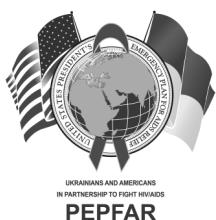


Регіональний проект з тріангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Миколаївській області

Підсумковий звіт



**Альянс[®]
громадського здоров'я**

МЕТИДА
Проект з технічної допомоги в сфері МІО
та ефективного використання даних

HIV/AIDS

Київ 2016

ББК
УДК
Р

Головні виконавці дослідження:

Олександр Недужко, науковий співробітник, лікар-дерматовенеролог (1)

Юлія Новак, спеціаліст із використання і забезпечення якості даних (2)

Івана Бозісевич, доктор медицини (3)

Василь Боненко, лікар-епідеміолог (4)

Галина Висоцька, лікар-епідеміолог (4)

(1) Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я

(2) МБФ «Альянс громадського здоров'я»

(3) Центр співпраці ВООЗ з питань епіднагляду за ВІЛ у м. Загреб, Хорватія

(4) Миколаївський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом

Регіональний проект з тріангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Миколаївській області. Підсумковий звіт. – Недужко О., Новак Ю., Бозісевич І., Боненко В., Висоцька Г. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016. – 76 с.

ISBN

У звіті представлено результати аналізу даних, які характеризують розвиток ВІЛ-інфекції у Миколаївській області. Детально розглянуто питання щодо ролі існуючої нормативно-законодавчої бази у недостатній ефективності протиепідемічних заходів в області та факторів, які мають вплив на не-своєчасне взяття під медичний нагляд осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію. Відповіді на ці питання стануть у нагоді людям, які приймають рішення щодо планування та реалізації заходів з протидії ВІЛ-інфекції, керівникам закладів охорони здоров'я, епідеміологам та дослідникам, фахівцям з моніторингу й оцінки, співробітникам неурядових організацій, які надають послуги з профілактики ВІЛ-інфекції, представникам ключових груп населення та людям, які живуть з ВІЛ.

Автори висловлюють подяку регіональним партнерам у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Миколаївській області, зокрема головному лікарю Миколаївського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом Черненко Оксані Іванівні за підтримку проекту тріангуляції у регіоні, а також іншим зацікавленим особам, які взяли участь у формуванні та виборі питань для регіонального проекту з тріангуляції даних й обговоренні результатів проекту.

Підготовка цього звіту стала можливою за підтримки Проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні» (МЕТИДА), що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», 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).

Ця публікація підтримана Угодою про співробітництво № U2GGH000840 з Центрами США з контролю та профілактики захворювань (CDC). Відповіальність за зміст публікації лежить виключно на її авторах і не обов'язково відображає офіційну позицію Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).

ББК
УДК

ISBN

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016

ЗМІСТ

| | |
|--|-----------|
| Терміни та скорочення | 5 |
| Виконавче резюме | 7 |
| 1. Вступ | 9 |
| 2. Опис ситуації | 11 |
| 3. Методологія | 13 |
| 4. Результати | 17 |
| 4.1. Питання №1 – яку роль відіграє існуюча законодавчо-нормативна база в недостатній ефективності протиепідемічних заходів в області? | 17 |
| 4. 1. 1. Вплив визначення випадку ВІЛ-інфекції на показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію, планування та впровадження протиепідемічних заходів, а також їхню ефективність. | 17 |
| 4. 1. 2. Вплив визначення випадку СНІДу на показники захворюваності на СНІД, планування та запровадження протиепідемічних заходів, а також їхню ефективність | 20 |
| 4. 1. 3. Вплив визначення стану розвитку епідемії ВІЛ-інфекції на планування та запровадження протиепідемічних заходів, а також їхню ефективність | 20 |
| 4. 1. 4. Вплив критеріїв призначення АРТ на доступ до лікування,планування АРТ, а також її ефективність | 22 |
| 4. 1. 5. Обговорення | 22 |
| 4. 1. 6. Обмеження результатів тріангуляції за запитанням № 1..... | 25 |
| 4. 1. 7. Висновки на рекомендації за запитанням № 1..... | 25 |
| 4. 2. Питання № 2 – які фактори впливають на несвоєчасне взяття під медичний нагляд осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію? | 27 |
| 4. 2. 1. Етап 1 – дотестове консультування | 31 |
| 4. 2. 2. Етап 2 – скринінгове тестування..... | 35 |

| | |
|---|-----------|
| 4. 2. 3. Етап 3 – підтверджувальне тестування..... | 38 |
| 4. 2. 4. Етап 4 – післятестове консультування | 39 |
| 4. 2. 5. Етап 5 – звернення до центру СНІДу/кабінету «Довіра»..... | 41 |
| 4. 2. 6. Етап 6 – обстеження для взяття під медичний нагляд у центрі СНІДу/кабінеті «Довіра» | 42 |
| 4. 2. 7. Етап 7 – взяття під медичний нагляд у центрі СНІДу/кабінеті «Довіра»..... | 43 |
| 4. 2. 8. Обговорення | 46 |
| 4. 2. 9. Обмеження результатів тріангуляції за запитанням № 2 | 48 |
| 4. 2. 10. Висновки та рекомендації за запитанням № 2..... | 48 |
| Додатки..... | 50 |

Терміни та скорочення

| | |
|---|--|
| АРТ | Антиретровірусна терапія |
| Взяття під медичний нагляд особи з позитивним результатом неанонімного підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію | Визначення наявності клінічного діагнозу «ВІЛ-інфекція» особи з позитивним результатом неанонімного підтверджувального результату тестування на ВІЛ-інфекцію; формальною ознакою взяття під медичний нагляд є заповнення індивідуальної реєстраційної карти ВІЛ-інфікованої особи |
| ВООЗ | Всесвітня організація охорони здоров'я |
| ДЕН | Дозорний епіднагляд – епізодична (зазвичай кожні два роки) процедура вивчення рівня інфікованості ВІЛ серед окремих груп населення (дозорних груп), що поєднується зі збором соціально-демографічних, поведінкових та інших характеристик представників цих груп |
| ЖКС | Жінки комерційного сексу |
| ЗОЗ | Заклади охорони здоров'я |
| ІПСШ | Інфекції, які передаються статевим шляхом |
| ІФА | Імуноферментний аналіз |
| КГН | Ключові групи населення – групи населення, які через особливості своєї поведінки та/або уразливості мають підвищений ризик інфікування ВІЛ; у нормативних документах МОЗ України використовується термін «групи підвищеного ризику (ГПР)» |
| КіТ | Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію |
| ЛВІН | Люди, які вживають ін'єкційні наркотики |
| ЛЖВ | Люди, які живуть з ВІЛ |
| МОЗ | Міністерство охорони здоров'я України |
| Новий випадок ВІЛ-інфекції (для цілей епідеміологічного нагляду) | Визначення, що використовується в Україні: особа з позитивним результатом неанонімного 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 якої лабораторними методами було встановлено наявність ВІЛ-інфекції» |
| НУО | Неурядова організація |

| | |
|---|---|
| Позитивний результат скринінгового тестування на ВІЛ-інфекцію | Встановлення наявності серологічних маркерів ВІЛ-інфекції при скринінговому тестуванні; не є остаточною ознакою наявності серологічних маркерів у особи; потребує здійснення підтверджувального тестування |
| Позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію | Остаточне встановлення наявності серологічних маркерів ВІЛ-інфекції в особи, яка надала свої персональні дані (ПІБ), з наданням письмової довідки про результат тестування; позитивний результат підтверджувального анонімного тестування не є остаточною ознакою наявності серологічних маркерів ВІЛ-інфекції, результат повідомляється усно, для остаточного встановлення наявності серологічних маркерів ВІЛ-інфекції особа потребує здійснення неанонімного скринінгового та підтверджувального тестувань |
| ППМД | Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини |
| РЕН | Рутинний епіднагляд – рутинна процедура реєстрації, обліку та звітності щодо хворих на ВІЛ-інфекцію |
| Своєчасне взяття під медичний нагляд після інфікування | Одностайно визначеного часового інтервалу не існує, зазвичай мається на увазі максимально короткий термін часу між інфікуванням та взяттям під медичний нагляд (до одного року); з погляду клінічного стану пацієнта зазвичай мається на увазі відсутність важких клінічних та імунологічних проявів ВІЛ-інфекції, тобто знаходження пацієнта у І–ІІ клінічній та імунологічній стадії ВІЛ-інфекції |
| Своєчасне взяття під медичний нагляд після проведення тестування, що мало позитивний результат | Одностайно визначеного часового інтервалу не існує, зазвичай мається на увазі максимально короткий (до 90 днів) термін часу між тестуванням та взяттям під медичний нагляд |
| СЕМ | Сероепідмоніторинг – рутинна процедура визначення рівня інфікованості ВІЛ серед населення, а також обліку та звітності за його результатами |
| ЦСССДМ | Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді |
| ШТ | Швидкий тест |
| ЧСЧ | Чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками |

Виконавче резюме

Цей звіт надає відповіді на питання тріангуляції даних у Миколаївській області, які, на думку місцевих експертів цієї області, є найбільш пріоритетними. Досліджено два питання:

1. яку роль відіграє існуюча нормативно-законодавча база у недостатній ефективності протиепідемічних заходів в області та
2. які фактори впливають на несвоєчасне взяття під медичний нагляд осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію.

Недоліки існуючої законодавчо-нормативної бази за чотирма розглянутими компонентами (визначення нового випадку ВІЛ-інфекції; визначення нового випадку СНІДу; визначення та врахування стану розвитку епідемії та критерії призначення антиретровірусної терапії) мають безпосередній вплив на планування, впровадження, моніторинг та в кінцевому підсумку недостатню ефективність протиепідемічних заходів. Особливості визначення нового випадку ВІЛ-інфекції в Україні формують деформоване сприйняття кількісного та якісного розвитку епідемії. Невідповідність клінічній класифікації ВІЛ-інфекції, що використовується в Україні, та віднесення легеневого туберкульозу до СНІДу призводять до суттєвого штучного завищення показників захворюваності на СНІД у Миколаївській області (в середньому 44,9% на рік) та поширеності СНІДу (в середньому 40,7% на рік). Представлені в звіті дані Миколаївської області свідчать про необхідність об'єктивного визначення стадії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції на рівні окремої області та країни в цілому. Більшість людей, які живуть з ВІЛ, позбавлені доступу до антиретровірусної терапії саме через неузгодження критеріїв призначення, які використовуються в Україні, з відповідними критеріями ВООЗ. Подолання цих недоліків має відбуватися у системний спосіб на національному рівні шляхом:

1. запровадження рутинної системи ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей віком до 18 місяців, народжених ВІЛ-інфікованими матерями;
2. окремого обрахування показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію у вікових категоріях 0–2 та 3 роки і старше (за відсутності рутинної системи ранньої діагностики ВІЛ-інфекції);
3. обліку та звітування про нові випадки ВІЛ-інфекції одразу після отримання позитивного результату конфіденційного підтвердjuвального тестування на ВІЛ-інфекцію;
4. узгодження клінічної класифікації ВІЛ-інфекції, яка використовується в Україні, з відповідною класифікацією ВООЗ шляхом віднесення легеневого туберкульозу до третьої клінічної стадії ВІЛ-інфекції;
5. внесення структурних змін до Загальнодержавної програми з метою її оптимізації та орієнтування на потреби регіонів;

6. формування обласної програми, базуючись на фактічній епідемічній ситуації;
7. розширення діапазону кількості CD4⁺ Т-лімфоцитів, при якому призначається антиретровірусна терапія до 0–500 кл/мкл або взагалі незалежно від кількості CD4⁺ Т-лімфоцитів.

Найбільші затримки щодо взяття під медичний нагляд відзначаються між інфікуванням та проведенням дотестового консультування, а також між здійсненням післятестового консультування та зверненням до центру СНІДу/кабінету «Довіра». Потенційно суттєвими є втрати від етапу взяття під медичний нагляд до наступного запланованого клінічного візиту. Етапи та міжетапні ділянки найбільшої тривалості характеризуються найвищим рівнем втрат, у т. ч. незворотних (смерть). Не пов'язані безпосередньо з тривалістю пересування можливі суттєві втрати між етапами підтвердженого тестування та післятестового консультування, а також безпосередньо етапу обстеження для взяття під медичний нагляд. Практичними механізмами вирішення цих питань є:

1. забезпечення доступності консультування і тестування як на базі закладів охорони здоров'я, так і на базі неурядових організацій;
2. пропонування регулярного обстеження осіб з негативним або невідомим ВІЛ-статусом, які є статевими партнерами ВІЛ-інфікованих осіб;
3. вдосконалення програм адресного тестування для ключових груп населення;
4. віднесення тестування на ВІЛ-інфекцію до загального переліку обстежень, запровадження «опції виходу» та вдосконалення системи консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію з ініціативи медичного працівника;
5. гарантування безоплатності та конфіденційності тестування;
6. широке використання алгоритму тестування з послідовним використанням двох швидких тестів;
7. покращення якості проведення до- і післятестового консультування та впровадження системи контролю якості консультування;
8. запровадження стандартної форми перенаправлення та системи контролю доходження;
9. вдосконалення програм кейс-менеджменту;
10. посилення ролі центрів СНІДу/кабінетів «Довіра» в активному залученні осіб з позитивним результатом тестування, які протягом тривалого часу не звертаються по медичний нагляд;
11. інтеграція послуг консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію та взяття під медичний нагляд у місцях тривалого перебування пацієнтів.

1. Вступ

Перше питання тріангуляції: яку роль відіграє існуюча нормативно-законодавча база в недостатній ефективності протиепідемічних заходів в області, було обрано з урахуванням наступних факторів:

- недостатня ефективність протиепідемічних заходів на рівні Миколаївської області є проблемою, яка визнана всіма зацікавленими сторонами (детальний опис ефективності протиепідемічних заходів у Миколаївській обл. див. в розд. 2);
- зважаючи на системний характер цієї проблеми, на думку місцевих експертів вона може бути пов'язана з недоліками в нормативно-правовому забезпеченні протиепідемічних заходів;
- під час проведення пріоритизації запитань для тріангуляції це питання набрало найбільшу кількість балів;
- питання погоджено з міжнародними консультантами.

Нормативно-правова база, що регулює питання протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, складається з численних елементів, а саме: Загальнодержавна і обласна програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (далі – Загальнодержавна програма, обласна програма); накази Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) та обласних департаментів охорони здоров'я тощо. Ця система є одним з найбільших чинників впливу на ефективність протиепідемічних заходів, проте характеристики цього впливу, особливо у взаємозв'язку з міжнародними практиками, практично не вивчалися. Питання складної епідемічної ситуації, недостатня ефективність протиепідемічних заходів та необхідність оперативного реагування вимагають використання для аналізу відразу декількох масивів інформації без проведення додаткового збору даних. Метод тріангуляції – це один з небагатьох, що дає можливості для виконання цього завдання.

Друге питання тріангуляції: які фактори впливають на несвоєчасне взяття під медичний нагляд осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, було обрано з урахуванням наступних факторів:

- несвоєчасне взяття під медичний нагляд ЛЖВ – це проблема національного рівня та Миколаївської області зокрема;
- зважаючи на суттєву варіабельність шляху просування пацієнта до отримання медичних ВІЛ-послуг, несвоєчасне звернення по медичний нагляд може бути пов'язане з комплексом бар'єрів системного та індивідуального характеру, які діють на цьому шляху;
- під час проведення пріоритизації це питання разом з першим питанням набрало найбільшу кількість балів;
- питання погоджено з міжнародними консультантами.

Несвоєчасне взяття під медичний нагляд призводить до зайвих витрат на лікування, тимчасової або постійної втрати працездатності й, насамкінець, до втрат людських життів. Для комплексного аналізу цієї ситуації використовується так званий «каскад», починаючи з надання інформації про оціночну кількість ЛЖВ і закінчуячи кількістю осіб, які отримують антиретровірусну терапію (АРТ) та досягають невизначеного вірусного навантаження. Проте метод створення такого каскаду надає лише абсолютні показники зменшення кількості осіб на кожному етапі. Цей метод найчастіше не визначає причин втрат та тривалості знаходження на кожному етапі й взагалі швидкості руху пацієнта від моменту інфікування до взяття під медичний нагляд та початку отримання медичних послуг. Метод тріангуляції дозволяє систематизувати інформацію з декількох джерел та отримати цілісну картину руху пацієнта від моменту інфікування до взяття під медичний нагляд й визначити основні бар'єри, які перешкоджають цьому руху або призводять до відсіву на окремих етапах просування.

2. Опис ситуації

З метою обґрунтування існування проблеми недостатньої ефективності протиепідемічних заходів нижче проаналізовано показники впливу протиепідемічних заходів у Миколаївській області.

Обласною програмою 2009–2013 рр. було визначено наступні цілі, завдання та очікувані результати (показники впливу), виконання яких має кількісне вираження:

1. зниження темпів захворюваності на ВІЛ-інфекцію;
2. зниження темпів захворюваності на СНІД;
3. зниження до 2% рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.

Що стосується показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію, то, за даними РЕН, протягом 2009–2013 рр. він зменшився лише на 2,5% (з 94,6 до 92,2 на 100 тис. населення у 2009 та 2013 рр. відповідно). Проте показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію, за даними РЕН, має системні обмеження (див. розд. 4.1.1.), які не дозволяють об'єктивно оцінювати розвиток епідемії ВІЛ-інфекції за її головним показником – захворюваністю. Показник захворюваності на СНІД протягом 2009–2013 рр., за даними РЕН, навпаки, зрос на 660% – з 70 до 462 випадків. Проте цей показник також має системні обмеження (див. розд. 4.1.2.). Рівень передачі ВІЛ від матері постійно знижувався і в 2013 р. становив 2,8%.

Отже, заходами обласної програми не було досягнуто запланованих показників впливу. Станом на 2013 р. Миколаївська область посідала 26-те – передостаннє територіальне рейтингове місце серед регіонів України в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Своєчасність взяття під медичний нагляд ЛЖВ Миколаївської області розглянуто з метою обґрунтування другого питання тріангуляції. Так, за даними РЕН, відсоток осіб, яких було взято під медичний нагляд на III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції в Миколаївській області, сягнув 50,7% у 2013 р. та 54,2% у 2014 р. Відсоток осіб, яких було взято на III–IV імунологічних стадіях ВІЛ-інфекції (кількість CD 4⁺ Т-лімфоцитів (0–349 кл/мкл), зростав і в 2013 та 2014 рр. становив 51,9% та 55,9% відповідно (табл. 1).

Примітка: рівень імуносупресії – більш об'єктивний критерій прогресування ВІЛ-інфекції у порівнянні з наявністю клінічних ознак захворювання [^{1,2}].

¹ Carter RJ, Dugan K, El-Sadr WM, Myer L, Otieno J, Pungpapong N, Toro PL, Abrams EJ. MTCT Plus Initiative. CD4+ cell count testing more effective than HIV disease clinical staging in identifying pregnant and postpartum women eligible for antiretroviral therapy in resource-limited settings. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010 Nov;55(3): 404-10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20595905>

² Munthali C, Taegtmeyer M, Garner PG, Laloo DG, Squire SB, Corbett EL, et al. Diagnostic accuracy of the WHO clinical staging system for defining eligibility for ART in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc. 2014;17(1):18932. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4057784/>

Враховуючи, що середній рівень зменшення кількості CD 4⁺ Т-лімфоцитів серед ЛЖВ, які не отримують АРТ, становить щонайменше 35 кл/мкл на рік [^{3,4}], а середня кількість CD 4⁺ Т-лімфоцитів у нормі перевищує 500 кл/мкл [⁵], термін між інфікуванням ВІЛ до взяття під медичний нагляд для цих осіб становив щонайменше 4,3 року ($(500 - 350)/35 = 4,3$ року). Більше того, для певного відсотка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію взагалі неможливо оцінити своєчасність взяття під медичний нагляд через їхню смерть до взяття під медичний нагляд. Тому фактичні показники несвоєчасного взяття під медичний нагляд ЛЖВ значно гірші. Отже, наведена вище інформація підтверджує актуальність проблем недостатньої ефективності протиепідемічних заходів та несвоєчасного взяття під медичний нагляд ЛЖВ Миколаївської області. Отримання відповідей на питання тріангуляції дозволять оцінити роль існуючої нормативно-законодавчої база у недостатній ефективності протиепідемічних заходів та факторів, які впливають на несвоєчасне взяття під медичний нагляд.

³ Patrikar S, Basannar DR, Bhatti VK, Kotwal A, Gupta RM, Grewal RS. Rate of decline in CD4 count in HIV patients not on antiretroviral therapy. Med J Armed Forces India. 2014 Apr; 70(2):134-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24843201>

⁴ Martinson NA, Gupte N, Msandiwa R, Moulton LH, Barnes GL, Ram M, et al. (2015) Correction: CD4 and Viral Load Dynamics in Antiretroviral-Naïve HIV-Infected Adults from Soweto, South Africa: A Prospective Cohort. PLoS ONE 10(6): e0130509 doi: 10.1371/journal.pone.0130509. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022663/>

⁵ WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children, 2007. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>.

3. Методологія

В аналізі було здійснено порівняння результатів, отриманих на підставі різних існуючих джерел кількісної та якісної інформації для визначення відповідей на ключові питання.

Проведення тріангуляції здійснювалося в три етапи: планування, аналіз та інформування про результати.

Питання для тріангуляції було визначено під час зустрічі зі стейкхолдерами Миколаївської області 4 лютого 2015 р. Обрані питання погоджено з міжнародними експертами.

| Дослідницьке питання | Підпитання |
|--|--|
| Яку роль відіграє існуюча нормативно-законодавча база в недостатній ефективності протиепідемічних заходів у області | <ol style="list-style-type: none"> 1. вплив визначення випадку ВІЛ-інфекції на показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію, планування та впровадження протиепідемічних заходів, а також їхню ефективність; 2. вплив визначення випадку СНІДу на показники захворюваності на СНІД, планування та впровадження протиепідемічних заходів, а також їхню ефективність; 3. вплив визначення стану розвитку епідемії ВІЛ-інфекції на планування та запровадження протиепідемічних заходів, а також їхню ефективність; 4. вплив критеріїв призначення АРТ на планування та запровадження протиепідемічних заходів, а також захворюваність на СНІД. |
| Які фактори впливають на несвоєчасне взяття під медичний нагляд осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію | <ol style="list-style-type: none"> 1. фактори першого етапу маршруту пацієнта – дотестове консультування (самостійне звернення/пропонування КіТ); 2. фактори другого етапу – скринінгове тестування; 3. фактори третього етапу – підтвердjuвальне тестування; 4. фактори четвертого етапу – післятестове консультування; 5. фактори п'ятого етапу – звернення до центру СНІДу/ кабінету «Довіра»; 6. фактори шостого етапу – обстеження при взятті під медичний нагляд; 7. фактори сьомого етапу – взяття під медичний нагляд. |

Перелік основних джерел даних та обмеження даних, включає в себе:

| Джерело даних | Опис | Обмеження |
|---|--|--|
| Статистика населення, 2008–2014 рр. | Характеристика постійного населення, яке мешкає на відповідній території, за віком, статтю, місцем перебування тощо | Не відображає показників фактичного перебування населення на окремих територіях |
| Оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) у Миколаївській області, 2014 р. | Ретроспективні та проспективні дані щодо оціночної чисельності ЛЖВ, які мешкають на відповідній території, за статтю, віком, належністю до окремих груп населення тощо; розраховані з використанням програми «SPECTRUM» | Мають широкі довірчі інтервали (низька надійність); відсутні дані щодо кількості окремих груп населення (статеві партнери людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН) тощо) |
| Оціночна чисельність ключових груп населення (КГН), 2009, 2012 рр. | Крос-секційні дані щодо оціночної чисельності окремих КГН станом на 2009 та 2012 рр., які мешкають на відповідній території, за статтю, віком тощо | Розбіжності між даними 2009 та 2012 рр.; остаточні оцінки затверджуються колегіальним рішенням представників зацікавлених сторін і можуть мати суттєві відмінності від розрахункових показників |
| Сероепідмоніторинг (СЕМ), 2008–2014 рр. | Агреговані дані щодо кількості осіб, які пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію з позитивним або негативним результатом, 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 щодо взяття або невзяття під медичний нагляд, імовірний шлях інфікування тощо, та агреговано залежно від потреб аналізу; персональний облік позитивних результатів тестування на ВІЛ-інфекцію ведеться в Миколаївській області починаючи з 1987 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; суттєвий відсоток неповних даних реєстру позитивних результатів тестування на ВІЛ-інфекцію Миколаївської області дозволяє робити лише припущення щодо окремих агрегованих показників тестування та характеристик осіб, які його проходили |

| Джерело даних | Опис | Обмеження |
|---|--|--|
| Дозорний епіднагляд (ДЕН), 2008, 2009, 2011, 2013 рр. | Агреговані дані щодо рівня інфікованості ВІЛ, характеристик нових випадків ВІЛ, соціально-демографічних, поведінкових та інших характеристик представників дозорних груп | Відсутні дані щодо груп-містків |
| Рутинний епіднагляд за ВІЛ-інфекцією (РЕН), 2008–2014 рр. | Агреговані дані щодо кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд у зв'язку зі встановленням діагнозу ВІЛ-інфекції, кількості знятих з нагляду, в т. ч. померлих (смертність), і кількості осіб, які залишилися під наглядом (поширеність), з 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 кількості нових випадків» (не надає даних про щорічну кількість «справжніх» нових випадків ВІЛ-інфекції (true HIV incidence)) |
| РЕН за вагітними, 2008–2014 рр. | 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 |
| Показники діяльності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), 2008–2014 рр. | Агреговані дані щодо кількості пацієнтів, які отримали послуги з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (КіТ) та інші послуги у ЗОЗ | За відсутності єдиної системи персонального обліку результатів тестування на ВІЛ-інфекцію (повідомлення про результат та/або реєстр) не враховує певного відсотка повторних тестувань, у т. ч. тих, що мали позитивний результат раніше, вже знаходяться під медичним наглядом або мали негативний результат |
| Програмний моніторинг неурядових організацій (НУО), 2008–2014 рр. | 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, видом 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 |

Було порівняно та зіставлено тенденції, проведено аналіз даних з різних джерел для формулювання висновків, які найкраще пояснюють ці дані. Крім того, проведено аналіз матеріалів рецензованих журналів та опублікованих програмних звітів, а також іншої інформації, що забезпечує додаткову інформацію, прояснює контекст і доповнює синтез даних та обговорення з партнерами.

Зважаючи на відсутність одностайногокількісного визначення терміну своєчасного взяття під медичний нагляд після інфікування, для потреб цього аналізу було встановлено термін один рік з моменту інфікування до взяття під медичний нагляд. Що стосується своєчасного взяття під медичний нагляд після виявлення, то використовувався термін три місяці^[6].

Відсутність можливості отримання індивідуальних даних на всіх етапах дозволяє провести аналіз лише в форматі тріангуляції, використовуючи «умовну» когорту мешканців Миколаївської області, інфікування яких сталося протягом одного року, та прослідкувати їхній шлях до взяття чи невзяття під медичний нагляд протягом одного року після інфікування. Просування кожним етапом описувалося за трьома характеристикиами: тривалість, рівень втрат та бар'єри. Ці характеристики надано для кожного етапу, а також для міжетапних ділянок.

Попередні результати тріангуляції були представлені на другій зустрічі стейкхолдерів Миколаївської області 12 серпня 2015 р. та шостій національній науково-практичній конференції з моніторингу та оцінки.

⁶ Centers for Disease Control and Prevention, Division of HIV/AIDS Prevention. Strategic Plan, 2011–2015. http://www.cdc.gov/hiv/pdf/policies_dhap-strategic-plan.pdf

4. Результати

4.1. Питання №1 – яку роль відіграє існуюча законодавчо-нормативна база в недостатній ефективності протиепідемічних заходів в області?

4. 1. 1. Вплив визначення випадку ВІЛ-інфекції на показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію, планування та впровадження протиепідемічних заходів, а також їхню ефективність.

Методика обрахунку показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію РЕН в Україні має дві особливості: 1) включення до показників захворюваності звітного року всіх дітей (незалежно від їхнього фактичного ВІЛ-статусу), народжених ВІЛ-інфікованими жінками протягом цього року; 2) включення до показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію звітного року всіх осіб з позитивним результатом конфіденційного (з наданням паспортних даних) підтвердjuвального тестування на ВІЛ-інфекцію (незалежно від року проведення тестування), які звернулися для взяття під медичний нагляд протягом звітного року [7].

Суть першої особливості полягає у включенні до показників захворюваності звітного року всіх дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками [8].

Ця особливість завжди призводить до завищення та деформації інформативності показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію за рахунок більшості дітей, які мають негативний ВІЛ-статус та будуть зняті з медичного обліку по досягненню ними 18-місячного віку. Рівень завищення та деформації інформативності показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію напряму залежить від ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД). У разі досягнення нульового відсотка передачі ВІЛ від матері до дитини штучне завищення показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 0–2 роки становитиме 100%. Кількість дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими жінками та яким діагноз «ВІЛ-інфекція» був підтверджений по досягненню 18-місячного віку (показник ефективності ППМД) практично збігається з показником захворюваності на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 0–2 роки. Протягом 2009–2013 рр. перша особливість обрахування нових випадків ВІЛ-інфекції РЕН призводила до середнього перевищення показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 0–2 роки, за даними РЕН, над фактичними показниками у 15,2 раза (213 осіб (555,1 на 100 тис. постійного населення віком 0–2 роки) проти 14 (35,6 на 100 тис.) відповідно) (табл. 2).

⁷ Наказ МОЗ України від 05.03.2013 № 180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення», https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130305_0180.html

⁸ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень № 43. – К.: Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України, 2015. – 112 с. <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>

Сутність другої особливості обрахунку показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію РЕН в Україні полягає у невикористанні на національному рівні (та відповідно в кожній області України) рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо визначення нового випадку ВІЛ-інфекції для потреб епіднагляду, який ґрунтуються виключно на лабораторному підтвердженні наявності ВІЛ-інфекції [9].

Ця відмінність реєстрації нового випадку ВІЛ-інфекції в Україні зазвичай приводить до заниження та деформації інформативності показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Заниження цього показника може відбуватися через неврахування осіб, які протягом звітного року отримали позитивний результат підтверджувального конфіденційного тестування та не були взяті під медичний нагляд протягом цього ж року. Смерть, переміщення на іншу територію призводять до незворотної деформації показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Заниження або завищення щорічного показника під впливом другої особливості РЕН України залежить від того, яких осіб протягом звітного року буде більше: тих, які мали позитивний результат тестування, але не звернулися по медичний нагляд протягом того самого року, чи тих, які отримали результат тестування протягом минулих років та звернулися по медичний нагляд у звітному році. Зазвичай представників першої категорії більше, тому в більшості випадків має місце заниження показників захворюваності.

Деформація інформативності показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію відбувається за рахунок осіб, які протягом минулих років отримали позитивний результат конфіденційного підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію, але були взяті під медичний нагляд лише протягом звітного року, а також за рахунок осіб, які отримали позитивний результат тестування протягом звітного року, але не були взяті під медичний нагляд протягом того самого року. Тобто цю деформацію обумовлює відмінність соціально-демографічних та інших характеристик осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального конфіденційного тестування (фактично є новими випадками ВІЛ-інфекції), та осіб, яких було взято під медичний нагляд.

Наприклад, протягом 1995–2014 рр., за даними реєстру результатів тестування Миколаївського обласного центру СНІДу, вік тестованих на момент підтверджувального тестування у середньому становив $32,1 \pm 9,8$ року, а при ідентифікаційному тестуванні (складова процедури взяття під медичний нагляд) – $32,9 \pm 10,6$ року (табл. 3). Тобто відбувається артефактне збільшення середнього віку нових випадків ВІЛ-інфекції.

Кількість осіб віком три роки і старше, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію у межах СЕМ (не враховуючи осіб, яких було обстежено анонімно – код тестування 114 СЕМ), – це фактичний показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію у відповідній віковій групі. Друга особливість РЕН протягом 2009–2013 рр. у середньому призводила до 32,8% заниження показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію у віковій групі три роки і старше, за даними РЕН, – 893 осіб (78,9 на 100 тис. постійного населення віком три роки і старше) проти 1328 (115,9 та 100 тис.), за даними СЕМ (табл. 2).

⁹ WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children, 2007. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>

Отже, фактична захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед усіх вікових груп може бути обрахована як алгебраїчна сума кількості дітей, які народилися від ВІЛ-позитивних жінок і діагноз яким був підтверджений, та кількості осіб віком три роки і старше, які отримали позитивний результат підтвердженого тестування на ВІЛ-інфекцію у межах СЕМ. Обрахований таким чином показник фактичної захворюваності на ВІЛ-інфекцію протягом 2009–2013 рр. у Миколаївській області становив відповідно: 1639 осіб (137,1 на 100 тис. населення), 1242 (104,5 на 100 тис.), 1210 (102,3 на 100 тис.), 1310 (111,3 на 100 тис.) та 1305 (111,3 на 100 тис.).

Порівняння показників фактичної захворюваності та показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію, за даними РЕН (2009–2013 рр.), демонструє у середньому 16,8% штучне заниження показників офіційної статистики у порівнянні з фактичними даними (рис. 1).

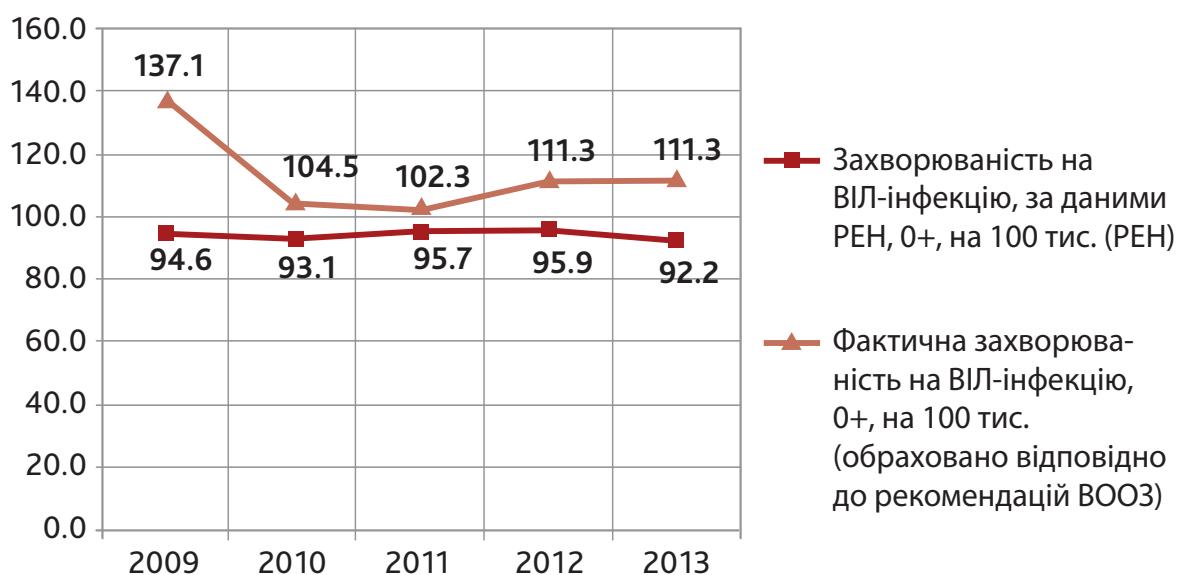


Рис. 1. Порівняння показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію, за даними РЕН та обрахованих відповідно до рекомендацій ВООЗ, на 100 тис., 2009–2013 рр. у Миколаївській області.

Крім штучного заниження показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію, існуюча система РЕН призвела до штучного викривлення тенденцій розвитку епідемії. Якщо за даними РЕН протягом 2009–2013 рр. спостерігалися стабільні значення цього показника, то за фактичними розрахунками відбувалося помірне зростання кількості нових випадків ВІЛ-інфекції.

Таке викривлення привело до використання в обласній програмі 2015–2018 рр. твердження про стабілізацію епідемічної ситуації в області (зокрема щодо зниження показника темпів приросту нових випадків ВІЛ-інфекції). Як результат, в обласній програмі 2015–2018 рр. зазначено, що її прийняття сприятиме не зміні тенденцій розвитку епідемії, а подальшій стабілізації епідемічної ситуації.

Таким чином, існуюче визначення випадку ВІЛ-інфекції суттєво ускладнює оцінку ефективності протиепідемічних заходів за одним із головних показників – захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

4. 1. 2. Вплив визначення випадку СНІДу на показники захворюваності на СНІД, планування та запровадження протиепідемічних заходів, а також їхню ефективність

Згідно з клінічною класифікацією ВІЛ-інфекції ВООЗ (2007 р.), легеневий туберкульоз відноситься до третьої клінічної стадії ВІЛ-інфекції^[10]. Проте, згідно з діючою в Україні клінічною класифікацією ВІЛ-інфекції, легеневий туберкульоз відноситься до четвертої клінічної стадії ВІЛ-інфекції (стадії СНІДу)^[11]. Починаючи з 2011 р. (рік вступу в дію відповідного наказу МОЗ України) ця невідповідність призводить до штучного завищення показників захворюваності та поширеності СНІДу як на національному, так і обласному рівнях.

Так, протягом 2011–2014 рр. кількість нових випадків захворювання на туберкульоз в середньому на рік складала 89,8% від усіх випадків СНІДу, зареєстрованих серед ВІЛ-інфікованих мешканців Миколаївської області старше 15 років (табл. 4). Середньорічне штучне завищення показника захворюваності на СНІД через обрахування легеневого туберкульозу протягом аналогічного терміну часу складало 44,9%.

Упродовж 2011–2014 рр. кількість хворих на туберкульоз складала 50,1% від абсолютноого показника поширеності СНІДу серед ВІЛ-інфікованих мешканців Миколаївської області старше 15 років (табл. 5). Середньорічне штучне завищення показника поширеності СНІДу протягом аналогічного терміну складало 40,7%.

Таким чином, невідповідність клінічній класифікації ВІЛ-інфекції, що використовується в Україні, та віднесення легеневого туберкульозу до СНІДу призводять до суттєвого штучного завищення показників захворюваності на СНІД (в середньому 44,9% на рік) та поширеності СНІДу (в середньому 40,7% на рік). Це в свою чергу деформує уяву про ефективність заходів з профілактики та лікування туберкульозу в цілому та його клінічної форми, що належить до стадії СНІДу, – позалегеневого туберкульозу.

4. 1. 3. Вплив визначення стану розвитку епідемії ВІЛ-інфекції на планування та запровадження протиепідемічних заходів, а також їхню ефективність

У Загальнодержавній програмі 2009–2013 рр. стан розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні класифікувався як концентрований^[12].

¹⁰ WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children, 2007. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>

¹¹ Наказ МОЗ від 12.07.2010 № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків». https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100712_551.html

¹² Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки. <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1026-17>

У Миколаївській обласній програмі 2009–2013 рр. зазначено про наявність тенденції до генералізації поширення ВІЛ-інфекції в області та вихід епідемічного процесу за межі груп ризику.

Наведемо наступні аргументи на підтвердження цього факту:

1. щорічне зростання кількості нових випадків інфікування (на 10–15% на рік);
2. вікова група 25–49 років залишається найбільш ураженою епідемією (68% від загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції);
3. оціночний показник поширеності ВІЛ серед дорослого населення становить 1,63%.

Крім того, на користь генералізації поширення ВІЛ-інфекції в області та виходу епідемічного процесу за межі груп ризику свідчать наступні факти:

1. відсоток ВІЛ-позитивних вагітних у 2013 р. сягнув 1,4% (284 ВІЛ-позитивні вагітні з 19 833 вагітних);
2. співвідношення кількості ВІЛ-позитивних осіб, які при взятті під медичний нагляд протягом 2013 р. повідомили про можливий статевий шлях інфікування, та парентеральним шляхом інфікування становило – 1:2,5 (257 осіб – парентеральний шлях інфікування, 642 – статевий).

Отже, Загальнодержавною програмою 2009–2013 рр. не передбачено можливості формування змішаної або генералізованої епідемії на рівні окремої області або країни. Обласна програма 2009–2013 рр. має припущення щодо генералізації епідемічного процесу, проте перелік протиепідемічних заходів на рівні області мав розбіжності із заходами, що рекомендуються ВООЗ для застосування в умовах генералізації епідемічного процесу [13], та заходами, що стосуються загального населення, викладеними у Загальнодержавній програмі 2009–2013 рр., зокрема:

1. робота із загальним населенням через засоби масової інформації;
2. використання поведінкових втручань серед загального населення;
3. розповсюдження презервативів серед загального населення (табл. 6).

Крім того, до загальнодержавної та обласної програм не включені заходи з профілактики, діагностики та лікування ІПСШ. Проте цей напрям присутній в інших програмах охорони здоров'я для загального населення.

Обрахування кількісного впливу існуючого визначення стану розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Миколаївській області на ефективність протиепідемічних заходів в області практично неможливе через перехрещення протиепідемічних заходів для КГН та загального населення. Проте коректне визначення стану

¹³ HIV prevention in generalized epidemics: optimal interventions for Global Fund applications: recommendations for a public health approach - 2011. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44736/1/9789241502467_eng.pdf

розвитку епідемії ВІЛ-інфекції є обов'язковим підґрунтям використання адекватних протиепідемічних заходів та їхньої ефективності [¹⁴].

4. 1. 4. Вплив критеріїв призначення АРТ на доступ до лікування, планування АРТ, а також її ефективність

Порівняльна характеристика основних критеріїв призначення АРТ дорослим в Україні та рекомендацій ВООЗ 2013 та 2015 рр. представлена в табл. 7. Ключовою відмінністю критеріїв призначення АРТ в Україні слугує рівень CD4⁺ Т-лімфоцитів – 0–350 кл/мкл на відміну від рекомендацій ВООЗ (2013 р.) – 0–500 кл/мкл та 2015 р. – незалежно від рівня CD4⁺ Т-лімфоцитів.

Ця відмінність призводить до затримки початку отримання АРТ серед ВІЛ-позитивних пацієнтів з кількістю лімфоцитів більше 350 кл/мкл. Так, протягом 2014 р. кількість осіб, яких було взято під медичний нагляд у зв'язку з ВІЛ-інфекцією з кількістю CD4⁺ Т-лімфоцитів 350–500 кл/мкл, становила 44 (25,7%), а з кількістю CD4⁺ Т-лімфоцитів вище 500 кл/мкл – 47 (27,5%). Таким чином, 91 (53,2%) особа, яка була взята під медичний нагляд у 2014 р., не підлягає призначення АРТ за показником кількості CD4⁺ Т-лімфоцитів згідно з критеріями Національного клінічного протоколу АРТ.

4. 1. 5. Обговорення

Повнота реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції – це фундаментальний чинник при плануванні протиепідемічних заходів. Особливості визначення нового випадку ВІЛ-інфекції в Україні формують деформоване сприйняття кількісного та якісного розвитку епідемії на рівні кожної області, а отже, і в цілому в Україні. Багаторічне існування цієї проблеми має безпосередній вплив на недостатню достовірність показників ефективності протиепідемічних заходів.

Існуюча практика остаточного встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції серед дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів, лише після досягнення ними 18-місячного віку позбавляє можливості отримання оперативної інформації щодо фактичних показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 0–2 роки, ефективності ППМД тощо. У разі збереження цієї ситуації відповідні показники можуть бути обраховані лише ретроспективно, із затримкою два роки. Практичним шляхом обрахування фактичної захворюваності серед осіб віком 0–2 роки з коротшим ретроспективним кроком є виконання існуючих вимог щодо встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції при отриманні двох позитивних результатів вірусологічних досліджень із зразків крові, отриманих окремо [¹⁵], та заповнення

¹⁴ Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic. WHO 2013, 72 p. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85511/1/9789241505826_eng.pdf?ua=1

¹⁵ Наказ МОЗ України від 24.02.2015 № 92 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям». https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20150224_0092.html

форми первинної облікової документації № 502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи № ____» лише на дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у яких діагноз ВІЛ-інфекції остаточно встановлено [16]. У разі запровадження такої системи затримка в отриманні оперативної інформації щодо показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, в більшості випадків становитиме від чотирьох тижнів до чотирьох місяців (час після народження, рекомендований для здійснення другого вірусологічного дослідження) та буде стосуватися лише вікової групи 0–12 місяців [17, 18]. Водночас виконання цих вимог можливе лише за умови повного дворазового охоплення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, обстеженням на вірусне навантаження ВІЛ, чого наразі не досягнуто [19, 20].

За відсутності рутинної системи ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей віком до 18 місяців, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, єдиним практичним рішенням є окреме обрахування показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію у вікових категоріях 0–2 та 3 роки і старше.

Що стосується реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції в осіб віком 18 місяців і старше та у дітей віком до 18 місяців, чиї матері є ВІЛ-серонегативними, то нормативне визначення нового випадку ВІЛ-інфекції для потреб епіднагляду, яке ґрунтуються виключно на лабораторних критеріях, слугує єдиним способом врегулювання системної проблеми деформації показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Практичний механізм реалізації цієї рекомендації – це облік та звітування про нові випадки ВІЛ-інфекції шляхом заповнення форми первинної облікової документації № 502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи» одразу після отримання позитивного результату конфіденційного підтвердjuвального тестування на ВІЛ-інфекцію (наразі заповнюється після взяття ВІЛ-позитивної особи під медичний нагляд).

Повнота та коректність реєстрації окремих клінічних форм ВІЛ-інфекції, включно зі СНІДом, також є фундаментальним чинником повноцінного планування, запровадження та оцінки ефективності протиепідемічних заходів. Єдиний

¹⁶ Наказ МОЗ України від 05.03.2013 № 180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення», https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130305_0180.html

¹⁷ WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children, 2007. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>

¹⁸ Котова Н.В., Бабій Н.О., Андріанова І.В., Люльчук М.Г., Рингач Н.О. Оцінювання сучасного стану ранньої діагностики ВІЛ-інфекції в дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями. – К.: ПЦ «Фоліант», 2013. – 60 с. http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Rannia_diagnostyka.pdf

¹⁹ Проблемні аспекти на шляху до досягнення елімінації ВІЛ від матері до дитини. Шляхи вирішення: [презентація / Нізова Н.М.]; ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України». – К.: 2014, http://dssz.gov.ua/attachments/article/2129/%D0%9F%D0%9F%D0%9C%D0%94_%D0%9D%D1%96%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf

²⁰ Котова Н.В., Бабій Н.О., Андріанова І.В., Люльчук М.Г., Рингач Н.О. Оцінювання сучасного стану ранньої діагностики ВІЛ-інфекції в дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями. – К.: ПЦ «Фоліант», 2013. – 60 с. http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Rannia_diagnostyka.pdf

спосіб вирішення питання штучного завищення показників захворюваності на СНІД – це узгодження клінічної класифікації ВІЛ-інфекції, яка використовується в Україні, з відповідною класифікацією ВООЗ. Практичним механізмом виконання цієї рекомендації слугує внесення змін до Наказу МОЗ від 12.07.2010 р. № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» та віднесення легеневого туберкульозу до третьої клінічної стадії ВІЛ-інфекції.

Коректне визначення стану розвитку епідемії ВІЛ-інфекції на рівні окремої території, як і визначення випадку ВІЛ/СНІДу, також є ключовим в оцінці ефективності протиепідемічних заходів [21]. Наразі для оцінки стану розвитку епідемії серед загального населення репродуктивного віку використовується рівень інфікованості вагітних за кодом СЕМ 109.1 (вагітні, обстежені вперше протягом вагітності незалежно від терміну вагітності). Так, Україна прозвітувала про зниження цього показника в 2013 р. до 0,39% [22]. Проте цей показник не враховує вагітних жінок, які дізналися про свій позитивний ВІЛ-статус до вагітності. Відсоток таких жінок від загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних у 2013 р. становив 50,6% [23]. Отже, фактичний рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних в цілому по Україні становив близько 0,8%, а в деяких областях, включно з Миколаївською, перевищував 1%. Представлені у звіті дані Миколаївської області свідчать про необхідність об'єктивного визначення стадії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції на рівні окремої області. У разі визначення різних стадій епідемії на рівні окремих областей важливим є внесення відповідних структурних змін до Загальнодержавної програми з метою її оптимізації та орієнтування на потреби регіонів. Ці зміни мають включати положення, універсальні для застосування незалежно від стадії епідемії та специфічні для окремої її стадії. Крім того, Загальнодержавною програмою мають бути передбачені механізми оперативного реагування у разі виникнення суттєвих змін у розвитку епідемії в окремих областях. У свою чергу, формування обласної програми має базуватися передусім на фактичній епідемічній ситуації.

Зважаючи на доволі високе охоплення АРТ серед осіб, які, згідно з Національним клінічним протоколом, мають відповідні показання, – 95,2% (2014 р.) [24], більшість інфікованих позбавлені доступу до АРТ саме через неузгодження критеріїв її призначення, які використовуються в Україні, з відповідними критеріями

²¹ Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic. WHO, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85511/1/9789241505826_eng.pdf

²² Ukraine harmonized AIDS response progress report. Reporting period: January, 2012 – December, 2013. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/UKR_narrative_report_2014.pdf

²³ Проблемні аспекти на шляху до досягнення елімінації ВІЛ від матері до дитини. Шляхи вирішення: [презентація / Нізова Н.М.]; ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України». – К.: 2014, http://dssz.gov.ua/attachments/article/2129/%D0%9F%D0%9F%D0%9C%D0%94_%D0%9D%D1%96%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf

²⁴ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень № 43. – К.: Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України, 2015. – 112 с. <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>

ВООЗ. Практичним механізмом вирішення цього питання слугує внесення змін до Наказу МОЗ від 12.07.2010 р. № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» та розширення діапазону кількості CD4⁺ Т-лімфоцитів, при якому призначається АРТ, до 0–500 кл/мкл або взагалі незалежно від кількості CD4⁺ Т-лімфоцитів.

Отже, існуюча законодавчо-нормативна база за чотирима розглянутими компонентами має безпосередній вплив на планування, запровадження, моніторинг та в кінцевому підсумку ефективність протиепідемічних заходів. Вирішення усіх чотирьох компонентів має вплив у кожній області України і повинно вирішуватися у системний спосіб на національному рівні. Що стосується впливу визначення стану розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, то це питання, крім національного рівня, лежить у площині формування та реалізації обласної програми.

4. 1. 6. Обмеження результатів тріангуляції за запитанням № 1

1. проведено аналіз лише основних нормативно-правових актів, проте їх потенційний перелік набагато більший, що потребує проведення додаткових досліджень;
2. у багатьох випадках неможливо відокремити кількісну роль окремого нормативно-правового акту в недостатній ефективності протиепідемічних заходів.

4. 1. 7. Висновки на рекомендації за запитанням № 1

Особливості визначення нового випадку ВІЛ-інфекції в Україні формують деформоване сприйняття кількісного розвитку епідемії: а) штучне середньорічне перевищення показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 0–2 роки протягом 2009–2013 рр., за даними РЕН, над фактичними показниками склало 15,2 раза; б) штучне середньорічне заниження показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію в усіх вікових групах протягом того самого періоду, за даними РЕН, у порівнянні з фактичними показниками склало 16,8%; в) деформація сприйняття епідемії за рахунок часового інтервалу між отриманням позитивного результату підтвердjuвального тестування та взяття під медичний нагляд. Багаторічне існування цієї проблеми має безпосередній вплив на недостатню достовірність показників ефективності протиепідемічних заходів. Практичними способами вирішення цієї проблеми є: а) встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, при отриманні двох позитивних результатів вірусологічних досліджень із зразків крові, отриманих окремо, та заповнення форми первинної облікової документації № 502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи № ____» лише на дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у яких діагноз ВІЛ-інфекції остаточно встановлено; б) окреме обрахування показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію у вікових категоріях 0–2 роки та 3 роки і старше (за відсутності рутинної системи ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей віком до 18 місяців, народжених ВІЛ-інфікованими матерями); в) облік та звітування про нові випадки ВІЛ-інфекції шляхом заповнення

форми первинної облікової документації № 502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи» одразу після отримання позитивного результату конфіденційного підтвердjuвального тестування на ВІЛ-інфекцію.

Невідповідність клінічній класифікації ВІЛ-інфекції, що використовується в Україні, та віднесення легеневого туберкульозу до СНІДу призводять до суттєвого штучного завищення показників захворюваності на СНІД в Миколаївській області (в середньому 44,9% на рік) та поширеності СНІДу (в середньому 40,7% на рік). Це в свою чергу деформує уявлення про ефективність заходів з профілактики та лікування туберкульозу в цілому та його клінічної форми, що належить до стадії СНІДу – позалегеневого туберкульозу. Єдиним способом вирішення цього питання є узгодження клінічної класифікації ВІЛ-інфекції, яка використовується в Україні, з відповідною класифікацією ВООЗ шляхом внесення відповідних змін до Наказу МОЗ від 12.07.2010 р. № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» та віднесення легеневого туберкульозу до третьої клінічної стадії ВІЛ-інфекції.

Представлені у звіті дані Миколаївської області свідчать про необхідність об'єктивного визначення стадії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції на рівні окремої області та країни в цілому. У разі визначення різних стадій епідемії ВІЛ-інфекції на рівні окремих областей важливим є внесення відповідних структурних змін до Загальнодержавної програми з метою її оптимізації та орієнтування на потреби регіонів. Ці зміни мають включати положення, універсальні для застосування незалежно від стадії епідемії та специфічні для окремої стадії епідемії. Крім того, Загальнодержавною програмою мають бути передбачені механізми оперативного реагування у разі виникнення суттєвих змін у розвитку епідемії в окремих областях. У свою чергу, формування обласної програми має базуватися передусім на фактичній епідемічній ситуації.

Зважаючи на доволі високе охоплення АРТ серед осіб, які, згідно з Національним клінічним протоколом, мають відповідні показання, більшість ЛЖВ позбавлені доступу до АРТ саме через неузгодження критеріїв призначення АРТ, які використовуються в Україні, з відповідними критеріями ВООЗ. 91 (53,2%) особа, яка була взята під медичний нагляд у 2014 р., не підлягає призначеню АРТ за показником кількості CD4⁺ Т-лімфоцитів згідно з критеріями Національного клінічного протоколу АРТ. Практичним механізмом вирішення цього питання є внесення змін до Наказу МОЗ від 12.07.2010 р. № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» та розширення діапазону кількості CD4⁺ Т-лімфоцитів, при якому призначається АРТ до 0–500 кл/мкл або взагалі незалежно від кількості CD4⁺ Т-лімфоцитів.

4. 2. Питання № 2 – які фактори впливають на несвоєчасне взяття під медичний нагляд осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію?

Шлях особи від моменту інфікування ВІЛ до взяття під медичний нагляд складається щонайменше із семи етапів. Швидкість та взагалі можливість просування цим шляхом залежить від низки індивідуальних і системних факторів, які забезпечують проходження і зв'язок між окремими етапами або, навпаки, затримують та навіть виштовхують з цього шляху (див. рис. 2).

Отже, людина, яка живе з ВІЛ, має якнайшвидше пройти наступні етапи:

1. дотестове консультування;
2. скринінгове тестування на ВІЛ-інфекцію;
3. підтвердjuвальне тестування на ВІЛ-інфекцію;
4. післятестове консультування (включно з отриманням результату тестування на ВІЛ-інфекцію та направлення для взяття під медичний нагляд);
5. доходження до центру СНІДу або кабінету «Довіра»;
6. обстеження для взяття під нагляд у центрі СНІДу або кабінеті «Довіра»;
7. взяття під медичний нагляд у центрі СНІДу або кабінеті «Довіра».

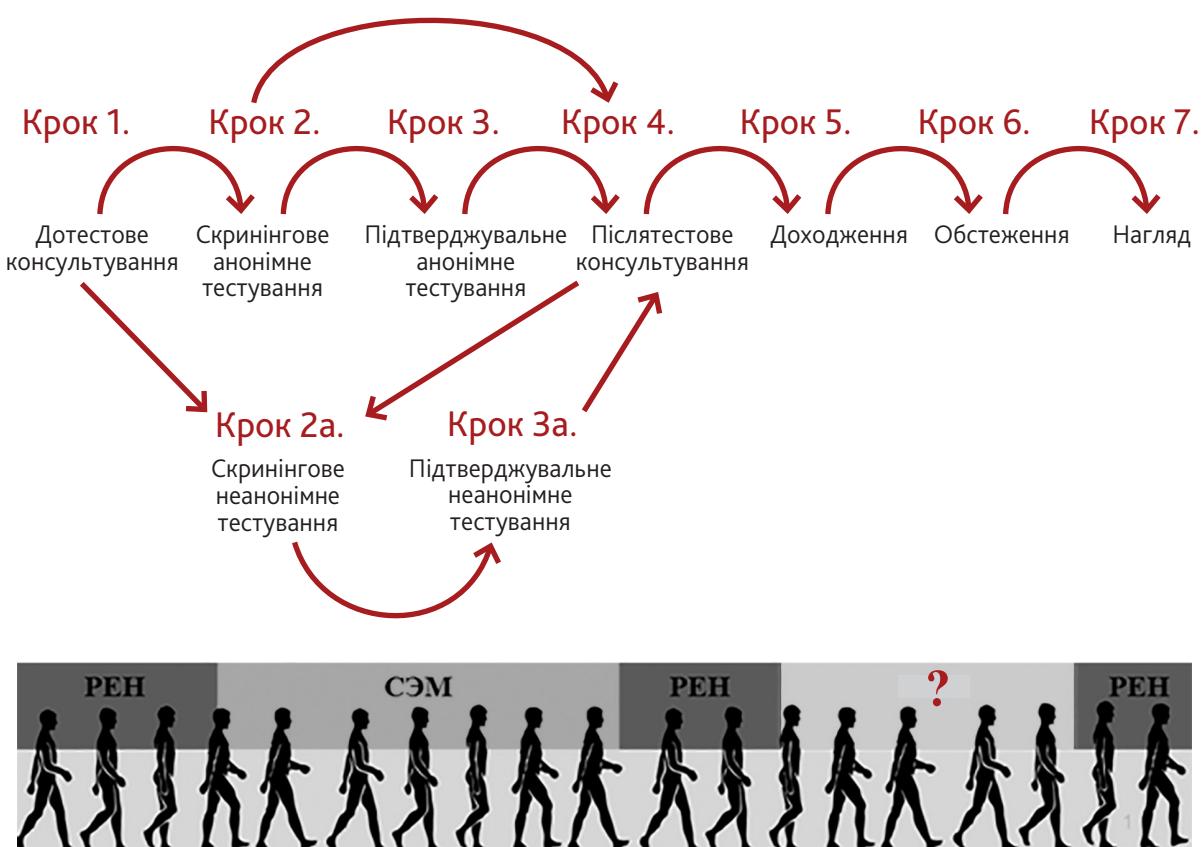


Рис. 2. Шлях ВІЛ-позитивної особи від КiT до взяття під медичний нагляд

Початок шляху до взяття під медичний нагляд може реалізуватися шляхом самостійного звернення особи по КіТ або через пропонування цієї послуги з боку медичного чи соціального працівника. До- та післятестове консультування може проводитися в ЗОЗ, включно з мобільними пунктами та мобільними амбулаторіями, а також на базі НУО [25]. Послуга КіТ надається конфіденційно (з наданням персональних даних) або анонімно.

Незалежно від того, у який спосіб надається послуга КіТ (конфіденційно чи анонімно), для подальшого просування обов'язковим є отримання від особи згоди на проведення тестування (письмово – у разі конфіденційного надання послуги КіТ або усно – у разі анонімного). У випадку анонімного надання послуги КіТ особі присвоюється індивідуальний код.

Після надання згоди на проведення тестування розпочинається наступний етап – скринінгове тестування. Направлення на скринінгове тестування може здійснюватися усно або письмово. Наказами МОЗ України не передбачено стандартної форми такого направлення. Скринінгове тестування може здійснюватися двома способами: з використанням швидких тестів (ШТ) або методом імуноферментного аналізу (ІФА). У разі використання ШТ здійснюється дослідження капілярної крові у приміщенні/закладі, де проводилося дотестове консультування, або особа направляється до іншого закладу, де є можливості для тестування з використанням ШТ. При використанні методу ІФА у приміщенні/закладі, де здійснювалося дотестове консультування, проводиться забір венозної крові або особа направляється до іншого закладу, де є можливості для тестування з використанням методу ІФА. Якщо у ЗОЗ, де було здійснено дотестове консультування, немає можливостей для проведення тестування з використанням методу ІФА, то зразок венозної крові відправляється до іншого закладу, де є така можливість. Зазвичай це лабораторії скринінгової та підтвердлювальної діагностики обласних центрів СНІДу.

Незалежно від того, яка процедура КіТ (конфіденційна чи анонімна) та який метод тестування (ІФА чи ШТ) використовувалися, ***у разі отримання позитивного результату скринінгового тестування довідка про результат цього тестування особі не надається***. При отриманні позитивного результату скринінгового тестування з використанням ШТ проводиться друге (підтверджувальне) тестування з використанням ШТ іншого виробника або робиться забір венозної крові/особа направляється до іншого закладу для проведення підтверджувального тестування з використанням методу ІФА або інших методів [26]. У разі отримання позитивного результату з використанням методу ІФА на тому ж зразку венозної крові здійснюється підтверджувальне тестування з використанням методу ІФА або інших методів.

²⁵ Наказ МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050819_415.html

²⁶ Наказ МОЗ України від 21.12.2010 р. № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення». https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20101221_1141.html

При проведенні скринінгового анонімного тестування клієнтів НУО з використанням ШТ та отриманні позитивного результату особу перенаправляють до центру СНІДу/кабінету «Довіра» для здійснення **конфіденційного (з наданням паспортних даних) скринінгового тестування**. Процедура цього направлення описана в «Алгоритмі переадресації та обліку клієнтів з позитивним результатом швидкого тесту на ВІЛ-інфекцію між НУО/ЦСССДМ та закладами служби профілактики і боротьби зі СНІДом».

Підтверджувальне тестування з використанням ШТ найчастіше здійснюється в приміщенні/закладі, де проводилося дотестове консультування. Підтверджувальне тестування з використанням методу ІФА та інших методів проводиться в лабораторіях підтверджувальної діагностики (найчастіше на базі обласних центрів СНІДу).

Незалежно від процедури КіТ (конфіденційна чи анонімна) та методу підтверджувального тестування (ІФА, ШТ чи інший), у разі отримання позитивного результату тестування медичним працівником (лабораторії чи закладу) **оформляється довідка про результат підтверджувального тестування**. У випадку позитивного результату конфіденційного підтверджувального тестування у довідці зазначаються паспортні дані особи. У разі отримання позитивного результату анонімного підтверджувального тестування у довідці зазначається індивідуальний код, який був присвоєний особі під час дотестового консультування.

Післятестове консультування – наступний етап просування на шляху до взяття під медичний нагляд. Одним з його елементів є повідомлення особи про результат тестування. Лише лікар має право повідомляти про результат тестування [²⁷]. У разі отримання позитивного результату конфіденційного підтверджувального тестування лікар **має видати особі письмову довідку про результат тестування** [²⁸]. Ця довідка підтверджує наявність серологічних маркерів ВІЛ-інфекції, але не є ознакою встановленого клінічного діагнозу та виявлення нового випадку ВІЛ-інфекції. Крім повідомлення про позитивний результат тестування, протягом післятестового консультування лікар здійснює направлення особи з позитивним результатом конфіденційного підтверджувального тестування до центру СНІДу/кабінету «Довіра» для взяття її під медичний нагляд. Направлення здійснюється усно або письмово. Наказами МОЗ України не передбачено стандартної форми направлення.

У разі отримання позитивного результату анонімного підтверджувального тестування лікар **має усно повідомити особу про результат тестування**. Це повідомлення не є формальною ознакою підтвердження наявності серологічних маркерів ВІЛ-інфекції, встановлення клінічного діагнозу та виявлення нового випадку ВІЛ-інфекції. Для осіб з позитивним результатом анонімного підтверджувального тестування лікарем здійснюється направлення їх для проходження конфіденційного тестування (скринінгового та підтверджувального), найчастіше до центру СНІДу/кабінету «Довіра», або особі пропонується надати паспортні дані

²⁷ Наказ МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про уточнення порядку проводження діагностичного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050819_415.html

²⁸ Там само.

для проходження конфіденційного тестування на місці (скринінгового, а у разі позитивного результату – підтверджувального). Направлення особи з позитивним результатом анонімного підтверджувального тестування здійснюється усно.

В окремих випадках (перебування особи на стаціонарному етапі лікування туберкульозу, ув'язнення тощо) у разі отримання позитивного результату підтверджувального конфіденційного тестування до закладу запрошується фахівець центру СНІДу/кабінету «Довіра» для взяття особи під медичний нагляд на місці або функцію взяття під медичний нагляд виконує лікар закладу [²⁹, ³⁰].

Наступний етап – звернення особи з позитивним результатом тестування до центру СНІДу/кабінету «Довіра». Формальною ознакою факту звернення є заповнення форми первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого» [³¹].

Після цього особа направляється до лікаря-інфекціоніста та переходить до наступного етапу – обстеження для взяття під медичний нагляд з метою: остаточної перевірки наявності серологічних маркерів ВІЛ-інфекції (шляхом здійснення ідентифікаційного тестування); встановлення клінічного діагнозу ВІЛ-інфекції; визначення клінічної стадії захворювання; виявлення опортуністичних інфекцій та/або супутніх захворювань, ризику їх розвитку для визначення подальшої терапевтичної тактики; виявлення показань до призначення АРТ; сприяння соціально-психологічній адаптації тощо.

Насамкінець, після обстеження особа досягає останнього етапу свого просування – взяття під медичний нагляд. Формальна ознака взяття під медичний нагляд – це заповнення лікарем-інфекціоністом форми № 502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи», що є ознакою встановлення клінічного діагнозу та слугує обліково-звітною формою для кожного нового випадку ВІЛ-інфекції [³²].

Взяття під медичний нагляд – лише частина загального шляху ЛЖВ у довічному отриманні ВІЛ-сервісів. Тому етап взяття під медичний нагляд повинен мати логічний зв'язок з наступним етапом – запланованим клінічним візитом.

²⁹ Аналіз недоліків системи надання послуг з ко-інфекції: [аналітичний звіт / Мангуря Б. та ін.]; Звіт розроблено Глобальним інститутом туберкульозу при Ратгерському університеті (GTBI), Університетом штату Нью-Джерсі та Проектом USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні». – К.: 2013. – 38 с. http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2014/04/GAP-Analysis_final_Ukr_2014_04_03.pdf

³⁰ Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції: аналіт. звіт за результатами операційного дослідження 2013 року /І. Дощак, С. Жахалова, В. Марциновська, О. Хан. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 138 с.

³¹ Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120214_110.html

³² Наказ МОЗ України від 05.03.2013 № 180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення», https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130305_0180.html

4. 2. 1. Етап 1 – дотестове консультування

ТРИВАЛІСТЬ

Наразі не існує надійних даних щодо середньої тривалості періоду між інфікуванням, дотестовим консультуванням та проведенням КіТ взагалі. В рутинній практиці лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції мінімальний період між інфікуванням та можливістю виявлення серологічних маркерів ВІЛ-інфекції визначається проміжком часу в 14–20 діб для тестових систем четвертого покоління (виявлення p24 антигена ВІЛ) та 20–23 доби – для тестових систем третього покоління (виявлення IgM до ВІЛ) [³³]. Протягом 2013 р. близько третини скринінгових тестувань, що мали позитивний результат, було здійснено в лабораторії Миколаївського обласного центру СНІДу з використанням ІФА четвертого покоління. Крім того, відсів на етапі тестування (через знаходження у серологічному вікні) за наявності відповідних показань (ризикована поведінка, професійний контакт з ВІЛ тощо) є приводом для призначення повторного тестування. У цьому випадку шлях ВІЛ-інфікованої особи через певний час розпочинається повторно.

За попередніми результатами ДЕН Національного рівня 2013 р., серед 26 ЛВІН, яким лабораторно було підтверджено наявність ранньої ВІЛ-інфекції (до 6 міс. після інфікування), 15 (57,7%) повідомили про те, що раніше вже проходили тестування, яке мало позитивний результат. Для чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), відповідний показник мав суттєво нижчі значення – 15,4% (4 з 26), для жінок комерційного сексу (ЖКС) – 12,5% (1 з 8). Таким чином, проміжок часу між інфікуванням та здійсненням КіТ для представників КГН може становити місяці та роки.

Що стосується населення в цілому, то надійні дані про період між інфікуванням та здійсненням КіТ наразі відсутні. Оскільки при обстеженні осіб, що мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з КіТ при зверненні за медичною допомогою в ЗОЗ (код 113 СЕМ), було отримано, у порівнянні з іншими кодами СЕМ, найбільшу кількість позитивних результатів – 314 (20,8%), затримка від інфікування до звернення по КіТ також складає місяці та роки.

За даними дослідження хронометражу послуг консультування і тестування на ВІЛ [³⁴], тривалість дотестового консультування обчислюється хвилинами – $7,56 \pm 1,36$ хв. та від 10 до 30 хв. – за даними іншого дослідження [³⁵].

³³ Laboratory Testing for the Diagnosis of HIV Infection. Updated Recommendations / Bernard M. Branson et al.; CDC.– 2014, 68 p. <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/hivtestingalgorithmrecommendation-final.pdf>

³⁴ Миронюк І.С., Перегінець І.Б. Результати хронометражу послуги консультування і тестування на ВІЛ з ініціативи медичного працівника в практиці сімейного лікаря / І.С. Миронюк // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2014. – № 1. – С. 73–75.

³⁵ Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції: аналіт. звіт за результатами операційного дослідження 2013 року /І. Дощак, С. Жахалова, В. Марциновська, О. Хан. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 138 с.

Що стосується проміжку часу між проведенням дотестового консультування та тестуванням, то у разі здійснення тестування з використанням ШТ в одному закладі цей проміжок може обчислюватися хвилинами. У випадку, коли особа перенаправляється для тестування до іншого закладу або зразок венозної крові відправляється до лабораторії, цей проміжок може збільшуватися до декількох діб. Наприклад, за даними дослідження, перенаправлення для проведення тестування на ВІЛ-інфекцію здійснюється лише в одному кабінеті «Довіра» Миколаївської області^[36]. За даними цього ж дослідження, тестування з використанням ШТ виконується у 19 (79,2%) з 24-х кабінетів «Довіра», які надали відповідь на це запитання (відповідний показник в цілому по Україні становив 78,4%). Проте більшість тестувань, що мали позитивний результат, за даними СЕМ, здійснюється з використанням методу ІФА – 1351 (89,5%) у 2013 р. (відповідний показник в цілому по Україні – 29 507 (93%)). Враховуючи середню кратність відправки зразків крові з кабінетів «Довіра» до лабораторії – 7±5,9 разів на місяць, можливо припустити, що термін часу між дотестовим та скринінговим тестуванням в середньому може становити щонайменше чотири доби. Це припущення підтверджуються даними спеціального дослідження серед хворих на туберкульоз^[37].

Таким чином, у більшості випадків здійснюється забір венозної крові та відправка зразка до лабораторії, що спричинює затримку на декілька днів.

РІВЕНЬ ВТРАТ

За оціночними даними моделювання з використанням програми СПЕКТУРМ, кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих у Миколаївській області в 2013 р. становила 430 осіб^[38].

Навіть за найбільш оптимістичною логікою серед осіб, які інфікувалися ВІЛ упродовж 2013 р., лише 46,1% потраплять на перший етап – дотестове консультування – протягом року після інфікування. **Для такого припущення використано показник 46,1%, що є відсотком вагітних, яких, за даними РЕН 2013 р., було взято під медичний нагляд на I-II імунологічних стадіях ВІЛ-інфекції. Враховано, що, за даними РЕН, переважна більшість вагітних з позитивним результатом тестування в стислі терміни береться під медичний нагляд.**

Суттєві втрати протягом року саме між інфікуванням та проведенням дотестового консультування і КіТ підтверджують наведені вище дані ДЕН щодо відсотка представників КГН з ранньою ВІЛ-інфекцією, які повідомили про те, що раніше вже проходили тестування, яке мало позитивний результат.

³⁶ Вивчення характеристик, показників роботи та спроможностей системи кабінетів «Довіра» в Україні: [звіт за результатами дослідження / Недужко О.О. та ін.]; За підтримки Бюро ВООЗ в Україні. – К.: 2014. – 87 с.

³⁷ Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції: аналіт. звіт за результатами операційного дослідження 2013 року /І. Дощак, С. Жахалова, В. Марциновська, О. Хан. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 138 с.

³⁸ Дані Українського Центру моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України».

Певна кількість ЛЖВ ніколи не дізнаються про свій позитивний ВІЛ-статус внаслідок смерті. Оцінити цю кількість практично неможливо через вкрай низький рівень охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію померлих з невідомим ВІЛ-статусом. Так, за даними СЕМ, кількість тестувань померлих (код СЕМ 119) становила 2 (0,0024%) від загальної кількості тестувань на ВІЛ-інфекцію в Миколаївській області протягом 2013 р., позитивних результатів не зафіксовано. Відповідний показник в цілому по Україні в 2013 р. становив 1078 (0,04%), серед яких зафіксовано 124 позитивних результати, що складає 0,39% від загальної кількості позитивних результатів за усіма кодами СЕМ.

Втрати безпосередньо під час проведення дотестового консультування можуть бути пов'язані з відмовою від тестування. Так, за даними РЕН, після 104 325 дотестових консультувань, здійснених у Миколаївській області протягом 2013 р., було не отримано 9408 (9,0%) інформованих згод на проведення тестування (відповідний показник в цілому по Україні становив 96 755 (2,7%). За даними дослідження, близько 2% хворих на туберкульоз не надають згоди на проведення тестування [³⁹].

Що стосується втрат після отримання інформованої згоди на проведення тестування, то їх також можна оцінити лише орієнтовно. За даними СЕМ, протягом 2013 р. в області було проведено 84 595 тестувань, що складає 89,1% від загальної кількості отриманих інформованих згод на проходження тестування на ВІЛ-інфекцію (94 917). Таким чином, 10 322 (10,9%) особам, які надали інформовану згоду, тестування з різних причин проведено не було.

БАР'ЄРИ

За даними ДЕН та результатами спеціальних досліджень, існує декілька основних факторів, що перешкоджають зверненню ЛЖВ по КіТ [⁴⁰, ⁴¹, ⁴², ⁴³, ⁴⁴]:

³⁹ Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції: аналіт. звіт за результатами операційного дослідження 2013 року /І. Дощак, С. Жахалова, В. Марциновська, О. Хан. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 138 с.

⁴⁰ Linkage to care of PLWH in Odessa Oblast: personal and health system's barriers: [study report / Neduzhko O. et al]; Supported by WHO CO in Ukraine. – Kiev : 2012. – 69 р.

⁴¹ Комплексне дослідження мотивації та доступності ДКТ на ВІЛ для дітей та молоді: [аналіт. звіт /Балакірева О.М. та ін.]; ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: KIC, 2013. – 124 с., www.unicef.org/ukraine/3_ukr_kompleksne_doslidzheniya_motivacii.pdf

⁴² Задоволеність клієнтів послугами консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію в НУО та різних типах закладів охорони здоров'я в Одеській області: [звіт за результатами дослідження / Недужко О.О. та ін.]; За підтримка Бюро ВООЗ в Україні. – К. : 2013. – 28 с.

⁴³ Огляд національного законодавства та існуючих практик щодо правил проведення консультування і тестування на ВІЛ для підлітків, у тому числі підлітків груп ризику: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: Версо 04, 2013. – 36 с.

⁴⁴ Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції: аналіт. звіт за результатами операційного дослідження 2013 року /І. Дощак, С. Жахалова, В. Марциновська, О. Хан. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 138 с.

- добре самопочуття;
- недостатня поінформованість (не знають, де можна пройти тест на ВІЛ);
- недостатня мотивація (не бачать необхідності проходження тестування на ВІЛ-інфекцію; бояться: дізнатися про свій ВІЛ-статус, порушення конфіденційності, негативної думки оточуючих; вважають, що не мають ризику інфікування);
- наркотична/алкогольна залежність.

За даними ДЕН 2013 р., переважна більшість ВІЛ-позитивних представників дозорних груп у Миколаївській області вважала, що послуга КіТ для них доступна: ЛВІН – 97,1%, ЖКС – 83,3% та ЧСЧ – 100,0%, відповідно високими були показники осіб, які зверталися до установ/організацій з метою проходження тесту на наявність ВІЛ (табл. 8).

Погане самопочуття та настороженість медичних працівників є фактором, який сприяє проведенню КіТ. За даними СЕМ, протягом 2013 р. 314 (20,8%) осіб проходили тестування на ВІЛ-інфекцію, що мало позитивний результат у зв'язку з наявністю захворювань, симптомів та синдромів, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою в ЗОЗ. За даними дослідження, пройти КіТ пропонували 98% пацієнтів Миколаївської області, хворим на туберкульоз [45]. Вагітні жінки також майже повністю охоплені тестуванням на ВІЛ-інфекцію [46]. Отже, такі категорії, як вагітні та хворі на туберкульоз, доволі добре охоплені послугами консультування і тестування.

Що стосується індивідуальних бар'єрів залучення до послуг КіТ чоловіків та не вагітних жінок серед загального населення, то дані з цього приводу суттєво обмежені.

Щодо системних факторів, то, наприклад, за даними РЕН, протягом 2013 р. серед 104 325 індивідуальних дотестових консультувань 1308 (1,3%) було здійснено після направлення НУО, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ), 37 639 (36,1%) складали самостійне звернення та 65 378 (62,7%) стали результатом направлення медичним працівником. Показники в цілому по Україні становили 2,0%, 33,5% та 67,2% для направлення НУО/ЦСССДМ, самостійного звернення та направлення медичним працівником відповідно. За даними РЕН, встановити відповідний розподіл направлень окремо для осіб, які мали позитивний результат, неможливо. Але, за даними програмного моніторингу діяльності НУО в Миколаївській області, відомо, що протягом 2013 р. лише 71 ЛВІН, 6 ЖКС та 1 ЧСЧ (загалом 78 осіб) мали позитивний результат тестування. Це складає лише 5,2% від загальної кількості позитивних результатів тестувань за даними СЕМ.

⁴⁵ Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції: аналіт. звіт за результатами операційного дослідження 2013 року /І. Дощак, С. Жахалова, В. Марциновська, О. Хан. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 138 с.

⁴⁶ Проблемні аспекти на шляху до досягнення елімінації ВІЛ від матері до дитини. Шляхи вирішення: [презентація / Нізова Н.М.]; ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України». – К.: 2014, http://dssz.gov.ua/attachments/article/2129/%D0%9F%D0%9F%D0%9C%D0%94_%D0%9D%D1%96%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf

Водночас відсоток ЛВІН, які мали позитивний результат тестування, на базі НУО становив 34,5% від загальної кількості позитивних результатів тестувань серед споживачів ін'єкційних наркотичних речовин за даними СЕМ (код тестування 102). Таким чином, результативність виявлення ВІЛ-позитивних ЛВІН на базі НУО відносно висока, проте виявлення ЛЖВ серед ЖКС та ЧСЧ на базі НУО практично не відбувається.

Іншим системним бар'єром для отримання КіТ є графік роботи ЗОЗ. Дані з цього приводу обмежені, але, наприклад, лише два (7,7%) з 26 кабінетів «Довіра» в Миколаївській області працюють у дві зміни, два (8,3%) з 24 – після 17-ї години та 1 (4%) з 25 – у вихідні дні [47]. За даними цього ж дослідження відповідні показники в цілому по Україні становили: працюють у дві зміни – 6,3% (35 з 558), після 17-ї години – 5,8% (31 з 530) та у вихідні дні – 12,5% (69 з 550).

Нестача персоналу та низька кваліфікація персоналу сайтів КіТ і лабораторій – наскрізне питання [48, 49, 50], яке має вплив на практично всі етапи просування.

З наданої вище інформації бачимо, що основними бар'єрами для подальшого просування може бути відмова від тестування та неможливість його проведення на місці або необхідність планування ще одного візиту для здійснення тестування.

4. 2. 2. Етап 2 – скринінгове тестування

ТРИВАЛІСТЬ

Терміни проведення скринінгового тестування залежно від методу (ШТ або ІФА) обчислюються хвилинами та годинами.

Наприклад, тривалість здійснення тестування з використанням ШТ, за даними дослідження, становила $11,56 \pm 1,36$ хв. [51], а за даними іншого дослідження – до 20 хв. [52].

⁴⁷ Вивчення характеристик, показників роботи та спроможностей системи кабінетів «Довіра» в Україні: [звіт за результатами дослідження / Недужко О.О. та ін.] ; За підтримки Бюро ВООЗ в Україні. – К.: 2014. – 87 с.

⁴⁸ Так само.

⁴⁹ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень № 43. – К.: Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України, 2015. – 112 с. <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>

⁵⁰ Комплексне дослідження мотивації та доступності ДКТ на ВІЛ для дітей та молоді: [аналіт. звіт /Балакірєва О.М. та ін.]; ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: KIC, 2013. —124 с., www.unicef.org/ukraine/3_ukr_compleksne_doslidzheniya_motivacii.pdf

⁵¹ Миронюк І.С., Перегінець І.Б. Результати хронометражу послуги консультування і тестування на ВІЛ з ініціативи медичного працівника в практиці сімейного лікаря / І.С. Миронюк // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2014. --№ 1. – С. 73–75.

⁵² Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції: аналіт. звіт за результатами операційного дослідження 2013 року /І. Дощак, С. Жахалова, В. Марциновська, О. Хан. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 138 с.

Однак, враховуючи те, що більшість тестувань з позитивним результатом у Миколаївській області здійснюється з використанням методу ІФА, то зазвичай тривалість тестування становить декілька годин.

За даними реєстру позитивних результатів тестування лабораторії Миколаївського обласного центру СНІДу, середній проміжок часу між отриманням результату скринінгового та підтверджувального тестувань з використанням методу ІФА протягом 1995–2014 рр. мав суттєві коливання та становив $35,51 \pm 181,9$ днів ($n = 11\,720$) (табличні дані не наведено). Більшість підтверджувальних тестувань здійснювалася у межах 30 днів після отримання позитивного результату скринінгового тестування – 14 294 (86,3%). Відсоток виконання підтверджувальних тестувань протягом одного місяця постійно збільшувався і в 2014 р. досяг свого максимуму – 968 (98,9%) (табл. 9). Щодо середнього терміну часу між скринінговим та підтверджувальним тестуванням, то в 2013 та 2014 рр. він становив $6,6 \pm 14,3$ та $5,07 \pm 5,1$ днів відповідно (табличні дані не наведено).

Термін між скринінговим та підтверджувальним тестуваннями практично не відрізнявся залежно від статі, віку на момент проведення скринінгового тестування та коду тестування (табл. 10–12). Едине виключення становили діти віком 0–2 роки, які проходили тестування за кодом 110, серед них більшість підтверджувальних тестувань було здійснено через 365 та більше днів після отримання позитивного результату скринінгового тестування (пояснюються процедурою визначення ВІЛ-статусу дітей, які народилися від ВІЛ-позитивних жінок).

РІВЕНЬ ВТРАТ

Надійні дані про кількість хибнонегативних результатів скринінгового тестування з використанням методу ІФА практично відсутні, але навіть у Службі крові такі випадки мають місце [53]. За даними дослідження, відсоток хибнонегативних результатів скринінгового тестування з використанням ШТ може становити 0,8% [54]. Непрямим свідченням наявності хибнонегативних результатів такого тестування є дані ДЕН 2013 р. національного рівня:

- 150 (3,16%) з 4740 ЛВІН, які мали негативний результат тестування у межах ДЕН та надали відповіді на запитання про історію свого тестування, повідомили, що, на відміну від нинішнього негативного результату, раніше вони мали позитивний результат; показник для ЖКС та ЧСЧ становив 9 (0,2%) з 4546 та 4 (0,05%) з 7588 відповідно;

⁵³ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень № 43. – К.: Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України, 2015. – 112 с. <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>

⁵⁴ Максименок О.В., Сергеєва Т.А., Гураль А.Л., Гришаєва І.В., Галецька М.О., Виноградов О.Г. Оцінка ефективності серологічної діагностики ВІЛ-інфекції із застосуванням швидких тестів / О.В. Максименок // Профілактична медицина. – 2011. – № 3. – С. 37–42. http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Pmed_2011_3_11.pdf

- 170 (2,19%) з 7778 ЛВІН, які мали негативний результат тестування в межах ДЕН та надали відповідь щодо знаходження під медичним наглядом у центрі СНІДу, повідомили про знаходження під медичним наглядом у центрі СНІДу (тобто мали встановлений клінічний діагноз ВІЛ-інфекції та відповідно підтверджений ВІЛ-позитивний серологічний статус); показник для ЖКС та ЧСЧ становив 19 (0,4 %) з 4546 та 1 (0,01%) з 7588 відповідно.

Крім того, судячи з відсотка хибнопозитивних результатів скринінгового тестування з використанням методу ІФА – 34,8% у 2013 р. (за даними лабораторії Миколаївського обласного центру СНІДу), певна кількість ЛЖВ відсіюється через отримання хибнонегативного результату скринінгового тестування (табл. 13).

Щодо інших факторів, які можуть спричинити не проведення підтвердженого тестування, а саме контамінація зразка, то дані з цього приводу обмежені.

БАР'ЄРИ

Протягом 2013 р., за даними СЕМ, лише 15,2% (12 898 з 84 595) мешканців Миколаївської області проходили тестування з використанням ШТ. Відповідний показник в цілому по Україні мав ще нижче значення – 7,1% (209 736 з 2 947 334). За даними дослідження, 27,6% (8 з 29) кабінетів «Довіра», які надали відповідь на це запитання, не використовують ШТ при тестуванні [55]. За даними цього ж дослідження, відповідний показник в цілому по Україні становив 31,7% (180 з 567) кабінетів «Довіра», які надали відповідь на це запитання.

Обмежене використання ШТ призводить до необхідності відправки зразка крові на тестування до лабораторії. Ці лабораторії в більшості випадків розташовані в іншому населеному пункті, середня відстань від кабінету «Довіра» до лабораторії в Миколаївській області становить $84,7 \pm 51,7$ км, а кратність відправки зразків – $7 \pm 5,9$ разів на місяць (аналогічні показники в цілому по Україні становили $87,5 \pm 52,0$ та $8 \pm 6,2$ разів на місяць) [56].

Таким чином, використання ШТ в Миколаївській та інших областях України перебуває на низькому рівні [57], а отже, переважна більшість осіб, які проходять тестування на ВІЛ-інфекцію, не мають можливості отримати результат тестування протягом одного візиту та уникнути втрат через неповернення та неповідомлення про результат тестування.

⁵⁵ Вивчення характеристик, показників роботи та спроможностей системи кабінетів «Довіра» в Україні: [звіт за результатами дослідження / Недужко О.О. та ін.]; За підтримки Бюро ВООЗ в Україні. – К.: 2014. – 87 с.

⁵⁶ Так само.

⁵⁷ Аналіз недоліків системи надання послуг з ко-інфекції: [аналітичний звіт / Мангуря Б. та ін.]; Звіт розроблено Глобальним інститутом туберкульозу при Ратгерському університеті (GTBI), Університетом штату Нью-Джерсі та Проектом USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні». – К.: 2013. – 38 с. http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2014/04/GAP-Analysis_final_Ukr_2014_04_03.pdf

4. 2. 3. Етап 3 – підтверджувальне тестування

ТРИВАЛІСТЬ

Терміни здійснення підтверджувального тестування залежно від методу (ШТ або ІФА) обчислюються хвилинами та годинами. У разі використання ШТ для проведення скринінгового та підтверджувального тестувань увесь цикл тестування триває близько однієї години.

За даними дослідження, середній термін отримання позитивного результату тестування кабінетом «Довіра» становив у Миколаївській області $11,6 \pm 6,9$ днів (відповідний показник в цілому по Україні – $14,3 \pm 8,9$ днів) [58]. Ці дані також підтверджуються результатами іншого дослідження [59]. Враховуючи наведені вище дані щодо середнього терміну між скринінговим та підтверджувальним тестуваннями (2013 р. – $6,6 \pm 14,3$ днів, 2014 р. – $5,07 \pm 5,1$ днів), проміжок часу між лабораторним тестуванням, що мало позитивний результат, та отриманням цього результату закладом у Миколаївській області може становити 5–6 днів.

РІВЕНЬ ВТРАТ

Надійні дані про відсоток непроведення підтверджувального тестування відсутні.

Щодо втрат до моменту проведення післятестового консультування, то, за даними РЕН та СЕМ, у 2013 р. відсоток непроведення післятестових консультувань до загальної кількості отриманих інформованих згод становив 7,5% (87 811 з 94 917). Проте кількість проведених у 2013 р. післятестових консультувань на 3,7% перевищує загальну кількість осіб, які пройшли тестування за аналогічний термін (87 811 та 84 595). Тобто за цими даними втрати між проведенням до- та післятестового консультування відбуваються переважно до проведення тестування. Водночас неможливість відокремлення рівня втрат до етапу післятестового консультування залежно від ВІЛ-статусу та низька надійність показників кількості здійснених до- та післятестових консультувань не дозволяють зробити об'єктивні висновки щодо втрат від етапу тестування до етапу післятестового консультування. Більше того, для певних категорій населення, наприклад доно- рів, рівень цих втрат суттєвий [60].

⁵⁸ Вивчення характеристик, показників роботи та спроможностей системи кабінетів «Довіра» в Україні: [звіт за результатами дослідження / Недужко О.О. та ін.]; За підтримки Бюро ВООЗ в Україні. – К.: 2014. – 87 с.

⁵⁹ Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції: аналіт. звіт за результатами операційного дослідження 2013 року /І. Дощак, С. Жахалова, В. Марциновська, О. Хан. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 138 с.

⁶⁰ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень № 43. – К.: Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України, 2015. – 112 с. <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>

БАР'ЄРИ

Бар'єри на етапі здійснення підтверджувального тестування можуть бути пов'язані з отриманням хибнонегативного результату. Проте навіть при отриманні хибнонегативного результату процедура подальшого обстеження особи практично виключає лабораторну помилку.

Бар'єри між тестуванням та проведеннем післятестового консультування, сучасні з наведеної вище інформації, можуть бути пов'язані з індивідуальними факторами (неповернення за результатом) або системними факторами (непроведення післятестового консультування, невидача довідки про результат тестування).

4. 2. 4. Етап 4 – післятестове консультування

ТРИВАЛІСТЬ

Тривалість післятестового консультування обчислюється хвилинами – $9,84 \pm 1,46$ хв. [⁶¹]. За даними іншого дослідження може становити 17–30 хв. [⁶²].

Дані про середній час між проведеним післятестовим консультуванням та зверненням до центру СНІДу відсутні. Проте відомо, що ідентифікаційне тестування (частина процедури взяття під медичний нагляд – шостий етап) у 2013–2014 рр. здійснювалося у середньому відповідно через $346,41 \pm 962,6$ та $337,5 \pm 914,8$ днів після підтверджувального тестування (**незалежно від терміну здійснення підтверджувального тестування**).

Водночас затримка до проведення ідентифікаційного тестування у 2013–2014 рр. для осіб, **які проходили підтверджувальне тестування протягом 2013–2014 рр.**, становила відповідно $26,42 \pm 39,5$ та $45,2 \pm 87,5$ днів. Більшість цих осіб – 479 (75,1%) у 2013 р. та 444 (76,2%) у 2014 р. – проходили ідентифікаційне тестування протягом 90 днів після проведення підтверджувального тестування (табл. 14).

А затримка до здійснення ідентифікаційного тестування у 2013–2014 рр. для осіб, **які проходили підтверджувальне тестування до 2013 р.**, становила відповідно $1360,8 \pm 1586,1$ та $2123,1 \pm 1486,3$ днів.

Тобто ідентифікаційне тестування (виконання процедур взяття під медичний нагляд) для осіб, які пройшли підтверджувальне тестування протягом 2013–2014 рр. і виявили бажання звернутися до Центру СНІДу/кабінету «Довіра», відбувалося протягом одного місяця. Особи, які пройшли підтверджуваль-

⁶¹ Миронюк І.С., Перегінець І.Б. Результати хронометражу послуги консультування і тестування на ВІЛ з ініціативи медичного працівника в практиці сімейного лікаря / І.С. Миронюк // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2014. – № 1. – С. 73–75.

⁶² Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції: аналіт. звіт за результатами операційного дослідження 2013 року /І. Дощак, С. Жахалова, В. Марциновська, О. Хан. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 138 с.

не тестування до 2013 р. та здійснили ідентифікаційне тестування (звернулися по медичну допомогу) протягом 2013–2014 рр., зазвичай робили це із затримкою в декілька років. Надійні дані щодо кількості осіб, які пройшли підтверджувальне тестування протягом 2013–2014 рр. і не виявили бажання звернутися до Центру СНІДу/кабінету «Довіра», відсутні. Їхня орієнтовна кількість, за даними СЕМ та реєстру позитивних результатів тестування, становить 25–45 % щороку.

Проведення ідентифікаційного тестування серед чоловіків у терміни більш ніж 90 днів після проведення підтверджувального тестування у порівнянні з жінками траплялося частіше – у 27,3% проти 20,7% осіб відповідно (табл. 15).

Упродовж 2013–2014 рр. серед осіб, які проходили скринінгове та підтверджувальне тестування за кодами: 102 (споживачі наркотичних речовин ін'єкційним шляхом), 104 (інфекції, що передаються статевим шляхом), 107 (особи з інших груп ризику щодо інфікування ВІЛ, обстежені за епідеміологічними показаннями), 108 (донори), 114 (інші особи, що не належать до контингентів кодів СЕМ), показники затримки (90 днів та більше) між підтверджувальним та ідентифікаційним тестуваннями, мали найвищі значення – 34,6%, 34,3%, 43,4%, 69,0% та 57,1% відповідно (табл. 16).

Загалом, за даними Миколаївського обласного центру СНІДу, в 2013 р. серед 1477 осіб, яких було взято під медичний нагляд, 700 (47,4%) проходили підтверджувальне тестування протягом трьох місяців до взяття під медичний нагляд. Відповідний показник у 2014 р. становив 774 (57,2%).

РІВЕНЬ ВТРАТ

Дані щодо фактичного рівня втрат, які пов'язані з післятестовим консультуванням (ненадання довідки про результат тестування, непроведення консультування), обмежені.

За даними дослідження, з числа тих, хто проходив тестування, про неотримання результатів тесту на ВІЛ вказали 6,3 % опитаних (дослідження було проведено в Україні серед дітей та молоді, наведений показник отримано серед респондентів у віковій групі 14–24 роки) [63]. Серед хворих на туберкульоз, які отримали післятестове консультування, близько 3% не пам'ятали про свій ВІЛ-статус [64].

Щодо втрат до етапу звернення до центру СНІДу, то згідно з наведеними вище даними щодо терміну між здійсненням підтверджувального та ідентифікаційного тестувань, а також даних спеціальних досліджень ці щорічні втрати є значними.

Оцінити рівень незворотних втрат внаслідок смерті неможливо.

⁶³ Комплексне дослідження мотивації та доступності ДКТ на ВІЛ для дітей та молоді: [аналіт. звіт / Балакірєва О.М. та ін.]; ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: КІС, 2013. – 124 с.

⁶⁴ Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції: аналіт. звіт за результатами операційного дослідження 2013 року / І. Дощак, С. Жахалова, В. Марциновська, О. Хан. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 138 с.

БАР'ЄРИ

Втрати безпосередньо на етапі післятестового консультування можуть бути пов'язані з ненаданням довідки/інформації про результат тестування (дані з цього приводу обмежені). Іншою причиною непроведення післятестового консультування є отримання ЗОЗ результату підтвердjuального тестування після закінчення лікування пацієнта, що підтверджується наведеними вище даними про терміни отримання ЗОЗ результату підтвердjuального тестування з використанням методу ІФА.

4. 2. 5. Етап 5 – звернення до центру СНІДу/кабінету «Довіра»

ТРИВАЛІСТЬ

Оформлення первинної медичної документації у реєстратурі центру СНІДу/закладу, в якому розташований кабінет «Довіра», зазвичай триває декілька хвилин.

Після потрапляння до лікаря-інфекціоніста одразу розпочинається наступний етап – обстеження для взяття під медичний нагляд. Отже, проміжок часу між зверненням до центру СНІДу та початком наступного етапу визначається тривалістю очікування на прийом до лікаря. Це очікування вимірюється хвилинами, проте фактичні дані з цього питання відсутні.

Щодо всіх груп населення, включно з представниками КГН, протягом 2013 р. відсоток осіб, яких було взято під медичний нагляд на III–IV імунологічних стадіях ВІЛ-інфекції (кількість CD 4⁺ Т-лімфоцитів (0–349 кл/мкл), становила 51,9%. Як уже зазначалося вище, проміжок часу між інфікуванням ВІЛ та взяттям під медичний нагляд для цих осіб становив щонайменше 4,3 року.

РІВЕНЬ ВТРАТ

Рівень втрат на етапі звернення та до початку проходження обстеження для взяття під медичний нагляд логічно незначний.

БАР'ЄРИ

Бар'єром безпосередньо при зверненні може бути відсутність особистих документів. Можливим бар'єром для подальшого просування є необхідність проходження додаткових обстежень поза межами центру СНІДу/кабінету «Довіра». Крім того, деякі обстеження потребують оплати.

4. 2. 6. Етап 6 – обстеження для взяття під медичний нагляд у центрі СНІДу/кабінеті «Довіра»

ТРИВАЛІСТЬ

За даними дослідження, середня тривалість взяття під медичний нагляд у кабінетах «Довіра» Миколаївської області становила $26,9 \pm 15,5$ днів (відповідний показник в цілому по Україні – $21,1 \pm 13,4$)^[65].

Звісно, найбільша частка цього терміну припадає саме на обстеження у зв'язку із взяттям під медичний нагляд, решта – на очікування прийому лікаря-інфекціоніста.

За даними Миколаївського обласного центру СНІДу, протягом 2013 р. взято на медичний облік 1081 особу: з терміном до 1 міс. після отримання позитивного результату підтверджувального тестування – 478 осіб (44,2%); до 3 міс. – 222 особи (20,5%); до 6 міс. – 116 осіб (10,7%); до 1 року – 66 осіб (6,1%); понад 1 рік – 199 осіб (18,4%).

Протягом 2014 р. взято на диспансерний облік 1086 осіб: з терміном до 1 міс. після отримання позитивного результату підтверджувального тестування – 609 осіб (56,1%); до 3 міс. – 165 осіб (15,2%); до 6 міс. – 81 особа (7,5%); до 1 року – 55 осіб (5,1%); понад 1 рік – 176 осіб (16,2%).

РІВЕНЬ ВТРАТ

Щодо рівня втрат на цьому етапі та до наступного етапу дані відсутні.

БАР'ЄРИ

Дані щодо бар'єрів до обстеження для взяття під медичний нагляд відсутні. Логічно, що ці бар'єри можуть бути пов'язані з індивідуальними факторами, а саме нестачею часу для візиту до лікаря та системними обмеженнями – графік прийому.

За даними дослідень, бар'єрами для взяття під медичний нагляд (стосується етапів 5–7) є^[66]:

- інвалідність не пов'язана з ВІЛ;
- добре самопочуття;
- страх порушення конфіденційності;
- сором перед медичним працівником.

⁶⁵ Вивчення характеристик, показників роботи та спроможностей системи кабінетів «Довіра» в Україні: [звіт за результатами дослідження / Недужко О.О. та ін.]; За підтримки Бюро ВООЗ в Україні. – К.: 2014. – 87 с.

⁶⁶ Linkage to care of PLWH in Odessa Oblast: personal and health system's barriers: [study report / Neduzhko O. et al]; Supported by WHO CO in Ukraine. – Kiev : 2012. – 69 p.

4. 2. 7. Етап 7 – взяття під медичний нагляд у центрі СНІДу/кабінеті «Довіра»

ТРИВАЛІСТЬ

Тривалість процедури взяття під медичний нагляд вимірюється тривалістю клінічного візиту до лікаря-інфекціоніста та часом на заповнення медичної документації. Дані з цього питання відсутні, проте потенційно тривалість даного періоду вимірюється хвилинами.

РІВЕНЬ ВТРАТ

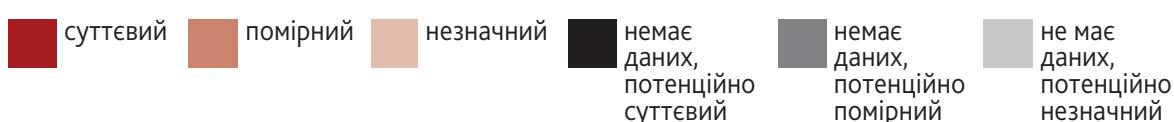
Що стосується рівня втрат до наступного етапу (запланований клінічний візит), то інформація з цього питання обмежена. За даними РЕН, протягом 2013 р. серед ЛЖВ, які знаходилися під медичним наглядом, померло 363 особи, що складає 5,3% від загальної кількості ЛЖВ, які знаходилися під медичним наглядом на початку року. Відповідний показник в цілому по Україні становив 4,9%. Проте ці дані стосуються усіх ЛЖВ, незалежно від терміну взяття під медичний нагляд, та не враховують осіб, смерть яких не була зафіксована в персональному реєстрі ЛЖВ. Серед ЛЖВ на обліку в Миколаївській області, які розпочали АРТ у 2013 р., протягом року вибуло 24,8% (12,1% – померлі, 12,7% – припинили прийом АРТ з інших причин) [67]. Відповідний показник в цілому по Україні становив 14,6% (6,6% – померлі, 8,0% – припинили прийом АРТ з інших причин). Таким чином, можливо припустити, що рівень незворотних втрат між етапом взяття під медичний нагляд до наступного клінічного візиту суттєвий. Також суттєвим є рівень відмови від прийому АРТ. Що стосується рівня інших втрат пацієнтів, які не приймають АРТ, то дані з цього приводу відсутні.

БАР'ЄРИ

Наведені вище дані вказують на те, що основними бар'єрами для наступного етапу (запланований клінічний візит) слугують незворотні втрати (смерть) та відмова від прийому АРТ. Щодо бар'єрів для наступного клінічного візиту серед осіб, які не приймають АРТ, дані відсутні.

⁶⁷ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень № 43. – К.: Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України, 2015. – 112 с. <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>

| | | Етап 1 | Етап 2 | Етап 3 |
|--|---------------------|---|---|--|
| | | Дотестове консультування | Скринінгове тестування | Підтверджувальне тестування |
| Т Р И В А Л І С Т Ь | До етапу | Суттєва (дні- роки), потребує додаткових даних | | |
| | Етапу | Незначна (хвилини) | Незначна (хвилини-години) | Незначна (хвилини-години) |
| | До наступного етапу | Помірна (хвилини-дні) | Помірна (хвилини-дні) | Помірна (дні) |
| Р І В Е Н Ь | До етапу | Суттєвий, потребує додаткових даних | | |
| | Етапу | Дані відсутні, потенційно незначний | Дані відсутні, потенційно помірний | Дані відсутні, потенційно незначний |
| | До наступного етапу | Помірний, потребує додаткових даних | Дані відсутні, потенційно помірний | Дані відсутні, суттєві для певних категорій населення |
| Б А Р' Є Р И | До етапу | Індивідуальні (добре самопочуття, низька інформованість, низька мотивація, приналежність до ЛВІН); системні (недостатнє зачленення до послуг КіТ) | | |
| | До наступного етапу | Індивідуальні (відмова від тестування); системні (необхідність звернення по тестування до іншого закладу тощо) | Системні (можливість отримання хибнонегативних результатів; необхідність очікування на виконання підтверджувального тестування з використанням ІФА) | Індивідуальні (не повернення особи по результату тестування); системні (тривала логістика надходження результату тестування до ЗОЗ у разі використання ІФА, не надання результату) |



| Етап 4 | Етап 5 | Етап 6 | Етап 7 |
|--|--|--|---|
| Післятестове консультування | Звернення до центру СНІД/кабінету «Довіра» | Обстеження для взяття під медичний нагляд | Взяття під медичний нагляд |
| | | | |
| Незначна (хвилини). | Незначна (хвилини) | Помірна-суттєва (дні, іноді місяці) | Дані відсутні, потенційно незначна (хвилини) |
| Суттєва (дні-роки) | Незначна (хвилини) | Незначна | Дані відсутні, потенційно суттєва |
| | | | |
| Помірний | Незначний | Дані відступні, потенційно помірний-значний | Дані відступні, потенційно незначний. |
| Суттєвий | Дані відсутні, потенційно незначний | Дані відсутні, потенційно помірний | Дані відсутні, потенційно суттєвий |
| | | | |
| Індивідуальні (недостатня мотивація); неможливість взяття під нагляд на місці та необхідність звернення до центру СНІДу/кабінету «Довіра»; відсутність документів, що визначають особу (паспорт) | Дані обмежені, індивідуальні (нестача часу на проходження обстеження); системні (обмежена доступність окремих досліджень на місці) | Дані відсутні, потенційно індивідуальні (нестача часу); системні (графік прийому). | Дані відсутні, потенційно індивідуальні (нестача часу на проходження обстеження); системні (обмежена доступність окремих досліджень). |

Рис. 3. Характеристика етапів просування людини, яка живе з ВІЛ, від моменту інфікування до взяття під медичний нагляд

4. 2. 8. Обговорення

Якщо структурно розглядати проблему несвоєчасного взяття під медичний нагляд осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію, то існують наступні фактори, які впливають на виникнення цієї проблеми:

- суттєва тривалість окремих етапів між інфікуванням та взяттям під медичний нагляд;
- суттєві втрати на окремих етапах та ділянках просування, які можуть бути пов'язані з їхньою тривалістю або іншими факторами; ці втрати можуть бути зворотними та незворотними; перші призводять до необхідності повторного початку просування з якогось окремого етапу чи з самого початку, другі найчастіше пов'язані зі смертю людини;
- наявні індивідуальні та системні бар'єри, які окрім чи комплексно впливають на зайву тривалість просування та/або на втрати на цьому шляху.

Маючи за кінцеву мету своєчасне взяття ВІЛ-інфікованої особи під медичний нагляд, найбільшої уваги потребують етапи та міжетапні ділянки, на яких ці фактори призводять до найтриваліших затримок та найбільших втрат, а також основні бар'єри індивідуального та системного рівнів, які до цього призводять.

Як видно з рис. 3, найбільші затримки у просуванні (виділено червоним кольором) відзначаються між інфікуванням та проведеннем дотестового консультування, а також між здійсненням післятестового консультування та зверненням до центру СНІДу/кабінету «Довіра». Також потенційно суттєвими є втрати від етапу взяття під медичний нагляд до наступного запланованого клінічного візиту (виділено чорним кольором).

Цілком логічно, що етапи та міжетапні ділянки найбільшої тривалості характеризуються найвищим рівнем втрат, у т. ч. незворотних (смерть). Не пов'язані безпосередньо з тривалістю пересування можливі суттєві втрати між етапами підтвердження та післятестового консультування, а також безпосередньо етапу обстеження для взяття під медичний нагляд.

Каскад просування ЛЖВ до взяття під медичний нагляд можливо відтворити лише орієнтовно (рис. 4). Якщо кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих у Миколаївській області в 2013 р. становила 430 осіб, то навіть за найбільш оптимістичною логікою серед них лише 198 (46,1%) потраплять на перший етап протягом року. ***Рівень незалучення до послуг КіТ відповідно становитиме 53,9%*** (430 осіб – кількість нових випадків ВІЛ-інфекції в Миколаївській області в 2013 р., за даними моделювання з використанням програми СПЕКТУРМ; 46,1% – відсоток вагітних, яких, за даними РЕН 2013 г., було взято під медичний нагляд на I-II імунологічних стадіях ВІЛ-інфекції).

З них до етапу скринінгового тестування протягом року зможуть дістатися лише 160 (80,8%) осіб. ***Рівень втрат відповідно становитиме 20,2%*** (9,0% – орієнтовний відсоток відмови від отримання інформованої згоди на проведення

тестування; 10,9% – орієнтовний відсоток непроведення тестування серед осіб, які надали інформовану згоду).

З них, за найбільш оптимістичною логікою, підтвердjuвального тестування буде здійснено для 159 (99,4%) осіб. ***Рівень втрат відповідно становитиме 0,6%*** (0,8% – відсоток хибнонегативних результатів скринінгового тестування з використанням ШТ).

Насамкінець, з них під медичний нагляд буде взято 132 (83,0%) особи. ***Рівень втрат відповідно становитиме 17,0%*** (82,7% – відсоток осіб, яких протягом 2013–2014 рр. було взято під нагляд в термін до одного року після отримання позитивного результату підтвердjuвального тестування).

Надійні дані щодо рівня втрат на етапах післятестового консультування, звернення до центру СНІДу та обстеження для взяття під медичний нагляд відсутні. Якби втрати на цих етапах були однакові, то вони могли скласти близько 5,6% на кожному з етапів.

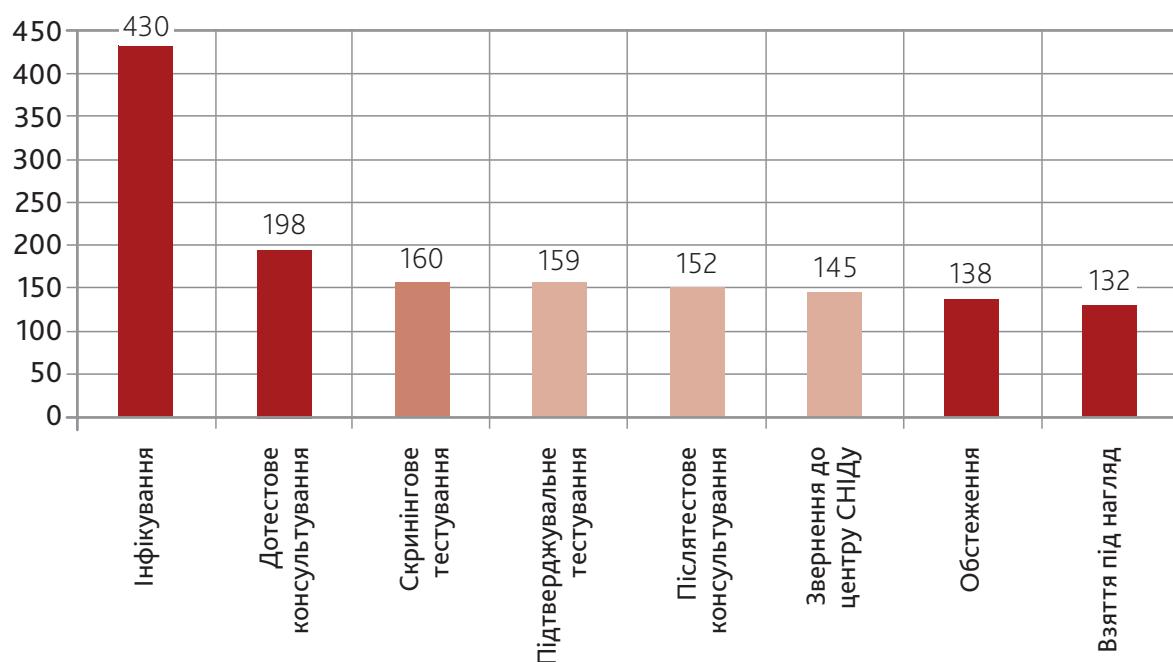


Рис. 4. Орієнтовний каскад за етапами просування «умовної» когорти осіб, які інфікувалися ВІЛ протягом 2013 р.

Етап здійснення дотестового консультування відігравав особливу роль, бо він є етапом найбільших втрат, місцем першого контакту особи з системою, а отже, і першою можливістю системно забезпечити особі ефективне просування до взяття під медичний нагляд. Безумовно, індивідуальні бар'єри цього етапу відіграють особливу роль, тому їх усунення матиме значний вплив на залучення ЛЖВ до цього шляху. Зважаючи на наведені дані, можна зробити висновок: основні проблеми – це залучення до КіТ ВІЛ-інфікованих осіб, які добре себе почують, а також максимально повне охоплення тих, хто має показання для призначення КіТ. Що стосується потенційних втрат між етапом підтвердjuвального

тестування та здійсненням післятестового консультування, то ці втрати пов'язані переважно з неотриманням особою результату тестування, що може відбутися при ненаданні результату (непроведенні післятестового консультування) або неповерненні особи за результатом. Звісно, широке використання алгоритму тестування з послідовним використанням двох швидких тестів (отримання результату протягом однієї години/одного візиту) та контроль післятестового консультування є практичними механізмами вирішення цієї проблеми. У разі неможливості виконання тестування з використанням двох ШТ потребує суттєвої оптимізації логістика тестування з використанням ІФА.

Проблема незвернення та несвоєчасного звернення до центру СНІДу/кабінету «Довіра» для взяття під медичний нагляд переважно полягає у недостатньій мотивації до звернення та недостатній спадкоємності між наданням послуги КіТ та ВІЛ-сервісами. Отже, питання несвоєчасного взяття під медичний нагляд пов'язане із значною тривалістю та втратами на окремих етапах просування. Вплив на індивідуальні та системні фактори саме на цих етапах та міжетапних ділянках може вирішити проблему системним шляхом.

4. 2. 9. Обмеження результатів тріангуляції за запитанням № 2

- відзначається суттєва нестача кількісних та якісних даних для повноцінного опису системи КіТ та надання ВІЛ-послуг;
- суттєвий відсоток неповних даних реєстру позитивних результатів тестування на ВІЛ-інфекцію Миколаївської області дозволяє робити лише припущення щодо окремих агрегованих показників тестування та характеристик осіб, які його проходили.

4. 2. 10. Висновки та рекомендації за запитанням № 2

Найбільші затримки до взяття під медичний нагляд відзначаються між інфікуванням та проведенням дотестового консультування, а також між здійсненням післятестового консультування та зверненням до центру СНІДу/кабінету «Довіра». Затримка до проведення ідентифікаційного тестування у 2013–2014 рр. для осіб, які проходили підтверджувальне тестування протягом 2013–2014 рр., становила відповідно $26,42 \pm 39,5$ та $45,2 \pm 87,5$ днів. А затримка до здійснення ідентифікаційного тестування у 2013–2014 рр. для осіб, які проходили підтверджувальне тестування до 2013 р., – відповідно $1360,8 \pm 1586,1$ та $2123,1 \pm 1486,3$ днів. Потенційно суттєвими є втрати від етапу взяття під медичний нагляд до наступного запланованого клінічного візиту.

Етапи та міжетапні ділянки найбільшої тривалості характеризуються найвищим рівнем втрат, у т. ч. незворотних (смерть). Не пов'язані безпосередньо з тривалістю пересування можливі суттєві втрати між етапами підтверджувального та післятестового консультування, а також безпосередньо етапу обстеження для взяття під медичний нагляд.

Потенційні втрати між етапом підтвердженого тестування та здійсненням післятестового консультування переважно пов'язані з неотриманням особою результату тестування, що може відбуватися у разі ненадання результата (непроведенні післятестового консультування) або неповерненні особи за результатом. Проблема незвернення та несвоєчасного звернення до центру СНІДу/кабінету «Довіра» для взяття під медичний нагляд після KiT переважно полягає у недостатній мотивації до звернення та недостатній спадкоємності між наданням послуги KiT та ВІЛ-сервісами. Практичні механізми вирішення цих питань:

- забезпечення доступності KiT як на базі ЗОЗ, так і на базі НУО;
- пропонування регулярного обстеження осіб з негативним або невідомим ВІЛ-статусом, які є статевими партнерами ВІЛ-інфікованих осіб (ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом, у т. ч. партнери ВІЛ-позитивних вагітних);
- удосконалення програм адресного тестування КГН;
- віднесення тестування на ВІЛ-інфекцію до загального переліку обстежень, запровадження «опції виходу» (надання можливості відмови від тестування) та удосконалення системи KiT з ініціативи медичного працівника;
- гарантування безоплатності та конфіденційності тестування;
- широке використання алгоритму тестування з послідовним використанням двох швидких тестів;
- покращення якості проведення до- і післятестового консультування та запровадження системи контролю якості проведення консультування;
- запровадження стандартної форми перенаправлення та системи контролю доходження;
- удосконалення програм кейс-менеджменту;
- посилення ролі центрів СНІДу/кабінетів «Довіра» в активному залученні осіб з позитивним результатом тестування, які протягом тривалого часу не звертаються по медичний нагляд;
- інтеграція послуг KiT і взяття під медичний нагляд у місцях тривалого перебування пацієнтів (протитуберкульозні заклади, установи пенітенціарної служби, сайти замісної підтримувальної терапії тощо).

Додатки

Таблиця 1. Співвідношення клінічних та імунологічних стадій серед нових випадків ВІЛ-інфекції віком 15+, РЕН, 2013–2014 рр.

| Показник | Дезагрегація | Одиниця виміру | Рік | |
|---------------|--------------|----------------|------------|------------|
| | | | 2013 | 2014 |
| I стадія | клінічна | абс. | 340 | 254 |
| | | % | 37,9 | 28,7 |
| | імунологічна | абс. | 203 | 152 |
| | | % | 22,6 | 17,2 |
| II стадія | клінічна | абс. | 102 | 152 |
| | | % | 11,4 | 17,2 |
| | імунологічна | абс. | 229 | 239 |
| | | % | 25,5 | 27,0 |
| III стадія | клінічна | абс. | 312 | 311 |
| | | % | 34,7 | 35,1 |
| | імунологічна | абс. | 295 | 327 |
| | | % | 32,9 | 36,9 |
| IV стадія | клінічна | абс. | 144 | 169 |
| | | % | 16,0 | 19,1 |
| | імунологічна | абс. | 171 | 168 |
| | | % | 19,0 | 19,0 |
| Усього | | абс. | 898 | 886 |

Таблиця 2. Порівняння показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію в окремих вікових групах за різними джерелами даних та методиками обрахунку, 2009–2013 рр.

| Показник | Джерело даних | Показник | Рік | | | | | У середньому |
|---|---------------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| | | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | |
| Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, 0+ | СЕМ | абс. | 1 848 | 1 464 | 1 412 | 1 522 | 1 487 | 1 547 |
| | | на 100 тис. | 154,6 | 123,1 | 119,4 | 129,3 | 126,8 | 130,6 |
| | РЕН | абс. | 1 130 | 1 107 | 1 132 | 1 129 | 1 081 | 1 116 |
| | | на 100 тис. | 94,6 | 93,1 | 95,7 | 95,9 | 92,2 | 94,3 |
| Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, 0-2 | РЕН | абс. | 225 | 227 | 201 | 236 | 176 | 213 |
| | | на 100 тис. | 606,2 | 589,8 | 516,0 | 611,9 | 451,8 | 555,1 |
| Кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, яких було взято під нагляд протягом звітного року та надалі підтверджено діагноз ВІЛ-інфекція | РЕН (показник ППМД) | абс. | 21 | 8 | 21 | 13 | 5 | 14 |
| Фактична захворюваність на ВІЛ-інфекцію, 0-2 | РЕН (показник ППМД) | на 100 тис. | 56,6 | 20,8 | 53,9 | 33,7 | 12,8 | 35,6 |
| Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, 3+ | СЕМ | абс. | 1 618 | 1 234 | 1 189 | 1 297 | 1 300 | 1 328 |
| | | на 100 тис. | 139,7 | 107,3 | 104,0 | 113,9 | 114,7 | 115,9 |
| | РЕН | абс. на 100 тис. | 892 78,2 | 878 76,5 | 910 81,4 | 887 78,4 | 898 79,8 | 893 78,9 |
| Фактична захворюваність на ВІЛ-інфекцію, 0+ | СЕМ, РЕН | абс. | 1 639 | 1 242 | 1 210 | 1 310 | 1 305 | 1 341 |
| | | на 100 тис. | 137,1 | 104,5 | 102,3 | 111,3 | 111,3 | 113,3 |

Таблиця 3. Порівняльна характеристика середнього віку осіб на момент проведення скринінгового, підтверджувального та ідентифікаційного тестувань за окремими кодами СЕМ за даними реєстру позитивних результатів тестування, 1995–2014 рр. (дані осіб з невідомою датою скринінгового та/або підтверджувального, та/або ідентифікаційного тестувань в аналізі не використовувалися)

| | Скринінгове тестування | | | Підтверджувальне тестування | | | Ідентифікаційне тестування | | |
|----------------|------------------------|-------------|-------------|-----------------------------|-------------|------------|----------------------------|-------------|-------------|
| | п | середнє | св | п | середнє | св | п | середнє | св |
| 101 | 1083 | 32,4 | 10,6 | 978 | 32,9 | 10,2 | 681 | 34,1 | 9,1 |
| 102 | 5438 | 30,5 | 7,6 | 4952 | 30,0 | 0,1 | 2982 | 33,5 | 6,9 |
| 103 | 11 | 32,2 | 8,0 | 10 | 31,5 | 7,7 | 7 | 33,0 | 8,0 |
| 104 | 607 | 32,6 | 10,7 | 502 | 32,0 | 10,0 | 337 | 34,0 | 9,7 |
| 105 | 750 | 35,4 | 9,8 | 680 | 35,4 | 9,8 | 502 | 36,5 | 9,3 |
| 106 | 21 | 25,1 | 6,3 | 13 | 26,2 | 6,9 | 12 | 25,8 | 6,8 |
| 107 | 920 | 36,4 | 11,6 | 738 | 36,2 | 10,4 | 594 | 36,3 | 10,3 |
| 108 | 625 | 32,4 | 9,0 | 570 | 32,2 | 8,8 | 408 | 33,9 | 8,9 |
| 109 | 2092 | 26,3 | 5,9 | 1797 | 26,4 | 5,6 | 1409 | 26,7 | 5,6 |
| 110 | 2189 | 0,5 | 3,5 | 192 | 3,4 | 6,7 | 448 | 2,3 | 4,5 |
| 111 | 47 | 7,5 | 11,0 | 30 | 10,8 | 12,5 | 24 | 9,5 | 10,1 |
| 112 | 880 | 32,8 | 0,2 | 713 | 32,8 | 7,3 | 620 | 33,0 | 6,8 |
| 113 | 5528 | 36,2 | 9,7 | 4458 | 36,1 | 9,7 | 3623 | 36,8 | 9,3 |
| 114 | 183 | 34,4 | 8,8 | 176 | 34,6 | 8,6 | 52 | 35,1 | 9,0 |
| 115 | 33 | 29,2 | 10,9 | 33 | 28,9 | 10,8 | 13 | 32,8 | 11,0 |
| 116 | 723 | 37,0 | 11,1 | 587 | 37,0 | 10,2 | 432 | 37,5 | 10,0 |
| 118 | 6 | 29,5 | 9,8 | 4 | 33,3 | 8,4 | 2 | 28,5 | 10,6 |
| 119 | 3 | 25,3 | 6,8 | 3 | 25,3 | 6,8 | 1 | | |
| 120 | 309 | 32,9 | 10,4 | 231 | 32,6 | 10,0 | 159 | 34,1 | 9,3 |
| 200 | 7 | 37,7 | 11,0 | 4 | 37,3 | 9,9 | 5 | 36,0 | 9,0 |
| Немає даних | 111 | 28,1 | 13,1 | 168 | 29,1 | 10,0 | 156 | 32,0 | 8,6 |
| Усього | 21566 | 29,4 | 13,4 | 16839 | 32,1 | 9,8 | 12467 | 32,9 | 10,6 |

Таблиця 4. Захворюваність на СНІД серед осіб старше 15 років, включно з усіма формами туберкульозу та легеневим туберкульозом окремо, РЕН, 2011–2014 рр.

| Показник | Одниниця виміру | Рік | | | | |
|---|-----------------|------|------|------|------|--------------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | У середньому |
| Захворюваність на СНІД серед осіб старше 15 років | абс. | 242 | 242 | 284 | 462 | 308 |
| у т.ч. із вперше діагностованим туберкульозом | абс. | 241 | 241 | 244 | 379 | 276 |
| | % | 99,6 | 99,6 | 85,9 | 82,0 | 89,8 |
| легеневим туберкульозом | абс. | 121 | 27 | 124 | 345 | 154 |
| | % | 50,0 | 11,2 | 43,7 | 74,7 | 44,9 |

Таблиця 5. Поширеність СНІД серед осіб старше 15 років, включно з усіма формами туберкульозу та легеневим туберкульозом окремо

| Показник | Одниниця виміру | Рік | | | | |
|---|-----------------|------|------|------|------|--------------|
| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | У середньому |
| Поширеність СНІДу серед осіб старше 15 років | абс. | 504 | 561 | 684 | 1026 | 694 |
| у т.ч. із вперше діагностованим туберкульозом | абс. | 222 | 389 | 363 | 417 | 348 |
| | % | 44,0 | 69,3 | 53,1 | 40,6 | 50,1 |
| легеневим туберкульозом | абс. | 198 | 254 | 296 | 359 | 277 |
| | % | 39,3 | 45,3 | 43,3 | 35,0 | 40,7 |

Таблиця 6. Порівняльна характеристика стану розвитку епідемії та заходів, щопов'язані з протидією поширенню ВІЛ-інфекції серед дорослого населення, у т.ч. в умовах змішаної епідемії, викладені у Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр., Обласній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки та міжнародних рекомендаціях [⁶⁸]

| № з/п | Загальнодержавна програма на 2009–2013 рр. | Обласна програма на 2009–2013 рр. | Міжнародні рекомендації |
|----------|---|--|----------------------------|
| 1. | «...стан поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні класифікується як концентрована епідемія». | «Аналіз статистичних даних вказує на тенденцію до генералізації поширення ВІЛ-інфекції в області...» | |
| 2. | Сприяння висвітленню заходів з профілактики ВІЛ-інфекції, що ґрунтуються на принципах поваги прав та гідності людини і пропагують здоровий спосіб життя, традиційні духовні, морально-етичні та культурні цінності, відповідальну поведінку, в тому числі через засоби масової інформації та Інтернет | | |
| | Держкомтелерадіо, Національна рада України з питань телебачення і радіомовлення, МОЗ, релігійні організації та об'єднання громадян (за згодою) | | |
| | Без фінансування | | |
| 3. | Сприяння створенню та поширенню в засобах масової інформації тематичної соціальної реклами | | |
| | Держкомтелерадіо, Національна рада України з питань телебачення і радіомовлення, об'єднання громадян (за згодою) | | |
| | 4 310 000 грн. | | |

⁶⁸ HIV prevention in generalized epidemics: optimal interventions for Global Fund applications: recommendations for a public health approach –2011. WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44736/1/9789241502467_eng.pdf

| № з/п | Загальнодержавна програма на 2009–2013 рр. | Обласна програма на 2009–2013 рр. | Міжнародні рекомендації |
|-------|---|---|-------------------------|
| 4. | Забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу шляхом пропаганди здорового способу життя серед молоді, проведення інформаційних, культурно-просвітницьких заходів, зокрема в сільській місцевості, віддалених районах та малих містах, шляхом створення та поширення соціальної реклами; забезпечення діяльності мобільних консультаційних пунктів соціальної роботи центрів соціальної служби сім'ї, дітей та молоді | Проводити інформаційні, культурно-просвітницькі заходи з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та пропаганди здорового способу життя шляхом створення, видання і розповсюдження соціальної реклами та забезпечення діяльності мобільних консультаційних пунктів соціальної роботи центрів соціальної служби сім'ї, дітей та молоді | |
| | МОНмолодьспорт, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації | Управління у справах сім'ї та молоді облдержадміністрації, облдержтелерадіокомпанія, райдержадміністрації, виконавчі комітети міських (міст обласного значення) рад, об'єднання громадян (за згодою) | |
| | 8 622 100 грн. | 289 000 грн. | |
| 5. | Запровадження у загальноосвітніх навчальних закладах факультативного курсу для молоді «Профілактика ВІЛ-інфекції/СНІДу», забезпечення комплектами друкованих і електронних навчально-методичних матеріалів | Запровадити у навчальних закладах всіх типів навчальний факультативний курс для молоді «Профілактика ризикованої поведінки і ВІЛ/СНІДу». Забезпечити навчальні заклади комплектами друкованих та електронних навчально-методичних матеріалів | |
| | МОНмолодьспорт, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації | Управління освіти і науки облдержадміністрації, райдержадміністрації, виконавчі комітети міських (міст обласного значення) рад, об'єднання громадян (за згодою) | |
| | 1 692 900 грн. | Без фінансування | |
| 6. | | | Поведінкові втручання |

| № з/п | Загальнодержавна програма на 2009–2013 рр. | Обласна програма на 2009–2013 рр. | Міжнародні рекомендації |
|----------|---|--|--------------------------------------|
| 7. | | | Розповсю- дження презервативів |
| 8. | Забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на робочих місцях, надання консультаційних послуг громадянам, представникам роботодавців та профспілкових організацій з метою зменшення уразливості до ВІЛ-інфікування | Проводити інформаційні, профілактичні акції та соціально-рекламні кампанії, спрямовані на профілактику ВІЛ-інфекції/СНІДу на робочих місцях та формування здорового способу життя. | |
| | Держпраці | Управління праці та соціального захисту населення облдержадміністрації, управління освіти та науки облдержадміністрації, управління у справах сім'ї та молоді облдержадміністрації, управління Міністерства внутрішніх справ України в Миколаївській області, управління Державного департаменту України з питань виконання покарань у Миколаївській області, облдержтелерадіокомпанія, райдержадміністрації, виконавчі комітети міських (міст обласного значення) рад, об'єднання громадян (за згодою). | |
| | Без фінансування | Без фінансування | |
| 9. | Забезпечення вільного доступу до консультування та безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію різних категорій населення | Забезпечити вільний доступ до консультування та безкоштовного тестування на ВІЛ різних категорій населення | КіТ |
| | МОЗ, Міноборони, ДПтС, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації | Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, управління Міністерства внутрішніх справ України в Миколаївській області, управління Державного департаменту України з питань виконання покарань у Миколаївській області, виконавчі комітети міських (міст обласного значення) рад, райдержадміністрації | |
| | 91 395 300 грн. | 1 936 200 грн. | |

| № з/п | Загальнодержавна програма на 2009–2013 рр. | Обласна програма на 2009–2013 рр. | Міжнародні рекомендації |
|-------|---|--|---|
| 10. | Забезпечення осіб, які мали контакт з біологічними рідинами, пов'язаний з ризиком ВІЛ-інфікування, зокрема медичних та соціальних працівників, засобами профілактики ВІЛ-інфекції та антиретровірусними препаратами | Забезпечити осіб, які мали контакт з біологічними рідинами, поєднаний з ризиком інфікування ВІЛ, у т. ч. медичних працівників, засобами профілактики інфікування ВІЛ та антиретровірусними препаратами | |
| | МОЗ, Держслужба соцзахворювань, Національна академія медичних наук, ДПтС, МВС, Міноборони, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації | Управління охорони здоров'я облдержадміністрації | |
| | 891 600 грн. | Без фінансування | |
| 11. | Забезпечення доступу ВІЛ-інфікованих дітей і дорослих до безперервної антиретровірусної терапії шляхом централізованої закупівлі препаратів для антиретровірусної терапії | Забезпечити доступ ВІЛ-інфікованих дорослих і дітей до безперервної антиретровірусної терапії | АРТ |
| | МОЗ, Держслужба соцзахворювань, Національна академія медичних наук, Благодійна організація (за згодою) | Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, об'єднання громадян (за згодою) | |
| | 1 115 262 700 грн. | Фінансується з національного рівня | |
| 12. | | | Профілактика, діагностика та лікування ІПСШ |

Таблиця 7. Порівняльна характеристика критеріїв призначення АРТ дорослим в Україні та за рекомендаціями ВООЗ

| № з/п | Критерії початку прийому АРТ | Україна [1] | ВООЗ, 2013 [2] | ВООЗ, 2013 [3] |
|-------|------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| | СНІД-індикаторні захворювання | | | Незалежно від рівня CD4+ Т-лімфоцитів |
| | Рівень CD4+ Т-лімфоцитів | 0–350 кл / мкл | 0–500 кл / мкл | |
| | Вагітність | Під час вагітності для усіх вагітних | Під час та після вагітності для усіх жінок | |
| | ВІЛ-асоційована нефропатія | | | |
| | Туберкульоз | | | |
| | Ко-інфекція ВГВ/ВІЛ | За наявності показань до лікування ВГВ-інфекції | | |
| | Наявність ВІЛ-негативного партнера | << – >> | | |

Таблиця 8. Характеристики користування послугами КіТ серед дозорних груп Миколаївської області, ДЕН, 2013 р.

| Запитання анкети | Група | | | | | | ЧСЧ | |
|---|------------|------------|------|-----------|---------|------------|------------|--|
| | ЛВІН | | | ЖКС | | | | |
| | ВІЛ (+) | ВІЛ (-) | абс. | абс. | ВІЛ (+) | ВІЛ (-) | | |
| абс. % абс. % абс. % абс. % абс. % абс. % | | | | | | | | |
| Чи доступне для Вас тестування на ВІЛ? | | | | | | | | |
| Так | 166 | 97,1 | 303 | 92,1 | 10 | 83,3 | 287 | |
| Ні | 3 | 1,8 | 12 | 3,6 | 2 | 16,7 | 1 | |
| Важко відповісти | 2 | 1,2 | 14 | 4,3 | | | | |
| Усього | 171 | 329 | | 12 | | 288 | 3 | |
| Чи зверталися до установ/ організацій з метою проходження тесту на наявність ВІЛ? | | | | | | | | |
| Так | 143 | 83,6 | 225 | 68,4 | 10 | 100,0 | 269 | |
| Ні | 27 | 15,8 | 100 | 30,4 | 2 | 20,0 | 19 | |
| Важко відповісти | 1 | 0,6 | 4 | 1,2 | | | | |
| Усього | 171 | 329 | | 10 | | 288 | 2 | |
| | | | | | | | 392 | |

Продовження табл. 8

| Запитання анкети | Група | | | | | |
|--|------------|------------|-----------|------------|----------------------|----------------------|
| | ЛВІН | | | ЖКС | | |
| | ВІЛ (+) | ВІЛ (-) | ВІЛ (+) | ВІЛ (-) | ВІЛ (+) | ВІЛ (-) |
| абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. |
| Я зараз не запитую у Вас про результат, але чи проходили Ви тестування на ВІЛ? | | | | | | |
| Так | 150 | 87,7 | 241 | 7,5 | 11 | 91,7 |
| Ні | 19 | 11,1 | 85 | 25,9 | 1 | 8,3 |
| Немає відповіді | 2 | 1,2 | 2 | 0,6 | | |
| Усього | 171 | 328 | 12 | 288 | 2 | 373 |
| Чому Ви не робили тест на ВІЛ? | | | | | | |
| Не маю бажання проходити тестування | 10 | 50,0 | 36 | 38,7 | 0 | 0,0 |
| Моя сексуальна поведінка була безпечною | 0 | 0,0 | 11 | 11,8 | 0 | 0,0 |
| Я завжди вживав/ла наркотики безпечним шляхом | 1 | 5,0 | 27 | 29,0 | Питання не ставилося | Питання не ставилося |

Продовження табл. 8

| Запитання анкети | Група | | | | | | | | | |
|--|-----------|------|-----------|-----|----------------------|----------------------|----------------------|------|---------|---|
| | ЛВІН | | | | | ЖКС | | | | |
| | ВІЛ (+) | | ВІЛ (-) | | ВІЛ (+) | | ВІЛ (-) | | ВІЛ (+) | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Боюється дізнатися про свій ВІЛ-статус | 6 | 30,0 | 9 | 9,7 | 0 | 0,0 | 1 | 4,5 | | |
| Думаю, що тестування платне | 3 | 15,0 | 3 | 3,2 | Питання не ставилось | Питання не ставилось | Питання не ставилось | | | |
| Незручне розташування місця, де можна зробити тест / тестування не є доступним | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | | | | | | |
| Не можу знайти вільний час | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 40,9 | | |
| Тестувалася раніше і знаю результат | | | | | | | | | | |
| Не вважаю, що потрібно тестуватися частіше ніж один раз на рік | | | | | | | | | | |
| Інше | 0 | 0,0 | 7 | | 1 | 100,0 | 1 | 4,5 | | |
| Усього | 20 | | 93 | | 1 | | 22 | | | |

Продовження табл. 8

| Запитання анкети | Група | | | | | | | | | |
|---|------------|------------|-----------|------------|----------|---------|-----------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | ЛВІН | | | | | ЖКС | | | | |
| | ВІЛ (+) | ВІЛ (-) | ВІЛ (+) | ВІЛ (-) | ВІЛ (+) | ВІЛ (-) | ВІЛ (+) | ВІЛ (-) | ЧСЧ | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| 2013 р. Так | 22 | 12,9 | 59 | 17,9 | 2 | 16,7 | 99 | 34,4 | 1 | 33,3 |
| Ні | 147 | 86,0 | 270 | 81,8 | 10 | 83,3 | 189 | 65,6 | 1 | 33,3 |
| Важко відповісти | 2 | 1,2 | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 33,3 |
| Усього | 171 | 330 | 12 | 288 | | | | 3 | 391 | |
| Скажіть, чи перебуваєте Ви на обліку в центрі СНІДу | | | | | | | | Питання не ста- вилося | Питання не ста- вилося | Питання не ста- вилося |
| Так | 109 | 78,4 | 0 | 0,0 | 6 | 75,0 | 1 | 6,7 | | |
| Ні | 11 | 7,9 | 9 | 26,5 | 0 | 0,0 | 3 | 20,0 | | |
| Немає відповіді | 19 | 13,7 | 25 | 73,5 | 2 | 25,0 | 11 | 73,3 | | |
| Усього | 139 | 34 | | | 8 | | 15 | | | |

Таблиця 9. Период часу між отриманням лабораторією позитивних результатів скринінгового та підтверджувальногоного тестувань, за даними реестру позитивних результатів тестування, 1995–2014 рр. (дані осіб з невідомою датою скринінгового та/або підтверджувальногоного тестувань в аналізі не використовувалися)

| Період часу (днів) | Одиниця вимірювання | Рік проведення ідентифікаційного тестування | | | | | | | | | | | | Разом | | | | | | | | | |
|--------------------|---------------------|---|-------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | | |
| 0–30 днів | абс. | 519 | 1027 | 124 | 203 | 47 | 73 | 275 | 295 | 550 | 434 | 813 | 944 | 969 | 1300 | 1355 | 1177 | 1026 | 1141 | 1054 | 968 | 14294 | |
| | % | 95,4 | 83,8 | 50,0 | 91,9 | 52,8 | 33,2 | 87,3 | 86,3 | 73,2 | 47,3 | 90,8 | 86,3 | 85,8 | 89,8 | 92,1 | 95,5 | 91,4 | 92,1 | 97,9 | 98,9 | 86,3 | |
| 30–60 днів | абс. | 17 | 177 | 117 | 8 | 14 | 65 | 28 | 26 | 179 | 228 | 55 | 77 | 45 | 40 | 69 | 28 | 45 | 67 | 10 | 4 | 1299 | |
| | % | 3,1 | 14,4 | 47,2 | 3,6 | 15,7 | 29,5 | 8,9 | 7,6 | 23,8 | 24,9 | 6,1 | 7,0 | 4,0 | 2,8 | 4,7 | 2,3 | 4,0 | 5,4 | 0,9 | 0,4 | 7,8 | |
| 61–365 днів | абс. | 8 | 15 | 6 | 7 | 19 | 79 | 9 | 19 | 17 | 246 | 15 | 41 | 36 | 35 | 5 | 10 | 36 | 20 | 5 | 1 | 629 | |
| | % | 1,5 | 1,2 | 2,4 | 3,2 | 21,3 | 35,9 | 2,9 | 5,6 | 2,3 | 26,8 | 1,7 | 3,7 | 3,2 | 2,4 | 0,3 | 0,8 | 3,2 | 1,6 | 0,5 | 0,1 | 3,8 | |
| 365+ днів | абс. | 0 | 6 | 1 | 3 | 9 | 3 | 3 | 2 | 5 | 9 | 12 | 32 | 80 | 72 | 42 | 17 | 15 | 11 | 8 | 6 | 336 | |
| | % | 0,0 | 0,5 | 0,4 | 1,4 | 10,1 | 1,4 | 1,0 | 0,6 | 0,7 | 1,0 | 1,3 | 2,9 | 7,1 | 5,0 | 2,9 | 1,4 | 1,3 | 0,9 | 0,7 | 0,6 | 2,0 | |
| Усього | | 544 | 1225 | 248 | 221 | 89 | 220 | 315 | 342 | 751 | 917 | 895 | 1094 | 1447 | 1130 | 1447 | 1471 | 1232 | 1122 | 1239 | 1077 | 979 | 16558 |

Таблиця 10. Період часу між отриманням лабораторією позитивних результатів скринінгового та підтверджувальногоного тестувань за окремими віковими групами, за даними реєстру позитивних результатів тестування, 1989–2014 рр. (дані осіб з невідомою датою скринінгового та/або підтверджувальногоного тестувань в аналізі не використовувалися)

| Вікова група | 0–30 днів | | | 31–60 днів | | | 61–365 днів | | | 366+ днів | | | Разом | |
|-----------------|--------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|------------|--------------|--------------|------|------|-------|------|
| | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* |
| 0–2 роки | 37 | 0,3 | 18,3 | 7 | 0,5 | 3,5 | 15 | 2,4 | 7,4 | 143 | 42,6 | 70,8 | 202 | 1,5 |
| 3–14 років | 48 | 0,4 | 88,9 | 2 | 0,2 | 3,7 | 4 | 0,6 | 7,4 | 0 | 0,0 | 0,0 | 54 | 0,4 |
| 15–17 років | 128 | 1,1 | 83,1 | 20 | 1,5 | 13,0 | 2 | 0,3 | 1,3 | 4 | 1,2 | 2,6 | 154 | 1,1 |
| 18–24 роки | 1983 | 17,3 | 80,8 | 302 | 23,2 | 12,3 | 130 | 20,7 | 5,3 | 39 | 11,6 | 1,6 | 2454 | 17,9 |
| 25–49 років | 8447 | 73,6 | 85,3 | 886 | 68,2 | 8,9 | 435 | 69,2 | 4,4 | 134 | 39,9 | 1,4 | 9902 | 72,1 |
| 50+ років | 564 | 4,9 | 90,7 | 40 | 3,1 | 6,4 | 16 | 2,5 | 2,6 | 2 | 0,6 | 0,3 | 622 | 4,5 |
| Немає даних | 264 | 2,3 | 76,1 | 42 | 3,2 | 12,1% | 27 | 4,3 | 7,8 | 14 | 4,2 | 4,0 | 347 | 2,5 |
| Усього | 11471 | 83,5 | 1299 | 9,5 | 629 | 4,6 | 336 | 2,4 | 13735 | 100,0 | | | | |

* – від загальної кількості окремого часового інтервалу;

** – від загальної кількості представників окремої вікової групи

Таблиця 11. Період часу між отриманням лабораторією позитивних результатів скринінгового та підтверджувальногоного тестувань за статтю, за даними реєстру позитивних результатів тестування, 1989–2014 рр. (дані осіб з невідомою датою скринінгового та/або підтверджувальногоного тестування в аналізі не використовувалися)

| Стать | 0-30 днів | | | 31-60 днів | | | 61-365 днів | | | 366+ днів | | | Разом | | |
|---------------|--------------|------|------|-------------|-------------|-----|-------------|------------|-----|------------|------------|-----|------------|--------------|--------------|
| | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* | |
| Ч | 8554 | 59,8 | 86,0 | 803 | 61,8 | 8,1 | 387 | 61,5 | 3,9 | 198 | 58,9 | 2,0 | 9942 | 60,0 | |
| Ж | 5623 | 39,3 | 86,9 | 482 | 37,1 | 7,4 | 235 | 37,4 | 3,6 | 133 | 39,6 | 2,1 | 6473 | 39,1 | |
| Немас даних | 117 | 0,8 | 81,8 | 14 | 1,1 | 9,8 | 7 | 1,1 | 4,9 | 5 | 1,5 | 3,5 | 143 | 0,9 | |
| Усього | 14294 | | | 86,3 | 1299 | | 7,8 | 629 | | 3,8 | 336 | | 2,0 | 16558 | 100,0 |

* – від загальної кількості окремого часового інтервалу;

** – від загальної кількості представників окремої статі

Таблиця 12.Період часу між отриманням лабораторією позитивних результатів скринінгового та підтверджувального тестування за окремими кодами тестування СЕМ, за даними реєстру позитивних результатів тестування, 1989–2014 рр. (дані осіб з невідомою датою скринінгового та/або підтверджувального тестування в аналізі не використовувалися)

| Код тестування | 0-30 днів | | | 31-60 днів | | | 61-365 днів | | | 366+ днів | | | Разом | |
|----------------|-----------|------|-------|------------|------|------|-------------|------|------|-----------|------|------|-------|------|
| | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* |
| 101 | 846 | 5,9 | 87,0 | 68 | 5,2 | 7,0 | 37 | 5,9 | 3,8 | 21 | 6,3 | 2,2 | 972 | 5,9 |
| 102 | 4021 | 28,1 | 84,7 | 480 | 37,0 | 10,1 | 187 | 29,7 | 3,9 | 60 | 17,9 | 1,3 | 4748 | 28,7 |
| 103 | 6 | 0,0 | 60,0 | 3 | 0,2 | 30,0 | 1 | 0,2 | 10,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 10 | 0,1 |
| 104 | 450 | 3,1 | 89,8 | 40 | 3,1 | 8,0 | 7 | 1,1 | 1,4 | 4 | 1,2 | 0,8 | 501 | 3,0 |
| 105 | 647 | 4,5 | 94,9 | 21 | 1,6 | 3,1 | 13 | 2,1 | 1,9 | 1 | 0,3 | 0,1 | 682 | 4,1 |
| 106 | 12 | 0,1 | 92,3 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,2 | 7,7 | 0 | 0,0 | 0,0 | 13 | 0,1 |
| 107 | 701 | 4,9 | 95,0 | 17 | 1,3 | 2,3 | 14 | 2,2 | 1,9 | 6 | 1,8 | 0,8 | 738 | 4,5 |
| 108 | 441 | 3,1 | 78,9 | 80 | 6,2 | 14,3 | 36 | 5,7 | 6,4 | 2 | 0,6 | 0,4 | 559 | 3,4 |
| 109 | 1548 | 10,8 | 85,2 | 185 | 14,2 | 10,2 | 65 | 10,3 | 3,6 | 19 | 5,7 | 1,0 | 1817 | 11,0 |
| 110 | 16 | 0,1 | 9,0 | 3 | 0,2 | 1,7 | 13 | 2,1 | 7,3 | 146 | 43,5 | 82,0 | 178 | 1,1 |
| 111 | 30 | 0,2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 30 | 0,2 |
| 112 | 613 | 4,3 | 86,6 | 60 | 4,6 | 8,5 | 23 | 3,7 | 3,2 | 12 | 3,6 | 1,7 | 708 | 4,3 |

Продовження табл. 12

| Код тестування | 0-30 днів | | | 31-60 днів | | | 61-365 днів | | | 366+ днів | | | Разом | |
|----------------|--------------|------|-------------|-------------|------|------------|-------------|------|------------|------------|------|------------|--------------|--------------|
| | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* |
| 113 | 3960 | 27,7 | 88,5 | 272 | 20,9 | 6,1 | 192 | 30,5 | 4,3 | 52 | 15,5 | 1,2 | 4476 | 27,0 |
| 114 | 147 | 1,0 | 85,0 | 18 | 1,4 | 10,4 | 4 | 0,6 | 2,3 | 4 | 1,2 | 2,3 | 173 | 1,0 |
| 115 | 26 | 0,2 | 81,3 | 5 | 0,4 | 15,6 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 3,1 | 32 | 0,2 |
| 116 | 565 | 4,0 | 96,1 | 12 | 0,9 | 2,0 | 9 | 1,4 | 1,5 | 2 | 0,6 | 0,3 | 588 | 3,6 |
| 118 | 3 | 0,0 | 75,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,2 | 25,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 4 | 0,0 |
| 119 | 3 | 0,0 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 3 | 0,0 |
| 120 | 186 | 1,3 | 80,2 | 23 | 1,8 | 9,9 | 19 | 3,0 | 8,2 | 4 | 1,2 | 1,7 | 232 | 1,4 |
| 200 | 5 | 0,0 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 5 | 0,0 |
| Немає даних | 68 | 0,5 | 76,4 | 12 | 0,9 | 13,5 | 7 | 1,1 | 7,9 | 2 | 0,6 | 2,2 | 89 | 0,5 |
| Усього | 14294 | | 86,3 | 1299 | | 7,8 | 629 | | 3,8 | 336 | | 2,0 | 16558 | 100,0 |

*-Від загальної кількості окремого часового інтервалу;

**-Від загальної кількості представників відповідного коду тестиування

Таблиця 13. Показники підтвердження позитивних результатів скринінгового тестування на ВІЛ-інфекцію тестиовими системами окремих виробників, 2013 р.

| Тестові системи | Кількість позитивних результатів скринінгових досліджень | Кількість позитивних результатів підтверджувальних досліджень | Відсоток підтвердження |
|-----------------|--|---|------------------------|
| Виробник 1 | 170 | 146 | 85,9 |
| Виробник 2 | 355 | 235 | 66,2 |
| Виробник 3 | 371 | 212 | 57,1 |
| Виробник 4 | 593 | 372 | 62,7 |
| Виробник 5 | 51 | 38 | 74,5 |
| Виробник 6 | 10 | 8 | 80,0 |
| Усього | 1550 | 1011 | 65,2 |

Таблиця 14. Період часу між отриманням лабораторією позитивних результатів підтверджувальногоного та ідентифікаційного тестувань, за даними реєстру позитивних результатів тестування, 1995–2014 рр. (дані осіб з невідомою датою підтвердження позитивного та/або ідентифікаційного тестування в аналізі не використовувалися)

| Одниниця вимірю | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Разом | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|------|-----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Рік проведення ідентифікаційного тестування | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0–90 днів | 2 | 11 | 1 | 6 | 2 | 29 | 68 | 91 | 105 | 92 | 331 | 344 | 410 | 600 | 594 | 514 | 486 | 546 | 479 | 479 | 444 | 5155 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 66,7 | 55,0 | 50,0 | 40,0 | 20,0 | 25,2 | 64,2 | 64,1 | 63,3 | 55,8 | 71,5 | 66,9 | 68,6 | 77,5 | 75,5 | 71,4 | 72,8 | 75,0 | 75,1 | 76,2 | 71,4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 90+ днів | 1 | 9 | 1 | 9 | 8 | 86 | 38 | 51 | 61 | 73 | 132 | 170 | 188 | 174 | 193 | 206 | 182 | 182 | 182 | 159 | 139 | 2062 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Усього | 3 | 20 | 2 | 15 | 10 | 115 | 106 | 142 | 166 | 463 | 514 | 598 | 774 | 787 | 720 | 668 | 728 | 668 | 720 | 668 | 728 | 638 | 583 | 7217 | | | | | | | | | | | | | | | |

Таблиця 15.Період часу між отриманням лабораторією позитивних результатів підтвердження та ідентифікації-ного тестування за статтю, за даними реєстру позитивних результатів тестування, 2013–2014 рр. (дані осіб з невідомою статтю, датою підтвердженнямого тестування в аналізі не використовувалися)

| Стать | 0–90 днів | | | 90+ днів | | | Разом | | |
|---------------|------------|------|-------------|------------|------|-------------|-------------|--------------|--|
| | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* | |
| Ч | 512 | 55,8 | 72,7 | 192 | 64,4 | 27,3 | 704 | 57,9 | |
| Ж | 406 | 44,2 | 79,3 | 106 | 35,6 | 20,7 | 512 | 42,1 | |
| Усього | 918 | | 75,5 | 298 | | 24,5 | 1216 | 100,0 | |

* – від загальної кількості окремого часового інтервалу;

** – від загальної кількості представників окремої статі;

Таблиця 16. Період часу між отриманням лабораторією позитивних результатів підтвердженого та ідентифікаційного тестувань за окремими кодами тестування СЕМ, за даними реєстру позитивних результатів тестування, 2013–2014 рр. (дані осіб з невідомим кодом тестування, навідомою датою підтвердженого та/або ідентифікаційного тестувань в аналізі не використовувалися)

| Код тестування | 0–90 днів | | | 90+ днів | | | Разом | | |
|-------------------|------------|------|-------------|------------|------|-------|-------------|-------------|--------------|
| | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** | абс. | %* | %** |
| 101 | 78 | 8,5 | 75,0 | 26 | 8,7 | 25,0 | 104 | 8,5 | 8,5 |
| 102 | 138 | 15,0 | 65,4 | 73 | 24,5 | 34,6 | 211 | 17,3 | 17,3 |
| 104 | 23 | 2,5 | 65,7 | 12 | 4,0 | 34,3 | 35 | 2,9 | 2,9 |
| 105 | 154 | 16,7 | 85,6 | 26 | 8,7 | 14,4 | 180 | 14,8 | 14,8 |
| 106 | 3 | 0,3 | 60,0 | 2 | 0,7 | 40,0 | 5 | 0,4 | 0,4 |
| 107 | 30 | 3,3 | 56,6 | 23 | 7,7 | 43,4 | 53 | 4,3 | 4,3 |
| 108 | 13 | 1,4 | 31,0 | 29 | 9,7 | 69,0 | 42 | 3,4 | 3,4 |
| 109 | 103 | 11,2 | 92,0 | 9 | 3,0 | 8,0 | 112 | 9,2 | 9,2 |
| 111 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 100,0 | 1 | 0,1 | 0,1 |
| 112 | 33 | 3,6 | 70,2 | 14 | 4,7 | 29,8 | 47 | 3,9 | 3,9 |
| 113 | 234 | 25,4 | 82,1 | 51 | 17,1 | 17,9 | 285 | 23,4 | 23,4 |
| 114 | 3 | 0,3 | 42,9 | 4 | 1,3 | 57,1 | 7 | 0,6 | 0,6 |
| 116 | 106 | 11,5 | 80,9 | 25 | 8,4 | 19,1 | 131 | 10,7 | 10,7 |
| 120 | 2 | 0,2 | 40,0 | 3 | 1,0 | 60,0 | 5 | 0,4 | 0,4 |
| 200 | 1 | 0,1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 0,1 |
| Усього | 921 | | 75,6 | 298 | | | 24,4 | 1219 | 100,0 |

Для нотаток

Для нотаток

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

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

Підсумковий звіт

Головні виконавці дослідження:

Олександр Недужко

Юлія Новак

Івана Бозісевич

Василь Боненко

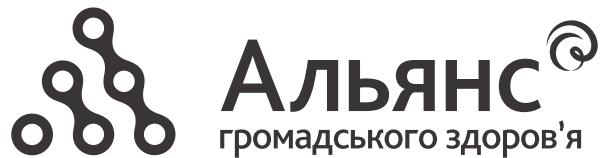
Галина Висоцька

Верстка

Ірина Сухомлинова

Літературна редакція

Валентина Божок



МБФ «Альянс громадського здоров'я»
вул. Ділова (Димитрова) 5, корпус 10А, 9-й поверх, 03680, Київ, Україна
Тел.: (044) 490-5485, Факс: (044) 490-5489
E-mail: office@aidsalliance.org.ua
www.aph.org.ua
www.facebook.com/AlliancePublicHealth

Розповсюджується безкоштовно.

Підписано до друку 00.00.2016
Формат 00x00/00
Ум. друк. арк. 0,0.
Тираж 000 прим. Замовл. 0000

Надруковано у друкарні ??????????????