

**Регіональний проект  
з тріангуляції даних  
у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу  
в Херсонській області**

**Підсумковий звіт**

**Київ – 2015**

**Головні виконавці дослідження:**

Олександр Недужко, лікар-дерматовенеролог (1)  
Маріанна Ніколко (4)  
Джордж Разерфорд, доктор медицини (2)  
Тетяна Резвих, лікар-епідеміолог (3)  
Хіларі Спіндлер, магістр охорони громадського здоров'я (2)

- (1) Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я;  
(2) Група з профілактики захворювань і питань охорони здоров'я, Глобальні наукові програми у галузі охорони здоров'я, Університет Каліфорнії в Сан-Франциско, США;  
(3) Херсонський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом;  
(4) МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

Р Регіональний проект з триангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Херсонській області. Підсумковий звіт – Недужко О., Ніколко М., Разерфорд Д., Резвих Т., Спіндлер Х. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2015. – 60 с.

ISBN

У звіті представлено результати регіонального проекту з триангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Херсонській області. Визначення характеристик груп населення, які залучено до передачі ВІЛ статевим шляхом, дозволило надати обґрунтовані рекомендації щодо планування та впровадження протиепідемічних заходів у Херсонській області. Результати триангуляції будуть корисні організаторам охорони здоров'я, керівникам центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, усім, хто працює у напрямку протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Автори публікації висловлюють подяку головному лікарю Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом Ярославу Степановичу Зятюку та членам міжсекторальної робочої групи при обласній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу за надання даних та активне сприяння реалізації проекту з триангуляції даних.

Окрема подяка Віолетті Анатоліївні Марциновській (ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України») за підтримку в експертному рецензуванні звіту.

Підготовка цього звіту стала можливою за підтримки Проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні» (МЕТІДА), що впроваджується МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», за фінансування Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Цю публікацію підтримано Угодою про співробітництво № U2GGH000840 з Центрами США з контролю та профілактики захворювань (CDC). Відповідальність за зміст публікації лежить виключно на її авторах та не обов'язково відображає офіційну позицію Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).

Результати та висновки в цьому звіті є думками авторів і не обов'язково відображають погляди організації та /або агентств, які представляють автори.

ББК  
УДК

ISBN

© МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2015

# ЗМІСТ

Терміни та скорочення .....	4
Основні коди СЕМ-контингенту осіб, обстежених на наявність ВІЛ-інфекції, які було використано в роботі.....	5
Опис основних джерел даних та обмеження даних .....	7
Виконавче резюме .....	9
1. Організаційні питання (дослідницька команда, графік реалізації питань).....	11
2. Визначення дослідницьких питань та деталізація підпитань .....	13
3. Результати .....	14
3.1. Формування гіпотез.....	14
3.2. Аналіз даних.....	14
3.2.1. Описові характеристики окремих груп населення .....	14
3.2.2. Загальні порівняльні характеристики розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції .....	21
3.2.3. Характеристика показників захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції та інших ІПСШ .....	24
3.2.4. Характеристики ВІЛ-позитивних вагітних .....	30
3.2.5. Характеристика показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію в залежності від шляху передачі.....	32
3.2.6. Характеристика хибно класифікованих нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі .....	46
3.2.7. Характеристика осіб, яких не було взято під медичний нагляд .....	47
3.2.8. Окремі характеристики джерел інфікування ВІЛ .....	51
3.2.9. Тенденції розвитку епідемічного процесу ВІЛ зі статевим шляхом передачі.....	53
4. Висновки .....	55
5. Питання для дискусії.....	57
6. Рекомендації.....	58
6.1. Прогалини у стратегічній інформації .....	58
6.2. До різних організаційних рівнів .....	58
6.2.1. Національний рівень .....	58
6.2.2. Обласний рівень .....	59

## Терміни та скорочення

<b>АРТ</b>	Антиретровірусна терапія
<b>ВГС</b>	Вірусний гепатит С
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ДЕН</b>	Дозорний епіднагляд – епізодична (зазвичай кожні два роки) процедура вивчення рівня інфікованості ВІЛ серед окремих груп населення (дозорних груп), яка поєднується зі збором соціально-демографічних, поведінкових та інших характеристик представників цих груп
<b>ЖКС</b>	Жінки комерційного сексу
<b>ЗОЗ</b>	Заклади охорони здоров'я
<b>ІПСШ</b>	Інфекції, які передаються статевим шляхом
<b>КГН</b>	Ключові групи населення – групи населення, які у зв'язку з особливостями своєї поведінки та/або вразливості мають підвищений ризик інфікування ВІЛ. У нормативних документах МОЗ України використовується термін «групи підвищеного ризику (ГПР)»
<b>ЛЖВ</b>	Люди, які живуть з ВІЛ
<b>МОЗ</b>	Міністерство охорони здоров'я України
<b>Новий випадок ВІЛ-інфекції (для цілей епідеміологічного нагляду)</b>	Визначення, що використовується в Україні: «особа з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію, яку вперше в житті було взято під медичний нагляд у закладі охорони здоров'я, що здійснює реєстрацію, облік та медичний нагляд за людьми, які живуть з ВІЛ» Визначення ВООЗ: «особа, в якій лабораторними методами було встановлено наявність ВІЛ-інфекції»
<b>НУО</b>	Неурядова організація
<b>РЕН</b>	Рутинний епіднагляд – рутинна процедура реєстрації, обліку та звітності щодо хворих на ВІЛ-інфекцію
<b>СІН</b>	Споживачі ін'єкційних наркотиків
<b>СЕМ</b>	Сероепідмоніторинг – рутинна процедура визначення рівня інфікованості ВІЛ серед населення, а також обліку та звітності за його результатами
<b>Шлях інфікування (статевий/парентеральний)</b>	Імовірний шлях свого інфікування ВІЛ, про який особа повідомляє при взятті під медичний нагляд до закладу охорони здоров'я, що здійснює реєстрацію, облік та медичний нагляд за людьми, які живуть з ВІЛ
<b>ЧСЧ</b>	Чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками

## Основні коди СЕМ-контингенту осіб, обстежених на наявність ВІЛ-інфекції, які було використано в роботі

Код обстеження	2005-2012 р.р.	2013 р.
100	громадяни України, яких було обстежено на ВІЛ-інфекцію	громадяни України, яких було обстежено на ВІЛ-інфекцію
101	особи, які мали гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами	особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами, ВІЛ-статус яких був відомий або встановлений у результаті збору епідеміологічного анамнезу
101.1		особи, які мали гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами
101.2		особи, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами
102	особи, які вживають або вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом	особи, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин
102.1		особи, які є активними споживачами ін'єкційних наркотичних речовин
103	особи, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами	особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом
104	особи, у яких виявлено хвороби, що передаються статевим шляхом	особи із симптомами або хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом
105	особи, які мають або мали численні незахищені статеві контакти	особи з ризикованою статевою поведінкою
105.1		особи, які мають незахищені статеві контакти з випадковими статевими партнерами
105.2		особи, які надають сексуальні послуги за винагороду
106	призовники	призовники; абітурієнти військових навчальних закладів
107	особи, обстежені з метою одержання довідки про їхній ВІЛ-статус для оформлення візи, страховки, громадянства, вступу до шлюбу тощо	особи з інших груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ, обстежені за епідеміологічними показаннями: трудові мігранти; звільнені з місць позбавлення волі; статеві партнери осіб з груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ; безпритульні та бездомні громадяни; жертви сексуального насильства тощо
107.1		діти віком 0-18 років, у тому числі діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, але не обстежені одразу після народження; «діти вулиці» тощо
108	донори	донори

Код обстеження	2005-2012 р.р.	2013 р.
108.1	первинний (разовий) донор крові	первинний донор крові або її компонентів: особа, вперше у своєму житті залучена до участі у донорстві крові/її компонентів або яка залучалася до донорства раніше, якщо строк від дати останньої донорської крові становить більше одного року
108.2	постійний (кадровий) донор крові	повторний донор крові або її компонентів: особа, яка протягом одного року (від моменту останньої кроводачі) залучалася до донорства незалежно від кількості та частоти донорств
108.3	донор органів, тканин, клітин, біологічних рідин	донор органів, тканин, інших клітин та біологічних рідин (крім компонентів донорської крові)
109	вагітні	вагітні
109.1	первинно обстежені на ВІЛ вагітні незалежно від терміну вагітності	вагітні, обстежені вперше протягом вагітності незалежно від терміну вагітності
109.1.1		вагітні віком 15-17 років включно
109.1.2		вагітні віком 18-24 роки включно
109.2	повторно обстежені на ВІЛ вагітні	вагітні, обстежені повторно протягом вагітності, у яких серологічні маркери ВІЛ не було виявлено при обстеженні за кодом 109.1
112	особи, які перебувають у місцях позбавлення волі, а саме у слідчих ізоляторах, установах виконання покарань	особи, які перебувають у місцях позбавлення волі, в тому числі слідчих ізоляторах
113	особи, обстежені на ВІЛ за клінічними показаннями	особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з добровільного консультування і тестування при зверненні по медичну допомогу в ЗОЗ
113.1	діти віком до 17 років включно	діти віком від 0 до 18 років
113.2	дорослі віком 18 років і старші	дорослі
114	особи, обстежені анонімно	особи, обстежені анонімно
115	особи, які мають ризик інфікування ВІЛ унаслідок медичних маніпуляцій за епідеміологічними показаннями	особи, які мають ризик інфікування ВІЛ унаслідок медичних маніпуляцій за епідеміологічними показаннями
115.1	медичні працівники із професійним ризиком зараження	медичні працівники, обстежені внаслідок аварійної ситуації на робочому місці
115.2	реципієнти компонентів та препаратів крові, органів тканин, клітин, біологічних рідин	реципієнти компонентів та препаратів крові, органів, тканин, клітин, біологічних рідин
115.3	пацієнти, яким проводилися інші медичні маніпуляції	
116	особи, обстежені з профілактичною метою	особи, обстежені з власної ініціативи
119	померлі	померлі особи
120	інші особи, що не належать до контингентів, перелічених вище	
200	іноземні громадяни	іноземні громадяни, особи без громадянства

## Опис основних джерел даних та обмеження даних

Джерело даних	Опис	Обмеження
Статистика населення, 2008-2013 р.р.	Характеристика постійного населення, яке мешкає на відповідній території, за віком, статтю, місцем перебування тощо.	Не відображає показники фактичного перебування населення на окремих територіях.
Оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), 2014 р.	Ретроспективні та проспективні дані щодо оціночної чисельності ЛЖВ, які мешкають на відповідній території, за статтю, віком, належністю до окремих груп населення тощо.	Розраховуються з використанням програми «SPECTRUM» за припущенням концентрованої стадії епідемії ВІЛ-інфекції; мають широкі довірчі інтервали серед певних груп населення (низька надійність); відсутні дані щодо кількості окремих груп населення (статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) тощо).
Оціночна чисельність ключових груп населення (КГН), 2009, 2012 р.р.	Ретроспективні та проспективні дані щодо оціночної чисельності окремих КГН, які мешкають на відповідній території, за статтю, віком тощо.	Остаточні оцінки затверджуються колегіальним рішенням представників зацікавлених сторін і можуть мати суттєві відмінності від розрахункових показників.
Дозорний епіднагляд (ДЕН), 2008, 2009, 2011, 2013 р.р.	Агреговані дані щодо рівня інфікованості ВІЛ, соціально-демографічних, поведінкових та інших характеристик представників дозорних груп.	Відсутні дані щодо груп-містків.
Сероепідмоніторинг (СЕМ), 2008-2013 р.р.	Агреговані дані щодо кількості осіб, які пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію з позитивним або негативним результатом, з розподілом за віком, статтю, місцем перебування, кодом тестування та місцем проведення тестування. У регіонах, в яких ведеться персональний облік результатів тестування на ВІЛ-інфекцію, індивідуальні дані СЕМ може бути доповнено відповідною інформацією рутинного епіднагляду (РЕН) щодо взяття або невзяття під медичний нагляд, імовірний шлях інфікування і т.п., та агреговано в залежності від потреб аналізу. Персональний облік позитивних та негативних результатів тестування на ВІЛ-інфекцію ведеться в Херсонській області, починаючи з 2000 р.	За відсутності єдиної системи персонального обліку результатів тестування на ВІЛ-інфекцію (повідомлення про результат та/або реєстр) не враховує певний відсоток повторних тестувань, у т.ч. тих, що мали позитивний результат раніше, вже знаходяться під медичним наглядом або мали негативний результат.

Джерело даних	Опис	Обмеження
РЕН за ВІЛ-інфекцією, 2008-2013 р.р.	Агреговані дані щодо кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд у зв'язку зі встановленням діагнозу ВІЛ-інфекція (захворюваність), кількості знятих з нагляду, в т.ч. померлих (смертність), і кількості осіб, які залишилися під наглядом (поширеність), із розподілом за віком, статтю, місцем перебування, шляхом інфікування, клініко-імунологічними характеристиками тощо.	Не враховує осіб, ВІЛ-позитивний статус яких було підтверджено лабораторно та яких не було взято під медичний нагляд; є показником «зареєстрованої захворюваності» (не надає даних про щорічну кількість «істинних» нових випадків ВІЛ-інфекції (true HIV incidence)).
РЕН за інфекціями, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), 2008-2013 р.р.	Агреговані дані щодо кількості осіб, у яких було виявлено окремі ІПСШ (захворюваність), із розподілом за віком, статтю, місцем перебування тощо.	Не враховує осіб, у яких протягом звітного року ІПСШ було виявлено неодноразово, або осіб, у яких декілька ІПСШ було виявлено одночасно; є показником «зареєстрованої захворюваності» (не надає даних щодо щорічної кількості «істинних» нових випадків ІПСШ).
РЕН за вагітними, 2008-2013 р.р.	Агреговані дані щодо кількості жінок, яких було взято під медичний нагляд до закладів акушерсько-гінекологічної служби з приводу вагітності, з розподілом за віком, місцем перебування, терміном вагітності тощо.	Обмежені дані щодо кількості ВІЛ-позитивних вагітних, які зробили аборт до 12 тижнів вагітності.
Програмний моніторинг, 2008-2013 р.р.	Агреговані дані щодо кількості клієнтів, яких було залучено до отримання профілактичних послуг, а також кількості тих, що вибули, та кількості осіб, які продовжують отримувати послуги, з розподілом за віком, статтю, місцем перебування, регулярністю отримання послуг, за отриманням окремих послуг тощо.	Інформація щодо клієнтів, а не послуг стала наявною, починаючи з 2012 р.; відсутні надійні дані щодо ВІЛ-статусу та знаходження клієнтів під медичним наглядом.



# Виконавче резюме

Регіональний проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Україні є діяльністю з триангуляції даних і має на меті розгляд ключового питання щодо епідемії ВІЛ-інфекції в Херсонській області України:

## Які групи населення залучено до передачі ВІЛ статевим шляхом?

### Ключові результати аналізу:

- Основні КГН – СІН, жінки комерційного сексу (ЖКС) та чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ), – можуть мати помірний вплив на поширення ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі як реципієнти. КГН відіграють значну роль як джерело ВІЛ-інфекції переважно за рахунок СІН. Внесок ЧСЧ у поширення ВІЛ-інфекції як реципієнтів та як джерела ВІЛ поступово зростатиме.
- Внесок статевих партнерів СІН як реципієнтів ВІЛ-інфекції можна оцінити як значний. Внесок комерційних клієнтів ЖКС як реципієнтів поширення ВІЛ статевим шляхом можна оцінити як незначний. Визначення ролі некомерційних статевих партнерів ЖКС у поширенні епідемії ВІЛ-інфекції потребує додаткових даних.
- Загальне населення відіграє значну роль як реципієнт у статевій передачі ВІЛ-інфекції і помірну роль – як джерело ВІЛ. Зміни цієї ролі потребують подальшого моніторингу.
- Найбільша кількість випадків статевої передачі ВІЛ трапляється серед жінок, які мешкають у містах.
- Відсоток чоловіків серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі постійно зростає, проте певну їх кількість було хибно класифіковано, тому зростання рівня залучення чоловічого населення до статевої передачі ВІЛ-інфекції не є очевидним.
- Серед осіб із позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, яких не було взято під медичний нагляд, більшість можуть становити особи з парентеральним шляхом інфікування.
- Значну кількість осіб, у яких наявність ВІЛ-інфекції було лабораторно підтверджено, з різних причин неможливо віднести до нових випадків ВІЛ-інфекції або не буде враховано у показниках захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

### Ключові рекомендації для національного рівня:

- Планування та впровадження протиепідемічних заходів з урахуванням регіональних особливостей розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.
- Широке та обґрунтоване застосування підходу «антиретровірусна терапія (АРТ) як профілактика» із внесенням відповідних змін до клінічного протоколу АРТ.
- Включення консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію до стандартного переліку клініко-лабораторних досліджень у закладах спеціалізованого профілю (наркологічного, дерматовенерологічного, протитуберкульозного та інфекційного).
- Прийняття в Україні терміну «новий випадок ВІЛ-інфекції для потреб епід-нагляду» у визначенні, затвердженому Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ).

- Проведення ДЕН серед груп-містків.
- Визначення ролі окремих популяційних груп (некомерційні партнери ЖКС, СІН, ув'язнені, особи, які одночасно належать до декількох КГН) у статевій передачі ВІЛ-інфекції.

#### **Ключові рекомендації для обласного рівня:**

- Планування та впровадження протиепідемічних заходів з урахуванням регіональних особливостей розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.
- Розширення охоплення чоловіків і статевих партнерів ЛЖВ послугами консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію.
- Розширення охоплення ЛЖВ медичним наглядом.
- Посилення заходів з профілактики статевої передачі ВІЛ у серодискордантних парах, серед ЧСЧ та інших КГН, впровадження доказових профілактичних інтервенцій.
- Підготовка лікарів щодо показань для призначення тестування на ВІЛ-інфекцію.
- Використання тестових систем з діагностики ВІЛ-інфекції, які мають прекваліфікацію ВООЗ; запровадження внутрішнього контролю якості та забезпечення відповідної підготовки персоналу лабораторій.
- Визначення рівня CD4<sup>+</sup> Т-лімфоцитів серед усіх позитивних зразків крові, які надходять у лабораторію підтверджувальної діагностики ВІЛ-інфекції у межах СЕМ.
- Включення Херсонської області до регіонів, у яких заплановано проведення дослідження з визначення шляхів передачі ВІЛ серед осіб, котрі знаходяться під медичним наглядом, та розробка відповідної анкети щодо визначення шляхів передачі ВІЛ та сімейного стану осіб, які звертаються для взяття під медичний нагляд.
- Визначення показників «істинної» захворюваності на ВІЛ-інфекцію в межах СЕМ.

# 1. Організаційні питання (дослідницька команда, графік реалізації питань)

Реалізація регіонального проекту з триангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Херсонській області здійснювалася групою консультантів за експертної підтримки фахівців Центру співробітництва ВООЗ з дозорного епіднадзора за ВІЛ (Загреб, Хорватія) та Каліфорнійського університету.

## Група консультантів, залучених до реалізації регіонального проекту з триангуляції в Херсонській області:

Олександр Недужко, дослідник, Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я, лікар-дерматовенеролог	Національний консультант з реалізації регіонального проекту з триангуляції даних у Херсонській області
Тетяна Резвих, лікар-епідеміолог, Херсонський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Регіональний консультант з реалізації регіонального проекту з триангуляції даних у Херсонській області
Ярослав Зятюк, головний лікар Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом (до серпня 2014 р.)	Експерт регіонального рівня
Маріанна Ніколко, Проект МЕТІДА	Координація реалізації регіональних проєктів з триангуляції даних (МЕТІДА)
Джордж Разерфорд, MD, AM, професор епідеміології, превентивної медицини та педіатрії, директор Групи з превентивної медицини та громадського здоров'я, Каліфорнійський університет, м. Сан-Франциско (США)	Міжнародний експерт з реалізації регіонального проекту з триангуляції даних у Херсонській області
Хіларі Спіндлер, МРН, Глобальний відділ з ВІЛ/СНІДу, Каліфорнійський університет, м. Сан-Франциско (США)	Міжнародний експерт з реалізації регіонального проекту з триангуляції даних у Херсонській області
Група стейкхолдерів у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Херсонській області (члени міжсекторальної робочої групи при обласній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, інші зацікавлені особи)	Регіональні експерти

## Графік реалізації регіонального проекту з триангуляції даних у Херсонській області:

Листопад 2013 р.	Узгодження основних кроків реалізації регіонального проекту з триангуляції даних, формування дослідницької команди
20 грудня 2013 р. (робоча зустріч, м. Херсон)	Визначення ключових питань щодо ВІЛ/СНІДу, актуальних для Херсонської області
Січень-квітень 2014 р.	Збір даних, перевірка повноти і коректності інформації, уточнення дослідницьких питань та формулювання гіпотез
Квітень-травень 2014 р.	Аналіз даних, попередні результати
27-29 травня 2014 р. (робоча зустріч, м. Київ)	Представлення та обговорення попередніх результатів на робочій зустрічі з консультантами з інших регіонів, міжнародними експертами, а також зацікавленими сторонами

20 червня 2014 р. (робоча зустріч, м. Херсон)	Обговорення та узгодження отриманих результатів, формулювання висновків і рекомендацій
Липень-вересень 2014 р.	Підготовка аналітичного звіту
6-7 жовтня 2014 р. (національний семінар, м. Львів)	Представлення результатів на національному семінарі за участю ключових стейкхолдерів у сфері МіО, розробка плану дій
Жовтень 2014 р.	Фіналізація звіту

## 2. Визначення дослідницьких питань та деталізація підпитань

Перелік ключових питань триангуляції було визначено під час проведення зустрічі зі стейкхолдерами в Херсонській області 20 грудня 2013 р. Загалом було сформульовано шість питань:

- Що є причинами високого рівня взаємовпливу епідемій ВІЛ-інфекції та туберкульозу?
- Які групи населення залучено до передачі ВІЛ статевим шляхом?
- Якими є охоплення та вплив програм профілактики ВІЛ (профілактики статевої передачі) серед загального населення, у групах-містках та групах ризику?
- Якими є доступність і якість медичних та соціальних послуг для ЛЖВ?
- Які прогалини існують у фінансуванні програм профілактики ВІЛ?
- Який вплив має децентралізація ВІЛ-сервісів на захворюваність на ВІЛ-інфекцію/СНІД та смертність від СНІДу?

Після проведення консультацій з іноземними консультантами було обрано два питання:

- **Що є причинами високого рівня взаємовпливу епідемій ВІЛ-інфекції та туберкульозу?**
- **Які групи населення залучено до передачі ВІЛ статевим шляхом?**

Після початку збору даних питання про причини високого рівня взаємовпливу епідемій ВІЛ-інфекції та туберкульозу було виключено у зв'язку зі складною політичною ситуацією та неможливістю отримання даних у встановлені терміни в установах пенітенціарної системи. Таким чином, дослідницьким питанням триангуляції даних у Херсонській області стало визначення груп населення, які залучено до передачі ВІЛ статевим шляхом.

Відповідь на це питання залежить від з'ясування того, чи пов'язане поширення епідемії з КГН та групами-містками, чи вийшла епідемія у загальне населення. Також цілком імовірним є розвиток епідемії з пропорційним залученням декількох груп. Важливим також є встановлення можливих змін у залученні окремих груп до розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в майбутньому. Розподіл груп на такі, що є реципієнтом, джерелом ВІЛ-інфекції або мають універсальне значення, дозволяє отримати цілісну картину їхнього залучення до розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Херсонській області.

## 3. Результати

### 3.1. Формування гіпотез

Формування гіпотез було зроблено за таких припущень: 1) епідемія ВІЛ-інфекції може знаходитись на будь-якій стадії свого розвитку: початковій, концентрованій або генералізованій; 2) у розвиток епідемії ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом може бути залучено будь-яку групу населення за наявності в цій групі сексуально активних представників; 3) кожна група може робити певний внесок у розвиток епідемії як реципієнт та/або джерело ВІЛ-інфекції; 4) цей внесок може бути оцінено на підставі даних декількох джерел інформації; 5) повна характеристика залучення кожної групи до розвитку епідемії ВІЛ-інфекції може містити інформацію про рівень цього залучення як реципієнта та/або джерела ВІЛ-інфекції зараз і в майбутньому, а також про надійність отриманої оцінки.

Під час проведення триангуляції було перевірено три гіпотези:

1. Основні КГН (СІН, ЖКС та ЧСЧ) мають переважну роль у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі як реципієнти та джерело інфекції; відповідно, роль інших груп (групи-містки та загальне населення) є менш значущою.

2. КГН і групи-містки пропорційно залучаються до розвитку епідемії ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі як реципієнти та джерело інфекції; роль загального населення є незначною.

3. Загальне населення відіграє основну роль у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі як реципієнт і джерело інфекції, у той час як КГН та групи-містки помірно залучено до розвитку епідемічного процесу.

### 3.2. Аналіз даних

#### 3.2.1. Описові характеристики окремих груп населення

##### 3.2.1.1. Абсолютна кількість

У зв'язку з наведеним вище припущенням щодо можливості залучення будь-яких груп населення до поширення епідемії ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі було зібрано дані про абсолютну кількість основних популяційних груп (загальне населення, вагітні та КГН) (Таблиця 1).

Так, у 2008-2013 р.р. чисельність постійного населення Херсонської області віком 15 років і старших поступово зменшувалась і на початок 2013 р. становила 914 100 осіб, серед яких переважали жінки – 498 789 (54,6%) осіб. Кількість вагітних була стабільною та коливалась від 11 491 осіб у 2010 р. до 12 739 осіб у 2011 р.

Таблиця 1. Чисельність окремих груп населення, Херсонська область, 2008-2013 р.р.

Показник	Рік					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Постійне населення, 15+	942 089	935 368	930 347	925 513	920 493	914 100
Чоловіки	428 216	424 757	422 498	420 385	418 138	415 311
Жінки	513 873	510 611	507 849	505 128	502 355	498 789

**Таблиця 1. Чисельність окремих груп населення, Херсонська область, 2008-2013 р.р. (Продовження)**

Показник	Рік					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Вагітні (форма №21 наказу МОЗ України від 10.07.2007 р. № 378)	12 714	12 114	11 491	12 739	12 282	12 201
КГН (оціночна кількість)		11 800			11 900	
СІН		8 000			7 200	
ЖКС		1 500			1 200	
ЧСЧ		2 300			3 500	
Регулярні клієнти НУО	2 737	4 934	3 605	1 840	947	1 558
СІН	2 366	4 464	2 837	1 015	465	783
Чоловіки	2 198	3 925	2 234	752	360	638
Жінки	168	539	603	263	105	145
ЖКС	91	231	235	117	267	457
ЧСЧ	280	239	533	708	215	318

Загальна оціночна чисельність КГН (СІН, ЖКС та ЧСЧ) у 2009 р. та 2012 р. практично не змінилась: 11 800 та 11 900 осіб відповідно. У 2012 р. чисельність окремих КГН становила: СІН – 7 200 осіб, ЖКС – 1 200 осіб та ЧСЧ – 3 500 осіб.

Загальна кількість регулярних клієнтів НУО коливалась у широких межах і на кінець 2013 р. становила 1 558 осіб. Чисельність чоловіків-СІН серед регулярних клієнтів неурядових організацій (НУО) зменшилася з 2 198 у 2008 р. до 638 у 2013 р., проте чисельність ЖКС протягом 2008-2013 р.р. збільшилася з 91 до 457 осіб; кількість ЧСЧ у 2013 р. становила 318 осіб.

Дані джерел, які напряду оцінюють кількість статевих партнерів СІН та ЖКС, є обмеженими. Дані щодо кількості ув'язнених не представлено у зв'язку з тим, що переважна більшість нових випадків ВІЛ-інфекції серед цієї групи відноситься до парентерального шляху передачі. Детальніші характеристики окремих груп населення подано в наступних розділах.

### 3.2.1.2. Демографічні тенденції

Інформацію про характеристики постійного населення віком 15 років і старших за віковими групами, статтю та місцем перебування за 2008-2013 р.р. подано в Таблиці 2.

Чисельність сексуально активного населення (вікова група 15 років і старші) становила 914 100 осіб, або 84,9% від загальної кількості постійного населення. Серед них частка жінок становила 54,6%, а мешканців міст – 61,6%.

У 2008-2013 р.р. спостерігалось поступове скорочення чисельності постійного населення, в середньому на 0,5% за рік. Протягом останніх шести років найбільше скоротилося чоловіче населення, яке мешкає в містах, – на 7 193 особи (-2,8%) (Рис. 1).

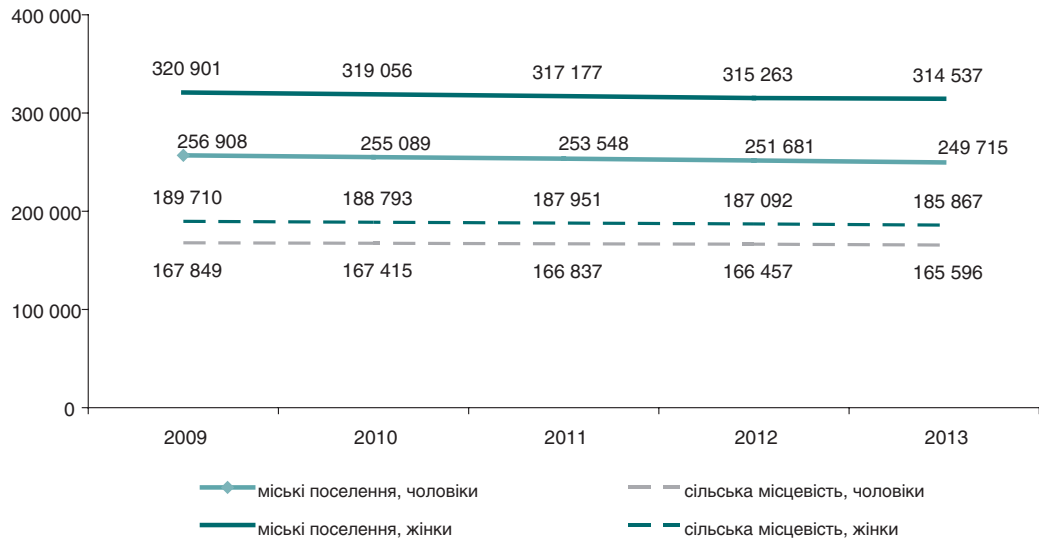
Як серед чоловіків, так і серед жінок найвищі темпи скорочення було зафіксовано серед мешканців міст у вікових групах 15-17 та 18-24 роки (Рис. 2, 3). Найвищий рівень скорочення жіночого населення міст у віковій групі 15-17 років спостерігався на початку 2011 р. (-8,1%), а серед чоловіків-мешканців міст віком 15-17 років – у 2009 р. (-7,4%). Чисельність сільського населення у вікових групах 15-17 та 18-24 роки скорочувалася дещо нижчими темпами. Так, максимальне скорочення чисельності жіночого сільського населення віком 15-17 років було відмічено у 2009 р. (-7,2%), а у віковій групі 18-24 роки – у 2013 р. (-5,3%).



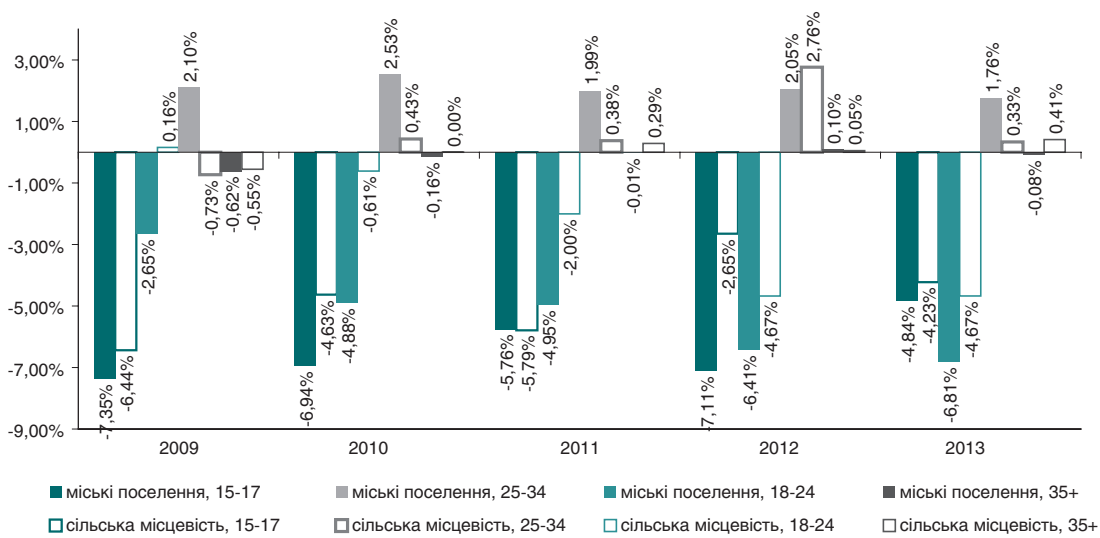
Таблиця 2. Характеристики постійного населення віком 15+ за віковими групами, статтю та місцем перебування, Херсонська область, 2008-2013 р.р.

Місце перебування	Рік	15-17 років			18-24 роки			25-34 роки			35+		
		Обидві статі	Чоловіки	Жінки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
Міські поселення та сільська місцевість	2008	46 372	23 908	22 464	125 166	64 292	60 874	160 290	80 403	79 887	610 261	259 613	350 648
	2009	43 013	22 240	20 773	122 501	63 268	59 233	161 850	81 182	80 668	608 004	258 067	349 937
	2010	40 447	20 909	19 538	118 297	61 216	57 081	164 152	82 560	81 592	607 451	257 813	349 638
	2011	38 046	19 702	18 344	113 928	58 896	55 032	165 928	83 686	82 242	607 611	258 101	349 510
	2012	36 279	18 670	17 609	107 351	55 530	51 821	168 601	85 288	83 313	608 262	258 650	349 612
	2013	34 474	17 816	16 658	100 914	52 230	48 684	170 780	86 668	84 112	607 932	258 597	349 335
Міські поселення	2008	27 174	14 076	13 098	78 737	40 039	38 698	98 805	48 127	50 678	376 911	156 725	220 186
	2009	25 127	13 041	12 086	75 867	38 977	36 890	100 902	49 139	51 763	375 913	155 751	220 162
	2010	23 394	12 136	11 258	71 853	37 074	34 779	103 183	50 382	52 801	375 709	155 497	220 218
	2011	21 787	11 437	10 350	68 283	35 238	33 045	104 875	51 387	53 488	375 780	155 486	220 294
	2012	20 520	10 624	9 896	63 693	32 978	30 715	106 647	52 442	54 205	376 084	155 637	220 447
	2013	19 370	10 110	9 260	59 438	30 732	28 706	108 036	53 365	54 671	375 793	155 508	221 900
Сільська місцевість	2008	19 198	9 832	9 366	46 429	24 253	22 176	61 485	32 276	29 209	233 350	102 888	130 462
	2009	17 886	9 199	8 687	46 634	24 291	22 343	60 945	32 040	28 905	232 094	102 319	129 775
	2010	17 053	8 773	8 280	46 444	24 142	22 302	60 969	32 178	28 791	231 742	102 322	129 420
	2011	16 259	8 265	7 994	45 645	23 658	21 987	61 053	32 299	28 754	231 831	102 615	129 216
	2012	15 759	8 046	7 713	43 658	22 552	21 106	61 954	33 192	28 762	232 178	102 667	129 511
	2013	15 104	7 706	7 398	41 476	21 498	19 978	62 744	33 303	29 441	232 139	103 089	129 050

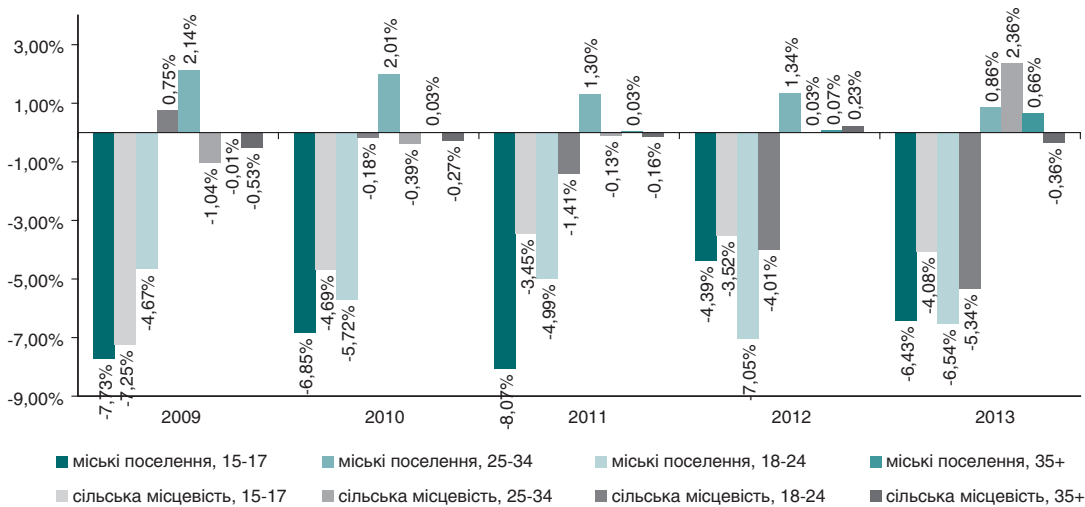




**Рис. 1. Показники чисельності постійного населення віком 15+ за статтю та місцем перебування, Херсонська область, 2009-2013 р.р.**



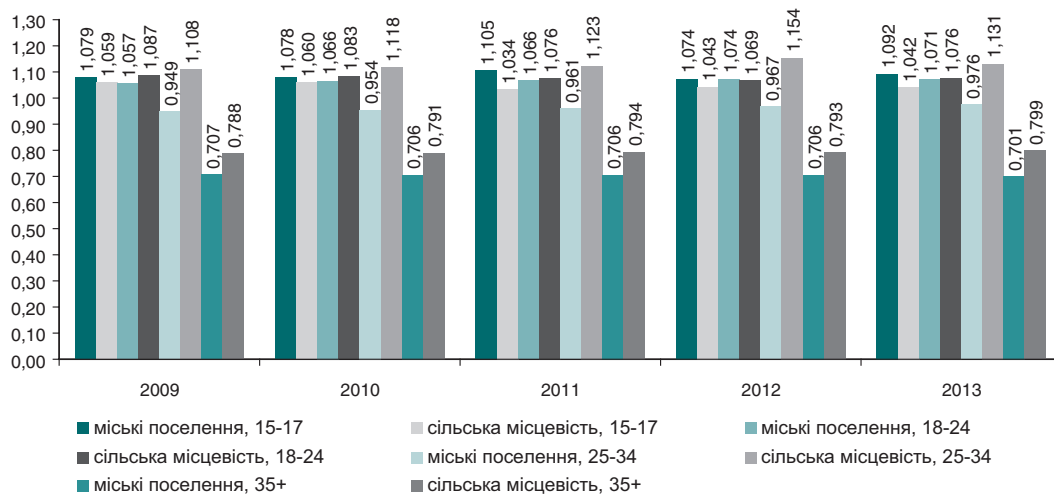
**Рис. 2. Характеристики змін чисельності постійного чоловічого населення віком 15+ за віковими групами та місцем перебування, Херсонська область, 2009-2013 р.р.**



**Рис. 3. Характеристики змін чисельності постійного жіночого населення віком 15+ за віковими групами та місцем перебування, Херсонська область, 2009-2013 р.р.**

Максимальний рівень скорочення чисельності чоловіків-мешканців сільської місцевості у вікових групах 15-17 та 18-24 роки становив відповідно (-6,4%) у 2009 р. та (-4,7%) у 2013 р. Чисельність населення у віковій групі 25-34 роки переважно зростала, а у віковій групі 35 років і старші демонструвала відносно стабільні тенденції.

Упродовж 2008-2013 р.р. кількість жінок перевищувала кількість чоловіків серед мешканців міст у віковій групі 25-34 роки, а у віковій групі 35 років і старші – незалежно від місця перебування (Рис. 4).



**Рис. 4. Співвідношення чоловіків та жінок серед постійного населення віком 15+ за віковими групами та місцем перебування, Херсонська область, 2009-2013 р.р.**

Отже, упродовж 2008-2013 р.р. чисельність постійного населення Херсонської області віком 15 років і старших постійно зменшувалася. Це зменшення відбувалося насамперед за рахунок мешканців міст віком 15-24 роки, дещо швидше – серед жінок. Статеві активне населення області повільно старішало зі збільшенням частки жіночого населення у старших вікових групах.

Дані щодо характеристик статевої поведінки серед загального населення Херсонської області є обмеженими. За результатами «Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств в Україні»<sup>1</sup> у 2012 р. було з'ясовано, що в Україні 3,1% жінок у віці 15-49 років протягом останніх 12 місяців мали статеві стосунки з більш ніж одним партнером. З них лише половина (53,3%) повідомила про використання презерватива під час останнього статевих контакту. У сільській місцевості показник використання презерватива був ще нижчим – 46,2% проти 54,5% у містах. За даними цього ж дослідження, 12,6% чоловіків у віці 15-49 років повідомили про статеві стосунки з більш ніж одним партнером протягом останніх 12 місяців. З них про використання презерватива під час останнього статевих контакту повідомили 69% респондентів (71,8% чоловіків у містах та 61,5% – у сільській місцевості).

### 3.2.1.3. Ключові групи населення

За оціночними даними 2012 р., СІН були найчисленнішою КГН – 7 200 осіб (60,5% від загальної оціночної кількості КГН); ЧСЧ знаходились на другому місці за своєю кількістю – 3 500 (29,4%) осіб, ЖКС – на останньому – 1 200 (10,1%) осіб. У 2012 р. оціночна чисельність КГН становила 1,3% від загальної кількості постійного населення віком 15 років і старших. Аналогічний показник окремо для СІН, ЖКС та ЧСЧ становив 0,8%, 0,2% та 0,8% відповідно.

<sup>1</sup> Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств (МІКС), 2012 р. / Державна служба статистики України, Український центр соціальних реформ. Київ, 2013. – <http://www.unicef.org>.

Таблиця 3. Вікові характеристики регулярних клієнтів профілактичних програм, Херсонська область, 2008-2011 р.р.

Вікова група	Одиниця виміру	2008		ЖКС	ЧСЧ	2009		ЖКС	ЧСЧ	2010		ЖКС	ЧСЧ	2011		ЖКС	ЧСЧ
		СІН				СІН				СІН							
		ч	ж			ч	ж			ч	ж			ч	ж		
10-16	абс.	2	1	0	3	20	1	1	0	12	0	1	0	2	0	1	0
	%*	0,09	0,60	0,00	1,07	0,51	0,19	0,43	0,00	0,54	0,00	0,43	0,00	0,27	0,00	0,85	0,00
17-21	абс.	95	12	30	24	272	24	34	7	125	39	29	102	28	16	16	101
	%	4,3	7,1	33,0	8,6	6,9	4,5	14,7	2,9	5,6	6,5	12,3	19,1	3,7	6,1	13,7	14,3
22-25	абс.	271	23	21	67	428	63	47	50	228	95	40	120	64	35	27	217
	%	12,3	13,7	23,1	23,9	10,9	11,7	20,3	20,9	10,2	15,8	17,0	22,5	8,5	13,3	23,1	30,6
26-29	абс.	382	40	12	65	623	74	42	62	318	95	58	161	83	35	25	214
	%	17,4	23,8	13,2	23,2	15,9	13,7	18,2	25,9	14,2	15,8	24,7	30,2	11,0	13,3	21,4	30,2
30-33	абс.	424	24	12	48	839	126	25	34	487	120	44	59	156	65	16	92
	%	19,3	14,3	13,2	17,1	21,4	23,4	10,8	14,2	21,8	19,9	18,7	11,1	20,7	24,7	13,7	13,0
34-39	абс.	550	42	13	48	1021	149	48	49	680	168	46	53	263	65	19	51
	%	25,0	25,0	14,3	17,1	26,0	27,6	20,8	20,5	30,4	27,9	19,6	9,9	35,0	24,7	16,2	7,2
40-45	абс.	179	7	2	19	465	44	11	17	276	62	16	27	113	38	8	28
	%	8,1	4,2	2,2	6,8	11,8	8,2	4,8	7,1	12,4	10,3	6,8	5,1	15,0	14,4	6,8	4,0
46+	абс.	295	19	1	6	257	58	23	20	108	24	1	11	43	9	5	5
	%	13,4	11,3	1,1	2,1	6,6	10,8	10,0	8,4	4,8	4,0	0,43	2,1	5,7	3,4	4,3	0,71
<b>Усього</b>	<b>абс.</b>	<b>2198</b>	<b>168</b>	<b>91</b>	<b>280</b>	<b>3925</b>	<b>539</b>	<b>231</b>	<b>239</b>	<b>2234</b>	<b>603</b>	<b>235</b>	<b>533</b>	<b>752</b>	<b>263</b>	<b>117</b>	<b>708</b>
	<b>%**</b>	<b>80,3</b>	<b>6,1</b>	<b>3,3</b>	<b>10,2</b>	<b>79,6</b>	<b>10,9</b>	<b>4,7</b>	<b>4,8</b>	<b>62,0</b>	<b>16,7</b>	<b>6,5</b>	<b>14,8</b>	<b>40,9</b>	<b>14,3</b>	<b>6,4</b>	<b>38,5</b>

\* - від загальної кількості регулярних клієнтів окремої групи КГН відповідної статі (СІН) у поточному році

\*\* - від загальної кількості регулярних клієнтів усіх КГН відповідної статі (СІН) у поточному році

СІН є також найбільшою групою серед регулярних клієнтів профілактичних програм; її чисельність була максимальною у 2009 р. – 4 464 особи, а у 2012 р. мала мінімальне значення – 465 осіб (Таблиці 3, 4). У 2008-2011 р.р. система обліку клієнтів передбачала розподіл за стандартними віковими групами, можливість стратифікації клієнтів за обраними для триангуляції даних віковими групами з'явилася, починаючи з 2012 р., тому вікові характеристики регулярних клієнтів профілактичних програм наведено у двох таблицях.

Серед регулярних клієнтів-СІН переважали чоловіки, проте частка жінок мала широкі коливання і, за останніми даними (кінець 2013 р.), становила 263 (18,5%) особи. Кількість ЖКС серед регулярних клієнтів профілактичних програм мала широкі коливання – від 91 (3,3%) особи у 2008 р. до 457 (29,3%) осіб на кінець 2013 р. ЧСЧ були третьою за чисельністю, після СІН та ЖКС, групою серед регулярних клієнтів, з мінімальною кількістю у 2012 р. – 215 (22,7%) осіб та максимальною у 2011 р. – 708 (38,5%) осіб. У 2012 р. кількість регулярних клієнтів СІН, ЖКС та ЧСЧ відносно оціночної чисельності цих груп становила відповідно 6,5%, 22,3% та 6,1%.

При інтерпретації наведених даних слід враховувати той факт, що окремі КГН мали різні критерії регулярності отримання послуг. Крім того, протягом 2008-2013 р.р. критерії регулярності щодо окремих КГН також зазнавали певних змін. Так, у 2012-2013 р.р. критерієм регулярності для СІН було отримання клієнтом послуг за проектом щонайменше один раз на місяць протягом останніх 12 місяців; відповідним критерієм для ЖКС та ЧСЧ було отримання клієнтом послуг за проектом чотири і більше разів за квартал як мінімум у двох різних місяцях.

**Таблиця 4. Вікові характеристики регулярних клієнтів профілактичних програм, Херсонська область, 2012-2013 р.р.**

Вікова група	Одиниця виміру	2012				2013			
		СІН		ЖКС	ЧСЧ	СІН		ЖКС	ЧСЧ
		ч	ж			ч	ж		
0-17	абс.	0	0	0	3	1	0	1	1
	%*	0,00	0,00	0,00	1,40	0,16	0,00	0,22	0,31
18-24	абс.	33	7	65	77	30	8	178	95
	%	9,27	6,7	24,3	35,8	4,7	5,5	38,9	29,9
25-29	абс.	44	11	72	63	80	21	109	85
	%	12,2	10,5	27,0	29,3	12,5	14,5	23,9	26,7
30-34	абс.	85	39	58	41	160	34	67	86
	%	23,6	37,1	21,7	19,1	25,1	23,4	14,7	27,0
35+	абс.	198	48	72	31	367	82	102	51
	%	55,0	45,7	27,0	14,4	57,5	56,6	22,3	16,0
Усього	абс.	360	105	267	215	638	145	457	318
	%**	38,0	11,1	28,2	22,7	36,0	9,3	29,3	20,4

\* - від загальної кількості регулярних клієнтів окремої КГН відповідної статі (СІН) у поточному році

\*\* - від загальної кількості регулярних клієнтів усіх КГН відповідної статі (СІН) у поточному році

Що стосується вікових характеристик регулярних клієнтів програм профілактики, то у 2013 р. серед чоловіків-СІН та жінок-СІН переважали особи віком 35 років і старші: 367 (57,5%) та 82 (56,6%) особи відповідно. Представництво серед ЖКС вікової групи 30-34 роки – 67 (14,7%) осіб є непропорційно низьким. ЧСЧ було досить рівномірно представлено віковими групами 18-24, 25-29 та 30-34 роки: 95 (29,9%), 85 (26,7%) та 86 (27,0%) осіб відповідно.

### 3.2.1.4. Групи-містки

Як уже йшлося, дані щодо кількості та характеристик статевих партнерів СІН є суттєво обмеженими. Проте відомо, що СІН активно залучено до статевих контактів з іншими СІН та з представниками інших популяційних груп. Так, за даними ДЕН 2013 р., всі 170 респондентів-СІН у Херсонській області повідомили про наявність статевих стосунків протягом останніх трьох місяців. Серед них статеві стосунки з більш ніж одним партнером мали 89 (52,4%) респондентів. З урахуванням того, що оціночна кількість СІН у 2012 р. становила 7 200 осіб, кількість статевих партнерів СІН може перевищувати 10 000 осіб.

Інформація щодо кількості та характеристик статевих партнерів ЖКС також є суттєво обмеженою. За даними ДЕН 2011 р., про статеві стосунки з 2-5 комерційними партнерами протягом останнього тижня повідомили більшість респондентів – 177 (87,6%). Стосунки з одним некомерційним партнером мали 35 (35,7%) ЖКС, з 2-5 такими партнерами – 19 (19,4%) респондентів. Тобто кількість комерційних та некомерційних партнерів ЖКС може у декілька разів перевищувати оціночну кількість ЖКС, яка станом на 2012 р. становила 1 200 жінок. За деякими даними, близько двох відсотків сексуально активного чоловічого населення користується послугами ЖКС, що в Херсонській області може становити понад 8 000 чоловіків.

### 3.2.2. Загальні порівняльні характеристики розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції

У Таблиці 5 наведено основні показники розвитку епідемічного процесу за інформацією з різних джерел. Згідно з представленими даними, оціночна захворюваність на ВІЛ-інфекцію (істинна захворюваність) серед сексуально активного населення віком 15 років і старших у 2014 р. може становити 362 особи, з них більшість (207 осіб, або 57,2%) – жінки. Крім того, загальне населення (відповідно, статевий шлях інфікування) також може мати більшість серед оціночної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції – 214 (59,3%) випадків. З них кількість жінок може мати переважну більшість – 149 (69,6%) випадків.

Залучення КГН у 2014 р. може бути значним за рахунок СІН (парентеральний шлях інфікування) – 113 (31,3%) випадків і мати низьке значення серед ЖКС, клієнтів ЖКС та ЧСЧ (статевий шлях інфікування) – 9 (2,5%), 13 (3,6%) та 12 (3,3%) випадків відповідно. Отже, рівень залучення до епідемічного процесу ВІЛ-інфекції усіх КГН незалежно від шляху передачі може становити до 147 (40,7%) осіб.

Частка статевого шляху інфікування (загальне населення – 214 випадки, ЖКС – 9 випадків, клієнти ЖКС – 13 випадків та ЧСЧ – 12 випадків) може становити більш ніж дві третини – 248 (68,5%) випадків від загальної оціночної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції. Внесок статевих партнерів СІН, ув'язнених та їхніх статевих партнерів у статевий шлях передачі ВІЛ є невизначеним. Таким чином, внесок основних КГН (ЖКС, клієнти ЖКС, ЧСЧ) у статево передачу ВІЛ-інфекції може бути неосновним і становити 34 (13,7%) випадки від оціночної кількості нових випадків зі статевим шляхом передачі.

Таблиця 5. Показники розвитку епідемічного процесу за даними з різних джерел,  
Херсонська область, 2008-2013 р.р.

Показник	Рік					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед осіб віком 15+ (2014) <sup>2</sup>						361
Чоловіки						154
Жінки						207
Загальне населення						214
Чоловіки						65
Жінки						149
КГН						147
СІН						113
Чоловіки						64
Жінки						49
ЖКС						9
Клієнти ЖКС						13
ЧСЧ						12
Оціночна кількість ЛЖВ віком 15+ (2014) <sup>2</sup>						6 441
Чоловіки						3 244
Жінки						3 197
Загальне населення						4 376
Чоловіки						1 789
Жінки						2 587
КГН						2 065
СІН						1 577
Чоловіки						1 064
Жінки						513
ЖКС						97
Клієнти ЖКС						178
ЧСЧ						213
Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію віком 15+ (СЕМ)	687	681	671	647	588	665
Чоловіки	414	443	419	392	378	419
Жінки	273	238	252	255	210	246
Статевий шлях інфікування	255	257	295	289	269	269
Чоловіки	90	89	114	103	109	107
Жінки	165	168	181	186	160	162
Парентеральний шлях інфікування	208	187	173	167	131	77
Чоловіки	179	168	160	153	124	71
Жінки	29	19	13	14	7	6
Не взято під нагляд (шлях інфікування не визначено)	224	237	203	191	188	319
Чоловіки	145	186	145	136	145	241
Жінки	79	51	58	55	43	78

<sup>2</sup> Показники розраховано ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України» з використанням програми "SPECTRUM".



Таблиця 5. Показники розвитку епідемічного процесу за даними з різних джерел, Херсонська область, 2008-2013 р.р. (продовження)

Показник	Рік					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед осіб віком 15+ (РЕН)	488	481	452	618	460	445
Чоловіки	294	271	252	399	283	243
Жінки	194	210	200	219	177	202
Статевий шлях інфікування	254	283	302	313	275	329
Чоловіки	90	98	117	117	114	136
Жінки	164	185	185	196	161	193
Парентеральний шлях інфікування	234	198	150	305	185	116
Чоловіки	204	173	135	282	169	107
Жінки	30	25	15	23	16	9
Кількість ВІЛ-позитивних вагітних незалежно від терміну встановлення діагнозу (РЕН)	111	124	114	119	122	123
Статевий шлях інфікування	107	123	113	116	121	122
Парентеральний шлях інфікування	4	1	1	3	1	1
Виявлено ВІЛ-інфекцію серед вагітних (форма №21)	82	98	94	89	89	95
Виявлено вагітних з позитивним результатом тестування за кодом 109 (СЕМ)	73	72	62	55	53	59
Кількість осіб з позитивним результатом тестування за даними програмного моніторингу	178	170	92	35	21	26
СІН	148	138	71	26	21	22
ЖКС	27	26	14	2	0	4
ЧСЧ	3	6	7	7	0	0
Поширеність ВІЛ-інфекції серед осіб віком 15+ (РЕН)	1929	2216	2486	2836	3003	3300
Чоловіки	1170	1275	1414	1611	1683	1814
Жінки	759	941	1072	1225	1320	1486

Оціночна кількість ЛЖВ віком 15 років і старших у 2014 р. становитиме 6 441 особу (0,7% від загальної кількості постійного населення відповідного віку станом на початок 2013 р.). Серед них чоловіки складатимуть приблизно половину – 3 244 (50,4%) особи.

Серед ЛЖВ загального населення (4 376 осіб) частка жінок може становити більшість – 2 587 (59,1%) осіб. І навпаки, серед 2 065 осіб з оціночної кількості ЛЖВ-КГН переважна більшість може бути чоловіками (чоловіки-СІН та ЧСЧ) – 1 455 (70,5%) осіб. СІН можуть скласти переважну більшість з оціночної кількості ЛЖВ-КГН – 1 577 (76,4%) осіб.

Наведені оціночні дані мають декілька обмежень, головним з яких є використання при розрахунках з використанням програми “SPECTRUM” шаблону «концентрована епідемія» та відповідного припущення про основну роль КГН у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Херсонській області. Триангуляція даних не має цього обмеження, тому що виконувалася за припущенням знаходження епідемії на будь-якій стадії розвитку та, відповідно, залучення будь-яких груп населення до розвитку епідемічного процесу.

За останніми даними СЕМ 2013 р., кількість осіб із позитивним результатом тестування перевищувала оціночні показники і становила 665 осіб, більшість з яких склали

чоловіки – 419 (63%). Перевищення показниками СЕМ оціночної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції може бути зумовлене такими факторами: 1) реєстрацією СЕМ усіх осіб з позитивним результатом тестування незалежно від терміну інфікування; 2) певною кількістю осіб, котрих у подальшому не можна зарахувати як нові випадки ВІЛ-інфекції (хибнопозитивний результат; вже проходили тестування, що мало позитивний результат; знаходяться під наглядом; прибули з інших регіонів тощо).

Порівняно з показниками оціночної кількості та СЕМ, дані РЕН мали проміжне значення – 445 осіб станом на 2013 р. Детальну характеристику формування цього показника та його інтерпретації наведено в наступних розділах.

Загальна кількість ВІЛ-позитивних вагітних (незалежно від терміну інфікування) постійно збільшувалася та у 2013 р. становила 123 особи, або 1,0% від загальної кількості вагітних. Кількість вагітних з позитивним результатом тестування, за даними форми №21 наказу МОЗ від 10.07.2007 р. № 378 (надають заклади охорони здоров'я акушерсько-гінекологічного профілю), була досить стабільною та за останніми даними 2013 р. становила 95 жінок. Згідно з результатами СЕМ, кількість жінок, які мали позитивний результат тестування за кодом 109 (вагітні), була значно нижчою в порівнянні з даними форми №21 – 59 осіб. Ці розбіжності можуть свідчити про те, що певна кількість вагітних проходить тестування на ВІЛ-інфекцію за іншими, ніж 109, кодами тестування. Крім того, існують розбіжності у процедурі збору та обрахунку даних за цими показниками.

Упродовж останніх трьох років щорічна кількість регулярних клієнтів, які, за даними програмного моніторингу, мали позитивний результат тестування на ВІЛ-інфекцію, не перевищувала 26 осіб серед СІН, 4 – серед ЖКС та 7 – серед ЧСЧ.

Протягом 2008-2013 р.р. поширеність ВІЛ-інфекції, за даними РЕН, постійно збільшувалася і на кінець 2013 р. становила 3 300 осіб, або 51,2% від оціночної кількості ЛЖВ станом на 2014 р. Більш детальні порівняльні характеристики показників розвитку епідемії наведено в наступних розділах.

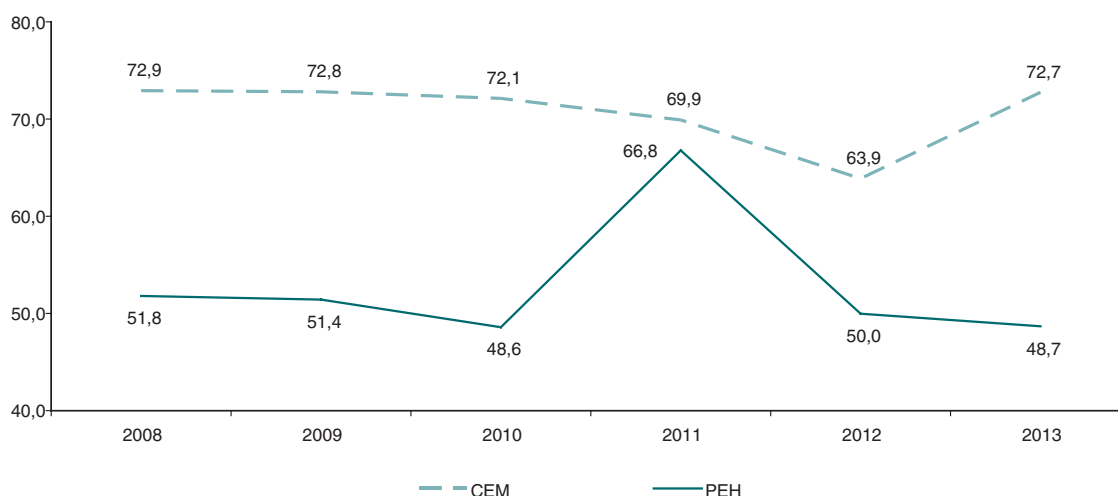
### 3.2.3. Характеристика показників захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції та інших ІПСШ

Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН розраховується як кількість осіб з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію (незалежно від терміну здійснення тестування), яких було взято під медичний нагляд протягом звітного року. Це стандартна методика розрахунку в Україні. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію за даними СЕМ було розраховано згідно з рекомендаціями ВООЗ як кількість осіб з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію протягом звітного року<sup>3</sup>.

У 2008-2013 р.р. показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН мали досить стабільний рівень (крім 2011 р.) і коливались у межах від 452 випадків (48,6 на 100 тис. постійного населення віком 15 і старших) у 2010 р. до 488 випадків (66,8 на 100 тис.) у 2008 р. (Рис. 5). Різке зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2011 р. до 618 випадків (66,8 на 100 тис.) пов'язано зі включенням в розрахунки цього показника 147 ув'язнених з відомим позитивним ВІЛ-статусом, які прибули з інших областей України та тимчасово перебували у пенітенціарних установах Херсонської області з приводу лікування туберкульозу.

<sup>3</sup> WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. Geneva, World Health Organization, 2007 ([www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf)).

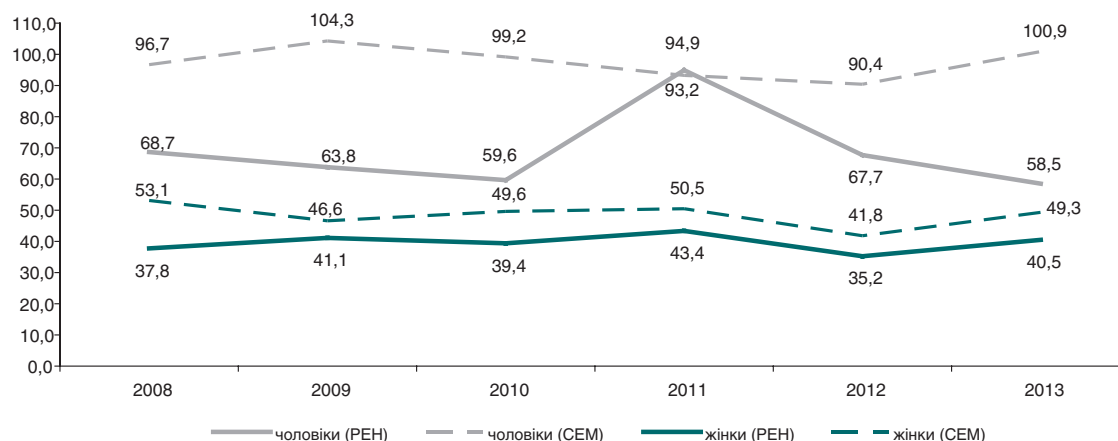




**Рис. 5. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, за результатами СЕМ та РЕН, на 100 тис. постійного населення віком 15+, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Протягом останніх шести років показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ були значно вищими за показники РЕН і становили від 588 випадків (63,9 на 100 тис. постійного населення віком 15 років і старших) у 2012 р. до 687 випадків (72,9 на 100 тис.) у 2008 р.

Зіставлення показників РЕН та СЕМ у віковій групі 15 років і старші з розподілом за статтю наочно демонструє, що найвищі значення показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію було зафіксовано серед чоловіків за результатами СЕМ – від 378 випадків (90,4 на 100 тис. постійного чоловічого населення віком 15 років і старших) у 2012 р. до 443 випадків (104,3 на 100 тис.) у 2009 р. (Рис. 6). Значення цього показника серед жінок, за даними СЕМ, було значно нижчим, ніж серед чоловіків, з коливанням від 210 випадків (41,8 на 100 тис. постійного жіночого населення віком 15 років і старших) у 2012 р. до 273 випадків (53,1 на 100 тис.) у 2008 р.



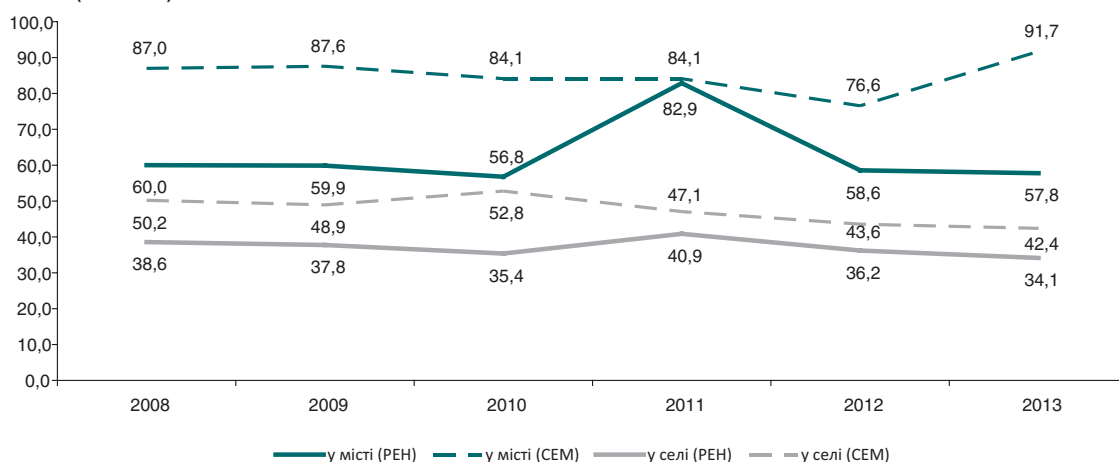
**Рис. 6. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, за результатами СЕМ та РЕН, з розподілом за статтю, на 100 тис. постійного населення відповідної статі віком 15+, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію як серед чоловіків, так і серед жінок за даними РЕН були суттєво нижчими, ніж за результатами СЕМ. Єдиний виняток – зростання показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед чоловіків за результатами ДЕН у 2011 р. до 243 випадків (94,9 на 100 тис. постійного чоловічого населення віком 15 років і старших). Як уже йшлося, це відхилення мало штучний характер.

Звертає на себе увагу той факт, що різниця між показниками захворюваності на ВІЛ-інфекцію чоловіків та жінок є значно вищою за результатами СЕМ, ніж за даними РЕН.

Насамперед це пов'язано з урахуванням в першому випадку осіб, яких не було взято під медичний нагляд (у середньому – 227 осіб за рік протягом 2008-2013 р.р.). Серед цих осіб переважну більшість становили чоловіки (в середньому – 73,1%), у тому числі СІН. Детальні характеристики осіб, яких не було взято під медичний нагляд, викладено в наступних розділах.

Подібно до розподілу за статтю, показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію за місцем перебування за даними СЕМ суттєво перевищували аналогічні показники за даними РЕМ (Рис. 7).



**Рис.7. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, за результатами СЕМ та РЕМ, з розподілом за місцем перебування, на 100 тис. постійного населення віком 15+, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

За даними СЕМ, найвищі показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію було зафіксовано серед мешканців міст – від 434 випадків (76,6 на 100 тис. постійного міського населення віком 15 років і старших) у 2012 р. до 516 випадків (91,7 на 100 тис.) у 2013 р. Значення показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед мешканців сільської місцевості за даними СЕМ було значно нижчим і коливалося від 149 випадків (42,4 на 100 тис. постійного сільського населення віком 15 років і старших) у 2013 р. до 188 випадків (52,8 на 100 тис.) у 2010 р.

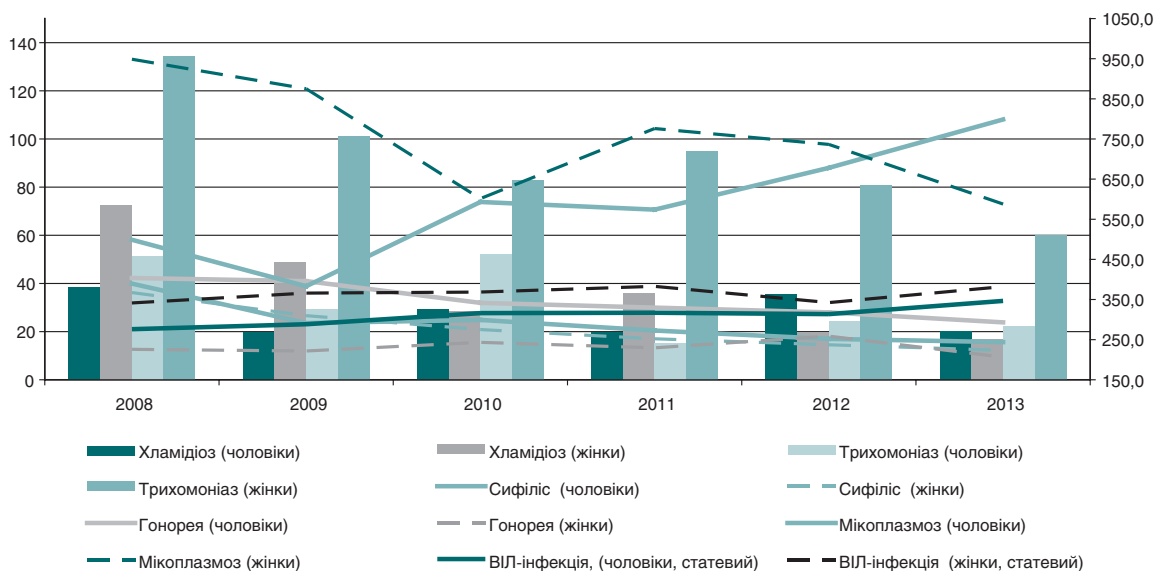
Показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію за результатами РЕМ серед міського населення становили від 325 випадків (57,8 на 100 тис. постійного міського населення віком 15 років і старших) у 2013 р. до 349 випадків (60,0 на 100 тис.) у 2008 р. Непропорційне зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед міського населення у 2011 р. пов'язане з некоректним включенням у розрахунок цього показника ВІЛ-позитивних ув'язнених пенітенціарних установ, що розташовані в місті Херсоні. Значення показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед мешканців сільської місцевості за даними РЕМ було нижчим, ніж серед міського населення, з коливанням від 120 випадків (34,1 на 100 тис. постійного сільського населення віком 15 років і старших) у 2013 р. до 145 випадків (40,9 на 100 тис.) у 2011 р.

Що стосується інших ІПСШ, то протягом 2008-2013 р.р. хламідіоз та трихомоніаз мали найвищі показники захворюваності як серед чоловіків, так і серед жінок та перевищували значення 200 на 100 тис. постійного населення відповідної статі (Таблиця 6). Дещо нижчими були показники захворюваності на мікоплазмоз, які у 2013 р. серед чоловіків та жінок становили 449 випадків (108,1 на 100 тис.) та 364 випадки (73,0 на 100 тис.) відповідно. Показники захворюваності на сифіліс та гонорею мали найнижчі значення. Наприклад, у 2013 р. захворюваність на сифіліс становила 65 випадків (15,7 на 100 тис.) серед чоловіків та 61 випадок (12,2 на 100 тис.) серед жінок, а захворюваність на гонорею серед чоловіків та жінок – 99 випадків (23,8 на 100 тис.) та 47 випадків (9,4 на 100 тис.) відповідно.

**Таблиця 6. Показники захворюваності на окремі ІПСШ серед населення віком 15+, з розподілом за статтю, Херсонська область, 2009-2013 р.р.**

ІПСШ	Стать	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
		абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.
Сифіліс	ч	171	39,9	100	23,5	105	24,9	86	20,5	71	17,0	65	15,7
	ж	186	36,2	136	26,6	106	20,9	86	17,0	73	14,5	61	12,2
Гонорея	ч	181	42,3	174	41,0	135	32,0	126	30,0	117	28,0	99	23,8
	ж	65	12,6	61	11,9	79	15,6	67	13,3	91	18,1	47	9,4
Хламідіоз	ч	1626	379,7	1141	268,6	1374	325,2	1128	268,3	1514	362,1	1128	271,6
	ж	3010	585,7	2267	444,0	1629	320,8	1851	366,4	1352	269,1	1249	250,4
Трихомоніаз	ч	1959	457,5	1383	325,6	1957	463,2	1013	241,0	1241	296,8	1173	282,4
	ж	4908	955,1	3862	756,3	3292	648,2	3630	718,6	3184	633,8	2549	511,0
Мікоплазмоз	ч	249	58,1	165	38,8	312	73,8	297	70,6	368	88,0	449	108,1
	ж	684	133,1	617	120,8	382	75,2	527	104,3	491	97,7	364	73,0

При порівнянні показників захворюваності на окремі ІПСШ серед чоловіків та жінок віком 15 років і старших було виявлено, що показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію зі статевим шляхом передачі серед жінок були найбільш зівставні з показниками захворюваності на сифіліс серед осіб відповідної статі, а серед чоловіків найближчими до показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію були показники захворюваності на гонорею (Рис. 8). Достовірність показників захворюваності на сифіліс серед жінок (завдяки високому рівню обстеження на сифіліс вагітних та пацієнток ЗОЗ гінекологічного профілю) та гонореї серед чоловіків (завдяки зазвичай вираженій клінічній симптоматиці та, відповідно, високому рівню звернення по медичну допомогу) є досить високою та найчастіше характеризує нещодавнє інфікування.

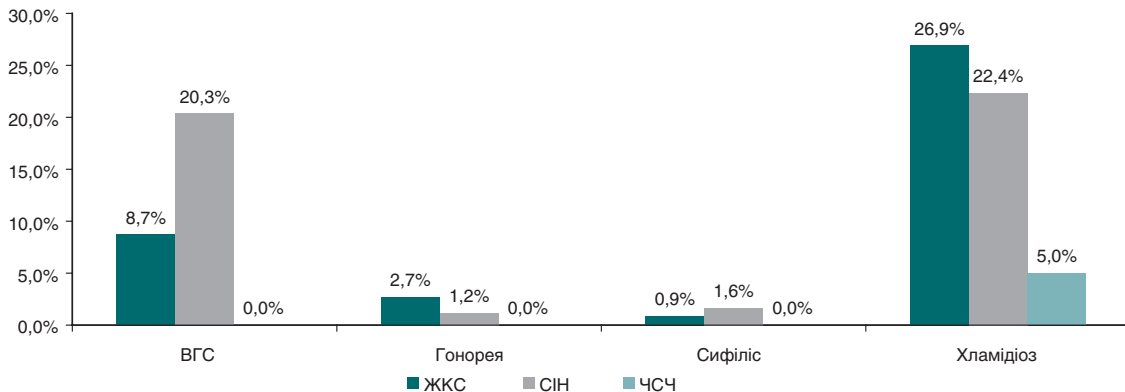


**Рис. 8. Захворюваність на окремі ІПСШ, включно з ВІЛ-інфекцією зі статевим шляхом передачі, серед чоловіків та жінок, за даними РЕН, на 100 тис. постійного населення відповідної статі віком 15+, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Навпаки, показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію є показниками «реєстрованої захворюваності», коли з моменту інфікування проходить досить багато часу. Отже, показники захворюваності на сифіліс та гонорею можуть бути свого роду індикаторами мінімально можливого рівня «істинної захворюваності» на ВІЛ-інфекцію зі статевим шля-

хом передачі – приблизно до 20 на 100 тис., або 83 нові випадки, для чоловіків і 15 на 100 тис., або 75 випадків, для жінок (разом – 158 випадків, або 17,3 на 100 тис.).

Для об'єктивної оцінки ризику статевої передачі ВІЛ важливою є інформація про захворюваність на окремі ІПСШ серед КГН – клієнтів НУО. Розрахунок кількості клієнтів, які мали позитивний результат тестування на окремі ІПСШ, став можливим, починаючи з середини 2012 р., тому щорічні дані стали доступними з 2013 р. (Рис. 9).

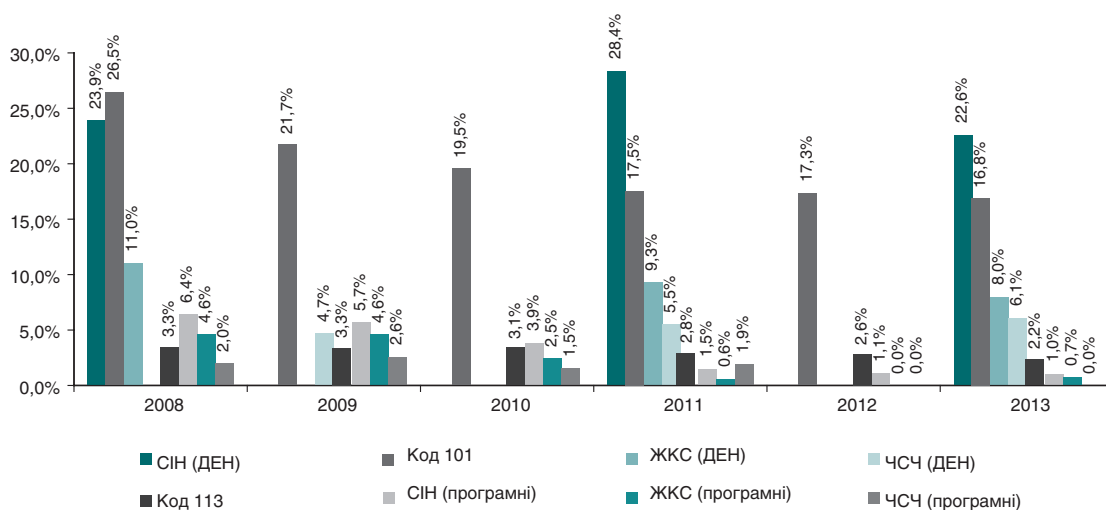


**Рис. 9. Відсоток осіб з позитивними результатами тестування на окремі ІПСШ серед КГН, за даними програмного моніторингу, Херсонська область, 2013 р.**

Як демонструють дані Рис. 9, найвищий відсоток позитивних результатів серед ЖКС, СІН та ЧСЧ було зафіксовано при обстеженні на хламідіоз – 46 (26,9%), 133 (22,4%) та 2 (5,0%) випадки відповідно. Відсоток позитивних результатів тестування на вірусний гепатит С (ВГС) серед СІН становив 182 (20,3%) випадки, а серед ЖКС – 35 (8,7%) випадків; обстеження ЧСЧ не проводилось. При обстеженні на гонорею та сифіліс було виявлено найнижчі рівні позитивних результатів як серед ЖКС, так і серед СІН. Обстеження на гонорею ЧСЧ (40 осіб) та сифіліс (100 осіб) позитивних результатів не виявило.

Для отримання більш детальних характеристик різних груп населення, які проходять тестування на ВІЛ-інфекцію, було порівняно показники інфікованості ВІЛ за даними трьох джерел: 1) ДЕН серед СІН, ЖКС та ЧСЧ; 2) програмний моніторинг результатів тестування регулярних клієнтів НУО (СІН, ЖКС та ЧСЧ) та 3) СЕМ за кодами 101 (особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами, ВІЛ-статус яких був відомий або встановлений у результаті збору епідеміологічного анамнезу, – далі статеві партнери ЛЖВ) та 113 (особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні по медичну допомогу в заклад охорони здоров'я – далі обстеження за клінічними показаннями). Результати тестування за кодами 101 та 113 було включено в порівняльний аналіз з таких причин: 1) особи, які проходили обстеження за кодом 101, мали найвищий рівень інфікованості ВІЛ (16,8-26,5% протягом 2008-2013 р.р.); 2) пацієнти, які проходили тестування за кодом 113, дали найбільшу кількість позитивних результатів (у середньому – 197 осіб за рік, або 25,6% від 776 осіб, які в середньому щорічно отримують довідку про позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію).

Як демонструє Рис. 10, станом на 2013 р. відсоток позитивних результатів тестування на ВІЛ-інфекцію мав максимальне значення при тестуванні СІН у межах ДЕН та при обстеженні статевих партнерів ЛЖВ у межах СЕМ (код 101) – 22,6% та 16,8% відповідно. Дозорні групи включають усіх осіб незалежно від їхньої поінформованості про власний ВІЛ-статус, тому частка ВІЛ-позитивних результатів серед СІН (та інших дозорних груп) за даними ДЕН характеризує рівень поширеності ВІЛ-інфекції.



**Рис. 10. Відсоток позитивних результатів тестування на ВІЛ-інфекцію серед окремих КГН за результатами ДЕН, програмного моніторингу та за кодами 101 та 113 СЕМ, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Враховуючи той факт, що станом на 2014 р. оціночна кількість ВІЛ-позитивних чоловіків-СІН може скласти 1 064 особи (32,8% від оціночної кількості ЛЖВ чоловічої статі), високий рівень залучення представників цієї групи до статевих стосунків (у тому числі незахищених) та високий рівень їх захворюваності на ІПСШ можуть мати значний вплив на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції як джерело для її переходу в жіночу популяцію.

Орієнтовна кількість ВІЛ-негативних СІН може становити 5 623 особи (різниця між оціночною кількістю СІН – 7 200 осіб та кількістю ВІЛ-позитивних СІН – 1 577 осіб). Хоча основним шляхом передачі ВІЛ серед СІН є парентеральний, вони можуть мати певний вплив на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі як реципієнти інфекції, враховуючи високий рівень їх залучення до статевих стосунків, у тому числі незахищених, та високий рівень захворюваності на ІПСШ. Проте оцінка цього впливу потребує проведення додаткових досліджень.

Стабільне зменшення кількості позитивних результатів тестування серед СІН (за даними програмного моніторингу, від 6,4% у 2008 р. до 1,0%) може свідчити про ефективність профілактичних програм.

Рівень інфікованості ВІЛ за кодом 101 мав тенденцію до зниження, проте його досить високі показники можуть свідчити про важливе значення статевої передачі ВІЛ-інфекції саме серед статевих партнерів ЛЖВ.

Рівень інфікованості ВІЛ серед ЖКС за даними ДЕН розташувався на третьому місці та постійно знижувався – 11,0%, 9,3% та 8,0% у 2008, 2011 і 2013 р.р. відповідно. Рівень інфікованості ВІЛ серед ЖКС за даними ДЕН 2013 р. – 8,0% та оціночна кількість ЖКС – 1 200 осіб (2012 р.) – дозволяють розрахувати кількість ВІЛ-позитивних ЖКС на рівні приблизно лише 96 осіб (1,5% від оціночної кількості ЛЖВ). Враховуючи високий рівень залучення представників цієї групи до статевих стосунків і водночас достатньо високий рівень використання презерватива, можна зробити висновок, що ЖКС мають незначний вплив на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції як джерело для її переходу в чоловічу популяцію. Завдяки вищому рівню незахищених статевих стосунків цей вплив серед некомерційних партнерів може бути дещо сильнішим, проте досить низька абсолютна кількість партнерів такого типу робить загальний внесок ЖКС як джерела ВІЛ-інфекції незначним, незалежно від типу статевих партнерів.

Щодо можливої ролі ЖКС як реципієнтів ВІЛ-інфекції, то дані програмного моніторингу свідчать, що протягом останніх років при тестуванні цих клієнтів щорічно було виявлено щонайбільше 4 ВІЛ-позитивних ЖКС. Крім того, дані ДЕН демонструють постійне зниження рівня інфікованості ВІЛ серед ЖКС, що також може свідчити про низький рівень залучення ЖКС як реципієнтів ВІЛ-інфекції. Проте така оцінка має враховува-



ти певні обмеження: неповне охоплення ЖКС профілактичними програмами (кількість регулярних клієнтів з числа ЖКС у 2013 р. становила 38,1% від їх оціночної кількості станом на 2012 р.) і значний відсоток клієнтів профілактичних програм серед дозорної групи ЖКС (44% у 2013 р.).

Єдиною дозорною групою, рівень інфікованості якої мав тенденції до зростання, були ЧСЧ – 4,7%, 5,5% та 6,1% у 2009, 2011 та 2013 р.р. відповідно. Ці дані можуть свідчити про збільшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції саме серед цієї КГН. Хоча відсоток клієнтів профілактичних програм у дозорній групі ЧСЧ 2013 р. становив майже половину (48%), нульова кількість у межах профілактичних програм регулярних клієнтів-ЧСЧ, які протягом останніх двох років мали позитивний результат тестування на ВІЛ-інфекцію, може свідчити про те, що нові випадки ВІЛ серед ЧСЧ виявляються поза межами НУО. Рівень інфікованості ВІЛ серед ЧСЧ за даними ДЕН 2013 р. – 6,1% та оціночна кількість ЧСЧ – 3 500 осіб (2012 р.) – дозволяють розрахувати кількість ВІЛ-позитивних ЧСЧ приблизно на рівні 214 осіб (6,1% від оціночної кількості ЧСЧ, або 3,3% від загальної можливої кількості ЛЖВ станом на 2014 р.), що наразі може призводити до помірного рівня залучення цієї групи як реципієнта і джерела поширення епідемії, але впродовж наступних років рівень цього залучення постійно зростатиме.

### 3.2.4. Характеристики ВІЛ-позитивних вагітних

В умовах зміни основного шляху інфікування ВІЛ з парентерального на статевий характеристики ВІЛ-позитивних вагітних можуть бути важливими для розуміння розвитку епідемії в загальній популяції. В Таблиці 7 представлено основні характеристики ВІЛ-позитивних вагітних незалежно від терміну встановлення діагнозу.

Щорічна кількість ВІЛ-позитивних вагітних поступово збільшується з 111 жінок у 2008 р. до 123 жінок у 2013 р. (1,0% від загальної кількості вагітних). Представництво вікової групи 25-34 роки було найбільшим порівняно з іншими віковими групами та у 2013 р. досягло свого максимуму – 79 (64,2%) жінок.

**Таблиця 7. Окремі показники серед ВІЛ-інфікованих вагітних незалежно від терміну встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Показник	Стратифікація	Одиниця виміру	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Вікова група	до 17 включно	абс.	0	4	0	0	0	3
		%	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	2,4
	18-24	абс.	44	47	30	20	35	27
		%	39,6	37,9	26,3	16,8	28,7	22,0
	25-34	абс.	61	70	70	78	63	79
		%	55,0	56,5	61,4	65,5	51,6	64,2
	35+	абс.	6	3	14	21	24	14
		%	5,4	2,4	12,3	17,6	19,7	11,4
Мешкає	у місті	абс.	68	79	65	76	81	76
		%	61,3	63,7	57,0	63,9	66,4	61,8
	у селі	абс.	43	45	49	43	41	47
		%	38,7	36,3	43,0	36,1	33,6	38,2

**Таблиця 7. Окремі показники серед ВІЛ-інфікованих вагітних незалежно від терміну встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція, Херсонська область, 2008-2013 р.р. (продовження)**

Показник	Стратифікація	Одиниця виміру	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Сімейний стан	шлюб зареєстровано	абс.	21	34	33	24	33	25	
		%	18,9	27,4	28,9	20,2	27,0	20,3	
	проживає з постійним партнером, шлюб не зареєстровано	абс.	51	48	56	64	74	70	
		%	45,9	38,7	49,1	53,8	60,7	56,9	
	розлучена	абс.	10	15	8	4	7	21	
		%	9,0	12,1	7,0	3,4	5,7	17,1	
	вдова	абс.	2	3	1	2	2	6	
		%	1,8	2,4	0,9	1,7	1,6	4,9	
	інше	абс.	27	24	16	25	6	1	
		%	24,3	19,4	14,0	21,0	4,9	0,8	
	Клінічна стадія ВІЛ-інфекції	I	абс.	106	114	104	112	99	102
			%	95,5	91,9	91,2	94,1	81,1	82,9
II		абс.	1	1	2	2	7	12	
		%	0,9	0,8	1,8	1,7	5,7	9,8	
III		абс.	3	9	3	3	9	6	
		%	2,7	7,3	2,6	2,5	7,4	4,9	
IV		абс.	1	0	5	2	7	3	
		%	0,9	0,0	4,4	1,7	5,7	2,4	
Ступінь ВІЛ-імуносупресії	≥ 500 кл/мкл	абс.	84	88	68	70	63	59	
		%	75,7	71,0	59,6	58,8	51,6	48,0	
	350-499 кл/мкл	абс.	18	26	27	31	27	29	
		%	16,2	21,0	23,7	26,1	22,1	23,6	
	200-349 кл/мкл	абс.	8	7	13	15	16	23	
		%	7,2	5,6	11,4	12,6	13,1	18,7	
	< 200 кл/мкл	абс.	1	3	6	3	16	12	
		%	0,9	2,4	5,3	2,5	13,1	9,8	
Усього		абс.	111	124	114	119	122	123	

Співвідношення мешканок міст і сільської місцевості залишалося доволі стабільним і за останніми даними 2013 р. становило 76 (61,8%) проти 47 (38,2%) жінок відповідно. Характерно, що більшість вагітних проживали у цивільному шлюбі – 70 (56,9%) жінок, і лише 25 (20,3%) жінок – в офіційному. Вагітність для 21 (17,1%) ВІЛ-позитивної жінки була результатом статевих стосунків з партнером поза цивільним або офіційним шлюбом. Станом на 2013 р. переважна кількість вагітних – 114 (92,7%) – знаходилися на першій-другій клінічних стадіях ВІЛ-інфекції. Деяко нижчими були показники відсутності імуносупресії або її легкий ступінь (кількість CD4<sup>+</sup> Т-лімфоцитів ≥ 350 кл/мкл) – 88 (71,5%) жінок.

### 3.2.5. Характеристика показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію в залежності від шляху передачі

Інформація про імовірний шлях інфікування (статевий, парентеральний, інший) фіксується зі слів пацієнта з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію при взятті пацієнта під медичний нагляд. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію зі стратифікацією за шляхом передачі за даними РЕН формується серед осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування (незалежно від терміну його проведення), були взяті під медичний нагляд протягом звітного року та повідомили про той чи інший імовірний шлях інфікування. Ця методика підрахунку має обмеження: 1) значна кількість осіб, яких буде взято під медичний нагляд протягом наступних календарних років після проведення тестування, та 2) неврахування осіб, яких не взято під нагляд.

У межах існуючої системи РЕН інформацію про шляхи інфікування осіб, яких не було взято під медичний нагляд, отримати неможливо. Проте зробити розрахунки показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію з окремими шляхами інфікування на момент отримання позитивного результату тестування є цілком можливим (для осіб, які звернулись по медичний нагляд). Для цього використовувались дані персонального реєстру результатів тестування на ВІЛ-інфекцію в межах СЕМ (ведеться в Херсонській області та деяких інших регіонах України) з доповненням інформацією про ймовірний шлях інфікування цих осіб з персонального реєстру пацієнтів, які знаходяться під медичним наглядом, – реєстру ЛЖВ (наявний в усіх регіонах країни). В Таблиці 8 представлено консолідовані дані реєстру СЕМ щодо року тестування, вікових груп, статі, місця перебування та кодів тестування серед осіб, яких за даними реєстру РЕН було взято під медичний нагляд зі статевим або парентеральним шляхом інфікування або яких не було взято під нагляд (шлях інфікування невідомий).

Основними характеристиками осіб при отриманні позитивного результату тестування на ВІЛ-інфекцію є такі: 1) найбільш представницькою віковою групою серед осіб зі статевим шляхом передачі стабільно була група 25-34 роки – від 106 (39,4%) осіб у 2012 р. до 126 (46,8%) осіб у 2013 р., проте спостерігалось повільне збільшення представництва вікової групи 35 років і старших – до 91 (43,8%) особи у 2013 р.; 2) на відміну від статевого шляху передачі, серед осіб із парентеральним шляхом передачі представництво вікової групи 35 років і старших було найвищим – від 98 (43,8%) осіб у 2013 р. до 48 (62,3%) осіб у 2012 р.; на другому місці була вікова група 25-34 роки – від 26 (33,8%) осіб у 2013 р. до 106 (51,0%) осіб у 2008 р.; 3) подібно до осіб з парентеральним шляхом передачі, серед ЛЖВ, які не знаходяться під медичним наглядом, також переважувала вікова група 35 років і старші – від 98 (43,8%) у 2008 р. до 171 (53,6%) у 2013 р.; 4) серед ЛЖВ зі статевим шляхом передачі у 2013 р. переважали жінки – 162 (60,2%) особи, тоді як серед осіб з парентеральним та невизначеним шляхами передачі більшість становили чоловіки – 71 (92,2%) та 241 (75,5%) особа відповідно; 5) серед усіх груп (статевий, парентеральний та невизначений шляхи) переважали мешканці міст – 195 (72,5%), 62 (80,5%) та 259 (81,2%) осіб відповідно; 6) за останніми даними 2013 р., при обстеженні пацієнтів зі статевим та парентеральним шляхами передачі найбільшу кількість було виявлено за кодом СЕМ 113 (обстеження за клінічними показаннями) – 95 (35,3%) і 34 (44,2%) особи відповідно, а серед осіб, яких не було взято під нагляд, таким виявився код 102 (особи, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин) – 128 (40,1%) осіб.



**Таблиця 8. Консолідовані дані щодо окремих показників серед осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію та взяття під медичний нагляд, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Показник	Стратифікація	Одиниця виміру	Взято під медичний нагляд												Не знаходяться під наглядом (шлях інфікування невідомий)								
			статевий						парентеральний						2008	2009	2010	2011	2012	2013			
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008	2009	2010	2011	2012	2013									
до 17 включно		абс.	1	2	1	3	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		%	0,4	0,8	0,3	1,0	0,0%	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
18-24		абс.	56	65	53	37	34	29	11	14	13	7	3	3	20	30	24	16	10	22			
		%	22,0	25,3	18,0	12,8	12,6	10,8	5,3	7,5	7,5	4,2	2,3	3,9	8,9	12,7	11,8	8,4	5,3	6,9			
25-34		абс.	119	115	135	131	106	126	106	89	72	72	58	26	104	85	86	82	83	126			
		%	46,7	44,7	45,8	45,3	39,4	46,8	51,0	47,6	41,6	43,1	44,3	33,8	46,4	35,9	42,4	42,9	44,1	39,5			
35+		абс.	79	75	106	118	129	108	91	84	88	88	70	48	98	121	93	93	95	171			
		%	31,0	29,2	35,9	40,8	48,0	40,1	43,8	44,9	50,9	52,7	53,4	62,3	43,8	51,1	45,8	48,7	50,5	53,6			
Стать	чоловіча	абс.	90	89	114	103	109	107	179	168	160	153	124	71	145	186	145	136	145	241			
		%	35,3	34,6	38,6	35,6	40,5	39,8	86,1	89,8	92,5	91,6	94,7	92,2	64,7	78,5	71,4	71,2	77,1	75,5			
Стать	жіноча	абс.	165	168	181	186	160	162	29	19	13	14	7	6	79	51	58	55	43	78			
		%	64,7	65,4	61,4	64,4	59,5	60,2	13,9	10,2	7,5	8,4	5,3	7,8	35,3	21,5	28,6	28,8	22,9	24,5			
Місце перебування	у місті	абс.	161	174	188	201	176	195	166	155	141	135	105	62	179	177	154	144	153	259			
		%	63,1	67,7	63,7	69,6	65,4	72,5	79,8	82,9	81,5	80,8	80,2	80,5	79,9	74,7	75,9	75,4	81,4	81,2			
Місце перебування	у селі	абс.	94	83	107	88	93	74	42	32	32	32	26	15	45	60	49	47	35	60			
		%	36,9	32,3	36,3	30,4	34,6	27,5	20,2	17,1	18,5	19,2	19,8	19,5	20,1	25,3	24,1	24,6	18,6	18,8			
101		абс.	23	27	27	23	39	30	5	9	16	4	10	8	5	9	4	5	10	12			
		%	9,0	10,5	9,2	8,0	14,5	11,2	2,4	4,8	9,2	2,4	7,6	10,4	2,2	3,8	2,0	2,6	5,3	3,8			
102		абс.	0	0	0	1	0	0	42	35	25	30	30	19	12	12	24	23	19	128			
		%	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	20,2	18,7	14,5	18,0	22,9	24,7	5,4	5,1	11,8	12,0	10,1	40,1			
103	Код обстеження	абс.	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2			
		%	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,6			
104		абс.	22	17	14	19	4	13	3	3	2	0	1	2	17	10	6	7	3	6			
		%	8,6	6,6	4,7	6,6	1,5	4,8	1,4	1,6	1,2	0,0	0,8	2,6	7,6	4,2	3,0	3,7	1,6	1,9			
105		абс.	2	0	1	2	3	11	1	0	1	0	0	0	0	1	0	4	1	5			
		%	0,8	0,0	0,3	0,7	1,1	4,1	0,5	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	2,1	0,5	1,6			

**Таблиця 8. Консолідовані дані щодо окремих показників серед осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію та взяття під медичний нагляд, Херсонська область, 2008-2013 р.р. (продовження)**

Показник	Стратифікація	Одиниця виміру	Взято під медичний нагляд												Не знаходяться під наглядом (шлях інфікування невідомий)					
			статевий						парентеральний						2008	2009	2010	2011	2012	2013
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008	2009	2010	2011	2012	2013						
109		абс.	64	70	53	49	50	56	1	0	3	2	0	1	11	7	7	7	2	1
		%	25,1	27,2	18,0	17,0	18,6	20,8	0,5	0,0	1,7	1,2	0,0	1,3	4,9	3,0	3,4	3,7	1,1	0,3
112		абс.	1	1	0	3	3	5	61	59	53	46	24	9	58	71	60	48	62	1
		%	0,4	0,4	0,0	1,0	1,1	1,9	29,3	31,6	30,6	27,5	18,3	11,7	25,9	30,0	29,6	25,1	33,0	0,3
113		абс.	61	61	90	78	119	95	59	49	50	57	58	34	43	69	33	44	62	96
		%	23,9	23,7	30,5	27,0	44,2	35,3	28,4	26,2	28,9	34,1	44,3	44,2	19,2	29,1	16,3	23,0	33,0	30,1
інші		абс.	82	81	110	114	51	36	32	23	28	28	8	4	78	58	69	52	29	68
		%	32,2	31,5	37,3	39,4	19,0	21,2	17,3	17,1	13,3	16,8	6,1	5,2	34,8	24,5	34,0	27,2	15,4	21,3
<b>Усього</b>		<b>абс.</b>	<b>255</b>	<b>257</b>	<b>295</b>	<b>289</b>	<b>269</b>	<b>208</b>	<b>187</b>	<b>173</b>	<b>167</b>	<b>131</b>	<b>77</b>	<b>224</b>	<b>237</b>	<b>203</b>	<b>191</b>	<b>188</b>	<b>319</b>	
		<b>%</b>	<b>37,1</b>	<b>37,7</b>	<b>44,0</b>	<b>44,7</b>	<b>45,7</b>	<b>30,3</b>	<b>27,5</b>	<b>25,8</b>	<b>25,8</b>	<b>22,3</b>	<b>11,6</b>	<b>32,6</b>	<b>34,8</b>	<b>30,3</b>	<b>29,5</b>	<b>32,0</b>	<b>48,0</b>	

\* – у таблиці наведено дані, отримані у 2008-2013 р.р. як складова процедури тестування на ВІЛ-інфекцію (вікова група, стать, місце перебування, код тестування) серед осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію та доповнені інформацією, яку було отримано під час взяття під медичний нагляд (повідомлення про статевий або парентеральний шлях інфікування), або інформацією про незнаходження під медичним наглядом (відсутність інформації про шлях інфікування ВІЛ).

В Таблиці 9 представлено консолідовані дані РЕН щодо вікових груп, статі, місця перебування, кодів тестування, клінічної стадії та ступеня ВІЛ-імуносупресії на момент взяття під медичний нагляд в залежності від імовірного шляху інфікування. Детальні характеристики ЛЖВ у порівнянні з інформацією з інших джерел проаналізовано в наступних розділах.

**Таблиця 9. Окремі показники серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим та парентеральним шляхами передачі віком 15+, за даними РЕН, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Показник	Стратифікація	Одиниця виміру	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
			статевий	парентеральний	статевий	парентеральний	статевий	парентеральний	статевий	парентеральний	статевий	парентеральний	статевий	парентеральний
Вікова група	до 17 включно	абс.	1	1	3	0	1	0	5	0	0	0	0	6
		%	0,4	0,4	1,1	0,0	0,3	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	5,2
	18-24	абс.	52	11	64	13	57	8	44	15	33	6	36	2
		%	20,5	4,7	22,6	6,6	18,9	5,3	14,1	4,9	12,0	3,2	10,9	1,7
	25-34	абс.	122	129	132	93	107	63	134	129	111	81	153	39
		%	48,0	55,1	46,6	47,0	35,4	42,0	42,8	42,3	40,4	43,8	46,5	33,6
35+	абс.	79	93	84	92	137	79	130	161	131	98	140	69	
	%	31,1	39,7	29,7	46,5	45,4	52,7	41,5	52,8	47,6	53,0	42,6	59,5	
Стать	чоловіча	абс.	90	204	98	173	117	135	117	282	114	169	136	107
		%	35,4	87,2	34,6	87,4	38,7	90,0	37,4	92,5	41,5	91,4	41,3	92,2
	жіноча	абс.	164	30	185	25	185	15	196	23	161	16	193	9
		%	64,6	12,8	65,4	12,6	61,3	10,0	62,6	7,5	58,5	8,6	58,7	7,8
Місце перебування	у місті	абс.	148	201	187	159	203	123	217	256	182	150	233	92
		%	58,3	85,9	66,1	80,3	67,2	82,0	69,3	83,9	66,2	81,1	70,8	79,3
	у селі	абс.	106	33	96	39	99	27	96	49	93	35	96	24
		%	41,7	14,1	33,9	19,7	32,8	18,0	30,7	16,1	33,8	18,9	29,2	20,7
Код обстеження	101	абс.	30	5	30	8	33	2	24	6	37	12	37	7
		%	11,8	2,1	10,6	4,0	10,9	1,3	7,7	2,0	13,5	6,5	11,5	6,2
	102	абс.	0	46	0	50	0	46	1	64	3	44	3	32
		%	0,0	19,7	0,0	25,3	0,0	30,7	0,3	21,0	1,1	23,8	0,9	28,3
	103	абс.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
	104	абс.	20	3	23	4	19	1	21	2	4	0	20	2
		%	7,9	1,3	8,1	2,0	6,3	0,7	6,7	0,7	1,5	0,0	6,2	1,8
	105	абс.	4	0	0	1	1	1	2	0	2	0	12	
		%	1,6	0,0	0,0	0,5	0,3	0,7	0,6	0,0	0,7	0,0	3,7	0,0
	109	абс.	67	2	76	0	55	1	53	3	54	1	60	1
		%	26,4	0,9	26,9	0,0	18,2	0,7	16,9	1,0	19,6	0,5	18,6	0,9
	112	абс.	0	80	4	34	0	25	3	127	3	37	5	21
		%	0,0	34,2	1,4	17,2	0,0	16,7	1,0	41,6	1,1	20,0	1,6	18,6
	113	абс.	59	66	61	52	92	48	83	71	114	67	115	45
		%	23,2	28,2	21,6	26,3	30,5	32,0	26,5	23,3	41,5	36,2	35,7	39,8
116	абс.	38	15	69	21	65	17	76	14	19	5	40	3	
	%	15,0	6,41	24,4	10,6	21,5	11,3	24,2	4,6	6,9	2,7	12,4	2,7	
інші	абс.	36	17	20	28	37	9	50	18	39	19	28	2	
	%	14,2	7,3	7,1	14,1	12,3	6,0	16,0	5,9	14,2	10,3	8,7	1,8	

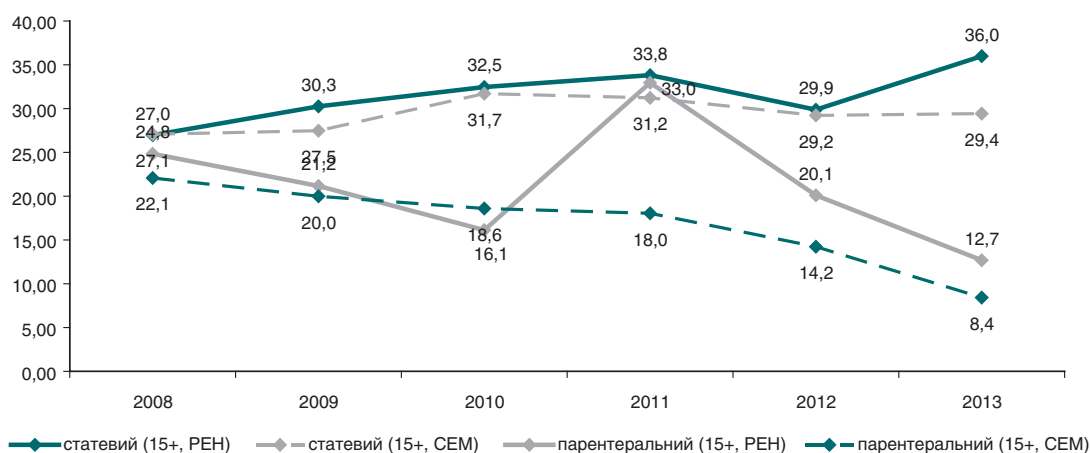
**Таблиця 9. Окремі показники серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим та парентеральним шляхами передачі віком 15+, за даними РЕН, Херсонська область, 2008-2013 р.р. (продовження)**

Показник	Стратифікація	Одиниця виміру	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
			статевий	парентеральний	статевий	парентеральний	статевий	парентеральний	статевий	парентеральний	статевий	парентеральний	статевий	парентеральний
Клінічна стадія ВІЛ-інфекції	I	абс.	203	110	216	97	206	62	211	97	170	81	186	38
		%	79,9	47,0	76,3	49,0	68,2	41,3	67,4	31,8	61,8	43,8	56,5	32,8
	II	абс.	7	14	6	10	11	16	16	18	24	11	25	20
		%	2,8	6,0	2,1	5,1	3,6	10,7	5,1	5,9	8,7	5,9	7,6	17,2
	III	абс.	33	88	45	77	57	46	48	122	37	39	51	25
		%	13,0	37,6	15,9	38,9	18,9	30,7	15,3	40,0	13,5	21,1	15,5	21,6
	IV	абс.	11	22	16	14	28	26	34	68	44	54	67	33
		%	4,3	9,4	5,7	7,1	9,3	17,3	10,9	22,3	16,0	29,2	20,4	28,4
<b>Усього</b>		<b>абс.</b>	<b>254</b>	<b>234</b>	<b>283</b>	<b>198</b>	<b>302</b>	<b>150</b>	<b>313</b>	<b>305</b>	<b>275</b>	<b>185</b>	<b>322</b>	<b>113</b>
		<b>%</b>	<b>52,0</b>	<b>48,0</b>	<b>58,8</b>	<b>41,2</b>	<b>66,8</b>	<b>33,2</b>	<b>50,6</b>	<b>49,4</b>	<b>59,8</b>	<b>40,2</b>	<b>74,0</b>	<b>26,0</b>
Ступінь ВІЛ-імуносупресії	≥ 500 кл/мкл	абс.	135	56	112	52	148	27	161	85	111	33	119	22
		%	70,7	38,4	58,0	37,4	69,8	27,8	65,7	36,8	56,6	26,6	50,2	28,2
	350-499 кл/мкл	абс.	19	12	24	15	17	13	13	15	24	18	20	15
		%	9,9	8,2	12,4	10,8	8,0	13,4	5,3	6,5	12,2	14,5	8,4	19,2
	200-349 кл/мкл	абс.	24	64	41	57	36	39	42	78	23	22	41	12
		%	12,6	43,8	21,2	41,0	17,0	40,2	17,1	33,8	11,7	17,7	17,3	15,4
	< 200 кл/мкл	абс.	13	14	16	15	11	18	29	53	38	51	57	29
		%	6,8	9,6	8,3	10,8	5,2	18,6	11,8	22,9	19,4	41,1	24,1	37,2
<b>Усього</b>		<b>абс.</b>	<b>191</b>	<b>146</b>	<b>193</b>	<b>139</b>	<b>212</b>	<b>97</b>	<b>245</b>	<b>231</b>	<b>196</b>	<b>124</b>	<b>237</b>	<b>78</b>
		<b>%</b>	<b>56,7</b>	<b>43,3</b>	<b>58,1</b>	<b>41,9</b>	<b>68,6</b>	<b>31,4</b>	<b>51,5</b>	<b>48,5</b>	<b>61,3</b>	<b>38,8</b>	<b>75,2</b>	<b>24,8</b>

Головними ознаками осіб при їх узятті під медичний нагляд у 2013 р. були такі: 1) ЛЖВ зі статевим шляхом передачі переважно відносилися до вікової групи 25-34 роки – 153 (46,5%) особи, а з парентеральним шляхом передачі – до вікової групи 35 років і старші – 69 (59,5%) осіб; 2) серед ЛЖВ зі статевим шляхом передачі переважали жінки – 193 (58,7%) особи, а серед ЛЖВ з парентеральним шляхом передачі переважну більшість становили чоловіки – 107 (92,2%) осіб; 3) більшість пацієнтів зі статевим та парентеральним шляхами передачі мешкають у містах – 233 (70,8%) та 92 (79,3%) особи відповідно; 4) більшість пацієнтів було виявлено за кодом 113 (обстеження за клінічними показаннями) – 115 (35,7%) та 45 (39,8%) осіб для статевого та парентерального шляхів відповідно; 5) у більшості ЛЖВ зі статевим шляхом передачі було діагностовано першу клінічну стадію ВІЛ-інфекції – 186 (56,5%) осіб, ця ж стадія була найбільш представленою серед осіб із парентеральним шляхом передачі, але мала менші значення – 38 (32,8%) осіб; 6) відсутність ВІЛ-імуносупресії (як ознака недавнього інфікування) була більш притаманною пацієнтам зі статевим шляхом передачі – 119 (50,2%) осіб, ніж ЛЖВ з парентеральним шляхом, серед яких найбільше встановлювалася важка ВІЛ-імуносупресія (тобто тривалий час після інфікування) – 22 (28,2%) особи.

При порівнянні показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію за результатами РЕН та СЕМ очевидно, що протягом 2008-2013 р.р. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію зі статевим шляхом передачі за даними РЕН постійно збільшувався та досяг свого максимального значення у 2013 р. – 329 випадків (36,0 на 100 тис. постійного населення віком 15 років і старших) (Рис. 11). Навпаки, показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію з парентеральним шляхом передачі за даними РЕН мав тенденцію до зниження і у 2013 р. сягнув свого мінімуму – 116 випадків (12,7 на 100 тис.)

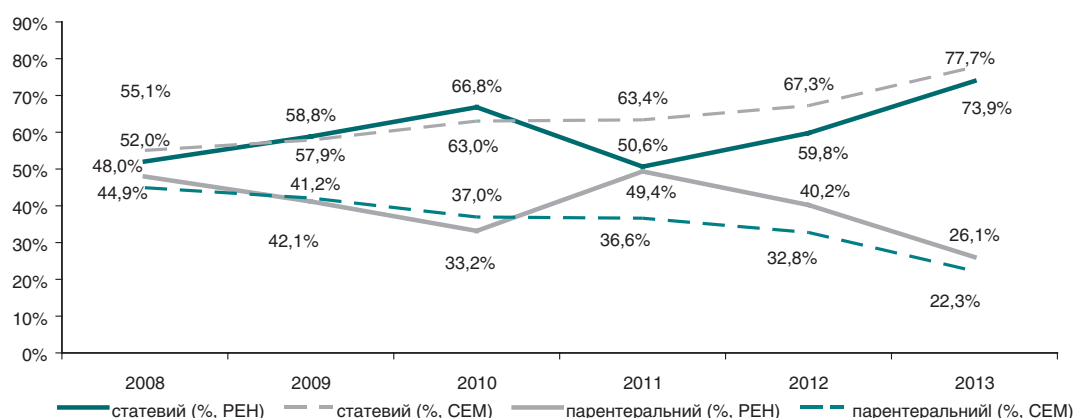
Відповідні показники за даними СЕМ мали дещо нижчі та стабільніші значення в порівнянні з результатами РЕН. У 2013 р. показник захворюваності зі статевим шляхом передачі становив 269 випадків (29,4 на 100 тис. постійного населення віком 15 років і старші) проти 77 випадків (8,4 на 100 тис.) з парентеральним шляхом передачі.



**Рис. 11. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в залежності від шляху передачі, за результатами СЕМ та РЕН, серед населення віком 15+, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

У 2010 р. показник парентерального шляху інфікування за даними СЕМ перевищив аналогічний показник за даними РЕН за рахунок таких факторів: 1) велика кількість осіб, які у 2010 р. мали позитивний результат тестування на ВІЛ-інфекцію та яких протягом цього року не було взято під медичний нагляд; 2) відносно невелика кількість осіб, яких у 2010 р. було взято під медичний нагляд, серед тих, хто мав позитивний результат тестування протягом попередніх років.

Як демонструє Рис. 12, співвідношення статевого та парентерального шляхів передачі протягом 2008, 2011-2013 р.р. було вищим за результатами СЕМ, ніж за даними РЕН. Це підкреслює більшу інформативність даних СЕМ, ніж показників РЕН.

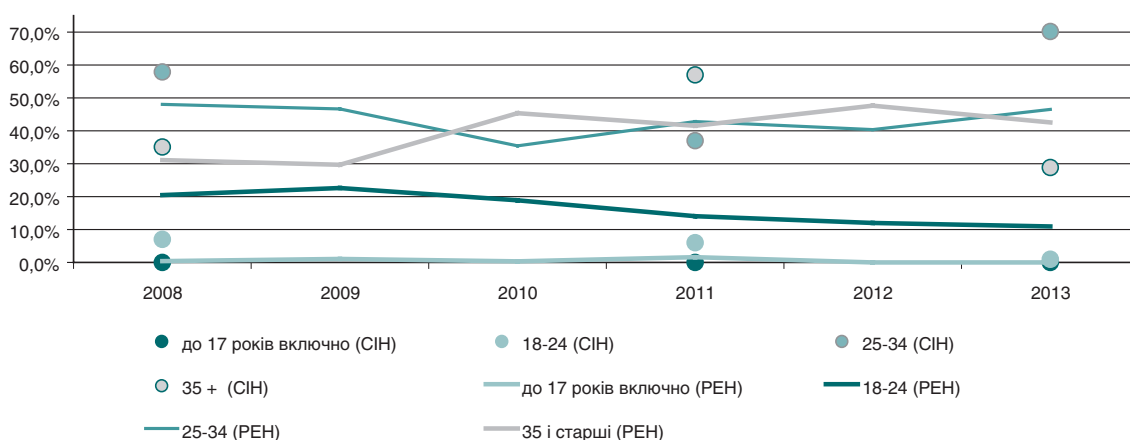


**Рис. 12. Співвідношення шляхів інфікування ВІЛ за результатами СЕМ та РЕН серед населення віком 15+, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

З огляду на тенденції розвитку епідемічного процесу (перехід від переважно парентерального до статевому шляху передачі), більш тривалий термін взяття під медичний нагляд серед СІН та погіршення стану здоров'я як один із основних факторів звернення по медичну допомогу, можна припустити, що певна кількість осіб, інфікування яких па-

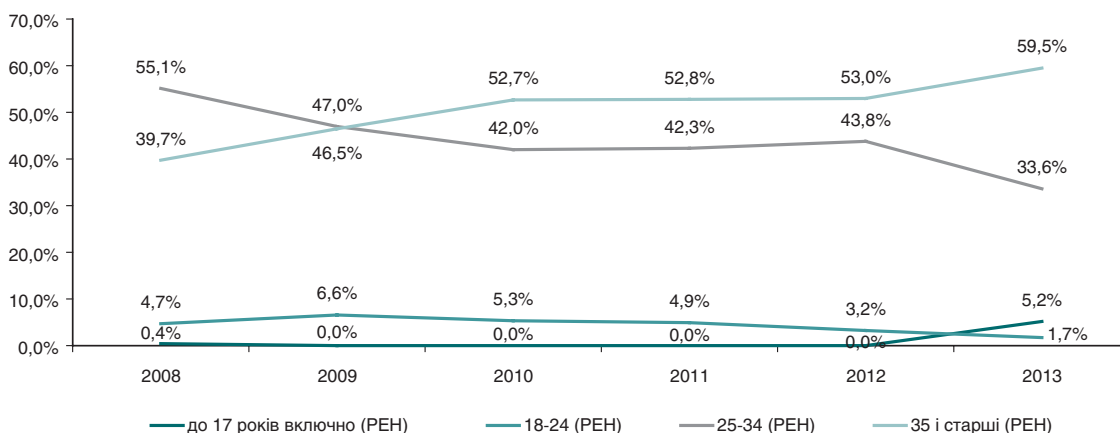
рентеральним шляхом сталося кілька років тому, протягом останніх років звертаються по медичну допомогу у зв'язку з погіршенням стану здоров'я.

На Рис. 13 представлено порівняння вікових характеристик серед окремих груп ЛЖВ за даними двох джерел: 1) нові випадки ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі за даними РЕН; 2) СНІ за результатами ДЕН. У 2013 р. найбільша кількість осіб відносилася до вікової групи 25-34 роки – 70,2% серед СНІ за результатами ДЕН та 46,5% серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі за даними РЕН. Проте внесок вікової групи 35 років і старших серед нових випадків за даними РЕН також мав високі значення, а у 2010 та 2012 р.р. перевищував кількість осіб у віковій групі 25-34 роки. Перехрест відсотка вікових груп і вихід у 2011 р. вікової групи 35 років і старших серед СНІ на перше місце за кількістю (57,0% за даними ДЕН) можуть бути пов'язані з особливостями формування вибірки цього року. Тенденція до зниження внеску молодшої вікової групи (18-24 роки) спостерігалась серед СНІ (за даними ДЕН) та нових випадків ВІЛ-інфекції (за даними РЕН) відповідно до 1,0% та 10,9% у 2013 р.



**Рис. 13. Співвідношення вікових груп серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі за даними РЕН, а також серед ВІЛ-інфікованих СНІ за даними ДЕН, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Співвідношення вікових груп серед пацієнтів з парентеральним шляхом передачі ВІЛ-інфекції за даними РЕН демонструє більш чітку, ніж статевий шлях, тенденцію до збільшення внеску найстаршої вікової групи (35 років і старші), аж до його максимального значення – 59,5% у 2013 р. (Рис. 14).



**Рис. 14. Співвідношення вікових груп серед нових випадків ВІЛ-інфекції з парентеральним шляхом передачі за результатами РЕН, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

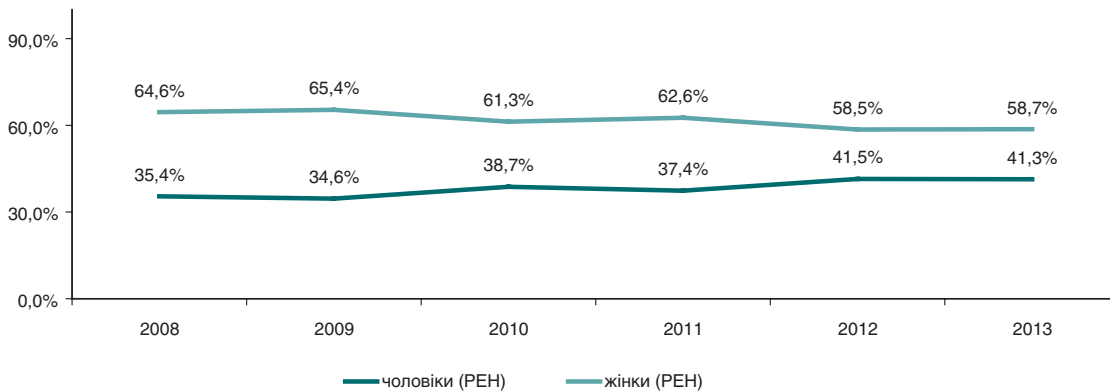
Навпаки, відсоток пацієнтів молодшого віку (25-34 та 18-24 роки) у 2013 р. зменшився до 33,6% та 1,7% відповідно. Це може свідчити про зниження рівня «істинної захворюваності» на ВІЛ-інфекцію з парентеральним шляхом передачі.

Протягом 2008-2013 р.р. мало місце певне збільшення відсотка нових випадків з парентеральним шляхом передачі у віковій групі до 17 років – 0,4-5,2%. Проте їх низьке значення в абсолютних показниках – 1-6 випадків – не дозволяє робити однозначних висновків.

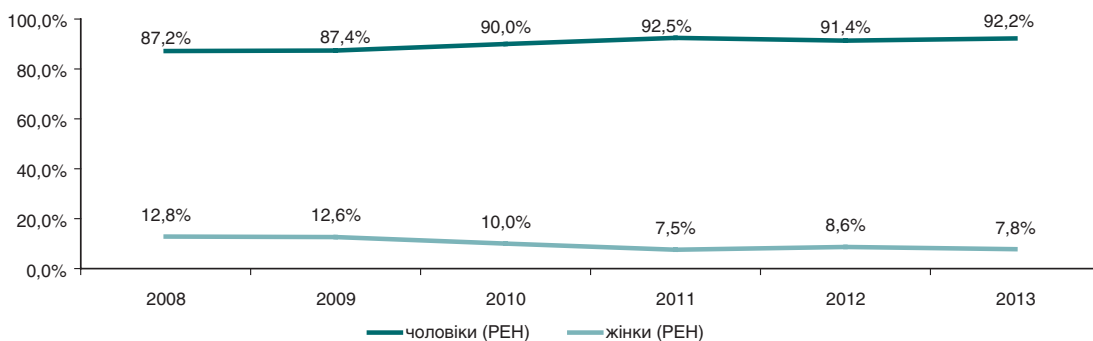
Очевидним є той факт, що серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі за результатами РЕН більшість становлять жінки, проте їх внесок постійно зменшувався аж до мінімальних значень у 2012 та 2013 р.р. – 58,5 та 58,7% відповідно (Рис. 15). В той же час відсоток чоловіків серед нових випадків ВІЛ-інфекції збільшився до 41,3%. Серед нових випадків з парентеральним шляхом передачі, навпаки, переважають чоловіки; їх частка протягом 2011-2013 р.р. збільшилась до 91,4-92,5% (Рис. 16).

Протягом 2008-2013 р.р. частка мешканців міст серед нових випадків зі статевим шляхом передачі ВІЛ-інфекції постійно збільшувалась і у 2013 р. досягла свого максимуму – 70,8% (Рис. 17). Серед ВІЛ-позитивних вагітних (незалежно від терміну встановлення діагнозу) також спостерігалася тенденція до збільшення кількості мешканок міст, проте у 2013 р. їх відсоток дещо знизився та становив 61,8%.

Мешканці міст також становили більшість серед нових випадків з парентеральним шляхом передачі, проте, на відміну від статевого шляху інфікування, їх частка повільно зменшувалася аж до досягнення мінімуму – 79,3% – у 2013 р. (Рис.18).

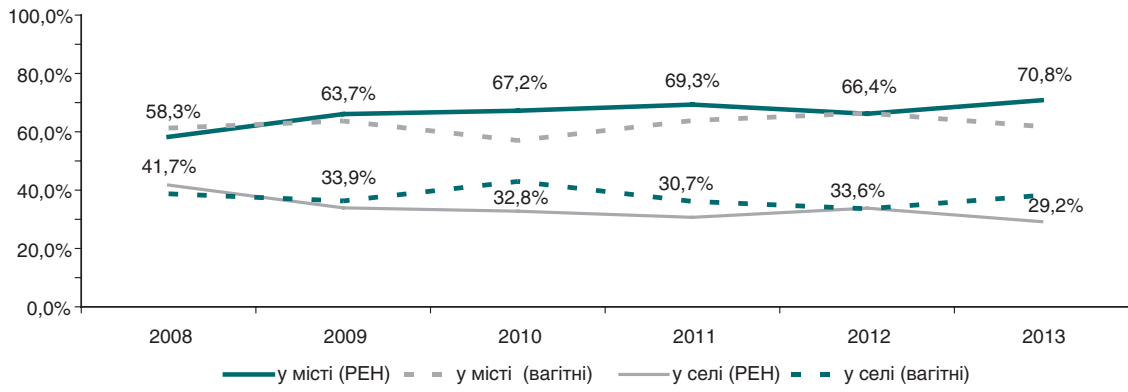


**Рис. 15. Співвідношення чоловіків і жінок серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі за результатами РЕН, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

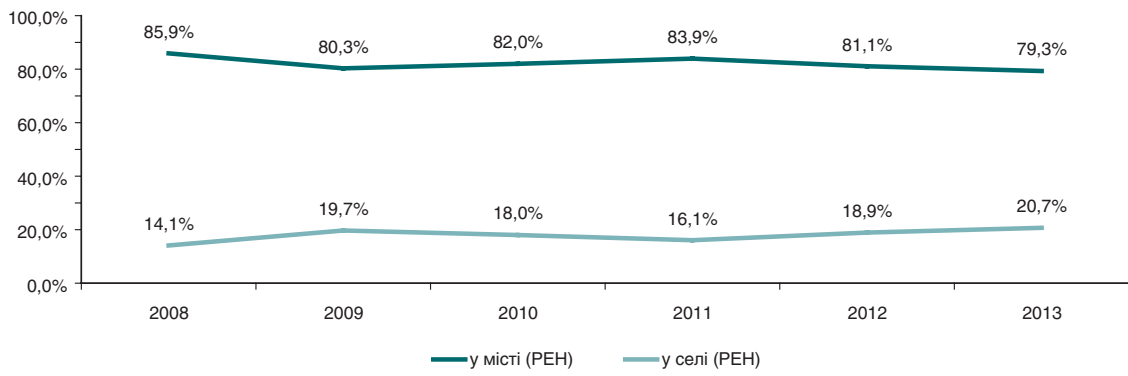


**Рис. 16. Співвідношення чоловіків і жінок серед нових випадків ВІЛ-інфекції з парентеральним шляхом передачі за результатами РЕН, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

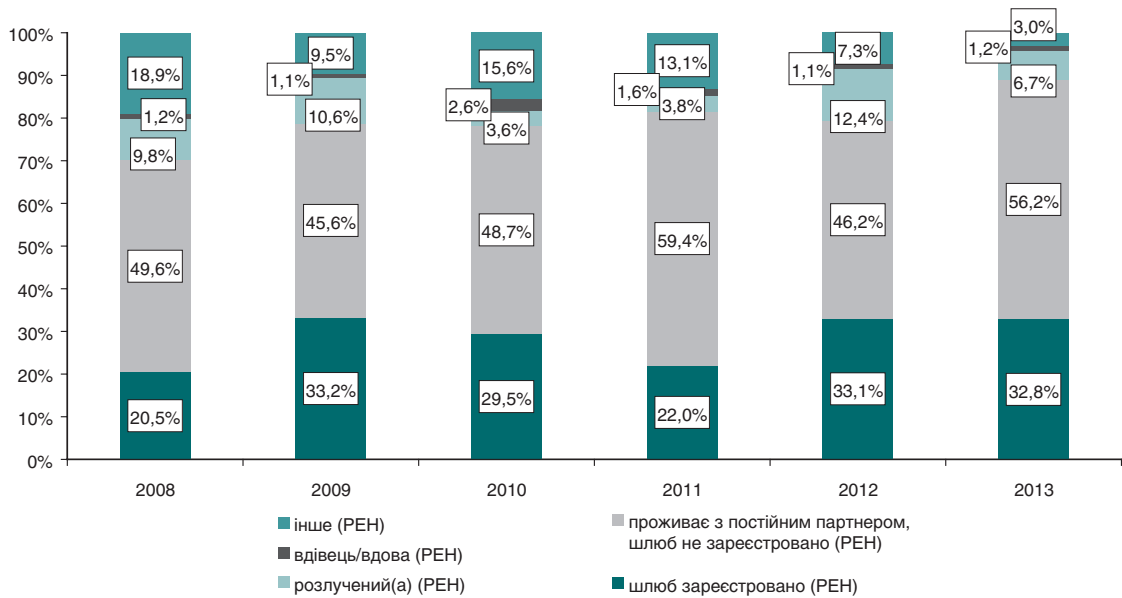




**Рис. 17. Співвідношення мешканців міської та сільської місцевості серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі за результатами РЕН, а також серед ВІЛ-інфікованих вагітних, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**



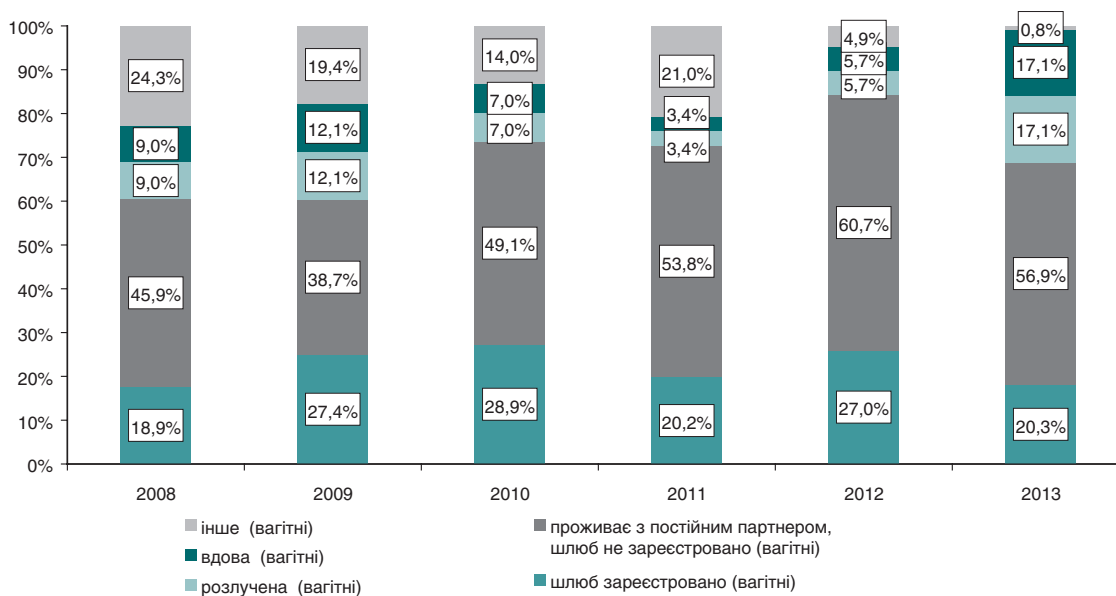
**Рис. 18. Співвідношення мешканців міської та сільської місцевості серед нових випадків ВІЛ-інфекції з парентеральним шляхом передачі за результатами РЕН, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**



**Рис. 19. Показники сімейного стану серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі, за результатами РЕН, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**



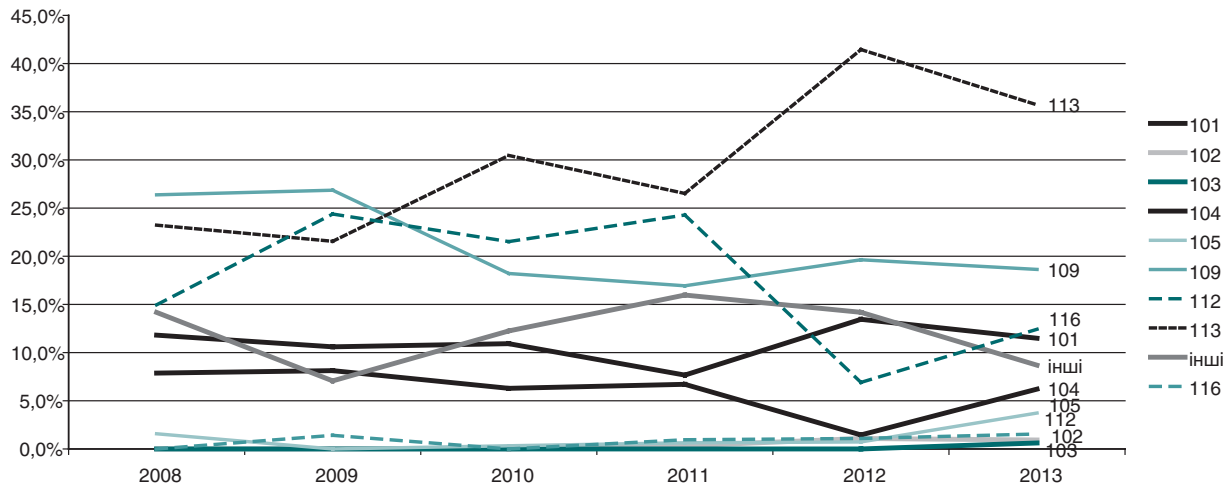
Що стосується сімейного стану осіб серед нових випадків зі статевим шляхом передачі, то більшість із них, як і серед ВІЛ-позитивних вагітних (незалежно від терміну встановлення діагнозу), станом на 2013 р. проживали у цивільному шлюбі – 56,2 та 56,9% відповідно (Рис. 19, 20). Відсоток осіб цієї категорії у 2008-2013 р.р. постійно збільшувався. Відсоток осіб у зареєстрованому шлюбі протягом останніх шести років теж суттєво збільшився – з 20,5% до 32,8% у 2008 та 2013 р.р. відповідно. Серед ВІЛ-позитивних вагітних цей показник за аналогічний період збільшився лише на 1,4%. Крім того, спостерігалось збільшення відсотка представників категорії «вдова» серед вагітних до його максимального значення – 17,1% у 2013 р. Відсоток осіб інших категорій сімейного стану протягом 2008-2013 р.р. постійно зменшувався. Якщо, як уже йшлося, серед нових випадків ВІЛ-інфекції більшу частку становлять особи, котрі перебувають у цивільному шлюбі, то більшість серед ЖКС та СІН (81,3% та 57,7% відповідно, за даними ДЕН 2013 р.) не мали постійного партнера незалежно від свого сімейного стану. Серед ЧСЧ, за даними ДЕН 2103 р., більшість (84,7%) повідомили, що ніколи не були одружені. Суттєва частка СІН, за даними ДЕН 2013 р., перебували у цивільному або офіційному шлюбі – 27,6% та 13,8% відповідно.



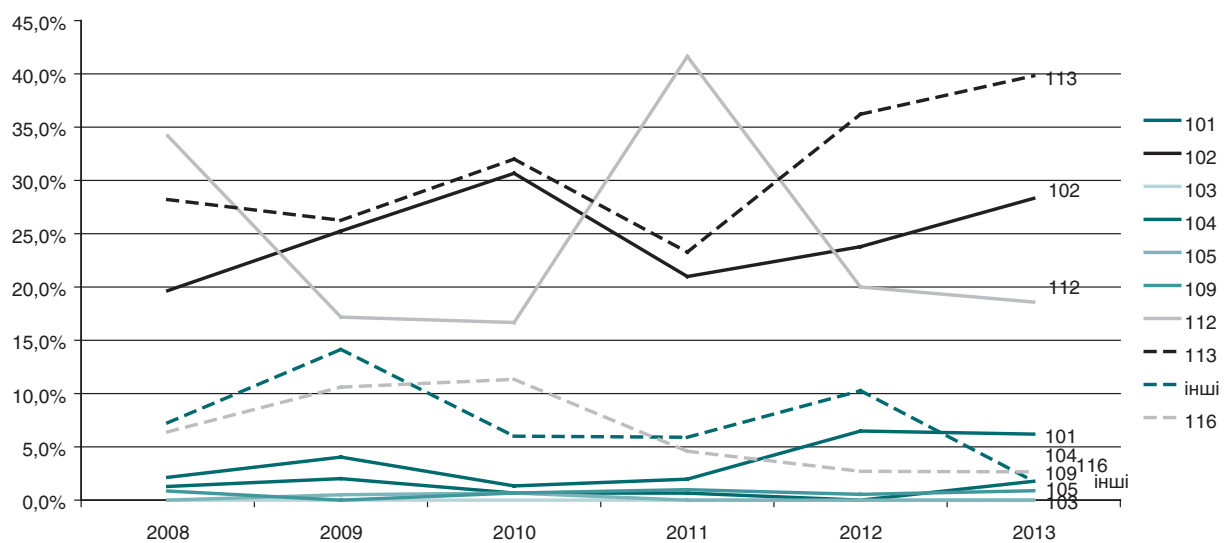
**Рис. 20. Показники сімейного стану серед ВІЛ-інфікованих вагітних, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Більшу частку осіб серед нових випадків ВІЛ-інфекції було виявлено за кодом 113 (обстеження за клінічними показаннями) як для статевого (35,7%), так і для парентерального (39,8%) шляхів інфікування (Рис. 21, 22). На другому місці за кількістю нових випадків зі статевим шляхом інфікування був код 109 (вагітні) – 18,6%, третім виявився код 116 (особи, обстежені з власної ініціативи) – 12,4% і четвертим – код 101 (статеві партнери ЛЖВ) – 11,5%. Усього при тестуванні за цими кодами було виявлено переважну більшість осіб зі статевим шляхом передачі – 78,2%.

Крім коду 113, особи з парентеральним шляхом передачі найчастіше виявлялися за кодами 102 (особи, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин) – 28,3% та 112 (особи, які перебувають у місцях позбавлення волі, в тому числі слідчих ізоляторах) – 18,6%. Сумарно при тестуванні за цими трьома кодами СЕМ було виявлено більшість нових випадків ВІЛ-інфекції з парентеральним шляхом передачі – 86,7%.



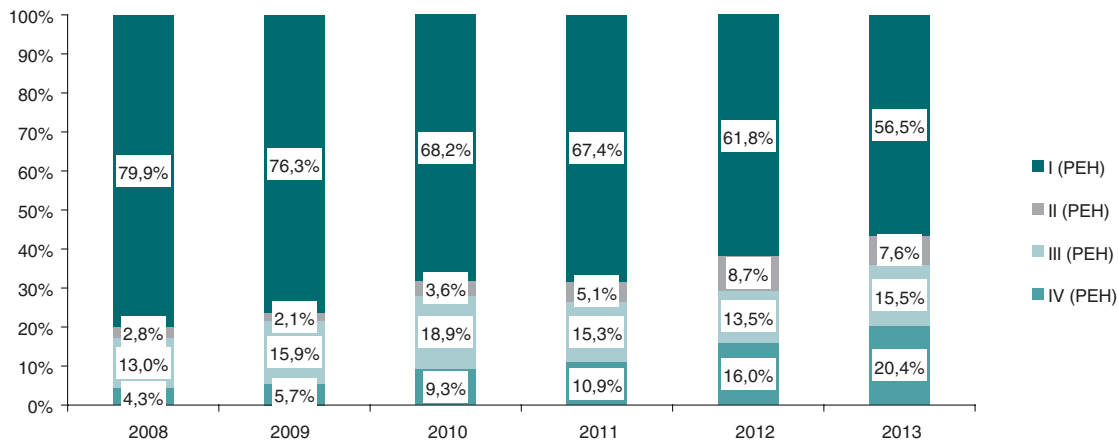
**Рис. 21.** Співвідношення кодів тестування серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі, за даними РЕН, Херсонська область, 2008-2013 р.р.



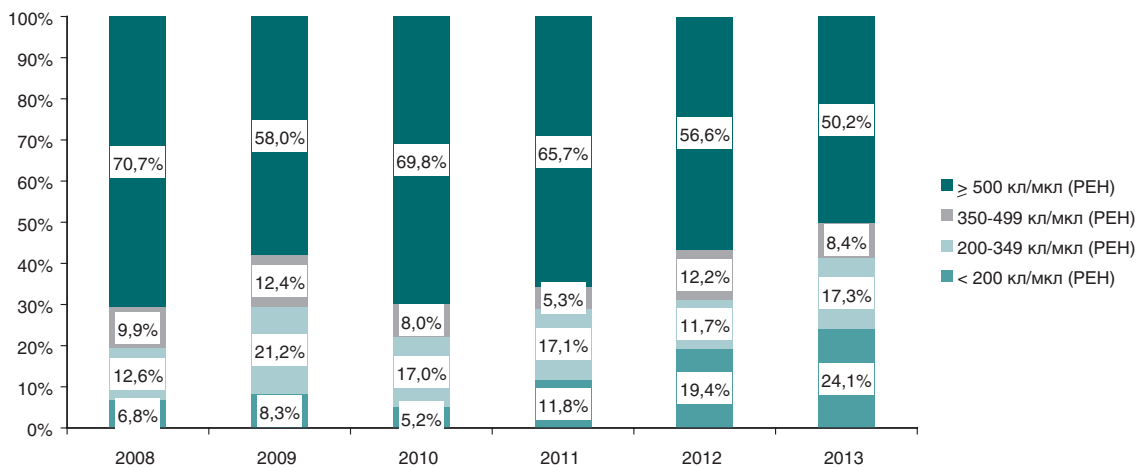
**Рис. 22.** Співвідношення кодів тестування серед нових випадків ВІЛ-інфекції з парентеральним шляхом передачі, за даними РЕН, Херсонська область, 2008-2013 р.р.

Протягом останніх шести років спостерігалось поступове зменшення кількості осіб зі статевим шляхом передачі, яких було взято під медичний нагляд на початковій – першій клінічній стадії ВІЛ-інфекції – 79,9% та 56,5% у 2008 і 2013 р.р. відповідно (Рис. 23). Частка другої та третьої клінічних стадій, навпаки, дещо збільшилась і у 2013 р. становила 7,6% та 15,5% відповідно. Відсоток осіб, які мали четверту стадію ВІЛ-інфекції, виріс найбільше – з 4,3% у 2008 р. до 20,4% у 2013 р.

Тенденції та значення імунологічних стадій ВІЛ-інфекції, схожі з клінічними, спостерігались у 2013 р. серед осіб зі статевим шляхом передачі – 50,2%, 8,4%, 17,3% та 24,1% для осіб з I-IV стадіями ВІЛ-імуносупресії відповідно (Рис. 24). В цілому імунологічні показники демонстрували нижчі значення, ніж клінічні. Це пояснюється більшою значущістю та об'єктивністю оцінки прогресування ВІЛ-інфекції за рівнем CD4<sup>+</sup> Т-лімфоцитів, ніж за клінічним станом.



**Рис. 23. Співвідношення клінічних стадій ВІЛ-інфекції серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**



**Рис. 24. Співвідношення імунологічних стадій ВІЛ-інфекції серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

У Таблиці 10 представлено окремі характеристики нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі з розподілом за статтю. Так, станом на 2013 р. частка представників старшої вікової групи (35 років і старші) серед чоловіків була значно вищою, ніж серед жінок – 52,9% проти 35,2%. Серед жінок найбільше представництво мала вікова група 25-34 роки – 50,8%. У 2008-2013 р.р. частка молодшої вікової групи (18-24 роки) зменшилася з 28,0% до 14,0% серед жінок і практично не змінилася серед чоловіків. Крім 2011 р., коли було зареєстровано 5 нових випадків ВІЛ-інфекції серед жінок віком до 17 років, впродовж інших років представники цієї вікової категорії у межах РЕН не реєструвались.

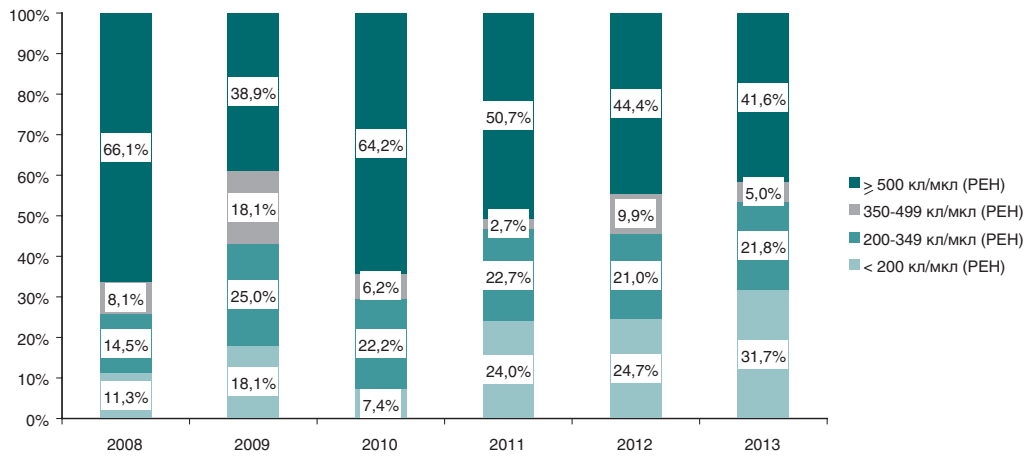
Останнім часом чоловіки й жінки мали приблизно однаковий розподіл за місцем перебування: у 2013 р. 72,1% чоловіків мешкали у містах проти 69,9% серед жінок. Звертає на себе увагу тенденція до збільшення відсотка чоловіків – мешканців міст із 48,9% до 69,9% у 2008 та 2013 р.р. відповідно.

Протягом 2008-2013 р.р. відсоток осіб, які мали першу (початкову) клінічну стадію ВІЛ-інфекції, зменшився як серед чоловіків (з 72,2% до 46,8%), так і серед жінок (з 84,1% до 63,7%). Серед чоловіків спостерігалось різке збільшення відсотка осіб, у яких було діагностовано ВІЛ-інфекцію на четвертій (останній) стадії, – з 4,4% у 2008 р. до 28,7% у 2013 р. Серед жінок аналогічне зростання було дещо меншим – з 4,3% до 14,5%.

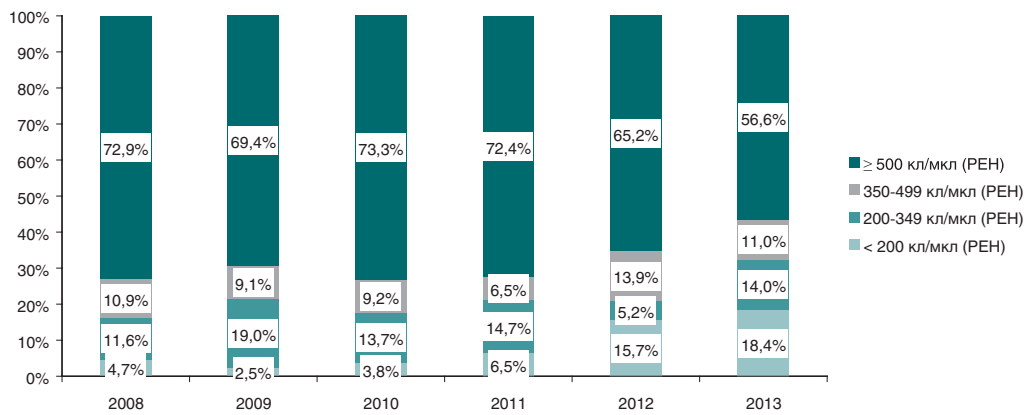
**Таблиця 10. Окремі показники серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі серед осіб віком 15+, з розподілом за статтю, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Показник	Стратифікація	Одиниця виміру	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
			чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Вікова група	до 17 включно	абс.	1	0	0	3	0	1	0	5	0	0	0	0
		%	1,1	0,0	0,0	1,6	0,0	0,5	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0
	18-24	абс.	6	46	3	61	14	43	10	34	4	29	9	27
		%	6,7	28,0	3,1	33,0	12,0	23,2	8,5	17,3	3,5	18,0	6,6	14,0
	25-34	абс.	41	81	55	77	30	87	48	86	45	66	55	98
		%	45,6	49,4	56,1	41,6	25,6	47,0	41,0	43,9	39,5	41,0	40,4	50,8
35+	абс.	42	37	40	44	73	54	59	71	65	66	72	68	
	%	46,7	22,6	40,8	23,8	62,4	29,2	50,4	36,2	57,0	41,0	52,9	35,2	
Мешкає	у місті	абс.	44	104	66	121	83	120	84	133	69	113	98	135
		%	48,9	63,4	67,3	65,4	70,3	65,2	71,8	67,9	60,5	70,2	72,1	69,9
	у селі	абс.	46	60	32	64	35	64	33	63	45	48	38	58
		%	51,1	36,6	32,7	34,6	29,7	34,8	28,2	32,1	39,5	29,8	27,9	30,1
Клінічна стадія ВІЛ-інфекції	I	абс.	65	138	68	146	72	134	70	145	60	110	63	123
		%	72,2	84,1	69,4	78,9	61,0	72,8	59,8	74,0	52,6	68,3	46,3	63,7
	II	абс.	2	5	0	6	3	8	5	11	8	16	5	20
		%	2,2	3,0	0,0	3,2	2,5	4,3	4,3	5,6	7,0	9,9	3,7	10,4
	III	абс.	19	14	20	25	31	26	23	25	23	14	29	22
		%	21,1	8,5	20,4	13,5	26,3	14,1	19,7	12,8	20,2	8,7	21,3	11,4
	IV	абс.	4	7	9	7	12	16	19	15	23	21	39	28
		%	4,4	4,3	9,2	3,8	10,2	8,7	16,2	7,7	20,2	13,0	28,7	14,5
Наявність маркерів ВГС	так	абс.	18	35	37	32	35	33	64	36	31	25	11	7
		%	20,0	21,3	37,8	17,3	29,7	17,9	54,7	18,4	27,2	15,5	8,1	3,6
	ні	абс.	62	123	52	145	73	143	45	156	75	123	119	181
		%	68,9	75,0	53,1	78,4	61,9	77,7	38,5	79,6	65,8	76,4	87,5	93,8
	невідомо	абс.	10	6	9	8	10	8	8	4	8	13	6	5
		%	11,1	3,7	9,2	4,3	8,5	4,3	6,8	2,0	7,0	8,1	4,4	2,6
<b>Усього</b>		абс.	<b>90</b>	<b>164</b>	<b>98</b>	<b>185</b>	<b>118</b>	<b>184</b>	<b>117</b>	<b>196</b>	<b>114</b>	<b>161</b>	<b>136</b>	<b>193</b>
		%	<b>35,4</b>	<b>64,6</b>	<b>34,6</b>	<b>65,4</b>	<b>39,1</b>	<b>60,9</b>	<b>37,4</b>	<b>62,6</b>	<b>41,5</b>	<b>58,5</b>	<b>41,3</b>	<b>58,7</b>
Ступінь ВІЛ-імуносупресії	≥ 500 кл/мкл	абс.	41	94	28	84	52	96	38	123	36	75	42	77
		%	66,1	72,9	38,9	69,4	64,2	73,3	50,7	72,4	44,4	65,2	41,6	56,6
	350-499 кл/мкл	абс.	5	14	13	11	5	12	2	11	8	16	5	15
		%	8,1	10,9	18,1	9,1	6,2	9,2	2,7	6,5	9,9	13,9	5,0	11,0
	200-349 кл/мкл	абс.	9	15	18	23	18	18	17	25	17	6	22	19
		%	14,5	11,6	25,0	19,0	22,2	13,7	22,7	14,7	21,0	5,2	21,8	14,0
	< 200 кл/мкл	абс.	7	6	13	3	6	5	18	11	20	18	32	25
		%	11,3	4,7	18,1	2,5	7,4	3,8	24,0	6,5	24,7	15,7	31,7	18,4
<b>Усього</b>		абс.	<b>62</b>	<b>129</b>	<b>72</b>	<b>121</b>	<b>81</b>	<b>131</b>	<b>75</b>	<b>170</b>	<b>81</b>	<b>115</b>	<b>101</b>	<b>136</b>
		%	<b>32,5</b>	<b>67,5</b>	<b>37,3</b>	<b>62,7</b>	<b>38,2</b>	<b>61,8</b>	<b>30,6</b>	<b>69,4</b>	<b>41,3</b>	<b>58,7</b>	<b>42,6</b>	<b>57,4</b>

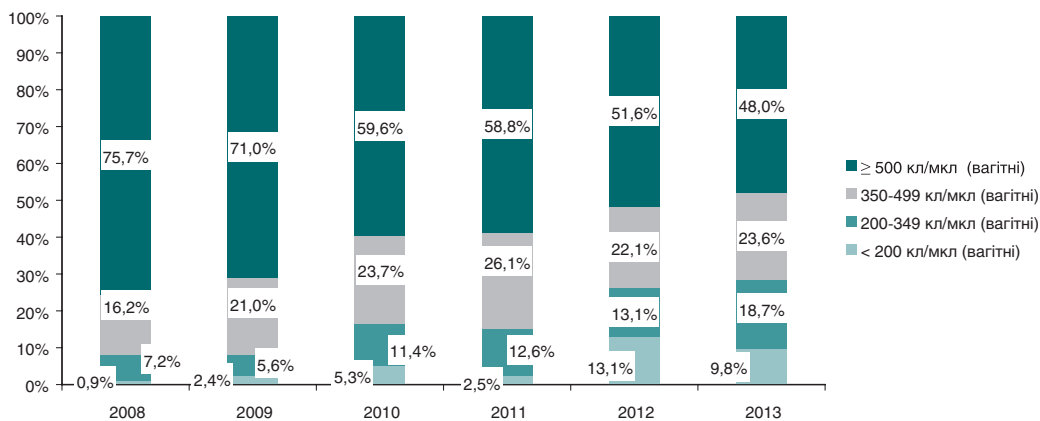
Якщо порівнювати імунологічні характеристики нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі окремо серед чоловіків, серед жінок та серед ВІЛ-позитивних вагітних, то видно, що чоловіки мали найгірші показники (Рис. 25-27).



**Рис. 25. Співвідношення імунологічних стадій ВІЛ-інфекції серед нових випадків ВІЛ-інфекції в осіб чоловічої статі зі статевим шляхом передачі, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**



**Рис. 26. Співвідношення імунологічних стадій ВІЛ-інфекції серед нових випадків ВІЛ-інфекції в осіб жіночої статі зі статевим шляхом передачі, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**



**Рис. 27. Співвідношення імунологічних стадій ВІЛ-інфекції серед ВІЛ-позитивних вагітних, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Так, частка третьої та четвертої стадій серед чоловіків у 2013 р. сумарно становила 53,5%. Навпаки, частка першої (початкової) стадії була найвищою серед нових випадків осіб жіночої статі – 56,6%. Частка четвертої (термінальної) стадії була найменшою серед ВІЛ-позитивних вагітних – 9,8%. Загалом протягом 2008-2013 р.р. імунологічні характеристики представників усіх наведених груп погіршувалися.

### 3.2.6. Характеристика хібно класифікованих нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі

Інформація про ймовірний шлях інфікування (статевий або парентеральний) та, відповідно, показники захворюваності серед осіб з окремими шляхами передачі мають декілька обмежень щодо їх об'єктивності. По-перше, це суб'єктивна інформація, що фіксується зі слів пацієнта при взятті під медичний нагляд. Серед осіб, які мають досвід споживання ін'єкційних наркотиків та одночасно практикують ризиковану статеву поведінку, встановлення імовірного шляху інфікування є досить складним завданням. Крім того, багато осіб бажають приховати певні особливості своєї поведінки. Отже, одним з основних обмежень інформації про ймовірний статевий шлях інфікування є можливість врахування осіб, які насправді могли інфікуватися парентеральним шляхом.

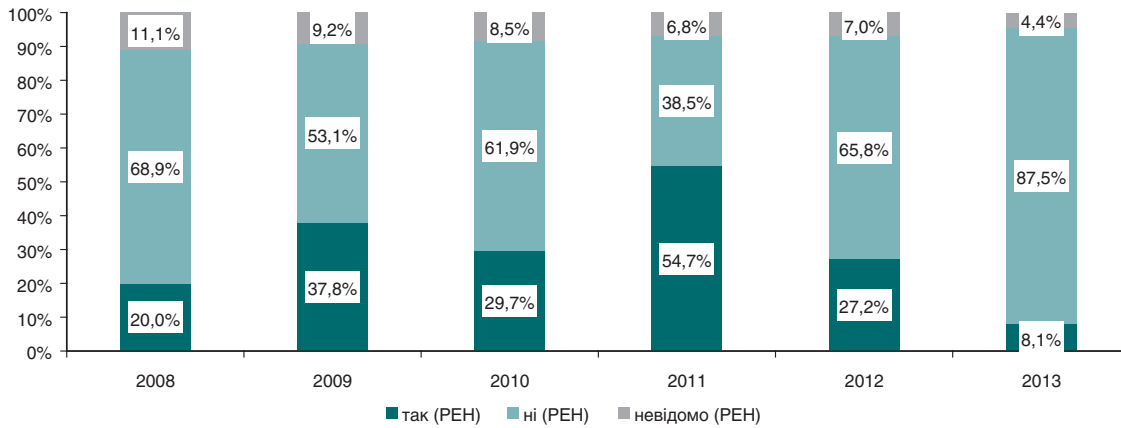
По-друге, інформація про ймовірний шлях інфікування збирається при взятті під медичний нагляд, а не після проведення тестування, яке мало позитивний результат. Отже, певний відсоток осіб при взятті під медичний нагляд через тривалий час після тестування можуть не пам'ятати, яку саме ризиковану поведінку вони практикували перед проходженням тестування. З цим пов'язане і третє обмеження: інфікування великої кількості осіб, які звертаються по взяття під медичний нагляд, мало місце за декілька років до цього, судячи з імунологічних характеристик. Четверте обмеження полягає в тому, що існуюча система РЕН враховує шляхи передачі не тільки серед осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування протягом звітного року, але й серед осіб, які проходили тестування у попередні роки та яких було взято під нагляд протягом звітного року.

По-п'яте, іноді має вплив людський фактор, коли медичний працівник може суб'єктивно віднести особу з минулим досвідом споживання наркотиків до осіб з парентеральним шляхом передачі або вагітну жінку – до випадку зі статевим шляхом передачі.

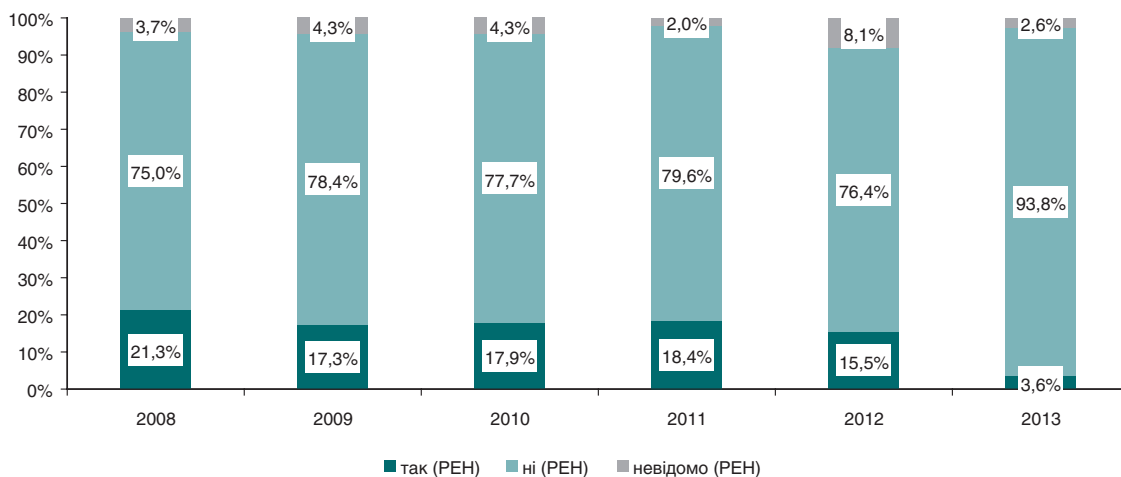
По-шосте, певна кількість осіб із позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію ніколи не повідомлять про ймовірний шлях інфікування у зв'язку з їхньою смертю, переїздом, відмовою від взяття під медичний нагляд тощо. Тому якщо щорічна кількість ЛЖВ, яких не взято під медичний нагляд, є достатньо великою, інформація про співвідношення шляхів передачі може бути некоректною.

В будь-якому випадку, наразі не існує інших прямих рутинних методів отримання інформації щодо шляхів інфікування серед нових випадків ВІЛ-інфекції. Тому дані про ймовірний шлях інфікування, які зараз збираються, мають важливе значення для розуміння епідемії, проте отримання та інтерпретація цієї інформації мають враховувати вищезгадані обмеження.

Одним із методів встановлення кількості осіб з парентеральним шляхом інфікування, хібно врахованих як нові випадки зі статевим шляхом передачі, є аналіз наявності серед цих пацієнтів серологічних маркерів ВГС. Певний відсоток осіб, у яких виявлено серологічні маркери ВГС та які повідомили про статевий шлях передачі, насправді міг бути інфікований парентеральним шляхом (Рис. 28, 29).



**Рис. 28. Відсоток виявлення серологічних маркерів ВГС серед нових випадків ВІЛ-інфекції в осіб чоловічої статі зі статевим шляхом передачі ВІЛ, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**



**Рис. 29. Відсоток виявлення серологічних маркерів ВГС серед нових випадків ВІЛ-інфекції в осіб жіночої статі зі статевим шляхом передачі ВІЛ, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Відсоток таких осіб серед чоловіків був вищим, ніж серед жінок, і протягом 2008-2013 р.р. коливався від 8,1% у 2013 р. до 54,7% у 2011 р. Серед жінок кількість таких осіб постійно знижувалася і у 2013 р. досягла свого мінімального значення – 3,6%.

### 3.2.7. Характеристика осіб, яких не було взято під медичний нагляд

Протягом 2008-2013 р.р. кількість осіб з підтвердженим позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, яких не було взято під медичний нагляд, не було враховано в показниках захворюваності та у яких не було визначено їхній шлях інфікування, становила 1 362 особи.

Система СЕМ та РЕН надає обмежені дані щодо осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, яких не було взято під медичний нагляд, зокрема, вік, стать, місце перебування, код тестування та причина невзяття під медичний нагляд.

З метою з'ясування можливого розподілу шляхів інфікування серед цих осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, яких не було взято під медичний нагляд, та, відповідно, рівня залучення цієї групи до розвитку епідемії ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі, наявні дані щодо цієї категорії ЛЖВ було систематизовано та додатково проаналізовано (Таблиця 11).



Серед причин невзяття під медичний нагляд 90 (6,6%) та 77 (5,7%) випадків відповідно становили знаходження на обліку раніше та хибнопозитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію. Тобто 167 (12,3%) осіб з позитивним результатом тестування не можуть у подальшому бути віднесеними до нових випадків ВІЛ-інфекції. Причини невзяття під медичний нагляд у більшості випадків не було визначено, або це були інші окремі причини, сумарно – 718 (52,7%) осіб.

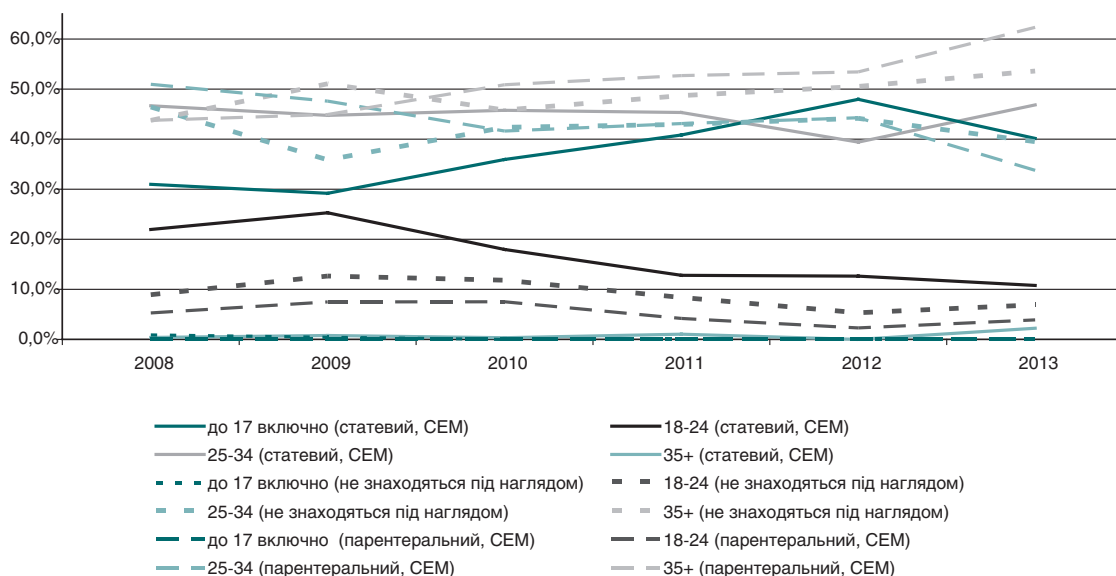
**Таблиця 11. Консолідовані дані щодо причин невзяття під медичний нагляд, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Показник	Стратифікація	Одиниця виміру	Причина невзяття під нагляд						Разом
			смерть	вибуття в інший регіон	знаходження на обліку раніше	хибно-позитивний результат	не було взято під нагляд з невідомих причин	інші	
Вікова група	до 17	абс.	0	0	0	2	1	0	3
		%	0,0	0,0	0,0	2,6	0,3	0,0	0,2
	18-24	абс.	11	27	16	15	33	20	122
		%	5,1	10,3	17,8	19,5	10,4	5,0	9,0
	25-34	абс.	47	163	36	19	138	163	566
		%	21,9	62,2	40,0	24,7	43,5	40,6	41,6
35+	абс.	157	72	38	41	145	218	671	
	%	73,0	27,5	42,2	53,2	45,7	54,4	49,3	
Стать	чоловіча	абс.	139	156	45	42	215	401	998
		%	64,7	59,5	50,0	54,5	67,8	100,0	73,3
	жіноча	абс.	76	106	45	35	102	0	364
		%	35,3	40,5	50,0	45,5	32,2	0,0	26,7
Місце перебування	місто	абс.	146	188	65	40	226	401	1066
		%	67,9	71,8	72,2	51,9	71,3%	100,0	78,3
	село	абс.	69	74	25	37	91	0	296
		%	32,1	28,2	27,8	48,1	28,7	0,0	21,7
Код тестування	101	абс.	4	16	0	3	22	0	45
		%	1,9	6,1	0,0	3,9	6,9	0,0	3,3
	102	абс.	18	39	12	3	42	104	218
		%	8,4	14,9	13,3	3,9	13,2	25,9	16,0
	103	абс.	0	0	1	0	2	0	3
		%	0,0	0,0	1,1	0,0	0,6	0,0	0,2
	104	абс.	2	16	7	10	14	0	49
		%	0,9	6,1	7,8	13,0	4,4	0,0	3,6
	105	абс.	0	3	1	0	7	0	11
		%	0,0	1,2	1,1	0,0	2,2	0,0	0,8
	109	абс.	2	12	11	9	1	0	35
		%	0,9	4,6	12,2	11,7	0,3	0,0	2,6
	112	абс.	1	0	2	0	0	297	300
		%	0,5	0,0	2,2	0,0	0,0	74,1	22,0
	113	абс.	129	61	28	28	101	0	347
		%	60,0	23,3	31,1	36,4	31,9	0,0	25,5
інші	абс.	59	115	28	24	128	0	354	
	%	27,4	43,9	31,1	31,2	40,4	0,0	26,0	
Усього	абс.	215	262	90	77	317	401	1362	
	%	15,8	19,2	6,6	5,7	23,3	29,4	100,0	

Серед причин невзяття під медичний нагляд смерть становила 215 (15,5%) випадків. Тобто померлі особи з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію не звернулись по медичний нагляд, тому їх не було й не буде враховано в показниках захворюваності, поширеності та смертності.

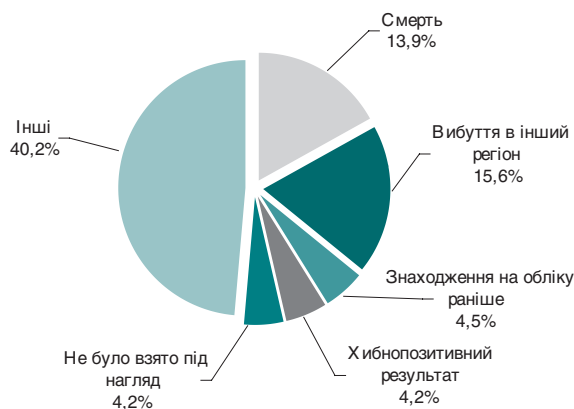
Більша частка осіб, яких не було взято під медичний нагляд, відносилась до вікових груп 25-34 та 35 років і старші – 566 (41,6%) та 671 (49,3%) осіб відповідно. Переважну більшість осіб, яких не було взято під медичний нагляд, склали чоловіки – 998 (73,3%) осіб та мешканці міст – 1 066 (78,3%) осіб. Основними кодами СЕМ серед осіб, яких не було взято під медичний нагляд, були 113 (обстеження за клінічними показаннями), 112 (особи, які перебувають у місцях позбавлення волі, в тому числі слідчих ізоляторах) та 102 (особи, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин) – 347 (25,5%), 300 (22,0%) та 218 (16,0%) осіб відповідно.

При порівнянні вікових груп серед нових випадків ВІЛ-інфекції за результатами СЕМ (даних щодо шляху їх інфікування за результатами РЕН), а також серед осіб, яких не було взято під медичний нагляд (Рис. 30), очевидними є такі факти: 1) серед осіб, яких не було взято під медичний нагляд, постійно збільшується та є найбільш чисельною вікова група 35 років і старші, аж до досягнення у 2013 р. максимального значення – 53,6% (аналогічний відсоток серед осіб із парентеральним шляхом інфікування був дещо вищим – 62,3% – і значно нижчим для випадків зі статевим шляхом – 40,1%); 2) протягом 2010-2012 р.р. показники внеску вікової групи 25-34 роки серед осіб, яких не було взято під медичний нагляд, та кількості осіб із парентеральним шляхом передачі практично не відрізнялися; 3) відсоток осіб 18-24 років серед осіб, яких не було взято під медичний нагляд, постійно зменшувався та мав проміжне значення між більш високим значенням цього показника серед осіб з парентеральним шляхом передачі та меншим показником серед осіб зі статевим шляхом; 4) внесок наймолодшої вікової групи (віком до 17 років) мав мінімальні значення серед усіх груп порівняння.

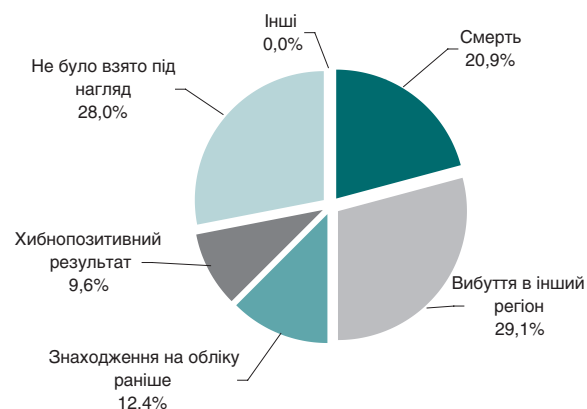


**Рис. 30. Співвідношення вікових груп серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим та парентеральним шляхами передачі за результатами СЕМ та серед осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, яких не було взято під медичний нагляд, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Причини невзяття під медичний нагляд мали суттєві розбіжності щодо чоловіків та жінок (Рис. 31, 32). Якщо серед чоловіків переважали такі причини, як невзяття під нагляд з інших окремих причин (незавершена процедура взяття під нагляд, відмова, невзяття під медичний нагляд під час перебування в ув'язненні тощо), вибуття в інший регіон та смерть – 40,2%, 15,6% та 13,9% відповідно, то серед жінок мав місце більш рівномірний розподіл між п'ятьма основними причинами та відсутність інших окремих причин. Жінки характеризувались значно більшим, ніж чоловіки, відсотком осіб, які вибули в інший регіон, – 29,1%, яких не взято на облік з невідомих причин – 28,0% або померлих – 20,9%. Відсоток осіб, які на момент звернення вже знаходились під медичним наглядом або мали хибнопозитивний результат підтверджувального тестування, був вищим серед жінок: 12,4% та 9,6% відповідно проти 4,5% та 4,2% серед чоловіків.

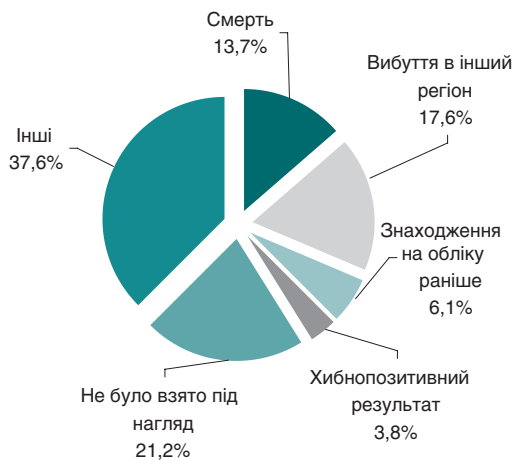


**Рис. 31. Консолідовані дані щодо причин невзяття під медичний нагляд осіб чоловічої статі з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

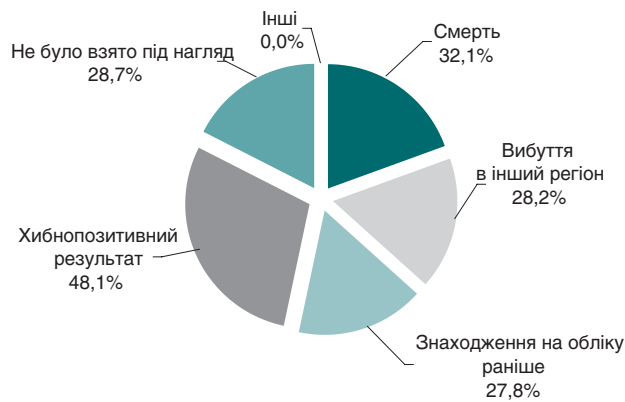


**Рис. 32. Консолідовані дані щодо причин невзяття під медичний нагляд осіб жіночої статі з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

При порівнянні мешканців міст і сільської місцевості також спостерігалися певні відмінності, більш рівномірний розподіл між п'ятьма основними причинами та відсутність внеску інших окремих причин (Рис. 33, 34).



**Рис. 33. Консолідовані дані щодо причин невзяття під медичний нагляд мешканців міст із позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**



**Рис. 34. Консолідовані дані щодо причин невзяття під медичний нагляд мешканців сільської місцевості з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Відсоток осіб, які при зверненні по медичну допомогу вже знаходились на обліку або мали хибнопозитивний результат тестування, серед мешканців сільської місцевості сягнув 12,4% та 9,6% відповідно.

Отже, судячи з наданої інформації, серед осіб з позитивним результатом тестування, яких не було взято під медичний нагляд, є багато таких, які не є новими випадками ВІЛ-інфекції або яких вже не можна буде врахувати у відповідних показниках захворюваності з причин смерті або переїзду до іншого регіону. Решта у своїй більшості відноситься до осіб з парентеральним шляхом передачі.

### 3.2.8. Окремі характеристики джерел інфікування ВІЛ

Що стосується оцінки потенційного джерела для подальшого поширення ВІЛ-інфекції, то протягом 2008-2013 р.р. кількість ЛЖВ тільки за даними РЕН збільшилась на 71,2% – з 1 929 до 3 300 осіб (Таблиця 12). При цьому кількість чоловіків збільшилась на 55,0% (з 1 170 до 1 814 осіб), а зростання кількості жінок-ЛЖВ становило 95,8% (з 759 до 1 486 осіб).

**Таблиця 12. Окремі показники поширеності ВІЛ-інфекції серед населення віком 15+, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Рік	Одиниця виміру	Разом	Стать		Місце перебування	
			чоловіки	жінки	місто	село
2008	абс.	1 929	1 170	759	1 361	568
	%		60,7	39,3	70,6	29,4
2009	абс.	2 216	1 275	941	1 557	659
	%		57,5	42,5	70,3	29,7
2010	абс.	2 486	1 414	1 072	1 757	729
	%		56,9	43,1	70,7	29,3
2011	абс.	2 836	1 611	1 225	2 008	825
	%		56,8	43,2	70,8	29,1
2012	абс.	3 003	1 683	1 320	2 122	881
	%		56,0	44,0	70,7	29,3
2013	абс.	3 300	1 814	1 486	2 346	954
	%		55,0	45,0	71,1	28,9

Протягом останніх шести років мешканці міст становили переважну більшість від зареєстрованої кількості ЛЖВ, при цьому співвідношення мешканці міст/мешканці сіл практично не змінилось. Станом на кінець 2013 р. кількість мешканців міст становила 2 349 (71,1%) осіб проти 954 (28,9%) осіб, які мешкають у сільській місцевості.

Крім осіб, яких було узято під медичний нагляд, велику кількість осіб із позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію у 1987-2013 р.р. не було взято під медичний нагляд та не враховано в показниках поширеності ВІЛ-інфекції. У зв'язку з необхідністю збору додаткових даних показники поширеності ВІЛ-інфекції за результатами СЕМ не розраховувалися.

Що стосується оціночної кількості ЛЖВ, то у 2013 р. вона перевищувала показник РЕН майже удвічі (6 441 та 3 300 осіб відповідно).

Одним із можливих методів оцінки потенційних джерел інфікування є аналіз ВІЛ-статусу та шляхів інфікування статевих партнерів серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі за даними РЕН (Таблиця 13). Так, було з'ясовано, що станом на 2013 р. переважна більшість жінок серед нових випадків зі статевим

шляхом передачі також мали статевого партнера з відомим позитивним ВІЛ-статусом – 72,5%. Серед чоловіків аналогічний показник становив 68,4%. Більше того, серед 140 чоловіків, які є статевими партнерами ВІЛ-позитивних жінок, 66 (47,1%) осіб також було інфіковано ВІЛ статевим шляхом. Жінки або чоловіки, які є статевими партнерами ВІЛ-позитивних чоловіків, мали позитивний ВІЛ-статус зі статевим шляхом передачі майже у третині випадків – 34,4%.

З парентеральним шляхом інфікування було зареєстровано 21 (22,6%) особу – ВІЛ-позитивні статеві партнери чоловіків та 37 (26,4%) осіб – ВІЛ-позитивні статеві партнери жінок.

Таким чином, 34,2% ВІЛ-позитивних жінок зі статевим шляхом інфікування мали партнера, який теж повідомив про статевий шлях інфікування. Аналогічний показник для чоловіків становив 23,5%.

**Таблиця 13. Окремі характеристики партнерів нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі віком 15+, з розподілом за статтю, Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Показник	Стратифікація	Одиниця виміру	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
			чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
ВІЛ-статус партнера	позитивний	абс.	56	106	54	123	83	136	77	149	68	113	93	140
		%	62,2	64,6	55,1	66,5	70,3	73,9	65,8	76,0	59,6	70,2	68,4	72,5
	негативний	абс.	18	16	23	18	14	13	23	16	17	18	22	20
		%	20,0	9,8	23,5	9,7	11,9	7,1	19,7	8,2	14,9	11,2	16,2	10,4
	невідомо	абс.	16	42	21	44	21	35	17	31	29	30	21	33
		%	17,8	25,6	21,4	23,8	17,8	19,0	14,5	15,8	25,4	18,6	15,4	17,1
<b>Усього</b>		<b>абс.</b>	<b>90</b>	<b>164</b>	<b>98</b>	<b>185</b>	<b>118</b>	<b>184</b>	<b>117</b>	<b>196</b>	<b>114</b>	<b>161</b>	<b>136</b>	<b>193</b>
		<b>%</b>	<b>35,4</b>	<b>64,6</b>	<b>34,6</b>	<b>65,4</b>	<b>39,1</b>	<b>60,9</b>	<b>37,4</b>	<b>62,6</b>	<b>41,5</b>	<b>58,5</b>	<b>41,3</b>	<b>58,7</b>
Шлях інфікування ВІЛ-позитивного партнера	статевий	абс.	17	19	14	35	39	53	21	68	22	56	32	66
		%	30,4	17,9	25,9	28,5	47,0	39,0	27,3	45,6	32,4	49,6	34,4	47,1
	при вживанні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом	абс.	10	56	18	59	13	46	17	37	20	29	21	37
		%	17,9	52,8	33,3	48,0	15,7	33,8	22,1	24,8	29,4	25,7	22,6	26,4
	шлях інфікування не встановлено	абс.	29	31	22	29	31	37	39	44	26	28	40	37
		%	51,8	29,2	40,7	23,6	37,3	27,2	50,6	29,5	38,2	24,8	43,0	26,4
<b>Усього</b>		<b>абс.</b>	<b>56</b>	<b>106</b>	<b>54</b>	<b>123</b>	<b>83</b>	<b>136</b>	<b>77</b>	<b>149</b>	<b>68</b>	<b>113</b>	<b>93</b>	<b>140</b>
		<b>%</b>	<b>34,6</b>	<b>65,4</b>	<b>30,5</b>	<b>69,5</b>	<b>37,9</b>	<b>62,1</b>	<b>34,1</b>	<b>65,9</b>	<b>37,6</b>	<b>62,4</b>	<b>39,9</b>	<b>60,1</b>

19,2% ВІЛ-позитивних жінок зі статевим шляхом інфікування мали партнера, який повідомив про парентеральний шлях інфікування. Аналогічний показник для чоловіків становив 15,4%.

Аналіз відповідних показників серед ВІЛ-позитивних вагітних дозволяє оцінити потенційні джерела інфікування при статевій передачі ВІЛ у жіночу популяцію (Таблиця 14). Так, протягом 2008-2013 р.р. відсоток ВІЛ-позитивних чоловіків, які є статевими партнерами ВІЛ-позитивних вагітних, постійно збільшувався аж до досягнення у 2013 р. максимального значення – 69 (56,1%). Серед цих чоловіків тільки 20,3% було зареєстровано зі статевим шляхом передачі та 26,1% – з парентеральним. У більшості ВІЛ-позитивних партнерів (53,6%) шлях інфікування не було визначено.

**Таблиця 14. Окремі показники серед статевих партнерів ВІЛ-інфікованих вагітних (незалежно від терміну встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція), Херсонська область, 2008-2013 р.р.**

Показник	Стратифікація	Одиниця виміру	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ВІЛ-статус партнера	позитивний	абс.	52	61	56	66	64	69
		%	46,8	49,2	49,1	55,5	52,5	56,1
	негативний	абс.	14	9	12	14	18	21
		%	12,6	7,3	10,5	11,8	14,8	17,1
	невідомо	абс.	45	54	46	39	40	33
		%	40,5	43,5	40,4	32,8	32,8	26,8
<b>Усього</b>		<b>абс.</b>	<b>111</b>	<b>124</b>	<b>114</b>	<b>119</b>	<b>122</b>	<b>123</b>
Якщо ВІЛ-статус статевого партнера позитивний, шлях його інфікування ВІЛ	статевий	абс.	7	11	10	8	22	14
		%	13,5	18,0	17,9	12,1	34,4	20,3
	при вживанні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом	абс.	23	17	10	11	16	18
		%	44,2	27,9	17,9	16,7	25,0	26,1
	шлях інфікування не встановлено	абс.	22	33	36	47	26	37
		%	42,3	54,1	64,3	71,2	40,6	53,6
<b>Усього</b>		<b>абс.</b>	<b>52</b>	<b>61</b>	<b>56</b>	<b>66</b>	<b>64</b>	<b>69</b>

Таким чином, 11,4% ВІЛ-позитивних вагітних мали партнера, який повідомив про статевий шлях інфікування, а 14,6% – про парентеральний.

### 3.2.9. Тенденції розвитку епідемічного процесу ВІЛ зі статевим шляхом передачі

Протягом 2008-2013 р.р. показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію зі статевим шляхом передачі за даними СЕМ мали стабільні значення, тоді як ці показники за даними РЕН постійно зростали. Це свідчить про збільшення кількості звернень по медичну допомогу осіб, які отримали позитивний результат тестування на ВІЛ-інфекцію протягом минулих років.

Більшість нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі серед чоловіків виявилась за кодом тестування 113 (за клінічними показаннями). Тобто чоловіки характеризуються тривалим терміном взяття під медичний нагляд та впливом погіршення стану здоров'я як одним з основних факторів звернення по медичну допомогу. Збільшення частки чоловіків, котрі звернулися з важким ступенем ВІЛ-імуносупресії, також може свідчити про їхнє інфікування декілька років тому.

Кількість чоловіків серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі у 2008-2013 р.р. поступово зростала. Проте певну частку таких чоловіків було хибно віднесено до випадків зі статевим шляхом передачі, тому зростання кількості чоловіків серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі неочевидне.

Недостатній рівень охоплення чоловіків послугами консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію не дає змоги зробити об'єктивні висновки щодо кількості нових випадків з нещодавнім інфікуванням ВІЛ.

На тлі поступового зменшення відсотка жінок серед загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі, кількість ВІЛ-позитивних вагітних постійно збільшувалась. У 2013 р. відсоток ВІЛ-позитивних жінок (незалежно від терміну встановлення діагнозу) досяг 1% від загальної кількості вагітних. Більшість ВІЛ-позитивних жінок зі статевим шляхом передачі виявлялася під час вагітності (код 109). Майже повне охоплення вагітних обстеженням на ВІЛ-інфекцію забезпечує високий рівень виявлення



ВІЛ-позитивних жінок, у тому числі на ранніх стадіях. Частка жінок з важкою ВІЛ-імуносупресією серед нових випадків ВІЛ-інфекції значно менша в порівнянні з аналогічним показником серед чоловіків, хоча теж мала тенденцію до збільшення. Беручи до уваги імунологічні характеристики, можна зробити висновок, що інфікування значної частки нових випадків ВІЛ-інфекції серед жінок сталося нещодавно.

Збільшення відсотка осіб з важкою імуносупресією серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі, особливо серед чоловіків, на тлі досить стабільних показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію може мати кілька пояснень: 1) уповільнення розвитку епідемії та виявлення осіб, інфікованих давно; 2) низький рівень виявлення осіб, інфікованих нещодавно, особливо чоловіків.

Єдиний можливий прямий спосіб оцінки «істинної» захворюваності на ВІЛ-інфекцію – це визначення відсотка випадків раннього інфікування ВІЛ серед загальної кількості осіб із позитивним результатом тестування. Таке визначення повинно відбуватися з вибіркою, яка репрезентує групи населення, залучені до передачі ВІЛ статевим шляхом, і є достатньо великою для забезпечення достовірності підрахунків. У контексті розвитку епідемічної ситуації в Херсонській області та наявних процедур епіднагляду, обстеження усіх позитивних зразків крові в межах СЕМ надає можливість встановити рівень «істинної» захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Проте цей підхід має обмеження за рахунок потенційного недовиявлення випадків раннього інфікування ВІЛ серед чоловічого населення. Визначення рівня раннього інфікування ВІЛ серед чоловіків потребує проведення спеціальних досліджень та/або збільшення рівня їх охоплення послугами консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію.



## 4. Висновки

1. СІН вносять значний вклад у розвиток епідемії ВІЛ-інфекції як її джерело. Визначення ролі СІН як реципієнтів поширення ВІЛ-інфекції статевим шляхом потребує додаткових даних.
2. ЧСЧ наразі можуть вносити помірний вклад у поширення ВІЛ-інфекції як реципієнти і джерело ВІЛ, проте цей внесок поступово зростатиме.
3. Внесок ЖКС як реципієнтів та джерела поширення ВІЛ статевим шляхом можна оцінити як незначний. Можливі зміни величини цього внеску потребують здійснення подальшого моніторингу.
4. Загалом, основні КГН (СІН, ЖКС та ЧСЧ) можуть мати помірний вплив на поширення ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі як реципієнти. Вклад КГН як джерела ВІЛ-інфекції є значним переважно за рахунок СІН.
5. Внесок статевих партнерів СІН як реципієнтів ВІЛ-інфекції можна оцінити як значний.
6. Внесок комерційних клієнтів ЖКС як реципієнтів поширення ВІЛ статевим шляхом можна оцінити як незначний. Що стосується ролі некомерційних статевих партнерів ЖКС, то визначення їхнього внеску у поширення епідемії ВІЛ-інфекції потребує додаткових даних.
7. Дані триангуляції доводять, що наразі загальне населення має велике значення як реципієнт для статевої передачі ВІЛ-інфекції, що підтверджується: а) оціночними показниками захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед загального населення (59,3% від загальної оціночної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції можуть припадати на загальне населення, 2014 р.); б) високим рівнем, незалежного від парентерального, поширення ВІЛ-інфекції статевим шляхом (34,2% жінок серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі мали партнера, який теж повідомив про статевий шлях інфікування, аналогічний показник для чоловіків становив 23,5% у 2013 р.); в) високим рівнем інфікованості ВІЛ серед вагітних (відсоток ВІЛ-позитивних вагітних незалежно від терміну інфікування становив 1,0% від загальної кількості вагітних у 2013 р.). Ступінь залучення загального населення як джерела ВІЛ-інфекції можна оцінити як помірний. Можливі зміни цього внеску потребують подальшого моніторингу.
8. Статевий шлях є основним шляхом передачі ВІЛ у Херсонській області (у 2013 р. частка статевого шляху передачі в порівнянні з парентеральним, за даними РЕН, становила 73,9%), при цьому найбільша кількість випадків статевої передачі ВІЛ трапляється серед жінок, які мешкають у містах (41% від загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, за даними РЕН 2013 р.). Внесок парентерального шляху передачі постійно зменшується, особливо серед молодших вікових груп (у 2013 р. відсоток осіб віком 18-24 роки серед нових випадків ВІЛ-інфекції з парентеральним шляхом передачі, за даними РЕН, зменшився до 1,7%), що може свідчити про успішність програм профілактики за цим напрямком.
9. За даними РЕН, відсоток чоловіків серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі постійно зростає (до 41,3%, за даними РЕН 2013 р.). Водночас, ґрунтуючись на показниках виявлення серологічних маркерів ВГС, певну кількість чоловіків (8,1% у 2013 р.) було хибно класифіковано. Якщо це так, то зрос-

тання рівня залучення чоловічого населення у статеву передачу ВІЛ-інфекції не є очевидним.

10. Серед осіб із позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, яких не було взято під медичний нагляд (1 362 особи протягом 2008-2013 р.р.), більшість можуть становити особи з парентеральним шляхом передачі.
11. Значну кількість осіб, у яких наявність ВІЛ-інфекції було підтверджено лабораторно, в подальшому буде неможливо віднести до нових випадків ВІЛ-інфекції з причин хибнопозитивного результату тестування (5,7%) та знаходження під медичним наглядом (6,6%). Також значним є відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких не було взято під медичний нагляд з причин смерті (15,8%), переїзду до іншої території (19,2%) та з інших або невідомих причин (52,7%), що, у свою чергу, штучно занижує показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

## 5. Питання для дискусії

1. Наразі неможливо однозначно оцінити динаміку епідемічного процесу (прискорення, стабілізація чи уповільнення) та надати детальніші характеристики внеску окремих груп у розвиток епідемічного процесу. Показники РЕН вказують на збільшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію зі статевим шляхом передачі, проте дані СЕМ свідчать, що це збільшення може відбуватися за рахунок реєстрації осіб, які проходили тестування на ВІЛ-інфекцію, що мало позитивний результат протягом минулих років, та проходять тестування при появі клінічних ознак захворювання. Крім того, за даними РЕН, постійно збільшується відсоток осіб старших вікових груп, які звертаються по медичний нагляд на пізніших клінічних та імунологічних стадіях ВІЛ-інфекції (тобто їхнє інфікування ВІЛ мало місце вже кілька років тому). Дані інших джерел також підтверджують припущення щодо старішання епідемії ВІЛ-інфекції.
2. Певна кількість представників КГН може поєднувати декілька форм ризикованої поведінки, що потребує обговорення можливостей дослідження характеристик представників цих груп.

## 6. Рекомендації

### 6.1. Прогалини у стратегічній інформації

1. Обмежені дані щодо окремих груп населення, залучених до розвитку епідемії ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі: статеві партнери СІН (споживачі наркотиків та представники загального населення); статеві партнери ЖКС (комерційні та некомерційні); члени подружжя ув'язнених, які мають з ув'язненими статеві стосунки протягом тривалих побачень. Потребує дослідження можлива роль СІН як реципієнтів ВІЛ зі статевим шляхом передачі.
2. Крім оціночних показників, які мають певні обмеження, наразі відсутні дані щодо показників «істинної» захворюваності на ВІЛ-інфекцію.
3. Наявність антитіл до ядерного антигену вірусного гепатиту В серед ВІЛ-позитивних чоловіків (за відсутності серологічних маркерів ВГС та досвіду споживання ін'єкційних наркотиків) може свідчити про їх інфікування гомосексуальним шляхом. Проте в рутинній практиці окреме визначення антитіл до ядерного антигену ВГВ серед ВІЛ-позитивних пацієнтів не проводиться, тому за допомогою наведеного підходу неможливо оцінити внесок гомосексуального шляху передачі серед нових випадків ВІЛ-інфекції.

### 6.2. До різних організаційних рівнів

#### 6.2.1. Національний рівень

1. Планування та впровадження протиепідемічних заходів з урахуванням регіональних особливостей розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.
2. Більш широке та обґрунтоване застосування підходу «АРТ як профілактика». Внесення змін до клінічного протоколу АРТ у частині показань для застосування терапії: призначення АРТ усім ВІЛ-позитивним особам у серодискордантних парах.
3. Включення консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію до стандартного переліку клініко-лабораторних досліджень у закладах спеціалізованого профілю (наркологічного, дерматовенерологічного, протитуберкульозного та інфекційного).
4. Прийняття визначення ВООЗ «нового випадку ВІЛ-інфекції для потреб епідагляду», що ґрунтується виключно на лабораторних критеріях. Здійснення розрахунків показників захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції відповідно до цього визначення.
5. Проведення ДЕН серед груп-містків.
6. Вивчення (шляхом проведення спеціальних досліджень та внесення модифікацій до ДЕН) ролі окремих популяційних груп (некомерційні партнери ЖКС, СІН, особи, які одночасно належать до декількох КГН) у статевій передачі ВІЛ-інфекції; дослідження характеристик статевої поведінки ув'язнених та їхніх партнерів під час тривалих побачень, а також під час ув'язнення.

### 6.2.2. Обласний рівень

1. Планування та впровадження протиепідемічних заходів з урахуванням регіональних особливостей розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.
2. Проведення регулярного тестування на ВІЛ-інфекцію серед негативних партнерів та впровадження інших профілактичних заходів у серодискордантних парах.
3. Підготовка лікарів щодо показань для пропонування пацієнту пройти тестування на ВІЛ-інфекцію.
4. Забезпечення своєчасного доступу до медичних ВІЛ-сервісів (узяття під медичний нагляд, призначення АРТ тощо) серед осіб із позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію.
5. Проведення сфокусованих профілактичних інтервенцій серед ЧСЧ, розширення рівня охоплення цієї та інших КГН програмами з профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом, впровадження доказових інтервенцій.
6. Визначення рівня CD4<sup>+</sup> Т-лімфоцитів в усіх позитивних зразках крові, які надходять у лабораторію підтверджувальної діагностики ВІЛ-інфекції в межах СЕМ.
7. Включення Херсонської області до регіонів, у яких заплановано проведення дослідження з визначення шляхів передачі ВІЛ серед осіб, котрі знаходяться під медичним наглядом. Об'єктивізація інформації про ймовірні шляхи інфікування ВІЛ та сімейний стан осіб, які звертаються для взяття під медичний нагляд, шляхом розробки та застосування відповідної анкети.
8. Визначення показників «істинної» захворюваності на ВІЛ-інфекцію шляхом виявлення випадків раннього інфікування серед усіх позитивних зразків крові, які надходять у лабораторію підтверджувальної діагностики ВІЛ-інфекції в межах СЕМ.
9. Підвищення достовірності результатів підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію шляхом використання тестових систем гарантованої якості, які мають прекваліфікацію ВООЗ; запровадження в лабораторії підтверджувальної діагностики ВІЛ-інфекції внутрішнього контролю якості та забезпечення відповідної підготовки персоналу.

**Регіональний проект  
з триангуляції даних  
у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу  
в Херсонській області**

Підсумковий звіт

Олександр Недужко  
Маріанна Ніколко  
Джордж Разерфорд  
Тетяна Резвих  
Хіларі Спіндлер

Верстка та дизайн обкладинки  
Н. Тілікіна

Літературна редакція  
С. Глущик

**Альянс**

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

Формат 60x90/8

Ум. друк. арк. 2,4.

Тираж \_\_\_\_ прим. Замовл. \_\_\_\_

Надруковано у друкарні \_\_\_\_\_