

Проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Україні

Підсумковий звіт

Київ – 2013 р.

Головні виконавці дослідження:

Абу Абдул-Кадір, доктор філософії (1)
Костянтин Думчев, доктор медицини (5)
Юрій Круглов, доктор медицини (2)
Джордж Разерфорд, доктор медицини (3)
Тетяна Салюк (4)
Чарльз Вітек, доктор медицини (5)

(1) Глобальний відділ з ВІЛ/СНІД, Центри з профілактики та контролю захворюваності (Атланта, США) (DGNA),
(2) ДУ "Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України", (Київ, Україна), (3) Група з профілактики захворювань і питань охорони здоров'я, Глобальні наукові програми у галузі охорони здоров'я, Університет Каліфорнії в Сан-Франциско (Сан-Франциско, США); (4) БФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», (Київ, Україна); та
(5) Глобальний відділ з ВІЛ/СНІД, Центри з профілактики та контролю захворюваності (Київ, Україна).

Команда проекту зі збору та узагальнення даних:

Група з профілактики захворювань і питань охорони здоров'я, Глобальних наукових програм у галузі охорони здоров'я, Університет Каліфорнії в Сан-Франциско, Сан-Франциско, Каліфорнія, США:

Андрю Англмейер, доктор філософії, магістр суспільної охорони здоров'я
Віллі Мак-Фарланд, доктор медицини, доктор філософії
Джордж В. Разерфорд, доктор медицини, а.м.,
Хіларі Спіндлер, магістр суспільної охорони здоров'я,
Стефані Таше, доктор медицини, магістр суспільної охорони здоров'я

Навчально-інформаційний центр з епідеміологічного нагляду за ВІЛ/СНІДом, Школа охорони громадського здоров'я ім. А. Штампара та Медичний факультет Загребського університету, Загреб, Хорватія:

Івана Божичевич, доктор медицини,
доктор філософії у галузі суспільної охорони здоров'я,
Юрія-Івана Чакало, доктор медицини.

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»:
Інна Шваб

Всю кореспонденцію просимо направляти на ім'я доктора Разерфорда в Інститут глобального здоров'я при Університеті Каліфорнії в Сан-Франциско, Біл Стріт 50, # 1200, Сан-Франциско, Каліфорнія (CA), 94105, США; адреса електронної пошти: grutherford@psg.ucsf.edu; телефон: + 1 415 597-9108; факс: +1 415 597-8299.

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

Проект був підтриманий Надзвичайним планом Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR) через Центри з профілактики та контролю захворюваності (CDC) в рамках заходів по країнах.

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

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК ТАБЛИЦЬ ТА ДІАГРАМ	4
ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	6
РЕЗЮМЕ ПРОЕКТУ	7
ВСТУП	9
СТИСЛА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ПРОЕКТУ	10
МЕТОДОЛОГІЯ	12
РЕЗУЛЬТАТИ.....	15
I. Які основні способи та особливості передачі ВІЛ-інфекції існують нині в Україні?	15
Групи населення, найбільш вразливі до інфікування ВІЛ	21
1. Передача ВІЛ серед ЧСЧ.....	21
2. Передача ВІЛ внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків	23
3. Передача ВІЛ при гетеросексуальних контактах.....	28
3.1.Зареєстровані випадки ВІЛ-інфікування серед гетеросексуалів.....	28
3.2.1. Динаміка поширеності ВІЛ серед вагітних жінок.....	33
3.2.2. Динаміка поширеності ВІЛ серед жінок комерційного сексу	41
3.2.3. Динаміка поширеності ВІЛ серед ув'язнених	45
II. Чи точно відповідають профілактичні програми, політики, стратегії та ресурси епідеміологічним особливостям та характеристикам, які спостерігаються нині?	46
2.1. Профілактичні програми для споживачів ін'єкційних наркотиків	46
2.2. Профілактичні програми для жінок комерційного сексу.....	48
ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ	51
ВИСНОВКИ	54
РЕКОМЕНДАЦІЇ	55
Програмні рекомендації	55
Рекомендації щодо отримання додаткових даних	55
ДОВІДКОВІ ДЖЕРЕЛА	56
БІБЛІОГРАФІЧНІ ДЖЕРЕЛА	58

ПЕРЕЛІК ТАБЛИЦЬ ТА ДІАГРАМ

Діаграма 1. Кількість випадків ВІЛ-інфікування серед дорослого населення підлітків за клінічним статусом, Україна, 2005–2011 рр.	15
Таблиця 1. Зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції в Україні по регіонах та роках серед усіх вікових груп, 2005–2011 рр.	16
Діаграма 2. Середня кількість щорічно зареєстрованих випадків ВІЛ по регіонах, Україна, 2005–2011 рр.	17
Таблиця 2. Річна і середньорічна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування на 100 тис. населення серед підліткового та дорослого населення по регіонах, Україна, 2005–2011 рр.	18
Таблиця 3. Кількість випадків ВІЛ-інфікування серед дорослого населення та підлітків за шляхами передачі і вірусу, Україна, 2005–2011 рр.	19
Діаграма 3. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед дорослого населення та підлітків, за шляхом передачі вірусу, Україна, 2005–2011 рр.	19
Діаграма 4. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ, Україна, 2005–2011 рр.	21
Таблиця 4. Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ у вибраних містах, Україна, 2008–2011 рр.	22
Діаграма 5. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед СІН, за статтю та роках, Україна, 2005–2011 рр.	23
Таблиця 5. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед СІН за регіонами, Україна, 2005–2011 рр.	24
Діаграма 6. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування серед СІН, з розподілом захворюваності СІН по терціях та роках, Україна, 2005–2011 рр.	25
Діаграма 7. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед СІН віком <25 років, за статтю та роками, Україна, 2005–2011 рр.	25
Таблиця 6. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування серед СІН віком <25 років по регіонах, Україна, 2005 – 2011 рр.	26
Діаграма 8. Кількість зареєстрованих випадків інфікування серед СІН віком <25 років у регіонах з високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, Україна, 2005–2011 рр.	27
Діаграма 9. Поширеність ВІЛ серед СІН віком <25 років у вибраних містах, Україна, 2006–2011 рр.	27
Таблиця 7. Кількість зареєстрованих випадків та середньорічна захворюваність на ВІЛ внаслідок гетеросексуальних контактів у розрізі регіонів серед дорослих та підлітків, Україна, 2005–2011 р.	29
Таблиця 8. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед гетеросексуальних чоловіків та жінок за регіональним рівнем захворюваності серед СІН, Україна, 2005–2011 рр.	30
Діаграма 10. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед жінок внаслідок гетеросексуальних контактів за віковими групами, Україна, 2005–2011 рр.	31
Діаграма 11. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед жінок <25 років внаслідок гетеросексуальних контактів по терціях щодо захворюваності СІН, Україна, 2005–2011 рр.	31
Таблиця 9. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування жінок внаслідок гетеросексуальних контактів, за віковими групами та регіонами, верхній терціль розподілу захворюваності серед СІН, Україна, 2005–2011 рр.	32
Діаграма 12. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування жінок <25 років внаслідок гетеросексуальних контактів у розрізі вікових груп, верхній терціль розподілу захворюваності серед СІН, Україна, 2005–2011 рр.	33

Діаграма 13. Поширеність ВІЛ серед породіль та вагітних за результатами первинного скринінгу та нові випадки ВІЛ серед вагітних на 100 живонароджених, Україна, 1995–2011рр.	34
Діаграма 14. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування внаслідок гетеросексуальних контактів за статтю, нижній терціль розподілу захворюваності серед СІН, Україна, 2005–2011 рр.	34
Діаграма 15. Кількість нових випадків ВІЛ, зареєстрованих серед вагітних жінок, на 100 живонароджених дітей у розрізі вікових груп, Україна, 2005–2010 рр.	35
Діаграма 16. Кількість нових випадків ВІЛ, зареєстрованих серед вагітних жінок, з розбивкою по терціях щодо захворюваності СІН, Україна, 2005–2011 рр.	37
Діаграма 17. Кількість нових випадків ВІЛ-інфікування, зареєстрованих серед вагітних жінок, на 100 живонароджених дітей розбивкою по терціях щодо захворюваності СІН, Україна, 2005–2009 рр.	38
Діаграма 18. Кількість нових випадків ВІЛ-інфікування, зареєстрованих серед вагітних жінок молодших 25 років з розбивкою по терціях щодо захворюваності СІН, Україна, 2005–2011 рр.	38
Діаграма 19. Рівень поширеності нових випадків ВІЛ-інфекції серед усіх породіль молодших 25 років з розбивкою по терціях щодо захворюваності СІН, Україна, 2005–2009 рр.	39
Таблиця 10. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед СІН чоловічої статі та гетеросексуалів і випадки ВІЛ-інфекції серед жінок по областях, нижній терціль за рівнем захворюваності СІН, Україна, 2005–2011 рр.	40
Діаграма 20. Рівень інфікування ВІЛ серед призовників строкової служби, Україна, 2008–2011 рр.	41
Таблиця 11. Поширеність ВІЛ серед ЖКС по містах та типу вибірки, ЖКС, Україна, 2007–2011 рр.	42
Діаграма 21. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС по містах, Україна, 2008–2011 рр.	43
Таблиця 12. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС по містах (та регіонах), а також по терціях щодо захворюваності СІН, Україна, 2011 р.	43
Таблиця 13. Поширеність вживання ін'єкційних наркотиків упродовж життя серед ЖКС (за повідомленням респондента), Україна, 2004–2011 рр.	44
Таблиця 14. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС по містах залежно від досвіду вживання ін'єкційних наркотиків, Україна, 2008–2009 рр.	44
Діаграма 22. Поширеність ВІЛ серед ЖКС залежно від досвіду вживання ін'єкційних наркотиків (за повідомленням респондента), Україна, 2011 р.	45
Таблиця 15. Оцінка чисельності груп найбільш вразливих до інфікування ВІЛ, та поширеність ВІЛ в зазначених групах в Україні, 2011 р.	46
Таблиця 16. Охоплення профілактичними програмами по містах, дані інтегрованих біо-поведінкових досліджень, СІН, Україна, 2007–2011 рр.	47
Діаграма 23. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед СІН молодших 25 років та охоплення профілактичними програмами у 5 областях України, 2007–2011 рр.	47
Діаграма 24. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед СІН <25 років та кількість СІН, охоплених програмами профілактики на національному рівні, Україна, 2005–2011 рр.	48
Діаграма 25. Поширеність ВІЛ у 2009–2011 роках та охоплення СІН профілактичними програмами у 2007–2011 роках у вибраних містах України.	49
Діаграма 26. ЖКС, охоплені програмами профілактики у вибраних регіонах України, 2005–2011 рр.	49
Діаграма 27. Поширеність ВІЛ та охоплення ЖКС профілактичними програмами, Київ, Україна, 2005–2011 рр.	50

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

СНІД – синдром набутого імунодефіциту людини

ЦПКЗ – Центри профілактики та контролю захворюваності (CDC)

ГВВС – Глобальний відділ з ВІЛ/СНІДу (DGHA)

НСV – Вірус гепатиту С

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини (HIV)

СІН – споживач ін'єкційних наркотиків (IDU)

Біоетичний комітет (IRB)

ЖКС – жінка комерційного сексу (FSW)

ЧСЧ – чоловіки, які мають секс з чоловіками (MSM)

УКСФ – Університет Каліфорнії в Сан-Франциско (UCSF)

РЕЗЮМЕ ПРОЕКТУ

У цьому проекті зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Україні використовується триангуляційна модель аналізу даних різного типу, отриманих, головним чином, на підставі зареєстрованих випадків захворювання, а також проведення біоповедінкових досліджень [опитувань] серед представників груп ризику з метою вивчення двох ключових питань, пов'язаних з епідемією ВІЛ-інфекції в Україні:

1. Які основні способи та особливості передачі ВІЛ-інфекції спостерігаються у теперішній час серед представників груп найбільшого ризику, а також населення в цілому?

2. Чи відповідає здійснювана профілактична робота способам та особливостям передачі ВІЛ-інфекції, які спостерігаються у теперішній час?

Цей підсумковий звіт включає в себе фрагменти з проміжного звіту за 23 вересня 2011 року, а також дані додаткових спостережень, отримані на кінець 2011 року.

Ключові висновки проведеного аналізу:

- Отримані дані свідчать, що рівень захворюваності ВІЛ-інфекцією серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) знижується.
- Передача ВІЛ-інфекції серед жінок при гетеросексуальних контактах як і раніше, значною мірою, відбувається через їхніх партнерів – СІН.
- На підставі обмежених даних можна зробити висновок про можливе зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції при гетеросексуальних контактах, однак, для підтвердження цього висновку потрібні додаткові відомості.
- У рамках існуючої системи реєстрації випадків захворювання споживачі ін'єкційних наркотиків чоловічої статі та чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, можуть помилково класифікуватися як гетеросексуальні чоловіки.
- На підставі отриманих даних можна зробити висновок, що профілактичні програми зумовили зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед СІН та жінок комерційного сексу (ЖКС), проте необхідним є проведення додаткового моніторингу.

Ключові програмні рекомендації:

- Основна профілактична робота повинна і надалі спрямовуватися на представників груп найбільшого ризику та їхніх сексуальних партнерів.
- Потрібен подальший розвиток програм, спрямованих на задоволення потреб ЖКС, з огляду на високий рівень поширеності ВІЛ відповідно до результатів серологічних досліджень та високого (хоча він і знижується) рівня споживання ін'єкційних наркотиків представницями групи.
- Необхідні додаткова профілактична робота серед статевих партнерів СІН та розширення доступу до антиретровірусної терапії для СІН.
- Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (6,4%) свідчить про необхідність підвищення якості профілактичної роботи і даних епідеміологічного нагляду. Зусилля, спрямовані на зниження стигми відносно представників групи, матимуть позитивний вплив як на якість профілактичних програм так і збір даних.

Ключові рекомендації щодо отримання додаткових даних:

- Провести дослідження нещодавно зареєстрованих випадків захворювання серед вагітних жінок, які не вживають ін'єкційних наркотиків, і перевірити, чи не є джерелом їхнього інфікування чоловіки СІН.;
- Вивчити відповідні тенденції та динаміку серед пацієнтів СІН та гетеросексуальних жінок з безсимптомним перебігом захворювання (на відміну від пацієнтів, у яких спостерігаються клінічні прояви або розвинувся СНІД) задля точнішої оцінки тенденцій захворюваності
- Слід враховувати дослідження різноманітних дизайнів, спрямовані на вивчення захворюваності, із застосуванням та інтеграцією результатів відповідних засобів тестування (шляхом взаємодії з установами, що займаються розробкою нових технологій), які виконуються у теперішній час з метою вивчення поведінки груп найбільш вразливих до інфікування ВІЛ. Лонгітюдні дослідження, які можуть розглядатися як «золотий стандарт» у галузі дослідження захворюваності і застосовуються як базова основа при проведенні досліджень інтервенцій та представляють значну цінність для підтвердження достовірності та надійності тест-систем, а також подальшого розвитку ефективних підходів до профілактичної роботи в умовах відповідної країни.
- Провести опитування молодих чоловіків, у яких нещодавно було виявлено ВІЛ, а шлях інфікування був визначений як гетеросексуальний з метою оцінки реального рівня захворюваності та факторів ризику (СІН, ЧСЧ, клієнти РКС)

ВСТУП

Метою Проекту зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Україні є отримання відповідей на ключові питання для точнішого визначення динаміки епідеміологічної ситуації ВІЛ/СНІДу в Україні у теперішній час, а також покращення націленості профілактичних програм у сфері ВІЛ/СНІДу шляхом зіставлення та інтерпретації існуючих даних з різних джерел. Систематичне порівняння і вивчення даних, отриманих з різних джерел, забезпечує додаткове підтвердження достовірності результатів досліджень, а також знижує ймовірність похибки оцінки, пов'язаної з недосконалістю даних або людським фактором, у разі використання тільки одного джерела для отримання необхідної інформації.

Ключові питання, відповіді на які планувалось отримати за допомогою цього проекту, а також їх пріоритетність були визначені на зустрічі зацікавлених сторін, організований ДУ “Український центр контролю за соціально-медичними захворюваннями МОЗ України”. У зустрічі взяли участь посадові особи, відповідальні за політику у сфері і охорони здоров'я, представники організацій, які займаються наданням профілактичних і медичних послуг у сфері ВІЛ/СНІДу, представники місцевих та партнерських науково-дослідних співтовариств, представники донорів і організацій, які фінансують та працюють у рамках двосторонніх та міжнародних програм, а також інші користувачі та власники наявної інформації. Під час цього заходу в рамках трьох основних сфер, пов'язаних з епідемією ВІЛ/СНІД, – епідеміологія, профілактика, забезпечення догляду та лікування, обговорювалось 13 питань. Після додаткових обговорень та консультацій присутні представники зацікавлених сторін визначилися з пріоритетними напрямками роботи і двома взаємопов'язаними питаннями, які стосуються цього проекту зі збору та узагальнення даних:

1. *Які основні способи шляхи та особливості передачі ВІЛ-інфекції існують нині в Україні?*
 - 1а. У різних географічних регіонах України?
 - 1b. У різних групах ризику?
 - 1с. Чи спостерігається генералізація епідемії (перехід від її концентрованого поширення в конкретних групах до сталого розповсюдження при гетеросексуальних контактах)?
2. *Чи точно відповідають профілактичні програми, політики, стратегії та ресурси епідеміологічним особливостям та характеристикам, які наразі спостерігаються?*
 - 2а. Чи існують дані, що свідчать про їхню ефективність?
 - 2b. Яких можна переорієнтувати та перерозподілити?

За допомогою Проекту зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Україні була зроблена спроба отримати відповіді на поставлені питання шляхом загального збору наявних в Україні даних, вивчення відповідних доповідей і публікацій, а також інтерпретації результатів шляхом перехресної перевірки інформації на достовірність. У рамках Проекту використовувалися ресурси та рекомендації місцевих зацікавлених сторін, посадових осіб і організацій, відповідальних за політику та реалізацію програм у цій галузі. Робота здійснювалася під загальним керівництвом спеціальної робочої групи [task force], створеної на заключному етапі зустрічі зацікавлених сторін. Результати цього аналізу підготовлені для використання при розробці політик і програм. Окрім того, в рамках зазначених заходів цей проект дозволив також збільшити місцевий потенціал у галузі використання даних.

У цьому звіті представлені основні висновки, до яких дійшли учасники підсумкової зустрічі спеціальної робочої групи, яка пройшла в Києві (Україна) 18 травня 2012 року. До аналізу увійшли дані, отримані на кінець 2011 року.

СТИСЛА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ПРОЕКТУ

Попри широкомасштабні зусилля та появу нових підходів до боротьби із пандемією ВІЛ/СНІДу, національні програми потребують періодичного перегляду пріоритетів, методів та інформаційного наповнення, оскільки епідемічна ситуація в країні змінюється.

У випадках, коли рівень захворюваності залишається високим, профілактичну роботу слід продовжувати: посилювати, перенаправляти або змінювати з метою обмеження поширення інфекції. Моніторинг та оцінка профілактичних і медичних програм, а також епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією в певних групах населення є основними компонентами, за допомогою яких оцінюється вплив профілактичної роботи, та зміни в епідеміологічній ситуації. Зазначені дані необхідні для планування обсягу та характеру заходів протидії, надто в умовах дозрівання епідемії. Впродовж останніх декількох років в глобальному масштабі спостерігається швидке і значне збільшення кількості та покращення якості даних, які використовуються для спостереження за епідемією та напрацювання національних заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу. Проте, повною мірою ці дані не використовуються для прийняття науково обґрунтованих програмних рішень.

З метою ефективної відповіді на епідемію в умовах її дозрівання необхідним є періодичне здійснення оцінки національної політики, впровадження програм, епідеміологічного нагляду та досліджень у цій галузі. Питаннями для періодичної оцінки можуть бути зміна політики, фінансування, зміна поширеності ВІЛ або моделей поведінки, розширення профілактичних заходів або комбінація всіх зазначених факторів. У рамках підходу епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією другого покоління такі оцінки рекомендовано проводити на постійній основі як доповнення до моніторингу та оцінки відповіді на епідемію. Однак чимало країн стикаються з нестачею людських та фінансових ресурсів для здійснення комплексного підходу до оцінки. Центр з профілактики та контролю захворюваності США (ЦПКЗ) є лідером в проведенні подібних заходів або “розробці епідеміологічного профілю”, і може поділитися своїм, вельми необхідним досвідом. Наразі кілька міжнародних проектів потребують проміжної або фінальної оцінки впливу національних стратегій на епідемію. Систематичний аналіз наявної інформації щодо ВІЛ/СНІДу та оцінка національних заходів відповіді на епідемію визначатимуть напрямок профілактичних заходів, що є важливим для реалізації Загальнодержавної програми зі СНІДу.

Хоча на початку епідемія ВІЛ в Україні була сконцентрована в групі споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), з 2008 року серед нових зареєстрованих випадків ВІЛ переважає статевий шлях інфікування. У 2008 році вживання ін'єкційних наркотиків було причиною 46% зареєстрованих випадків інфікування серед підлітків і дорослих, тоді як передача ВІЛ-інфекції статевим шляхом (переважно при гетеросексуальних контактах) становила 51%. Зростала в останні роки і кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями: від 2822 дітей у 2006 році до 4010 у 2011 році. В багатьох країнах могло б виникнути питання наскільки збільшення цього показника пов'язане з розширенням доступу до тестування, а не зростанням захворюваності серед породіть. Проте, в Україні, де тестування охоплено понад 95% вагітних, вказаний показник чітко пов'язаний із зростанням поширеності ВІЛ-інфекції. Зміна основного шляху передачі ВІЛ та зростання домінування статевого (гетеросексуального) способу інфікування вимагає негайної уваги та аналізу ситуації. У випадку, якщо має місце зміщення в напрямку генералізації епідемії, тобто інфікування гетеросексуальним шляхом від осіб, які не є представниками вразливих груп, наприклад, СІН, це може мати серйозне значення та повинно враховуватися при розробці та реалізації програм профілактики ВІЛ/СНІДу.

Випадки генералізованих епідемій ВІЛ-інфекції рідко документувалися за межами Африканських країн, розташованих на південь від Сахари¹.

Зазначені початкові висновки, що базуються на даних реєстрації випадків захворювання, потребують підтвердження даними з інших джерел та викликають багато питань, на які слід отримати відповіді для здійснення відповідних заходів протидії, зокрема:

- Чи є зміщення у бік передачі інфекції гетеросексуальним шляхом відображенням реальної ситуації або ж воно є штучним наслідком, пов'язаним з тестуванням на ВІЛ, методами епідеміологічного нагляду або іншими систематичними похибками?
- Чи існують докази сталого поширення ВІЛ-інфекції гетеросексуальним шляхом, окрім випадків, пов'язаних з партнерами СІН, бісексуальними чоловіками та працівниками комерційного сексу?
- Яка ефективність профілактичних програм?
- Які додаткові стратегії можна використовувати?

Наступним логічним кроком є зведення всіх відповідних існуючих даних для систематичного вивчення місцевими зацікавленими сторонами з метою надання відповідної організаційної структури, технічної підтримки та створення необхідного контексту для отримання відповіді на поставлені питання ми реалізуємо Проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Україні.

¹ Гаїті, Папуа-Нова Гвінея – це два приклади держав, що не розташовані на Африканському континенті, на території яких відзначається генералізована епідемія ВІЛ-інфекції.

МЕТОДОЛОГІЯ

Загальний огляд та партнери

Метою Проекту зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Україні є зведення та інтерпретація даних національного, регіонального, районного та місцевого рівнів задля отримання відповіді на ключові питання, що стосуються епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Він виконується в рамках співпраці між Глобальним відділом з ВІЛ/СНІДу, Центрів з профілактики та контролю захворюваності США у Києві (Україна), ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України» та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». Необхідну технічну допомогу та науково-дослідні ресурси для порівняння даних, інтерпретації та поширення результатів дослідження надано викладачами та співробітниками Інституту глобального здоров'я при Університеті Каліфорнії в Сан-Франциско (УКСФ) та його партнерами з Центру знань у галузі епідеміологічного нагляду за ВІЛ/СНІДом, Школи охорони громадського здоров'я ім. А. Штампара, а також Медичного факультету Загребського університету, Загреб (Хорватія).

На попередніх зустрічах з учасниками та зацікавленими сторонами Проекту обговорювалася необхідність узагальнення даних згідно структурованої форми щодо наявної інформації та ролі кожного учасника. Внаслідок обговорень на початковому етапі Проекту були визначені два ключових питання, про які вже йшлося, складено початковий перелік потенційних джерел наявної інформації, розроблений процес узагальнення наявної інформації, а також узгоджені ролі та обов'язки учасників в рамках Проекту. На заключному етапі аналізу даних проведено практичний семінар для остаточного узгодження рекомендацій та формулювання висновків за результатами узагальнення проектної інформації. Двостороннє партнерство між Університетом Каліфорнії в Сан-Франциско [УКСФ] та місцевою аналітичною групою, сформованою місцевими зацікавленими сторонами, забезпечило збір, співставлення та проведення попереднього аналізу наявних даних. При роботі на місцях використовувалися вихідні дані та ресурси, надані спеціальною Робочою групою та іншими партнерами. Представлені в цьому підсумковому звіті результати досліджень та рекомендації призначені для використання та поширення організаціями, відповідальними за формулювання та реалізацію відповідної політики, а також розробниками профілактичних і медичних програм у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом.

У цьому звіті представлені основні висновки та результати інтерпретації проведеного аналізу станом на 17 травня 2012 року, які обговорювалися на зустрічі спеціальної робочої групи в Києві 18 травня 2012 року.

Дослідницькі питання

Мета нашого аналізу полягала в порівнянні результатів, отриманих на підставі різних існуючих джерел інформації (кількісної та якісної) для визначення відповідей на два ключових питання, поставлених зацікавленим сторонам:

1. *Які основні способи та особливості передачі ВІЛ-інфекції існують нині в Україні?*
 - 1а. *У різних географічних регіонах України?*
 - 1б. *У різних групах ризику?*

- 1с. В залежності від стадії розвитку епідемії: наприклад, чи спостерігається генералізація епідемії з переходом від її концентрованого поширення в групах ризику до сталого поширення при гетеросексуальних контактах?
2. Чи точно відповідають профілактичні програми, політики, стратегії та ресурси епідеміологічним особливостям та характеристикам, які наразі спостерігаються?
- 2а. Чи існують дані, що свідчать про їхню ефективність?
- 2б. Як їх можна переорієнтувати і перерозподілити?

Ми зібрали дані, що містяться в опублікованих доповідях, інформаційних базах та узагальнених матеріалах, які перебувають у відкритому доступі. Для даної роботи були використані результати досліджень, попередньо схвалених Центрами з профілактики та контролю захворюваності (ЦПКЗ) та які пройшли біо-етичну експертизу або які були визнані ЦПКЗ як не-дослідницькі. Збір первинних даних не здійснювався; залучення людей як об'єктів досліджень не передбачалося. Результати досліджень, що використовуються з метою визначення відповідей на поставлені питання, а також отримані докази застосовуватимуться в процесі планування та розробки профілактичних програм у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом на національному та субнаціональному рівнях.

Представники Зацікавлених сторін та експерти відібрали можливі питання дослідження з використанням наступних критеріїв:

1. Вага у масштабі національної програми (інакше кажучи, як широко це питання зачіпає епідеміологічну проблематику?).
2. Користь від можливого отримання результатів дослідження для процесу планування та розробки програм (тобто як на практиці застосовуватиметься отримана відповідь на поставлене питання?).
3. Для отримання відповіді на поставлене питання є дані необхідної якості та в достатньому обсязі.
4. Над отриманням відповіді на поставлене питання наразі вже не працюють інші організації.

Визначення джерел даних

Джерелом даних щодо поширеності ВІЛ/ІПСШ, поведінкових практик, демографічної інформації, а також способів її обробки виступили результати епіднагляду та інші академічні та програмні ресурси. Аналіз включає стратифікацію даних по регіонах, областях, районах, залежно від типу місцевості [міська/сільська], за статтю і віковою групою, а також у випадках, коли це доречно і можливо, за субпопуляцією відносно соціальних, культурних і психосоціальних факторів ризику. Узагальнену інформацію, а також результати аналізу та огляду спеціальної літератури та доповідей зібрано разом та зведено з метою напрацювання відповідей на поставлені питання.

Повний список даних її, вивчених нами з метою підготовки цього звіту, включає в себе:

- Опис клінічних випадків захворювання ВІЛ-інфекцією та СНІДом в рамках національних програм обов'язкового обстеження та систем реєстрації випадків захворювання.
- Відомості про виявлені випадки ВІЛ-інфікування та рівень поширення захворювання в рамках планових програм масового обстеження вагітних жінок і призовників.

- Інтегровані біоповедінкові дослідження (ІБПД), проведені серед кількох груп ризику (тобто СІН, жінок комерційного сексу (ЖКС), чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ) та ув'язнених).
- Медико-демографічні дослідження (МДД).
- Дані загального перепису населення та відомості щодо народжуваності.
- Сукупності програмних даних: результати поточного моніторингу медичних і профілактичних заходів, включаючи дані щодо охоплення та впливу відповідних програм, інтенсивності та географічного розподілу різних програм, зокрема, призначених для СІН та ЖКС.

Ми здійснили порівняння та зіставлення трендів і прогнозованих показників, отриманих на підставі різних джерел інформації, з метою визначення кінцевих результатів, за допомогою яких можна найоб'єктивніше пояснити наявні дані. Дані використовувалися нами на національному рівні, субнаціональному рівні (шляхом порівняння кількості випадків інфікування СІН, розділених на терції), а також по окремих регіонах, за статевою належністю, віковою групою, способом передачі вірусу та роками.

Крім того, нами було проведене системне вивчення друкованих джерел, зокрема, рецензованих наукових журналів і опублікованих програмних доповідей, за допомогою яких були визначені додаткові параметричні і контекстуальні характеристики проведеного аналізу, а також отримана додаткова інформація, що була використана при узагальненні накопиченої інформації, а також у процесі обговорень з зацікавленими сторонами. Бібліографічний показник опублікованої інформації, пов'язаної з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні та заходами протидії, наведено у кінці цього звіту.

Конфіденційність та використання людей в якості об'єктів дослідження

Ця робота проводилася з метою оцінки програмної діяльності і не передбачала залучення конкретних людей як об'єктів дослідження. У процесі здійснення цього дослідження контакти з будь-якими людьми, які виступають об'єктами дослідження, були відсутні. Сукупності дослідницьких даних, які використовувалися нами з метою аналізу вторинних даних або пройшли біо-етичну експертизу або були відкриті для доступу широкої публіки. Всі сукупні програмні показники збиралися в установленому порядку. Програмні дані індивідуального рівня в рамках цього проекту не використовувалися. Група Університету Каліфорнії в Сан-Франциско отримала дозвіл на проведення цього дослідження від Комісії зазначеного університету, щодо захисту прав осіб, які є об'єктами досліджень.

Поширення результатів дослідження

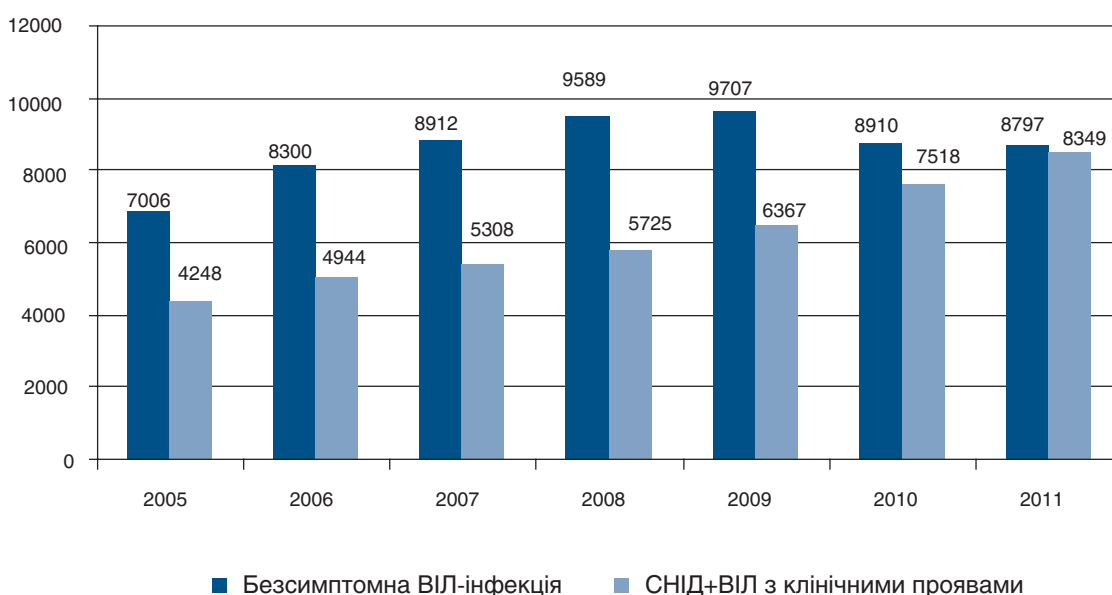
Остаточні результати нашої роботи були представлені на інтерактивному семінарі для зацікавлених сторін, який пройшов 18 травня 2012 року. У рамках зазначеного заходу ми намагалися виявити альтернативні думки та точки зору, що дозволяють іншим чином пояснити отримані результати дослідження, відображені у цьому підсумковому звіті.

РЕЗУЛЬТАТИ

I. Які основні способи та особливості передачі ВІЛ-інфекції існують нині в Україні?

Станом на 31 грудня 2011 року ДУ “Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України” було зареєстровано 170144 випадків ВІЛ-інфікування серед дорослих та підлітків. За останні сім років, тобто впродовж 2005–2011 рр., було зареєстровано 103680 випадків ВІЛ-інфікування серед дорослого населення та підлітків. З них 61221 випадок (59,0%) протікав безсимптомно або ж при цьому спостерігалася персистуюча генералізована лімфаденопатія (клінічна стадія № 1 за класифікацією ВООЗ). У 42459 випадках (41%) був зафіксований прояв клінічних симптомів СНІДу або ВІЛ з клінічними проявами (клінічні стадії № 2 – 4 за класифікацією ВООЗ). Зростання кількості зареєстрованих випадків захворювання з відсутністю у пацієнтів симптомів ВІЛ-інфекції (за винятком випадків розвитку СНІДу та ВІЛ-інфекції, що протікають з проявом клінічних симптомів), в період з 2008 по 2009 роки зупинилось, а за 2009 – 2011 роки вона знизилася на 9,4%. При цьому в той же період часу спостерігалось неухильне зростання випадків розвитку СНІДу та ВІЛ-інфекції з проявом клінічної симптоматики (Діаграма 1).

Діаграма 1. Кількість випадків ВІЛ-інфікування серед дорослого населення та підлітків за клінічним статусом, Україна, 2005–2011 рр.



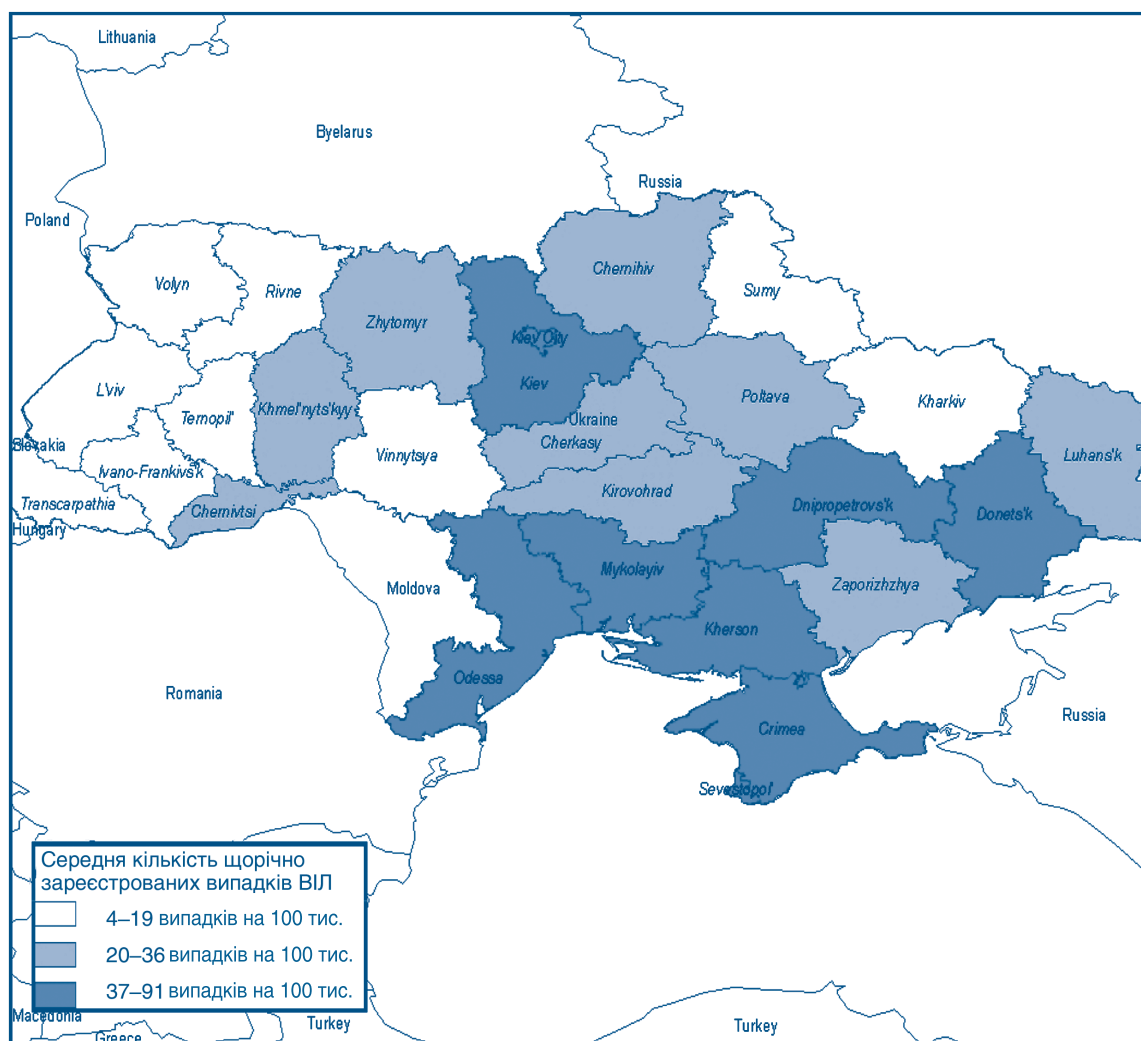
Таблиця 1. Зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції в Україні по регіонах та роках серед усіх вікових груп, 2005–2011 рр.

Регіон	Населення у 2010 р.	Кількість зареєстрованих випадків протягом року							Разом
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Донецьк	4466700	2997	3608	3773	3992	4061	4031	3994	26456
Дніпропетровськ	3355500	2045	2465	2668	3084	3626	3258	3447	20593
Одеса	2391000	1349	1470	1704	1555	1568	2143	2080	11869
Місто Київ	2785100	1022	1146	1183	1258	1094	1077	1269	8049
Миколаїв	1189500	802	1049	1167	1189	1130	1107	1132	7576
АР Крим	1965300	894	804	959	1004	1111	1085	1077	6934
Київ	1721800	333	497	633	700	730	753	831	4477
Луганськ	2311600	525	473	546	678	610	745	715	4292
Херсон	1093400	327	495	550	589	591	560	716	3828
Харків	2769100	398	438	453	517	555	524	565	3450
Запоріжжя	1811700	401	434	454	526	500	556	523	3394
Черкаси	1295200	300	331	375	357	389	468	494	2714
Полтава	1499600	301	293	386	378	407	412	464	2641
Львів	2549600	209	242	255	315	462	479	493	2455
Житомир	1285800	225	247	266	340	344	463	458	2343
Вінниця	1650600	247	324	336	311	321	353	372	2264
Чернігів	1109700	236	296	349	437	483	507	481	2789
Кіровоград	1017800	173	228	269	239	254	302	358	1823
Хмельницький	1334000	241	295	238	201	263	297	279	1814
Місто Севастополь	380500	178	269	229	222	255	258	241	1652
Волинь	1036700	156	171	209	244	262	214	280	1536
Чернівці	904400	62	45	67	90	99	102	106	571
Рівне	1151600	82	105	158	216	240	243	246	1290
Суми	117300	92	145	179	184	214	215	202	1231
Івано-Франківськ	1380700	74	71	97	166	117	170	142	837
Тернопіль	1088900	65	115	123	129	104	105	149	790
Закарпаття	1244800	36	22	43	42	50	62	63	318
Разом	45962900	13770	16078	17669	18963	19840	20489	21177	127986

Джерело: Державний комітет статистики України, державні статистичні дані по Україні. укр. мовою див.: http://stat6.stat.lviv.ua/ukrcensus/Dialog/statfile1_c.asp.

У 2011 році у порівнянні з 2005 роком відзначалася тенденція до збільшення віку зареєстрованих ВІЛ інфікованих осіб серед підліткового та дорослого населення. При цьому за вказаний семирічний період спостерігалось збільшення середнього віку хворих на 4 роки.

Діаграма 2. Середня кількість щорічно зареєстрованих випадків ВІЛ, по регіонах, Україна, 2005–2011 рр.



Серед підліткового та дорослого населення, упродовж 2005–2011 рр., 57,4% пацієнтів були чоловічої статі і 42,6% – жіночої. ВІЛ-інфіковані чоловіки мали більший вік, аніж жінки відповідної групи (середній вік чоловіків – 34 роки, а жінок – 29 років). Зареєстровані випадки ВІЛ-інфікування не були рівномірно розподілені по областях (див. таблицю 1). Найвища середня кількість щорічно зареєстрованих випадків ВІЛ у зазначений період відзначилася в Миколаєві (91,0 випадків на 100 тис. населення), Дніпропетровську (87,7 випадків на 100 тис.) і Донецьку (84,6 випадків на 100 тис.), а найнижча – у Закарпатті (3,6 випадків на 100 тис.), Івано-Франківську (8,7 випадків на 100 тис.) та Чернівцях (9,0 випадків на 100 тис.) (див. таблицю 2, Діаграму 2).

Ми звузили наш аналіз, обравши випадки, що більше відображають нещодавнє інфікування ВІЛ. Зокрема, до аналізу увійшли зареєстровані в період з 2005 по 2011 роки випадки ВІЛ серед дорослих та підлітків з розбивкою за статтю, шляхом передачі вірусу та регіоном проживання. Ми взяли до уваги той факт, що вказаний шлях передачі ВІЛ визначався на підставі інформації, наданої самим пацієнтом лікарю, що могло спричинити певну похибку в даних. Наприклад, чоловік, який має сексуальні стосунки з чоловіками, може повідомити, що інфікування відбулося в результаті гетеросексуального контакту або навіть внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків, а споживач ін'єкційних наркотиків може повідомити, що передача ВІЛ-інфекції сталася внаслідок гетеросексуального контакту.

Таблиця 2. Річна і середньорічна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування на 100 тис. населення серед підліткового та дорослого населення по регіонах, Україна, 2005–2011 рр.

Регіон	Населення 2010	Кількість зареєстрованих випадків							Середньорічна кількість зареєстрованих випадків
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Миколаїв	1,189,500	67,4	88,2	98,1	100,0	95,0	93,1	95,2	91,0
Дніпропетровськ	3,355,500	60,9	73,5	79,5	91,9	108,1	97,1	102,7	87,7
Донецьк	4,466,700	67,1	80,8	84,5	89,4	90,9	90,2	89,4	84,6
Одеса	2,391,000	56,4	61,5	71,3	65,0	65,6	89,6	87,0	70,9
Севастополь	380,500	46,8	70,7	60,2	58,3	67,0	67,8	63,3	62,0
АР Крим	1,965,300	45,5	40,9	48,8	51,1	56,5	55,2	54,8	50,4
Херсон	1,093,400	29,9	45,3	50,3	53,9	54,1	51,2	65,5	50,0
Місто Київ	2,785,100	36,7	41,1	42,5	45,2	39,3	38,7	45,6	41,3
Київ	1,721,800	19,3	28,9	36,8	40,7	42,4	43,7	48,3	37,1
Чернігів	1,109,700	21,3	26,7	31,4	39,4	43,5	45,7	43,3	35,9
Черкаси	1,295,200	23,2	25,6	29,0	27,6	30,0	36,1	38,1	29,9
Запоріжжя	1,811,700	22,1	24,0	25,1	29,0	27,6	30,7	28,9	26,8
Луганськ	2,311,600	22,7	20,5	23,6	29,3	26,4	32,2	30,9	26,5
Житомир	1,285,800	17,5	19,2	20,7	26,4	26,8	36,0	35,6	26,0
Кіровоград	1,017,800	17,0	22,4	26,4	23,5	25,0	29,7	35,2	25,6
Полтава	1,499,600	20,1	19,5	25,7	25,2	27,1	27,5	30,9	25,2
Волинь	1,036,700	15,0	16,5	20,2	23,5	25,3	20,6	27,0	21,2
Вінниця	1,650,600	15,0	19,6	20,4	18,8	19,4	21,4	22,5	19,6
Хмельницький	1,334,000	18,1	22,1	17,8	15,1	19,7	22,3	20,9	19,4
Харків	2,769,100	14,4	15,8	16,4	18,7	20,0	18,9	20,4	17,8
Рівне	1,151,600	7,1	9,1	13,7	18,8	20,8	21,1	21,4	16,0
Суми	1,172,300	7,8	12,4	15,3	15,7	18,3	18,3	17,2	15,0
Львів	2,549,600	8,2	9,5	10,0	12,4	18,1	18,8	19,3	13,8
Тернопіль	1,088,900	6,0	10,6	11,3	11,8	9,6	9,6	13,7	10,4
Чернівці	904,400	6,9	5,0	7,4	10,0	10,9	11,3	11,7	9,0
Івано-Франківськ	1,380,700	5,4	5,1	7,0	12,0	8,5	12,3	10,3	8,7
Закарпаття	1,244,800	2,9	1,8	3,5	3,4	4,0	5,0	5,1	3,6
Разом/ У середньому	45,962,900	30,0	35,0	38,4	41,3	43,2	44,6	46,1	39,8

* Середньозважений показник по чисельності населення

З 103680 зареєстрованих випадків захворювання серед дорослого населення і підлітків в 52744 випадках (51%) згідно з повідомленням пацієнта інфікування ВІЛ сталося внаслідок сексуального контакту (19569 гетеросексуальних чоловіків, 33175 гетеросексуальних жінок і 493 ЧСЧ), в 48122 випадках (46%) мало місце парентеральне інфікування внаслідок введення ін'єкційних наркотиків, а в 2311 випадках (2%) – інфікування відбулось іншим чином, або ж шлях передачі вірусу не встановлений (див. таблицю 3).

Таблиця 3. Кількість випадків ВІЛ-інфікування серед дорослого населення та підлітків за шляхом передачі інфекції, Україна, 2005–2011 рр.

Шлях передачі ВІЛ	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Кількість випадків	%	Кількість випадків	%	Кількість випадків	%
ЧСЧ	493	0,8%	0	0,0%	493	0,5%
Гетеросексуали	19569	32,9%	33,175	75,1%	52744	50,9%
СІН	38125	64,0%	9,997	22,6%	48122	46,4%
Інфіковані при переливанні крові	3	0,0%	2	0,0%	5	0,0%
Випадки внутрішньолікарняного інфікування	3	0,0%	2	0,0%	5	0,0%
Інфікування іншим шляхом	1337	2,2%	974	2,2%	2,311	2,2%
Всього	59530	57,4%	44,150	42,6%	103680	100%

Частка випадків інфікування кожним шляхом з часом змінювалась. У 2008 році кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування внаслідок гетеросексуальних контактів перевершила аналогічний показник за кількістю інфікування внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків (див. діаграму 3).

Діаграма 3. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування серед дорослого населення та підлітків за шляхом інфікування Україна, 2005–2011 рр.



В Україні спостерігається майже абсолютна інформованість населення щодо СНІДу. Зокрема, 99 відсотків жінок і чоловіків віком від 15 до 49 років раніше чули про це захворювання (МДД 2007 р.). Щодо сексуальних поведінкових практик, то лише 2% усіх жінок і 3% жінок, які мали статеві контакти впродовж 12 місяців, що передують даті опитування, підтвердили наявність двох або більше сексуальних партнерів у зазначений дванадцятимісячний період. Жінки, що проживають у міській місцевості, мають вищу освіту, не одружені, з місцем проживання в східному регіоні країни, і потрапляють в квінтіль з максимальним рівнем добробуту, виявляли найбільшу схильність до небезпечніших моделей сексуальної поведінки. Під небезпечнішими моделями сексуальної поведінки розуміються сексуальні акти з партнерами, які не є їх подружжям або співмешканцями, в тому числі в рамках дошлюбного сексу впродовж 12-и місяців, що передують даті проведення опитування. З іншого боку, чоловіки, які ніколи не перебували у шлюбі, розлучені, проживають окремо від дружини або овдовіли мали істотно вищу ймовірність наявності двох або більше сексуальних партнерів за останні дванадцять місяців ніж чоловіки, які раніше в шлюбі ніколи не перебували. Тринадцять відсотків чоловіків, які на момент опитування перебували у шлюбі і, впродовж останніх дванадцяти місяців мали секс з особами, які не є їхніми дружинами або співмешканцями. Чоловіки, які проживають у міській місцевості або на сході країни, мали більшу схильність до небезпечніших моделей сексуальної поведінки протягом останніх дванадцяти місяців. Середня кількість сексуальних партнерів протягом життя серед чоловіків віком від 25 до 49 років, які коли-небудь вступали в сексуальні стосунки, становило 6,2. Цей показник істотно різнився у межах підгруп і збільшується з віком опитаних чоловіків (2,9 для чоловіків віку 15–19 років і 6,8 – для чоловіків віку 40–49 років).

При проведенні оцінки використання презервативів серед жінок, які мали протягом останніх 12 місяців сексуальні контакти, пов'язані з підвищеним ступенем ризику, під якими розуміється наявність більше одного партнера або статеві акти з особами, які не є їхніми чоловіками або співмешканцями, найвищий відсоток використання презервативів під час останнього сексуального контакту, пов'язаного з підвищеним ступенем ризику відзначався у віковій групі 15–19 років (73%). Серед вікової групи 15–49 років використання презервативів під час останнього сексуального контакту з підвищеним ступенем ризику підтвердили 52% опитаних жінок. Подібна тенденція спостерігалася і серед молодих чоловіків, які мали кількох сексуальних партнерів протягом 12 місяців до дати проведення опитування: 64% чоловіків віком від 15 до 24 років, 74% чоловіків вікової групи 15–19 років та 70% чоловіків вікової групи 20–24 років використали презерватив під час останнього сексуального контакту.

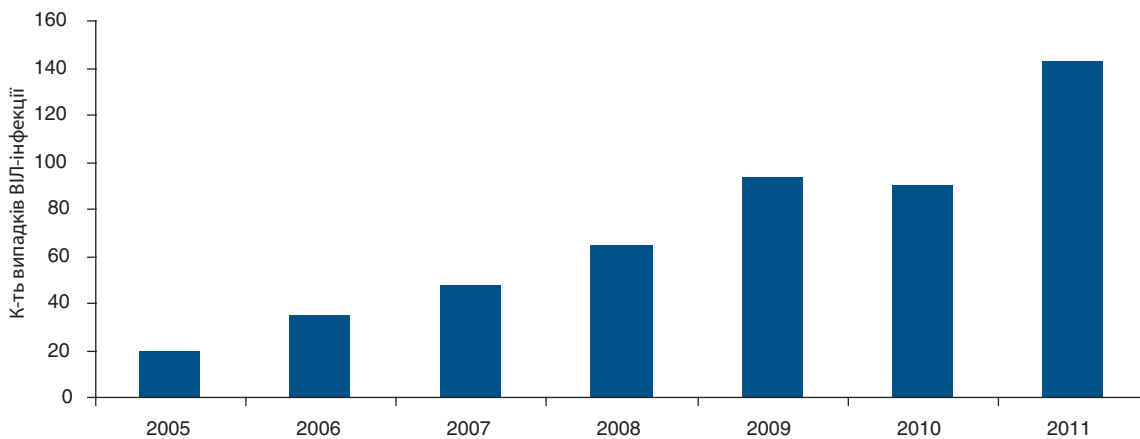
У цілому, 2% чоловіків віком 15–49 років підтвердили, що сплачували за сексуальні послуги упродовж останніх 12 місяців. Серед них більшість (84%) використовували презервативи під час останнього такого сексуального контакту. При цьому трохи більша схильність до отримання сексуальних послуг за плату протягом 12 місяців спостерігалася серед чоловіків, які раніше в шлюбі ніколи не перебували, розведені, проживають окремо від дружини або овдовіли, а також чоловіків, які проживають у міській місцевості на сході чи заході країни, та чоловіків, які мають середню освіту або нижче.

Групи населення, найбільш вразливі до інфікування ВІЛ

1. Передача ВІЛ серед ЧСЧ

Дивним є факт нечисленної кількості зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед ЧСЧ. У період з 2005 по 2011 роки включно, зареєстровано лише 493 випадки інфікування ЧСЧ, що становить 0,4% від загальної кількості зареєстрованих випадків захворювання. У зазначений період часу спостерігається тенденція до зростання відповідних показників (див. діаграму 4). Двадцять три відсотки зареєстрованих випадків інфікування припадає ЧСЧ молодших 25 років, і 87% – молодших 40 років. Найбільша кількість випадків захворювання зареєстрована у місті Києві, Донецьку та Запоріжжі.

Діаграма 4. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед ЧСЧ, Україна, 2005-2011 рр.



В той же час зазначені дані явно суперечать і результатам дозорного епідеміологічного нагляду серед ЧСЧ, проведеному в кількох містах у період з 2007 по 2011 роки. За допомогою цих досліджень, в яких використовувалися різноманітні загальноновизнані методики для оцінки поширеності ВІЛ-інфекції, поширеність ВІЛ була визначена на рівні 23% (див. таблицю 4). Біоповедінкові дослідження проводилися неодноразово у декількох містах країни. У цих містах відзначалося переважання змішаних тенденцій, наприклад, у Києві спостерігалася, в основному, зростання поширеності ВІЛ, а в Миколаєві та Одесі її рівень знижувався. Наприклад, в Одесі, де з 2005 по 2011 роки було зареєстровано 36 випадків ВІЛ-інфікування серед ЧСЧ, поширеність за результатами дозорних досліджень серед ЧСЧ коливалася від 23% (95% CI 22% – 59%) у 2007 році (Балакірева, 2008 р.) до 22% (95% CI 11% – 34%) у 2009 році (http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/zvit_msm09.pdf) і 16% (95% CI 1% – 23%) в 2011 році (<http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/me/msm2011.pdf>). Згідно з результатами біоповедінкового дослідження серед ЧСЧ за 2011 рік поширеність ВІЛ в цій групі по країні складає приблизно 6,4%. Навіть з урахуванням вельми обережних оцінок чисельності і ЧСЧ в Україні в 2011 році (222 775 осіб) (Берлева, 2010 р.) можна припустити, що мінімальна кількість ВІЛ-інфікованих ЧСЧ знаходиться в межах 13000–15000 чоловік. Це підтверджує гіпотезу про суттєве заниження та/ або неправильну реєстрацію випадків шляху інфікування ЧСЧ, які ймовірно реєструються в рамках існуючої системи виявлення та реєстрації випадків захворювання як гетеросексуальні чоловіки.

Таблиця 4. Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ у вибраних містах, Україна, 2008–2011 рр.

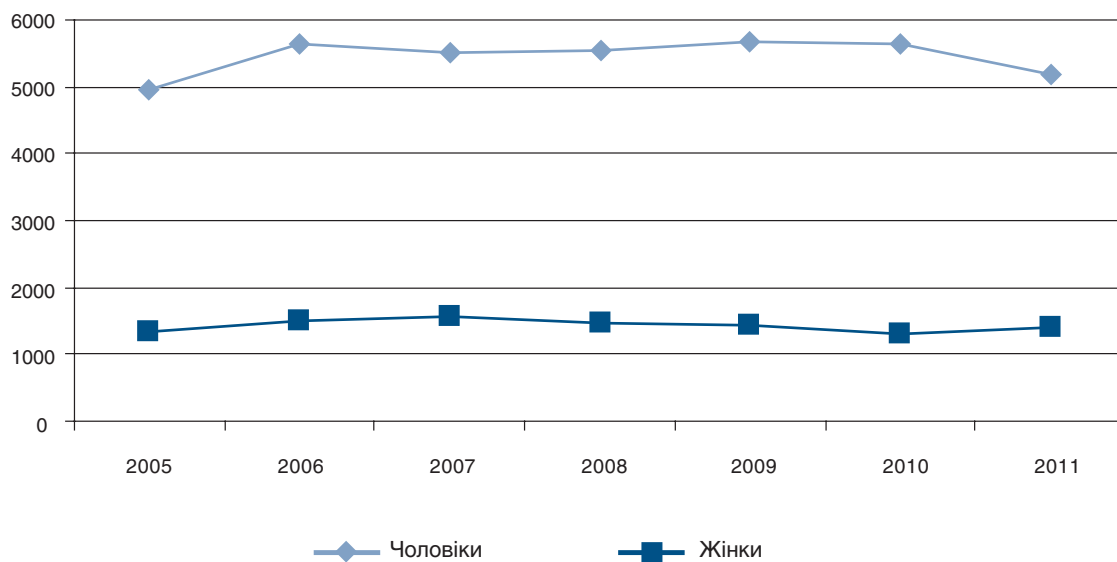
Місто (регіон)	2007	2009	2011
Донецьк	-	20%	20%
Одеса	23%	22%	16%
Київ	2%	8%	7%
Львів	-	19%	7%
Івано-Франківськ	-	3%	6%
Луганськ	-	5%	10%
Дніпропетровськ	-	2%	5%
Ужгород	-	7%	5%
Херсон	-	5%	6%
Харків	-	4%	5%
Черкаси	-	5%	3%
Сімферополь (АР Крим)	-	9%	3%
Кривий Ріг (Дніпропетровськ)	8%	-	2%
Миколаїв	10%	2%	2%

* Оцінка поширеності ВІЛ в 2007 році була здійснена завдяки застосуванню методу RDS, в той час як в 2009 році застосовувався інший метод формування вибірки, що унеможливило пряме порівняння результатів досліджень за ці роки.

2. Передача ВІЛ внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків

З 2005 по 2011 рр. було зареєстровано 48122 випадків ВІЛ-інфікування серед дорослих СІН та підлітків. З них 38125 (79%) – чоловіки, 9997 (21%) – жінки (див. діаграма 5). Медіанний вік для СІН чоловічої статі – 34 роки, для СІН жіночої статі – 33 роки. За вказаний семирічний період річна кількість зареєстрованих випадків захворювання серед СІН зростає на 5,1%. Хоча в 2011 році було зареєстровано менше на 7,4% випадків ВІЛ серед СІН ніж в 2009 році, випадки ВІЛ-інфікування в групі відзначалися у всіх регіонах. Максимальна загальна кількість таких випадків з 2005 року спостерігається у Донецьку, Дніпропетровську, Києві, Одесі та Миколаєві (Див. Таблицю 5). З 2005 року у зазначених п'яти регіонах реєструється 59% від загальної кількості всіх випадків ВІЛ-інфікування серед СІН. Найвищий середньорічний рівень захворюваності спостерігається в Дніпропетровську, Миколаєві та Донецьку. Ми також розділили 27 регіонів України на терціліза середньорічною кількістю зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед СІН у зазначений семирічний період між 2005 та 2011 роками. У верхньому терцілі (Дніпропетровськ, Миколаїв, Донецьк, Севастополь, Херсон, Одеса, Київ, АР Крим та Київщина) кількість зареєстрованих випадків з 2006 по 2011 роки дещо знижувалася, а в середньому та нижньому терціліях з 2005 року істотно не змінилася (див. діаграму 6).

Діаграма 5. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед СІН за статтю та роками, Україна, 2005–2011 рр.



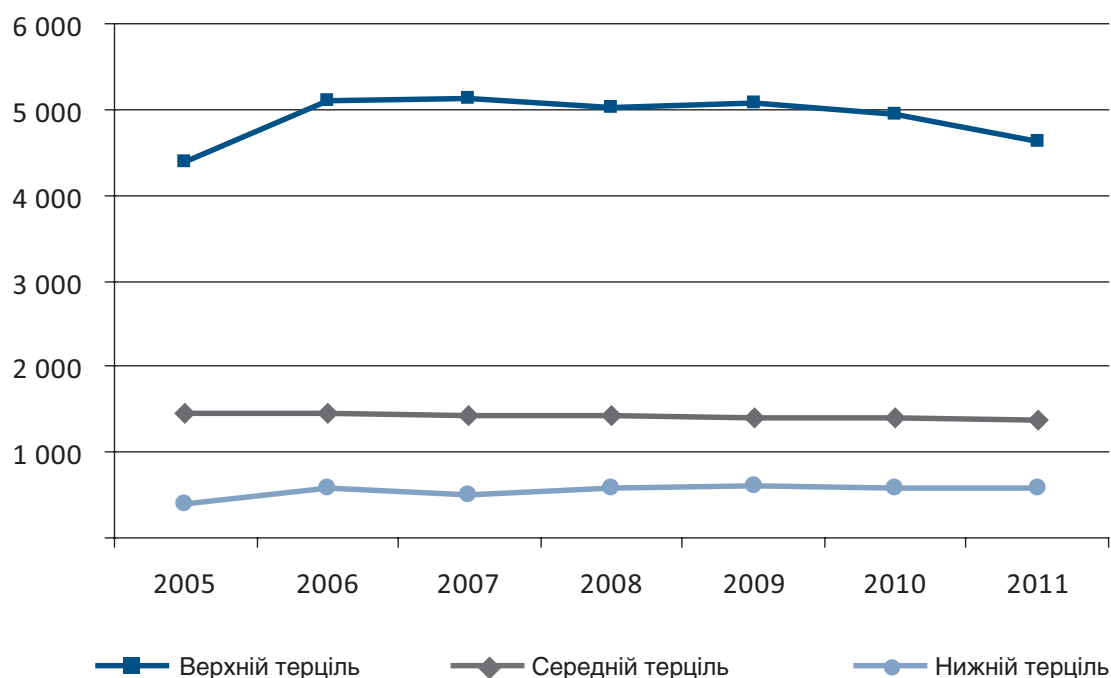
Також ми вивчили тенденції динаміки щодо кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування серед 4660 СІН віком молодших 25 років як оціночного показника недавнього інфікування. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ у цій групі з 2005 року знизилася на 67% (див. діаграму 7). Було зареєстровано 3,175 (68%) випадків інфікування чоловіків і 1,484 (32%) випадків інфікування жінок. Зазначене зниження було більш характерним у для групи чоловіків (-72%), ніж жінок(-54%). При цьому у 2011 році в Тернополі кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед жінок

була вищою, ніж серед чоловіків. У географічному розрізі дані випадки розподіляються нерівномірно. Максимальна кількість випадків інфікування відзначається у тих самих регіонах, в яких спостерігається найбільша кількість випадків інфікування серед СІН старшої вікової групи (див. таблицю 6). У 4 регіонах спостерігається найбільша кількість зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед СІН віком ≥ 25 років і < 25 років: Донецьк, Дніпропетровськ, місто Київ та Одеса.

Таблиця 5. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед серед дорослих та підлітків СІН, по регіонах, Україна, 2005–2011 рр.

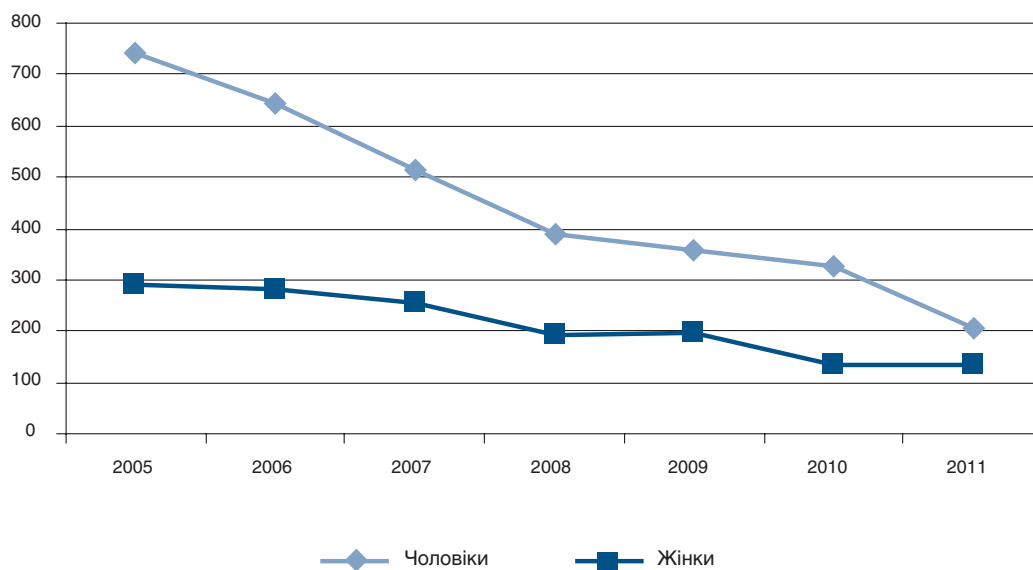
Регіон	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всього	Середньорічний рівень захворюваності
Дніпропетровськ	998	1188	1206	1316	1547	1380	1317	8948	38,1
Миколаїв	359	438	472	454	385	337	314	2759	33,1
Донецьк	1237	1506	1449	1295	1302	1345	1145	9274	29,7
Місто Севастополь	96	128	100	97	100	97	78	696	26,1
Херсон	177	231	273	234	198	150	305	1568	20,5
Одеса	503	546	478	431	475	571	400	3402	20,3
Місто Київ	537	574	591	597	498	474	526	3797	19,5
АР Крим	368	290	340	354	346	375	290	2363	17,2
Київ	124	212	232	236	231	218	243	1494	12,4
Чернігів	119	107	118	123	147	141	162	917	11,8
Черкаси	148	114	170	134	132	164	156	1018	11,2
Луганськ	282	205	204	296	207	296	199	1688	10,4
Полтава	151	137	181	153	160	139	154	1075	10,2
Запоріжжя	189	210	188	188	165	153	131	1224	9,7
Житомир	106	109	109	134	141	132	134	866	9,6
Харків	214	245	210	218	240	189	266	1582	8,2
Хмельницький	128	149	109	77	115	85	67	730	7,8
Вінниця	125	168	146	98	104	115	109	865	7,5
Львів	127	144	125	155	254	212	216	1233	6,9
Рівне	48	67	60	102	90	98	74	539	6,7
Кіровоград	48	84	64	53	43	61	72	425	6,0
Волинь	61	77	62	71	57	33	43	404	5,6
Суми	37	68	82	56	67	71	61	442	5,4
Тернопіль	38	89	61	68	43	47	63	409	5,4
Чернівці	13	13	18	19	17	17	19	116	1,8
Івано-Франківськ	37	25	37	51	46	38	40	274	2,8
Закарпаття	-	3	2	4	1	-	4	14	0,2
Разом	6270	7127	7087	7014	7111	6938	6588	48122	15,0

Діаграма 6. Кількість зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед серед дорослих та підлітків СІН з розподілом захворюваності СІН по терціях² та роках, Україна, 2005-2011 рр.



Потім нами була проаналізована в часі динаміка змін у кількості зареєстрованих випадків серед СІН молодшого віку у чотирьох регіонах з максимальним кумулятивним рівнем захворюваності, тобто в Дніпропетровську, Донецьку, Миколаєві та Одесі. У всіх чотирьох регіонах спостерігалось зниження кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції – в цілому на 62% порівняно з 2005 роком (див. діаграму 8), при цьому найбільше вказаний показник знизився в Миколаєві – на 78%.

Діаграма 7. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед СІН віком <25 років за статтю та роками, Україна, 2005–2011 рр.



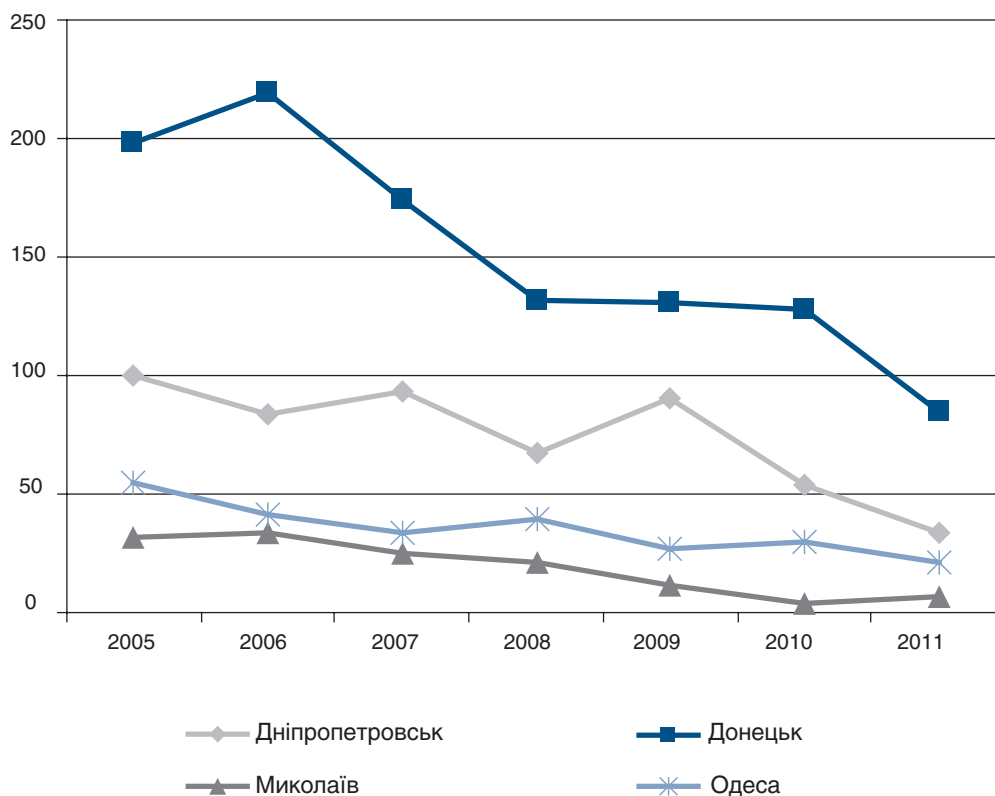
² Розподіл захворюваності СІН за терціями базується на основі даних щодо кумулятивної кількості зареєстрованих випадків ВІЛ серед СІН у 2005-2010 роках. Верхній терція: АР Крим, Дніпропетровськ, Донецьк, Київ, Миколаїв, Одеса, Херсон, місто Київ та місто Севастополь. Середній терція: Вінниця, Житомир, Запоріжжя, Луганськ, Полтава, Харків, Хмельницький, Черкаси, Чернігів. Нижній терція: Волинь, Закарпаття, Івано-Франківськ, Кіровоград, Львів, Рівне, Суми, Тернопіль, Чернівці.

Таблиця 6. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування серед СН віком <25 років по регіонах, Україна, 2005–2011 рр.

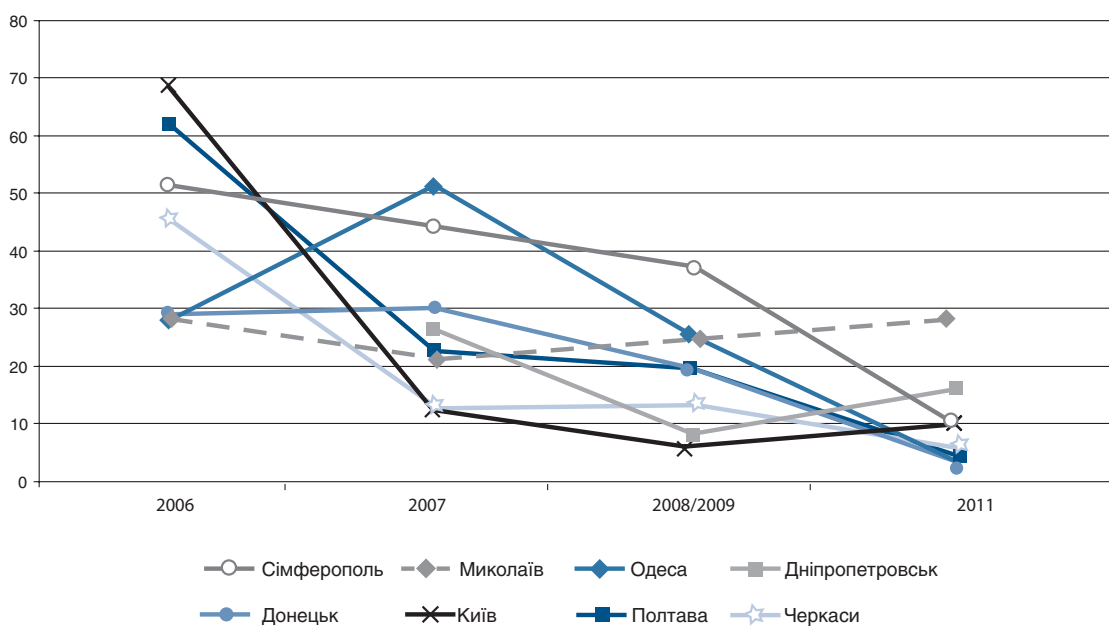
Регіон	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всього	Відсоткова зміна
Хмельницький	22	15	22	5	9	4	0	77	-100,0%
Чернівці	3	2	0	0	3	0	0	8	-100,0%
Івано-Франківськ	9	7	2	6	3	1	0	28	-100,0%
АР Крим	26	21	18	12	7	19	1	104	-96,2%
Севастополь	22	30	9	10	10	10	1	92	-95,5%
Запоріжжя	38	32	21	17	10	14	4	136	-89,5%
Київ	157	108	89	59	28	21	25	487	-84,1%
Миколаїв	32	34	25	21	12	4	7	135	-78,1%
Волинь	8	20	11	7	5	2	2	55	-75,0%
Чернігів	27	22	15	7	10	4	7	92	-74,1%
Житомир	30	21	22	14	16	13	8	124	-73,3%
Вінниця	29	27	28	16	13	14	9	136	-69,0%
Дніпропетровськ	96	84	93	67	90	54	34	518	-64,6%
Черкаси	36	16	20	7	18	5	13	115	-63,9%
Одеса	55	39	34	39	27	30	21	245	-61,8%
Луганськ	62	30	22	24	26	41	24	229	-61,3%
Рівне	25	17	14	29	15	15	10	125	-60,0%
Донецьк	196	218	173	131	131	128	85	1062	-56,6%
Харків	47	34	31	37	24	10	21	204	-55,3%
Кіровоград	13	19	9	8	6	6	6	67	-53,8%
Тернопіль	2	10	2	5	4	0	1	24	-50,0%
Львів	21	27	11	13	32	21	11	136	-47,6%
Полтава	17	19	19	11	10	9	9	94	-47,1%
Київ	34	33	38	21	20	19	19	184	-44,1%
Суми	7	21	13	6	9	7	5	68	-28,6%
Херсон	17	19	28	10	13	10	16	113	-5,9%
Закарпаття	0	0	1	0	1	0	0	2	Не встановлено
Разом	1031	925	770	582	552	461	339	4660	-67,1%

Аналогічна тенденція до зниження поширеності ВІЛ спостерігається у містах, в яких проводилися дозорні дослідження у 2006, 2007, 2008-09 та 2011 роках. Попри те, що методика формування вибірки в дослідженні 2006 року, значно відрізнялася від методики, яка застосовувалась в ході наступних досліджень, що виключає можливість прямого зіставлення результатів, поширеність ВІЛ знижувалася у 2007 – 2011 роках у семи містах України з восьми (за винятком Миколаєва) (див. діаграму 9). Впродовж зазначеного періоду часу кількість зареєстрованих випадків інфікування в Миколаєві знизилася з 34 – у 2006 році до 5 – у 2011-му.

Діаграма 8. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед СНІВ віком <25 років у регіонах з високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції, Україна, 2005–2011 рр.



Діаграма 9. Поширеність ВІЛ серед СНІВ віком <25 років у вибраних містах, Україна, 2006–2011 рр.



3. Передача ВІЛ при гетеросексуальних контактах

3.1. Зареєстровані випадки ВІЛ-інфікування серед гетеросексуалів

У 2005–2011 роках було зареєстровано 52744 випадків ВІЛ-інфікування шляхом гетеросексуальних контактів, що склало 51% випадків інфікування дорослого населення та підлітків. Середньорічний рівень захворюваності ВІЛ-інфекцією внаслідок передачі вірусу за вказаний період при гетеросексуальних контактах склав 16,4 випадків на 100000 осіб [від загальної чисельності населення].

З 52744 випадків ВІЛ-інфікування 63% становили жінки та 37% – чоловіки. Випадки інфікування гетеросексуальним шляхом були зареєстровані у всіх регіонах, при цьому найбільша їх кількість і максимальний кумулятивний рівень захворюваності за сім років спостерігалися в Миколаєві, Донецьку, Одесі, Дніпропетровську та Автономній республіці Крим, на території яких в цілому було зафіксовано 60% усіх випадків інфікування (див. таблицю 7).

Як було зазначено вище, дані щодо шляхів інфікування можуть бути неправильно класифіковані та занижені через високий рівень стигматизації ризикованих моделей поведінки, які спостерігаються у таких групах як СІН та ЧСЧ. Існує підтвердження випадків неправильної класифікації шляху передачі ВІЛ серед СІН чоловічої статі щодо яких зазначається, що інфікування відбулося внаслідок гетеросексуального контакту. При проведенні оцінки даних, отриманих у 2009 році на підставі більш ніж 4800 нещодавно зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ внаслідок гетеросексуального контакту, у 27% випадків, підтверджених наявними результатами тестування³, також виявлялися антитіла до гепатиту С, що свідчить про парентеральне інфікування вірусами, що передаються через кров. Для порівняння, 2009 року у нещодавно зареєстрованих випадках ВІЛ серед вагітних жінок спостерігався низький рівень поширеності гепатиту С (~ 3%), який у 7,6% випадків був віднесений лікарями до категорії СІН [Круглов Ю., ДУ “Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України”, особисте спілкування].

З метою вивчення генералізації процесу поширення вірусу, тобто стадії епідемії, на якій передача вірусу здійснюється особами, які не є представниками встановлених груп ризику, наприклад, таких як СІН або чоловіки-бісексуали, спочатку нами було проаналізовано [по терціях відповідно до рівня захворюваності серед СІН] кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед чоловіків і жінок, що заразилися, згідно класифікації, внаслідок гетеросексуальних контактів. Наше вихідне припущення ґрунтувалося на тому, що в разі генералізації передачі вірусу, можна очікувати, що співвідношення зареєстрованих випадків гетеросексуального інфікування ВІЛ серед осіб чоловічої і жіночої статі має бути приблизно однаковим незалежно від початкового рівня парентеральної передачі ВІЛ, як це було зафіксовано в Таїланді (Ou CY, 1993 р.). Однак, всупереч очікуванням, ми виявили значний градієнт в розподілі випадків інфікування чоловіків і жінок внаслідок гетеросексуальних контактів. При цьому найменше зміщення зазначалося в регіонах з найбільшою захворюваністю серед СІН, а найбільше – в регіоні з найменшою захворюваністю серед СІН. У верхньому терцилі СІН співвідношення випадків інфікування чоловіків і жінок внаслідок гетеросексуальних контактів становило 0,57:1; у середньому – 0,62:1 та 0,67:1 у нижньому (див. таблицю 8).

³ 51% випадків підтверджувався результатами серологічного дослідження на маркери гепатиту С; у 13,8% від загальної кількості всіх випадків (27% з 51%) були виявлені антитіла до вірусу гепатиту С.

Таблиця 7. Кількість зареєстрованих випадків та середньорічна захворюваність на ВІЛ внаслідок гетеросексуальних контактів у розрізі регіонів серед дорослих та підлітків, Україна, 2005–2011 рр.

Регіон	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всього	Середньорічний рівень захворюваності*
Миколаїв	285	418	481	501	506	540	595	3,326	39,9
Донецьк	1,191	1,456	1,628	1,924	1,957	1,939	2,080	12,175	38,9
Одеса	514	585	729	757	791	962	1,152	5,490	32,8
Дніпропетровськ	560	787	836	1,126	1,419	1,311	1,551	7,590	32,3
АР Крим	329	288	394	431	534	473	544	2,993	21,8
Севастополь	45	76	80	79	87	97	115	579	21,7
Херсон	110	194	193	254	280	301	312	1,644	21,5
Київ	93	141	233	273	295	303	382	1,720	14,3
Чернігів	33	65	96	164	193	234	226	1,011	13,0
Київ	277	330	345	393	308	346	448	2,447	12,6
Черкаси	90	143	133	153	166	199	234	1,118	12,3
Кіровоград	69	92	139	112	117	123	191	843	11,8
Луганськ	180	184	247	260	289	351	397	1,908	11,8
Запоріжжя	141	137	171	231	245	280	284	1,489	11,7
Житомир	71	87	102	133	141	226	213	973	10,8
Полтава	87	100	149	145	170	194	207	1,052	10,0
Волинь	49	64	85	106	108	110	182	704	9,7
Вінниця	91	111	137	142	153	163	197	994	8,6
Хмельницький	63	84	78	76	109	149	133	692	7,4
Суми	31	47	64	85	102	94	97	520	6,3
Харків	108	111	143	170	186	203	177	1,098	5,7
Рівне	17	14	57	64	81	101	111	445	5,5
Чернівці	33	20	35	47	55	64	67	321	5,1
Івано-Франківськ	25	26	43	91	51	104	69	409	4,2
Львів	46	60	65	90	132	164	171	728	4,1
Тернопіль	21	18	49	46	39	47	65	285	3,7
Закарпаття	25	8	20	24	27	41	45	190	2,2
Разом	4,584	5,646	6,732	7,877	8,541	9,119	10,245	52,744	16,4

* На 100000 осіб населення протягом семирічного періоду 2005–2011 рр.

Велика кількість випадків інфікування жінок внаслідок гетеросексуальних контактів значно перевищує аналогічні показники, що спостерігаються у африканських країнах з генералізованої епідемією. Наприклад, у Кенії співвідношення ВІЛ-інфікованих чоловіків і жінок, згідно з національним дослідженням, проведеним у 2007 році становило 0,76:1 (KAIS [дослідження показників щодо СНІДу у Кенії], 2007 р.).

Таблиця 8. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед гетеросексуальних чоловіків та жінок за регіональним рівнем захворюваності серед СІН, Україна, 2005–2011 рр.

Терціль СІН	Гетеросексуальні чоловіки	Гетеросексуальні жінки	Співвідношення гетеросексуальних чоловіків і гетеросексуальних жінок
Верхній	13825	24150	0,57:1
Середній	3,970	6378	0,62:1
Нижній	1776	2670	0,67:1
Всього	19,571	33,188	0,59:1

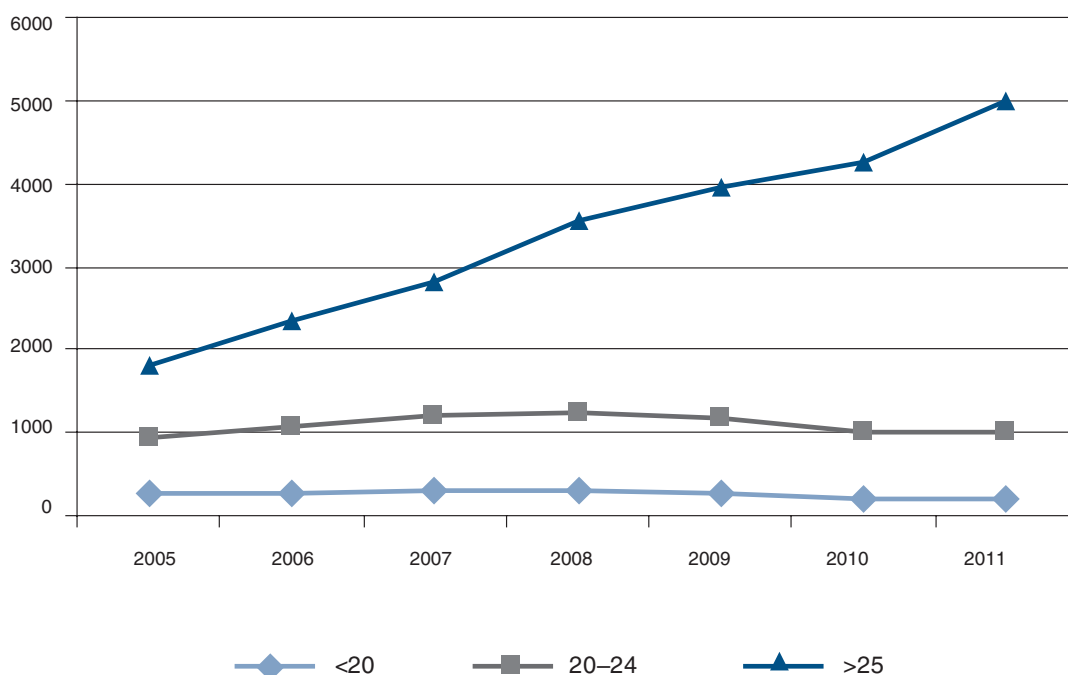
На підставі високої захворюваності гетеросексуальних жінок на ВІЛ можна припустити, що вони інфікуються від чоловіків, які або перебувають в інших групах ризику, наприклад, СІН або гетеросексуальних чоловіків, інфікування яких ще не було діагностовано і зареєстровано. Ми не схильні вважати, що випадки неправильної класифікації шляхів інфікування, тобто реєстрація жінок, які споживають ін'єкційні наркотики як таких, що були інфіковані гетеросексуальним шляхом є чисельними.

Потім ми проаналізували зареєстровані випадки інфікування гетеросексуальних жінок. З 2005 року було зареєстровано 33 188 таких випадків. З них 5% інфікованих не досягли 20-річного віку, а 28% – не виповнилося 25 років. Знову використовуючи дані щодо молодих ВІЛ-інфікованих осіб як оцінку нещодавнього інфікування ми встановили, що кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у країні поступово знижувалась у віковій групі осіб молодших 20 років і зменшувалась з 2008 року у віковій групі 20–24-річних пацієнтів, в той час як аналогічний показник серед жінок ≥ 25 років з 2005 року виріс щонайменше вдвічі (див. діаграму 10). Зазначені тенденції до зниження особливо явно спостерігаються у регіонах, в яких, згідно зі статистикою зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, відзначається найвищий кумулятивний рівень захворюваності серед СІН (див. діаграму 11).

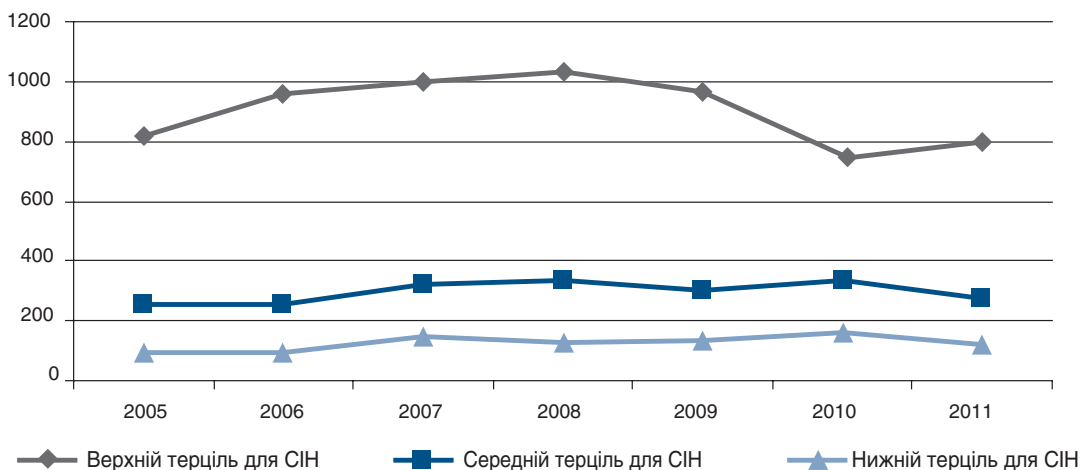
З метою подальшого вивчення зниження зазначених показників ми проаналізували динаміку зміни в рівнях захворюваності серед гетеросексуальних жінок молодших 25 років у дев'яти регіонах, на території яких відзначається максимальний кумулятивний рівень захворюваності ВІЛ-інфекцією серед СІН в період з 2005 по 2011 роки (Автономна Республіка Крим, Дніпропетровськ, Донецьк, Київська область, Миколаїв, Одеса, Херсон, місто Київ та місто Севастополь). За останні п'ять років з 2007 року в зазначених регіонах кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед жінок у віці до 25 років знизилася на 20%. При цьому найбільше зниження було зафіксовано на Київщині (50%), Миколаєві (36%) та місті Києві (35%) (див. таблицю 9, діаграму 12). Ми припускаємо, що зниження вказаних показників пов'язане зі зниженням передачі вірусу серед СІН, як видно з діаграми 8 та 9.

Також ми вивчили ситуацію в дев'яти регіонах, в яких спостерігається найменша захворюваність ВІЛ-інфекцією серед СІН з метою оцінки поширеності передачі вірусу при гетеросексуальних контактах особами, що не входять до групи СІН. Дев'ять регіонів з найменшим кумулятивним рівнем захворюваності СІН ВІЛ-інфекцією в період з 2005 по 2011 роки включають: Волинь, Закарпаття, Івано-Франківськ, Кіровоград, Львів, Рівне, Суми, Тернопіль та Чернівці. Ми проаналізували динаміку зміни кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування при гетеросексуальних контактах у двох групах: чоловіки < 25 років та жінки < 25 років (див. діаграму 13). Упродовж зазначеного періоду було зареєстровано 877 випадків інфікування жінок та 202 випадки інфікування чоловіків унаслідок гетеросексуальних контактів, тобто кількість зареєстрованих випадків інфікування жінок більш ніж в 4 рази перевершує аналогічний показник для чоловіків.

Діаграма 10. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування жінок унаслідок гетеросексуальних контактів за віковими групами, Україна, 2005–2011 рр.



Діаграма 11. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування жінок <25 років внаслідок гетеросексуальних контактів по терцільях щодо захворюваності СІН, Україна, 2005–2011 рр.



Наприклад, у Волинській області, де спостерігається максимальна кількість випадків інфікування серед чоловіків і жінок цієї категорії віком до 25 років, у 2005–2011 рр. було зареєстровано 37 випадків інфікування чоловіків <25 років та 94 випадки інфікування чоловіків <30 років, при цьому було зафіксовано 96 випадків інфікування серед жінок <25 років та 174 випадки – серед жінок <30 років. Це може бути зумовлено трьома причинами: (1) відносно низьким рівнем поширення вірусу внаслідок гетеросексуальних контактів за рахунок інфікованих, які не входять до групи СІН (що підтверджується невеликою кількістю чоловіків, інфікованих при гетеросексуальних контактах), (2) передачею вірусу жінкам від інфікованих, які не

входять до групи споживачів ін'єкційних наркотиків і гетеросексуальних чоловіків або (3) отримані результати є штучним наслідком існуючої системи епіднагляду, яка дозволяє ефективно виявляти інфікованих жінок, але яка є неефективною для визначення інфікованих чоловіків. В Україні практика застосування високоефективних методів контрацепції не набула широкого розповсюдження (згідно з результатами медико-демографічних досліджень за 2007 р.), отож інфіковані ВІЛ внаслідок незахищеного сексу жінки з великою ймовірністю можуть завагітніти та бути виявленими як ВІЛ інфіковані у рамках антенатального [допологового] клінічного скринінгу. Аналогічної системи виявлення ВІЛ-інфекції серед гетеросексуальних чоловіків нема, тому вельми очевидно, що діагностичні заходи у необхідному обсязі не проводяться і відповідна статистика з виявлення ВІЛ-інфекції в групі гетеросексуальних чоловіків, які не вживають ін'єкційні наркотики, занижена.

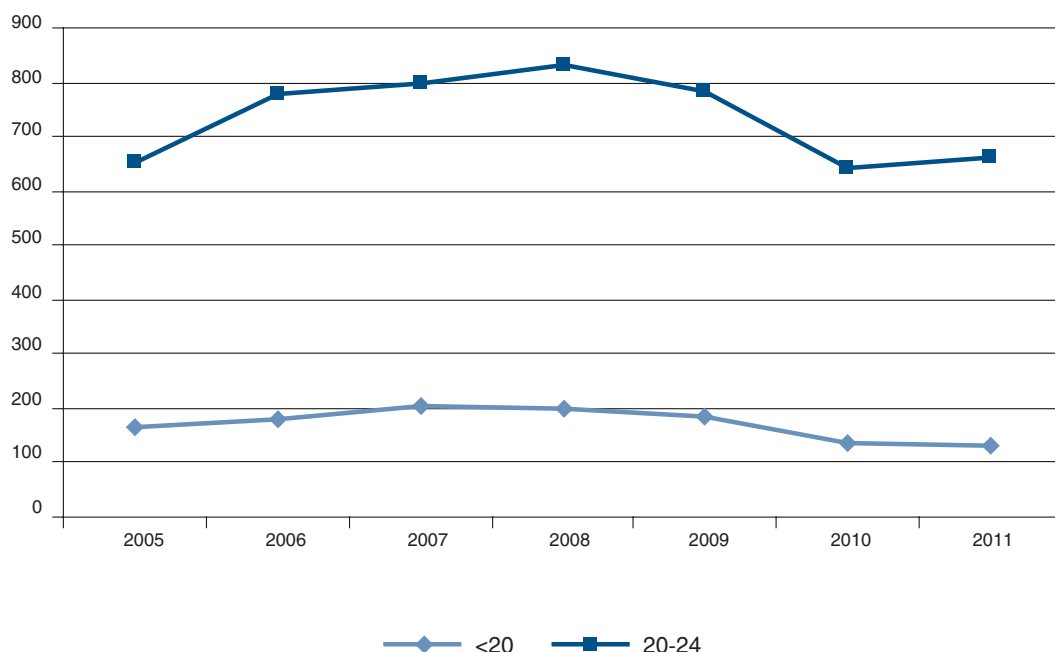
Таблиця 9. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування жінок внаслідок гетеросексуальних контактів за віковими групами та регіонами серед дорослих та підлітків, верхній терціль розподілу захворюваності серед СН, Україна, 2005–2011 рр.

	Вікова група	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
АР Крим	<20	18	10	7	12	8	5	7
	20–24	57	55	65	50	76	50	45
Дніпропетровськ	<20	35	29	37	46	40	26	26
	20–24	109	148	140	174	173	130	139
Донецьк	<20	62	68	63	61	40	41	36
	20–24	221	253	253	254	238	202	173
Київ	<20	5	13	14	13	14	7	9
	20–24	33	36	73	48	59	46	48
Миколаїв	<20	11	10	14	9	12	8	11
	20–24	34	73	72	79	61	43	59
Одеса	<20	24	23	40	43	50	33	26
	20–24	122	113	108	109	111	17	111
Херсон	<20	5	14	12	9	14	13	8
	20–24	26	29	37	36	51	31	31
Місто Київ	<20	15	7	10	9	5	1	5
	20–24	72	80	75	90	52	43	48
Місто Севастополь	<20	4	7	4	6	3	4	3
	20–24	13	16	11	12	11	13	10
Проміжний підсумок	<20	179	181	201	208	186	138	131
	20–24	687	803	834	852	832	575	664

Також ймовірно отримання заниженої оцінки загальної кількості [пулу] інфікованих чоловіків, які не вживають ін'єкційні наркотики. Врівноважує наведену статистику неправильна класифікація СН у категорії інфікованих ВІЛ-інфекцією внаслідок гетеросексуальних контактів, що можливо призводить до завищеної оцінки розміру пулу ВІЛ-інфікованих гетеросексуальних чоловіків, які не вживають ін'єкційні наркотики. Таким чином, хоча кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування гетеросексуальних чоловіків не може бути надійним критерієм оцінки реальної кількості інфікованих розмір пулу, як і раніше, залишається недостатньо великим відносно кількості ВІЛ-інфікованих жінок, які не вживають ін'єкційні наркотики. Якби поширення ВІЛ-інфекції відбувалося в умовах генералізованої епідемії

внаслідок гетеросексуальних контактів, то ми могли б припустити, що співвідношення випадків інфікування чоловіків і жінок приблизно складатиме 0,76:1. Тому ми вважаємо, що різниця в кількості інфікованих чоловіків і жінок говорить про те, що тенденція, яка спостерігається, може значною мірою пояснюватися більшою ймовірністю інфікування шляхом гетеросексуальних контактів з СІН, ніж з чоловіками, які були інфіковані при гетеросексуальних контактах.

Діаграма 12. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування жінок <25 років внаслідок гетеросексуальних контактів за віковими групами, верхній терціль розподілу захворюваності серед СІН, Україна, 2005–2011 рр.

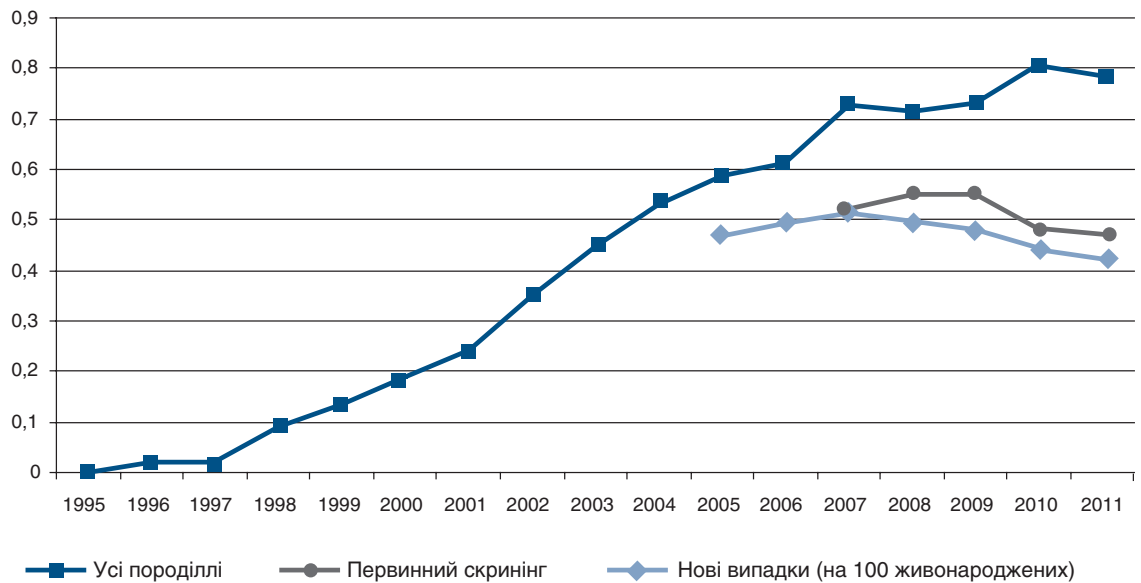


3.2. Динаміка поширеності ВІЛ

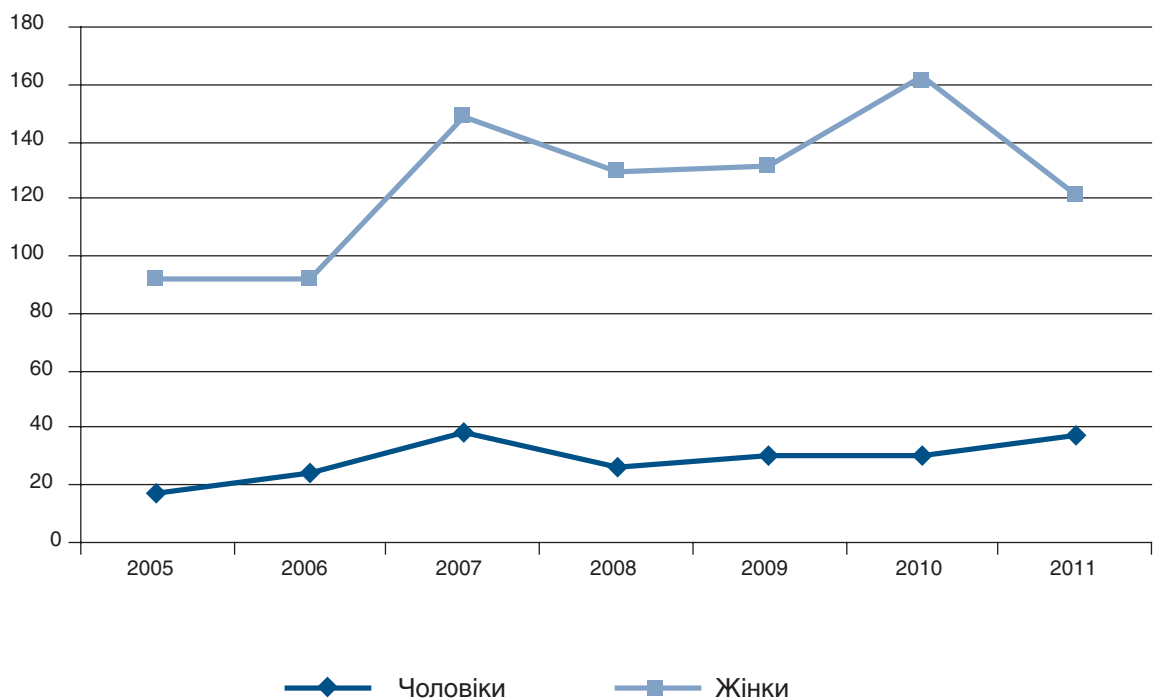
3.2.1. Динаміка поширеності ВІЛ серед вагітних жінок

Поширеність ВІЛ серед усіх жінок, які народили дитину (включаючи тих, хто були виявлені до настання вагітності) продовжувала стрімко зростати з 0,59% в 2005 році до 0,71% в 2007, а потім зростала повільніше до 0,8% в 2011 році. (див. діаграму 13). Нами також аналізувалася динаміка зміни кількості нещодавно діагностованих випадків ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок в Україні за той же період часу. В Україні у проведенні антенатального клінічного (АНК) скринінгу не беруть участь жінки, які вже стоять на обліку з приводу ВІЛ-інфекції, при цьому зазначена програма охоплює майже 100% вагітних жінок, які збираються народжувати, і значну частину вагітних жінок, які готуються до абортів. Ця скринінгова програма забезпечує репрезентативну оцінку рівня поширеності не діагностованих випадків ВІЛ-інфекції серед дорослого населення жіночої статі і більш молодих вікових груп і може використовуватися для репрезентативної оцінки рівня захворюваності в умовах обмеженого часу контакту з вірусом та високої кореляції між контактом з вірусом імунодефіциту людини у разі сексуальної близькості та вагітністю серед населення, що має обмежений доступ до засобів гормональної та внутрішньоматкової контрацепції (згідно з результатами медико-демографічних досліджень в Україні за 2007 р.).

Діаграма 13. Поширеність ВІЛ серед породіль та вагітних за результатами первинного скринінгу та нові випадки ВІЛ серед вагітних на 100 живонароджених, Україна, 1995–2011 рр.



Діаграма 14. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування внаслідок гетеросексуальних контактів за статтю, нижній терціль розподілу захворюваності серед СІН, Україна, 2005–2011 рр.

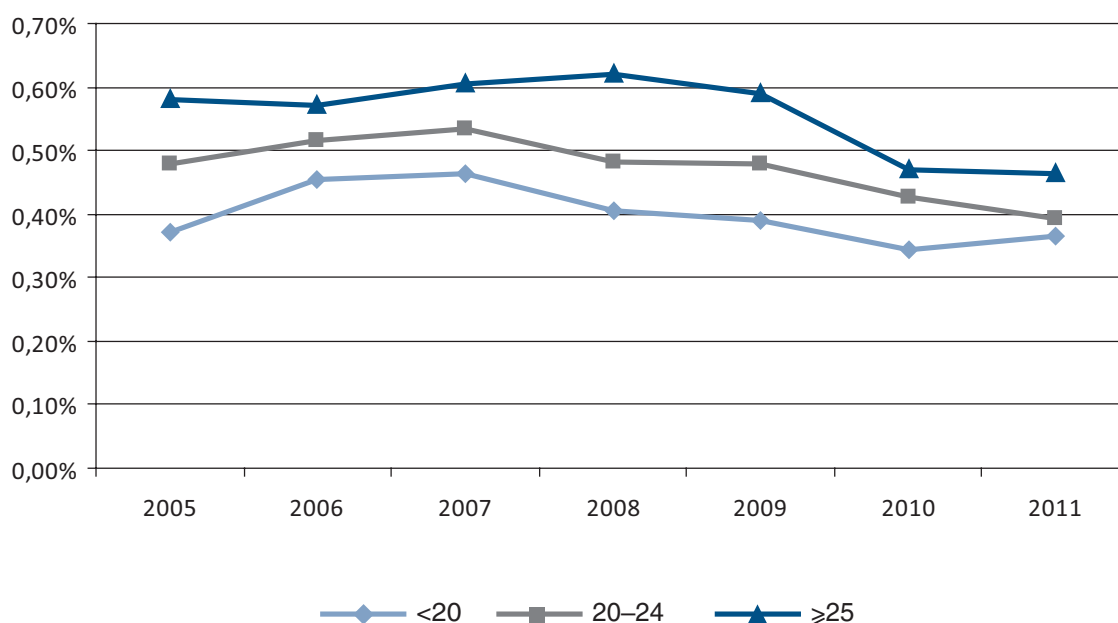


Поширеність ВІЛ серед вагітних з вперше в житті встановленим діагнозом становила 0,52% в 2007 році, 0,55% в 2008 та 2009 роках, а потім знизилася до 0,47% в 2011 році. У загальних даних з антенатального скринінгу відсутня інформація про вік обстежуваних. При цьому ці відомості можна отримати у базі реєстраційних даних при виявленні ВІЛ-інфекції у вагітних жінок, включаючи дані, що надаються практично по всіх нещодавно діагностованих випадках інфікування серед жінок, які готуються стати матерями. Однак відсутні дані щодо кількості обстежуваних жінок за віком майбутньої матері. З метою визначення чисельності групи нами використовувалася кількість живонароджених дітей за відповідний рік у розрізі даних за віком матері та регіоном проживання.

Загальна поширеність ВІЛ у цій групі відповідала її поширеності у загальній популяції при антенатальному скринінгу.

Протягом зазначеного періоду у 2005–2011 роках було зареєстровано 16077 нових випадків ВІЛ-інфікування серед вагітних жінок. У разі використання кількості народжених дітей для визначення чисельності групи, поширеність ВІЛ серед жінок віком <20 і ≥ 25 років протягом 2008–2010 років знижувалася, а серед жінок віком 20–24 років знижувалась після 2007 року та серед жінок < 25 після 2009 року (див. діаграму 15).

Діаграма 15. Кількість нових випадків ВІЛ, зареєстрованих серед вагітних жінок, на 100 живонароджених дітей за віковими групами, Україна, 2005–2011 рр.*



* Згідно з даними, розміщеними на веб-сайті Всеукраїнського перепису населення (база даних та звіти).

Кількість випадків ВІЛ-інфекції, виявлених на початку обстеження при проведенні загального скринінгу всіх вагітних жінок, позитивний ВІЛ-статус яких ще не зареєстрований, продовжувала знижуватися з 0,55% у 2009 році до 0,47% у 2011 році, підтверджуючи ймовірність подальшого зниження зазначеного показника у молодших вікових групах, аналогічно тенденції, що спостерігається у групі вагітних жінок з нещодавно встановленим позитивним ВІЛ-статусом.

Незважаючи на те, що зменшення випадків інфікування і зниження поширеності серед більш молодих жінок є досить позитивною зміною, динаміка, яка спостерігається, не дає відповіді на питання, чи були зазначені жінки інфіковані внаслідок контакту з представниками відомих груп ризику, такими як СІН, або ж внаслідок контакту з особами, які самі були інфіковані статевим шляхом. Останній сценарій говорить про ендемічну передачу вірусу імунodefіциту людини шляхом сексуальних контактів, яка в довгостроковій перспективі може стійко зберігатися або ні.

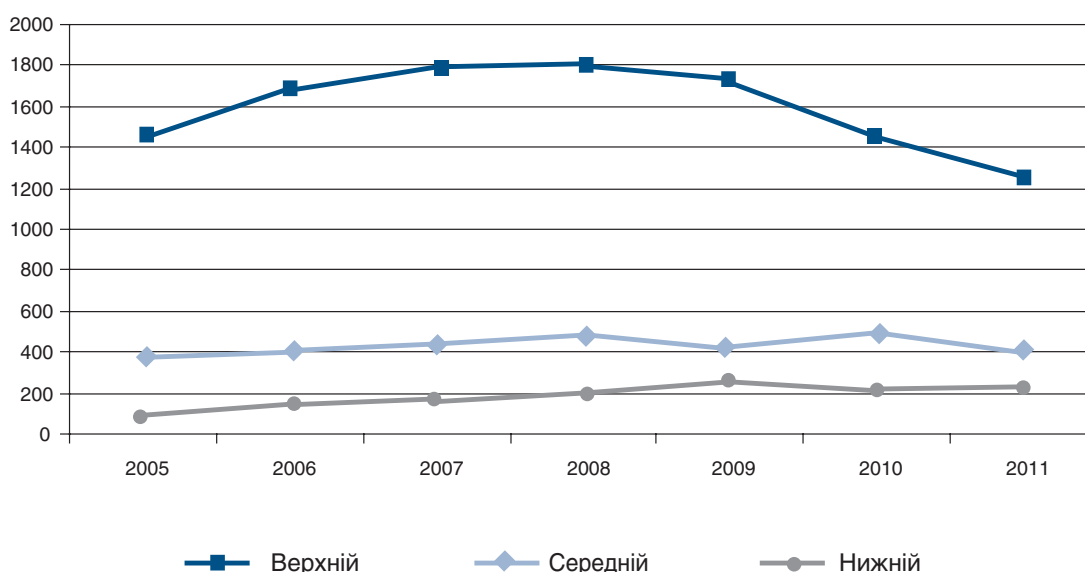
Оскільки скринінг вагітних практично досконалим, кількість виявлених випадків інфікування серед молодих жінок має відображати кількість вагітностей [на 100 жінок] та рівень передачі ВІЛ. Кількість народжених дітей зросла майже на 20% протягом 2005–2008 рр., досягнувши піку в 2008–2009, а потім зменшилась на ~2% у 2011 році, в той час як кількість нових випадків ВІЛ серед вагітних зросла до 27% у 2005–2008 роках, а потім зменшилась на 12% у 2009–2011 роках. Шляхом екстраполяції цього приросту можна пояснити більше половини нещодавно виявлених випадків ВІЛ-інфікування серед вагітних жінок [в абсолютному вираженні]. Пропорційне зниження в кількості зареєстрованих випадків з 2009 року набагато перевищило зниження народжуваності. Рівень передачі ВІЛ серед молодих жінок буде відображати рівень передачі ВІЛ-інфекції серед СІН (тобто серед жінок, які є СІН), рівень передачі вірусу від СІН шляхом сексуальних контактів та рівень передачі вірусу шляхом сексуальних контактів від осіб, які не є СІН.

Кількість нещодавно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування серед вагітних жінок, інфікованих згідно поданої інформації внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків, стійко знижувалась з 302 (15%) у 2005 році до 151 (6,9%) у 2011 році. Низький рівень передачі ВІЛ серед СІН підтверджується результатами епіднадзора за гепатитом С у рамках програми [антенатальних] клінічних досліджень. Серед нещодавно виявлених випадків ВІЛ серед вагітних жінок у 2009 році спостерігався низький рівень поширеності гепатиту С (~ 3%); 7,6% таких випадків були віднесені лікарями до категорії СІН [Круглов Ю., Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, особиста розмова].

На підставі наявної на теперішній момент інформації відповісти на питання, чи були жінки, які не вживають ін'єкційних наркотиків, інфіковані особами, які зараз або у минулому були СІН, або які самі були інфіковані ВІЛ внаслідок гетеросексуального контакту (що, отже, підтверджувало б гіпотезу щодо генералізації передачі вірусу), видається складним. Проте, зниження кількості нещодавно виявлених випадків ВІЛ серед молодих вагітних жінок, яке спостерігається [в абсолютному вираженні] останнім часом, свідчить про зниження загального рівня передачі вірусу статевим шляхом серед жінок більш молодшої вікової групи. В той же час це може відображати зниження статевої передачі ВІЛ від СІН та незначне збільшення випадків передачі ВІЛ від сексуальних партнерів, які не споживають ін'єкційні наркотики.

Як було вказано при описі проведеного нами аналізу зареєстрованих випадків інфікування, одним із можливих підходів до розгляду проблеми є вивчення в різних регіонах України нещодавно виявлених в антенатальний та інтранатальний періоди випадків інфікування. Жінки, які проживають у регіонах, де спостерігається вищий рівень захворюваності ВІЛ-інфекцією серед СІН, можуть з більшою ймовірністю інфікуватися від СІН, аніж жінки, які живуть у регіонах з малою чисельністю СІН. При аналізі по терцілях середньорічної захворюваності серед СІН у 2005–2011 роках, нами була вивчена динаміка щодо кількості зареєстрованих випадків та поширеності ВІЛ серед вагітних жінок. Результати зазначеного аналізу показані на діаграмах 16 та 17.

Діаграма 16. Кількість нових випадків ВІЛ, зареєстрованих серед вагітних жінок по терціях щодо захворюваності СІН, Україна, 2005–2011 рр.



* Згідно з даними, розміщеними на веб-сайті Всеукраїнського перепису населення

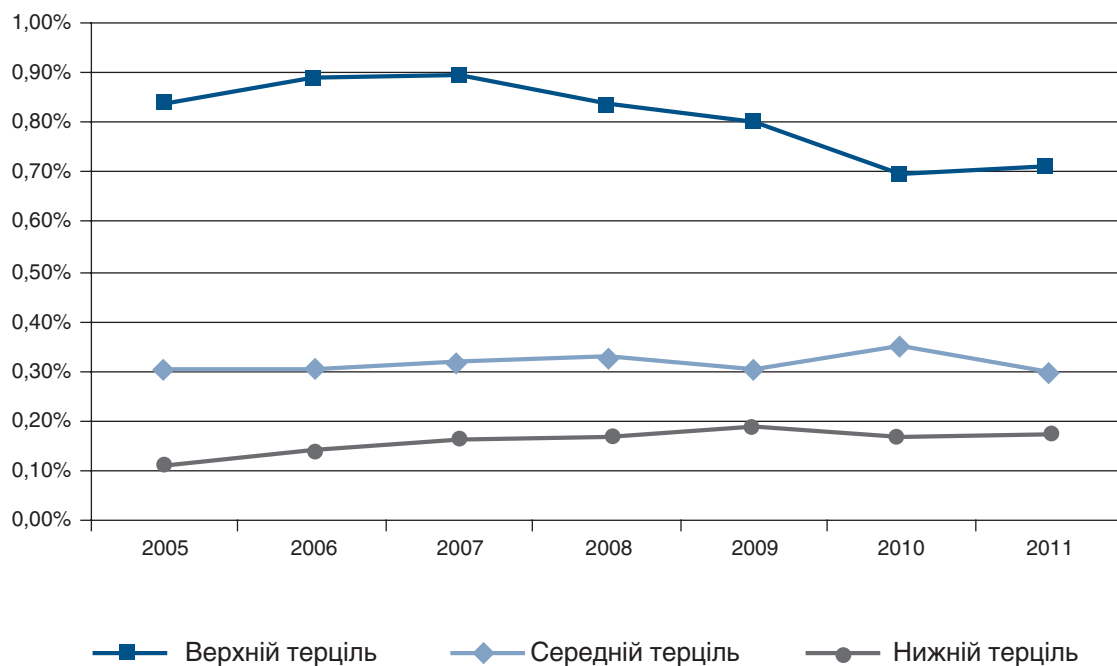
Як видно з діаграми кількість випадків захворювання та поширеність ВІЛ серед вагітних жінок у регіонах, що увійшли до верхнього терцілю, зростала у період з 2005 по 2007 роки, а потім знижувалася у 2008 та 2009 роках. Рівень поширеності ВІЛ серед жінок у регіонах, що увійшли до нижнього терцілю, більш-менш стабільно зростав з 2005 року.

Ми також можемо проаналізувати зазначені зв'язки у групі молодих жінок, які з великою ймовірністю перебувають у гострій стадії ВІЛ-інфекції. Хоча загальний рівень захворюваності серед жінок віком 25 років та старших знижується тільки з 2008 року, серед жінок молодших 25 років захворюваність стійко знижується з 2007 року (як показано на діаграмі 15).

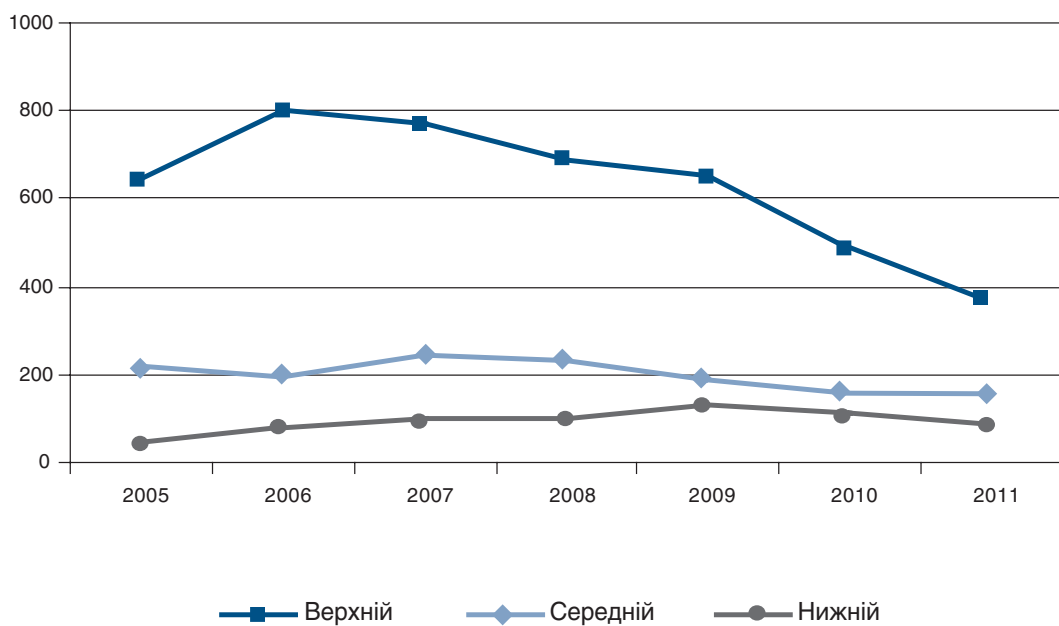
Ця тенденція переважає серед молодих вагітних жінок, які мешкають у регіонах, що увійшли до верхнього терцілю середньорічної захворюваності згідно зареєстрованим випадкам ВІЛ-інфекції серед СІН у 2005–2011 роках, в яких спостерігається виражене зниження зазначеного показника з 2006 року. Кількість зареєстрованих випадків захворювання серед вагітних жінок більш молодшої вікової групи у середньому терцілі стала знижуватися більш помірно через 12 місяців у 2007 році, а кількість зареєстрованих випадків захворювання серед вагітних жінок у нижньому терцілі почала знижуватися лише у 2009 році (див. діаграму 18). Поширеність ВІЛ серед нещодавно зареєстрованих випадків за результатами первинного скринингу у верхньому терцілі знижується, в середньому – вирівнюється, а в нижньому терцілі як і раніше зростає (на відміну від кількості випадків захворювання) (див. діаграму 19).

Знову слід зазначити, що у разі виявлення вірусу в ході до пологового обстеження [антенатального клінічного скринінгу], практично неможливо визначити, чи були жінки інфіковані від партнерів, які є або не є СІН. Більш високий рівень захворюваності серед жінок, що проживають в регіонах, що увійшли до верхнього терцілю, має бути пов'язана якоюсь мірою з вживанням ін'єкційних наркотиків. Однак у регіонах, відповідних нижньому терцілю, тенденції, які спостерігаються, можуть тлумачитися по-різному. Перший варіант: поширення ВІЛ-інфекції контролюється не так ефективно, як у регіонах верхнього та середнього терцілях, і таким чином на сьогодні має місце безперервна передача вірусу від СІН.

Діаграма 17. Кількість нових випадків ВІЛ, зареєстрованих серед вагітних жінок, на 100 живонароджених дітей по терціях щодо захворюваності СІН, Україна, 2005–2009 рр.

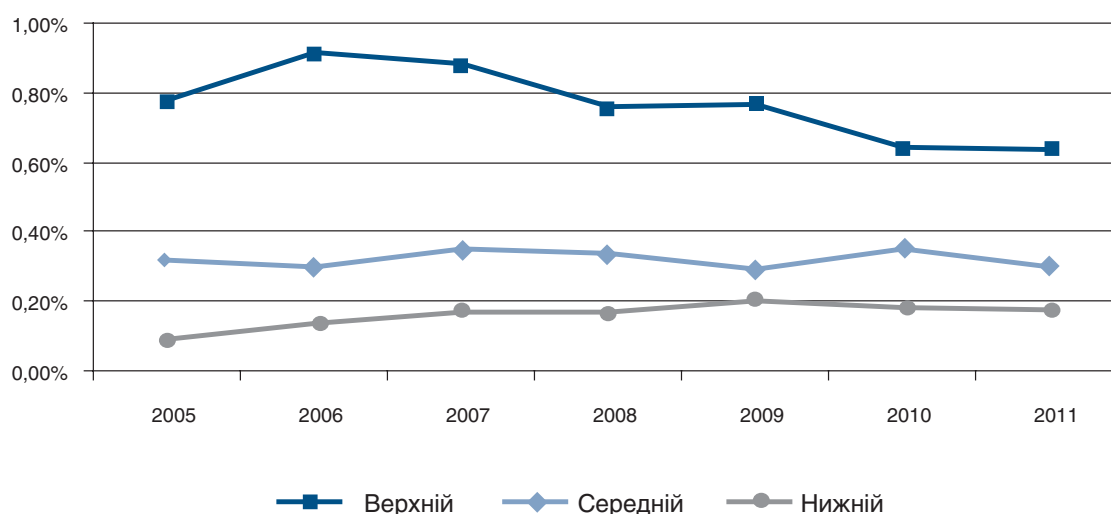


Діаграма 18. Кількість нових випадків ВІЛ, зареєстрованих серед вагітних жінок молодших 25 років з розбивкою по терціях щодо захворюваності СІН, Україна, 2005–2011 рр.



Другий варіант: оскільки в зазначених регіонах спостерігається невелика кількість випадків інфікування СІН, ця динаміка підтверджує дійсність передачі вірусу гетеро сексуальним шляхом. З різних причин ми вважаємо, що перше пояснення більш ймовірне. По-перше, кількість зареєстрованих випадків зараження інфікування СІН чоловічої статі у зазначених регіонах досить істотна. З 2005 по 2011 роки у терцілі з найменшою захворюваністю СІН було зареєстровано 387 випадків інфікування СІН чоловічої статі віком менше 25 років, при цьому приблизно половина від загальної кількості випадків була зафіксована у середньому терцілі. З 2005 по 2011 роки у нижньому терцілі за рівнем захворюваності за допомогою антенатальних клінік було виявлено 672 випадки ВІЛ-інфекції серед жінок віком м менше 25 років, при цьому у тому ж терцілі серед вікової групи молодше 25 років було виявлено всього лише 203 випадки інфікування чоловіків, передача вірусу яким, згідно з їх заявами, сталася внаслідок гетеросексуальних контактів. Як зазначалося раніше, з урахуванням можливої більшої кількості випадків неправильної класифікації випадків ВІЛ серед чоловіків, які, насправді є СІН, але заносяться у категорію інфікованих внаслідок гетеросексуальних контактів, а також безперечно значної кількості у цій категорії невиявлених випадків інфікування і заниженої статистики, у цій віковій групі можна припускати співвідношення за статевою належністю практично на рівні 1:1.

Діаграма 19. Рівень поширеності нових випадків ВІЛ-інфекції серед усіх породіль молодших 25 років з розбивкою по терцілях щодо захворюваності СІН, Україна, 2005–2011 рр.



Іншими словами, кількість випадків інфікування серед молодих СІН чоловічої статі (як зареєстрованих як СІН, так і таких, які потрапляють у категорію гетеросексуалів через неправильну класифікацію) може пояснити інфікування практично у всіх випадках ВІЛ серед у жінок, виявлених за допомогою антенатальних клінік. Також це підтверджується результатами опитування сексуальних партнерів СІН, проведеного у 2009 році (Погоріла, 2009 р.), згідно з яким СІН зазвичай трохи старші своїх сексуальних партнерів (46% СІН мали більше 35 років у порівнянні із 40% їхніх сексуальних партнерів). Ми переконані, що ці тенденції є більш пов'язаними з передачею ВІЛ сексуальним шляхом від чоловіків СІН ніж з гетеросексуальним способом передачі від чоловіків, які не є СІН.

Це також можна прослідкувати в даних, наведених в таблиці 10, які свідчать, що кількість зареєстрованих випадків серед чоловіків СІН в цих областях набагато більша порівняно із жінками, в яких було виявлено ВІЛ під час вагітності або поло-гів. Виключення становлять Закарпаття та Кіровоград.

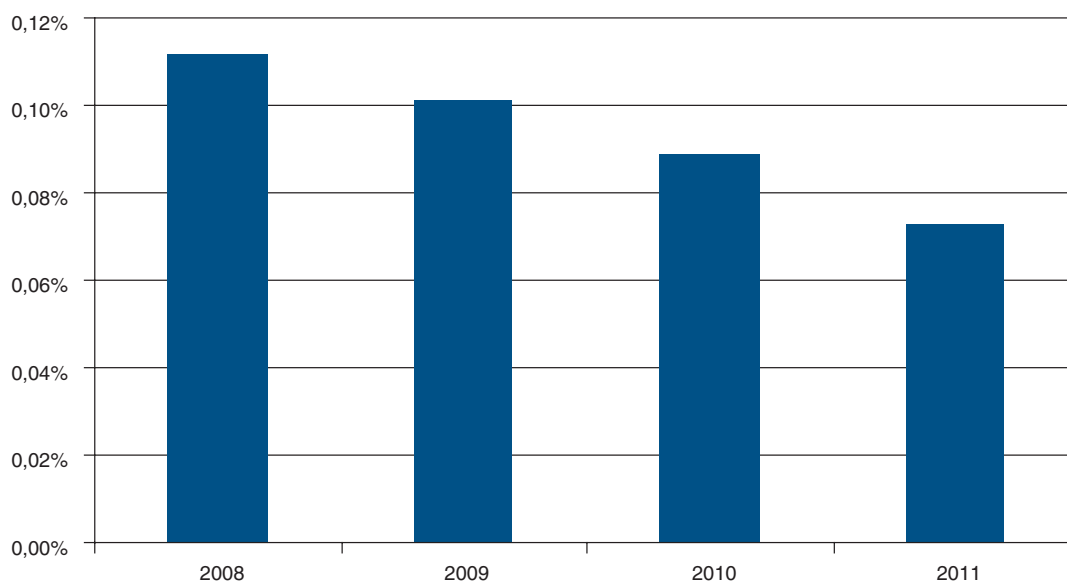
Цікаво відзначити особливість характеру розвитку епідеміологічної ситуації з ВІЛ серед гетеросексуальних чоловіків на Закарпатті, де чоловіки виїжджають у східні регіони в пошуках роботи, інфікуються там, імовірно від працівниць комерційного сексу, і повертаються додому з ВІЛ-інфекцією. Незважаючи на це, у 2005–2011 роках у цій групі регіонів, відповідних нижньому терцілю серед чоловіків СІН випадки інфікування спостерігаються, в цілому, більш ніж у два рази частіше, ніж серед жінок, ВІЛ-статус яких виявляється на стадії вагітності або при пологах.,

Це не суперечить відповідним тенденціям, які спостерігаються у терціях із середнім і високим рівнями захворюваності, де виявлена кількість випадків інфікування чоловіків СІН приблизно у три рази перевершує кількість виявлених випадків ВІЛ серед жінок на стадії вагітності або при пологах.

Додаткові дані, що підтверджують низький рівень поширення ВІЛ серед чоловіків молодшого віку, отримані при обстеженні призовників (див. діаграму 20). Масові перевірки на ВІЛ-інфекцію серед призовників строкової служби проводяться з 2008 року, і, згідно з інформацією за 2011 рік, серед 265098 обстежених призовників кількість ВІЛ-інфікованих становила 235 осіб (0,09%). Для правильної оцінки зазначених відомостей потрібне проведення додаткового аналізу (наприклад, вивчення поширеності ВІЛ по регіонах, а також отримання додаткової інформації щодо інфікованих призовників, у разі її наявності, щоб можна було провести подальшу класифікацію і більш глибоке дослідження поведінкових особливостей цієї групи). При опитуванні, яке проводилося у 2007 році, 1,5% учасників підтвердили, що колись пробували ін'єкційні наркотики, а 11 осіб (0,4%) вживали їх протягом минулого місяця; це свідчить про те, що інфікування, принаймні, частини призовників могло бути пов'язане з вживанням ін'єкційних наркотиків. Розглянуті в сукупності, зазначені дані підтверджують дуже низький рівень передачі вірусу статевим шляхом серед молодих людей допризовного віку, що свідчить проти версії генералізації передачі вірусу імунodefіциту людини статевим шляхом.

Таблиця 10. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед СІН чоловічої статі та гетеросексуалів і випадки ВІЛ-інфекції серед жінок по областях, нижній терціль за рівнем захворюваності СІН, Україна, 2005–2011 рр.

	Виявлені випадки інфікування серед вагітних жінок	Випадки інфікування серед СІН чоловічої статі	Вагітні жінки/СІН чоловічої статі
Закарпаття	59	10	5,90
Тернопіль	72	205	0,35
Чернівці	82	83	0,99
Івано-Франківськ	86	230	0,37
Рівне	159	470	0,34
Суми	181	380	0,48
Волинь	175	325	0,54
Львів	320	1055	0,30
Кіровоград	380	357	1,06
Всього	1514	3115	0,49

Діаграма 20. Рівень інфікування серед призовників строкової служби, Україна, 2008–2011 рр.

3.2.2. Динаміка поширеності ВІЛ серед жінок комерційного сексу

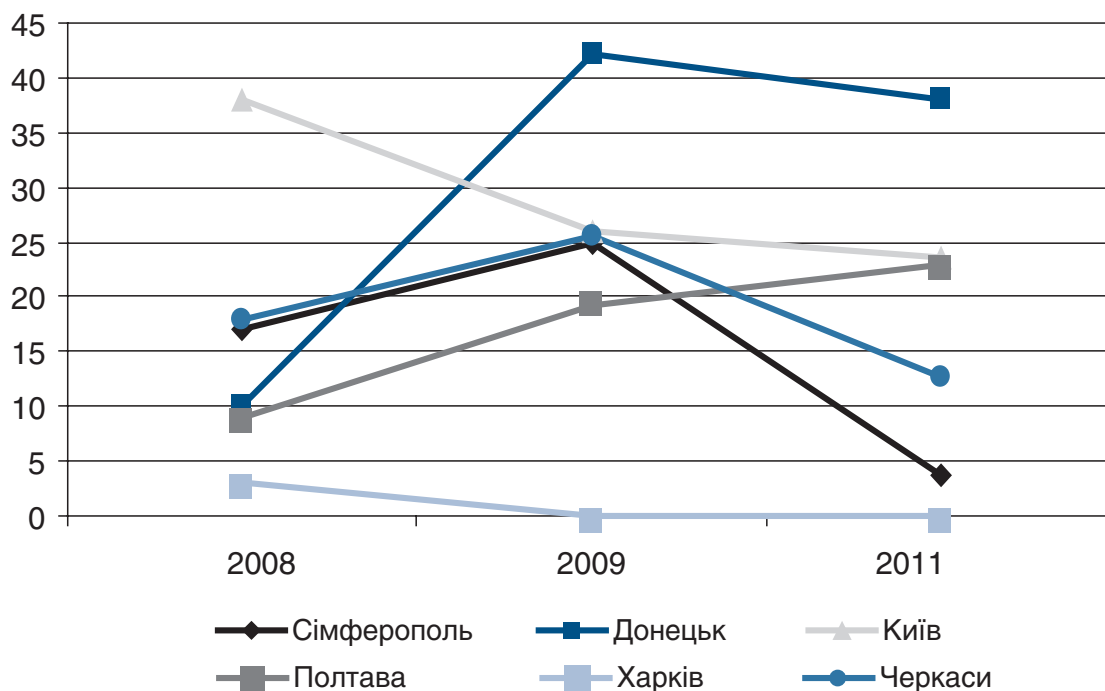
У період 2008–2009 рр. кількість жінок комерційного сексу (ЖКС), які мешкають на території України, ймовірно становила від 65000 до 93000 осіб [Берлева, 2010 р.]. Три області з максимальною чисельністю ЖКС згідно з даними оцінки, це Донецьк (10700 осіб), Дніпропетровськ (9800 осіб) та Одеса (7100 осіб). У 2011 році приблизно 10% ЖКС були інфіковані ВІЛ, при цьому найвищий рівень поширеності ВІЛ спостерігався у Донецьку у Донецьку (43% – 95% СІ 34% – 53%), за яким йшли Полтава (27% – 95% СІ 20% – 33%), та Київ (24% – 95% СІ 18% – 31%). Методи формування вибірки, які використовувалася під час опитувань 2007 і 2008 років, відрізнялася від методів, застосованих у 2010 і 2011 роках (див. таблицю 11).

Загальний показник поширеності ВІЛ серед ЖКС по країні знизився з 17% у 2008 році до 10% у 2011 році. Також для порівняння можна використати дані досліджень по шести містах за 2008 рік (RDS, вибірка, що направляється та реалізується респондентами), 2009 рік (TLS, вибірка за часом і місцем) і 2011 рік (RDS та TLSi). Рівень поширеності ВІЛ-інфекції скоротився у двох містах (Київ та Харків), зріс у Полтаві, а у трьох містах спостерігалися змішані результати (Сімферополь, Донецьк та Черкаси) (див. діаграму 21). Однак відмінності у застосованій методології не дозволяють проводити коректне зіставлення результатів та робити однозначні висновки з приводу динаміки поширеності ВІЛ-інфекції.

Таблиця 11. Поширеність ВІЛ серед ЖКС по містах та типу вибірки, ЖКС, Україна, 2007–2011 рр.

Місто (і регіон)	2007	2008	2009	2011
	Вибірка за методом снігової кулі (ВІЛ-статус згідно власної інформації)	Вибірка, яка спрямовується респондентами (RDS)	Вибірка за часом та місцем, RDS	Вибірка за часом та місцем, RDS
Сімферополь (АР Крим)	20%	17%	25%	4%
Вінниця			11%	2%
Луцьк (Волинь)	3%	13%		5%
Дніпропетровськ	5%	14%		10%
Донецьк	21%	10%	42%	45%
Житомир			10%	5%
Ужгород (Закарпаття)			0%	0,0%
Запоріжжя			4%	5%
Івано-Франківськ			7%	10%
Київ	10%	41%	26%	24%
Кіровоград		17%		14%
Луганськ		0%		0%
Львів		9%		6%
Миколаїв	30%	24%		7%
Одеса	14%	17%		14%
Полтава	5%	38%	19%	27%
Рівне			9%	5%
Суми	0%	17%		1%
Тернопіль			5%	2%
Харків	20%	3%	0%	0%
Херсон	6%	11%		9%
Хмельницький		18%		19%
Черкаси	28%	18%	26%	14%
Чернівці			0%	2%
Чернігів			0%	1%
Всього		17%	13%	10%*

* Дані 2011 року включають всіх опитаних ЖКС (Київський міжнародний інститут соціології, 2012). Дані щодо поширеності ВІЛ серед ЖКС на рівні 9%, зазначені у Гармонізованому звіті України про досягнутий прогресу здійсненні національних заходів відповідь на епідемію СНІДу у 2012 році не включають ЖКС, які зазначили, що вживали наркотики ін'єкційним шляхом впродовж 30 днів. [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce-UA_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce-UA_Narrative_Report[1].pdf)

Діаграма 21. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС по містах, Україна, 2008–2011 рр.**Таблиця 12. Поширеність ВІЛ-інфекції серед жінок комерційного сексу по містах (та регіонах), а також по терціях щодо захворюваності СІН, Україна, 2011 р.**

Верхній тертість СІН	Середній тертість СІН	Нижній тертість СІН
Донецьк 38%	Черкаси 13%	Рівне 5%
Місто Київ 24%	Полтава 23%	Івано-Франківськ 9%
Сімферополь (АР Крим) 3%	Вінниця 22%	Тернопіль 2%
	Житомир 5%	Чернівці 1%
	Запоріжжя 5%	Ужгород (Закарпаття) 0%
	Харків 0%	
	Чернігів 1%	

АР Крим – Автономна республіка Крим

Як правило, найбільша поширеність вживання ін'єкційних наркотиків серед ЖКС спостерігалася у містах верхнього терцілю захворюваності СІН (див. таблицю 12). Конкретні дані збиралися у 2004, 2007, 2008, 2009 і 2011 роках серед респондентів, які одночасно входять до складу груп ЖКС та СІН (див. таблицю 13).

У цілому по країні, згідно з результатами опитування за 2011 рік поширеність ВІЛ- серед ЖКС, які відповіли, що ніколи не вживали наркотики, становив 6%; 31% серед респондентів, які мали досвід вживання наркотиків, але не вживали їх упродовж минулих 12 місяців, і 41% – серед респондентів, які підтвердили факт вживання наркотиків упродовж минулих 12 місяців (див. діаграму 22).

Таблиця 13. Поширеність вживання ін'єкційних наркотиків упродовж життя серед ЖКС (за повідомленням респондента), Україна, 2004–2011рр.

	2004	2007	2008	2009	2011
Поширеність вживання ін'єкційних наркотиків	24%	22% (було відзначено зниження у порівнянні з 29% у 2006 році)	30% (20% – нині, 10% – у минулому)	24% вживали незаконні наркотики (без уточнення якого саме типу – ін'єкційні чи ні; 16% – нині, 9% – у минулому)	16% (зміна методології)

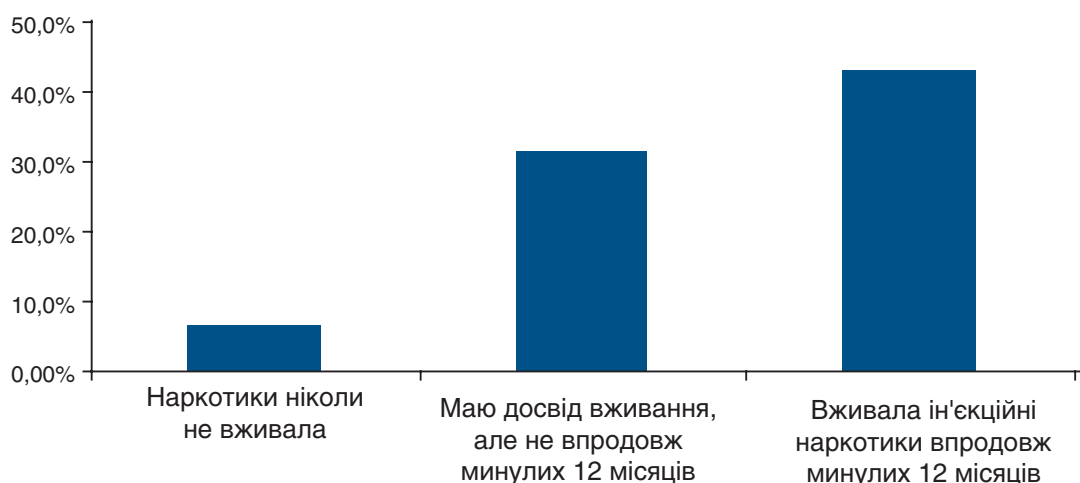
Таблиця 14. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС по містах залежно від досвіду вживання ін'єкційних наркотиків, Україна, 2008–2009 рр.

Місто	Загальна поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС (2008)	Загальна поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС (2009)	% ЖКС, які мають досвід вживання ін'єкційних наркотиків(2008)
Донецьк	10%	42%	44%
Київ	41%	26%	86%
Полтава	38%	19%	54%
Сімферополь (АР Крим)	17%	25%	39%
Харків	3%	0%	5%
Черкаси	18%	26%	40%
Миколаїв	24%	-	18%
Хмельницький	18%	-	22%
Суми	17%	-	37%
Кіровоград	17%	-	21%
Одеса	17%	-	20%
Дніпропетровськ	14%	-	26%
Луцьк (Волинь)	13%	-	33%
Херсон	11%	-	16%
Львів	9%	-	16%
Луганськ	0%	-	2%

У 2011 році у рамках зазначених досліджень проводилося тестування крові на виявлення антитіл до вірусу гепатиту С, наявність яких може використовуватися як оцінка наявності досвіду вживання споживання ін'єкційних наркотиків. Серед ЖКС, які заперечували вживання наркотиків будь-коли, але в крові яких були виявлені антитіла до вірусу гепатиту С, поширеність ВІЛ становила 30%, а серед серонегативних на Гепатит С ЖКС – 4%. Зазначені результати за 2011 рік демонструють явно виражену залежність між вживанням ін'єкційних наркотиків та підвищеним ризиком ВІЛ-інфікування серед ЖКС в Україні. Згідно з даними за 2008 рік в розрізі по областях, відмінність, яка спостерігається у рівні поширеності ВІЛ-інфекції серед ЖКС, які підтверджують наявність досвіду вживання наркотиків у минулому або сьогодні, та респондентами, які заявляють про відсутність будь-якого досвіду вживання наркотиків, була особливо очевидною серед ЖКС у Донецьку, ймовірність інфікування яких була в чотири рази вищою ніж у Києві, Сімферополі та Черкасах. Більш ніж у два рази вищою, у випадку якщо респонденти були СІН під

час опитування або у минулому (див. таблицю 14). З урахуванням результатів тестування на гепатит С та ВІЛ ЖКС, які не є СІН, зазначені дані свідчать про те, що у більшості випадків інфікування ЖКС було пов'язане не зі статевим контактом, а зі вживанням наркотиків.

Діаграма 22. Поширеність ВІЛ серед ЖКС залежно від досвіду вживання ін'єкційних наркотиків (за повідомленням респондента), Україна, 2011р



3.2.3. Динаміка поширеності ВІЛ серед ув'язнених

У 2009 році 12% всіх нових випадків, офіційно зареєстрованих в Україні, припадало на ув'язнених. Згідно з результатами біоповедінкового дослідження за 2009 рік, поширеність ВІЛ серед ув'язнених становила 15%. Тридцять два відсотки ув'язнених жінок були інфіковані зазначеним вірусом. Аналогічний показник серед чоловіків становив 12%. Більш високий рівень інфікування спостерігався серед рецидивістів (18%), а у випадку осіб, засуджених вперше, він становив 14%. Випадків ВІЛ-інфікування серед підлітків у пенітенціарних установах відповідного типу виявлено не було.

Протягом 2005–2009 років частка нових випадків ВІЛ-інфекції, що виявлялися протягом року, залишалася на рівні 8%–9% від загальної чисельності обстежених ув'язнених. Проте багато або більшість цих осіб могли бути інфіковані до ув'язнення, оскільки тестування на ВІЛ в місцях позбавлення волі на рутинній основі не проводиться. Серед факторів ризику під час ув'язнення можна вказати незахищений секс з постійним сексуальним партнером (9%), використання нестерильного ін'єкційного інструментарію для введення наркотиків (5% респондентів повідомляли про спільне використання шприців або ін'єкційного інструментарію, виготовленого у домашніх умовах) або незахищений сексуальний контакт з іншими ув'язненими (3%). Це спостерігалось на тлі підвищення рівня забезпечення профілактичними матеріалами щодо ВІЛ, презервативами та засобами дезінфекції для санітарної обробки голок та шприців. У 2009 році інформаційними матеріалами було охоплено 70% дорослих та 87% малолітніх ув'язнених; 22% дорослих ув'язнених безкоштовно отримали презервативи, і 30% мали доступ до деззасобів.

У 2007 році лише 8% ув'язнених були охоплені профілактичними програмами згідно визначення індикатора ЮНЕЙДС, тобто отримували презерватив впродовж останніх 12 місяців, а також знали місце, де вони могли пройти тестування на ВІЛ. У 2009 році даний показник збільшився практично у два рази – до 15%.

II. Чи точно відповідають профілактичні програми, політики, стратегії та ресурси епідеміологічним особливостям та характеристикам, які спостерігаються нині?

Нами була проведена оцінка впливу здійснюваних програм на дві групи населення: споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок комерційного сексу. У ході зазначеного аналізу було порівняно кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед СІН а також динаміку виявлення ВІЛ серед молодих СІН із динамікою охоплення СІН профілактичними програмами. Для визначення охоплення програмами профілактики нами використовувалися оцінки чисельності вразливих груп, надані Альянсом з ВІЛ/СНІДу в Україні (див. таблицю 15) (Берлева, 2010 р.).

Таблиця 15. Оцінка чисельності груп найбільш вразливих до інфікування ВІЛ, та поширеність ВІЛ в зазначених групах в Україні, 2011 р.

	ЧСЧ	СІН	ЖКС
Оціночна чисельність популяції	200200–245350	261200–379000	41000–62100
Рекомендована оцінка для розрахунку охоплення профілактичними послугами	222775	320100	51800
Поширеність ВІЛ	6,4%	21,5%	9%

Джерело: Т. Салюк, особиста розмова

2.1. Споживачі ін'єкційних наркотиків

Профілактичні програми для СІН складаються з кількох елементів. З метою проведення цього аналізу ми видозмінили термін “охоплення СІН профілактичними програмами”, затверджений на Спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН (ССГАООН), згідно з яким охопленими програмними заходами вважаються ті представники групи СІН, які підтверджують, що вони знають, де можна пройти тестування на ВІЛ, і що вони отримували безкоштовні презервативи та шприци протягом останніх 12 місяців (Погоріла, 2010 р.) (див. таблицю 16). Визначення ССГАООН не є точним і чітким, та відноситься тільки до профілактичних програм у масштабах однієї країни.

Ми користуватимемося точнішим визначенням охоплення програмами профілактики, яке використовується МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Навіть при використанні більш розпливчастого визначення ССГАООН можна зробити висновок, що в трьох містах з шести (Київ, Кривий Ріг та Черкаси), дані щодо яких наводилися в річних звітах Альянсу за 2007 та 2009 роки, відзначалося збільшення охоплення СІН програмами профілактики, а у трьох інших містах (Сімферополь, Дніпропетровськ і Миколаїв) спостерігалось його зменшення. Містами з найбільшим охопленням у 2009 році в зазначеному звіті названі Сімферополь, Черкаси та Київ. При цьому незалежно від рівня охоплення профілактичними програмами,

у п'яти регіонах, в яких розташовані зазначені міста, серед СІН більш молодшої вікової групи та аналогічної групи гетеросексуальних жінок спостерігалася загальна тенденція до зниження кількості зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ (див. діаграми 23 та 24).

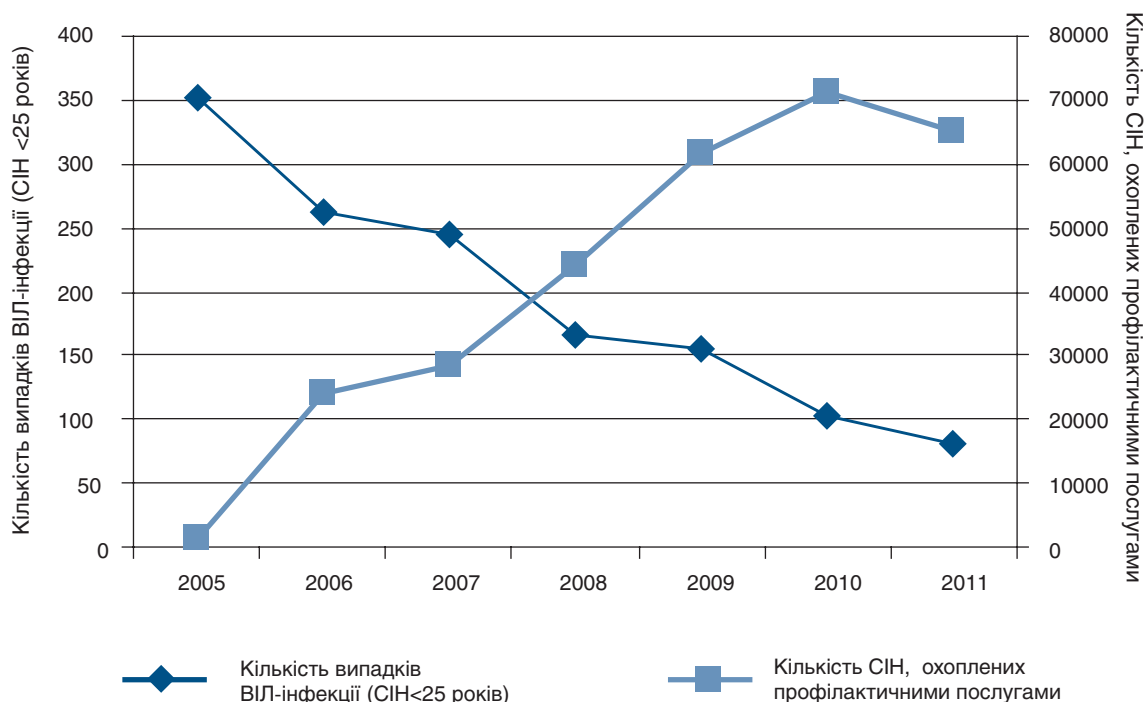
Таблиця 16. Охоплення профілактичними програмами по містах, дані інтегрованих біо-поведінкових досліджень, СІН, Україна, 2007–2011 рр.

Місто	2007 % (95% ДІ)	2009 % (95% ДІ)	2011
Сімферополь (АР Крим)	89,3% (84,1–93,9%)	79,3% (73,1–84,6%)	84,5%
Черкаси	50,8% (52,2–57,4%)	57,4% (55,0–59,8%)	86,6%
Київ	47,9% (39,2–57,0%)	50,0% (42,1–57,1%)	32,5%
Дніпропетровськ	43,3% (33,0–55,0%)	41,5 (32,0–50,1%)	16,5%
Кривий Ріг (Дніпропетровськ)	33,3% (21,0–45,4%)	39,1% (29,8–48,3%)	
Миколаїв	36,2% (25,8–45,3%)	23,4% (1,5–31,0%)	43,1%

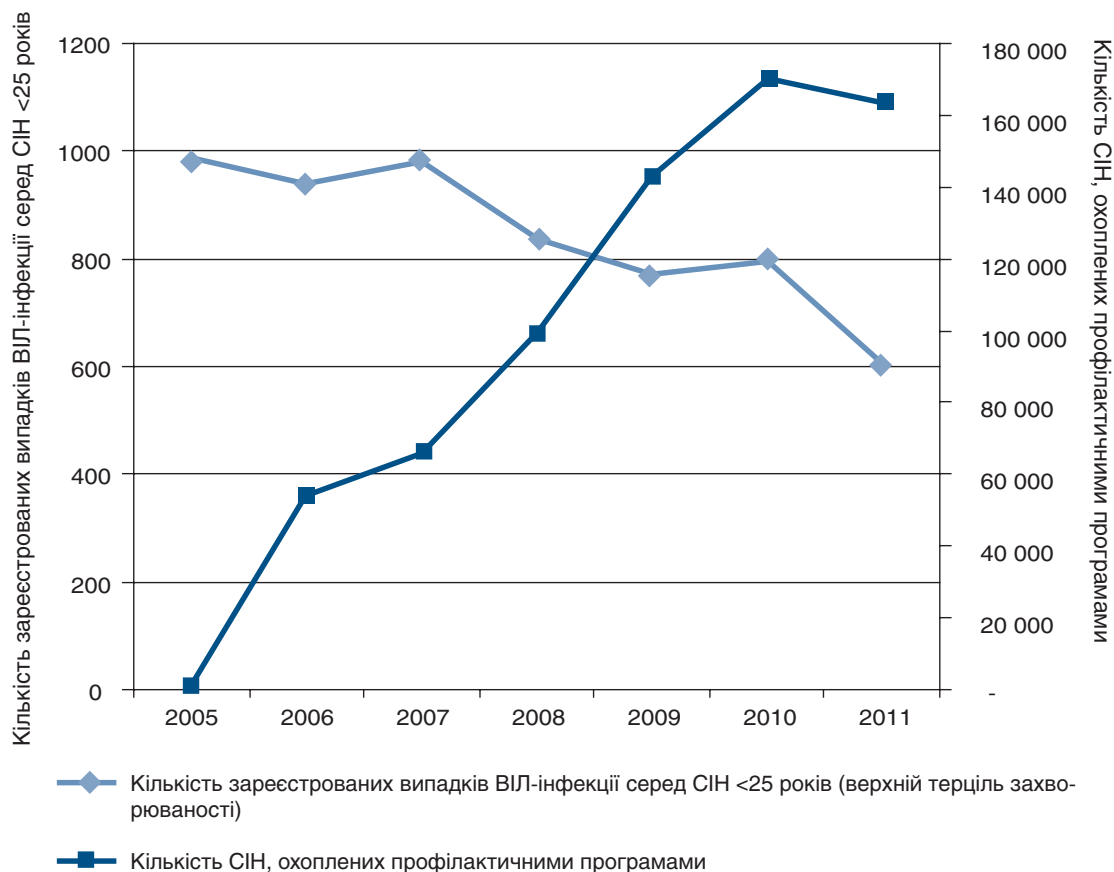
* Примітка: інформація про значення довірчого інтервалу щодо досліджень 2011 року відсутня.

У 2009 та 2011 роках спостерігалася загальна тенденція щодо зниження поширеності ВІЛ у зв'язку з розширенням профілактичної роботи у 2007і 2009 роках відповідно (див. діаграму 25). Залежність між охопленням профілактичними програмами та рівнем захворюваності (оціненої за допомогою кількості виявлених випадків ВІЛ-інфекції серед СІН молодших 25 років) найбільш чітко простежується при аналізі загальнонаціональної статистики по Україні, де спостерігається обернено пропорційна залежність між кількістю зареєстрованих випадків захворювання серед молодих СІН та охопленням програмною діяльністю (див. діаграми 23 і 24).

Діаграма 23. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед СІН молодших 25 років та охоплення профілактичними програмами у 5 областях України, 2007–2011 рр.



Діаграма 24. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ серед СІН <25 років та кількість СІН, охоплених програмами профілактики на національному рівні, Україна, 2005–2011 рр.



2.2. Жінки комерційного сексу

Аналогічно ситуації з СІН, профілактичні програми для ЖКС складаються з різних елементів. ЖКС вважаються охопленими програмами профілактики, якщо вони впродовж останніх 12 місяців безкоштовно отримували презервативи та знають, де можна пройти тестування на ВІЛ. На відміну від СІН стосовно ЖКС відсутні дані щодо реєстрації випадків захворювання. Кількість ЖКС, як ЖКС-СІН та і ЖКС, які не є СІН, охоплених профілактичними програмами, з часом зростає зі 143 осіб у 2005 році до 28496 осіб у 2009 році (див. діаграму 26). У 2011 році згідно з проведеною оцінкою послуги отримали 55% ЖКС. Відмінності у методиці проведення опитувань ускладнює можливість прямого порівняння існуючих даних з результатами раніше проведених досліджень, але у 2004 році приблизне охоплення програмними послугами становило 34%, у 2006 році – 88%, у 2007 – 69%, у 2008 – 68%, та у 2009 – 55%. Імовірно, можна зробити висновок, що рівень охоплення послугами з часом знижувався з огляду на географічне розширення зони проведення опитувань з включенням територій, які на початковому етапі епідемії не розглядалися як пріоритетні і в яких з цієї причини у вказаний період часу профілактична робота серед ЖКС не проводилася.

У 2009 році рівень охоплення у рамках програмних заходів значно коливався у межах від кількох осіб у Полтаві, Донецьку та Черкасах до понад 1000 осіб – у Києві, Дніпропетровській, Одеській та Миколаївській областях.

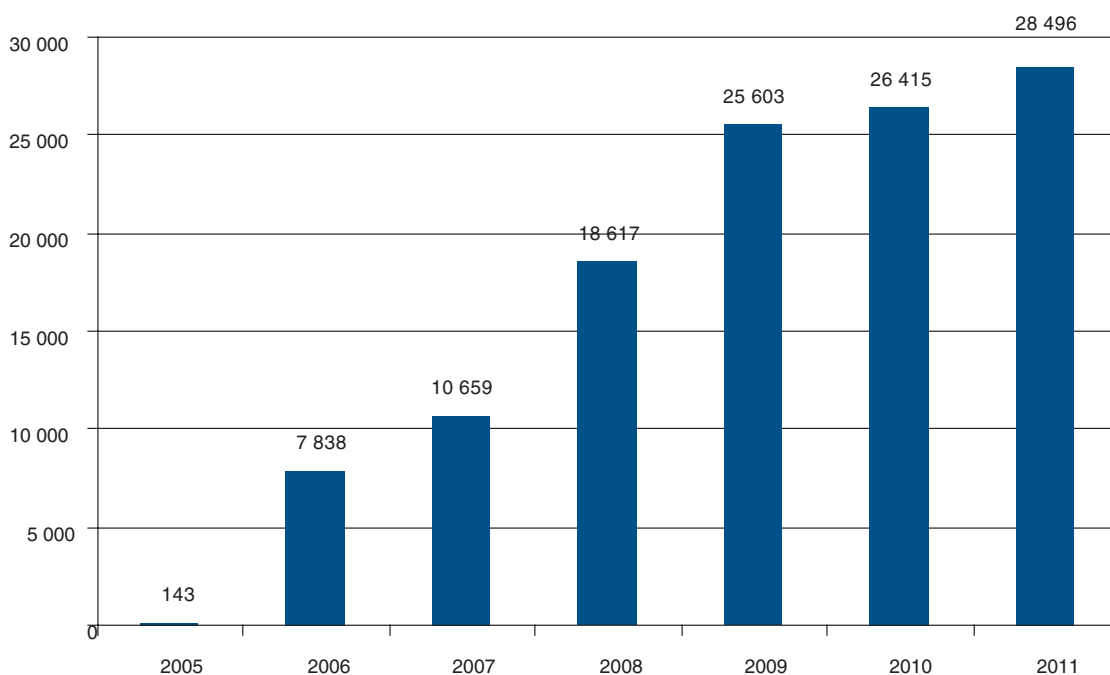
У чотирьох регіонах дослідження поширеності ВІЛ серед ЖКС проводилися декілька разів. У місті Київ, Полтаві та Черкасах рівень поширеності ВІЛ знизився. В одному регіоні (Донецька область) спостерігається його підвищення після деякого

зниження на початковому етапі. Як переконливо демонструють дані, отримані в місті Києві, поширеність ВІЛ знижувалася з 38% до 23,7% у 2008 і 2011 роках порційно до розширення програмної діяльності (див. діаграму 27).

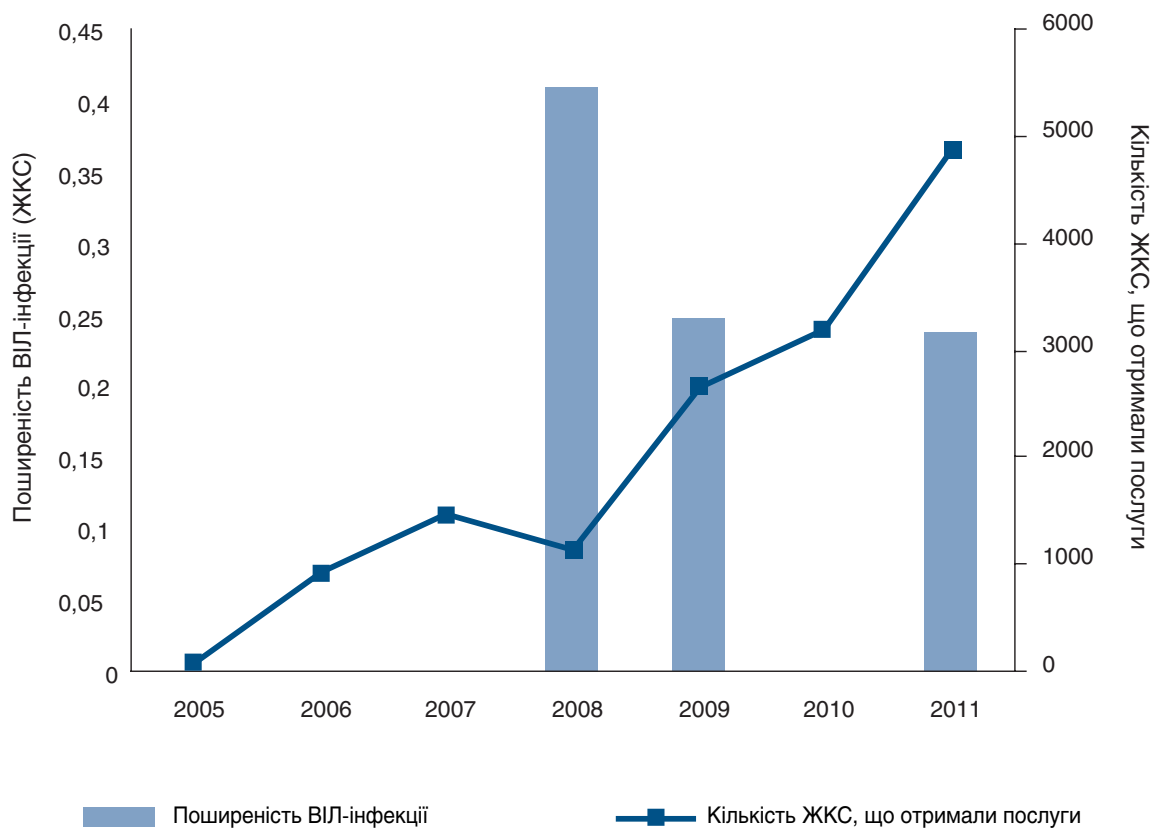
Діаграма 25. Поширеність ВІЛ у 2009–2011 роках та охоплення СІН профілактичними програмами у 2007–2011 роках у вибраних містах України.



Діаграма 26. ЖКС, охоплені програмами профілактики у вибраних регіонах України, 2005–2011 рр.



Діаграма 27. Поширеність ВІЛ та охоплення ЖКС профілактичними програмами, Київ, Україна, 2005–2011 рр.⁴



⁴ Поширеність ВІЛ по шкалі 0-50%.

ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ

На підставі даних, отриманих за допомогою різних джерел, можна дійти висновку про загальне підвищення рівня профілактичної роботи в Україні. По-перше, кількість випадків ВІЛ-інфекції щорічно реєстрованих серед дорослих та підлітків, які не мають клінічних проявів захворювання та не підпадають під визначення випадку СНІДу скоротилася у період з 2009 по 2011 роки. У тій мірі, в якій за кількістю зареєстрованих випадків інфікування можна судити про загальну чисельність ВІЛ-інфікованих, на підставі отриманих даних можна зробити висновок, що передача вірусу, пов'язана з вживанням наркотиків ін'єкційним способом та інфікуванням статевих партнерів осіб, які вживають наркотики, можливо, досягла свого піку, і що, у разі відсутності будь-яких серйозних змін в шляхах передачі ВІЛ подальший приріст нових випадків зараження інфікування буде відбуватися за рахунок давно інфікованих осіб, ВІЛ-статус яких ще не встановлений, і випадок захворювання яких буде зареєстрований тільки у разі їх звернення за медичною допомогою.

На підставі зареєстрованих випадків захворювання та за результатами серологічних досліджень нами були виявлені докази того, що поширеність ВІЛ-інфекції серед молодих СІН знижується, що, на нашу думку, є оцінкою рівня захворюваності серед СІН. Також нами була встановлена тенденція до зниження поширеності ВІЛ-інфекції статевим шляхом серед молодих гетеросексуальних жінок, що також свідчить про зниження рівня захворюваності.

З генералізацією епідемії ситуація менш однозначна. Ми знаємо, що згідно з результатами обстежень, які проводяться в рамках антенатальних клінік, останнім часом спостерігається зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед молодих жінок, але ми не знаємо, чи збережеться вказана тенденція у майбутньому. За даними рутинного епідеміологічного нагляду, тільки невелика кількість молодих жінок (і цей показник продовжує знижуватися) інфікувалися ВІЛ внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків, а в багатьох випадках інфікування сталося статевим шляхом. Ми маємо у своєму розпорядженні обмежену інформацію щодо співвідношення випадків інфікування статевим шляхом від СІН або не СІН. Ми маємо дані, які підтверджують, що навіть у регіонах України з нижчим рівнем поширеності ВІЛ і невеликою чисельністю СІН рівень передачі вірусу серед жінок при сексуальних контактах перебуває в аналогічній залежності, як і рівень його передачі серед СІН у регіонах з вищим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції. Це свідчить про незначність частки випадків передачі інфекції шляхом статевих контактів, не пов'язаних з СІН. Використовуючи додаткові дані щодо ВІЛ-інфікованих жінок, виявлених в рамках антенатального клінічного скринінгу, можна встановити певні закономірності у відсотковому розподілі випадків інфікування від СІН, які дозволяють краще зрозуміти цю ситуацію. Аналогічним чином, недостатність наявної інформації щодо призовників строкової служби може свідчити про низький рівень передачі вірусу шляхом гетеросексуальних контактів (якщо вони взагалі можуть свідчити про такий спосіб передачі вірусу). Більш масштабною проблемою є передача споживачами ін'єкційних наркотиків ВІЛ-інфекції своїм сексуальним партнерам, тому виявлення і лікування ВІЛ-інфікованих СІН на ранніх стадіях захворювання має стати пріоритетним напрямком роботи. З урахуванням високої поширеності ВІЛ-інфекції серед ЖКС, які також мають досвід вживання ін'єкційних наркотиків, раннє виявлення і лікування ВІЛ-інфікованих ЖКС-СІН також може допомогти обмежити передачу вірусу при гетеросексуальних контактах від цієї групи у майбутньому. Згідно з новими результатами, отриманими за допомогою рандомізованих контрольованих досліджень, антиретровірусна терапія може використовуватися не тільки для лікування ВІЛ-інфекції, але і для зниження ймовірності інфікування від інфікованих хворих (Англмайер, 2011 р.)

Нами виявлені деякі докази, які підтверджують, що розширення доступу СІН до профілактичних програм призводить до зниження поширеності ВІЛ-інфекції. У шести містах, інформацію щодо яких ми ретельно проаналізували, рівень охоплення клієнтів профілактичними послугами у 2007 році корелював в обернено пропорційній залежності із тенденціями в захворюваності (оціночній). Охоплення ЖКС в цілому є досить високим, а в Києві, дані щодо якого ми вивчили особливо ретельно, розширення масштабу профілактичної роботи призводило до зниження випадків захворюваності серед молодих СІН. Визначення терміну «охоплення профілактичною роботою», яке використовувалося у первинних дослідженнях, були занадто розпливчастими і не відображали глибини взаємодії клієнтів з профілактичними програмами. Ми вважаємо, що необхідно додатково уточнити визначення зазначеного терміну, який повинен відображати інтенсивність використання відповідних програмних послуг (наприклад, скільки разів певна послуга надавалася за минулий місяць, кількість отриманих презервативів та шприців).

Ми припускаємо, що кількість зареєстрованих випадків ВІЛ не відбиває реальну епідеміологічну ситуацію щодо поширеності ВІЛ серед ЧСЧ за рахунок або їх неправильної класифікації як СІН або осіб інфікованих гетеросексуальним шляхом, або внаслідок того, що високий рівень поширеності ВІЛ в групі нині представляє собою відносно нове явище, і ще не відображається у статистиці. Високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ є приводом для серйозної стурбованості та вимагає вживання відповідних заходів надалі.

Як часто трапляється у випадку аналогічних проектів, пов'язаних з проведенням збору та узагальнення даних, ми зіткнулися з проблемою обмеженості наявної інформації (Разерфорд, 2010 р.). Реальна статистика щодо кількості ВІЛ-інфікованих ймовірно перевищує офіційні показники, оскільки у більшості випадків захворювання може роками протікати практично без прояву клінічних симптомів, отже, на початковій стадії захворювання інфіковані протягом тривалого часу можуть не звертатися за медичною допомогою, в рамках якої може проводитися обстеження на ВІЛ. Під час масових планових обстежень, які в Україні традиційно проводяться на базі багатьох медичних установ, виявляється велика кількість, проте не всі випадки ВІЛ-інфекції, що протікають без симптомно. Отже, динаміка захворюваності ВІЛ-інфекцією аналізується нами на підставі певної вибірки, а не усіх випадків інфікування, тому ми не можемо судити наскільки відповідна вибірка або дані реєстрації нових випадків є репрезентативними для ситуації в Україні. Якщо вони виявляться не репрезентативними, то нам невідомо, в якому напрямку може відбуватися зміщення вибірки. Вочевидь, що у випадку деяких елементів, наприклад, антенатального клінічного скринінгу, існуюча система добре продумана та організована, тому значне заниження показників захворюваності для жінок репродуктивного віку, особливо з урахуванням низького рівня використання засобів гормональної контрацепції в Україні, малоймовірно. У випадку інших популяцій ми відчуваємо обмеження з точки зору репрезентативності результатів досліджень поширеності ВІЛ та порівнянності методології формування вибірки в рамках різних серологічних досліджень, які проводилися серед груп найбільшого ризику впродовж кількох років. Ми вважаємо, що дослідження, проведені у 2007, 2008–2009 і 2011 роках серед СІН, є найбільш порівнянними, тож наше пояснення ситуації ґрунтується на використанні саме цих даних. У висновку слід зазначити, що тенденції, зауважені у процесі серологічних досліджень серед молодих жінок в рамках антенатальних клінік, а також динаміка змін кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед чоловіків і жінок більш молодшої вікової групи інтерпретується нами як маркери інфікування. Це дуже загальне припущення, але в умовах відсутності надійних маркерів нещодавно виявлених випадків ВІЛ, ми не можемо перевірити його достовірність.

Підводячи підсумки вищевикладеного, слід зазначити, що ми виявили факти, які, на нашу думку, свідчать про зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед СІН. Ми вважаємо найбільш ймовірним, що представлені дані свідчать про те, що передача вірусу серед жінок при гетеросексуальних контактах здебільшого пов'я-

зана і пояснюється за рахунок СІН. Також нами був виявлений обмежений обсяг даних, який ми розглядаємо як можливе підтвердження зниження розповсюдження ВІЛ-інфекції при гетеросексуальних контактах, при цьому для повнішого і глибшого розуміння наявних тенденцій потрібні додаткові дані. Ми вважаємо, що є підстава обґрунтовано припускати, що зниження рівня передачі вірусу пов'язане з наданням профілактичних програм, але для підтвердження цього пояснення потрібне проведення додаткового аналізу. Нижче подаємо деякі рекомендації щодо отримання додаткових даних, які дозволять точніше пояснити панівні тенденції у галузі боротьби з ВІЛ-інфекцією.

ВИСНОВКИ

Ключові висновки проведеного аналізу:

- Отримані дані свідчать, що рівень захворюваності ВІЛ-інфекцією серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) знижується.
- Передача ВІЛ-інфекції серед жінок при гетеросексуальних контактах як і раніше, значною мірою відбувається через їхніх партнерів – СІН.
- На підставі обмежених даних можна зробити висновок про можливе зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції при гетеросексуальних контактах, але для отримання підтвердження потрібні додаткові відомості.
- У рамках існуючої системи реєстрації випадків захворювання споживачі ін'єкційних наркотиків чоловічої статі і чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, можуть помилково класифікуватися як гетеросексуальні чоловіки.
- На підставі отриманих даних можна зробити висновок, що профілактичні програми призвели до зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед СІН та ЖКС; необхідне проведення додаткового моніторингу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Програмні рекомендації:

- Основна профілактична робота має і надалі спрямовуватися на представників груп найбільшого ризику та їхніх сексуальних партнерів.
- Необхідне подальше посилення програм, спрямованих на задоволення потреб ЖКС, з огляду на високий рівень поширеності груп (хоча він і знижується) рівня споживання ін'єкційних наркотиків.
- Необхідні додаткова профілактична робота серед партнерів СІН та розширення доступу до антиретровірусної терапії для СІН.
- Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (6,4%, 2011 р.) свідчить про необхідність підвищення якості профілактичної роботи і дозорного епідглядку. Зниження стигми також позитивно впливає на якість профілактичної роботи і проведення досліджень.

Рекомендації щодо отримання додаткових даних:

- Провести дослідження нещодавно зареєстрованих випадків захворювання серед вагітних, які не вживають ін'єкційних наркотиків, і перевірити, чи не є джерелом їхнього інфікування СІН чоловічої статі
- Вивчити відповідні тенденції серед пацієнтів СІН та гетеросексуальних жінок з без симптомним перебігом захворювання (на відміну від пацієнтів, у яких спостерігаються клінічні прояви або розвинувся СНІД) для більш точної оцінки захворюваності.
- Слід враховувати дослідження різноманітних дизайнів, спрямованих на вивчення захворюваності, із застосуванням та інтеграцією результатів відповідних засобів тестування (шляхом взаємодії з установами, що займаються розробкою нових технологій), які виконуються у теперішній час з метою вивчення поведінки груп найбільш вразливих до інфікування ВІЛ. Лонгітюдні дослідження можуть розглядатися як «золотий стандарт» у галузі дослідження захворюваності і застосовуються як базова основа при проведенні досліджень інтервенцій та представляють значну цінність для підтвердження достовірності та надійності тест-систем, а також подальшого розвитку ефективних підходів до профілактичної роботи в умовах відповідної країни.
- З метою оцінки реального рівня поширеності ВІЛ та факторів ризику інфікування (СІН, ЧСЧ, клієнти ЖКС) провести опитування молодих чоловіків, у яких ВІЛ було виявлено нещодавно, а шлях інфікування був класифікований як гетеросексуальний.

ДОВІДКОВІ ДЖЕРЕЛА

Англмайер А., Разерфорд Дж.В., Еггер М., Зігфрід Н. Антиретровірусна терапія для профілактики передачі ВІЛ-інфекції серед ВІЛ-дискордантних пар. Кокранівська база даних систематичних оглядів 2011 р.; (8): CD009153. PMID 21833973.

Балакірева О.М., Бондар Т.В., Касянчук М.Г., Кісь З.Р., Лещинський Є.В., Шеремет-Шереметьєв С.П. Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс з чоловіками. Аналітичний звіт за результатами опитування. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка, 2008 р.

Берлева Г.О., Думчев К.В., Кобища Ю.В., Паніотто В.І., Петренко Т.В., Салюк Т.О., Шваб І.А., Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження “Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні станом на 2009 рік”. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2010 р.

Большов Є.С., Касянчук М. Г., Лещинський Є.В., Трофименко О. В., Шваб І.А. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами зв’язаного дослідження 2009 року. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2011 р. (Укр.)

Центр соціальних експертиз, Інститут соціології, Національна академія наук України. Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епіднагляду другого покоління. Аналітичний звіт за результатами дослідження. Київ, Україна: Національна академія наук України, 2004 р.

Демченко І., Костючок М., Білоносова Н. Моніторинг інформованості, поведінки і поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: Аналітичний звіт за результатами зв’язаного дослідження. Київ, Україна: Глобальний Фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні, 2010 р.

Дієва Т.С., Пашкович В.Л. Аналітичний звіт: Моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління. Київ, Україна: Соціс – Центр соціальних та маркетингових досліджень (SOCIS-CPSI), Міністерство оборони України, МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2007 р.

МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед жінок комерційного сексу як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2010 р.

МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”. Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс з чоловіками (ЧСЧ), та поширення ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ як компонент епіднагляду за ВІЛ-інфекцією другого покоління[укр.]. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2009 р.

Об’єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС). Україна: Звітність щодо прогресу у рамках моніторингу виконання Політичної декларації ГА ООН з ВІЛ/СНІДу в окремих країнах. Звітний період: січень 2006 р. – грудень 2007 р. Київ, Україна: Міністерство охорони здоров’я України; 2008 р.

Національна програма боротьби зі СНІДом та контролю за ІПСШ. Дослідження показників зі СНІДу у Кенії за 2007 рік. Попередні результати. Найробі, Кенія: Міністерство охорони здоров’я Кенії, 2008 р.

Балакірева О.М., Бондар Т.В., Середа Ю.В. Моніторинг поведінки жінок комерційного сексу. Аналітичний звіт за результатами дослідження. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2007 р.

Балакірева О.М., Бондар Т.В., Середа Ю.В., Сазонова Я.О. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін’єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління. Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка, 2012 р.

Київський міжнародний інститут соціології, Моніторинг поведінки жінок комерційного сексу (ЖКС) як компонент епідагляду за ВІЛ-інфекцією другого покоління у 16 містах України. Аналітичний звіт за результатами дослідження 2008 року. Київ, Україна: Київський міжнародний інститут соціології, 2008 р.

У С.Ю., Такебе Ю., Венігер Б.Г. та інші. Незалежне виявлення двох поширених генотипів ВІЛ-1 у чітко помітних групах підвищеного ризику інфікування у Таїланді. *Lancet [Ланцет]* 1993 р.; 341:1171-4.

Погоріла Н., Таран Ю., Колодій І., Дієва Т. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін’єкційних наркотиків: аналітичний звіт за результатами зв’язаного дослідження. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2010 р.

Погоріла Н., Таран Ю., Кім С., Герман І., Дієва Т. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед сексуальних партнерів споживачів ін’єкційних наркотиків: аналітичний звіт за результатами дослідження 2009 року. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2010 р.

Разерфорд Дж.В., Макфарланд В., Спіндлер Х., Уайт К., Патель С.В., Ейберлі-Грасс І., Сабін К., Сміт Н., Таше С., Каллеха-Гарсія Х.М., Стоунбернер Р.Л. Використання триангуляційного методу при дослідженнях у галузі охорони громадського здоров’я: підхід і застосування при зборі та узагальненні даних для розуміння епідемії ВІЛ-інфекції на загальнонаціональному та місцевому рівнях. *Журнал “BMC Public Health”*, 2010 р.; 10:447.

Український центр соціальних реформ, Державний комітет статистики України, Міністерство охорони здоров’я України, Макро Інтернешнл Інк. Медико-демографічне дослідження по Україні за 2007 рік. Калвертон, Меріленд, США: UCSR та Макро Інтернешнл, 2007 р.

Міністерство охорони здоров’я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Інститут епідеміології та інфекційних захворювань ім. Л.В. Громашевського, Центральна санітарно-епідеміологічна станція. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 35. Київ, Україна: Міністерство охорони здоров’я України, 2010 р.

Український державний інститут проблем сім’ї та молоді, МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”. Моніторинг поведінки ЖКС як компонент епідагляду другого покоління: аналітичний звіт. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2004 р.

БІБЛІОГРАФІЧНІ ДЖЕРЕЛА

Загальні

Еймон Дж.Дж. Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні: стабільна ситуація або вибухове зростання захворюваності, що досі триває? Журнал "Sex Transm Infect" [інфекції, що передаються статевим шляхом]. Червень 2003р; 79 (3) :263-4.

Барнетт Т., Уайтсайд А., Ходакевич Л.К., Круглов Ю., Стешенко В. Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні: можливі соціальні та економічні наслідки. Soc Sci Med [соціологія і медицина]. Листопад 2000 р.; 51 (9) :1387-403.

Берлева Г.О., Думчев К.В., Кобища Ю.В., Паніотто В.І., Петренко Т.В., Салюк Т.О., Шваб І.А., Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження "Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні станом на 2009 рік". Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2010 р.

Балакірева О.М., Бондар Т.В., Середа Ю.В., Сазонова Я.О. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка, 2012 р.

Бурруано Л., Зейдель Дж. [Поширення ВІЛ/СНІДу в Україні]. Gesundheitswesen [охорона здоров'я]. Серпень-вересень 2006 р.; 68 (8-9):571-4. Німець.

Большов Є. С., Касянчук М. Г., Трофименко О. В., Шеремет С.П. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2011 р.Укр.

Коен Дж. Запізнита відповідь на епідемію: ВІЛ / СНІД у Східній Європі. Science [Наука]. 9 липня 2010 р.; 329 (5988): 160, 162-4.

Коукер Р.Дж., Атун Р.А., Маккі М. Недоліки систем охорони здоров'я та контроль за поширенням інфекційних захворювань на нових східних кордонах Європейського Союзу. Lancet [Ланцет]. 24 квітня 2004 р.; 363 (9418):1389-92.

Де Белл Д., Картер Р. Вплив перехідних процесів на громадську охорону здоров'я в Україні: вивчення ситуації в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу. BMJ [Британський медичний журнал]. 23 липня 2005 р.; 331 (7510):216-9.

Дене К.Л, Ходакевич Л., Хеймерс Ф.Ф., Швартлендер Б. Епідемія ВІЛ/СНІДу у Східній Європі: нові форми і тенденції, а також їх вплив на процес формування політики. AIDS [СНІД]. 7 травня 1999 р.; 13 (7):741-9.

Іво К.Л. Комплексна зовнішня оцінка національної програми протидії епідемії СНІДу в Україні: зведена доповідь, січень 2009 р. Київ, Україна: UNAIDS [ЮНЕЙДС], 2009 р.

Фуулі П.Дж. Чи приділяється міжнародним співтовариством достатня увага епідемії СНІДу в Україні та інших Нових Незалежних Державах? Soc Mar Q. Весна 1998 р.; 4 (3):7-12.

Хеймерс Ф.Ф., Робінсон Н.Дж. Оцінка поширення ВІЛ-інфекції в Польщі та Україні. Вступ. Rev Epidemiol Sante Publique [епідеміологія та охорона здоров'я]. Квітень 2000 р.; 48 Дод. 1:1S2.

Хеймерс Ф.Ф., ВІЛ-інфекція в Україні (1987-96). *Rev Epidemiol Sante Publique* [епідеміологія та охорона здоров'я]. Квітень 2000 р.; 48 Дод. 1:1S3-1S15.

Херлі Р. Як Україна протидіє найважчій епідемії ВІЛ-інфекції в Європі. *BMJ* [Британський медичний журнал]. 13 липня 2010 р.; 341: c3538.

Ясні Б., Мюллер К., Робертс Л. ВІЛ/СНІД. ВІЛ/СНІД: Східна Європа. Вступ. *Science* [Наука]. 9 липня 2010 р.; 329 (5988): 159.

Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС). Україна: Звітність щодо прогресу у рамках моніторингу виконання Політичної декларації ГА ООН з ВІЛ/СНІДу в окремих країнах. Звітний період: січень 2006 р. – грудень 2007 р. Київ, Україна: Міністерство охорони здоров'я України, 2008 р.

Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС). Україна: Звітність щодо прогресу у рамках моніторингу виконання Політичної декларації ГА ООН з ВІЛ/СНІДу в окремих країнах. Звітний період: січень 2008 р. – грудень 2009 р. Київ, Україна: Міністерство охорони здоров'я України, 2010 р.

Келлі Дж.А., Амірханян Ю.А. Нова епідемія: огляд ситуації в області ВІЛ/СНІДу у Центральній і Східній Європі. *Int J STD AIDS* [Міжнародний журнал "ЗПСШ і СНІД"]. Червень 2003 р.; 14 (6):361-71.

Круглов Ю.В., Кобища Ю.В., Салюк Т., Варецька О., Шакарішвілі А., Салданха В.П. Найсерйозніша епідемія ВІЛ-інфекції в Європі: Оцінка рівня поширеності ВІЛ-інфекції в Україні у 2007 році. *Sex Transm Infect* [інфекції, що передаються статевим шляхом]. Серпень 2008 р.; 84 Дод. 1: i37-i41.

Лапушенко О.В., Атоєв К.Л., Бережнов С.П., Горбань Є. М., Марченко А.Т., Слесарев Ю.Г., Щербинська А.М., Филиппович С.А. [Оцінка ескалації ВІЛ-інфекції та СНІДу в Україні. Інформаційна технологія управління епідемічним процесом та ранжування ризиків]. *Лікарська справа*. Липень-вересень 2004 р.; (5-6):3-17. Рос.

Лазарус Дж.В., Боллеруп А., Матік С. ВІЛ/СНІД у Східній Європі: більше ніж криза у галузі сексуального здоров'я. *Cent Eur J Public Health* [журнал з питань охорони здоров'я у Центральній Європі]. Червень 2006 р.; 14 (2):55-8.

Ніл Л., Залата О., Коукер Р. На нових східних кордонах Європейського Союзу: зміцнення здоров'я населення, ВІЛ-інфекція та Україна. *Eur J Public Health* [Журнал з питань охорони здоров'я в Європі]. Серпень 2005 р.; 15 (4):336-8.

У С.Ю., Такебе Ю., Венігер Б.Г. та інші. Незалежне виявлення двох поширених генотипів ВІЛ-1 у чітко помітних групах підвищеного ризику інфікування у Таїланді. *Lancet* [Ланцет] 1993 р.; 341:1171-4.

Щербинська А.М., Кобища Ю.В., Круглов Ю.В., Ченцова Н.П., Бочкова Л.В., Максименко О.В., Кіслих О.М., Федорук Н.І., Лузан Д.П. [Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції на Україні (1987-1997 рр.)]. *Журнал мікробіології, епідеміології та імунології*. Січень-лютий 1999 р.; (1):26-9. Рос.

Скевінгтон С.М., Норвег С., Стандаге М.; Група "WHOQOL HIV Group". Прогноз якості життя людей, що живуть з ВІЛ: Результати міжнародних досліджень у семи різних культурах. *Журнал "AIDS Care"*. Травень 2010 р.; 22 (5):614-22.

Український центр соціальних реформ, Державний комітет статистики України, Міністерство охорони здоров'я України, Макро Інтернешнл Інк. Медико-демографічне дослідження по Україні за 2007 рік. Калвертон, Меріленд, США: UCSR та Макро Інтернешнл, 2007 р.

Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Інститут епідеміології та інфекційних захворювань ім. Л.В. Громашевського, Центральна санітарно-епідеміологічна станція. [ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 35]. Київ, Україна: Міністерство охорони здоров'я України, 2010 р. Укр.

Управління ООН по боротьбі з наркотиками та злочинністю, Всесвітня доповідь щодо наркотиків 2010 р. Відень: Управління ООН з наркотиків і злочинності, 2010 р.

Ван ден Берк Г.Е., Тельнов А., Веніс С.Ф., Міллз К.Ф., О'Брайен Д.П. [Програма профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні Організації "Лікарі без кордонів" в Україні]. Журнал "Ned Tijdschr Geneesk". 1 грудня 2007 р.; 151(48):2685-9. Голл. мова.

Вовк А.Д., Щербинська А.М., Ченцова Н.П., Кіслих О.М., Максименко О.В., Рощенко Л.О., Антоняк С.М., Шапіро А.В. [Клініко-епідеміологічні особливості ВІЛ-інфекції та СНІДу на Україні]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Січень-лютий 1999 р.; (1):29-31. Рос.

Підлітки та діти вулиці

Буша Дж.Р., Балакірева О.М., Тельчик А., Бондар Т.В., Середа Ю.В., Мейнелл К., Сакович О. Підлітки, які живуть на вулиці, піддаються найбільшому ризику ВІЛ-інфікування на Україні. J Epidemiol Community Health [Журнал "Епідеміологія та громадське здоров'я"]. 23 вересня 2010 р. [Електронна версія виходить раніше друкованої]

Коен Дж. ВІЛ-інфекція атакує бездомну молодь. Science [Наука]. 9 липня 2010 р.; 329 (5988):170-1.

Гудвін Р., Козлова А., Ніжарадзе Г., Полякова Г. Поведінка і система поглядів, пов'язані з високим ступенем ризику інфікування, і інформованість у галузі ВІЛ-інфекції серед школярів і вихованців притулків у Східній Європі. Журнал "Sex Transm Dis" [хвороби, що передаються статевим шляхом]. Листопад 2004 р.; 31(11):670-5.

Гудвін Р., Козлова А., Ніжарадзе Г., Полякова Г. ВІЛ / СНІД серед підлітків у Східній Європі: інформованість у галузі ВІЛ/СНІДу, соціальні репрезентації в області ризику і дій сексуального характеру серед школярів і бездомних підлітків у Росії, Грузії та Україні. Журнал "Health Psychol" [психологія здоров'я]. Травень 2004 р.; 9 (3):381-96.

Кузьменко А. [Регіональна державна політика у галузі профілактики поширення ВІЛ-інфекції та наркоманії серед молоді]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Липень-серпень 2000 р.; (4):94-5. Рос.

Кириченко П., Колер К., Сатіакумар М. Оцінка шкільних інформаційно-просвітницьких програм у галузі ВІЛ/СНІДу на Україні. J Adolesc Health [журнал "Здоров'я підлітків"]. Грудень 2006 р.; 39 (6):900-7.

Пилипчук Р., Марстон К. Фактори, пов'язані з ризикованою сексуальною поведінкою, серед молодих людей на Україні. Cent Eur J Public Health [Журнал з питань охорони здоров'я в Центральній Європі]. Грудень 2008 р.; 16(4):165-74.

Роббінс К.Л., Запата Л., Кіссін Д.М., Шевченко Н., Йорік Р., Скіпальська Х., Фіннерті Є., Орнстайн Т., Марчбанк П.А., Джеймисон Д.Дж., Хілліс З.Д., Серологічна поширеність ВІЛ серед вуличної молоді у ряді міст України. Int J STD AIDS [Міжнародний журнал "ЗПСШ і СНІД"]. Липень 2010 р.; 21 (7):489-96.

Грудні діти та діти молодшого віку

Бейлі Х., Семененко І., Пилипенко Т., Малюта Р., Торн К.; Україно-Європейська група з проведення спільних досліджень. Фактори, пов'язані з відмовою від дітей, народжених від ВІЛ-позитивних жінок: Результати, отримані з демографічної когорти народження в Україні. Журнал "AIDS Care". Грудень 2010 р.; 22(12):1439-48

Бірд Дж., Бімба Г., Брукс М.І., Костелло Дж., Оммерборн М., Бреснахан М., Флінн Д., Саймон Дж.Л. Діти жінок комерційного сексу і споживачів наркотиків: Аналіз вразливості, життєстійкості і моделей організації догляду сімейного типу. J Int AIDS Soc [журнал "Міжнародного товариства зі СНІДу"]. 23 червня 2010 р.; 13 Дод. 2:S6.

Доброва-Кроль Н.А., Бейкерманз-Краненбург М.Дж., Ван Айзендурн М.Х., Джаффер Ф. Важливість якісного догляду: вплив перинатальної ВІЛ-інфекції та ви-

ховання в притулках і дитячих будинках у ранньому віці на здатність формування уподобань та нерозбірливості у прояві дружелюбності дошкільнят. *J Child Psychol Psychiatry* [журнал дитячої психіатрії]. Грудень 2010 р.; 51(12):1368-76.

Доброва-Кроль Н.А., Ван Айзендурн М.Х., Бейкерманз-Краненбург М.Дж., Джаффер Ф. Вплив перинатальної ВІЛ-інфекції та виховання в притулках і дитячих будинках у ранньому віці на фізичний і когнітивний розвиток дітей в Україні. *Child Dev* [журнал "Розвиток дитини"]. Січень-лютий 2010 р.; 81(1):237-51.

Європейське спільне дослідження. Епідемія передачі ВІЛ-інфекції від матері дитині в Європі: Розвиток на Сході і виникнення на Заході. Журнал "AIDS" [СНІД]. 26 червня 2006 р.; 20(10):1419-27.

Гамазіна К., Могілевкіна І., Пархоменко З., Бішоп А., Коффі П.С., Бразг Т. Підвищення якості профілактичних послуг на Україні для попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері дитині: Фокус на комунікаційних навичках постачальника послуг і зв'язках з громадськими неурядовими організаціями. *Cent Eur J Public Health* [Журнал з питань охорони здоров'я в Центральній Європі]. 17 березня 2009 р. (1):20-4.

Хілліс С.Д., Запата Л., Роббінс К.Л., Кіссін Д.М., Скіпальська Х., Йорік Р., Фіннерті Є.,

Марчбанкс П.А., Джеймисон Д.Дж. Серологічна поширеність ВІЛ серед сиріт та бездомних підлітків: ніщо не замінить рідний дім. Журнал "AIDS" [СНІД]. 2 січня 2012 р.; 26 (1):105-10. PubMed PMID: 21881479.

Махдаві С., Малюта Р., Семененко І., Пилипенко Т., Торн К.; Україно-Європейська група з проведення спільних досліджень. Лікування і прогресування захворювання в демографічній когорті дітей, інфікованих ВІЛ-1 від матері на Україні. Медичний журнал "BMC Pediatrics". 23 листопада 2010 р.; 10:85.

Малюта Р., Ньювелл М.Л., Остергрєн М., Торн К., Жилка Н. Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері дитині: Досвід України на сьогоднішній день. *Eur J Public Health* [Журнал з питань охорони здоров'я в Європі]. Квітень 2006 р.; 16(2):123-7.

Слюсар Л.І., Коломійцева Г.М., Сошенко І.І., Кушнар'єв М.А., Селіверстова В.Г., Кутова О.А., Калімбет Н.В., Нещерет Є.М. [Тенденція поширення ВІЛ-інфекції серед дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів в Донецькій області]. Лікарська справа. Січень-лютий 2000 р.; (1) :118-21. Рос.

Торн К., Малюта Р., Семененко І., Пилипенко Т., Стельмах А., Посохова С., Ньювелл М.Л.; Підвищення ризику передачі вірусу від матері дитині серед ВІЛ-інфікованих вагітних жінок на Україні у разі позитивних серологічних реакцій на сифіліс. Журнал "Clin Infect Dis". 15 жовтня 2008 р.; 47(8):1114-5.

Торн К., Семененко І., Пилипенко Т., Малюта Р.; Україно-Європейська група з проведення спільних досліджень. Прогрес у профілактиці передачі ВІЛ-інфекції від матері дитині в Україні: результати дослідження когорти з народження. Журнал "BMC Infect Dis". 7 квітня 2009 р.; 9:40.

Торн К., Семененко І., Малюта Р.; Україно-Європейська група з проведення спільних досліджень у рамках EuroCoord. Профілактика передачі вірусу імунодефіциту людини від матері дитині серед вагітних жінок, що вживають ін'єкційні наркотики, в Україні, 2000-10. Журнал "Addiction" [проблеми залежності]. Січень 2012 р.; 107 (1) :118-28. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03609.x. Публікація документа в електронному вигляді 12 жовтня 2011 р. PubMed PMID: 21819473; PubMed Central PMCID: PMC3272221.

Споживачі ін'єкційних наркотиків

Асейхас К., Хікман М., Доногоу М.К., Барроуз Д., Стуйкіте Р. Доступ та охоплення програмами з обміну голків і шприців (ПОШ): Центральна та Східна Європа і Центральна Азія. Журнал "Addiction" [проблеми залежності]. Серпень 2007 р.; 102 (8):1244-50.

Асейхас К., Стімсон Г.В., Хікман М., Роудз Т.; Референтна група ООН з профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків у країнах, що розвиваються, і країнах з перехідною економікою. Глобальний огляд щодо вживання ін'єкційних наркотиків та ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, СНІД. 19 листопада 2004 р.; 18 (17) :2295-303.

Алістар С.С., Оуенз Д.К., Брандо М.Л. Результативність і економічна ефективність розширення програм зменшення шкоди та антиретровірусної терапії призмішаній епідемії ВІЛ: аналіз моделі на прикладі України. Журнал "PLoS Med". Березень 2011 р.; 8 (3): e1000423.

Андрушак Л.І. [Профілактика ВІЛ-інфекції та ЗПСШ, серед ін'єкційних наркоманів на Україні]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Січень-лютий 1999 р.; (1) :86-9. Рос.

Балакірева О.М., Бондар Т.В., Денисюк А.І. Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків: аналітичний звіт за результатами дослідження. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2007 р.

Балакірева О.М., Бондар Т.В., Середа Ю.В., Сазонова Я.О. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка, 2012 р.

Баркал К., Шумахер Дж.Е., Думчев К., Мороз Л.В. Ситуаційна оцінка в області ВІЛ/СНІДу та споживання ін'єкційних наркотиків у Вінниці, Україна. Harm Reduct J [журнал "Зменшення шкоди"]. 15 вересня 2005 р.; 2 (1): 16.

Погоріла Н.Б., Дієва Т.С., Максимов М.Ю. Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків: аналітичний звіт за результатами дослідження 2008 року. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2008 р.

Білий С. [Профілактика ВІЛ/СНІДу серед ін'єкційних наркоманів та жінок сексу бізнесу у м.Харків]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Липень-серпень 2000 р.; (4) :105-6. Рос.

Бут Р.Є., Кеннеді Дж., Брюстер Т., Семерик О. Споживачі та розповсюджувачі наркотиків в Одесі, Україна. Журнал "Psychoactive Drugs" [психоактивні речовини]. Жовтень-грудень 2003 р.; 35 (4) :419-26.

Бут Р.Є., Квятковські К. Ф., Брюстер Дж.Т., Сініцина Л., Дворак С. Прогнозування ВІЛ-інфекції за результатами серологічного дослідження серед споживачів ін'єкційних наркотиків у трьох містах України. СНІД. 14 листопада 2006 р.; 20 (17-):2217-23.

Бут Р.Є., Квятковські К. Ф., Мікулич-Джилбертсон С.К., Брюстер Дж.Т., Саломсен-Сотел С., Корсі К.Ф., Сініцина Л. Прогнозування ризикованої ін'єкційної поведінки після проведення інтервенційних заходів для споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні. Журнал "Drug Alcohol Depend" [наркотична та алкогольна залежність]. Квітень 2006 р.; 82 Дод. 1: S49-55.

Бут Р.Є., Леман У.Е., Брюстер Дж.Т., Сініцина Л., Дворак С. Гендерні відмінності у ризикованій сексуальній поведінці серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні. Журнал "Acquir Immune Defic Syndr" [синдром набутого імунодефіциту]. 1 вересня 2007 р.; 46 (1) :112-7.

Бут Р.Є., Леман У.Е., Дворак С., Брюстер Дж.Т., Сініцина Л. Профілактичні інтервенції серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні. Журнал "Addiction" [проблеми залежності]. Листопад 2009 р.; 104(11):1864-73.

Бут Р.Є., Леман У.Е., Квятковські К. Ф., Брюстер Дж.Т., Сініцина Л., Дворак С. Споживачі стимуляторів в Україні: наступна хвиля епідемії? AIDS Behav [СНІД та поведінка]. Липень 2008 р.; 12(4):652-61.

Бут Р.Є., Леман У.Е., Латкін К.А., Дворак С., Брюстер Дж.Т., Ройер М.С., Сініцина Л. Індивідуальні та мережеві інтервенції серед споживачів ін'єкційних наркотиків у 5 містах України. Журнал "Am J Public Health" [Американський журнал з проблем громадського здоров'я]. Лютий 2011 р.; 101(2):336-43.

Бут Р.Є., Мікулич-Джілбертсон С.К., Брюстер Дж.Т., Саломонсен-Сотел С., Семерик О. Прогнозування інфікування ВІЛ згідно з власною оцінкою споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні. Журнал "Acquir Immune Defic Syndr" [синдром набутого імунodefіциту]. 1 січня 2004 р. 1; 35(1):82-8.

Брюс Р.Д., Дворак С., Силла Л., Алтіс Ф.Л. Доступ до лікування ВІЛ-інфекції та розширення програм опіоїдної замісної терапії на основі бупренорфіну для СН в Україні – опис програми та питання політики. Журнал "Int J Drug Policy" [Міжнародний журнал з питань наркополітики]. Серпень 2007 р.; 18(4):326-8.

Чінталова-Даллас Р., Кейс П., Кіценко Н., Лаззаріні З. Болтушка: стимулятор домашнього приготування, що відноситься до амфетамінів, та ризик інфікування ВІЛ в Одесі, Україна. Міжнародний журнал з питань наркополітики. Липень 2009 р.; 20(4):347-51.

Коен Дж. Відсутність опіоїдних препаратів у рамках замісної терапії для масового застосування серед СН. Science [Наука]. 9 липня 2010 р.; 329 (5988) :165-7.

Думчев К.В., Солдишев Р., Кян Х.З., Зезюлін О.О., Чандлер С.Д., Слободянюк П., Мороз Л., Шумахер Дж.Е. ВІЛ та гепатит С серед споживачів ін'єкційних наркотиків ["ханки"] у Центральній Україні: перехресне дослідження. Зниження шкоди. Серпень 2009 р.; 6:23.

Гагаркін Н., Ваненкова Т. [Про хід реалізації програми "Зменшення шкоди" у м.Миколаєві]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунобіології. Липень-серпень 2000 р.; (4):98-100. Рос.

Хейвард П. Спочатку знизити шкоду: протидія ВІЛ-інфекції в Україні. Lancet [Ланцет]. 16 жовтня 2010 р.; 376 (9749):1287.

Хайд Л. ВІЛ-інфекція та споживачі наркотиків в Україні: підвищення впевненості у галузі зниження ризику ВІЛ-інфікування. Impact HIV. Вересень 1999 р.; 1 (2):3-7.

Якобчук А.В. [Епідемія ВІЛ/СНІДу та тенденції поведінки осіб, що споживають ін'єкційні наркотики (СН)]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунобіології. Липень-серпень 2000 р.; (4):100-3. Рос.

Кіценко Н.А., Семікоп Т.Є., Кіунов В.М. [Профілактика ВІЛ/СНІДу серед споживачів ін'єкційних наркотиків у м.Одеса]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунобіології. Липень-серпень 2000 р.; (4):96-8. Рос.

Кобища Ю. [детермінати поширення ВІЛ серед шприцевих наркоманів на Україні]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунобіології. Січень-лютий 1999 р.; (1):34-6. Рос.

Круглов Ю.В., Щербинська А.М., Андрушак Л.І., Кіслих О.М., Піменов О.С., Коршенко В.М., Протопопов А., Ватаманюк М.Ю. [Результати "дозорного" епідагляду за рівнем поширеності ВІЛ серед ін'єкційних споживачів наркотиків у м. Полтава]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунобіології. Липень-серпень 2000 р.; (4):34-5. Рос.

Мімяга Д.Дж., Сафра С.А., Дворак С., Райснер С.Л., Нідл Р., Вуді Г. "Ми боїмося поліцію, а поліція боїться нас": структурні та індивідуальні бар'єри та заходи щодо підвищення прихильності до медикаментозного лікування ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків у Києві, Україна. AIDS Care. Листопад 2010 р.; 22(11):1305-13.

Міцканюк В.В. [Деякі аспекти впровадження концепції зниження шкоди у м. Черкаси]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Липень-серпень 2000 р.; (4):103-5. Рос.

Набатов А.А., Кравченко О.Н., Люльчук М.Г., Щербинська А.М., Лукашов В.В. Одночасне виявлення вірусу ВІЛ-1 субтипу А та В серед споживачів ін'єкційних наркотиків на півдні України на початку епідемії у колишньому СРСР. Журнал "AIDS Res Hum Retroviruses" [СНІД-дослідження та ретровіруси людини]. 10 серпня 2002 р.; 18 (12):891-5.

Погоріла Н., Таран Ю., Кім С., Герман І., Дієва Т. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед сексуальних партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків: аналітичний звіт за результатами дослідження 2009 року. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2010 р.

Погоріла Н., Таран Ю., Колодій І., Дієва Т. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків: аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2010 р.

Полонець В.В., Андрущак Л.І. [Спільна робота НУО та ЮНЕЙДС в реалізації проекту з профілактики ВІЛ/СНІДу серед осіб, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом, у регіоні з відносно низькими темпами поширення ВІЛ-інфекції]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Липень-серпень 2000 р.; (4):92-3. Рос.

Позняк В.Б., Пеліпас В.Є., Вієвський О.М., Мірошніченко Л. Незаконні наркотики та наслідки їх вживання для здоров'я у Білорусі, Російській Федерації та Україні: вплив перехідного періоду. Журнал "Eur Addict Res" [дослідження проблем наркозалежності в Європі]. 2002; 8 (4):184-189.

Роудз Т., Балл А., Стімсон Г.В., Кобища Ю., Фітч К., Покровський В., Безрученко-Новачук М., Барроуз Д., Рентон А., Андрущак Л. ВІЛ-інфекція, пов'язана з вживанням ін'єкційних наркотиків, в нових незалежних державах Східної Європи: соціально-економічний контекст епідемії. Журнал "Addiction" [проблеми залежності]. Вересень 1999 р.; 94 (9):1323-36.

Шауб М., Штенгелов В., Субате Е., Вайлер Г., Ухтенхаген А. Можливість застосування програм підтримуючої терапії з використанням бупренорфіна та метадону серед споживачів опіатів домашнього приготування в Україні. Журнал "Int J Drug Policy" [Міжнародний журнал з питань наркополітики]. Травень 2010 р.; 21 (3):229-33.

Шауб М., Субате Е., Штенгелов В., Вайлер Г., Ухтенхаген А. Можливість застосування програм підтримуючої терапії з використанням бупренорфіна в Україні: перші обнадійливі результати лікування. Журнал "Eur Addict Res" [дослідження проблем наркозалежності в Європі]. 2009 р.; 15 (3):157-62.

Щелканов М.Ю., Ярославцева Н.Г., Набатов А.А., Машарський А.Е., Юдін А.Н., Мірських Ю.А., Ченцова Н.П., Кобища Ю.В., Козлов А.П., Карамов Є.В. [Серотипова стратифікація ВІЛ-1 у популяції внутрішньовенних наркоманів на південній/південно-західній Україні]. Питання вірусології. Липень-серпень 1998 р.; 43 (4):176-82. Рос.

Смирнов П., Бродхед Р.С., Даценко О., Матіяш О. Відновлення проектів зі зниження шкоди серед споживачів ін'єкційних наркотиків: впровадження програмних інтервенцій за принципом "рівний-рівному" на загальнонаціональному рівні в Україні. Журнал "Int J Drug Policy" [Міжнародний журнал з питань наркополітики]. Березень 2012 р.; 23 (2):141-7. Електронна публікація від 14 лютого 2012 р. PubMed PMID: 22341720.

Спайсер Н., Богдан Д., Бруга Р., Хармер А., Мурзалієва Г., Семігіна Т. "Ходити по місту зі шприцами – справа ризикова": оцінка масштабів доступу до послуг профілактики, догляду та лікування ВІЛ/СНІДу для споживачів ін'єкційних наркотиків у країнах колишнього Радянського Союзу – України та Киргизстані. Глобальне здоров'я. 13 липня 2011 р.; 7:22. PubMed PMID: 21752236; PubMed Central PMCID: PMC3143914.

Страсді С.А., Халлетт Т.М., Боброва Н., Роудз Т., Бут Р., Абдул Р., Ханкінс К.А. ВІЛ-інфекція та середовище підвищеного ризику для споживачів ін'єкційних наркотиків: минуле, сьогодення та майбутнє. *Lancet [Ланцет]*. 24 липня 2010 р.; 376 (9737) :268-84.

Таран Ю.С., Джонсон Л.Г., Погоріла Н.Б., Салюк Т.О. Кореляти ризику ВІЛ-інфікування серед споживачів ін'єкційних наркотиків у шістнадцяти містах України. *Журнал "AIDS Behav" [СНІД та поведінка]*. Січень 2011 р.; 15 (1):65-74.

Вікерман П., Кумаранаяке Л., Балакірева О., Гіннесс Л., Артюх О., Семікоп Т., Яременко О., Уоттс К. Оцінка економічної ефективності розширення програм зі зменшення шкоди для споживачів ін'єкційних наркотиків в Одесі, Україна. *Журнал "Sex Transm Dis" [Хвороби, що передаються статевим шляхом]*. Жовт. 2006 р.; 33 (Дод. 10): S89-102.

Вольф Д., Карр'єрі М.П., Шепард Д. Лікування та догляд для ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків: аналіз перешкод та варіантів подальших дій. *Lancet [Ланцет]*. 31 липня 2010 р.; 376 (9738):355-66.

Вольф Д. Парадокси в антиретровірусній терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків: доступ, прихильність до лікування та структурні бар'єри в Азії та колишньому Радянському Союзі. *Журнал "Int J Drug Policy" [Міжнародний журнал з питань наркополітики]*. Серп. 2007 р.; 18(4):246-54.

Яременко О.О., Балакірева О.М., Галустян Ю.М., Артюх О.Р., Дікова-Фаворська Д.М., Шамота Т.С., Бочкова Л.В., Марціновська В.А., Галич Ю.П., Злобіна О.Г., Левчук Н.М., Лютий В.П., Морозов В.Ф., Микитюк Т.П., Петровський О.М. Аналітичний звіт: моніторинг поведінки СНІ як компонент епідагляду другого покоління. Київ, Україна: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2004 р.

Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками

Балакірева О.М., Бондар Т.В., Касянчук М.Г., Кісь З.Р., Лещинський Є.В., Шеремет С.П. Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс з чоловіками: аналітичний звіт за результатами опитування. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка, 2008 р.

Бейрер К., Барал С.Д., Уолкер Д., Віртс А.Л., Джонз Б., Сіфакіс Ф. Наростання епідемії ВІЛ-1 серед чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, у країнах з низьким та середнім рівнем доходу: особливості та закономірності. *Журнал "Epidemiol Rev" [епідеміологічний огляд]*. Квіт. 2010 р.; 32 (1):137-51.

Большов Є.С., Касянчук М. Г., Трофименко О. В., Шеремет С.П. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2011 р. Укр.

Центр соціальних експертиз, Інститут соціології, Національна академія наук України. Аналітичний звіт: моніторинг поведінки ЧСЧ як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління. Київ, Україна: Національна академія наук України, 2004 р.

МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні". [Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епідагляду другого покоління]. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2009 р. Укр.

Міграція та мобільні групи населення

Аксманн А. Східна Європа та Співдружність Незалежних Держав. Журнал "Int Migr" [міжнародна міграція]. 1998 р.; 36 (4):587-607.

Ботрос Б.А., Алієв К.М., Саад М.Д., Майкл А.А., Санчес Х.Л., Карр Дж.К., Йархарт К.К. ВІЛ-інфекція та пов'язані з цим фактори ризику для водіїв-далекобійників, які перетинають територію Азербайджану. Int J STD AIDS [Міжнародний журнал "ЗПСШ і СНІД"]. Липень 2009 р.; 20 (7):477-82.

Військовослужбовці

Дієва Т.С., Пашкевич В.Л. Аналітичний звіт: моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління. Київ, Україна: СО-ЦІС-Центр прикладних соціологічних досліджень), Міністерство оборони України, МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2007 р.

Погоріла Н.Б., Сасько О.В., Пашкевич В.Л. Аналітичний звіт: моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2005 р.

Молекулярна епідеміологія

Бобков А.Ф., Покровський В.В., Селімова Л.М., Ладна М.М., Казеннова Є.В., Бобкова М.Р., Ханіна Т.А., Кравченко О.В., Юрін О.Г., Саухат С.Р. [Генетична характеристика варіантів вірусу імунодефіциту людини 1-го типу, що викликали епідемію серед наркоманів у країнах СНД]. Питання вірусології. Листопад-грудень 1998 р.; 43 (6):253-6. Рос.

Карамов Є.В., Щелканов М.Ю., Юдін О.М., Горбачова А.П., Бурунова В.В., Славський А.А., Лукашов В.В., Ярославцева Н.Г. [Молекулярно-епідеміологічні особливості варіантів ВІЛ-1, що циркулюють серед шприцевих наркоманів на території СНД]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Січень-лютий 1999 р.; (1):39-41. Рос.

Коровіна Г.І., Смольська Т.Т., Ташкінова І.П., Момот О.Ф., Кевлова Н.А., Літсола К., Лейніккі П., Салмінен М. [Рекомбінантний штам ВІЛ-1, що викликав епідемію серед ін'єкційних наркоманів у Калінінграді]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Січень-лютий 1999 р.; (1):47-9. Рос.

Кожекбаєва Ж.М., Бородіна Т.А., Боринська С.А., Гусар В.А., Фещенко С.П., Ахметова В.Л., Хусаїнова Р.І., Гупало Є.Ю., Спіцин В.А., Гречаніна О.Я., Хуснутдінова К., Янковський М.К. [Розподіл ВІЛ-протективних алелів (CCR5delta32, CCR2-64I та SDFI3'A) у вибірках росіян, українців та білорусів]. Генетика. Жовт. 2004 р.; 40 (10):1394-401. Рос.

Наганава С., Сато С., Носсік Д., Такахаші К., Хара Т., Точікубо О., Кітамура К., Хонда М., Накаоне Т. Перший звіт про виявлення рекомбінантного штаму ВІЛ-1 [CRF03_AB] серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні. Журнал "AIDS Res Hum Retroviruses" [СНІД-дослідження та ретровіруси людини]. 10 жовтня 2002 р.; 18(15):1145-9.

Ніколаєвський В.В., Браун Т.Дж., Бажора Ю.І., Асмолов А.А., Балабанова Ю.М., Дробнієвські Ф.А. Молекулярно-епідеміологічні особливості та поширеність мутацій, що визначають стійкість до рифампіцину та ізоніазиду штамів мікобактерій туберкульозу на півдні України. Журнал "Clin Microbiol Infect" [клінічна мікробіологія та інфекційні захворювання]. Лют. 2007 р.; 13 (2):129-38.

Новицький В.А., Монтано М.А., Ессекс М. Молекулярно-епідеміологічні особливості штамів ВІЛ-1 субтипу А, циркулюючих серед шприцевих наркоманів на півдні України. Журнал "AIDS Res Hum Retroviruses" [СНІД-дослідження та ретровіруси людини]. 10 серпня 1998 р.; 14 (12):1079-85.

Саад М.Д., Щербинська А.М., Надай Ю., Круглов Ю.В., Антоненко С.В., Люльчук М.Г., Кравченко О.Н., Йархарт К.К., Санчес Х.Л., Біркс Д.Л., Карр Дж.К. Молекулярно-епідеміологічні особливості ВІЛ-1 в Україні: місце зародження епідемії. Журнал "AIDS Res Hum Retroviruses" [СНІД-дослідження та ретровіруси людини]. Серп. 2006 р.; 22 (8):709-14.

Томсон М.М., де Парга Є.В., Виноградова А., С'єрра М., Яковлев А., Рахманова А., Дельгадо Е., Касадо Г., Муньйос М., Кармона Р., Вега І., Перес-Альварес Л., Контрерас Г., Медрано Л., Османов С., Ніхера Р. Нове розуміння походження епідемії ВІЛ-1 субтипу А у країнах колишнього Радянського Союзу за результатами секвенування вірусів, що поширювалися у передепідемічний період. Журнал "AIDS Res Hum Retroviruses" [СНІД-дослідження та ретровіруси людини]. Груд. 2007 р.; 23 (12):1599-604.

Ув'язнені

Демченко І., Костючок М., Білоносова Н. [Моніторинг інформованості, поведінки і поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження.] Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2010 р. Укр.

Гунченко А., Кожан Н. [ВІЛ-інфекція у місцях позбавлення волі України]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Січень-лютий. 1999 р.; (1) :31-3. Рос.

Гунченко А.Н., Андрущак Л.І. [Результати спільного проекту державного департаменту України з питань виконання покарань та ЮНЕЙДС щодо зниження ризику поширення ВІЛ в місцях позбавлення волі України]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Липень-серпень 2000 р.; (4):95-6. Рос.

Калашник Н.Г. Демченко І.Л., Кожан Н.Є., Костенко К.С., Живаго С.Б., Хведчук В.В. [Аналітичний звіт "Моніторинг поінформованості та поведінки засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління"]. Київ, Україна: аналітичний центр "Соціоконсалтинг", 2007 р. Укр.

Працівники комерційного сексу

Андрущак Л.І., Ходакевич Л.М. [Зниження ВІЛ-уразливості жінок, залучених до секс-бізнесу на Україні, шляхом соціальної мобілізації та створення мереж самопідтримки]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Липень-серпень 2000 р.; (4):118-9. Рос.

Артюх О.Р., Балакірева О.М., Бочкова Л.В., Галич Ю.П., Галустян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М., Злобіна О.Г., Левчук Н.М., Лютий В. П., Марціновська В.А., Микитюк Т.П., Морозов В.Ф., Петровський О.М., Шамота Т.С., Яременко О.О. [Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду другого покоління. Аналітичний звіт за результатами дослідження]. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2005 р. Укр.

Балакірева О.М., Бондар Т.В., Середа Ю.В. [Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду другого покоління]. Київ, Україна: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2008 р. Укр.

Бірд Дж., Біемба Г., Брукс М.І., Костелло Дж., Оммерборн М., Бреснахан М., Флінн Д., Саймон Дж.Л. Діти жінок комерційного сексу і споживачів наркотиків: Аналіз вразливості, життєстійкості і моделей організації догляду сімейного типу.

J Int AIDS Soc [журнал “Міжнародного товариства зі СНІДу”]. 23 червня 2010 р.; 13 Дод. 2: S6.

МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2010 р.

Київський міжнародний інститут соціології. Моніторинг поведінки жінок комерційного сексу (ЖКС) як компонент епідагляду за ВІЛ-інфекцією другого покоління у 16 містах України. Аналітичний звіт за результатами дослідження 2008 року. Київ, Україна: Київський міжнародний інститут соціології, 2008 р.

Кириченко П., Полонець В. Профіль високого ризику ВІЛ-інфікування серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату, у Вінниці, Україна. Журнал “Sex Transm Infect” [Інфекції, що передаються статевим шляхом]. Квітень 2005 р.; 81 (2):187-8.

Лахумалані В. [Ситуація з проституцією у ряді міст Росії, України та Білорусії]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Січень-лютий 1999 р.; (1):102-4. Рос.

Залаті О., Яцюк А., Непомняща Т. [Впровадження проектів з профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають ін’єкційні наркотики, та жінок секс-бізнесу у м.Сімферополь]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунології. Липень-серпень 2000 р.; (4):106-8. Рос.

Український державний інститут проблем сім’ї та молоді. МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”. Аналітичний звіт: Моніторинг поведінки ЖКС як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2004 р.

Київський міжнародний інститут соціології. Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ серед жінок комерційного сексу (ЖКС) як компонент епідагляду за ВІЛ-інфекцією другого покоління. Аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року. Київ, Україна: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні”, 2012 р.

Структурні інтервенції, юридичні питання та політика

Аркін Е. Україна: успіхи у галузі політики з ВІЛ-інфекції затьмарені діями поліції по відношенню до клінік з лікування наркозалежності. Журнал “HIV AIDS Policy Law Rev” [огляд політики та права у галузі ВІЛ/СНІДу]. Квітень 2011 р.; 15(2):24.

Атун Р., Олійник І. Опір змінам у сфері політики: випадок України. Бюлетень Всесвітньої організації охорони здоров’я. Лютий 2008 р.; 86 (2):147-54.

Бейлі Х., Торн К., Семененко І., Малюта Р., Терещенко Р., Адеянова І., Кулаковська О., Островська Л., Кваша Л., Кортіна-Борха М., Таунсенд К.Л. Цервікальний скринінг у рамках ВІЛ-програм: результати дослідження ВІЛ-позитивної демографічної когорти в Україні. Видання PLoS One. 2012; 7(4):e34706. Електронна публікація від 24 квітня 2012 р. PubMed PMID: 22545087; PubMed Central PMCID: PMC335834.

Буроменський М. Законодавство у галузі захворювань, що передаються статевим шляхом, в Україні: правові та етичні питання і їх вплив у контексті ВІЛ-СНІДу. Журнал “Med Law” [Медичне право]. 1999р; 18 (2-3):327-33.

Барроуз Д. Стратегії протидії ВІЛ/СНІДу на території колишнього Радянського Союзу. Dev Bull [бюлетень з питань розвитку]. Червень 2000 р.; (52):49-51.

Барроуз Д. Адвокація та охоплення програмами обміну голок: результати порівняльного дослідження програм зниження шкоди у Бразилії, Бангладеш, Білорусі, Україні, Російській Федерації та Китаї. Cad Saude Publica [суспільна охорона здоров’я]. Квітень 2006 р.; 22 (4):871-9.

Коен Дж. Органи правопорядку та лікування наркозалежності: культурні розбіжності. Science [Наука]. 9 липня 2010 р.; 329 (5988):169.

Х'юман Райтс Вотч [Human Rights Watch], Риторика та ризик: порушення прав людини ускладнюють боротьбу з ВІЛ/СНІДом в Україні. Нью-Йорк: Х'юман Райтс Вотч, 2006 р.

Іцеберг Дж.М., Алтіс Ф.Л. Наступні дії для України у напрямку скасування обліку та реєстрації ВІЛ-інфікованих, впровадження системи планового тестування на виявлення вірусу імунодефіциту людини та розширення послуг, що надаються. Журнал "Addiction"[проблеми залежності]. Березень 2010 р.; 105(3):569-70.

Кобища Ю. [Політика тестування на ВІЛ-інфекцію на Україні]. Журнал мікробіології, епідеміології та імунобіології. Січень-лютий 1999 р.; (1):65-7. Рос.

Тополіло А. Надання юридичної допомоги представникам уразливих меншин в Україні. Журнал "HIV AIDS Policy Law Rev" [огляд політики та права у галузі ВІЛ/СНІДу]. Грудень 2006 р.; 11(2-3):74-5.

Волш А.П., Омар А.Б., Коллінз Г.С., Мюррей П.Ю. Волш Д.Дж., Салма У., Сілліс Є.С. Застосування скринінгових протоколів у рамках директив ЄС щодо тканин та клітин у разі анонімних донорів ооцитів на західній Україні: дані програми донорства яйцеклітин [IVF] Ірландії. Журнал "Obstet Gynaecol" [акушерство та гінекологія]. 2010 р.; 30(6):613-6.

Інфекції, що передаються статевим шляхом

Мавров Г.І., Бондаренко Г.М. Еволюція інфекцій, що передаються статевим шляхом, в Україні. Журнал "Sex Transm Infect" [Інфекції, що передаються статевим шляхом]. Червень 2002 р.; 78 (3):219-21.

Туберкульоз

Дробнієвські Ф., Ніколаєвський В., Асмолов А., Бажора Ю., Сервецький С. Тенденції до зростання захворюваності ВІЛ та ТБ в Одесі та Україні. Int J STD AIDS [Міжнародний журнал "ЗПСШ і СНІД"]. Травень 2005 р.; 16 (5):374-8.

Бубровіна І., Мішкініс К., Лепшина С., Янн І., Хоффман Х., Залескіс Р., Нанн П., Зігноль М. Лікарсько-стійкий туберкульоз та ВІЛ-інфекція в Україні: загроза конвергенції двох епідемій? Міжнародний журнал "Int J Tuberc Lung Dis" [туберкульоз і легеневі захворювання]. Липень 2008 р.; 12 (7):756-62.

Гранич Р. ВІЛ-інфекція та туберкульоз з множинною лікарською стійкістю в Україні: новини з регіону підвищеної небезпеки з точки зору МЛС-ТБ та ВІЛ. Міжнародний журнал "Int J Tuberc Lung Dis" [туберкульоз і легеневі захворювання]. Липень 2008 р.; 12 (7):701.

Мельник В.М. [Туберкульоз на Україні: стан, проблеми та прогноз (медико-статистичні дослідження)]. Журнал "Проблеми туберкульозу". 2000 р.; (5):28-31; дискусійні матеріали 31-2. Рос.

Рейкхерт І., Мішкініс К., Лепшина С., Косінова О., Ковальова А., Залескіс Р., Нанн П., Зігноль М. Серологічна поширеність ВІЛ серед нових випадків захворювання на ТБ серед цивільного населення та ув'язнених у Донецькій області, Україна. Scand J Infect Dis [Скандинавський журнал інфекційних захворювань]. 2008р; 40 (8):655-62.

Ван дер Верф М.Дж., Єгорова О.Б., Чечулін Ю., Хаскер Е., Вин Дж., Турченко Л.В. Тестування на ВІЛ серед хворих на туберкульоз після введення нової процедури тестування у місті Києві, Україна. Міжнародний журнал "Int J Tuberc Lung Dis" [туберкульоз і легеневі захворювання]. Липень 2005 р.; 9 (7):733-9.

Ван дер Верф М.Дж., Єгорова О.Б., Ченцова Н., Чечулін Ю., Хаскер Е., Петренко В.І., Вин Дж., Турченко Л.В. Туберкульоз та коінфекція ВІЛ в місті Києві, Україна. Журнал "Emerg Infect Dis" [нові інфекційні захворювання]. Травень 2006 р.; 12 (5):7-66-8.

Жінки

Бурруано Л., Круглов Ю., Марціновська В. Гендерні відмінності – ВІЛ-інфекція стосовно конкретної ситуації жінок на Україні. Журнал "Acta Dermatovenereol Croat". 2007 р.; 15 (2):76-9.

Бурруано Л., Круглов Ю. Епідемія ВІЛ/СНІДу Східній Європі: події останнього часу, що стосуються становища жінок у Російській Федерації та Україні. Журнал "Gend Med" [гендерна медицина]. Квітень 2009 р.; 6 (1):277-89.

Казеїн Ф., Хеймерс Ф.Ф., Брунет Дж.Б. Поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок у Європі: відмінності у методиці оцінки та оцінки рівня захворюваності у різних країнах. Журнал "Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol" [Синдроми набутого імунodefіциту та ретровірусологія людини]. 1 листопада 1998 р.; 19 (3):296-305.

Д'юд А. Прояв насильства з боку інтимних партнерів та підвищений довічний ризик передачі інфекцій, що передаються статевим шляхом, серед жінок в Україні. Журнал "Stud Fam Plann" [дослідження у галузі планування сім'ї]. Червень 2007 р.; 38 (2):89-100.

Сакстон Дж., Малюта Р., Семененко І., Пилипенко Т., Терещенко Р., Кулаковська О., Адеянова І., Кваша Л., Торн К. Попередня історія репродуктивного стану здоров'я та планування сім'ї у постнатальний період серед ВІЛ-інфікованих жінок в Україні. Hum Reprod [питання репродукції людини]. Вересень 2010 р.; 25 (9): 2366-73.

Савблом К. Головний акцент на питаннях жіночого здоров'я – Україна. Entre Nous Cph Den. Зима 1999 р.; (45):13-4.

Для нотаток

Проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Україні

Підсумковий звіт

Верстка та дизайн обкладинки:
Н. Тілікіна

Підп. до друку 11.11.2013 р. Формат 60х84/8
Папір офсетний. Гарнітура Helios. Друк офсет.
Ум. друк. арк. 8,0. Обл. вид. арк. 8,63.
Наклад 300 прим. Замовл. № 30/11

Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство «Україна»
01054, м. Київ, вул. Гончара, 55
(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК № 265 від 30.11.2000 р.)