной сети, с привлечением медицинских работников из центральных и районных клиник (по одному представителю от клиники). Однако, поскольку кандидатуры приглашенных специалистов не были своевременно согласованы, а план семинаров был пересмотрен, эти семинары были заменены двумя аналогичными семинарами по инфекционному контролю.

3 С целью улучшения эпидемиологического мониторинга и прогноза проводились био-поведенческие исследования среди групп повышенного риска.

3.1 За период работы Программы в Республике Таджикистан осуществлялся тематический эпидемиологический надзор среди групп риска: потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса, мужчин, имеющих секс с мужчинами. Целью проведенных исследований являлось: оценка распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди вышеуказанных групп, изучение модели поведения и факторов риска, существующих в этих группах, выявление процента представителей групп, подверженных повышенному риску инфицирования, определение уровня их осведомленности о ВИЧ в целом и методах профилактики в частности. Кроме того, в задачу исследований входило определение уровня доступности соответствующих средств профилактики для групп риска, оценка охвата профилактическими мероприятиями и тестированием на ВИЧ, а также оценка доли обращений за медицинской помощью. Полученные данные ДЭН позволили скорректировать существующие профилактические программы с целью их развития, совершенствования и повышения эффективности. По данным проведенных в 2014 году исследований оценки численности людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), и работниц коммерческого секса (КСР), в стране оценочно проживает в среднем, около - 23 100 ЛУИН (интервал: 18 200 - 28 000) и, примерно, 14 100 КСР (10 800 - 17 400). В рамках исследования среди MSM проведена оценка численности представителей этой группы риска. Согласно предварительным оценкам в настоящее время число MSM в Республике Таджикистан составляют в среднем 13400 человек (с доверительным интервалом от 12900 до 13900).

¹² по данным «Национальной стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в республике Таджикистан на период 2015 - 2017 гг.», 2014

Несмотря на трудности работы с группой МСМ в Таджикистане, тем не менее, удалось повысить охват ДКТ более чем в 10 раз (от 89 обращений в 2010 году до 942 – в 2013). Было установлено, что от уровня знаний о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ зависит показатель распространенности ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди группы МСМ. Отмечен низкий уровень знаний о ВИЧ/СПИД у ВИЧ-положительных МСМ (0,1%), в то время как у ВИЧ-отрицательных МСМ этот показатель составил 54,6%. У МСМ, инфицированных вирусом гепатита С и сифилисом, также был выявлен аналогичный пробел в знаниях. Также заслуживает внимания тот факт, что из-за существующего табу, МСМ нечасто обращаются к медицинским работникам за помощью.

Расширение объема профилактической помощи, оказанной в период с 2009 по 2013 год привело к позитивным результатам в группе ЛУИН, но отмечается, что не все проблемы и вызовы удалось решить. В Национальной стратегии отмечена реализация полового пути передачи ВИЧ от ЛУИН их сексуальным партнерам, в том числе и не из числа ЛУИН, а также важность работы в данном направлении; отмечено наличие барьеров в доступе ЛУИН к профилактическим мероприятиям. Существующая в Республике Таджикистан программа ОЗТ, действующая в 4 центрах страны, охватывает около 1,5% предполагаемых ЛУИН. В качестве основных барьеров в доступе к лечению относят сдерживающую государственную политику, географическую удаленность ОЗТ-центров, а также отсутствие психосоциологической помощи. Помимо прочего, наркологические услуги не предоставляются на бесплатной основе, что также создает дополнительные барьеры.

На момент начала Программы охват работниц коммерческого секса консультированием и тестированием на ВИЧ-инфекцию увеличился более чем в три раза, однако даже при высоком уровне охвата КСР мерами профилактики, для эффективности этих программ требуются дальнейшие улучшения.

В июне 2014 года было проведено выборочное анонимное исследование ГУ РЦ СПИД и проекта «Содействие», среди 1300 женщин, оказывающих платные сексуальные услуги (далее работницы коммерческого секса или КСР), в 12 локациях.

По результатам исследований были даны рекомендации, в целях профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп повышенного риска.

Текущий мониторинг групп риска ГУ РЦ СПИД осуществляется во взаимодействии с НПО. Так, например, пункты обмена шприцев успешно используются для учета ЛУИН. Внедрена система учёта с присвоением индивидуального уникального кода каждому ЛУИН, что позволяет избежать дублирования данных, повторного получения услуг и учёта владельца. Выстроенная таким образом система взаимодействия ГУ РЦ СПИД позволяет получать ежеквартальные отчёты от НПО, для учёта динамики и коррекции данных о численности групп риска.

4 В рамках Программы были проведены мероприятия по разработке и гармонизации нормативно-правовой базы в области эпидемиологического надзора ВИЧ, согласно рекомендациям ВОЗ и ЮНЭЙДС.

4.1 С целью создания устойчивого процесса по подготовке квалифицированных кадров, была адаптирована существующая программа обучения эпидемиологов для института постдипломной практики, куда были включены вопросы по эпидемиологическому надзору за ВИЧ-инфекцией. С использованием обновленной программы, за время работы проекта, были обучены 20 эпидемиологов районных центров СПИД.

4.2 В 2014 году было проведено обновление алгоритма тестирования на ВИЧ. В соответствии с рекомендациями ВОЗ и ЮНЭЙДС, были внесены изменения и дополнения в

Порядок медицинского освидетельствования на ВИЧ. В 2014 году был издан Закон Республики Таджикистан «О внесении изменений и дополнений в Закон РТ «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита» (№1078, от 14 марта 2014г.), а также постановление Правительства Республики Таджикистан от 06.08.2014 года №528 «О внесении изменений в постановление Правительства РТ №171 (от 1 апреля 2008 года) «Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования с целью выявления заражения вирусом иммунодефицита человека, учета, медицинского обследования ВИЧ – инфицированных и профилактического наблюдения за ними и Списка лиц, подлежащих обязательному конфиденциальному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию по эпидемиологическим показаниям». Изменения касаются рекомендаций лицам, относящимся к группам населения с повышенным риском заражения ВИЧ, регулярно проходить медицинское освидетельствование для раннего выявления ВИЧ-инфекции, консультирования и своевременного начала лечения в случае заражения.

Для повышения безопасности, добросовестности и эффективности медицинских манипуляций на законодательном уровне было принято решение о том, что все действия медицинского персонала (кроме хирургического оперативного вмешательства) в работе с детьми должны совершаться в присутствии родителей (или иных ответственных лиц) и строго после проведения консультаций о характере и последствиях каждой манипуляции. В частности, в обновленном постановлении Правительства предписано проводить консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции лиц, осуществляющих уход за ВИЧ-инфицированным ребенком.

Также из статьи Закона «Обязательное медицинское освидетельствование» были исключены части, об обязательном медицинском освидетельствовании на ВИЧ иностранных граждан, прибывших на срок более трех месяцев, а также беженцев. Часть, касающаяся депортации иностранцев из страны в случае выявления у них ВИЧ-инфекции была исключена из Закона ранее, в 2008 году. Эти важные изменения по отмене ограничений на перемещение ВИЧ-инфицированных, в значительной мере способствует снижению стигмы и дискриминации ЛЖВ в Республике. Хотя на практике это затрудняется ввиду сохранения традиционных подходов в сельской местности, а также преобладающего влияния старейшин и свекровей, работников религиозного культа.

4.3 Также за время работы Программы министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан были утверждены обновленные клинические протоколы по вопросам обследования и антиретровирусной терапии у взрослых и подростков, а также тактики ведения пациентов с сочетанной инфекцией ВГВ/ВИЧ и ТБ/ВИЧ.

4.4 В рамках Программы специально образованной рабочей группой был подготовлен проект положения о Национальном фонде по противодействию ВИЧ и СПИД. Данный проект был широко обсужден в стране со всеми заинтересованными сторонами (министерства и ведомства, организации гражданского общества, сообщество ЛЖВ, международные организации и др.), после чего окончательная версия документа была представлена в Правительство РТ. Создано положение о Национальном фонде по противодействию ВИЧ/СПИД: но несмотря на это практическая работа не осуществляется, так как для наполнения фонда отсутствуют средства.

4.5 По данным РЦ СПИД, анализ и разработка рекомендаций по увеличению государственного субсидирования приоритетных задач реализации Национальной программы для создания устойчивого механизма финансирования - не проводился, в связи с тем, что аналогичные исследования проводились в рамках ОНРС.

4.6 Создан Национальный Координационный Комитет (НКК) по противодействию ВИЧ/ТБ/Малярии под председательством премьер-министра. Заместитель председателя – министр здравоохранения Республики Таджикистан. В составе комитета есть пять рабочих групп, куда входят все партнерские организации, включая НПО и организации, представляющие ЛЖВС. На заседаниях НКК обсуждаются вопросы профилактики и лечения ВИЧ, в том числе программы снижения вреда. Организация работы комитета, а также межведомственное взаимодействие, позволяет вырабатывать общую, согласованную политику по вопросам проведения эпидемиологического надзора, а также разрабатывать правовые и законодательные вопросы в соответствии с международными стандартами и рекомендациями.

В целом, за время работы Первой фазы Проекта в Республике Таджикистан усовершенствована и обновлена нормативная база. Разработан и принят Национальный стратегический план по противодействию ВИЧ (2015-2017). Обновлены: Закон о противодействии ВИЧ, Порядок тестирования и консультирования, клинические протоколы по ВИЧ-инфекции, по беременным и ППМР (с учетом рекомендаций ВОЗ и ЮНЭЙДС). В 2013 году после пересмотра принят протокол по лечению, в состав которого входят 13 документов, каждый из которых является самостоятельным протоколом. В 2013 году принят протокол «по дозорному эпиднадзору за ВИЧ», а также обновлен алгоритм тестирования на ВИЧ (с учетом рекомендаций ВОЗ и ЮНЭЙДС). По факту запроса в лечебных учреждениях были предъявлены: «Практика внедрения страновой программы по элиминации передачи ВИЧ от матери к ребенку» (ВОЗ, МЗ РТ), лечебный модуль «ВИЧ в педиатрии» (ЮНЕСКО), а также же «Клинический протокол для проведения лечения и помощи по выявлению ВИЧ» (ВОЗ, МЗ РТ, состоит из 13 разделов).

Также за все время работы Программы были приняты и внедрены в практику межсекторальные нормативные документы: Новая национальная программа (находится на рассмотрении), совместный стратегический план по ВИЧ и туберкулезу, разработанные совместно с Республиканским Центром по ТБ (2015-2017), а также план по интеграции ТБ/ВИЧ/ИППП/репродуктивного здоровья.

5 В целях развития сотрудничества и усиления лабораторной инфраструктуры РЦ СПИД, а также с целью создания и поддержки сети по надзору за резистентностью ВИЧ к антиретровирусным препаратам в рамках Программы по линии сотрудничества с Роспотребнадзором было закуплено и поставлено в Республику Таджикистан лабораторное оборудование и инструментарий. Приобретены и установлены в лабораториях ряда ЛПУ пять диагностических аппаратов (ИФА, иммунный блот, ПЦР).

В рамках Программы в апреле 2014 года, два специалиста из Национальной контрольной лаборатории и лаборатории на базе Центра СПИД прошли обучение при поддержке ведущих специалистов Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии в Москве. Два специалиста прошли обучение в рамках десятидневного курса по использованию метода сухой капли крови в условиях ПЦР-лаборатории. Обучение проводилось с привлечением российских специалистов из московского Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии.

Наряду с прочим оборудованием в Республику Таджикистан был поставлен и генетический анализатор (секвенатор), для определения мутаций резистентности к антиретровирусным препаратам. Однако, работы по определению резистентности начаты не были, в связи с отсутствием расходных материалов и обученных специалистов. В рамках Первой фазы Программы сотрудничество проводилось на уровне обеспечения экспертизы Российской

Федерации в проведении исследований и анализа образцов из Республики Таджикистан по выявлению резистентных форм ВИЧ, а также направлением собранных образцов крови в российскую лабораторию, где производился дальнейший генетический анализ. В данный момент секвенатор находится в Национальном центре генетики, а исследования на резистентность ВИЧ отложены до решения вопроса с финансированием, расходными материалами и подготовкой специализированных кадров. По словам представителя РЦ СПИД, в 2017 году намечен план работ по проведению совместного исследования с российской стороной по изучению резистентности ВИЧ, в рамках которого запланировано использование оборудования.

Таким образом, можно сказать, что в рамках Первой фазы Программы начато создание системы контроля за резистентностью ВИЧ к АРВ терапии, однако на данный момент полноценный автономный комплекс таких работ в Республике Таджикистан не проводится.

Сильные и слабые стороны компонента Программы:

К сильным сторонам компонента Программы можно отнести

- Проведение работы по усилению профессионального потенциала специалистов по ключевым аспектам в сфере надзора за ВИЧ-инфекцией. В том числе проводилась подготовка специалистов по ведению, заполнению и обеспечению безопасности базы данных в системе «электронного слежения».
- Организацию и предварительную подготовку кадров по техническим и практическим вопросам экспресс-тестирования, проведенную до начала поставок диагностических тест-систем в республику.
- Эффективную работу по созданию и введению в эксплуатацию «Электронной системы слежения за ВИЧ» (ЭСС), а также материально-технологическому оснащению оборудованием, необходимым для эффективной эксплуатации системы. На сегодняшний день «электронная система слежения» за ВИЧ охватывает около 90% центров СПИД в Республике Таджикистан, и оказала значительное влияние на улучшение процесса сбора данных и обеспечило своевременное прогнозирование потребностей в препаратах и диагностических материалах, что говорит о полезности данного мероприятия.
- Проведение оценки национальных расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом (ОНРС) за совместно с министерством финансов Республики Таджикистан, была. По данным этой оценки порядка 37% расходов приходится на расходы государственного бюджета. Результаты исследований ОНРС используются для адвокации, в том числе для увеличения доли внутренних ресурсов, направленных на программы по ВИЧ/СПИДу и формирования следующего цикла стратегического планирования.
- Проведение био-поведенческих исследований среди групп высокого риска с целью улучшения эпидемиологического мониторинга и прогноза. Полученные данные позволили скорректировать существующие профилактические программы с учетом актуальных потребностей, для дальнейшего развития, совершенствования и повышения их эффективности. Учитывая культурные и этических особенности, а также отрицание существования проблемы на официальном уровне в регионе, следует отметить, что исследование, проведенное среди MSM, является отдельным достижением.
- Проведены мероприятия по разработке и гармонизации нормативно-правовой базы в области эпидемиологического надзора ВИЧ, согласно актуальным рекомендациям ВОЗ и ЮНЭЙДС. В том числе адаптирована существующая программа обучения эпидемиологов для

института постдипломной практики, обновлены и утверждены клинические протоколы, а также проведено обновление алгоритма тестирования на ВИЧ. В том числе из Закона «Обязательное медицинское освидетельствование» были исключены части, об обязательном медицинском освидетельствовании на наличие ВИЧ иностранных граждан, прибывших на срок более трех месяцев, а также беженцев, что в значительной мере способствует снижению стигмы и дискриминации ЛЖВ в Республике. И можно расценивать как безусловное полезное и эффективное достижение в противодействии стигме и дискриминации ВИЧ-инфицированных.

- Создание Национального Координационного Комитета по противодействию ВИЧ/ТБ/Малярии, позволяет проводить работу по выработке общей, согласованной политики по вопросам проведения эпидемиологического надзора, а также эффективно обсуждать правовые и законодательные вопросы в соответствии с международными стандартами и рекомендациями.

К слабым сторонам Программы можно отнести

- Отсутствие отдельного исследования «Incidence study» с целью получения точных данных по новым случаям ВИЧ для мониторинга эпидемии и улучшения вмешательств, что связано с недостаточным уровнем организации исследования и организационными просчетами в работе РЦ СПИД. Однако стоит отметить, что РЦ СПИД проводит рутинную работу по учету новых случаев ВИЧ инфекции, в том числе, с учетом механизмов передачи и групп риска.

- Отсутствие системы Национального тематического наблюдения за поведением лиц с сероконверсией, а также отмена запланированных семинаров по обследованию поведения лиц с сероконверсией для лечебной сети, что связано с проблемами в согласовании приглашенных специалистов.

- То, что несмотря на проведенную работу по подготовке проекта положения о Национальном фонде по противодействию ВИЧ и СПИД, а также его создание и запуск, работа фонда, по данным интервью, на данный момент малоэффективна и практически не осуществляется, так как для наполнения фонда отсутствуют средства.

- Отсутствие анализа и связанных с ним рекомендаций по увеличению государственного финансирования приоритетных задач по реализации Национальной программы для создания устойчивого механизма финансирования. Такое исследование не проводилось, так как регулярно проводится ОНРС.

- Отсутствие работы по определению резистентности ВИЧ к АРВТ, что связано с отсутствием расходных материалов и подготовленных специалистов. Предоставленный российской стороной генетический анализатор (секвенатор) находится в Национальном центре генетики, а исследования на резистентность ВИЧ отложены до решения вопроса с финансированием, расходными материалами и подготовкой специализированных кадров. На 2017 год намечен и согласован план работ по проведению совместного исследования с российской стороной по изучению резистентности ВИЧ, в рамках которого запланировано использование поставленного оборудования.

Факторы (внешние и внутренние), оказывающие влияние на Программу

- Высокий уровень текучести медицинских кадров, серьезно отражается, в том числе, на системе эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, как на национальном, так и на областном уровнях. Сложившаяся кадровая ситуация ставит под угрозу инвестиции, в том

числе предоставленные из внешних источников для развития и укрепления системы эпиднадзора, мониторинга и оценки, особенно учитывая проведенные работы и затраты на обучение и подготовку персонала. В качестве решения данной проблемы, вопросы эпидемиологического надзора в сфере ВИЧ внесены в учебную программу пост-дипломного образования, что, как предполагается, должно дать долгосрочный эффект в наращивании кадрового потенциала.

- Особое внимание заслуживает тот факт, что число случаев неустановленного пути передачи ВИЧ-инфекции составляет 12,2% случаев, что свидетельствует о необходимости проведения предметного исследования по новым случаям ВИЧ-инфекции, а также о необходимости проведения оценки методик и качества эпидемиологического расследования случаев ВИЧ

- Отмечается позитивная тенденция к наращиванию государственного финансирования в основных категориях расходов на борьбу с ВИЧ/СПИД: к концу 2013 года, возросли на 32% расходы на профилактику, а на лечение и уход – на 42% (при этом следует учесть, что рост расходов происходил с крайне низкой стартовой точки).

- На практике сохраняется сильное влияние традиционализма, особенно в сельской местности, а также преобладающего влияния старейшин и представителей церкви, что в свою очередь не способствует активному противодействию стигме и дискриминации в обществе.

- С одной стороны сохранению консерватизма в обществе, с другой – отсутствию политической стабильности, способствует наличие протяженной границы Таджикистана с Афганистаном, а также активное использование территории Республики Таджикистан для транзита наркотиков, происходящее на фоне трансграничного финансирования террористической деятельности и роста организованной преступности.

Уроки, применимые во Второй фазе

- Следует отметить общее пожелание медицинских работников различных специальностей, прошедших национальные и региональные тренинги, улучшить доступность материалов, используемых в обучении, провести адаптацию вопросов ВИЧ под специальность, а также расширить наглядные и интерактивные компоненты, используемые в процессе обучения.

- Отмечена необходимость специализированного, тематического обучения по вопросам ведения и лечения ВИЧ-положительных пациентов для врачей общего профиля, акцентируя внимание на особенностях течения оппортунистических заболеваний и сочетанных патологий. Эта мера поможет лечащим врачам самостоятельно оказывать своевременную и квалифицированную помощь по лечению и уходу за ВИЧ-положительными пациентами, не направляя их в инфекционное отделение для оказания аналогичной помощи.

- Также был поднят вопрос об улучшении материально-технического оснащения учреждений с целью профилактики ИСМП (обеспечение техническими средствами для дезинфекции, текущими расходными средствами индивидуальной защиты: перчатки, маски, а также дезинфекционными средствами, бумажными полотенцами, антисептиками для рук)

В результате анализа полученной информации было установлено, что в рамках Компонента В: **«Развитие профилактической деятельности и контроля над инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ инфекции, ИППП и гепатит среди женщин и детей»** в ходе Первой фазы реализации Программы, ЮНЭЙДС оказал

значительную помощь в достижении существенного прогресса в организации работы по ликвидации передачи ВИЧ от матери к ребенку, усилен инфекционный контроль за ВИЧ (и другими инфекциями, передаваемыми через кровь) в медицинских учреждениях, проведена работа по обеспечению условий, гарантирующих отсутствие случаев СПИДа и смертей от СПИДа среди детей, улучшен доступ женщин и подростков к услугам по ВИЧ и сопряженным услугам, включая мероприятия по снижению стигмы и дискриминации.

Еще до начала российской Программы с 2006 года в 18 пилотных районах начали работать над усилением профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. Основная проблема – информированность. Тестирование в пилотных районах проводилось два раза – при постановке на учет до 12 недель и в 28-30 недель. В результате реализации этих мер произошел ожидаемый значительный рост выявляемости случаев ВИЧ-инфекции. В 2016 году за 9 месяцев первично протестированы 75%, вторично – 20-25% беременных женщин. Осуществляется охват через сеть КАЦ ПМСП. Так, в 2015 году выявлена 21 женщина, инфицированная ВИЧ, в 2016 – 8 выявленных с ВИЧ, до сегодняшнего момента регистрируются случаи ВИЧ-положительных матерей, найденных исключительно через ВИЧ-инфицированных детей (ранее необследованная мать). До этого ВИЧ-инфицированных детей не находили, в том числе по причине отсутствия финансирования данного направления со стороны ГФ, и проблеме впервые уделили внимание лишь в рамках российской Программы. По оценке Национального центра по репродуктивному здоровью. Таджикистану на полный охват двукратного тестирования беременных женщин нужно не менее 450 тысяч тест-систем в год.

Достигнутые результаты компонента

1 Сделан существенный вклад в развертывание работы по ликвидации передачи ВИЧ от матери к ребенку, в том числе:

1.1. В рамках Программы проведены работы по повышению информированности женщин об услугах по ВИЧ, привлечении их к тестированию, и расширению охвата беременных женщин тестированием на ВИЧ в целом. С этой целью на средства Программы было закуплено и предоставлено 40 000 экспресс-тестов на ВИЧ. Диагностические тесты были направлены в города: Душанбе, Ходжент, Куляб и Курган-Тюбе, для последующего распространения и использования в учреждения первичной-медико-санитарной помощи (ПМСП) и центрах репродуктивного здоровья. Кроме того, были разработаны и изданы видео и радио ролики, а также тринадцать наименований информационных и образовательных материалов по повышению осведомленности и мобилизации населения по вопросам ВИЧ/СПИД. Информационные материалы включают буклеты и брошюры «Позитивное материнство», «Береги себя», «Вопросы здоровья», а также «Останови ВИЧ», «Будущая мать и ВИЧ». Также были разработаны и переданы буклеты для медицинских работников о стигме и дискриминации, настенные календари и баннеры, которые были размещены в крупных городах (более 10000 информационно-образовательных материалов).

Были также инициированы и проведены обучающие сессии для медицинских специалистов первичной медико-санитарной сети и репродуктивного здоровья, а также представителей общин, которые получили навыки по проведению ДКТ, информированию населения о предоставляемых услугах по ВИЧ, а также по привлечению беременных женщин к тестированию. НПО «Безопасное материнство» провело 18 семинаров в различных регионах республики с участием 230 сельских медицинских сестер, и 274 женщин, которые являются близкими родственниками или женами мигрантов. За время реализации Первой фазы

Программы (2013-2015) были проведены пятнадцать тренингов по улучшению качества антенатальной помощи и ППМР в целях повышения потенциала медицинских кадров учреждений первичной медико-санитарной помощи. Проведены шесть тренингов для семейных врачей ПСМП службы, шесть тренингов для акушеров-гинекологов и работников службы репродуктивного здоровья, а также три тренинга для специалистов медико-молодежных консультативных отделений – ММКО. Тренинги проходили, как для специалистов из Душанбе, включая Районы Республиканского подчинения), так и для медработников Ходжента (для районов Согдийской области), и Куляба (для районов Хатлонской области).

В общей сложности, в Республике Таджикистан за период реализации Первой фазы Программы (2013-2015) прошли своевременное тестирование на раннем этапе антенатального ухода 450 000 беременных женщин, что способствовало раннему выявлению случаев ВИЧ-инфекции в этой группе, и оказанию своевременной помощи для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку.

1.2 За период действия Программы, был расширен охват беременных женщин услугами ППМР. На 2016 год 97,8% беременных охвачены услугами ППМР, около 4200 женщин находятся на наблюдении, а с 2010 года 582 ребенка рождены от ВИЧ «+» матерей, из них 12 – ВИЧ-положительных.

Оценка внедрения программы по ППМР в рамках российской Программы не проводилась, так как в 2015 году подобная оценка уже осуществлялась Глобальным Фондом, однако Республиканский Центр СПИД выразил несогласие с результатами, имея претензии к качеству оценки, в частности в вопросе эффективности ППМР. В связи с этим вопрос о мониторинге эффективности ППМР рассматривается на уровне Минздрава Республики.

Количество и процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку по данным на 2014 год, колеблется от 51,6% (национальная статистика) до 82% (спектральный анализ), в зависимости от источника данных¹³.

Охват беременных женщин тестированием увеличен с 92% в 2011 году, до 98% в 2015 году, (в 2016 – 100% по данным РЦ СПИД) в том числе и за счет предоставления диагностики ВИЧ в родах, однако по данным, опубликованным в НСПВ ежегодно регистрируются выявленные ретроспективно случаи ВИЧ-инфекции среди женщин (т.е. выявленные по результатам эпидемиологического расследования после того, как ВИЧ был обнаружен среди их детей). С учетом того, что ежегодно, в стране регистрируется более 200 000 беременностей, а домашние роды по-прежнему распространены (по данным разных источников, от 9% до 40%, а в некоторых районах и до 80%), особенно в сельской местности и отдаленных районах, данный факт требует пристального внимания.

Диагностика беременных на ВИЧ все ещё остаётся направлением, требующим значительного внимания. Увеличение объёмов тестирования значительно повлияло на выявление, и соответственно рост количества новых случаев. Так за шесть месяцев 2014 года, РЦ СПИД сообщил о 106 случаях выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин, причем около 70% случаев были выявлены во время беременности и родов. Такой рост можно частично связать с увеличением в 1,4 раза тестирования беременных женщин на ВИЧ. При этом необходимо

¹³ «Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в республике Таджикистан на период 2015 - 2017 гг.», 2014

учитывать происходящие изменения в структуре новых случаев ВИЧ, а именно, увеличение гетеросексуального и вертикального путей передачи инфекции (по данным на 2014 год: на 44% и на 54% соответственно). В 2013 году, зарегистрировано 80% новых случаев ВИЧ-инфицирования женщин половым путем, причем около 40% приходится на женщин в возрастной группе 21-29 лет.

Несмотря на поставки диагностических тестов, осуществленные в рамках Программы, система ППМР продолжает испытывать затруднения в связи с периодической их нехваткой. Поэтому, зачастую тестирование беременных проводится при помощи экспресс-теста однократно, вопреки рекомендациям о двукратном обследовании. Двукратное обследование проводится по эпидемиологическим показаниям, например, если муж беременной относится к группе риска.

1.3 В Первую фазу Программы не была сформирована национальная команда обучающих специалистов по внедрению национальных протоколов по ППМР, согласно обновленным протоколам ВОЗ, включая стратегию В+, а обучение специалистов для внедрения национальных протоколов по ППМР на национальном и областном уровнях не проводилось, так как обновленный по заявленным критериям протокол был пересмотрен в 2016 году.

2 Проведена работа по усилению инфекционного контроля за ВИЧ и другими инфекциями, передаваемыми через кровь в медицинских учреждениях

2.1 В рамках Программы был обновлен и тиражирован клинический протокол по ППМР. В лечебных учреждениях по запросу представлена «Практика внедрения страновой программы по элиминации передачи ВИЧ от матери к ребенку» (ВОЗ, МЗ РТ) 2013 год. Последний пересмотр протокола осуществлен в 2016 году по итогу которого разработан документ «Национальная политика и клинический протокол по элиминации передачи ВИЧ от матери ребенку (ЭПМР) в Республике Таджикистан» (3-я национальная страновая ревизия, согласно рекомендациям ВОЗ). Проведение данной ревизии было связано с оптимизацией и рациональным распределением ограниченных ресурсов страны с целью достижения наиболее эффективных и устойчивых результатов по искоренению ПМР. В пересмотренном протоколе в разделе «Клинические сценарии: беременность, роды и послеродовой период» представлена опция В+, рекомендованная ВОЗ для стран и регионов с высокими уровнями рождаемости и распространенности ВИЧ-инфекции как наиболее эффективная. В обновленном руководстве подчеркивается, что выбор в пользу назначения пожизненной АРВ терапии всем беременным и кормящим женщинам, позволит сократить заболеваемость ВИЧ-инфекцией и предотвратить передачу ВИЧ, как при текущей, так и при последующих беременностях. Публикация и введение в практику последней редакции протокола планируется осуществить в 2017 году.

По данным РЦ СПИД, в Республике Таджикистан отсутствует протокол по инфекционному контролю за ВИЧ, стандартным процедурам и соблюдению универсальных мер предосторожности. Однако, в результате взаимодействия и совместной работы специалистами, представляющими министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Службу государственного санитарно-эпидемиологического контроля и ГУ РЦ СПИД, было разработано, подготовлено и издано практическое руководство «Контроль и соблюдение универсальных мер по профилактике инфекционных заболеваний». Также существует приказ Минздрава РТ № 667 (от 2014) о мерах профилактики внутрибольничного заражения ВИЧ, а также вышеупомянутое совместное руководство Госсанэпиднадзора РТ, где определены меры профилактики внутрибольничного инфицирования от 2014 года. Данное руководство и приказ МЗ доведен до руководителей и персонала лечебных учреждений.

2.2 В рамках работы Программы по подготовке кадров в сфере профилактики нозокомиальных инфекций, проведены обучающие семинары для медицинских работников по мерам инфекционного контроля в лечебных учреждениях. Количество медицинских работников (врачей и сестер) обученных профилактике нозокомиальных инфекций и универсальным мерам предосторожности. Тренинг «Профилактика нозокомиальных инфекций в ЛПУ» проводился сотрудниками ГУ РЦ СПИД для специалистов ответственных за инфекционный контроль в лечебных учреждениях. Данный тренинг проводился в городах Душанбе, Курган-Тюбе и Ходжент в период с мая по июнь 2014 года. В тренингах приняли участие медицинские работники, представлявшие лечебные учреждения Душанбе, Хатлонской и Согдийской областей, а также районы республиканского подчинения.

Среди участников тренингов было распространено практическое руководство «Контроль и соблюдение универсальных мер по профилактике инфекционных заболеваний», с целью последующего использования данного пособия при плановом тематическом обучении медицинского персонала в лечебных учреждениях по месту работы.

2.3 Кроме того, межведомственная рабочая группа специалистов разработала методические рекомендации «Способы оценки внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях Республики Таджикистан (кроме противотуберкулезных учреждений)». Данные методические рекомендации прошли утверждение соответствующим Приказом Министерства здравоохранения РТ № 667 (от 16 августа 2014 года). По данным интервью, данный приказ и методические рекомендации были доведены до ответственных лиц лечебных учреждений Республики Таджикистан.

3 Проведена работа по обеспечению условий, гарантирующих отсутствие случаев СПИДа и смертей от СПИДа среди детей, в том числе:

3.1 Создана и функционирует система перенаправления для предоставления точной и своевременной диагностики ВИЧ у новорожденных. Разработана схема ранней диагностики ВИЧ среди новорожденных и оптимального ухода, когда у всех детей, рожденных от ВИЧ «+» матерей берется кровь на ПЦР в первые 48 часов жизни. Повторный анализ делается до 12 недель, в 6 месяцев и в 18 месяцев. Вся кровь на ПЦР, взятая у детей для проведения диагностики, направляется в лабораторию РЦ СПИД.

3.2 Национальный протокол по педиатрическому лечению и уходу, а также по предоставлению ранней диагностики ВИЧ для новорожденных пересмотрен в 2013 году, в соответствии с обновленными данными и рекомендациями ВОЗ. Пересмотр протокола по лечению ВИЧ позволил начинать лечение ребенка незамедлительно, сразу после выявления у него ВИЧ, вне зависимости от стадии заболевания или состояния иммунитета.

3.3 В целях повышения кадрового потенциала медицинских работников по вопросам лечения ВИЧ инфекции у детей, в ноябре 2014 года, в Душанбе состоялся тематический тренинг «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку». Тренинг проводился специалистами ГУ РЦ СПИД для врачей акушеров-гинекологов региональных центров СПИД, с целью их обучения современным подходам в сфере профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, в соответствии с последними рекомендациями международных организаций. В ходе тренинга с использованием интерактивных методов обучения было подготовлено 25 специалистов центров СПИД со всех регионов Республики Таджикистан.

В настоящее время охват детей терапией составляет более 96%, но обеспечение приверженности терапии на практике по-прежнему является задачей первостепенной важности. В этой связи необходимо постоянно поддерживать высокий уровень усилий по работе с детьми и родителями по повышению приверженности АРТ. В процессе взросления

ВИЧ-положительных детей перед медицинскими работниками встают новые задачи – оказание помощи по психологическому принятию инфицированными своего ВИЧ-статуса. Данное направление требует специализированной подготовки и наличие высококвалифицированных, обученных кадров.

4 Проводилась работа по улучшению доступа женщин и подростков к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции и сопряженным услугам, включая мероприятия по снижению стигмы и дискриминации

4.1 Проводились мероприятия, направленные на снижение стигмы и дискриминации, в том числе тренинги для специалистов учреждений УДМ, первичной медико-санитарной сети, и семейной медицины. В том числе, было проведено три тренинга для специалистов медико-молодежных консультативных отделений – ММКО. Тренинги проводились как для специалистов из Душанбе, включая районы республиканского подчинения), так и Ходжента (для районов Согдийской области) и Куляба (для районов Хатлонской области).

4.2 В 2013 году с целью улучшения координации и стандартизации работы в области профилактики ВИЧ-инфекции и охраны репродуктивного здоровья женщин и девочек осуществлена подготовка по гармонизации действий МЗ РТ, центров репродуктивного здоровья, НГО и других ключевых партнеров. Решены вопросы организационно-административного характера и обозначены сроки проведения заключительного заседания в формате круглого стола для адаптации стандартного пакета услуг в сфере ВИЧ с учетом нужд и потребностей женщин и девочек, а также других наиболее уязвимых групп населения в области сексуального и репродуктивного здоровья. Кроме того, в 2013 году для представителей НГО и различных учреждений Министерства Здравоохранения Таджикистана в ноябре 2013 года в городах Душанбе, Курган-Тюбе и Ходженте проведены информационные заседания (шесть серий заседаний) с привлечением специалистов центров репродуктивного здоровья, НГО, а также представителей целевых групп¹⁴. Также по вопросам, связанным с профилактикой передачи ВИЧ от матери к ребенку, с фокусом на уязвимые группы населения, было проведено три «круглых стола» с целью адвокации и усиления межсекторального сотрудничества.

Сильные и слабые стороны компонента Программы:

К сильным сторонам компонента Программы можно отнести

- Проведенную работу по повышению информированности женщин об услугах по ВИЧ, привлечении их к тестированию, и расширению охвата беременных женщин тестированием на ВИЧ в целом. Расширен охват программами ППМР, за счет предоставления диагностики ВИЧ в родах для женщин в том числе из уязвимых групп.

- Усиление инфекционного контроля за ВИЧ и другими инфекциями, передаваемыми через кровь, в медицинских учреждениях, в том числе пересмотр национальных протоколов по ППМР согласно обновленным протоколам ВОЗ, включая стратегию В+. Однако, стоит отметить, что данная процедура была проведена по завершении Первой фазы Программы, в 2016 году, а публикация и внедрение последней редакции протокола планируется осуществить в 2017 году. Издано практическое руководство «Контроль и соблюдение универсальных мер по профилактике инфекционных заболеваний», а также издан приказ

¹⁴ «1-й Технический отчет о реализации Программы технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями (2013-2015 гг.)»

Минздрава РТ № 667 (от 2014) о мерах профилактики внутрибольничного заражения ВИЧ. Кроме того, разработан и внедрен инструмент оценки ИСМП.

- Подготовку и обучение медицинских работников по мерам инфекционного контроля в лечебных учреждениях, в том числе подготовку кадров для последующего обучения медицинского персонала в лечебных учреждениях по месту работы.
- Создание эффективной системы перенаправления для предоставления точной и своевременной диагностики ВИЧ у новорожденных.
- Принятие и внедрение протокол по педиатрическому лечению и уходу, а также по предоставлению ранней диагностики ВИЧ для новорожденных, в соответствие с обновленными данными и рекомендациями ВОЗ.
- Повышение кадрового потенциала медицинских работников по вопросам лечения ВИЧ инфекции у детей, с использованием актуальных подходов в сфере профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, в соответствии с последними рекомендациями международных организаций.
- Проведение работы по адаптации стандартного пакета услуг в сфере ВИЧ с учетом нужд и потребностей женщин и девочек, а также других наиболее уязвимых групп населения в области сексуального и репродуктивного здоровья.

К слабым сторонам Программы можно отнести

- Отсутствие согласия властей РТ на проведение оценки внедрения программы по ППМР в рамках Программы. Это связано с несогласием РЦ СПИД с результатами аналогичной оценки, проведенной ГФ в 2015 году, в связи с чем вопрос о проведении мониторинга эффективности ППМР рассматривается Минздравом Республики.
- В Первую фазу Программы не была сформирована национальная команда обучающих специалистов по внедрению национальных протоколов по ППМР, согласно обновленным протоколам ВОЗ, включая стратегию В+, а подготовка специалистов по внедрению национальных протоколов по ППМР на национальном и областном уровнях не проводилось, так как обновленный по заявленным критериям протокол был пересмотрен в 2016 году.
- Недостаточный охват работников сферы здравоохранения обучением в сфере противодействия стигме и дискриминации ВИЧ-инфицированных, с учетом поступавших просьб со стороны работников здравоохранения о необходимости проведения такой работы.

Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние на Программу

- Сокращение объема средств и программ ГФ, что на сегодняшний день приводит к прекращению финансирования мероприятий по тестированию беременных женщин и профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.
- Несмотря на поставки диагностических тестов, осуществленные в рамках Программы, система ППМР продолжает испытывать затруднения в связи с их периодической нехваткой. Поэтому, зачастую, тестирование беременных проводится экспресс-тестом однократно, вопреки рекомендациям о двукратном обследовании. Двукратное обследование проводится по эпидемиологическим показаниям, например, если муж беременной относится к группе риска.
- Домашние роды по-прежнему распространены в республике (по данным разных источников, от 9% до 40%, а в некоторых районах и до 80%), особенно в сельской местности и отдаленных районах. Это связано с высоким уровнем традиционализма, а также религиозными факторами.

Уроки, применимые во Второй фазе

- Следует отметить, что ППМР интегрирована в рутинную работу дородовой помощи и родовспоможения в республике и следует уделить особое внимание обучению вопросам ДКТ медицинского персонала первичной сети, работающего с беременными. Также важно обеспечить доступность соответствующих услуг для ВИЧ-положительных беременных.
- В контексте ППМР очень важно обеспечить устойчивость и расширение охвата ДКТ, а также предоставления АРВ терапии, особенно учитывая имеющиеся тенденции в эпидемиологической ситуации (смещение в сторону полового пути передачи).
- Несмотря на поставки осуществленные в рамках Программы диагностических тестов система ППМР продолжает испытывать затруднения в связи с периодической нехваткой экспресс-тестов. Тестирование беременных проводится экспресс-тестом однократно, вопреки рекомендациям о двукратном обследовании. Двукратное обследование проводится по эпидемиологическим показаниям, например, если муж беременной относится к группе риска.
- Следует отметить общее пожелание респондентов о необходимости организации обучения или консультирования медицинских работников различных специальностей по этическим особенностям работы с ВИЧ-инфицированными, с целью снижения стигмы и дискриминации.

В результате анализа полученной информации было установлено, что в рамках Компонента С: **«Совершенствование систем профилактики ВИЧ/СПИД, ИППП и гепатита среди групп населения особенно уязвимых в отношении этих инфекций, включая профилактику этих инфекций среди мигрантов»** в ходе Первой фазы реализации Программы РОО «СПИД инфосвязь» была проделана работа по формированию системы аутрич услуг, по оказанию диагностической и консультативной помощи, обеспечению и проведению просветительской работы по вопросам профилактики ВИЧ среди мигрантов, членов их семей и иных групп населения, подверженных риску инфицирования. В том числе проведена работа по оснащению специализированного обучающего центра для мигрантов, а также предоставлена материально-техническая помощь, для обеспечения и усиления работы по профилактике ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов и ИППП.

Достиженные результаты компонента

1 Ключевым элементом реализации компонента С стало оснащение и передача Республике Таджикистан российского мобильного клинко-диагностического комплекса, а также финансирование и всесторонняя поддержка в организации его работы. Мобильная клиника была передана министерству здравоохранения в сентябре 2013 г., и приступила к работе с октября того же года. Мобильная клиника базируется на территории Областного центра СПИД города Курган-Тюбе, Хатлонской области - самой крупной и труднодоступной из территорий Республики Таджикистан. Выезды клиники совершаются в районы области на удалении 100-300 км от центра, для оказания помощи населению в труднодоступной, горной местности.

Клиника предназначена для проведения диагностики, консультации, проведения профилактических осмотров, а также оказания первичной медико-санитарной помощи. В мобильной клинике имеется оборудование для проведения лабораторной, инструментальной, функциональной и ультразвуковой диагностики. Комплект оснащения клиники позволяет проводить самостоятельный прием населения различными медицинскими специалистами, а

также может использоваться в комплексной работе с сельской участковой больницей или фельдшерско-акушерским пунктом. В этом случае, портативное оборудование клиники (электрокардиограф, ЛОР и офтальмологическое оборудование, и т.д.) позволяет временно оснастить кабинеты принимающего медицинского учреждения, увеличив тем самым пропускную способность. Необходимо отметить, что уровень технического оснащения мобильной клиники, значительно превосходит таковой в больницах и амбулаторных пунктах в сельских и горных районах Республики Таджикистан.

В мобильной клинике расположены 3 полностью оснащенных медицинских кабинета. Кабинет врача общей практики, кабинет гинеколога, и кабинет-лаборатория для проведения экспресс-диагностики. На момент визита медицинская команда клиники была представлена врачом-терапевтом, врачом-акушером и специалистом по лабораторной диагностике.

По данным отчетов, за каждый свой выезд мобильная клиника принимает в день более 100 человек (по данным интервью медперсонала, – около 90), причем тестирование на ВИЧ, гепатиты, сифилис, туберкулез проходят около 25 человек. Такие обстоятельства позволяют сделать вывод не только о высокой востребованности услуг, но также о необходимости детального изучения качества предоставляемой населению помощи и консультирования, оценке организации выездов, а также оценке и, возможно, пересмотру условий и интенсивности труда персонала мобильной клиники.

Услуги мобильной клиники чрезвычайно востребованы населением, так как диагностика предоставляется людям бесплатно, что особенно актуально, в условиях платных диагностических исследований в республике в целом, а также с учетом логистических трудностей в доступности таких услуг для жителей удаленных районов. Удаленные и труднодоступные населенные пункты покрываются услугами по профилактике ВИЧ, ИППП и ВГ, примерно, лишь на 50%, однако этот показатель в зимнее время снижается, из-за климатических и географических особенностей. В целом требуется около 4-5 аналогичных мобильных клиник для полноценного охвата территории республики.

В рамках обеспечения диагностической работы мобильной клиники в период Первой фазы Программы «СПИД-Инфосвязь» произвела закупку и поставку 28000 диагностических тест-систем на ВИЧ, по 13000 на гепатиты В и гепатит С соответственно, 15500 тест-систем для определения сифилиса и 15500 для диагностики туберкулеза. За период 2013-2015 гг, в мобильной клинике прошли тестирование на ВИЧ 7448 человек, а получили доступ к медицинским услугам - 63512 человек. Совокупный охват всеми медицинскими услугами в клинике составил около 67500 человек. Основной контингент охвата мобильных клиник – женщины в сельской местности, жены мигрантов. Так, в некоторых районах беременные женщины смогли впервые пройти тестирование на ВИЧ, именно благодаря услугам мобильной клиники.

Мобильная клиника предоставила клиничко-диагностические услуги более чем в 50 населенных пунктах Хатлонской области. Посещение некоторых населенных пунктов проводилось повторно (по 3-6 раз), в связи с высокой востребованностью у населения, и просьбам местных властей.

Работа мобильной клиники финансируется из средств Программы, которые идут на доплаты врачам, оплату водителей и инженера, аренду дополнительной машины для перевозки персонала. Расходные материалы медицинского назначения, лекарственные препараты, индивидуальные средства защиты персонала, дезсредства - закупаются за счёт Программы. Министерство здравоохранения РТ участвует в работе клиники частичным софинансированием, за счет сохранения зарплаты врачей по основному месту работы. Следует

обратить внимание на то, что расходы на техническую эксплуатацию мобильной клиники: топливо, запасные части в случае ремонта, расходники при техобслуживании – также полностью финансируются из средств Программы. Кроме того, на законодательном уровне не предусмотрено никаких преференций, субсидий или льгот, осуществляемых за счет государственного со-финансирования, для автопарка при техническом обслуживании или закупке ГСМ. Это в равной степени можно отнести как к обслуживанию автомобиля, так и медицинского оборудования. Запасные части и расходные материалы доступны, но ремонт или замена некоторых элементов медицинской техники, установленной в МК может осуществляться только в России, что в свою очередь может сказаться на комплексном подходе оказываемой населению помощи в период временного вывода мобильной клиники из эксплуатации для проведения планового ремонта и технического обслуживания.

Также следует заметить, что в Хатлонской области мобильная клиника используется не только как средство предоставления клиничко-диагностической помощи, но и для информационно-просветительских целей при работе с сельским населением. Кроме того, мобильная клиника в обязательном порядке привлекается к участию во всех акциях и мероприятиях, связанных с вопросами здравоохранения.

2 Вторым направлением, охваченным в рамках Программы, стало создание и финансирование обучающего центра для мигрантов в Хатлонской области (г. Курган-Тюбе), на базе Национального общества Красного Полумесяца. В 2013 году проведены работы по оснащению и ремонту помещения обучающего центра, была закуплена необходимая мебель и оборудование (проектор, экран, 12 переносных компьютеров и т.д.). Также были разработаны учебные программы и информационные материалы на таджикском и русском языках, в частности разработано и издано руководство «Правовые основы оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации», используемое в процессе обучения. Работа центра начата весной 2014 г., и к моменту окончания Первой фазы проекта, было обучено 380 человек.

Программа обучения в Центре по работе с мигрантами охватывает четыре темы: здравоохранение (ВИЧ/ИППП/ВГ/ТБ), русский язык, компьютерная грамотность и правовые вопросы. В обязательную программу включены информационные сессии по: общим вопросам диагностики и профилактики ВИЧ; по диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и ИППП; доступности медицинских услуг для трудовых мигрантов (как в странах происхождения, так и странах назначения); общим правовым основам трудовой миграции (включая правовые основы получения медицинской помощи в РФ). По словам сотрудников центра, вопросам здравоохранения уделяется около 60% всего времени обучения. Русский язык, право и компьютерная грамотность преподаются в качестве предметов мотивирующих мигрантов на посещение, и поддерживающих приверженность к занятиям. Учебная программа была согласована и совместно разработана с Областным центром СПИД (г.Курган-Тюбе), «Консультационным центром по трудоустройству в Санкт-Петербурге» (г.Курган-Тюбе), Центром ЗОЖ, а также с привлечением специалистов и информационных материалов Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Для проведения занятий также используются наглядные и информационные материалы (буклеты, листовки, постеры), в том числе созданные самостоятельно на базе информации взятой из Интернета (тематические сайты: ВОЗ, ЮНЭЙДС, «СПИД-Инфосвязь»), при этом обращают внимание на то, что все раздаточные материалы выпущены на средства Программы. Сотрудники центра отмечают проведение своевременного обновления используемой для обучения информации, в соответствии с требованиями международных организаций. Особый

акцент при обучении в разделе здравоохранения делается на профилактику и прерывание путей передачи ВИЧ, вирусных гепатитов, ИППП и туберкулеза.

Внутренняя оценка качества обучения проводится на регулярной основе, используются различные виды тестирования и устного контроля, ведётся журнал успеваемости, используются практические задания. В конце обучения, слушателям успешно сдавшим выходной контроль (экзамены), выдается свидетельство, которое по словам представителей Центра, в значительной степени повышает шансы на трудоустройство в России. Таким образом получение свидетельства даёт мотивацию и приверженность к учёбе. Внешняя оценка качества обучения проводится в виде регулярного мониторинга представителями «СПИД-Инфосвязь», а также представителями Миграционной службы РТ.

Учёт слушателей осуществляется путём составления и ведения списков (в том числе в электронном виде), ведением текущих журналов посещаемости, а также хранением персональных данных (копии паспортов слушателей).

Подготовку и подборку преподавательских кадров осуществила Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, но профессиональное/специализированное обучение кадров в сфере здравоохранения не проводилось. Периодическое обучение и повышение квалификации преподавателей не предусмотрено, план по обучению преподавателей отсутствует. Обучение по повышению квалификации проходил только преподаватель русского языка в 2015 году (на базе Республиканского института повышения квалификации и переподготовки работников сферы образования, по русскому языку). Преподаватели отмечают, что их подготовка проводилась только на национальном уровне без привлечения иностранных специалистов. Особо отмечено пожелание преподавателей пройти усовершенствование и дополнительную профессиональную подготовку в сферах своей деятельности.

Длительность курса обучения составляет 1,5 месяца (по 2 часа в день, 5 дней в неделю). Желающие пройти обучение записываются на один-два курса вперёд, что говорит о существовании спроса на данный вид услуг. Кроме того, сотрудничество школы с «Консультационным центром по трудоустройству в Санкт-Петербурге», помогает наладить контакт с российскими организациями, в частности в Санкт-Петербурге, что способствует точечному трудоустройству. Целевое направление мигранта на работу к конкретному работодателю, потенциально позволяет контролировать и оценивать факторы риска заражения инфекционными заболеваниями (условия труда, качество жизни, прохождение медицинских осмотров, питание и т.д.).

Во время обучения выпускникам рекомендуется (по желанию) пройти тестирование на ВИЧ, ИППП и ВГ перед выездом к месту работы. Однако, независимо от результата исследования, справка полученная в Республике Таджикистан не признается на территории Российской Федерации, и мигрант вынужден проходить исследование повторно, чтобы получить разрешение на работу.

В процессе обучения акцент делается не только на общей просветительской и профилактической работе, но и на важности диагностики для мигрантов, выезжающих в Россию с целью трудоустройства. Однако, аналогичная работа с мигрантами, которые возвращаются в Республику Таджикистан требует не менее пристального внимания и развития. Обследование вернувшихся мигрантов лишено дополнительной мотивации (получением разрешения на работу), и как правило носит индивидуальный характер.

В последнее время отмечаются изменения в сфере трудовой миграции, в пользу неуклонного роста количества женщин-мигрантов. По разным экспертным оценкам, доля женщин в общем

количестве трудовых мигрантов варьирует от 7% до 20%. Косвенно это подтверждается тем, что обучающиеся в центре мигранты преимущественно мужчины выходцы из сельской местности (женщины составляют всего 12-15%), однако по словам представителя центра, среди мигрантов-выходцев из городской среды около 60% - женщин. Учитывая культурно-цивилизационные особенности региона, а также специфику вопросов ВИЧ, ИППП и ВГ следует особо отметить, что обучение проводится совместно, в общих классах, без сегрегации по признаку половой принадлежности. Практические занятия проводятся по принципу равный-равному, подразумевают взаимный обмен мнениями и совместное обсуждение интересных вопросов.

Общее количество мигрантов, по разным подсчётам, составляет от 10-12% до 20% населения Республики Таджикистан (по разным данным от 1 млн. (миграционная служба) до 2 млн. (Национальная стратегия) из 8-9 млн. общего населения), таким образом данная группа играет существенную роль в профилактике инфекционных заболеваний: ВИЧ, ИППП и ВГ. Очень важно отметить, что при наличии сформированной материально-технической базы, информационной и кадровой укомплектованности - из уже существующих в Республике Таджикистан 14 центров по работе с мигрантами, осуществляет работу в сфере подготовки и профилактики ВИЧ, ИППП и ВГ всего лишь один, так как нет средств на заработную плату персоналу и преподавателям. Таким образом, при сформированной материально-технической базе, полноценная профилактическая и образовательная работа, осуществляемая одним центром подготовки мигрантов в Хатлонском районе явно недостаточна, и не отвечает масштабу вызова, так как в общей сложности за время работы центра (на 2016 год) было подготовлено и обучено около 800 человек, что, по грубой оценке, составляет примерно 0,08% от числа всех мигрантов.

С учетом того, что в последние годы наблюдается рост числа новых случаев ВИЧ среди людей с международной трудовой миграцией в анамнезе: с 62 человек в 2010 году до 165 человек в 2015 (по данным 2015 года в Республике Таджикистан было протестировано на ВИЧ 23827 трудовых мигрантов, из них 17534 мужчины и 6293 женщин), дальнейшая реализация данного компонента не только внесет вклад в снижение рисков трансграничного распространения ВИЧ-инфекции в РФ, но и будет способствовать усилению контроля за инфекционными заболеваниями среди мигрантов на стороне России.

3 Третье направление деятельности, осуществленной в рамках компонента С, стала деятельность по созданию и поддержке системы оказания аутрич услуг. Национальным обществом Красного Полумесяца Республики Таджикистан были подготовлены волонтеры - 16 аутрич-работников. Аутрич-работники были разделены на четыре группы для работы с целевым населением в четырех районах Хатлонской области. Управление и координация деятельности каждой группы осуществляется специально подготовленными промоутерами – руководителями аутрич службы в соответствующих районах. Подготовленные волонтеры совершают подворовые обходы, ведут информационно-просветительскую работу, в беседе с населением выясняют наличествующие факторы риска, проводят работу по оценке знаний населения о ВИЧ, гепатитах, ИППП и туберкулезе. Аутрич-работники распространяют информационные материалы, мотивируют население к участию в информационных сессиях по темам «Профилактика ВИЧ», «ИППП», «Туберкулез», «Вирусный гепатит», ведут работу по привлечению людей к обучению в центре для мигрантов. Важным компонентом деятельности аутрич-волонтеров является координация их работы с услугами мобильного диагностического комплекса, а именно: предварительная информационная работа с населением, в том числе о времени прибытия мобильной клиники и спектре предоставляемых

услуг, а также мотивирование и мобилизация населения для прохождения консультирования и тестирования на ВИЧ, гепатиты, сифилис и туберкулез. По данным отчетов, охват населения аутрич-услугами, предоставленными во время подворовых обходов, составил в общей сложности 26157 человек в четырех районах Хатлонской области. Кроме того, аутрич-служба поддерживает последующие контакты (follow-up) с мигрантами, прошедшими обучение в центре, предоставляя им необходимую информацию и тематическое консультирование по запросу. Возможно, для оптимизации работы аутрич-компонента, повышения качества информирования населения о проблеме ВИЧ, вирусных гепатитов и ИППП, следует обратить внимание на пересмотр существующей модели аутрич, особенно с учетом введения в работу второго автомобиля и расширения территории охвата.

Сильные и слабые стороны компонента Программы:

К сильным сторонам компонента Программы можно отнести

- Основное достижение - работа по оснащению и передача Республике Таджикистан мобильного клинико-диагностического комплекса, а также всесторонняя поддержка и организация его работы.
- Предоставление населению бесплатных диагностических услуг, что особенно актуально, в условиях платного тестирования в республике в целом, а также с учетом логистических трудностей в доступности таких услуг для жителей удаленных районов.
- Все случаи ВИЧ, выявленные с использованием диагностики, предоставляемой на базе мобильной клиники, были направлены в региональный Центр СПИД, с последующей постановкой на учет, а также соответствующим диагностическим и клиническим сопровождением.
- Создание и финансирование обучающего центра для мигрантов в Хатлонской области (г. Курган-Тюбе), в том числе его техническое оснащение, разработка учебных программ и информационных материалов на таджикском и русском языках.
- Одним из достижений работы центра является преимущественное обучение вопросам здравоохранения и профилактики ВИЧ, ВГ, ИППП.
- Совместное обучение мужчин и женщин, в общих классах, без сегрегации по признаку половой принадлежности, в том числе и на занятиях по профилактике ВИЧ, ВГ, ИППП. Практические занятия проводятся по принципу равный-равному, подразумевают взаимный обмен мнениями и совместное обсуждение интересующих вопросов.

К слабым сторонам Программы можно отнести

- Отсутствие в Республике Таджикистан единой, стандартизированной для всех стран-участниц Программы, системы кодировки и учета пациентов, которая бы позволила персоналу в удобном формате осуществлять ввод данных, а также осуществлять последующую интерпретацию и сравнение имеющихся показателей (в том числе данных, полученных в других странах-участницах Программы)
- Слабое взаимодействие с местными властями населенных пунктов во время выездов клинико-диагностического комплекса, что негативно влияет на практическую реализацию компонента

Факторы (внешние и внутренние) оказывающие влияние на Программу

- Говоря об интенсивности и условиях труда мобильной бригады, следует отметить, что на маршруте выезда отсутствуют централизованные или специально-организованные точки для отдыха бригад персонала мобильной клиники. Для отдыха или ночлега предоставляются помещения сельской врачебной амбулатории или сельской больницы.
- Ограниченные возможности диагностики и тестирования населения, связанные с нехваткой соответствующих тест-систем и материалов, сказываются на работе мобильной клиники, в частности, при тестировании на ВИЧ персонал не предлагает пациентам одновременно проходить комплексное обследование, а проводит дополнительное тестирование на вирусные гепатиты, как правило, только при наличии показаний.
- Ввиду слабой развитости основных видов инфраструктуры в сельских и горных районах Республики Таджикистан существуют объективные затруднения в доступе и подключении к электросети при работе мобильной клиники в населенных пунктах сельской и горной местности.

Уроки, применимые во Второй фазе

- Периодическое и регулярное обучение и повышение квалификации обучающихся специалистов в Республике Таджикистан не предусмотрено, план по обучению преподавателей отсутствует. Преподаватели отмечают, что их подготовка проводилась только на национальном уровне без привлечения иностранных специалистов. Особо отмечено пожелание преподавателей пройти усовершенствование и дополнительную профессиональную подготовку в сферах своей деятельности.
- Желающие пройти обучение в школе мигрантов записываются на один-два курса вперёд, что говорит о существовании спроса на данный вид услуг.
- По данным отчетов в каждый свой выезд мобильная клиника принимает в день более 100 человек, что говорит не только о высокой популярности данной услуги, но и о напряженном графике работы медицинского персонала, а также о трудностях в организации нормальных условий труда медицинского работника, что неизбежно скажется на качестве предоставляемой помощи.
- Было отмечено изменение интенсивности окрашивания тест-полосок, в зависимости от изменения температуры окружающей среды (с учётом работы в высоких и низких температурных режимах и соответственно времени года), а также, что экспресс-тесты на ВИЧ, используемые в мобильной клинике, давали несколько ложно-положительных и один ложно-отрицательный результат (при тестировании пациента с уже установленным диагнозом ВИЧ «+»). Учитывая объёмы проводимого тестирования, такие показатели укладываются в стандартные случаи проявления ложных результатов при экспресс-тестировании. Кроме того, используемые тест-системы успешно прошли сертификацию качества не только в России, но и в странах-партнерах. Однако, с целью повышения качества предоставляемой помощи, а также учитывая требования международных организаций, связанные с обеспечением качества закупаемых медицинских товаров, приобретаемые тест-системы должны входить в список продукции, прошедшей предварительную квалификацию качества ВОЗ. В связи с этим, было бы целесообразно рекомендовать либо ускорить процесс прохождения поставщиком процедуры предварительной квалификации тест-систем, согласно требованиям ВОЗ, либо рассмотреть вопрос о возможном выборе тест-систем, среди продукции уже прошедшей процедуру предварительной квалификации ВОЗ ранее.

- Услуги клиники чрезвычайно востребованы населением, так как диагностика предоставляется людям бесплатно, что особенно актуально, в условиях финансовой и логистической труднодоступности таких услуг для жителей удаленных районов.

Выводы по Таджикистану:

1. Заявленные цели по компоненту С полностью достигнуты. Усилена и усовершенствована система профилактики ВИЧ/СПИД, ВГ и ИППП и гепатита среди групп населения особенно уязвимых в отношении этих инфекций, включая профилактику этих инфекций среди мигрантов.
Цели компонента по совершенствованию эпидемиологического надзора за ВИЧ/СПИДом, ВГ и ИППП, полностью не достигнуты и требуют доработки в плане проведения заявленных исследований по надзору за ВИЧ-инфекцией в стране, а также проведения необходимых мероприятия для практического внедрения регионального мониторинга за резистентностью ВИЧ к АРВ терапии в республике.
Цели компонента по развитию профилактической деятельности и контролю над инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ инфекции, ИППП и вирусные гепатиты среди женщин и детей, ввиду недостаточной организационной поддержки со стороны властей РТ, полностью не достигнуты и требуют доработки в плане проведения оценки внедрения программы по ППМР, формирования национальной «команды» обучающих специалистов по внедрению национальных протоколов по ППМР, а также увеличению охвата работников сферы здравоохранения обучением в сфере противодействия стигме и дискриминации ВИЧ-инфицированных.
2. Благодаря большому и разнообразному количеству тренингов, в том числе и с использованием интерактивных методов обучения, удалось усилить кадровый потенциал для профилактики и борьбы с ВИЧ, вирусным гепатитами В и С, и ИППП.
3. Проблема «текучести кадров» связанная в первую очередь с низким уровнем оплаты труда, подрывает эффективность инвестирования в сферу подготовки специализированных кадров, а также негативно влияет на устойчивость Программы в целом.
4. Первичная диагностика ВИЧ у детей это один из компонентов, которым стоит уделить пристальное внимание в последующей работе, так как нередко диагноз устанавливается на стадии клинических проявлений заболевания, т.е. регистрируются случаи, когда осуществляющие тестирование и наблюдение врачи «пропускают» случаи инфицирования детей из-за недостаточного охвата и неоптимальной организации работы.
5. Среди основных причин уязвимости трудовых мигрантов по отношению к ВИЧ-инфекции, отмеченных в Национальной стратегии, имеется широкий спектр общекультурных и поведенческих факторов, которые в условиях временной трудовой миграции лишь усиливаются. Низкий уровень осведомленности о путях передачи ВИЧ-инфекции и профилактических мер является неотъемлемой частью информационно-культурной уязвимости трудовых мигрантов, что говорит о том, что мероприятия, выполненные в рамках компонента С Программы, актуальны, точно направлены на решение существующей проблемы, и свидетельствуют о необходимости продолжения интенсивной работы в данном направлении.
6. Услуги мобильных клиничко-диагностических комплексов чрезвычайно востребованы населением, так как диагностика предоставляется людям бесплатно, что особенно

актуально, в условиях финансовой и логистической труднодоступности таких услуг для жителей удаленных районов.

7. Не предусмотрено преференций, субсидий или льгот для автопарка мобильных клиник, в том числе при техническом обслуживании, ГСМ, а также содействия со стороны местных властей в доступе к электросетям. Запасные части и расходники доступны, но ремонт или замена некоторых элементов медицинской техники может осуществляться только в России, что может усложнить полноценное и своевременное оказание помощи населению.
8. Тестирование на ВГВ и ВГС в удаленных районах проводится специалистами территориальных центров СПИД избирательно, с намерением не расходовать запас тестов на «пакетное тестирование» одного клиента, уже протестированного на ВИЧ-инфекцию. Подобная «экономия» связана с общей нехваткой тестов (по отношению к существующей потребности) для выявления ВГ у пациентов с соответствующими жалобами или показаниями. В связи с этим, рекомендовано разработать стандартные для Программы правила тестирования в МК, с учетом поставленных целей.

Рекомендации по Таджикистану:

1. Рассмотреть вопрос о завершении заявленных мероприятий и проведении исследования случаев ВИЧ-инфекции для определения характера и тенденций эпидемии (Incidence study), а также Национального дозорного обследования поведения среди лиц с сероконверсией.
2. Реализовать заявленные мероприятия по организации и реализации мониторинга за резистентностью ВИЧ к АРВ терапии в Республике Таджикистан.
3. Завершить заявленную работу по проведению анализа по увеличению государственного субсидирования приоритетных задач реализации Национальной программы для создания устойчивого механизма финансирования, что в том числе поспособствует наращиванию эффективности и полезности Национального фонда.
4. Учитывая высокий уровень случаев неустановленного пути передачи, следует рассмотреть вопрос о проведении исследования оценки методик и качества эпидемиологического расследования случаев ВИЧ, оценки качества подготовки соответствующих кадров, а также о необходимости проведения предметного исследования по новым случаям ВИЧ.
5. Провести работу по адаптации обучающих материалов по ВИЧ под специальность медицинских работников, а также расширить наглядные и интерактивные компоненты, используемые в процессе обучения.
6. Рассмотреть вопрос о введении в учебный план для врачей общего профиля, специализированного, тематического обучения по вопросам ведения и лечения ВИЧ-положительных пациентов
7. Рассмотреть вопрос об улучшении материально-технического оснащения учреждений с целью профилактики ИСМП.
8. Необходимо обеспечить работу с детьми и подростками, а также их родителями по приверженности терапии. Данное направление требует специализированной подготовки и наличие высоко квалифицированных, обученных кадров.
9. Рассмотреть вопрос о необходимости особой подготовки врачей-педиатров по работе с ВИЧ-положительными детьми или выделением их в отдельное узко-специализированное направление.

10. Провести оценку эффективности реализованных мер по усилению инфекционного контроля за ВИЧ и другими инфекциями.
11. Учитывая имеющиеся позитивные тенденции к наращиванию государственного финансирования в основных категориях расходов, следует активно поддерживать положительный курс Республики Таджикистан, по наращиванию устойчивости программ по борьбе и профилактике ВИЧ-инфекции. С этой целью следует внести пункт об обязательном со-финансировании некоторых мероприятий Программы в последующие соглашения.
12. Провести независимую внешнюю оценку качества обучения в школе мигрантов.
13. Проработать вопрос взаимодействия и возможного государственного со-финансирования работы мобильных клиник путем обеспечения доступа к электроэнергии во время работы на местах развертывания.
14. Необходимо создать протокол оказания помощи для каждого специалиста мобильной клиники, с указанием его функциональных обязанностей, а также порядка и времени на предоставление консультаций и помощи населению.
15. Рассмотреть вопрос выделения дополнительных мобильных диагностических комплексов для полноценного охвата территорий республики при условии со-финансирования для обеспечения устойчивости компонента Программы.
16. Провести исследование по контролю качества соблюдения «холодовой цепи» на всех этапах хранения и транспортировки диагностических тест-систем, в том числе с учетом экстремальных температурных условий.
17. Целесообразно рассмотреть вопрос о разработке и внедрении нового подхода для реализации деятельности связанной с аутрич, стандартизированного для стран-участниц Программы, возможно, с привлечением квалифицированных специалистов на базе мобильных клиник.
18. Разработать и ввести в действие единый стандарт кодировки для пациентов мобильной клиники.

3.4 Республика Узбекистан

В Республике Узбекистан изначально предусматривалась реализация Программы по тем же трем ключевым компонентам, что и в Армении, Кыргызстане и Таджикистане. Соответствующие формальные договоренности были достигнуты с уполномоченными представителями министерств и ведомств Узбекистана. В частности, речь шла о создании властями необходимых условий для эффективной реализации Программы на территории страны.

Вместе с тем, уже спустя несколько месяцев после начала реализации Программы выяснилось, что властями так и не были предприняты действия по созданию соответствующих организационных и правовых условий, способствующих ее эффективной реализации. Среди них:

- Отсутствие официального утверждения Программы в Министерстве Иностранных Дел Узбекистана, несмотря на неоднократные обращения офиса ЮНЭЙДС в Республике Узбекистан и Регионального Директора ЮНЭЙДС по Восточной Европе и центральной Азии. В результате этого, программная деятельность российской стороны и ЮНЭЙДС не могла осуществляться в Узбекистане непосредственно, официально и с максимальным положительным эффектом.

- По этой же причине, в силу специфики национального законодательства Узбекистана, отсутствовали юридические основания для заключения в рамках программы прямых контрактов с национальными медицинскими ведомствами, организациями и учреждениями по обеспечению их участия в реализации Программы.
- В силу этих обстоятельств, ЮНЭЙДС был вынужден осуществлять программные мероприятия через другие агентства ООН, в частности ЮНФПА и ЮНИСЕФ. Однако, и сама Программа в целом, и ее отдельные компоненты, в первую очередь, были ориентированы именно на непосредственное участие в них национальных партнеров (министерство здравоохранения, Республиканский центр СПИД, институт эпидемиологии), что позволило бы существенно повысить их потенциал в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции, профилактике, тестировании и лечении этого заболевания.

Несмотря на неоднократные обращения к властям Республики Узбекистан со стороны офиса ЮНЭЙДС в Ташкенте, ситуацию изменить не удалось. О сложившемся положении были оперативно проинформированы Координационный комитет Программы и штаб-квартира ЮНЭЙДС. В этой связи Российской стороной и ЮНЭЙДС было принято совместное решение ограничить реализацию программы в Республике Узбекистан только некоторыми отдельными компонентами Первой Фазы. К концу 2015 года все программные мероприятия и обязательства в рамках Первой фазы были выполнены, а их результаты представлены в соответствующем финальном отчете Программы. В ходе реализации отдельных компонентов Первой фазы Программы в Республике Узбекистан было проведено обучение более 1200 медицинских специалистов разного профиля. Республиканскому центру СПИД было предоставлено свыше 50 тысяч тест-систем. В 2014 - 2015 годах в рамках Программы на ВИЧ, вирусные гепатиты и ИППП в Узбекистане было протестировано более 100 000 человек.

В 2016 году офис ЮНЭЙДС в Республике Узбекистан был закрыт. Одновременно Российской стороной и ЮНЭЙДС было принято решение о перераспределении средств Второй фазы Программы и переносе ее реализации из Узбекистана в Республику Беларусь, где на данный момент существуют и объективная потребность в реализации Программы, и все необходимые условия для ее успешного выполнения. Республика Беларусь является одной из 6 стран, где программа выполняется Роспотребнадзором, и ЮНЭЙДС имеет свой офис, через который осуществляется координация выполнения программы на национальном уровне.

4. РОЛЬ ФОНДА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИДОМ И ДРУГИМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ «СПИД ИНФОСВЯЗЬ»

Фонд «СПИД Инфосвязь» является партнером – соисполнителем ЮНЭЙДС в реализации Программы регионального сотрудничества со странами Восточной Европы и Центральной Азии в борьбе с ВИЧ/СПИДом и другими инфекционными заболеваниями. Фонд «СПИД Инфосвязь» обозначен в качестве партнера в ЮНЭЙДС для реализации этой Программы в Меморандуме о Взаимопонимании между Правительством Российской Федерации/Министерством финансов и ЮНЭЙДС. В Армении РОО «СПИД Инфосвязь» действует в соответствии с Соглашениями о взаимопонимании и сотрудничестве в рамках реализации Компонента «Совершенствование систем профилактики ВИЧ/СПИД, ИППП и вирусных гепатитов сред групп населения, особенно уязвимых в отношении этих инфекций, включая мигрантов» между Министерством здравоохранения Республики Армения, Государственной некоммерческой организацией «Республиканский центр по профилактике СПИДа» Министерства здравоохранения Армении и Российской общественной организацией «СПИД Инфосвязь» от 10 декабря 2013 года и 23 марта 2016 года по второй фазе Программы. С Таджикистаном деятельность регламентируется аналогичными соглашениями с Министерством здравоохранения Республики Таджикистан от 21 мая 2013 года и 12 июня 2016 года. В Кыргызстане первая фаза Программы реализовывалась в рамках четырехстороннего соглашения с участием не только министра здравоохранения республики и Фонда, но и Международной Федерацией Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, а также Национальным Обществом Красного Полумесяца Кыргызской Республики, но уже ко второй фазе произошел переход к двусторонним договоренностям без участия МФОКККП.

На Фонде лежит полная ответственность за реализацию Компонента С Программы. Происходит координация и кураторство темы «ВИЧ и миграция». Сотрудники Фонда «СПИД Инфосвязь» проводят регулярные рабочие встречи в министерствах здравоохранения, медицинских учреждениях, посольствах и консульствах России, отделениях Россотрудничества для координации работы своих проектов.

В мае 2016 г. Фонд «СПИД Инфосвязь» выступил организатором (вместе с Республиканским центром по профилактике СПИДа Армении) региональной консультации «Миграция и ВИЧ в странах ЕАЭС и Таджикистане», в которой приняли участие 46 представителей министерств здравоохранения, санитарных служб, миграционных служб, других государственных и общественных организаций из 6 стран региона ВЕ и ЦА (страны ЕАЭС +Таджикистан). Подготовлены Рекомендации, работа над которыми будет продолжена в 2017 г. в рамках экспертного совета по здравоохранению Межпарламентской Ассамблеи стран СНГ. В сентябре 2016 г. РОО «СПИД Инфосвязь» выступил со-организатором Международной научно-практической конференции «Миграция в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Современные вызовы, опыт, инновации» в Казани. В конференции приняли участие представители Армении, Кыргызстана и Таджикистана.

В рамках первой фазы Фонд «СПИД Инфосвязь» произвел закупку трех мобильных лечебно-диагностических комплексов на базе многосекционного изотермического фургона на автомобильном шасси КАМАЗ с высокой проходимостью для Киргизии, а также мобильные клиники для Армении и Таджикистана.

В Кыргызстане и Таджикистане проекты Фонда на базе мобильных клиник включены в национальные программы профилактических осмотров населения «Караван здоровья». В ряде

населенных пунктов именно в мобильной клинике впервые были протестированы на ВИЧ беременные женщины.

В рамках компонента С в Курган-Тюбе в марте 2014 года был открыт центр для мигрантов, в котором проводятся занятия по русскому языку, компьютерной грамотности, а также законодательным аспектам Российской Федерации. В 2016 году Центр переехал в новое помещение и уже в июле прошлого года была выпущена первая группа обучающихся (занятия проходят в течение двух месяцев, набор в группы по 12 человек, запись на занятия ведется за 1-2 месяца, что говорит о высоком спросе на программу обучения среди населения).

Сотрудники Фонда «СПИД Инфосвязь» во время своих визитов в страны (не менее 4 раз в год) проводят рабочие встречи в министерствах здравоохранения, медицинских учреждениях, посольствах и консульствах России, отделениях Россотрудничества для координации работы своих проектов. Тем не менее, несмотря на регулярное взаимодействие Фонда с российскими представительствами со стороны ряда официальных лиц высказывалось пожелание о более тесной координации в определении и реализации политики по оказанию помощи в стране пребывания.

Фонд «СПИД Инфосвязь» на протяжении более 10 лет выполняет функции секретариата Конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии.

Следует отметить, что опыт реализации первой фазы Программы при участии в качестве соисполнителя РОО «СПИД Инфосвязь» доказал эффективность вовлечения неправительственных организаций в осуществление межгосударственных проектов, в данном случае – в области противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа. Ключевыми преимуществами данного контрагента является нивелирование политического контекста в условиях нестабильного геополитического ландшафта – возможность реализации проекта в любых условиях и налаживания горизонтальных устойчивых связей не только с профильными организациями и ведомствами республик, но и населением стран, формирования культуры профилактики и здорового образа жизни.

Преимуществом работы Фонда также является полное владение культурно-историческим и цивилизационным контекстом взаимодействия с представителями руководства стран-реципиентов, а также возможность достижения договоренностей с максимальным сокращением бюрократических процедур и проволочек.

5. ВНЕПРОГРАММНЫЕ СТРАТЕГИЧЕСКИЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОЕКТ

- Сложившаяся на сегодняшний день ситуация, когда в странах-партнерах Программы отмечают завоз новых случаев ВИЧ-инфекции из России возвращающимися на родину мигрантами, а не из этих стран в Россию, показывает, что существующие рестриктивные меры по депортации ВИЧ-положительных мигрантов из РФ – являются малоэффективными и не имеющими выраженной эпидемиологической значимости. Дальнейшее продолжение рестриктивной политики, отличной от других стран региона, депортация ВИЧ-положительных мигрантов, а также отказ или отсутствие возможности предоставления им АРВ-терапии на территории России, крайне негативно сказывается на имидже страны в контексте позиционирования России как страны-лидера в вопросе ВИЧ/СПИД в регионе Восточной Европы и Центральной Азии. Однако, с учетом вышеозначенного, необходимо внимательно проработать альтернативные меры работы с ВИЧ-положительными мигрантами, чтобы избежать ситуации, когда миграция будет осуществляться исключительно с целью получения лечения в России, так как на родине лечение оказалось малодоступным или иного качества.

- В связи с вышеизложенным, следует обратить внимание, на отсутствие межстранового взаимодействия по вопросу получения АРВ-терапии для продолжения схемы лечения/профилактики ВИЧ гражданами Армении и России, находящимися в этих странах, а также синхронизации законодательных параметров стран-участниц, для обеспечения такой возможности.

- В частности, заинтересованным российским министерствам и ведомствам рекомендуется проработать на межгосударственном уровне с соответствующими министерствами и ведомствами заинтересованных стран СНГ механизмы подлежащего учету временного лечения на возмездной основе ВИЧ-инфицированных трудовых мигрантов из этих стран в период их пребывания на территории России с включением урегулирования стоимости такого лечения в систему расчетов в рамках межгосударственного кредитования и взаимных торгово-экономических транзакций или в соответствующие механизмы международного медицинского страхования.

- По данным интервью, принцип «Лечение как профилактика» используется в Кыргызской Республике с 2015 года. В частности, успешно проводилось обучение в дискордантных парах. В связи с этим, стоит рассмотреть вопрос о поддержке этого актуального направления, на базе уже имеющейся страновой практики, а также дальнейшем использовании имеющегося опыта в других странах-участниках Программы.

- Документы о ВИЧ-статусе иностранных граждан, полученные за пределами Российской Федерации, не признаются на её территории, таким образом, мигрант вынужден проходить исследование повторно в России, чтобы получить разрешение на работу

- Процессы, связанные с геополитическими изменениями в регионе, вызывают такой фактор как необходимость оказания помощи беженцам.

- Необходимо обратить внимание на активизацию усилий по помощи, оказываемой другими зарубежными донорами, в частности Саудовской Аравией и США, в сферах особенно уязвимых для национальных бюджетов, с целью недопущения выставления

донорами политических условий, а также усиления факторов, способствующих распространению исламского фундаментализма. Особенное внимание заслуживает факт введения в Кыргызской Республике на законодательном уровне инструментов «исламского кредитования» (сукук). Серьезным фактором в Таджикистане и Киргизии является финансовая помощь Саудовской Аравии, Катара, Исламского банка обусловленная строительством мечетей, а также распространением исламского учения в регионе.

- Сокращение расходов Глобального Фонда в странах-участницах Программы оказывает значительное влияние на национальные программы противодействия ВИЧ. В том числе сокращение финансирования закупки тест-систем для диагностики ВИЧ у беременных, в условиях существующего дефицита диагностических систем, ставит под вопрос успех работы по ликвидации вертикального пути передачи ВИЧ в странах-участницах Программы

- В Республике Таджикистан при наличии в распоряжении партнерской организации 14 центров по работе с мигрантами, работа в сфере подготовки и профилактики ВИЧ, ИППП и ВГ осуществляется на базе только одного из этих центров, что связано с ограниченными финансовыми ресурсами. При сформированной материально-технической базе, полноценная профилактическая и образовательная работа, осуществляемая одним центром подготовки мигрантов в Хатлонском районе недостаточна, и не отвечает масштабу проблемы, так как за время работы центра (на 2016 год) было подготовлено и обучено примерно 0,08% от числа всех мигрантов.

6. ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ И ВЫВОДЫ:

6.1 Замечания и наблюдения:

1. Программа играет ключевую и, на среднесрочную перспективу, практически незаменимую роль в поддержке соответствующих усилий стран-реципиентов по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции. Реализация Программы уже в ходе Первой фазы позволила устранить многие из важнейших пробелов в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, которые не охвачены национальными системами здравоохранения или работой других партнерских организаций:

- Тестирование беременных в том числе с использованием экспресс-тестирования
- Обучение персонала по нозокомиальным инфекциям (ИСМП)
- Работа с мигрантами и их половыми партнерами
- Проведение тестирования в отдаленных и труднодоступных регионах страны с использованием мобильных клиничко-диагностических комплексов

2. Условная гармонизация работы Программы с партнерскими организациями (среди международных доноров) наблюдалась лишь в случае с Арменией, где ГФ взял на себя диагностику и тестирование еще 40 населенных пунктов (в дополнение к 60 уже охваченных российскими мобильными клиниками). Российская Программа также закрыла пробелы, которые возникли в связи с прекращением деятельности ГФ по целому ряду направлений. Так, в Республике Таджикистан работа по проблематике, связанной с беременностью и вертикальной передачей ВИЧ от матери ребенку, ведется только в рамках российской Программы. Прочие международные доноры, включая ГФ, не высказывают никакой заинтересованности в данной проблематике. Аналогичным образом, в Кыргызской Республике работы по формированию МДК были изначально начаты ГФ, а после прекращения им финансирования были поддержаны Программой.

3. Вопросы прав человека, в основном, являются сферой деятельности других программ и доноров. Так, особое внимание этому аспекту уделяет USAID, а также европейские партнеры (GIZ, Mission East, Caritas Armenia etc.)

В целом для региона характерны многочисленные социально-культурные факторы, ставящие поведенческую профилактику среди женщин в разряд труднодостижимых задач. К таким факторам можно отнести: традиционную сексуальную культуру и связанный с этим отказ от использования презервативов; низкую роль женщин в семье и их экономическую зависимость от своих мужей и старших членов семьи; низкий уровень образования и (как следствие) отсутствие или малый уровень информированности по вопросам ВИЧ/СПИД; а также низкий доступ к добровольному тестированию на ВИЧ. Наличие этих факторов, свидетельствует о необходимости уделить пристальное внимание распространению ВИЧ-инфекции за пределами традиционных групп риска, при гетеросексуальных половых контактах.

Так по мнению многих женщин, работающих или имеющих отношение к НПО в Республике Таджикистан, имеющийся показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди женщин может быть в значительной степени недооценен. По результатам совместной оценки, проведенной в апреле 2011 - марте 2012 года, организациями «ООН – Женщины» и «Объединенной Программой ООН по ВИЧ/СПИДу», было предложено использовать выявленные данные и предоставленные рекомендации, которые смогут оказать содействие в

укреплении и включении гендерных вопросов в национальные меры по реагированию на ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан.¹⁵

Кроме того, совместное обучение мужчин и женщин в школе для мигрантов включает проведение занятий по вопросам сексуального здоровья, в том числе в формате обсуждения и равноправного диалога по вопросам профилактики ВИЧ и ИППП, что говорит о возможности преодоления некоторых гендерных проблем, и требует дальнейших усилий по работе в этом направлении, в первую очередь с молодежью.

Дополнительно стоит отметить проведение семинара-тренинга по созданию и ведению групп взаимопомощи для ЛЖВ в Армении. Данные организации преимущественно работают с женщинами, оказывая правовую, социальную и организационную поддержку для эффективной интеграции женщин-ЛЖВ в социум. За время реализации первой фазы Проекта в работе групп взаимопомощи приняли участие 1446 женщин. Все специалисты групп взаимопомощи имеют постоянную связь и консультируются по сложным ситуациям с РПЦ СПИД.

4. По мнению участников интервью проект оказал определенное влияние на положение людей из групп риска, в том числе и в сфере снижения стигмы по всем республикам. Вместе с тем отмечается, что: а) удобство использования мобильных клиник, из-за доступности анонимного и конфиденциального тестирования, а также комплексности предоставляемых услуг (не только тестирование на ВИЧ, но и диспансерные услуги), б) во всех традиционных обществах в сельских местностях старейшины обоего пола, а также религиозные деятели по прежнему обладают значительным авторитетом и влиянием. В том числе, в Таджикистане в 2016 г. был принят закон об обязательном тестировании молодоженов на ВИЧ. На уровне интервью говорилось о большей открытости и информированности женщин, а также о желании проходить тестирование, что противоречит вышеозначенным постулатам о боязни обследоваться, без гарантии конфиденциальности результата. Тем не менее, достаточно серьезным прогрессом стало исследование в Таджикистане в группе MSM.

5. Для обеспечения устойчивости проекта необходимо сделать акцент на независимых исследовательских мероприятиях (сделать дорожную карту по проблемным зонам на пространстве всего СНГ, включая Россию), продолжить обучающие программы и тренинги, активизировать работу с молодежью (с привлечением российских тренеров, для расширения и укрепления межстранового сотрудничества в сфере образования и здравоохранения), в том числе работу российских специалистов в странах-партнерах; продолжить более активную работу по синхронизации национальных законодательств в сфере ВИЧ, при этом ввести ограниченную «условность».

Возможно, часть ресурсов Программы следует направить на развитие мероприятий по работе со школьниками и студентами стран-реципиентов. В том числе на оплату приезда групп школьников в летние и зимние лагеря в России, где будут проводиться организованные курсы по здоровому образу жизни, русскому языку, культуре и толерантности. Разработка и внедрение практических мероприятий для иностранных студентов в медицинских, педагогических и физкультурных ВУЗах/факультетах в городах России.

6. В отзывах респондентов, проинтервьюированных в странах-участницах Программы, говорится, что российская программа не дублирует остальных доноров, в то время, как среди

¹⁵ «Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в республике Таджикистан на период 2015 - 2017 гг.», 2014

остальных национальных и международных организаций нет согласованности в осуществлении мероприятий ни между собой, ни с правительством принимающей стороны (в рамках данной Программы все мероприятия согласуются с правительством страны-реципиента). Отмечается слабая координация с субподрядными организациями, реализующими мероприятия других доноров, представленных в странах.

При этом говорить о полноценной координации между странами-участницами проекта не представляется возможным. Единственным направлением такого взаимодействия являются общие тематические конференции и мероприятия, проводимые Российской Федерацией (регулярные конференции ЕЕСААС, проходящие раз в два года (следующая запланирована на 2018 год), региональная консультация «Миграция и ВИЧ в странах ЕАЭС и Таджикистане», международная научно-практическая конференция «Миграция в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Современные вызовы, опыт, инновации» в Казани и пр.). Т.е. при наличии вертикального взаимодействия и вовлечения, не осуществляются горизонтальные связи между исполнителями и бенефициарами Программы. Возможно, на базе ЮНЭЙДС и Фонда «СПИД Инфосвязь» стоит проводить регулярную оценку подобного взаимодействия, обмена опытом и работы над ошибками всех стран, участвующих в данной программе в лице основных операторов (центры СПИД), ответственных министерств и ведомств, субподрядных институтов и НПО. Возможно, интересным форматом взаимодействия могли бы стать т.н. «дружественные проверки» (peer review) или «дружественная работа над ошибками» с проведением консультаций в зависимости от определения узких мест в одной или нескольких стран-реципиентов (например, изучение успеха в ликвидации вертикального пути передачи ВИЧ, аутрич-программы, опыта организации МДК, школы мигрантов, и т.д.)

Одновременно, на хорошем уровне развито вертикальное взаимодействие, от донора к реципиенту, равно как и между организациями, реализующими Программу, в первую очередь ЮНЭЙДС и Фондом «СПИД Инфосвязь», отмечается высокий профессионализм сотрудников организаций, способствующий достижению заявленных в Программе целей. При этом, целям консолидации и достижения большей эффективности способствовало бы установление более глубокого партнерства между исполнителями, возможно, заключение долгосрочных и всеобъемлющих соглашений и ведение разных, но совместимых проектов (в противовес ограниченному взаимодействию только в рамках одной Программы); проведение совместных тренингов, согласованное представительство в рамках национальных и международных мероприятий; приглашение представителей Фонда на повышения квалификации и иные подобные мероприятия в формате ООН; предоставление статуса международной неправительственной организации категории 3 при ЭКОСОС ООН с правом участия в заседаниях и получения информационных материалов и т.д.

Интересно, что несмотря на регулярное информирование о проводимых мероприятиях и акциях (участие глав представительств в церемониях передачи мобильных клиник, визиты сотрудников Фонда «СПИД Инфосвязь» в посольства, размещение новостной информации на сайте), со стороны официальных представителей МИД прозвучали сомнения относительно достаточности доводимой до них информации и пожелание более интенсивного вовлечения ведомства в процесс осуществления направлений СМР в целом, и Программы и выработки ее компонентов, в частности.

7. В интервью, проведенных в Республике Армения и Республике Таджикистан, была отмечена необходимость поставки дополнительных мобильных клиник (1 в Армению, 4 в Таджикистан). Однако, с целью обеспечения устойчивости Программы, необходимо рассмотреть вопрос выделения новых мобильных клиник, при условии достижения

соглашения и практической реализации государственного со-финансирования странами-участницами Программы.

6.2 Перспективные/ неохваченные направления:

- Необходимость и готовность работы с подростками и молодежью отмечена во всех трех странах. В том числе работа в сфере профилактики ВИЧ, ВГ и ИППП, в сфере ЗОЖ, в сфере снижения стигмы и дискриминации, а также работа с детьми и подростками по раскрытию ВИЧ-статуса. Как отмечают специалисты в РК и РТ назрела необходимость проводить работу по социализации, адаптации и интеграции в общество, а также по раскрытию статуса среди подрастающих детей ВИЧ «+», и в особенности подростков. Такая работа в «пилотном» режиме проводится, но требует дополнительного внимания и усиления всех компонентов.

- В интервью было установлено, что население Республики Таджикистан активно интересуется услугой по диагностике уровня гемоглобина, однако в мобильной клинике она не предоставляется. Данное направление весьма актуально, учитывая уровень и распространенность анемии в стране. Также клиника не предоставляет услуг хирургического характера (что связано с особенностями утилизации контаминированного инструментария и расходных материалов), хотя вопросы малой хирургической помощи (в том числе и в вопросах репродуктивного здоровья) весьма актуальны и также пользуются спросом среди населения труднодоступных районов.

- Специфическая профилактика гепатита В, среди медицинских работников в Кыргызской Республике и Республике Таджикистан. Возможно, необходимо провести исследование этого вопроса, а также предложить меры по реализации профилактики ВГВ среди медицинских работников.

6.3 Общие выводы и рекомендации:

Выводы

1. Данный проект, как и большинство проектов, финансируемых Российской Федерацией является, одновременно, значительно более эффективным, с точки зрения заявленных целей и достижения значимых результатов, и значительно менее политизированным, нежели программы помощи тем же странам-реципиентам со стороны правительств и организаций из стран Европы, Северной Америки и Ближнего Востока, которые в значительной мере нацелены на лоббистскую и адвокативную практику. При этом российский проект, и, в частности Программа по борьбе с ВИЧ/СПИДом, осуществляемая совместно с ЮНЭЙДС, в большей степени ориентированы именно на повышение качества жизни населения стран-реципиентов и являются социально значимыми. С учетом непосредственного соседства РФ с этими странами, выгода инвестирования в качество жизни и поддержание политической стабильности, через охват населения социально-значимыми услугами является неоспоримым не с коммерческой точки зрения, но социально-гуманитарной и общественно-политической, т.к. позволяет предотвращать негативные сценарии для этих государств. Роль компонента будет только усиливаться в дальнейшем ввиду дополнительной проблемы с притоком беженцев в страны СНГ из горячих точек региона Ближнего Востока.

Еще одним преимуществом российских программ является транспарентный механизм ее реализации, высокий уровень взаимодействия с властями и прочими партнерами стран-реципиентов, приоритетный характер инвестирования в системы эпидемиологического надзора и здравоохранения страны-получателя, приобретение материальных средств (в

контексте данной программы мобильных клиник), которые сохраняют свою значимость и будут использоваться принимающей стороной и после окончания Программы (долгосрочные материальные закупки в рамках других грантов менее распространены, и зачастую значительная часть финансовых средств идет на зарплаты сотрудников – граждан стран-доноров).

Ну и, наконец, следует особо отметить фактор глубокого знания операторами Программы системы управления на государственном, региональном и локальном уровнях стран-получателей, что позволяет в наиболее эффективной манере обойти существующие формальные и неформальные барьеры, связанные с национальной спецификой стран СНГ и максимально довести выделяемые средства до результата.

2. Программа является примером инновационного механизма оказания технической помощи, через партнерство стейкхолдеров различного уровня. Новая модель оказания Российской Федерацией точечной финансовой помощи при активном участии и поддержке UNAIDS, а также российского Фонда «СПИД Инфосвязь», доказала свою эффективность, актуальность и перспективность. Такое взаимодействие позволяет обойти потенциальную негативную политическую конъюнктуру, исключает возможность обвинений во вмешательстве во внутренние дела другого государства со стороны донора, обеспечивает максимальную транспарентность деятельности и повышает ответственность всех сторон, включая страну-получателя, за итоговый результат. Присутствие организации из «семьи ООН» значительно повышает авторитет и доверие к Программе, а наличие общественной организации в качестве со-исполнителя – устраняет лишние бюрократические препоны в рамках реализации проекта, увеличивая его эффективность, но также повышает и уровень доверия не только со стороны официальных представителей страны-получателя, но и населения страны-получателя. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что, во-первых, при рассмотрении дальнейшего развития Программы за пределы второй фазы следует расширить ее с дополнительным акцентом на образовательный и исследовательский компонент, а, во-вторых, подобный механизм, возможно с укреплением/институционализацией связей между исполнителями, стоит использовать при реализации других программ помощи развитию, создавая многоуровневый консорциум стейкхолдеров.

3. Следует признать успешным компонент Программы, относящийся к деятельности мобильных клиник, который позволяет максимизировать охват населения республик диагностическими и консультативными услугами с учетом географических, культурно-исторических, морально-этических и религиозных факторов.

4. В странах-участницах Программы, особенно отмечается заинтересованность в дальнейшем продолжении и развитии компонента С, связанного с использованием мобильных клиник. Ключевая особенность данного компонента заключается в возможности покрытия медицинскими услугами наиболее труднодоступного и уязвимого населения республик, что в условиях недостаточного государственного финансирования системы здравоохранения и социального обеспечения в целом позволяет странам поддерживать политическую стабильность в регионах, избегать избыточных экономических потерь с учетом повышения качества жизни населения и обеспечивает «включенность» сельских удаленных местностей в общественно-политическую и социально-экономическую жизнь страны и региона.

Именно в этом компоненте наблюдается наибольшая государственная поддержка и наличие запросов на укрепление или расширение его составляющих со стороны ответственных контрагентов. На сегодняшний день вклад со стороны страны-реципиента заключается в

сохранении или создании ставок медицинских работников, привлеченных к работе в качестве сотрудников мобильных диагностических комплексов, аутрич-работников или равных консультантов. С целью укрепления устойчивости программы в долгосрочной перспективе, требуется более активное и расширенное государственное со-финансирование, оказание большего вклада со стороны государств-реципиентов. На сегодняшний день, при условии отсутствия достаточного количества средств на национальном уровне в странах-реципиентах, стоит продумать варианты и размер государственного вклада (доступ к электричеству при развертывании мобильных клиник, оплата ГСМ, командировочных бригад мобильных клиник, закупка экспресс-тестов и пр.).

4. Несмотря на определенный прогресс с точки зрения повышения грамотности населения в области здравоохранения и борьбы с распространением ВИЧ/СПИД, а также снижения стигмы людей с ВИЧ-положительным статусом, необходимо усилить информационно-пропагандистские мероприятия, направленные на реализации этой цели, в первую очередь с акцентом на работу с молодым поколением.

5. В Программе отсутствует специфический акцент на роль и права женщин в деле предотвращения распространения эпидемии ВИЧ/СПИД, несмотря на то, что отдельные аспекты Проекта реализуют мероприятия по помощи женщинам (формирование и тренинг групп взаимопомощи), сохраняется консервативный подход к гендерным вопросам.

6. Необходимо разработать единый стандарт ведения проектной и технической отчетности партнерских организаций в странах-реципиентах, участвующих в реализации Программы

7. Необходимо также сформировать единый подход и рекомендации к организации и проведению комплексных, сопоставимых исследований по всем странам-реципиентам Программы, касательно изучения ключевых групп

8. Существует настоятельная необходимость синхронизации компонента Программы по работе с мигрантами в соответствии с «сезонным фактором» во всех странах-реципиентах, в части организационной работы, связанной с утверждением следующих фаз проекта в головных структурах организаций-исполнителей Программы.

Рекомендации

1. Провести работу по созданию механизма координации и согласования проводимых и планируемых мероприятий между организациями-партнерами, в том числе международными, государственными и негосударственными организациями, с целью повышения экономической эффективности усилий направленных на противодействие ВИЧ, а также организовать горизонтальное взаимодействие между странами-участниками программы, с целью обмена информацией, а также внедрения имеющихся сильных компонентов и эффективных наработок в других стран-участницах Программы.

2. Следует провести детальное картирование видов деятельности и программ международных и национальных организаций и фондов, осуществляющих работу в странах региона. Такое картирование поможет избежать дублирования активностей, будет способствовать гармонизации и повышению эффективности воздействия на эпидемию ВИЧ, в том числе при учете анализа предыдущего опыта работы, с акцентом на особенности и причины неуспешной реализации предыдущих партнерских проектов.

3. Сокращение финансирования Глобальным Фондом мероприятий в странах-участницах Программы, обусловлено, в том числе, неустойчивостью дальнейшего развития направлений,

по которым оказывалась помощь, что непосредственно связано с отсутствием софинансирования проектов из собственных (бюджетных) средств стран-реципиентов. Таким образом, учитывая необходимость обеспечения устойчивости Программы, а также сложившуюся в регионе ситуацию со снижением финансирования программ по противодействию ВИЧ, в последующие соглашения необходимо внести пункты об обязательном государственном софинансировании компонентов Программы

4. Учитывая востребованность диагностики в странах-партнерах следует увеличить количествокупаемых и поставляемых тестов для дальнейшего расширения охвата тестированием целевых групп. С целью снижения риска отсутствия тест-систем для беременных, а также повышения устойчивости Программы в целом, рекомендуется увеличить количество диагностических тестов в первую очередь за счёт договоренности о софинансировании закупок из бюджетных средств государств-партнеров.

5. Необходимо усилить научно-исследовательский компонент в рамках Программы, разрабатывать и вести на устойчивой основе совместные (двусторонние и многосторонние) исследования в области противодействия распространения ВИЧ/СПИДа, разработать дорожную карту по совместным НИОКР с привлечением ведущих российских НИИ и Университетов в сфере здравоохранения и эпидемиологии.

6. Необходимо оптимизировать работу с мигрантами с учетом сезонного фактора, а также провести оценку качества практического консультирования по компонентам ответственности Программы.

7. Следует разработать стандартизированный подход к аутрич-работе, стандартизировать процесс обучения и подготовки кадров, сформулировать и конкретизировать, что входит в понятие терминов «мигрант» и, особенно, «члены семей мигрантов», для стандартизации учета услуг, консультирования, подворовых обходов, информационных сессий и т.д. Для этого предлагается рассмотреть вопрос о создании общего протокола, с перечнем мероприятий, формулировками, требованиями к аутрич-работникам и иными регулирующими данными.

8. Обратить внимание на вопрос кодировки, учета и конфиденциальности персональных данных при проведении диагностики в мобильных клиниках на местах. Возможно, стоит изучить вопрос разработки общего подхода в системе индивидуального кодирования клиентов, в том числе и с использованием уже существующих и успешно применяющихся методик и технологий. Вопрос о стандартизации с применением электронного оборудования и единого реестра учета должен быть внимательно изучен, и обязательно учитывать технические специфику и трудности связанные с реализацией такого подхода в условиях мобильных клиник, (например: учет особенностей электропитания, ограниченное рабочее пространство персонала, и т.д.)

9. Проводить экономически эффективные региональные совещания по Программе в городах стран-участниц программы, что позволит привлечь внимание к проблеме, рассказать о деятельности Программы в стране и регионе, а также подчеркнуть роль России.

10. В последующей фазе осуществить контроль за исполнением ранее не выполненных компонентов Программы.

11. Одна из случайных находок во время оценки: медицинский персонал, работающий с группами риска, работники лабораторий, медицинские работники общей практики - не получали специфическую профилактику гепатита В. Так, медицинские работники более старшего возраста не получали ревакцинацию, а молодые сотрудники вообще не были вакцинированы, указав на отсутствие соответствующей информации и/или мотивации. Таким образом просветительская работа по вопросам специфической профилактики ИСМП среди медицинских работников требует особого внимания и пристального изучения. Кроме того,

медицинскими работниками особенно отмечалось, что во время обучения вопросам, связанным с гепатитами (в частности гепатиту В) уделяется меньше внимания, чем освещению проблем ВИЧ и ИППП.

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По итогам оценки реализации первой фазы Программы оказания технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями по трем основным компонентам:

Компонент А: «Совершенствование системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, ИППП и вирусными гепатитами»

Компонент В: «Развитие профилактической деятельности и контроля над инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ инфекции, ИППП и гепатит среди женщин и детей»

Компонент С: «Совершенствование систем профилактики ВИЧ/СПИД, ИППП и гепатита среди групп населения особенно уязвимых в отношении этих инфекций, включая профилактику этих инфекций среди мигрантов»

Программа позволила найти подходы и решения к основным приоритетным проблемам в сфере борьбы против распространения эпидемии ВИЧ/СПИД, которые оказались вне поля зрения мирового сообщества и других доноров. В первую очередь речь идет о проблемах профилактики и контроля над инфекционными заболеваниями беременных женщин, передачи инфекции от матери ребенку, а также совершенствования системы предотвращения заболевания среди трудовых мигрантов.

При содействии Программы, российскими и международными специалистами ЮНЭЙДС была оказана помощь национальным органам здравоохранения трех стран в разработке нормативно-правовых актов в области эпидемиологического надзора за ВИЧ, ИППП и вирусными гепатитами, тематического обучения специалистов, а также в проведении исследований, результаты которых способствовали совершенствованию национальной системы эпидемиологического надзора. Реализация Компонента А позволила улучшить комплексный эпидемиологический надзор за ВИЧ/СПИДом, особенно среди труднодоступных групп населения, в частности – мигрантов.

Важным составляющими успеха Программы стали поставка и организация работы российских мобильных клинико-диагностических комплексов, а также обеспечение тест-системами и расходными материалами, что позволило значительно повысить охват населения трех стран диагностическими и консультационными услугами.

Немаловажным значением для успеха реализации первой фазы Программы стала слаженность и взаимодополняемость совместной работы российского правительства, ЮНЭЙДС и Фонда «СПИД-Инфосвязь» с национальными контрагентами в министерствах здравоохранения республик, а также региональными центрами СПИД, т.к. именно такая «связка» стейкхолдеров обеспечила оперативность и комплексность в решении предлагаемых задач. Вместе с тем, возможно, стоит и далее расширять базу контактов и взаимодействия в странах-реципиентах, что позволит вывести программу на новый уровень и далее повысить ее эффективность. Важным направлением работы остается образовательная и информационная работа со всеми группами населения, вместе с тем, необходимо больший акцент делать на работу с детьми и молодежью.

ПРИЛОЖЕНИЕ I. Перечень документов, использованных для проведения оценки

- 1 Armenia Project Document. Technical Assistance Programme for HIV/AIDS and other infectious diseases prevention, control and surveillance in Eastern Europe and Central Asia 2013-2015
- 2 Armenia working plan for 2013-2015. UNAIDS and the Armenia Republic government project under the Russian Federation Cooperation Programme for Countries of Eastern Europe and Central Asia in Combating Infectious Diseases
- 3 HIV Epidemiological surveillance in the Republic of Armenia, 2015 Annual Report, Erevan 2016
- 4 HIV Epidemiological surveillance in the Republic of Armenia, 2014 Annual Report, Erevan 2015
- 5 Kyrgyzstan Project Document. Technical Assistance Programme for HIV/AIDS and other infectious diseases prevention, control and surveillance in Eastern Europe and Central Asia 2013-2015
- 6 Kyrgyzstan: Work plan for 2013-2015 UNAIDS and the Kyrgyz Republic government project under the Russian Federation Cooperation Programme for Countries of Eastern Europe and Central Asia in Combating Infectious Diseases
- 7 National Health Strategy of the Republic of Tajikistan 2010-2020, Ministry of Health of the republic of Tajikistan, Dushanbe-2010
- 8 National Programme on the response to HIV epidemic in the Republic of Armenia, 2017-2021 (DRAFT 2016)
- 9 Results from the HIV biological and behavioural surveillance in the Republic of Armenia, 2014
- 10 Tajikistan Project Document. Technical Assistance Programme for HIV/AIDS and other infectious diseases prevention, control and surveillance in Eastern Europe and Central Asia 2013-2015
- 11 Tajikistan: Work plan for 2013-2015 UNAIDS and the Tajikistan Republic government project under the Russian Federation Cooperation Programme for Countries of Eastern Europe and Central Asia in Combating Infectious Diseases
- 12 Technical Assistance Program for HIV/AIDS and other infectious diseases prevention, control and surveillance in Eastern Europe and Central Asia 2013-2015, Annex, UNAIDS
- 13 Technical Assistance Program for HIV/AIDS and other infectious diseases prevention, control and surveillance in Armenia, Kyrgyzstan, Tajikistan and Uzbekistan, UNAIDS
- 14 Validation of elimination of mother-to-child HIV transmission in the Republic of Armenia (National Report) 2016
- 15 Victor Agadjanian, Karine Markosyan, CRRC-Armenia Team, «Labor Migration and STI/HIV Risks in Armenia: Assessing Prevention Needs and Designing Effective Interventions», Analytical Report, The Caucasus Research Resource Center – Armenia, 2013
- 16 «1-й Технический отчет о реализации Программы технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями (2013-2015 гг.) Отчетный период: 2013 г.», UNAIDS 2013
- 17 ВИЧ-инфекция - учебный курс, перечень тематических циклов, Ереван 2013-2015

- 18 Гепатит В и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с коинфекцией Клинический протокол» (обновленная версия, 2011 г.)
- 19 Инструкция по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике» МЗКР, РЦ «СПИД», Центр молекулярно-генетических исследований ДПЗ и ГСЭН, Бишкек – 2016
- 20 Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции (для 1-3 уровней системы здравоохранения), сборник протоколов, МЗ КР, КГМА им.И.К.Ахунбаева, КГМИПиПК, РЦ «СПИД», Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер Кыргызской Республики, Бишкек 2015
- 21 Ключевые результаты и воздействие в рамках 1 фазы Программы регионального сотрудничества, финансируемой Российской Федерацией» Кыргызская Республика, 2013-2015 гг. Сводный отчет-таблица, Бишкек, 2016
- 22 Краткое резюме распределения средств по эффективности операционной деятельности по странам в рамках Региональной программы сотрудничества, Приложение
- 23 Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции» (проект руководства) МЗКР, РЦ «СПИД», Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина», Бишкек – 2016
- 24 Лечение ВИЧ у детей (для 1-3 уровней организации здравоохранения), Национальный клинический протокол МЗ КР, Национальный центр охраны материнства и детства, Республиканский центр развития здравоохранения и информационных технологий, Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер Кыргызской Республики, Бишкек 2015
- 25 Медицинская помощь иностранным гражданам, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации: правовые аспекты, руководство, Москва 2013 г.
- 26 Национальная политика и клинический протокол по элиминации передачи ВИЧ от матери ребенку (ЭПМР) в Республике Таджикистан (3-я национальная страновая ревизия, согласно рекомендациям ВОЗ), 2016 год
- 27 Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ /СПИДа в Республике Таджикистан на период 2015 - 2017 гг., 2014г.
- 28 О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Таджикистан от 1 апреля 2008 года, №171, Проект постановления Правительства Республики Таджикистан от 06.08. 2014 года №528, г.Душанбе, 2014
- 29 Об усовершенствовании эпидемиологического надзора за гемоконтактными инфекциями в пилотных организациях здравоохранения приказ МЗ КР № 461 от 07.08.2015
- 30 Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования с целью выявления заражения вирусом иммунодефицита человека, учета, медицинского обследования ВИЧ – инфицированных и профилактического наблюдения за ними и Списка лиц, подлежащих обязательному конфиденциальному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ - инфекцию по эпидемиологическим показаниям, Постановление правительства Республики Таджикистан от 1 апреля 2008 года
- 31 Отчёт о выполнении компонента С «Улучшение профилактики ВИЧ/СПИДа, ИППП, гепатитов среди групп, которым грозит повышенный риск инфицирования, включая профилактику этих инфекций среди мигрантов», в 2013-2015 гг., РОО «СПИД-Инфосвязь»

- 32 Отчет об оценке проекта по оказанию помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными болезнями, 2013
- 33 Отчет по заключительному мониторингу и оценке внедрения новой системы эпидемиологического надзора за гемоконтактными инфекциями в пилотных стационарах г.Бишкек, Чуйской и Ошской областей, Республиканский научно-практический центр инфекционного контроля, НПО «Профилактическая медицина», Бишкек – 2016
- 34 Отчет по оценке удовлетворенности ЛЖВ услугами МДК, в рамках Программы технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области противодействия ВИЧ/СПИДу, ИППП и вирусным гепатитам при поддержке Российской Федерации, ОО «Изилдоо плюс», Бишкек, 2014
- 35 Отчет по проведению базовой оценки организации эпидемиологического наблюдения за ВИЧ-инфекцией в организациях здравоохранения Кыргызской Республики
- 36 Отчет по проведению оценки состояния организации эпидемиологического наблюдения за ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами в организациях здравоохранения республики, Республиканский научно-практический центр инфекционного контроля, НПО «Профилактическая медицина», Бишкек – 2016
- 37 Отчет по результатам проведенной работы согласно договору №37-UN и №38-UN от 14 ноября 2013 г., РОО «СПИД инфосвязь»
- 38 Отчет с анализом данных дозорного эпидемиологического надзора среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Республике Таджикистан в 2014 году» г.Душанбе, 2014
- 39 Отчет с анализом данных дозорного эпидемиологического надзора среди работников секса в Республике Таджикистан в 2014 году, г. Душанбе 2014
- 40 Отчет страны о достигнутом прогрессе в противодействии эпидемии ВИЧ, Таджикистан» МЗ РТ, ГУ РЦ СПИД, 2016г.
- 41 Перечень семинаров, проведенных в 2014-2015гг., в рамках реализации первой фазы реализации проекта, Общественным фондом «Аракет плюс»
- 42 Перечень стандартных операционных процедур (СОП), РЦП СПИД, Ереван 2013-2015
- 43 План работы по компоненту С: Программа технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области противодействия ВИЧ/СПИДу, ИППП и вирусным гепатитам, РОО «СПИД Инфосвязь» 2013
- 44 Программа оказания технической поддержки Армении Кыргызстану, Таджикистану и Узбекистану в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями (2013-2015), UNAIDS
- 45 Программа технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями (2013-2015 гг.) при финансовой поддержке Правительства Российской Федерации. Второй год реализации: основные результаты, 2014, UNAIDS в сотрудничестве с РОО «СПИД Инфосвязь» 2014
- 46 Протокол 1. Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков» Национальный Клинический протокол, МЗ Республики Таджикистан (2015)

- 47 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку» (для 1-3 уровней организации здравоохранения), Национальный клинический протокол МЗ КР, Национальный центр охраны материнства и детства, Республиканский центр развития здравоохранения и информационных технологий, Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер Кыргызской Республики, Бишкек 2015
- 48 Руководство по предоставлению услуг для ЛЖВ через национальные принципы и стандарты деятельности мультидисциплинарных команд в кыргызской Республике, РЦ «СПИД» МЗ КР, Общественное Объединение «Аракет плюс», Бишкек, 2014 г.
- 49 Соглашение о взаимопонимании сотрудничестве в рамках реализации компонента «Совершенствование систем профилактики ВИЧ/СПИД, ИППП и вирусных гепатитов среди групп населения, особенно уязвимых в отношении этих инфекций, включая мигрантов» по Программе оказания содействия странам Восточной Европы и Центральной Азии в борьбе с ВИЧ/СПИДом и другими инфекционными заболеваниями между Министерством Здравоохранения Республики Армения, Государственной некоммерческой организацией «Республиканский Центр по профилактике СПИДа» Армении и Фондом «СПИД-Инфосвязь», Ереван 2016 год
- 50 Содержательный отчет о выполнении компонента С «Улучшение профилактики ВИЧ/СПИДа, ИППП, гепатитов среди групп, которым грозит повышенный риск инфицирования, включая профилактику этих инфекций среди мигрантов» в 2014 г. », РОО «СПИД инфосвязь»
- 51 Содержательный отчет о выполнении компонента С «Улучшение профилактики ВИЧ/СПИДа, ИППП, гепатитов среди групп, которым грозит повышенный риск инфицирования, включая профилактику этих инфекций среди мигрантов» за период май - август 2015 г.», РОО «СПИД инфосвязь»
- 52 Содержательный отчет о выполнении компонента С «Улучшение профилактики ВИЧ/СПИДа, ИППП, гепатитов среди групп, которым грозит повышенный риск инфицирования, включая профилактику этих инфекций среди мигрантов» за период январь - апрель 2015 г.», РОО «СПИД инфосвязь»
- 53 Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию за 2014 год [Кыргызская Республика], 2014г.
- 54 Технический отчет о реализации Программы технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями (2013-2015 гг.), UNAIDS и РОО «СПИД Инфосвязь» 2015
- 55 Туберкулез и ВИЧ-инфекция (тактика диагностики, ведения и лечения коинфекции) клинический протокол МЗСЗН РТ, Душанбе, 2014
- 56 Финальный отчет по результатам миссии в рамках программы мониторинга лекарственной устойчивости ВИЧ в Армении 2013-2015
- 57 Григорян С.Р. «Российская программа помощи в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Армении» РЦП СПИД, презентация доклада на заседании координационного комитета Российской Программы содействия странам Восточной Европы и Центральной Азии в области ВИЧ/СПИДа, г. Москва 2015 г.
- 58 Джумалиева Г.А., Кравцов А.А., Соромбаева Н.О., и др. «Руководство по эпидемиологическому надзору за гемоконтактными инфекциями в организациях здравоохранения», МЗ КР, ДПЗ и ГСЭН, Республиканский научно-практический центр инфекционного контроля при НПО «Профилактическая медицина», Бишкек – 2014

- 59 Джумалиева Г.А., Соромбаева Н.О., Кравцов А.А., и др. «Инфекционный контроль в организациях здравоохранения», учебно-методическое пособие, МЗ КР, Бишкек – 2015
- 60 Коллектив авторов, «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами В,С и D», учебное пособие, МЗ КР, КГМИПиПК, РЦ “СПИД”, Бишкек, 2016

	<i>Количество клиентов, охваченных аутрич</i>	<i>Количество клиентов, принявших участие в информационных сессиях</i>	<i>Количество клиентов, прошедших обследование в мобильной клинике</i>	<i>Количество клиентов, обследованных на ВИЧ в мобильных клиниках и мобильными бригадами</i>	<i>Количество выявленных случаев ВИЧ</i>

- 61 Кольцова О.В. «Психологическая помощь при добровольном ВИЧ-тестировании», Руководство по консультированию для практикующих врачей, медицинских психологов и специалистов по социальной работе, РОО «СПИД инфосвязь», Москва 2013 г.
- 62 Ладная Н.Н. «Отчет международного консультанта по оценке системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Армения», Москва 2014
- 63 Шерхонов Т.А. «Влияние миграции на эпидемиологическую ситуацию с ВИЧ/СПИДом и сочетанными инфекциями в Таджикистане», презентация «Региональная консультация по контролю за распространением ВИЧ- инфекции в странах ЕАЭС»

<i>Армения</i>	20033	---	4672 ¹⁶ (33186) ¹⁷	11809 ¹⁸ (6139) ¹⁹	25
<i>Киргизия</i>	48880	20197	34454	7726	13
<i>Таджикистан</i>	26157	---	68686	8017	41
<i>Итого</i>	95070	20197	107812	27552	79

ПРИЛОЖЕНИЕ II. Охват населения по Компоненту С в странах-участницах Программы за период Фазы I (2013-2015 гг)

ПРИЛОЖЕНИЕ III. Образец пакета документов по организации работы персонала мобильных клиник, разработанного в рамках Первой фазы Программы (на примере документации для Таджикистана)

**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТИИ ЛЪУМЪУРИИ ТОЪИКИСТОН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Лъумъурии Тоъикистон 734025, ш. Душанбе, к. Шевченко, 69, Тел. (10992372) 21-18-35, Факс (10992372) 21-75-25

« ___ » _____ соли 2013

№ _____

ш. Душанбе

¹⁶ Мигранты, обследованных на ВИЧ, ВГВ, ВГС и сифилис с использованием мобильных клиник и мобильных бригад

¹⁷ Количество мигрантов, охваченных всеми профилактическими мероприятиями, включая услуги МК

¹⁸ Всего обследовано с использованием тестов, предоставленных РОО «СПИД-Инфосвязь», в рамках Фазы-I

¹⁹ Количество обследованных на ВИЧ, ВГВ, ВГС и сифилис с использованием мобильных клиник и мобильных бригад (из них 4672 – мигранты)

ФАРМОИШ – ПРИКАЗ

Об организации работы мобильной клиники в Хатлонской области Республики Таджикистан

В соответствии и во исполнение Соглашения о взаимопонимании и сотрудничестве в рамках реализации Компонента «Совершенствование систем профилактики ВИЧ/СПИД, ИППП и вирусных гепатитов среди групп населения, особенно уязвимых в отношении этих инфекций, включая мигрантов» по Программе оказания содействия странам Восточной Европы и Центральной Азии в борьбе с инфекционными заболеваниями между Министерством здравоохранения Республики Таджикистан и Региональной Общественной Организацией «СПИД инфосвязь» от 21.05.2013г. п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить нижеследующие документы:
 - а) положение об организации деятельности мобильной клиники (Приложение № 1),
 - б) штатную структуру мобильной клиники и функциональные обязанности сотрудников (Приложение № 2),
 - в) стандарт оснащения мобильной клиники (Приложение №3),
 - г) протокол обследования населения на ВИЧ с использованием быстрых тестов (Приложение №4),
 - д) формы учетно-отчетной документации деятельности мобильной клиники (Приложение №5).
2. Руководителю Управления здравоохранения Хатлонской области Бузмакову Ш.М. ;
 - организовать работу мобильной клиники в соответствии с настоящим приказом и Положением об организации деятельности мобильной клиники на период 2013-2015г.г.,
 - определить контингент обследуемого населения, планируемые места и график дислокации мобильной клиники для проведения лечебно-профилактической работы с населением,
 - определить доверенных специалистов в профильных медицинских учреждениях для организации приема пациентов по направлениям специалистов мобильной клиники,
 - обеспечить своевременную подготовку и предоставление в РОО «СПИД инфосвязь» заявки и бюджета для обеспечения финансирования деятельности мобильной клиники в рамках Программы оказания содействия странам Восточной Европы и Центральной Азии в борьбе с инфекционными заболеваниями на сентябрь-декабрь 2013г. и плановый период – 2014-2015г.г.,
 - ежемесячно до 5 числа, следующего за отчетным месяцем, направлять отчет о деятельности мобильной клиники в РОО «СПИД инфосвязь» и Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД Министерства здравоохранения Республики Таджикистан.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возлагаю на Мирзоева А.С., заместителя министра здравоохранения.

Министр

Н. Салимов

Приложение №1
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Таджикистан
от ___ 2013 г. N ___

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МОБИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

1. Настоящее Положение устанавливает правила организации работы мобильной клиники для оказания лечебно-профилактической помощи взрослому населению на территории Хатлонской области Республики Таджикистан.
2. Мобильная клиника организуется в структуре Управления здравоохранения Хатлонской области Республики Таджикистан (или его структурного подразделения), оказывающего лечебно-профилактическую помощь населению, в том числе жителей населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц трудоспособного возраста, мигрантов и членов их семей, либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климатогеографических условий.
3. Мобильная клиника – это Мобильный лечебно-профилактический модуль МЛПМ «Диагностика» по ТУ 9442-010-86567070-2010 на базе многосекционного изотермического фургона на автомобильных шасси КАМАЗ 65 177, производства ООО Джи Си Мед (РУ №ФСР 2010,07846 от 24.05.10). Мобильная клиника оснащается медицинским оборудованием, товарами медицинского назначения, расходными материалами, лекарственными средствами, необходимыми для оказания медицинской помощи населению в соответствии с пунктом 2 настоящего Положения, учетной документацией и санитарно-просветительскими печатными материалами для населения.
4. Все услуги мобильной клиники предоставляются населению анонимно, конфиденциально, бесплатно. Для регистрации пациентов используется личный идентификационный код.
5. Состав мобильной медицинской бригады формируется Управлением здравоохранения Хатлонской области Республики Таджикистан (или его структурного подразделения) из числа врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием, исходя из цели ее формирования и возложенных задач, с учетом имеющихся медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, медико-демографических особенностей территории обслуживания медицинской организации, ее кадрового и технического потенциала, а также половозрастной, социальной структуры населения и его потребности в отдельных видах (по профилю) медицинской помощи (включая вопросы индивидуальной и групповой профилактики инфекционных заболеваний). В состав мобильной медицинской бригады по согласованию могут включаться медицинские работники других медицинских организаций.
6. Работа мобильной медицинской бригады осуществляется в соответствии с планом-графиком, утвержденным руководителем Управления здравоохранения Хатлонской области Республики Таджикистан, в составе которого она организована.
7. Руководство мобильной клиникой возлагается руководителем Управления здравоохранения Хатлонской области Республики Таджикистан, в составе которого она организована, на одного из врачей мобильной медицинской бригады из числа имеющих опыт лечебной и организационной работы.
8. Функциями мобильной клиники являются:
 - 8.1. проведение первичных осмотров, определение профиля и объема необходимого обследования населения;

- 8.2. предварительная диагностика соматических заболеваний по направлениям: акушерство и гинекология, урология, проктология, кардиология, дерматовенерология и инфекционные болезни;
- 8.3. проведение экспресс-тестирования на ВИЧ/гепатиты В и С/сифилис/туберкулез, биохимических исследований крови, общих клинических исследований крови и мочи, микроскопического исследования мазков (на гонорею, трихомоноз, бактериальный вагиноз);
- 8.4. предоставление лечения пациентам с ИППП с использованием синдромного подхода;
- 8.5. перенаправление пациентов в профильные медицинские учреждения в зависимости от предварительного диагноза для прохождения подтверждающей диагностики, постановки на диспансерный учет, лечения;
- 8.6. проведение мероприятий по профилактике ВИЧ/ИППП и других инфекционных заболеваний – профилактические беседы, консультирование до и после теста, предоставление санитарно-просветительских печатных материалов;
- 8.7. ведение учетной документации и представление отчетов о деятельности мобильной клиники в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Республики Таджикистан;
- 8.8. предоставление информации о деятельности мобильной клиники, данных о состоянии здоровья обслуживаемого контингента и предложений по организации мероприятий, направленных на укрепление здоровья руководству медицинской организации, в структуру которого он входит;
- 8.9. анализ эффективности внедрения в клиническую практику стационар-замещающих технологий в области оказания медицинской помощи населению.

9. Описание результатов обследований, проведенных на базе мобильной клиники фиксируется в учетной документации:

- 9.1. Журнал учета услуг мобильной клиники – Приложение 5.1.
- 9.2. Журнал регистрации результатов исследований на ВИЧ при помощи быстрых тестов -Приложение 5.2.
- 9.3. Амбулаторная карта пациента - формы, утвержденные на уровне Минздрава Таджикистана
- 9.4. УЗИ-диагностика – формы, утвержденные на уровне Минздрава Таджикистана
- 9.5. Общие клинические исследования крови и мочи, биохимические исследования – формы, утвержденные на уровне Минздрава Таджикистана.

10. Обеспечение и контроль деятельности персонала мобильной клиники осуществляет руководитель Управления здравоохранения Хатлонской области Республики Таджикистан и назначенный им координатор мобильной клиники.

ШТАТНАЯ СТРУКТУРА МОБИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

	Должность/Количество единиц	Выполняемые функции	Подчинение
1.	Медицинский координатор/1 ставка	<ol style="list-style-type: none"> 1. Составление плана-графика работы мобильной клиники 2. Согласование плана-графика работы мобильной клиники с представителями принимающих сторон (главы поселений Хатлонской области) и обеспечение своевременного оповещения населения о времени, дате и мете работы клиники в каждом населенном пункте 3. Утверждение плана-графика с руководителем Управления здравоохранения Хатлонской области 4. Проведение рабочих встреч с персоналом клиники (еженедельно) 5. Доведение до сведения персонала мобильной клиники плана графика работы (еженедельно) 6. Обеспечение своевременной комплектации мобильной клиники товарами медицинского назначения и санитарно-просветительскими материалами 7. Организация санитарной обработки мобильной клиники на базе профильной станции 8. Обеспечение своевременной подмены медицинского персонала мобильной клиники в случае их отпусков, временной нетрудоспособности и т.п. 9. Предоставление статистических отчетов об обслуженных пациентах в соответствии с утвержденной формой в РОО «СПИД инфосвязь» 	Руководитель медицинской организации

2.	Врач общей практики (руководитель мобильной клиники)/1 ставка	<p>Функционально-должностные инструкции (ФДИ) врача общей практики (согласно утвержденным МЗ РТ)</p> <p>Функции врача общей практики в составе мобильной клиники:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение до и после тестового консультирования при обследовании на ВИЧ 2. Распределение потока пациентов между персоналом мобильной клиники 3. Выдача направлений пациентам в профильные медицинские учреждения (в зависимости от предварительного диагноза) 4. Предоставление отчета о проделанной работе руководителю медицинской организации (еженедельно) 5. Оформление заявки на комплектацию клиники товарами медицинского назначения и санитарно-просветительскими материалами 6. Ведение учетной документации 	Руководитель медицинской организации (Управление здравоохранения Хатлонской области)
3.	Врач дерматовенеролог/1 ставка	<p>ФДИ врача дерматовенеролога согласно (согласно утвержденным МЗ РТ)</p> <p>Функции врача дерматовенеролога в составе мобильной клиники:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение до и после тестового консультирования при обследовании на ВИЧ/ИППП 2. Проведение лечения ИППП с использованием синдромного подхода 3. Ведение учетной документации 	Руководитель мобильной клиники
4.	Врач функциональной диагностики/1 ставка	<p>ФДИ врача функциональной диагностики (согласно утвержденным МЗ РТ)</p> <p>Оформление результатов проведенных УЗИ обследований</p>	Руководитель мобильной клиники

5.	Медицинская сестра-лаборант/1 ставка	<p>ФДИ медицинской сестры-лаборанта (согласно утвержденным МЗ РТ)</p> <p>Функции медицинской сестры-лаборанта в составе мобильной клиники:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение экспресс-тестирования на ВИЧ/ИППП/туберкулез 2. Передача результатов экспресс-тестирования врачу общей практики и дерматовенерологу 3. Проведение микроскопического исследования мазка, предоставление результатов врачу общей практики и дерматовенерологу 4. Взятие венозной крови для проведения подтверждающей диагностики, маркировка и обеспечение хранения, транспортировки и передачи образцов крови в стационарные лаборатории. 5. Дезинфекция и подготовка к утилизации медицинских инструментов и отходов 6. Ведение учетной документации 7. УФ-обработка помещений мобильной клиники по установленному графику 	Руководитель мобильной клиники
6.	Инженер по медицинскому оборудованию/1 ставка	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечение бесперебойной работы медицинского оборудования мобильной клиники 2. Проверка и настройка оборудования перед началом работы специалистов мобильной клиники 3. Устранение неполадок в работе оборудования 4. Оформление заявок на ремонт медицинского оборудования и контроль выполнения 	Руководитель мобильной клиники Руководитель АХЧ медицинской организации
7.	Водитель/1 ставка	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечение своевременной подачи автомобиля к месту проведения мероприятий мобильной клиники в соответствии с планом-графиком. 2. Обеспечение технически исправного состояния автомобиля и его безопасной эксплуатации (согласно инструкции по эксплуатации) 3. Ведение путевых листов, маршрута следования, пройденный километраж, расход топлива 4. Обеспечение сохранности автомобиля и имущества, находящегося в нем: не оставляет автомобиль без присмотра. 5. Обеспечение эксплуатации и вождения автомобиля, максимально обеспечивающее сохранность жизни и здоровья пассажиров и технически исправное состояние самого автомобиля. 6. Обеспечение подачи автомобиля к месту проведения санитарной обработки. 	Руководитель мобильной клиники Руководитель АХЧ медицинской организации

**СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ МОБИЛЬНОЙ КЛИНИКИ МЕДИЦИНСКИМ
ОБОРУДОВАНИЕМ**

N п/п	Наименование	Количество, шт.
1.	Переносная диагностическая ультразвуковая система с принадлежностями, мобильной тележкой и видео принтером	1
2.	Дефибриллятор автоматический	1
3.	Аппарат дыхательный ручной	1
4.	Укладка скорой помощи	1
5.	Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный	4
6.	Анализатор крови биохимический	1
7.	Анализатор для определения уровня глюкозы в капиллярной крови	1
8.	Анализатор мочи	1
9.	Гематологический автоматический анализатор	1
10.	Емкость для дезинфекции и предстерилизационной обработки медицинских изделий	2
11.	Штатив	2
12.	Сумка-укладка врача общей практики	1
13.	Диагностический центр (офтальмоскоп, отоскоп, диспенсер воронок) на две рукоятки	1
14.	Сфигмоманометр настенный с большим Циферблатом	1
15.	Набор пробных очковых линз с оправой	1
16.	Осветитель таблиц для исследования остроты зрения	1
17.	Индикатор внутриглазного давления	1
18.	Электрокардиограф с функцией автоматического анализа	1
19.	Диагностический спирометр с дисплеем	1
20.	Стетоскоп	1
21.	Стетоскоп кардиологический	1
22.	ПеркуSSIONный молоточек	1
23.	Камертон	1
24.	Ростомер	1
25.	Весы медицинские	1
26.	Осветитель настенный	1
27.	Дерматоскоп	1
28.	Гинекологическое кресло	1
29.	Кольпоскоп на консольном штативе	1
30.	Осветитель настенный	1
31.	Сигмоидо/проктоскопический набор	1

ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ БЫСТРЫХ ТЕСТОВ

1. Общие положения

1.1. Протокол обследования на ВИЧ-инфекцию с применением быстрых тестов, их использования, хранения и учета результатов (далее - Протокол) используется в работе мобильной клиники (далее МК).

1.2. Быстрые тесты (далее - БТ) - это диагностические наборы (тесты), предназначенные для выявления антител к ВИЧ в образцах цельной крови, сыворотки или плазмы в течение 10-30 минут без применения специального оборудования для проведения иммуноферментного анализа (далее - ИФА).

1.3. При поставке и использовании БТ в МК применяются требования к изделиям медицинского назначения, установленные действующими нормативно-правовыми актами и инструкциями производителя.

2. Требования хранения и использования быстрых тестов

2.1. БТ следует хранить согласно требованиям, указанным в инструкциях о применении тест-систем.

2.2. Помещения (холодильники), где хранятся БТ, должны быть укомплектованы термометром.

2.3. Регистрацию температуры осуществляет медицинская сестра-лаборант в начале рабочей смены, о чем делается соответствующая запись в Журнале регистрации температурного режима хранения быстрых тестов.

2.4. Температура воздуха в помещении, где проводится тестирование, должна быть в пределах от +15 до +30⁰С.

2.5. Не разрешается использование компонентов из различных серий диагностических наборов.

2.6. Помещение мобильно клиники для проведения исследований должно быть оборудовано холодильником, емкостями для обеззараживания использованных тестов и материала, который исследовался.

2.7. Медицинская сестра начинает обследование с помощью БТ только после окончания тестирования и оформления результатов тестирования предыдущего лица.

2.8. Мероприятия охраны труда персонала, соблюдения техники безопасности, требований противозидемического режима при проведении исследований на ВИЧ-инфекцию осуществляются в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Таджикистан.

2.9. Исследование на ВИЧ-инфекцию с помощью БТ может проводить медицинский работник, прошедший соответствующее обучение на цикле тематического усовершенствования "Простые/быстрые тесты в диагностике ВИЧ-инфекции" в системе последипломного образования, на рабочем месте в лабораториях региональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом, на тематических семинарах обучения работе с БТ.

3. Порядок проведения исследований с применением быстрых тестов

3.1. Исследование на ВИЧ-инфекцию с применением БТ проводится после получения согласия лица на добровольной основе и проведения до тестового консультирования.

3.2. При обследовании населения на ВИЧ-инфекцию с помощью БТ применяется метод последовательного использования двух БТ.

3.3. Для обследования используют БТ двух разных производителей в такой последовательности:

первый БТ - с высшими показателями чувствительности;

второй БТ - с высшими показателями специфичности.

3.4. Сведения относительно лица вносят в Журнал регистрации результатов исследований при помощи быстрых тестов (форма первичной учетной документации Приложение 5.2.), на самом БТ фиксируют личный идентификационный код пациента.

3.5. Материалом для исследования на наличие антител к ВИЧ-инфекции с помощью БТ в МК является образец цельной крови из пальца или вены.

3.6. Подготовка БТ, забор крови и процедура тестирования осуществляются в соответствии с требованиями инструкции о применении БТ. Рабочее место должно быть укомплектовано часами для соблюдения часовых интервалов при проведении исследования.

3.7. Учет результатов тестирования с помощью БТ осуществляют два медицинских работника - врач, назначивший тестирование, и медицинская сестра-лаборант, которая непосредственно проводила исследование образца крови с помощью БТ.

3.8. Результат исследования оценивают согласно инструкции по применению БТ и регистрируют в Журнале учета услуг МК и Журнале регистрации результатов исследований при помощи быстрых тестов (формы первичной учетной документации Приложения 5.1., 5.2.).

4. Учет результатов и отчетность

4.1. При проведении тестирования с использованием БТ может быть получен отрицательный, положительный или неопределенный результат тестирования.

4.2. При получении отрицательного результата первого БТ врач проводит после тестовое консультирование и сообщает лицу об отсутствии антител к ВИЧ-инфекции по результатам тестирования БТ.

4.3. При получении положительного результата с применением первого БТ сразу осуществляют дополнительное исследование нового образца цельной крови вторым БТ другого производителя.

4.4. При наличии двух положительных результатов тестирования БТ:

4.4.1. врач проводит после тестовое консультирование;

4.4.2. предлагает пациенту пройти углубленное клинико-лабораторное обследование в региональном Центре СПИД и, в случае, согласия пациента выдает ему направление (форма первичной учетной документации Приложение 5.3.);

4.4.3. предлагает пациенту сдать кровь в лаборатории МК для ее направления на подтверждающую диагностику в региональный Центр СПИД. При согласии пациента, медицинская сестра-лаборант осуществляет забор крови, маркирует пробирки и регистрирует направление образцов крови на подтверждающую диагностику в Журнале регистрации результатов исследований при помощи быстрых тестов (форма первичной учетной документации Приложение 5.2.)

4.7. Если при проведении тестирования с помощью БТ был получен неопределенный результат, об этом делается соответствующая запись в Журнале регистрации результатов исследований при помощи быстрых тестов (форма первичной учетной документации Приложение 5.2.) и сразу осуществляют исследование нового образца крови с применением БТ того же наименования.

4.8. Схема взаимодействия персонала МК и регионального центра СПИД по учёту образцов крови и результатов подтверждающей диагностики:

4.8.1. медицинская сестра-лаборант МК по окончании смен/ы передает образцы крови в лабораторию регионального центра СПИД.

4.8.2. уполномоченный сотрудник лаборатории регионального центра СПИД принимает образцы крови, проводит сверку данных, указанных в направлениях и на пробирках.

4.8.3. по окончании проведения лабораторного исследования образцов крови, сотрудники лаборатории делают соответствующих отметку о результатах в бланке направления.

4.8.4. уполномоченный сотрудник лаборатории регионального центра СПИД сообщает медицинской сестре-лаборанту МК код пациента, результат подтверждающего исследования и дату получения результата, медицинская сестра-лаборант вносит соответствующие записи в Журнал регистрации исследований при помощи быстрых тестов)

4.8.5. Оригиналы бланков направлений на подтверждающую диагностику и ее результатов хранятся в учетной папке лаборатории регионального Центра СПИД. При необходимости копии бланков направлений могут быть предоставлены сотрудникам МК.

4.9. Руководитель мобильной клиники передает в региональный Центр СПИДа и Управление здравоохранения области сводную статистическую информацию о результатах тестирования на ВИЧ с использованием БТ среди населения области.

4.10. Для внедрения алгоритма последовательного использования двух БТ расчет необходимого количества тестов осуществляют следующим образом:

количество первого БТ - 100% в соответствии с планом охвата тестированием;

количество второго БТ - 35% от количества первого БТ.

ЖУРНАЛ УЧЕТА УСЛУГ МОБИЛЬНОЙ КЛИНИКИ (Приложение 5.1.)

№ п/п	Личный код пациента	Пол (муж. - 1, жен.- 2)	Возраст (полных лет)	Категория клиента мигрант (1), член семьи мигранта (2), общее население (3)	До тестовое консультирование (проведено - 1, не проведено - 2)	Проведено тестирование на ВИЧ (1), ИППП (2), гепатиты (3), туберкулез (4), не проводилось (5)	Результаты тестирования (1-положительный, 2-отрицательный)						После тестовое консультирование (проведено - 1, не проведено - 2)	Лечение по случаям ИППП (проведено - 1, не проведено - 2)	УЗИ обследование (проведено - 1, не проведено - 2)	Обследование/осмотр врача общей практики (проведен - 1, не проведён - 2)	Общий анализ крови (проведен - 1, не проведён - 2)	Общий анализ мочи (проведен - 1, не проведён - 2)	Биохимическое исследование крови (проведено - 1, не проведено - 2)	Предварительный диагноз	Перенаправление в профильное мед.учреждение (да - 1, нет - 2)	Кол-во выданных товаров медицинского назначения	Кол-во выданных информационных материалов															
							ВИЧ	Гепатит В	Гепатит С	Туберкулез	Сифилис	Гонорея												Другие ИППП														

Дата: _____ ФИО медицинского специалиста МК _____ подпись _____

* Личный код пациента: _____ (2 первые буквы имени матери, две первые буквы- от имени отца, цифра 1 (мужчина),/или 2(женщина), 2 последние цифры года рождения)

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ВИЧ ПРИ ПОМОЩИ БЫСТРЫХ ТЕСТОВ (Приложение 5.2.)

№ п/п	Личный код пациента	Пол (муж. - 1, жен. - 2)	Возраст (полных лет)	Категория клиента мигрант (1), член семьи мигранта (2), общее население (3)	1-й тест (наименование)	Результат быстрого теста на ВИЧ (1)			2-й тест (наименование)	Результат быстрого теста на ВИЧ (2)			Направление на подтверждающую диагностику				
						положительный	отрицательный	неопределенный		положительный	отрицательный	неопределенный	Образец крови направлен (да -1, нет -1)	Наименование учреждения	Результат подтверждающей диагностики	Дата получения результата	

Дата: _____ ФИО медицинского специалиста МК _____ подпись _____

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПОДТВЕРЖДАЮЩУЮ ДИАГНОСТИКУ (Приложение 5.3.)

Бланк направления пациента:

Форма утверждена Приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан № _____ от _____ 2013г.	
НАПРАВЛЕНИЕ	
Дата: _____	
Личный код пациента: _____ (2 первые буквы имени матери, две первые буквы- от имени отца, цифра 1(мужчина),/или 2(женщина), 2 последние цифры года рождения)	
Направлен на обследование в _____ <small>(наименование учреждения здравоохранения с указанием отделения)</small>	
Дата рождения _____ Пол: М Ж <small>(день, месяц, год)</small>	
Место проживания (название населенного пункта): _____	
Причина обследования: _____ _____	
ФИО, подпись руководителя МК, направившего пациента на обследование: _____	
Результат обследования: _____ _____ _____	
Дата получения результата: _____	
Подпись специалиста, проводившего обследование, печать _____	

Бланк направления образца крови/сыворотки:

Форма утверждена Приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан № _____ от _____ 2013г.	
НАПРАВЛЕНИЕ	
образца крови на подтверждающую диагностику	
В _____ <small>(наименование учреждения здравоохранения с указанием отделения)</small>	
Личный код пациента: _____ (2 первые буквы имени матери, две первые буквы- от имени отца, цифра 1(мужчина),/или 2(женщина), 2 последние цифры года рождения)	
Дата рождения _____ Пол: М Ж <small>(день, месяц, год)</small>	
Место проживания (название населенного пункта): _____	
Код обследования: _____	
Причина обследования: _____	
Дата забора: _____	
ФИО, подпись руководителя МК, направившего кровь: _____	
ФИО, подпись процедурной медицинской сестры, проводившей забор биологического материала _____	
Результат обследования: _____	
Дата получения результата: _____	
Подпись лаборанта, проводившего исследование, печать _____	