

Оценка ситуации: Азербайджан

Анализ вторичных данных

Обзор текущей ситуации выполнен на основе информации, опубликованной в открытых источниках, которая анализировалась с помощью метода картирования или классификации данных. В работе использовались, в частности, материалы опросов и научных исследований, проектов в сфере здравоохранения и официально опубликованных национальных докладов, а также данные, полученные из медицинских информационных систем и баз данных для рутинного мониторинга в сфере здравоохранения. Отдельный сбор данных в рамках данного исследования не проводился, но для верификации полученных данных по выявленным барьерам, препятствующим доступу к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией, отдельно были проведены фокус-группы с представителями основных затронутых групп населения, людей, живущих с ВИЧ, и специалистами, которые предоставляют услуги для вышеописанных групп населения.

Список сокращений:

АРВТ — антиретровирусная терапия;

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;

ДКТ – добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ;

ИФА — метод иммуноферментного анализа, используемый при проведении лабораторных исследований;

ЛЖВ — люди, живущие с ВИЧ;

ЛУИН — люди, употребляющие инъекционные наркотики.

МСМ — мужчины, имеющие секс с мужчинами;

ОЗГН — основные затронутые группы населения;

ОЗТ — заместительная терапия опиоидной зависимости;

ПИШ — программы предоставления стерильных игл и шприцев;

СКМ – Страновой координационный механизм;

СР — работники секс-бизнеса, секс-работники;

ТБ – туберкулез.

Оценка численности ключевых групп населения и распространенности ВИЧ-инфекции

Официально на 01 января 2014 в Республике Азербайджан было зарегистрировано 4,444 случаев ВИЧ – инфекции. У 1319 лиц установлен диагноз СПИД, и 368 из них умерли (Azerbaijan concept note; WHO Azerbaijan profile).

Таблица 1. Оценка численности ключевых групп (AIDSPlan)

Оценочная численность групп населения	Оценочная численность	Год	Распространенность ВИЧ-инфекции, 2011
Оценочная численность ЛЖВ в стране	11000	2011	
Оценочная численность ЛУИН	71283	2011	9,5%
Оценочная численность МСМ	6572	2011	2%
Оценочная численность СР	25054	2011	0,7%

Азербайджан является страной с концентрированной эпидемией ВИЧ, причем наиболее пораженной группой населения являются люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН). В 2011 году распространенность ВИЧ среди ЛУИН составляла 9,5%, что в разы выше, чем распространенность ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ) и секс-работниц (СР). Более половины случаев ВИЧ – это случаи среди ЛУИН (ВОЗ, 2014). Вместе с тем, отсутствие более свежих данных не позволяет утверждать, что среди МСМ и СР распространенность ВИЧ не перешагнула через порог концентрированной эпидемии. Также, в оценке Национальной программы по ВИЧ Азербайджана ВОЗ еще в 2014 году обращал внимание на то, что оценочное количество МСМ – 6572 человека - может быть заниженным и нуждается в уточнении.

Охват услугами по профилактике ВИЧ-инфекции

Таблица 2. Охват профилактикой в сфере ВИЧ

Охват услугами для профилактики ВИЧ-инфекции	Целевые показатели планируемые/ожидаемые			Целевые показатели выполненные	
	2014	2015	2016	2014	2015
Общее число ЛУИН, охваченных ПИШ	3700*	3800*		3213*	
Общее число ЛУИН, охваченных ОЗТ					155**
Общее число МСМ, охваченных услугами для профилактики ВИЧ-инфекции					
Общее число СР, охваченных услугами для профилактики ВИЧ-инфекции	3400*	3500*		3803*	

* Глобальный фонд, 2016

** ВОЗ, 2014

В Азербайджане профилактика ВИЧ среди ключевых групп осуществляется в соответствии с «Национальным стратегическим планом мероприятий по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа на 2014–2018 годы» (Минздрав Азербайджанской Республики, 2014). В 2015 и 2016 Азербайджан не подавал отчет в ЮНЭЙДС по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, поэтому официальных данных о профилактике ВИЧ среди ключевых групп в 2014 и 2015 гг. в открытом доступе нет, в связи с чем анализ сделан на основе Национального отчета в ЮНЭЙДС 2014 года и промежуточного отчета в Глобальный фонд за 2016 год (Глобальный фонд, 2016).

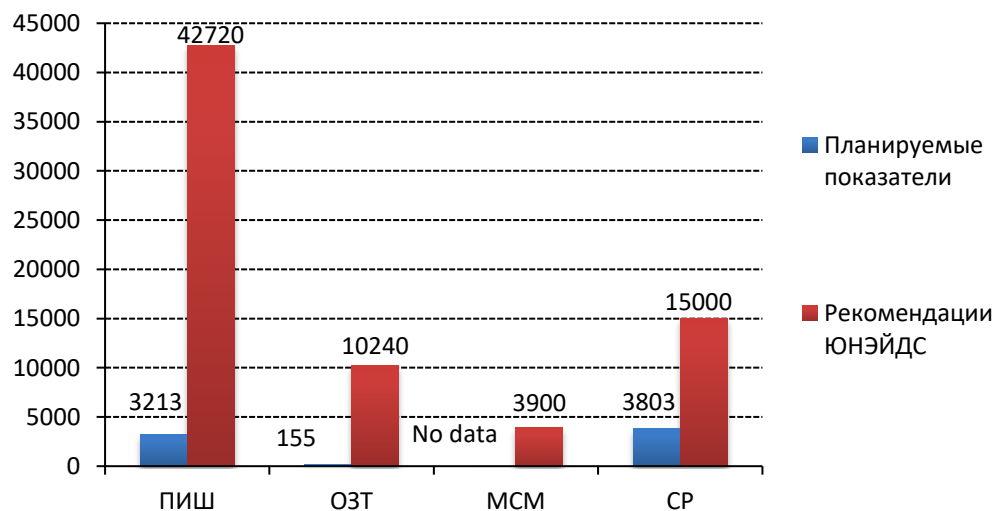
В Национальном отчете в ЮНЭЙДС 2014 года профилактика ВИЧ среди ключевых групп описана, но перечень мероприятий отличается от пакета, рекомендованного ЮНЭЙДС (Азербайджанская республика, 2014). Список услуг для ЛУИН, согласно отчету, включает «доступ к средствам защиты от инфицирования ВИЧ/ИППП (распространение презервативов, информационных материалов), консультативную помощь медицинских специалистов и психологов, консультирование по «горячим линиям», перенаправление потребителей инъекционных наркотиков в медицинские учреждения» (там же, стр. 32). Далее в отчете упомянуты программы предоставления стерильных игл и шприцев

(ПИШ) как часть программы Глобального фонда, а также тестирование на ВИЧ на базе мобильных пунктов для всех «групп риска». Услуги для СР и МСМ и опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) в отчете не упомянуты.

Это не означает, что ОЗТ и профилактика среди СР и МСМ в Азербайджане не проводятся, однако это показывает, что как часть национального ответа на эпидемию ВИЧ эти меры государством не воспринимаются.

Профилактика среди ЛУИН, СР и МСМ обеспечивается НКО и за счет средств международных доноров, главным образом Глобального фонда. Так, в 2014 году (последний год, за который доступны данные) было охвачено профилактическими услугами 3213 ЛУИН и 3803 СР (Глобальный фонд, 2016). Данных об охвате МСМ в отчете Странового координационного механизма (СКМ) нет. Данных по ОЗТ в отчете также нет, но это объясняется тем, что ОЗТ в Азербайджане финансируется не Глобальным фондом, а из государственного бюджета. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в апреле 2014 года в Азербайджане 155 человек получали ОЗТ (ВОЗ, 2014). Согласно общим рекомендациям ЮНЭЙДС, в Азербайджане охват ПИШ должен составлять 42 720 человек. Также должно быть охвачено профилактикой не менее 3 900 МСМ и 15 000 СР. Данных по оценке количества людей с опиоидной зависимостью по Азербайджану в проанализированных источниках нет; на наркологическом учете в 2016 году состояло около 25 555 человек (<http://interfax.az/view/675511>). Для расчета количество нуждающихся в ОЗТ взята цифра 10 240 – то есть 40% от состоящих на учете.

Рисунок 1. Дефицит реализуемых программ для профилактики ВИЧ-инфекции в Азербайджане*



* Глобальный фонд, 2016

Охват услугами обследования на ВИЧ-инфекцию

Таблица 3. Охват услугами обследования на ВИЧ-инфекцию*

Охват обследованиями с использованием ИФА	Целевые показатели планируемые/ожидаемые			Целевые показатели выполненные	
	2014	2015	2016	2014	2015
Все группы населения	нет	нет	нет	512315	561838
ЛУИН	нет	нет	нет	4106	4085
МСМ	нет	нет	нет	29	137
СР	нет	нет	нет	76	68

*Данные предоставлены экспертом в электронной коммуникации с ЕССВ в июне 2016 г.

Общее число обследований методом иммуноферментного анализа, используемый при проведении лабораторных исследований (ИФА), проводимых в Азербайджане ежегодно, превышает полмиллиона человек. В то же время на долю представителей ключевых групп приходится менее 1% этих обследований.

Согласно рекомендациям ЮНЭЙДС, услуги тестирования должны предоставляться на таком уровне, чтобы ими было охвачено не менее 75% представителей ключевых групп ежегодно. Для Азербайджана это означает, что ежегодно тестирование должны проходить около 53 000 ЛУИН, около 5 000 МСМ и 18 790 СР — или в общем итоге около 77 000 тестов методом ИФА среди всех основных затронутых групп населения (ОЗГН). Хотя число выглядит высоким и обременительным для бюджета, оно составляло бы всего 13,74 % всех тестов, и так проводимых в Азербайджане ежегодно.

Лечение ВИЧ-инфекции

Последние доступные в официальных документах данные по лечению ВИЧ в Азербайджане относятся к 2013 году. По данным странового доклада, представленного в ЮНЭЙДС в 2014, в Азербайджане в 2013 году 1 252 людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ), или 11,38%, получали лечение (Азербайджанская республика, 2014). Это является крайне низким уровнем охвата лечением, даже по сравнению с другими странами региона, в большинстве из которых этот процент значительно ниже целевых показателей ЮНЭЙДС.

Страновой доклад также дает информацию о том, насколько стабильно и долго продолжают лечение ВИЧ ЛЖВ в целом и потребители наркотиков, живущие с ВИЧ. В 2013 году было 75,5% ЛЖВ, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ) в течение года, 65,2% - в течение двух лет и 51,5% - в течении пяти лет. Среди потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ, этот процент еще ниже: 73% ЛУИН получали АРВТ в течение года, 59,8% - в течение двух лет и 40,7% - в

течении пяти лет. Это может свидетельствовать как о более позднем начале терапии среди ЛУИН, так и большем числе случаев “выпадения” ЛУИН из лечения.

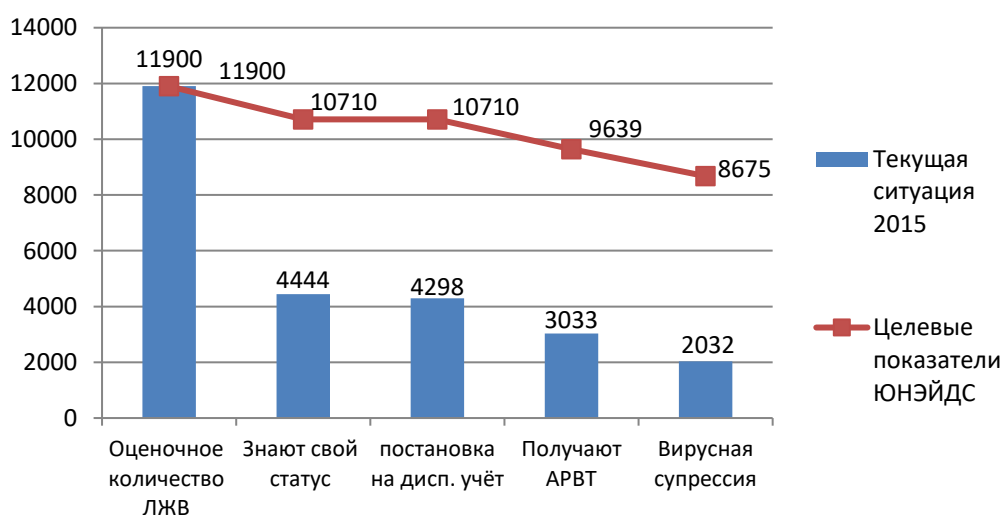
Следует обратить внимание на тот факт, что 96% лечащих ВИЧ получают препараты первой линии. Учитывая достаточно большой процент «выпадения» из лечения, существует вероятность того, что многие пациенты нуждаются в препаратах второго и третьего ряда, так как препараты первого ряда могут быть для них неэффективны из-за резистентности. Информации о количестве случаев неопределяемой вирусной нагрузки в Азербайджане, которая могла бы пролить свет на этот вопрос, в официальных источниках не приводится.

Каскад услуг для лечения ВИЧ-инфекции

Стратегия ускорения ЮНЭЙДС (*UNAIDS Fast-Track Strategy — «Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году»*), которая была объявлена в 2014 году, направлена на расширение масштабов противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов в целях прекращения эпидемии до 2030 года. В Стратегии определены следующие цели: к 2020 году 90% всех ЛЖВ должны знать свой ВИЧ-статус; 90% тех, у кого диагностирована ВИЧ-инфекция, должны получать АРВТ; и у 90% людей, получающих АРВТ, вирусная нагрузка должна быть снижена до неопределяемого уровня.

Исходя из этой разработанной ЮНЭЙДС стратегии «90–90–90», в Азербайджане 10 710 человек должны знать свой диагноз; 9 639 человек должны получать АРВТ; и не менее чем у 8 875 из них вирусная нагрузка должна быть снижена до неопределяемого уровня.

Рисунок 2. Каскад услуг для лечения ВИЧ-инфекции*



*Данные *AIDSInfo 2015*

В реальности же ситуация такова, что в настоящее время в Азербайджане свой диагноз в стране знают 37% ЛЖВ, состоят на учете 36%, получают АРВТ-терапию 25% и у 17% наблюдается вирусная супрессия. Необходимы серьезные

улучшения в таких областях, как тестирование на ВИЧ, включение в систему лечения и обеспечение высокой приверженности к терапии в Азербайджане.

Оценка барьеров, препятствующих тестированию на ВИЧ

В ходе проведенного анализа данных и по результатам проведенных фокус-групп определены следующие барьеры, препятствующие доступу ЛЖВ и ОЗГН к тестированию на ВИЧ:

В республике Азербайджан тестирование на ВИЧ проводится как с использованием лабораторных методов, так и с использованием быстрых тестов. Руководство по тестированию на ВИЧ, пересмотренное в 2012 году, содержит протокол организации ДКТ, в том числе минимальные стандарты до- и после-тестового консультирования.

С точки зрения тестирования на ВИЧ и консультирования, национальная политика направлена на все группы населения, в том числе КГН, а также включает тестирование по инициативе провайдера услуг (в соответствии с рекомендациями ВОЗ). Тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.

Время получения окончательно результата значительно отличается – от 3х дней (в Баку) до 1 месяца (в регионах).¹ Тестирование по инициативе медработника предлагается во всех противотуберкулезных центрах, центрах первичной медико-санитарной помощи и других учреждениях, включая учреждения уголовно-исполнительной системы. Политики здравоохранения поддерживают тестирование с использованием быстрых тестов для родильных домов и мобильных пунктов тестирования.²

В целом по стране действуют 39 пунктов тестирования на ВИЧ для ключевых групп населения, и 24 пункта в системе исполнения наказаний. В рамках проекта ГФ услуги консультирования и тестирования получили 23619 (15078 мужчин и 8541 женщин). 13034 клиентов были обследованы в диагностических лабораториях, 7685 — в наркологических и дерматологических клиниках, и 5501 клиент получил услуги с мобильных пунктов тестирования.

Для тестирования широко используются быстрые тесты.

Тестирование для ключевых групп населения резко возросло после введения мобильных амбулаторий. В течение последних лет число мобильных амбулаторий увеличено до 12 единиц.³ Тестирование проводит медицинский работник. Несмотря на большое количество пунктов тестирования, охваты КНГ остаются низкими, особо трудно достижимой является группа секс-работников.

¹ Review of the HIV Programme in Azerbaijan : November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan). — WHO, 2016. P24

² Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер ответ на СПИД : Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года: Азербайджанская Республика : Отчетный период: январь 2012 г. – декабрь 2013 г. / Минздрав Азербайджанской республики. — Баку, 2014. Стр 25

³ Review of the HIV Programme in Azerbaijan : November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan). — WHO, 2016. P13

По мнению участников фокус- групп, одним из барьеров к тестированию на ВИЧ является страх и мифы, бытующие среди пациентов:

- - « Мало информации у них, боятся, что даже если пойдут сдавать кровь, то там заразятся. Просто они думают, что раз там сдают на СПИД, то там все больные. И ещё - времени нету, наверное.»
- - «Многие не хотят знать о своей болезни, особенно те, кто ведет такой образ жизни, например, принимает наркотики, он не хочет узнавать о том, потому что знает, что у него может это быть. Самая главная причина — это страх»
- - «Добровольно кто ходит в СПИД центр? Тем более наркозависимые. Так как они не доверяют государству и с НГО им легче работать.
- -«Они (мужья) не разрешают женам. Боятся, что если у жен выйдет, то они нападут на мужей. Огласки боятся»

Выводы:

С целью повышения охвата тестированием представителей КНГ необходимо внесение изменений в национальное законодательство с целью разрешить тестирование на базе сообществ обученными социальными работниками с использованием экспресс- тестов;

Необходима популяризация тестирования среди представителей КНГ, мотивация их к ДКТ;

Необходим пересмотр алгоритма тестирования с целью ускорения процесса тестирования с использованием тестов 4 поколения.

Оценка барьеров, препятствующих постановке на диспансерный учет (Д-учет)

В целом в стране существует 7 медицинских учреждений, которые оказывают помощь ЛЖВ. Амбулаторные услуги для ВИЧ-инфицированных лиц предоставляются в Республиканском центре СПИДа в Баку, где регистрируется среднем до 30-50 посещений в день. В центре ведется база данных, которая содержит информацию об АРТ, данные о вирусной нагрузке и уровень CD4-клеток. Еще 6 медицинских учреждений расположены в малых городах Азербайджана; но большинство пациентов предпочитают приезжать в Баку⁴. Так же услуги по лечению и диагностике ВИЧ предоставляются также в учреждениях Министерства Юстиции.

⁴ Review of the HIV Programme in Azerbaijan : November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan). — WHO, 2016. P27

Данные Республиканского Центра СПИД подтверждают высокую частоту позднего обращения за помощью пациентов : из 476 новых пациентов у 297 была установлена III-IV стадия ВИЧ- инфекции (62.4%), и 233 из них начали получать АРТ.⁵

Участники фокус групп отметили следующие барьеры при постановке на учет :

- географическую отдаленность: *«Есть люди, живущие далеко. Они не могут приезжать.»*
- *Страхи разглашения тайны диагноза: «Чувствуют себя хорошо и не верят что они больные. Разглашения боятся»*

Очень низкий охват ЛУИН ЗПТ и недостаточное развитие инициатив снижения вреда являются ключевым барьером вовлечения ЛУИН/ЛЖВ в систему оказания медицинской помощи в связи с ВИЧ- инфекцией⁶.

По оценкам ряда исследователей⁷ препятствием для обращения за медицинской помощью могут быть:

1. *не все услуги децентрализованы, пациенты вынуждены приезжать в Баку;*
2. *большая часть ЛЖВ/ЛУИН безработные, для них расходы на поездку в Центр СПИДа могут быть слишком велики;*
3. *географические барьеры — отдаленность проживания от центра оказания помощи;*
4. *отсутствие информации о возможности получить лечение бесплатно.*

Выводы:

- Необходимо усиление процесса децентрализации услуг, расширение возможностей региональных СПИД центров оказывать помощь в полном объеме, а также популяризация этих центров среди пациентов, при условии соблюдения конфиденциальности медицинских работников в отношении ВИЧ статуса пациентов.

⁵ Review of the HIV Programme in Azerbaijan : November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan). — WHO, 2016 p 20

⁶ Review of the HIV Programme in Azerbaijan : November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan). — WHO, 2016 p2

⁷ <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001440/144020r.pdf>

Оценка барьеров, препятствующих лечению ВИЧ-инфекции и назначению АРТ

Число ЛЖВ, получающих АРТ, составило 1771 человек в 2013 году, из 415 пациентов, начавших лечение в 2013 году, было двое МСМ и 133 ЛУИН. Принципы назначения АРТ в 2014 году в стране соответствовали рекомендациям ВОЗ 2013 года⁸.

В целом, пациенты получают 18 различных схем лечения, но большинство пациентов на АРТ (79%) получают одну из следующих режимов TDF/FTC/LPV/r, или AZT/3TC/EFV. DRV/r получают всего 4 пациента, ингибиторы интегразы в стране не используются. В стране продолжает использоваться ddI, число пациентов, получающих схему с диданозином, постоянно уменьшается за счет перевода пациентов на другие препараты.⁹

Улучшению доступа к АРТ способствовала децентрализации услуг по проведению АРВ-терапии в регионах: приказом Министерства Здравоохранения №40 от 18.03.2011 года организованы 6 центров АРВ-терапии. Проведение АРТ осуществляется также медицинской службой пенитенциарной системы.

Государство финансирует только пятую часть потребности в АРВ-препаратах, лечение ЛЖВ очень сильно зависит от международного финансирования. При этом аудит использования гранта одного из основных доноров, ГФ, демонстрирует примеры недостаточно эффективного использования средств. Это может повлиять на существенное сокращение финансирования лечения ЛЖВ и привести к нехватке препаратов.

Национальный протокол приведен в соответствие с Консолидированным руководством ВОЗ, но сохранена норма назначения АРТ при CD4<350 клеток для взрослых пациентов, для детей, больным с ко-инфекцией ТБ и гепатитом С, ЛЖВ из дискордантных пар АРВ-терапия назначается независимо от состояния иммунной супрессии. В качестве первой линии АРТ рекомендовано TDF/3TC(FTC)/EFV¹⁰.

Достаточно ограничен пакет услуг для ЛЖВ-ЛУИН. ЗПТ как метод формирования приверженности к АРТ, используется ограниченно — ОЗТ получают 130 ЛУИН (охват ОЗТ 1% от оценочной численности ЛУИН).

« у нас в Азербайджане два пункта ЗПТ всего, которые находятся в городе Баку, в других городах у нас их нету. ...наркозависимые, которые живут в других районах или городах просто не могут приходить. Нету такой возможности»

⁸ Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер ответ на СПИД : Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ /СПИДу 2011 года: Азербайджанская Республика : Отчетный период: январь 2012 г. – декабрь 2013 г. / Минздрав Азербайджанской республики. — Баку, 2014 стр 17

⁹ Review of the HIV Programme in Azerbaijan : November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan). — WHO, 2016 p 25

¹⁰ Review of the HIV Programme in Azerbaijan : November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan). — WHO, 2016 p 22

Децентрализация услуг начата, но из 1252 ЛЖВ, получающих АРТ, только 217 получают лечение по месту жительства. Несмотря на то, что региональные центры созданы в 2007 г., большинство ЛЖВ продолжает наблюдаться в Баку и не хотят переходить под наблюдение региональных центров.¹¹

«Доступ, например, дорога. Он живёт в районе и ему далеко и он не может приезжать оттуда»

Пациенты с ко-инфекцией получают лечение по стандартам ВОЗ, примером интегрированного подхода к лечению, уходу и поддержке ЛЖВ/ТБ является партнерство НПО и пенитенциарной системы в контексте организации эффективного сопровождения заключенных, которые освобождаются из тюрем и нуждаются в лечении и наблюдении.

Выводы:

- необходимость пересмотра национальных руководств по лечению ВИЧ-инфекции с расширением показаний к назначению АРТ;
- необходимо формирование и усиление системы социального сопровождения пациентов, особенно пациентов из КГН;

Оценка барьеров, препятствующих достижению подавлению вирусной нагрузки (ВН)

В период с 2006 по 2013 год число ЛЖВ, удержанных на АРТ, возросло с 60% до 90%, что привело к увеличению числа пациентов, достигших вирусной супрессии.

Участники фокус – групп отметили ключевые барьеры к достижению вирусной супрессии:

- наличие побочных эффектов АРВ препаратов, которые негативно влияют на приверженность и эффективность лечения:

«Есть люди, которые принимают лекарства и у них кружится голова, или поднимается температура или начинает тошнить. Поэтому они отказываются. Например, 5 дней принимает, 5 дней нет»

«Есть проблема. Из-за того, что плохо чувствуешь себя при получении АРВ»

- низкий уровень знаний и понимания у пациентов:

«У них повышается иммунитет они думают что уже здоровые поэтому и бросают препараты»

¹¹ Review of the HIV Programme in Azerbaijan : November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan). — WHO, 2016 p 25

Низкий охват ОЗТ для пациентов на АРТ, отсутствие интегрированных сервисов негативно влияет на приверженность к лечению среди ЛЖВ,ЛУИН. ОЗТ получают 155 ЛЖВ, что составляет 0.2% от общего числа ЛУИН в Азербайджане.¹²

ВИЧ-инфекция и Туберкулез (Тб)

В Республике Азербайджан для больных туберкулезом создан хороший доступ к услугам ДКТ – в 2014 году на ВИЧ обследовано 97% всех больных туберкулезом. Было выявлено 148 пациентов с двойной проблемой, из них получали АРТ 101 пациент (62%). Из общего числа ВИЧ – инфицированных, состоящих на учете, прошли скрининг на туберкулез 1661 пациент, профилактическое лечение было назначено только 296.¹³

В соответствии с национальным законодательством, пациенты с ТБ/ВИЧ получают лечение в противотуберкулезных стационарах, в которых отсутствуют надлежащие условия инфекционного контроля, что повышает риск развития МЛУ. В противотуберкулезных учреждениях АРТ проводится под контролем медработников (ДОТ) вместе с противотуберкулезными препаратами. Наиболее часто назначается TDF/FTC/EFV.¹⁴

Медработник: *«Всем больным, которые нуждаются в профилактике, получают в СПИД центре изониазид. Все.»*

Пациент на АРТ: *«А что такое изониазод? Я не слышала вообще о нём».*

Пациент *«Я не слышала вообще о нём (об изониазиде)»*

Выводы:

- В Азербайджане достаточно ограничен пакет услуг для ЛЖВ-ЛУИН. ЗПТ как метод формирования приверженности к АРТ используется ограниченно — ОЗТ получают лишь 130 ЛУИН (0,2% от оценочной численности ЛУИН).
- Барьером в удержании пациентов на АРТ является слабая интеграция услуг для ЛЖВ-ЛУИН, ЛЖВ-Тб и ЛЖВ с гепатитом С.
- Причины низкого охвата профилактикой изониазидом туберкулеза у ЛЖВ требуют детального рассмотрения
- Низкий уровень знаний среди ЛЖВ об АРВ-лечении и о возможности получить услуги в связи с Тб, имеет негативное влияние на соблюдение приверженности к АРТ и профилактику Тб.

¹² Review of the HIV Programme in Azerbaijan : November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan). — WHO, 2016 p30

¹³ WHO_HQ_Reports-G2-AzerbProfile, <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/ru/>

¹⁴ Review of the HIV Programme in Azerbaijan : November 2014 / D. Burrows, A. Boltaev and M. Musa (APM Global Health, Sydney, Australia); and M. Gottfredsson (Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland); and J. Suleymanova (WHO CO Azerbaijan). — WHO, 2016 p 29

Финансирование мер противодействия ВИЧ

Последние данные по финансированию на программы по ВИЧ относятся к 2013 и 2014 годам: общий объем финансирования на ВИЧ составлял 18 611 700 долларов в 2013 (Минздрав Азербайджанской республики, 2014) и 16 179 221 доллар в 2014 (Глобальный фонд, 2016). Снижение более чем в два миллиона долларов год может привести к дефициту на программные мероприятия, но отсутствие детальной финансовой информации по различным типам расходов не позволяет сделать выводы о том, какие из видов деятельности по ВИЧ – профилактика, тестирование или лечение ВИЧ – пострадало от бюджетных сокращений.

Выводы

- Поставленная ЮНЭЙДС цель 90-90-90 в контексте Азербайджана выглядит как светлое, но все еще очень далекое будущее. По последним имеющимся данным, только 39% людей, живущих с ВИЧ, знают о своем статусе и только 11% получают АРВТ. Сложившаяся ситуация диктует острую необходимость увеличить число ЛЖВ, знающих о своем ВИЧ-статусе, если правительство Азербайджана планирует взять эпидемию под контроль.
- Низкий уровень тестирования на ВИЧ среди ключевых групп объясняет столь сильное отставание от “первого 90” (процент людей, знающих о своем статусе). 99% проводимых в стране тестов на ВИЧ не нацелены на выявление ВИЧ среди групп, наиболее подверженных риску инфицирования, что приводит к высокому проценту непроизводительных расходов и упущенной возможности своевременного начала лечения ВИЧ среди ЛЖВ
- Охват ключевых групп услугами профилактики в Азербайджане низкий. Крайне низкий охват среди ЛУИН – только 5% имеют доступ к ПИШ и менее 0,3% получают ОЗТ.
- В 2014 году финансирование программ по ВИЧ в Азербайджане снизилось на 13% по сравнению с 2013. Если уровень финансирования продолжит снижаться, потребуются перераспределение бюджета и приоритезация ключевых групп населения, особенно ЛУИН как группы с наиболее высоким уровнем распространенности ВИЧ.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

AIDSPlan. Independent Observer of the Global Fund. Azerbaijan. Available from: <http://www.aidsplan.org/country/19>

AIDSInfo 2015, <http://aidsinfo.unaids.org>

Azerbaijan concept note (Request Start Date - 01 January 2016; Funding Request End Date - 30 June 2018)

Boltaev A., Burrows D., Musa M., Gottfredsson M. & Suleymanova J. (2016) *Review of the HIV Programme in Azerbaijan: November 2014*, WHO p. 30
World Health Organization Azerbaijan profile, <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/ru/>

ВОЗ 2014, Оценка программы ВИЧ в Азербайджане (Review of the HIV Programme in Azerbaijan), Баку

Глобальный фонд (2016) *Отчет по выполнению гранта Азербайджан AZE-910-G05-H (Azerbaijan Azerbaijan AZE-910-G05-H Grant Performance Report)* Минздрав Азербайджанской республики 2014, *Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД: Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ /СПИДу 2011 года: Азербайджанская Республика. Отчетный период: январь 2012 г. – декабрь 2013 г.*, Баку

ЮНЕСКО (2005) ВИЧ и СПИД в Азербайджане: социально-культурный подход URL:< <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001440/144020r.pdf>