

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

Підсумковий звіт

Київ – 2015

Головні виконавці дослідження:

Івана Бози́севич (Ivana Božičević), доктор охорони громадського здоров'я (1)

Микола Дейкун (5)

Ігор Кузін (2)

Віолетта Марциновська, к.мед.н. (2), (3)

Маріанна Ніколко (4)

Ніна Товчига (5)

Юрія-Івана Чакало (Jurja-Ivana Čakalo), доктор медицини (1)

(1) Центр співробітництва ВООЗ з дозорного епіднадзора за ВІЛ, м. Загреб (Хорватія);

(2) Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України»;

(3) Державна установа «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»;

(4) МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;

(5) Комунальний заклад «Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» Чернігівської обласної ради

Р Регіональний проект з триангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернігівській області. Підсумковий звіт. – Бози́севич І., Кузін І., Марциновська В., Чакало Ю.-І. та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2015. – 84 с.

ISBN

Окрема подяка Андрію Юрійовичу Смірнову (ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України») за підтримку в підготовці текстово-ілюстраційних матеріалів звіту.

У звіті представлено результати синтезу та триангуляції даних, які характеризують розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Чернігівській області протягом 2005–2013 років. Проаналізовано дані для відповіді на питання щодо інтенсивності та динаміки епідемії, впливу профілактичних програм на розвиток епідемічного процесу з ВІЛ-інфекції в Чернігівській області. Результати проведеного аналізу мають на меті забезпечення інформацією для прийняття політичних та програмних рішень. Цей звіт стане у пригоді людям, які приймають рішення щодо планування та реалізації заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, керівникам закладів охорони здоров'я, епідеміологам, дослідникам, фахівцям з моніторингу і оцінки, працівникам неурядових організацій, які надають послуги з профілактики ВІЛ представникам ключових груп населення та послуги з догляду і підтримки людям, які живуть з ВІЛ.

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

Цю публікацію підтримано Угодою про співробітництво № U2GGH000840 з Центрами США з контролю та профілактики захворювань (CDC). Зміст публікації є відповідальністю виключно її авторів і не обов'язково відображає офіційну позицію Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).

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

ББК
УДК

ISBN

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

Список скорочень	5
Виконавче резюме	6
Вступ	9
Загальна інформація.....	11
Методи	13
Загальний підхід	13
Поняття та процес триангуляції	13
Питання для дослідження	15
Визначення джерел даних	15
Основні коди сероепідеміологічного моніторингу, використані у дослідженні	16
Обмеження даних для триангуляційного аналізу	17
Конфіденційність і люди як суб'єкти дослідження	19
Розповсюдження	19
Висунуті гіпотези дослідження з триангуляції даних	19
Соціально-демографічні тенденції в Чернігівській області.....	20
Результати	22
Розділ І. Дослідницьке питання 1. Які інтенсивність і динаміка епідемії ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?	22
1. Епідеміологічна характеристика поширення ВІЛ за даними РЕН.....	22
1.1. Загальні показники епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції	22
1.2. Розподіл уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за територіями області ..	23
1.3. Статеві-вікова характеристика вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції з урахуванням шляхів інфікування ВІЛ	26
1.4. Своєчасність узяття під медичний нагляд ВІЛ-позитивних осіб, виявлених при лабораторному обстеженні	30
2. Поширеність ВІЛ у групах підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ	37
2.1. Результати СЕМ поширеності ВІЛ серед уразливого до ВІЛ контингенту	37
2.2. Поширеність ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків	41
2.3. Поширеність ВІЛ серед жінок комерційного сексу	47
2.4. Поширеність ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками.....	49
3. Поширеність ВІЛ серед загального населення	51
3.1. Поширеність ВІЛ серед донорів	51
3.2. Поширеність ВІЛ серед вагітних	52
3.3. Дані щодо вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед жінок, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом	54
4. Висновки щодо дослідницького питання 1	57

Розділ II. Дослідницьке питання 2. Який вплив профілактичних програм на розвиток ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?.....	60
5. Профілактика поширення ВІЛ серед осіб з ГПР	60
5.1. Охоплення СІН профілактичними програмами	60
5.2. Охоплення ЖКС профілактичними програмами	62
5.3. Охоплення ЧСЧ профілактичними програмами	63
5.4. Переадресація ВІЛ-позитивних осіб з ГПР.....	64
6. Надання медичних послуг особам з ГПР	67
6.1. Доступ до антиретровірусної терапії	67
6.2. Доступ до програми замісної підтримувальної терапії	71
7. Поінформованість молоді з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу	73
8. Висновки щодо дослідницького питання 2	75
Питання для дискусії.....	77
Рекомендації.....	79

Список скорочень

АРТ	Антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВГС	Вірусний гепатит С
ГПР	Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
ЖКС	Жінки комерційного сексу
ЗМІ	Засоби масової інформації
ЗОЗ служби СНІДу	Заклади охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КІТ на ВІЛ-інфекцію	Дотестове та післятестове консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
МіО	Моніторинг і оцінка
НУО	Неурядові організації
ППМД	Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
РЕН	Рутинний епідеміологічний нагляд
ТБ	Туберкульоз
СЕМ	Сероепідеміологічний моніторинг
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ЦСССДМ	Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЧСЧ	Чоловіки, які мають секс із чоловіками

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

Регіональний проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Україні є діяльністю з триангуляції, що передбачає аналіз широкого діапазону даних, в основному щодо звітування про випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу, впровадження профілактичних програм та проведення біоповедінкових досліджень у групах підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ. Проект має на меті розгляд двох ключових питань щодо епідемії ВІЛ-інфекції в Чернігівській області:

1. Які інтенсивність і динаміка епідемії ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?

2. Який вплив профілактичних програм на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?

Цей остаточний звіт підсумовує роботу, проведену за період з січня по листопад 2014 року.

Ключові результати аналізу

- Епідемія ВІЛ-інфекції у Чернігівській області є концентрованою за рахунок поширення ВІЛ серед СІН, котрі досі залишаються групою населення, яка найбільш уражена ВІЛ-інфекцією:
 - за даними дозорних епідеміологічних досліджень, поширеність ВІЛ серед СІН є високою: середнє значення частоти виявлення антитіл до ВІЛ при обстеженні СІН у 2009, 2011 і 2013 роках становило 26,3%;
 - за даними програми «Спектр», оціночна поширеність ВІЛ серед СІН віком 15–49 років досягла максимального значення у 2013–2014 рр. (29,8%) і має тенденцію до повільного зниження до 2020 р.;
 - за даними офіційної статистики, реєстрація охоплює переважно чоловіків віком 30 років і старших, частка СІН серед яких ще залишається на високому рівні та знижується дуже повільно – з 56,9% у 2009 р. до 50,9% у 2013 р.;
 - поведінкові дослідження засвідчили поширення ризикованих ін'єкційних практик у середовищі СІН. Це підтверджується зростанням частки СІН, у яких було виявлено антитіла до вірусу гепатиту С, – з 67,7% у 2011 р. до 70,9% у 2013 р. Відсоток СІН, які використовували стерильний ін'єкційний інструментарій протягом останнього місяця, досяг у 2013 році тільки 79%. Спостерігається суттєве зростання частки СІН, які споживали стимулятори протягом останніх 30 днів, – з 48,3% у 2009 р. до 72,1% у 2013 р.
- Зниження рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію, що реєструється, зумовлене зменшенням кількості випадків інфікування ВІЛ серед молодих СІН:
 - за даними офіційної статистики, частка СІН віком 15–24 роки серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН знизилася з 22,7% у 2005 р. до 4,7% у 2013 р.;
 - за даними біоповедінкових досліджень, середнє значення частоти виявлення антитіл до ВІЛ при обстеженні СІН віком 15–24 роки у 2009, 2011 та 2013 роках становило 5,7%; у 2013 році молодих ВІЛ-інфікованих СІН не виявлено;
 - за даними програмного моніторингу, частка клієнтів-СІН до 25 років, у т.ч. ВІЛ-інфікованих, щорічно знижується.
- СІН відіграють ключову роль у поширенні ВІЛ серед загального населення. Збільшення випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом серед жінок пов'язане з поширенням ВІЛ серед їхніх статевих партнерів-СІН:

- за даними офіційної статистики, у 41% жінок, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, статевими партнерами були СІН;
- за різними джерелами даних, СІН практикують небезпечну статеву поведінку. Частка СІН, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевих контакту, становила 46%, середня кількість статевих контактів СІН з випадковими партнерами протягом останніх 3 місяців – 9,3 (по Україні – 6,6).
- Зростає епідемічна роль ЧСЧ у поширенні ВІЛ статевим шляхом:
 - за даними програми «Спектрум», очікується зростання оціночної поширеності ВІЛ серед ЧСЧ з 0,68% у 2013 р. до 0,98% у 2020 р.;
 - за даними поведінкових досліджень, факторами ризику передачі ВІЛ від ЧСЧ до жінок є часте практикування бісексуальних контактів (80%) та недостатній рівень використання презервативів серед ЧСЧ (49%). Отже, епідемічна значущість передачі ВІЛ від ЧСЧ до загального населення підвищується за рахунок їхніх статевих контактів з жінками, а в наявній системі реєстрації може мати місце помилкове включення ВІЛ-інфікованих ЧСЧ до осіб з гетеросексуальним шляхом інфікування ВІЛ.
- Поширення ВІЛ серед ЖКС суттєво не впливатиме на інтенсивність епідемії ВІЛ-інфекції в області: показник поширеності ВІЛ серед ЖКС низький (1,0%), у т.ч. серед молодих ЖКС віком до 25 років (0,9%); жодна з усіх ЖКС не споживала ін'єкційних наркотиків.
- Епідемія ВІЛ-інфекції поступово поширюється в сільські райони області. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які мешкають у сільській місцевості, від загальної кількості вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком від 15 років зріс з 19,6% у 2005 р. до 41,8% у 2013 р. Активізація статевих шляхів передачі ВІЛ та відсутність у сільських районах доступу до КіТ на ВІЛ-інфекцію для груп підвищеного ризику зумовлюють значне ускладнення епідемічної ситуації на цих територіях.
- Профілактичні програми серед СІН не привели до суттєвого зниження поширеності ВІЛ серед них унаслідок недосконалості механізму переадресації ВІЛ-позитивних осіб від НУО до закладів охорони здоров'я служби СНІДу, ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки СІН та недостатньої кількості НУО, які працюють з ними. Цільові групи ЖКС та ЧСЧ практично не охоплено профілактичною діяльністю громадських організацій.
- Зростання показників захворюваності на СНІД і смертності від СНІДу в області є результатом не тільки несвоєчасного виявлення та реєстрації ВІЛ-позитивних осіб, але й обмеження в медичних послугах для ЛЖВ, особливо для СІН: рівень охоплення АРТ тих, хто її потребує, не досягає 80% і у 2013 році становив тільки 39,7% (від диспансерної групи); частка ВІЛ-інфікованих СІН серед загальної кількості ЛЖВ, які отримують АРТ, не перевищує 10%; антиретровірусне лікування не надається навіть СІН, які мають IV клінічну стадію ВІЛ-інфекції; відсоток осіб, які отримували ЗПТ, від оціночної кількості СІН з опіоїдною залежністю становить лише 2,2%.
- Недостатній рівень поінформованості молоді з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу підвищує ризик небезпечної поведінки, яка призводить до інфікування ВІЛ:
 - за даними біоповедінкових досліджень, у місті Чернігові відмічено один з найнижчих (порівняно з іншими дозорними містами України) показників середнього віку входу до групи СІН – 17 років, середній вік початку статевих життів ЖКС – 16,5 року;

- за результатами моніторингового дослідження «Стан превентивної освіти дітей та учнівської молоді в навчальних закладах області», проведеного у 2012–2013 роках, 77% респондентів правильно визначали шляхи інфікування ВІЛ, тільки 53% знали, куди потрібно звертатися для тестування на ВІЛ-інфекцію;
- за даними обласного управління освіти та науки, цільове значення (50%) показника проведення факультативного курсу «Профілактика ВІЛ-інфекції/СНІДу» за проектом «Школа проти СНІДу» в загальноосвітніх навчальних закладах досягнуто частково – 38%. Заклади освіти області забезпечено практичними психологами на 51%, соціальними педагогами – на 38%, існує гострий дефіцит відповідних кадрів у закладах освіти сільської місцевості, де рівень поширення ВІЛ підвищується щороку.

Ключові програмні рекомендації

- Збільшити охоплення консультуванням і тестуванням на ВІЛ-інфекцію осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, насамперед СІН.
- Підвищити ефективність переадресації ВІЛ-позитивних осіб, виявлених у неурядових організаціях, до закладів охорони здоров'я служби СНІДу шляхом забезпечення супроводу кожної особи для її взяття під медичний нагляд.
- Спрямовувати профілактичну роботу на СІН та їхніх статевих партнерів, зокрема, зосередити подальші зусилля на розширенні їх доступу до АРТ і ЗПТ.
- Активізувати профілактичну діяльність серед ЖКС з метою зниження рівня небезпечної статевої поведінки серед цих жінок та їхніх клієнтів.
- Впровадити інноваційні підходи з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ для підвищення рівня їх охоплення профілактичними програмами та запобігання передачі ВІЛ як у середовищі цієї цільової групи, так і від ЧСЧ до загального населення.
- Створити мережу НУО, які працюють з ЧСЧ і ЖКС; посилити профілактичну діяльність НУО, які працюють із СІН, та розширити сферу їхнього впливу в сільській місцевості.
- Підвищити поінформованість учнівської молоді з питань ВІЛ/СНІДу шляхом забезпечення закладів освіти належною кількістю факультативних курсів з профілактики ВІЛ-інфекції, підготовленими кадрами для їх впровадження, систематичного інформування населення через засоби масової інформації про актуальні питання профілактики наркологічних захворювань, безпечної поведінки та пропаганди здорового способу життя.

Ключові рекомендації стосовно додаткових даних

- Вивчити причини невзяття ВІЛ-інфікованих осіб своєчасно під медичний нагляд у закладах охорони здоров'я служби СНІДу, вплив цього фактору на рівні захворюваності та смертності, зумовлених СНІД-індикаторними хворобами, і сучасний стан епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в області загалом.
- Додатково вивчити категорії осіб, обстежених на ВІЛ-інфекцію в рамках СЕМ, з метою визначення осіб з ГПР, яких реєструють за різними кодами обліку, тим самим сприяти підвищенню ефективності епідеміологічного контролю за ВІЛ-інфекцією в області та її адміністративних територіях.
- З метою оцінки реального рівня поширеності ВІЛ і факторів ризику інфікування ВІЛ серед ЧСЧ провести опитування чоловіків, зокрема тих, чий шлях інфікування було кваліфіковано як гетеросексуальний.
- Провести дослідження щодо визначення рівня поширеності вірусних гепатитів В і С серед осіб, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, та їхніх статевих партнерів.
- Для складання більш точних оцінок та прогнозів проводити дозорні дослідження серед ЖКС та ЧСЧ на регулярній основі.

ВСТУП

Упродовж розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції періодична оцінка політик і програм, здійснення нагляду та проведення досліджень необхідні для забезпечення ефективної відповіді на епідемію. Сучасна система епідеміологічного нагляду дозволяє в цілому здійснити інтегральну оцінку ефективності профілактичних та лікувальних програм щодо ВІЛ-інфекції з використанням ресурсів, які містять найбільш корисну інформацію. Забезпечення стратегічною інформацією в рамках моніторингу та оцінки (МіО) заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції необхідне для планування дій з призупинення подальшого поширення ВІЛ та пом'якшення наслідків епідемії як на національному, так і на регіональному рівнях¹.

Сьогодні в Україні накопичено масив даних у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу про певні групи населення, їхню поведінку, потреби, послуги, що надаються. З 1995 року поширення ВІЛ було зумовлене спалахом випадків інфікування серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), а з 2008 року статевий шлях передачі збудника став провідним. Збільшення питомої ваги статевого шляху інфікування ВІЛ серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб є загальною тенденцією для всіх регіонів України. Проте не можна недооцінювати участі СІН у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції на сучасному етапі – це потребує додаткового аналізу даних у кожному регіоні окремо.

У 2014 році було проведено дослідження з тріангуляції даних у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернігівській області. Дослідження здійснювалося в рамках Проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні» (МЕТІДА), який підтримується Центрами США з контролю і профілактики захворювань (CDC) відповідно до Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Ключові питання, на які Проект надав відповіді, було визначено на робочій зустрічі, організованій Чернігівським обласним центром з профілактики та боротьби зі СНІДом, за участю фахівців центру, надавачів послуг з профілактики та лікування ВІЛ, а також інших користувачів і власників наявних даних. Загалом було розглянуто 20 питань щодо протидії ВІЛ/СНІДу: епідеміологія, профілактика, лікування, догляд і підтримка. За результатами подальших дискусій і консультацій партнери пріоритизували та обрали два дослідницькі питання для поточного проекту із синтезу даних.

Питання 1. Які інтенсивність і динаміка епідемії ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?

1.1. Яка тенденція поширення ВІЛ у групах підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ?

1.2. Яка тенденція поширення ВІЛ серед загального населення?

1.3. Яка поточна стадія епідемії ВІЛ-інфекції?

¹ Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic / WHO, UNAIDS, 2013. – 72 p.

Питання 2. Який вплив профілактичних програм на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?

2.1. Яка досяжність профілактичних програм для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та їхній вплив на поширеність ВІЛ?

2.2. Яка досяжність профілактичних програм для загального населення та їхній вплив на поширеність ВІЛ?

У цьому звіті Проект зі збору та узагальнення даних у Чернігівській області представляє аналіз та відповіді на обрані питання. Відповіді було отримано шляхом збору та систематизації наявних даних, їх порівняння, зіставлення тенденцій, вивчення відповідних звітів та публікацій, а також інтерпретації результатів через перехресну перевірку інформації. Проект користується даними та рекомендаціями місцевих і національних партнерів, виконавців програми з протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також міжнародних експертів. Результати аналізу мають на меті забезпечення інформацією для прийняття політичних та програмних рішень. Крім того, в рамках своєї діяльності Проект посилив потенціал партнерів щодо використання даних.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Незважаючи на широкомасштабні зусилля й сучасні заходи з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, національні програми часто потребують удосконалення або навіть зміни пріоритетів, методології та інформування суспільства про стан епідемії в Україні. Рівень поширення ВІЛ в окремих групах населення залишається високим, тому заходи, що мають на меті запобігання передачі ВІЛ, потребують підтримки, розширення, перепрофілювання чи оновлення. Моніторинг та оцінка програм профілактики й лікування, пов'язаних з ВІЛ у цільових групах, – це ті два компоненти, які дозволяють виміряти прогрес і вплив цих програм та виявити зміни в епідемічному процесі. Впродовж останніх п'яти років в усьому світі відбувалося експоненційне зростання кількості та якості даних, які використовувалися для відстеження епідемії та розробки заходів з протидії. Проте комплексне використання таких доказових даних для прийняття програмних рішень на їх основі не впроваджується достатньо активно.

В умовах розвитку епідемічного процесу періодична оцінка національної політики і регіональних програм з протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, нагляд за їх впровадженням, епіднагляд та біоповедінкові дослідження є необхідними елементами забезпечення ефективної відповіді на епідемію. Результатом можуть бути зміни у політиці, фінансуванні, заходах з лікування, розгортання профілактичних програм чи поєднання всіх цих факторів. Епіднагляд за ВІЛ-інфекцією другого покоління рекомендує регулярне проведення оцінок чи аналізу даних для забезпечення інформацією в ході протидії епідемії. Центри з профілактики та боротьби зі СНІДом посідають лідерські позиції у здійсненні цього типу оцінки, «складанні епідемічного профілю», посилюють власний потенціал і потенціал партнерів щодо аналізу даних для забезпечення належної поінформованості та сприяння впровадженню профілактичних заходів. Але на практиці виконавці часто стикаються з нестачею кадрових чи фінансових ресурсів для такої комплексної діяльності.

Хоча спочатку епідемія ВІЛ-інфекції в Україні значною мірою концентрувалася серед споживачів ін'єкційних наркотиків, сьогодні статевий шлях передачі став провідним, що потребує детального аналізу. Особливої уваги заслуговує те, що, за даними епідеміологічного нагляду, епідемія ВІЛ-інфекції розвивається нерівномірно в різних регіонах України: спостерігається неоднакова інтенсивність епідемічного процесу з ВІЛ-інфекції та поширення ВІЛ серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (ГПР) – СІН, працівників комерційного сексу (ПКС), чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ). Вивчення специфіки та закономірностей розвитку епідемії в окремих регіонах дозволяє краще зрозуміти характер епідемії на рівні країни та спрогнозувати її подальший розвиток, а також спланувати адекватні заходи у відповідь.

Зростання в Україні обсягів донорських ресурсів для здійснення програм, пов'язаних із ВІЛ, сприяло розширенню дослідницького потенціалу та підвищенню аналітичних можливостей у регіонах України, зокрема в Чернігівській області. На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2011 року № 1349 «Про єдину систему моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції» та розпорядження голови Чернігівської обласної державної адміністрації від 20 липня 2012 року № 273 в області було створено регіональну систему МіО, розроблено регіональний план МіО, відпрацьовано схеми збору регіональних показників МіО та розповсюдження даних МіО. Однак комплексний аналіз і використання таких даних для прийняття програмних рішень на основі доказів не впроваджуються достатньо активно насамперед через брак кадрових і фінансових ресурсів.

Слід відзначити, що тенденції розвитку епідемічного процесу в області не відрізняються від середньоукраїнських, а значення основних показників епідемії ВІЛ-інфекції майже збігаються з відповідними національними показниками. Так, у 2013 році рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області становив 47,7 на 100 тис. населення, в Україні – 47,6; рівень захворюваності на СНІД – 18,1 на 100 тис. населення, в Україні – 20,6; рівень смертності від СНІДу – 7,2 на 100 тис. населення, в Україні – 7,7.

З метою аналізу контексту, отримання відповідей на обрані питання щодо особливостей і тенденцій розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, а також для забезпечення організаційних заходів і технічної підтримки було впроваджено Регіональний проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Чернігівській області.

МЕТОДИ

Загальний підхід

Проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Чернігівській області спрямовано на збір та інтерпретацію даних на різних рівнях з метою одержання відповідей на ключові питання стосовно епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Партнерами у впровадженні Проекту є ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», представництво в Києві Центрів США з контролю і профілактики захворювань, факультет глобальної охорони здоров'я Каліфорнійського університету (UCSF; м. Сан-Франциско, США), а також Центр співпраці ВООЗ з питань епіднадзора за ВІЛ у м. Загребі (Хорватія). Партнери надавали технічну допомогу та здійснювали науковий контроль під час синтезу та інтерпретації даних, а також у ході розповсюдження отриманих результатів.

На всіх попередніх зустрічах партнерів та установ, які співпрацюють із Проектом, проводилися структуровані дискусії щодо розподілу функцій та етапів синтезу даних. Ці дискусії сприяли формулюванню ключових питань, наведених вище, початкового переліку потенційних джерел доступних даних, процесу синтезу даних, розподілу ролей та відповідальності. Наприкінці процесу аналізу даних було проведено заключний семінар з метою узгодження остаточної інтерпретації результатів і надання рекомендацій, розроблених на основі синтезу даних, а також здійснення нагляду шляхом партнерства між місцевими установами, UCSF та Центром співпраці ВООЗ з питань епіднадзора за ВІЛ.

У рамках своєї діяльності Проект також зміцнив потенціал щодо використання даних. Результати та рекомендації подано в цьому звіті, який буде використовуватися та розповсюджуватися ключовими партнерами і спеціалістами з планування програм профілактики та лікування ВІЛ-інфекції.

У цьому звіті підсумовано висновки, сформульовані під час заключної зустрічі партнерів, яка відбулася у Львові 6-7 жовтня 2014 року. Аналіз включає дані, отримані станом на 01.01.2014 р.

Поняття та процес триангуляції

Систематичне порівняння даних з багатьох джерел дозволяє підкріпити виявлені результати і зменшити упередженість стосовно дослідника або даних, яка може виникнути в разі використання лише одного джерела інформації.

Триангуляція у сфері охорони здоров'я – це процес розгляду, синтезу та інтерпретації вторинних даних з різних джерел, що стосуються одного питання, для прийняття рішень у сфері охорони здоров'я².

Слід зазначити, що триангуляція – це циклічний процес, у якому повернення до попередньої дії є необхідним елементом (Рис. 1).

Аналітичний підхід, відомий як триангуляція, дозволяє використовувати наявні джерела даних без проведення додаткових досліджень та використання додаткових коштів.

Застосування цього методу є найбільш ефективним для отримання відповіді на складні питання, що стосуються якості, результатів та впливу однієї або декількох програм, а також вивчення тенденцій певних процесів у часі та просторі. Ідентифікація такої інформації сприяє її використанню для прийняття управлінських рішень.

² Rutherford GW, McFarland W, Spindler H, White K, Patel SV, Aberle-Grasse J et. al. Public health triangulation: approach and application to synthesizing data to understand national and local HIV epidemics. BMC Public Health, 2012; 10:447.

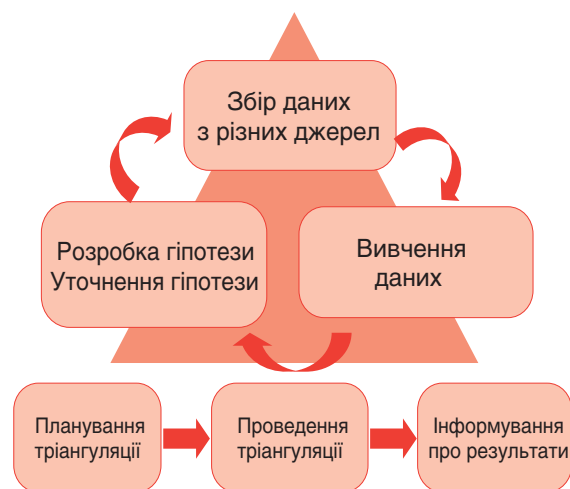


Рис. 1. Схема процесу триангуляції

Триангуляційне дослідження проводилося за методологією керівництва ВООЗ³ у вигляді послідовного процесу з 12 кроків, які вказано в наведеній нижче таблиці.

Етапи процесу	Пов'язані кроки
Планування	Крок 1. Визначити ключові питання
	Крок 2. Переконатися, що на питання буде знайдено відповіді, та вжити відповідних заходів
	Крок 3. Визначити джерела даних і зібрати довідкову інформацію
	Крок 4. Уточнити питання дослідження
Проведення	Крок 5. Зібрати дані
	Крок 6. Провести спостереження щодо кожного набору даних
	Крок 7. Визначити тенденції в різних наборах даних і побудувати гіпотези
	Крок 8. Уточнити гіпотези
	Крок 9. Якщо необхідно, визначити додаткові дані та повернутися до кроку 5
	Крок 10. Узагальнити результати та зробити висновки
Інформування	Крок 11. Поінформувати про результати та рекомендації
	Крок 12. Визначити наступні кроки

У рамках дослідження було вивчено взаємозв'язок між показниками. Визначення наявності та напрямку зв'язку між певними параметрами здійснювалося за допомогою коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона (r), який є найпоширенішою мірою щільності зв'язку, що використовується у медичній статистиці.

Коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона визначається за формулою:

$$r_{xy} = \frac{\sum d_x \cdot d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \cdot \sum d_y^2}}, \text{ де}$$

r – коефіцієнт лінійної кореляції;

x, y – варіанти порівнюваних варіаційних рядів;

d_x, d_y – абсолютні відхилення варіант від своїх середніх значень;

Σ – знак суми.

Значення коефіцієнта кореляції вважалося вірогідним, якщо він утримав і більше перевищував свою похибку (m_r), $t=r/m_r$, $t \geq 3$.

³ HIV triangulation resource guide: synthesis of results from multiple data sources for evaluation and decision-making, 2009.

Питання для дослідження

Було запропоновано порівняти результати з багатьох джерел даних (якісних та кількісних), щоб отримати відповіді на питання, обрані партнерами. Для роботи було зібрано дані з опублікованих звітів, баз даних, результатів досліджень та іншу інформацію, яка є у відкритому доступі.

Партнери та дослідники обрали потенційні питання для дослідження за такими критеріями:

Важливість: Чи може відповідь на поставлені питання мати вплив на ефективність протидії епідемії ВІЛ-інфекції у вашому регіоні? Чи можна використати результати процесу для поліпшення програм з профілактики/лікування ВІЛ-інфекції?

Доступність даних: Чи є хоча б три джерела даних, які можуть допомогти відповісти на вибрані питання? Чи доступні ці дані для персоналу проекту? Чий дозвіл необхідно отримати для доступу до них? Чи можна отримати дані в розумні терміни?

Доцільність: Чи є триангуляція відповідним методом, щоб відповісти на поставлені питання? Може, на поставлені питання кращу відповідь дадуть традиційні методи дослідження, група експертів або спеціальне дослідження?

Здійсненість: Чи можна завершити проект у розумні терміни? Чи достатньо ресурсів (людських, інформаційних) для здійснення аналізу?

Визначення джерел даних

Дані про поширеність ВІЛ/ІПСШ, поведінкові, демографічні та процедурні дані походять із численних наукових, програмних джерел, медичної статистики, рутинного епідеміологічного нагляду (РЕН), дозорних епідеміологічних досліджень. Аналіз включає стратифікацію за статтю, віком, місцем проживання, уразливими до ВІЛ групами, факторами ризику. Дані аналізу, агреговану інформацію, огляд літератури та звітів було зібрано і підсумовано з метою надання відповідей на обрані питання.

Перелік даних та інформації, які використовувалися при складанні цього звіту, включає:

- результати сероепідеміологічного моніторингу (СЕМ) поширеності ВІЛ серед різних контингентів населення;
- дані епідеміологічного, клінічного, лабораторного моніторингу щодо офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу;
- статистичні дані обласних наркологічного, дерматовенерологічного, протитуберкульозного диспансерів;
- статистичні дані обласної акушерсько-гінекологічної служби;
- дані програмного моніторингу результатів профілактичних програм серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ;
- дані програмного моніторингу профілактичних послуг, що надаються особам з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію;
- дані обласної пенітенціарної служби;
- результати біоповедінкових досліджень з моніторингу поширення ВІЛ серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ;
- результати регіонального дослідження щодо обізнаності різних категорій населення з актуальних питань ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- результати оновленої оцінки щодо ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в області з використанням програми «Спектрум» (Spectrum/EPP 5.04 Beta 33);
- демографічні дані;
- звіти та довідкові інформаційні матеріали обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, управління освіти та науки Чернігівської обласної державної адміністрації.

Зібрані дані за визначеними джерелами було приведено до єдиного формату в підсумковий файл Excel та розподілено за якісними характеристиками. Отримані зведені дані групувалися за різними напрямками. Для контролю за ходом збору даних проводилися регулярні зустрічі, консультації з фахівцями Чернігівського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, представниками МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», іншими зацікавленими особами.

Основні коди сероепідеміологічного моніторингу, використані у дослідженні

Код обстеження	2005–2012 рр.	З 2013 року
100	Громадяни України, яких було обстежено на ВІЛ-інфекцію	Громадяни України, яких було обстежено на ВІЛ-інфекцію
101	Особи, які мали гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами	Особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами, ВІЛ-статус яких був відомий або встановлений у результаті збору епідеміологічного анамнезу, у т.ч.:
101.1		особи, які мали гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами
101.2		особи, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами
102	Особи, які вживають або вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом	Особи, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин
103	Особи, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами	Особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом
104	Особи, у яких виявлено хвороби, що передаються статевим шляхом	Особи із симптомами або хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом
105	Особи, які мають або мали численні незахищені статеві контакти	Особи з ризикованою статевою поведінкою, у т.ч.:
105.1		особи, які мають незахищені статеві контакти з випадковими партнерами
105.2		особи, які надають сексуальні послуги за винагороду
106	Призовники	Призовники; абітурієнти військових навчальних закладів
108	Донори, у т.ч.:	Донори, у т.ч.:
108.1	первинний (разовий) донор крові	первинний донор крові або її компонентів
108.2	постійний (кадровий) донор крові	повторний донор крові або її компонентів
109	Вагітні, у т.ч.:	Вагітні, у т.ч.:
109.1	первинно обстежені на ВІЛ вагітні незалежно від строку вагітності	вагітні, обстежені вперше протягом вагітності незалежно від терміну вагітності
109.2	повторно обстежені на ВІЛ вагітні	вагітні, обстежені повторно протягом вагітності, у яких серологічні маркери ВІЛ не було виявлено при обстеженні за кодом 109.1
112	Особи, які перебувають в місцях позбавлення волі, а саме: у слідчих ізоляторах, установах виконання покарань	Особи, які перебувають у місцях позбавлення волі, у тому числі слідчих ізоляторах
113	Особи, обстежені на ВІЛ за клінічними показаннями	Особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні по медичну допомогу в ЗОЗ

Після визначення ключових питань та джерел даних для дослідження відбулася консультація з міжнародними експертами щодо обговорення обмежень, які можуть виникнути в ході процесу триангуляції на подальших етапах, змісту дослідницьких питань та основних джерел даних.

Джерело даних	Обмеження даних	Організаційний рівень
СЕМ поширеності ВІЛ	У 1987–2012 рр. СЕМ базувався на обліку кількості проведених тестувань, з 2013 р. – на обліку кількості осіб, які пройшли обстеження, що ускладнює порівняння результатів. Наявна система кодування дозволяє окремій особі отримати тільки один код тестування, який кодує лише одну змінну, що може вказувати на ризиковані поведінкові ознаки особи, місце проведення тестування, причину обстеження або підходи до тестування. Це деформує сприйняття загальної картини щодо інфікованості ВІЛ серед окремих груп населення. Відсутня дезагрегація даних СЕМ за віком, статтю, шляхами передачі ВІЛ-інфекції, місцем проживання.	Національний, регіональний
РЕН за ВІЛ-інфекцією	Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН включає ВІЛ-інфікованих осіб, яких уперше у житті було взято під медичний нагляд у ЗОЗ, незалежно від моменту встановлення їхнього ВІЛ-позитивного статусу за даними лабораторних досліджень, тобто є показником зареєстрованої захворюваності, а не істинної захворюваності. Відсутність зв'язку між випадками даних СЕМ та РЕН обмежує аналіз нових виявлених випадків ВІЛ-інфекції, які своєчасно (протягом звітного кварталу, року) було взято на облік, що призводить до викривлення показника охоплення медичним наглядом ЛЖВ у цілому та за окремими групами населення.	Національний, регіональний
РЕН за ІПСШ	Чинна система епідеміологічного нагляду за ІПСШ не дозволяє здійснити об'єктивну оцінку захворюваності на ІПСШ та їх поширеності з таких причин: - «тіньове» лікування ІПСШ призводить до того, що значна кількість випадків не реєструється; - приватні лікувальні установи не повністю передають інформацію щодо випадків ІПСШ для їх обліку в офіційних статистичних формах; - у державній звітності відсутні дані про результати досліджень щодо поширеності гонореї, сифілісу та інших ІПСШ серед населення та ГПР. Повноцінні та регулярні відповідні скринінгові та моніторингові дослідження не проводяться. Реальна поширеність ІПСШ та їх зв'язок з особливостями поведінки не досліджуються.	Національний, регіональний
РЕН за парентеральними вірусними гепатитами	До 2010 року офіційна статистика парентеральних вірусних гепатитів базувалась на реєстрації клінічно виражених, переважно жовтяничних форм гострого гепатиту В (з 1970 р.) та гострого гепатиту С (з 2003 р.). Наказом МОЗ України від 02.06.2009 № 378 регламентовано реєстрацію захворюваності на хронічні гепатит В і гепатит С, однак критерії випадків хронічних гепатитів В і С не визначено.	Національний, регіональний
РЕН за туберкульозом	Невизначеність поняття «група ризику» при реєстрації випадків туберкульозу. Спостерігається статистичне зменшення захворюваності на туберкульоз та смертності від нього (за рахунок подання до реєстрації випадків смерті від СНІДу з діагнозом туберкульоз як супутньої причини смерті), занижена реєстрація мультирезистентного туберкульозу.	Національний, регіональний

Джерело даних	Обмеження даних	Організаційний рівень
РЕН за вагітними	Поділ вагітних на вікові групи (за даними МОЗ України) (до 14 років, 15–17 років, 18–34 роки, 36 років і старші) не збігається з дезагрегацією за віком, яка застосовується в офіційній статистиці випадків ВІЛ-інфекції серед вагітних (до 19 років, 20–24 роки, 25 років і старші). Це обмежує розрахунок та аналіз тенденцій поширеності ВІЛ серед вагітних, у т.ч. за різними віковими групами.	Національний, регіональний
Біоповедінкові дослідження	Проведення біоповедінкових досліджень у м. Чернігові було розпочато досить пізно (порівняно з іншими містами країни) – з 2009 року. Тому в області накопичено мало даних за підсумками таких досліджень. Через брак НУО проведення досліджень є досить проблемним внаслідок обмеження каналів рекрутингу первинних респондентів. Певні складнощі викликає часта зміна методології дослідження, що робить результати двох послідовних досліджень непорівнюваними.	Чернігівська область
Програмний моніторинг профілактичних програм серед ГПР	Інформація щодо охоплення клієнтів профілактичними програмами, а не кількості наданих послуг загалом, почала фіксуватися з 2012 р. Відсутні надійні дані щодо ВІЛ-статусу та перебування клієнтів під медичним наглядом. Також у зв'язку з недосконалою системою кодування пацієнтів і відсутністю системи перевірки факту отримання таких послуг існують ризики завищення показників охоплення профілактичними програмами серед ГПР з боку НУО.	Національний, регіональний
Програмний моніторинг профілактичних послуг з ЗПТ	Програмний моніторинг послуг з ЗПТ відносно добре налагоджено в аспекті достовірності даних. Це пов'язано з жорсткими регуляторними принципами держави щодо обігу наркотичних речовин та прекурсорів. Втім, оцінити профілактичний вплив програм ЗПТ майже неможливо у зв'язку з відсутністю статистики щодо отримання профілактичних послуг пацієнтами на ЗПТ, достовірних даних щодо зміни їхньої ризикованої поведінки, пов'язаної з участю у програмах зменшення шкоди, тощо.	Національний, регіональний
Оціночна чисельність ГПР	Оцінка чисельності груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ проводиться, базуючись на отриманих результатах зв'язаних біоповедінкових досліджень. Тому вказані обмеження цих досліджень так само впливають і на рівень достовірності оціночної чисельності представників груп ризику. Оскільки для такої оцінки використовуються дані офіційної реєстрації наркологічної служби, обмеження цих даних також впливають на достовірність отриманих оцінок (значний комерційний обсяг наркологічних послуг не відображено в офіційній статистиці, існують випадки перекичування статистичних даних).	Чернігівська область
Оціночна кількість людей, які живуть з ВІЛ	Розраховується за припущенням концентрованої стадії епідемії ВІЛ-інфекції. Оскільки, за підсумками зв'язаних біоповедінкових досліджень, Чернігівська область не має необхідних трьох точок даних за кількома ГПР (клієнти ЖКС, ЧСЧ), отримані прогностичні дані в цих групах можуть бути некоректними. Крім того, у прогнозі використовуються дані оціночної чисельності ГПР і дані зв'язаних біоповедінкових досліджень, отже, вказані вище обмеження можна віднести і до даних з оцінки чисельності ЛЖВ.	Чернігівська область

Конфіденційність і люди як суб'єкти дослідження

Під час дослідження збір первинних даних не проводився, люди як суб'єкти дослідження не залучалися. Дані, які використовувалися для вторинного аналізу, були у відкритому доступі. Всі агреговані програмні дані збиралися у стандартному порядку. Для цієї діяльності не використовувалися індивідуальні програмні дані.

Розповсюдження

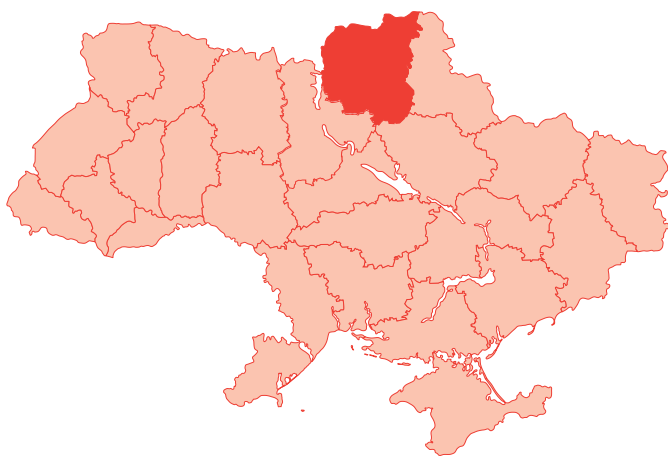
У ході робочої зустрічі щодо обговорення попередніх результатів дослідження, яка відбулася 27–29 травня 2014 року в Києві за участю представників Центру співробітництва ВООЗ з дозорного епідагляду за ВІЛ-інфекцією (Загреб, Хорватія) та Каліфорнійського університету (Сан-Франциско, США), було представлено перші результати дослідження з триангуляції даних у сфері ВІЛ/СНІДу в Чернігівській області та здійснено їх попередню інтерпретацію.

Остаточні результати дослідження було висвітлено на інтерактивному семінарі для партнерів, що проводився у Львові 6–7 жовтня 2014 року. Обговорення альтернативних пояснень досягнутих результатів стало основою для підготовки звіту.

Висунуті гіпотези дослідження з триангуляції даних

Гіпотези	Дослідницьке питання 1 Які інтенсивність і динаміка епідемії ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?	Дослідницьке питання 2 Який вплив профілактичних програм на розвиток ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?
Гіпотеза 1	Епідемія ВІЛ-інфекції підтримується за рахунок ВІЛ-інфікованих СІН.	Недостатній рівень охоплення медичним наглядом осіб з ГПР зумовлений неефективною переадресацією ВІЛ-позитивних осіб від НУО до ЗОЗ.
Гіпотеза 2	Зростає епідемічна роль ЧСЧ та ЖКС у поширенні ВІЛ статевим шляхом.	Обмеженість доступу до медичних послуг призводить до зростання смертності серед ЛЖВ, особливо серед СІН.
Гіпотеза 3	Збільшення випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом серед жінок може бути пов'язане з поширенням ВІЛ серед їхніх статевих партнерів-СІН.	Недостатній рівень поінформованості молоді з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу підвищує ризик небезпечних поведінкових практик, що призводять до інфікування ВІЛ.

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ⁴



Карта 1. Чернігівська область на карті України

Чисельність наявного населення станом на 1 січня 2014 року – 1066,8 тис. осіб, із них міське населення – 682,0 тис. осіб (63,9%), сільське – 384,8 тис. осіб (36,1%).

Чернігівщина є лідером в Україні за розміром частки жінок у загальній чисельності населення. У 2013 році в області проживало 578,3 тис. жінок (54,6%) – у розрахунку на кожну тисячу жіночого населення в області припадає 826 чоловіків.

Щорічно чисельність населення області зменшується на 9–10 тис. осіб. Головними чинниками депопуляційних процесів є високий рівень смертності та відносно невисокий рівень народжуваності. Смертність в області перевищує народжуваність майже утричі. Велику загрозу для трудового і демографічного потенціалу регіону становить зростання рівня смертності працездатного населення за рахунок погіршення стану здоров'я, поширення алкоголізму, наркоманії, паління, зростання смертності від нещасних випадків, травматизму як виробничого, так і побутового характеру.

Незважаючи на те, що мережа медичних закладів області загалом збережена, 42% сільських населених пунктів області не мають таких закладів. Понад 60 сіл мають найближчу лікарню на відстані 10 км і більше. Укомплектованість штатних посад лікарями в області залишається нижчою, ніж по Україні в цілому, – 74,1% і 80,3% відповідно.

Чернігівська область розташована у північній частині України, має площу 31,9 тис. кв. км, 199 км державного кордону з Російською Федерацією та 227 км державного кордону з Білоруссю (Карта 1).

На сході та півдні область межує з Сумською, Полтавською та Київською областями України.

Чернігівська область поділяється на 22 райони, три міста обласного підпорядкування (Чернігів, Прилуки, Ніжин), 12 міст районного підпорядкування, 30 селищ міського типу, понад півтори тисячі сіл (Карта 2).



Карта 2. Адміністративно-територіальний устрій Чернігівської області

⁴ Головне управління статистики Чернігівської області: <http://www.chernihivstat.gov.ua/books/umovi.php>.

Усе вищенаведене значною мірою свідчить про наявні соціально-економічні проблеми та негаразди у сфері охорони здоров'я області.

Оснoву економіки області складають промисловість і сільське господарство. Близько 47% ВВП припадає на промислове виробництво. Тенденції, які простежуються в соціально-економічному розвитку області в останні роки, засвідчують можливе (за умов стабільного зростання та державної підтримки розвитку депресивних територій) вирівнювання відмінностей її економічного і соціального розвитку і поступове наближення до національних та європейських стандартів.

Розділ I

Дослідницьке питання 1
Які інтенсивність і динаміка епідемії ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?

1. Епідеміологічна характеристика поширення ВІЛ за даними РЕН

1.1. Загальні показники епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції

Протягом 1987–2013 рр. у Чернігівській області офіційно зареєстровано 4 768 випадків ВІЛ-інфекції (включаючи дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками), у тому числі 919 випадків захворювання на СНІД і 387 випадків смерті від СНІДу. За останні п'ять років кількість уперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ склала 52,2% від загальної кількості випадків, зареєстрованих за весь період епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією в області, починаючи з 1987 р.

Станом на 1 січня 2014 року під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я служби СНІДу області перебувало 2922 ЛЖВ (273,3 на 100 тис. населення, по Україні – 308,4 на 100 тис. населення), у т.ч. 501 особа, хвора на СНІД (46,9 на 100 тис. населення, по Україні – 64,1 на 100 тис. населення).

До 1997 року в області було зареєстровано тільки 12 нових випадків ВІЛ-інфекції: 1 випадок у 1987 р., 1 – у 1990 р. і 10 – у 1996 р. Починаючи з 1997 року, коли збудник потрапив у середовище СІН, відбулося майже експоненційне зростання кількості інфікованих осіб (від 70 до 250 випадків щорічно), з-поміж шляхів передачі ВІЛ основну роль почав відігравати штучний парентеральний (інфікування при введенні ін'єкційних наркотиків). З 2005 року намітилась тенденція до певного зменшення кількості СІН з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція. Проте загальна кількість зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб продовжувала поступово зростати.

У 2013 році під медичний нагляд у закладах охорони здоров'я області, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами (ЗОЗ служби СНІДу), було взято 510 ВІЛ-інфікованих осіб, у т.ч. 108 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. За рейтинговою оцінкою інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції у 2013 році, що включає дані РЕН за ВІЛ-інфекцією та результати дозорних досліджень, Чернігівська область посідала 9-те місце⁵ серед 27 регіонів України.

На сучасному етапі епідемічна ситуація в області характеризується збільшенням кількості нових випадків захворювань серед людей, які інфікувалися ВІЛ під час статевих контактів, збільшенням кількості захворювань на СНІД і смертей від хвороб, зумовлених ВІЛ.

Протягом останніх трьох років, за даними СЕМ, поступово знижується загальний рівень інфікованості ВІЛ серед населення (2011 р. – 1,0%; 2012 р. – 0,8%; 2013 р. – 0,7%) та серед СІН (2011 р. – 18,7%; 2012 р. – 15,8%; 2013 р. – 12,0%), не реєструються випадки інфікування збудником під час вагітності при повторному тестуванні на ВІЛ-інфекцію.

⁵ Перші рейтингові місця показників присвоюються територіям з найменшим значенням показників.

З 2008 року в області зафіксовано зниження темпів приросту кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, що корелює зі зміною основних шляхів передачі ВІЛ, – зі штучного парентерального при споживанні ін'єкційних наркотиків на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах (Рис. 2, 3).

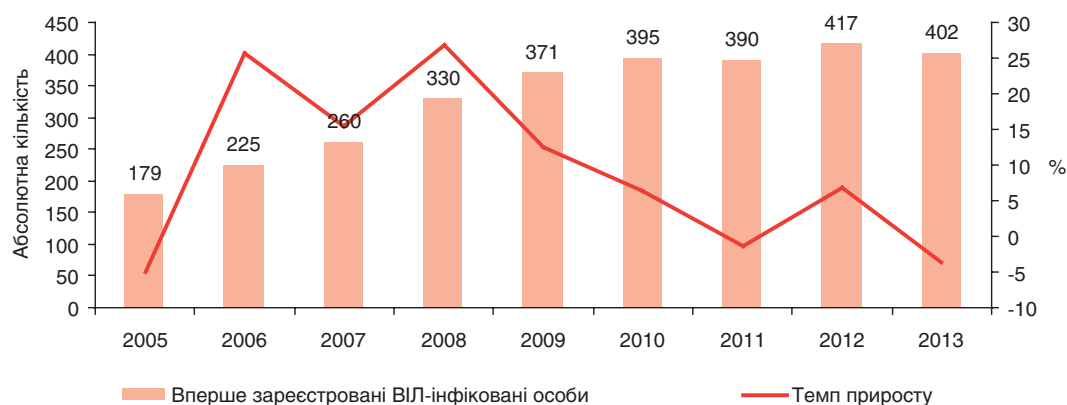


Рис. 2. Динаміка вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб (без урахування дітей з невизначеним ВІЛ-статусом, народжених ВІЛ-інфікованими жінками), Чернігівська область, 2005–2013 рр.

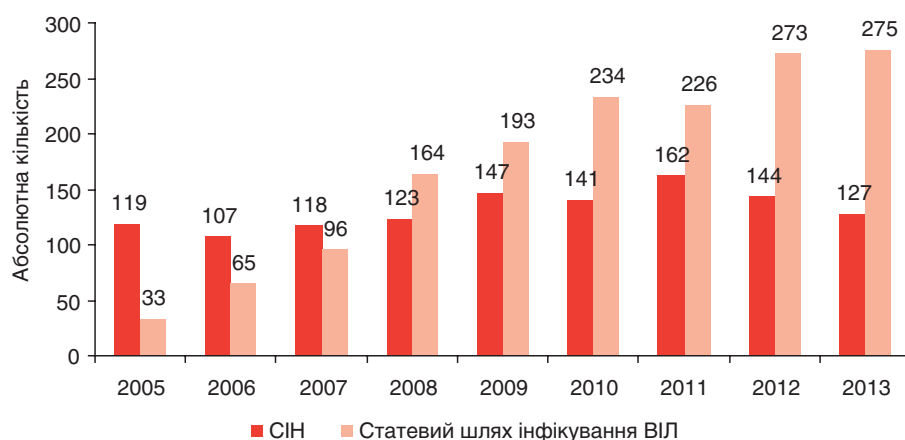


Рис. 3. Динаміка вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих підлітків і дорослих, інфікованих внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків та статевим шляхом, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

1.2. Розподіл уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за територіями області

Спостерігається нерівномірна реєстрація вперше виявлених випадків інфікування ВІЛ у різних адміністративних одиницях Чернігівської області. Протягом 2009–2013 рр. найбільшу кількість таких випадків було виявлено в містах Чернігові (36,2%), Прилуках (8,1%) та Козелецькому районі (6,6%). Половину (50,2%) цих випадків зареєстровано у трьох містах обласного підпорядкування – Чернігові, Прилуках та Ніжині, решту (49,8%) – у 22 районах області (Таблиця 1).

Темп приросту кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в різних адміністративних одиницях Чернігівської області різний. Якщо в області загалом та в містах обласного підпорядкування цей показник невеликий або від'ємний, то в окремих районах встановлено суттєве збільшення вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, а саме: у Куликівському (темп приросту: +350%), Козелецькому (+207%), Семенівському (+200%), Варвинському (+133%), Бахмацькому (+128%) районах. Ці райони є прикордонними територіями Чернігівської області та/або межують з містами обласного підпо-

рядкування – Черніговом, Прилуками та Ніжином, де зафіксовано високу (порівняно з іншими територіями) концентрацію випадків ВІЛ-інфекції.

Таблиця 1. Уперше зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед усіх вікових груп, Чернігівська область, 2009–2013 рр.

Території	Кількість зареєстрованих випадків					Всього	Розподіл випадків, %	Темп приросту за 5 років, %
	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.			
Область	483	507	481	507	510	2 488	100,0	+6
Бахмацький р-н	18	14	11	25	41	109	4,4	+128
Бобровицький р-н	16	14	13	15	7	65	2,6	-56
Борзнянський р-н	7	8	7	8	6	36	1,4	-14
Варвинський р-н	3	6	8	8	7	32	1,3	+133
Городнянський р-н	11	13	16	9	12	61	2,5	+9
Ічнянський р-н	6	7	3	4	9	29	1,2	+50
Козелецький р-н	15	33	27	42	46	163	6,6	+207
Коропський р-н	5	4	7	6	2	24	1,0	-60
Корюківський р-н	9	5	5	5	5	29	1,2	-44
Куликівський р-н	2	8	6	9	9	34	1,4	+350
Менський р-н	11	7	5	11	10	44	1,8	-9
Ніжинський р-н	7	9	6	8	5	35	1,4	-29
Новгород-Сіверський р-н	27	27	15	21	12	102	4,1	-56
Носівський р-н	11	3	2	11	4	31	1,2	-64
Прилуцький р-н	16	25	13	23	18	95	3,8	+13
Ріпкинський р-н	7	10	9	9	1	36	1,4	-86
Семенівський р-н	3	7	0	1	9	20	0,8	+200
Сосницький р-н	7	1	2	8	3	21	0,8	-57
Срібнянський р-н	2	11	1	4	0	18	0,7	-100
Талалаївський р-н	10	6	0	7	12	35	1,4	+20
Чернігівський р-н	24	17	16	30	24	111	4,5	0
Щорський р-н	20	28	20	25	17	110	4,4	-15
Райони	237	263	192	289	259	1 240	49,8	+9
м. Ніжин	22	28	33	44	19	146	5,9	-14
м. Прилуки	47	52	29	35	38	201	8,1	-19
м. Чернігів	177	164	227	139	194	901	36,2	+10
Міста	246	244	289	218	251	1 248	50,2	+2

Аналіз середньорічної кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення показав, що у 2009–2013 рр. їх найвища середня кількість відмічалась у Щорському (86,8 на 100 тис. населення), Новгород-Сіверському (69,2 на 100 тис. населення) районах, у місті Прилуках (69,0 на 100 тис. населення), Козелецькому районі (65,0 на 100 тис. населення) та місті Чернігові (60,3 на 100 тис. населення), найнижча – в Ічнянському (17,0 на 100 тис. населення), Коропському (18,4 на 100 тис. населення) та Носівському (19,7 на 100 тис. населення) районах (Таблиця 2).

Таблиця 2. Річна та середньорічна кількість уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед усіх вікових груп, на 100 тис. населення, Чернігівська область, 2009–2013 рр.

Території	Кількість уперше зареєстрованих випадків на 100 тис. населення					Середньорічна кількість уперше зареєстрованих випадків
	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.	
Область	43,4	46,0	44,1	46,9	47,7	45,6
Бахмацький р-н	37,0	29,2	23,2	53,5	88,8	46,3
Бобровицький р-н	44,3	39,3	37,0	43,2	20,4	36,8
Борзнянський р-н	19,2	22,4	20,0	23,3	17,8	20,5
Варвинський р-н	16,8	34,1	46,1	46,8	41,5	37,1
Городнянський р-н	34,8	41,7	52,1	29,7	40,2	39,7
Ічнянський р-н	17,0	20,1	8,8	11,8	27,1	17,0
Козелецький р-н	28,6	64,2	53,5	84,7	94,1	65,0
Коропський р-н	18,5	15,1	27,0	23,6	8,0	18,4
Корюківський р-н	30,6	17,2	17,4	17,6	17,9	20,1
Куликівський р-н	10,3	41,8	32,0	48,9	49,8	36,6
Менський р-н	27,3	17,6	12,8	28,5	26,3	22,5
Ніжинський р-н	22,2	29,1	19,8	26,8	17,1	23,0
Новгород-Сіверський р-н	89,1	90,5	51,2	72,9	42,4	69,2
Носівський р-н	34,1	9,4	6,4	35,4	13,1	19,7
Прилуцький р-н	40,6	64,3	33,9	60,9	48,3	49,6
Ріпкинський р-н	22,2	32,3	29,7	30,2	3,4	23,6
Семенівський р-н	15,3	36,2	0,0	5,3	48,1	21,0
Сосницький р-н	33,1	4,8	9,8	39,8	15,2	20,5
Срібнянський р-н	16,0	89,1	8,2	33,3	0,0	29,3
Талалаївський р-н	69,3	42,2	0,0	50,5	87,7	49,9
Чернігівський р-н	43,8	31,4	29,9	56,4	45,4	41,4
Щорський р-н	77,2	109,3	79,0	99,7	68,7	86,8
Райони	34,4	38,8	28,8	43,9	39,9	37,2
м. Ніжин	29,6	37,9	44,9	60,2	26,1	39,7
м. Прилуки	80,2	89,0	49,9	60,2	65,8	69,0
м. Чернігів	60,6	56,2	70,1	47,8	66,8	60,3
Міста	57,9	57,6	62,9	51,6	59,7	57,9

Як видно з таблиці, середньорічна кількість уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення в містах обласного підпорядкування (Чернігів, Прилуки, Ніжин) в 1,5 раза перевищує аналогічний показник 22 районів області – 57,9 і 37,2 на 100 тис. населення відповідно.

Якщо проаналізувати інтенсивність уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед осіб віком 15 років і старших на 100 тис. населення з урахуванням місця проживання (місто, село), то можна констатувати, що епідемія поступово поширюється в сільські райони області. Так, за 2005–2013 рр. цей показник серед сільського населення зріс із 8,5 до 48,9 на 100 тис. населення (темپ приросту: +475%), тоді як серед міського населення – з 23,9 до 40,1 на 100 тис. населення (темп приросту: +68%). Частка осіб, які мешкають у сільській місцевості, від загальної кількості вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15 років і старших також мала тенденцію до зростання – з 19,6% у 2005 р. до 41,8% у 2013 р. (Рис. 4).



Рис. 4. Розподіл уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15 років і старших за місцем проживання, на 100 тис. відповідного населення, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

1.3. Статеві-вікова характеристика вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції з урахуванням шляхів інфікування ВІЛ

Серед кумулятивної кількості вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб усіх вікових груп за період 2005–2013 рр. переважають чоловіки (56%), частка жінок становить 44%.

У зв'язку з активізацією в області статевого шляху інфікування ВІЛ частка жінок серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція віком 15 років і старших збільшилася з 38,5% у 2005 р. до 48,3% у 2013 р.

У віковій структурі ВІЛ-інфікованих осіб спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб старше 30 років – з 52,4% у 2005 р. до 71,9% у 2013 р. і, відповідно, зменшення вікової групи до 30 років – з 47,6% у 2005 р. до 28,1% у 2013 р.

Серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком до 30 років кількість жінок перевищувала кількість чоловіків, а після 30 років – навпаки. Це можна пояснити тим, що епідемія вражає жінок у більш ранньому віці, ніж чоловіків (Рис. 5, 6).

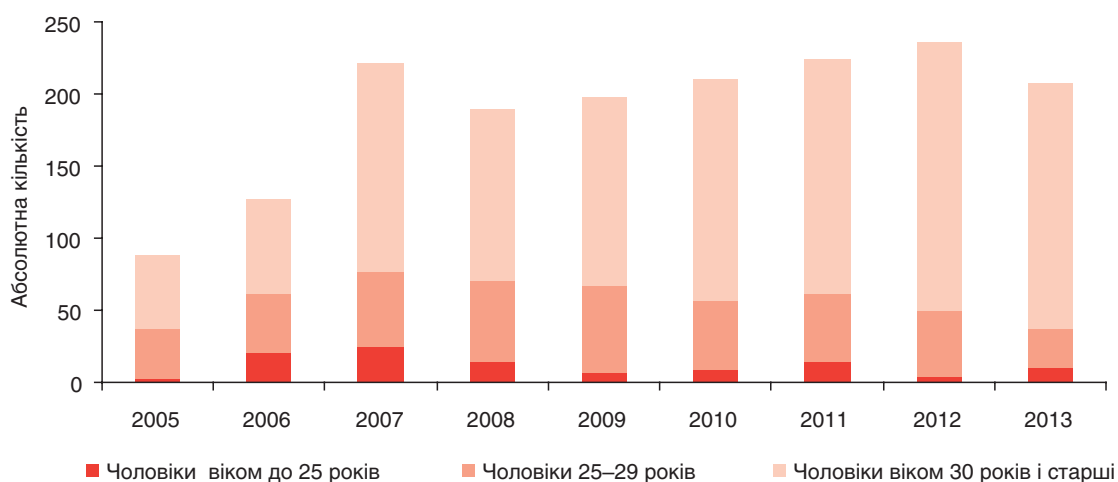


Рис. 5. Розподіл уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих чоловіків за віковими групами, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

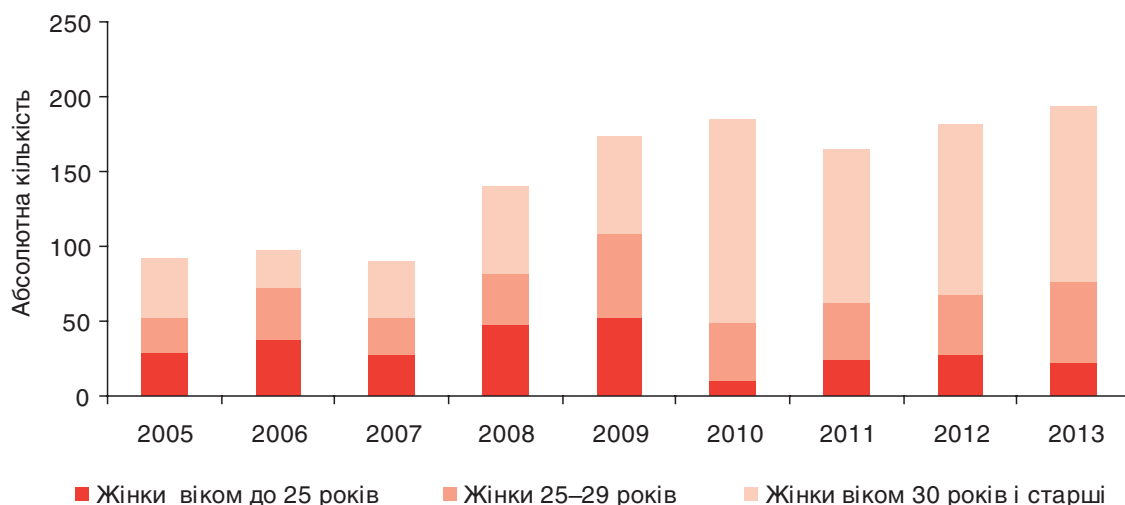


Рис. 6. Розподіл уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих жінок за віковими групами, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

Значні відмінності у статеві-віковій структурі осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція спостерігаються залежно від шляхів інфікування.

З'ясовано, що статевий шлях інфікування ВІЛ став основним для жінок віком 15 років і старших з 2007 р., для чоловіків цієї вікової групи – з 2013 р., причому за період 2005–2013 рр. відсоток СІН серед ВІЛ-інфікованих жінок знизився з 29,0% до 12,9%, серед ВІЛ-інфікованих чоловіків – з 90,0% до 49,0% (Рис. 7, 8).

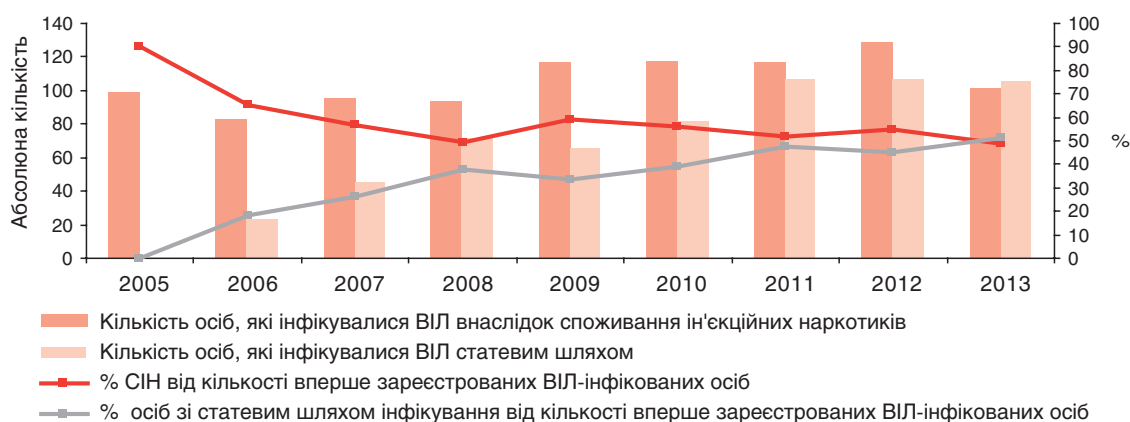


Рис. 7. Розподіл уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих чоловіків віком 15 років і старших за шляхами інфікування, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

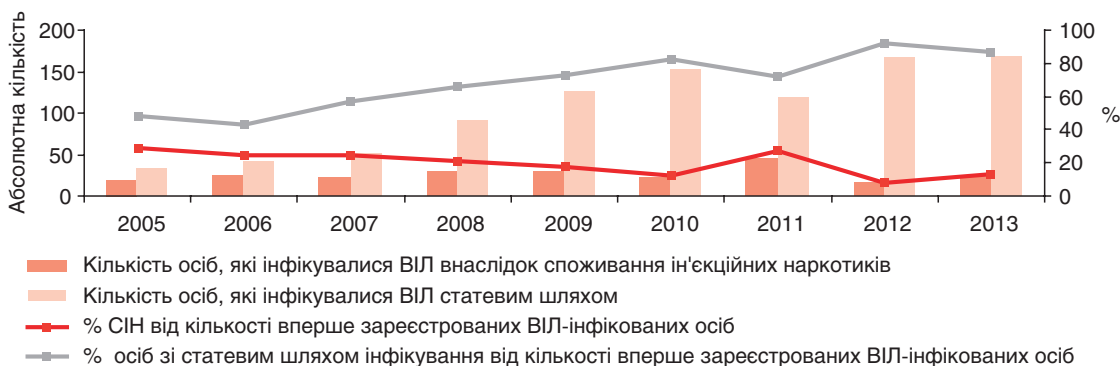


Рис. 8. Розподіл уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих жінок віком 15 років і старших за шляхами інфікування, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

Слід відзначити, що серед ВІЛ-інфікованих чоловіків віком 30 років і старших зниження частки СНІД протягом останніх років відбувається дуже повільно: 56,9% у 2009 р., 59,1% у 2010 р., 54,3% у 2011 р., 53,5% у 2012 р., 50,9% у 2013 р. Саме ця категорія ВІЛ-інфікованих осіб є найнебезпечнішою в аспекті подальшого поширення епідемії ВІЛ-інфекції, оскільки СНІД мають високий рівень ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, у т.ч. статевої, частіше дізнаються про свій ВІЛ-позитивний статус вже в стадії маніфестних проявів ВІЛ-інфекції та є джерелом збудника ВІЛ-інфекції протягом багатьох років⁶.

Розподіл уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 30 років і старших за статтю та шляхами інфікування ВІЛ у Чернігівській області наведено на Рис. 9, 10.

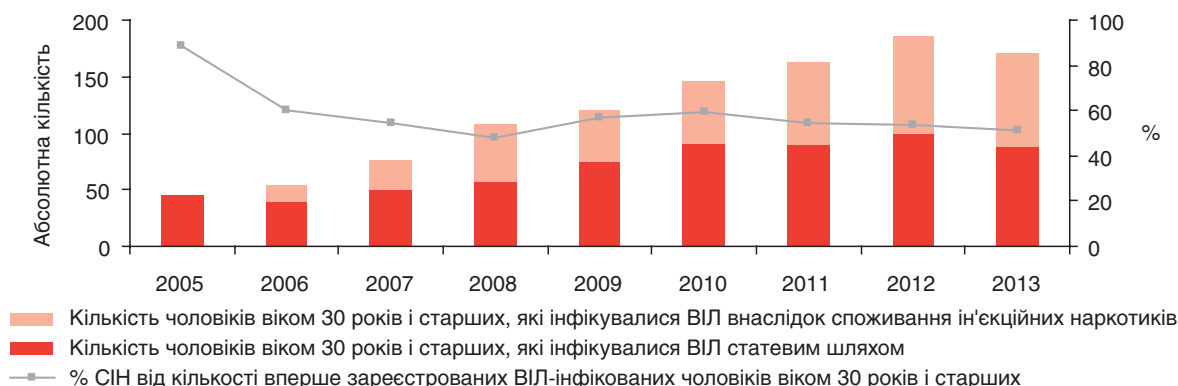


Рис. 9. Розподіл уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих чоловіків віком 30 років і старших за шляхами інфікування, Чернігівська область, 2005–2013 рр.



Рис. 10. Розподіл уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих жінок віком 30 років і старших за шляхами інфікування, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

Частка СНІД серед дорослих осіб віком до 30 років з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція також має тенденцію до зниження як серед чоловіків, так і серед жінок, проте серед ВІЛ-інфікованих чоловіків вона залишається ще на високому рівні – понад 40%.

Розподіл уперше зареєстрованих дорослих ВІЛ-інфікованих осіб віком до 30 років за статтю та шляхами інфікування ВІЛ наведено на Рис. 11, 12.

⁶ 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 / Балакірева О.М., Бондар Т.В., Серєда Ю.В. та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 120 с.; Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 324 с.

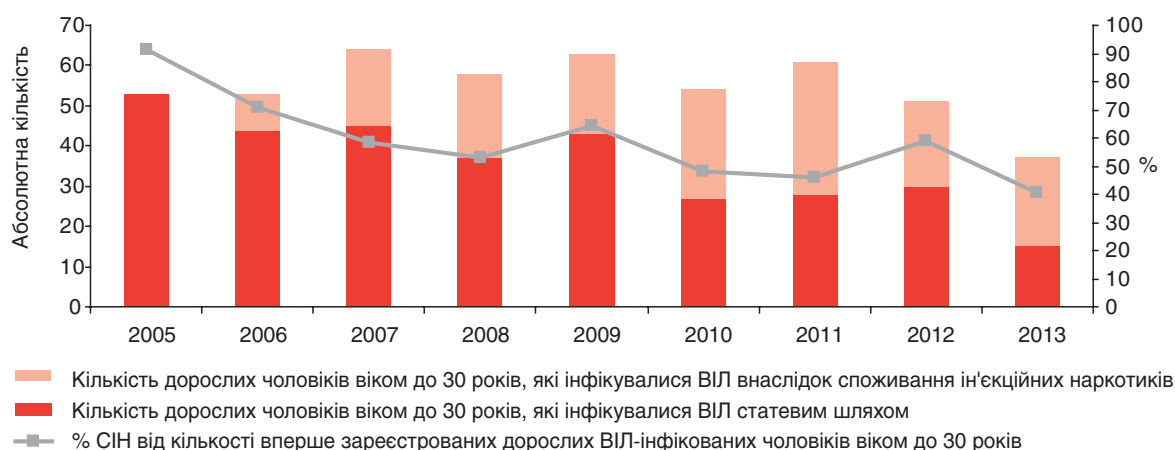


Рис. 11. Розподіл уперше зареєстрованих дорослих ВІЛ-інфікованих чоловіків віком до 30 років за шляхами інфікування, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

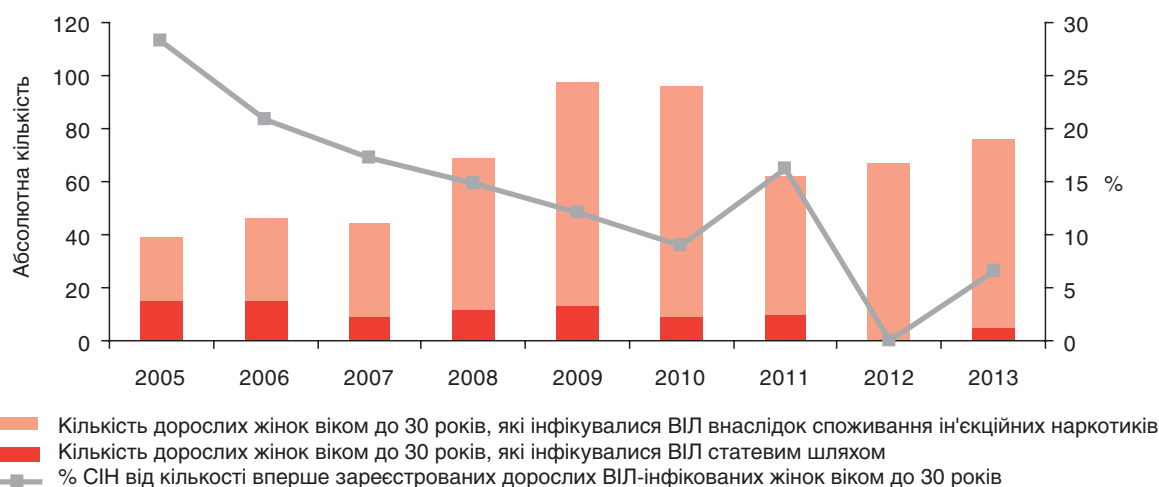


Рис. 12. Розподіл уперше зареєстрованих дорослих ВІЛ-інфікованих жінок віком до 30 років за шляхами інфікування, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

Відповідно до рекомендацій ЮНЕЙДС та ВООЗ, реєстрація випадків ВІЛ-інфекції серед осіб молодшого віку (15–19, 20–24 роки) певною мірою відображає рівень так званих «нових випадків» інфікування, оскільки загроза інфікування ВІЛ для цієї групи виникла нещодавно⁷.

Аналіз вікової структури показав, що серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб поступово зменшувалась питома вага осіб віком 15–24 роки – з 29,6% у 2005 р. до 8,0% у 2013 р. на тлі збільшення частки людей віком 25–49 років. Встановлено, що у віковій групі 15–24 роки найбільша частка припадає на ВІЛ-позитивних жінок – 65%–70%.

Щодо частки молодих осіб, які інфікувалися ВІЛ шляхом споживання ін'єкційних наркотиків, то вона знизилася з 22,7% у 2005 р. до 4,7% у 2013 р. серед уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. Аналогічну тенденцію зафіксовано серед осіб віком 15–24 роки, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом: їх частка зменшилася з 36,4% у 2005 р. до 9,5% у 2013 р. (Рис. 13, 14).

⁷ Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic / WHO, UNAIDS, 2013. – 72 p.; Wilson D. Know your epidemic, know your responds: a useful approach, if we get it right / D.Wilson, D.T. Halperin // Lancet. – 2008. – V.372, № 9637. – P.423–426.



Рис. 13. Вперше зареєстровані ВІЛ-інфіковані СН віком 15–24 роки, Чернігівська область, 2005–2013 рр.



Рис. 14. Вперше зареєстровані ВІЛ-інфіковані особи віком 15–24 роки, інфіковані статевим шляхом, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

1.4. Свочасність узяття під медичний нагляд ВІЛ-позитивних осіб, виявлених при лабораторному обстеженні

Щороку в Чернігівській області збільшується кількість осіб, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу. Станом на 1 січня 2014 року на обліку перебувало 2703 ЛЖВ віком 15 років і старші, а, за оціночними даними, на початок 2014 року в області мешкало 6 786 дорослих ЛЖВ. Співвідношення між цими показниками становить 4:10 (або 1:2,5) і свідчить про те, що в області на сьогоднішній день тільки чотири з десяти осіб, які живуть з ВІЛ, звернулися по медичну допомогу та перебувають на обліку у відповідних закладах охорони здоров'я.

Проте, за даними рутинного епідеміологічного нагляду, в області спостерігається позитивна динаміка показника охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних осіб – відсотка вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції від кількості ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторного обстеження (Рис. 15).

Слід зауважити, що показник охоплення медичним наглядом має статистичну похибку, тому що кількість ВІЛ-позитивних осіб, узятих на облік протягом одного звітного періоду, не збігається з числом таких осіб, виявлених протягом цього ж звітного періоду. Іншими словами, статистика вперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ містить дані про ВІЛ-інфікованих осіб, узятих під медичний нагляд у ЗОЗ протягом поточного року, незалежно від терміну встановлення їхнього ВІЛ-позитивного статусу за даними лабораторних досліджень.



Рис. 15. Динаміка кількості виявлених ВІЛ-позитивних осіб, уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції та частки охоплення медичним наглядом, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

До 2012 року показник охоплення ВІЛ-позитивних осіб у Чернігівській області був одним з найнижчих порівняно з іншими регіонами України, але у 2013 році він уже досяг 66,7%. Додатковий аналіз складових цього показника засвідчив, що тільки у 46% хворих, взятих на облік у ЗОЗ у 2013 році, ВІЛ-позитивний статус було виявлено протягом цього ж року. У Коропському районі взято на облік лише 21% осіб з числа ВІЛ-позитивних осіб, виявлених у 2013 р.; Ніжинському – 15%; Бобровицькому – 20%; Городнянському – 21%; Щорському, Носівському районах та в місті Ніжині – 30%. Не взято під медичний нагляд протягом 2013 р. жодного виявленого ВІЛ-інфікованого хворого у Срібнянському районі.

Встановлено, що в області протягом 2009–2013 рр. частка осіб, яких було взято на облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, від загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, мала тенденцію до зростання – з 15,1% у 2005 р. до 45,0% у 2013 р. При цьому кількість пацієнтів з безсимптомною стадією зменшилася з 2011 по 2013 рік на 49% (Рис. 16).

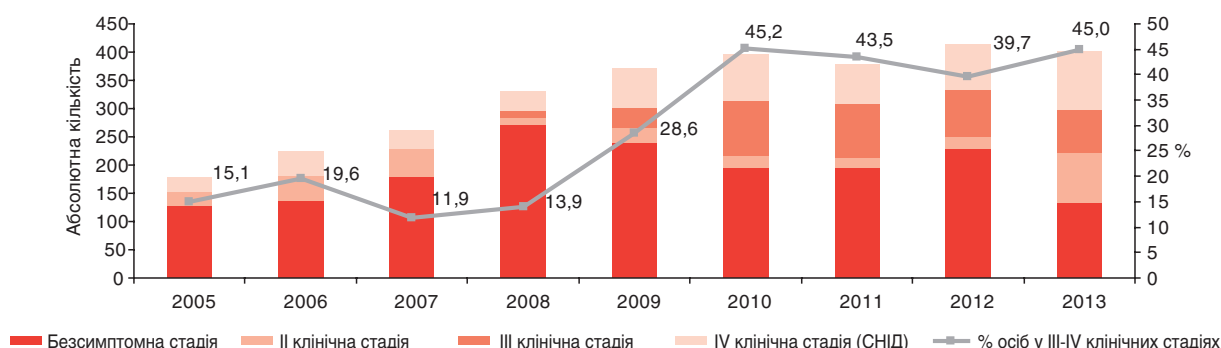


Рис. 16. Розподіл уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15 років і старших за клінічними стадіями ВІЛ-інфекції, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

У міжнародних документах пропонується вважати критерієм пізнього звернення рівень CD4-лімфоцитів, нижчий за рекомендований для початку антиретровірусної терапії (АРТ), тобто менше 350 кл/мкл. Пацієнтам з таким рівнем CD4-лімфоцитів доцільно розпочати АРТ, за можливості, невідкладно⁸.

⁸ Reporting Protocol and Analysis Plan. Revised HIV/AIDS surveillance 2014 data. – ECDC/WHO Regional office for Europe, 2014. – 25 p.

У 2013 році в області 53,0% ВІЛ-інфікованих осіб віком 15 років і старших мали рівень CD4-лімфоцитів нижчий за 350 кл/мкл на момент взяття на облік у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, з них 25,0% – це хворі на СНІД з рівнем CD4-лімфоцитів менше 200 кл/мкл. Охоплення дослідженням на CD4 вперше зареєстрованих осіб становило 96,8% (N=389) та було трохи вищим у порівнянні з аналогічними показником по Україні (89,4%).

У свою чергу, відсоток осіб, які за клінічними показаннями відповідали III–IV клінічним стадіям ВІЛ-інфекції, становив 45,0%, з них хворі на СНІД – 26,0% (Рис. 17, 18).

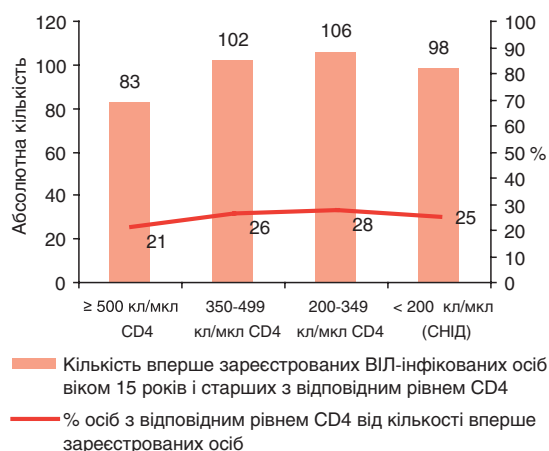


Рис. 17. Розподіл кількості вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15 років і старших за рівнем CD4-лімфоцитів, 2013 р.



Рис. 18. Розподіл кількості вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15 років і старших за клінічними стадіями ВІЛ-інфекції, 2013 р.

Ще один показник епідеміологічного нагляду, який підтверджує тенденцію до збільшення кількості ВІЛ-позитивних осіб, несвоєчасно взятих під медичний нагляд у ЗОЗ служби СНІДу області, – це частка вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції від нових випадків СНІДу.

Протягом 2005–2013 рр. у Чернігівській області кількість осіб, яким одночасно було встановлено діагнози ВІЛ-інфекція та СНІД, щорічно зростала, що також свідчить про зрілість епідемії (Рис. 19).

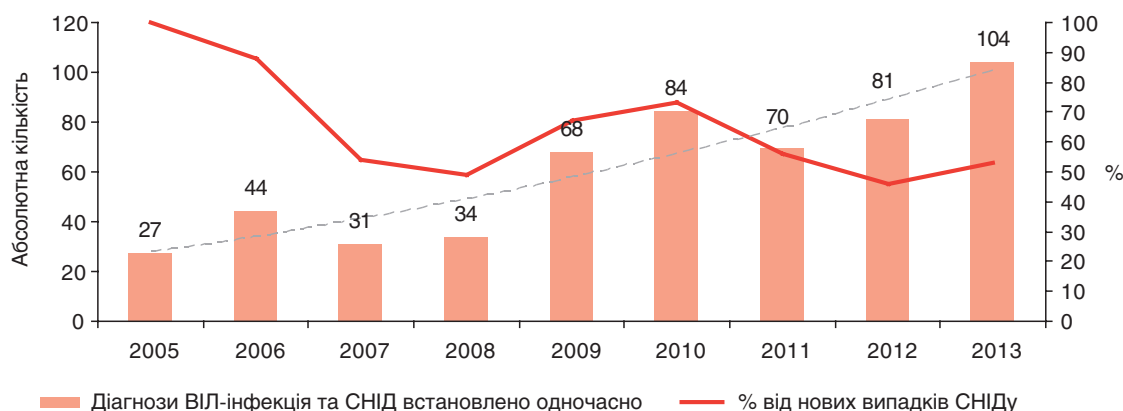


Рис. 19. Кількість осіб, яким одночасно було встановлено діагнози ВІЛ-інфекція та СНІД, і частка таких осіб від нових випадків СНІДу, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

Результатом пізнього звернення ВІЛ-позитивних осіб до медичних закладів є зростання у Чернігівській області показника захворюваності на СНІД (нові зареєстровані випадки СНІДу на 100 тис. населення) та частки хворих на СНІД серед осіб, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу на кінець звітного року (Рис. 20).

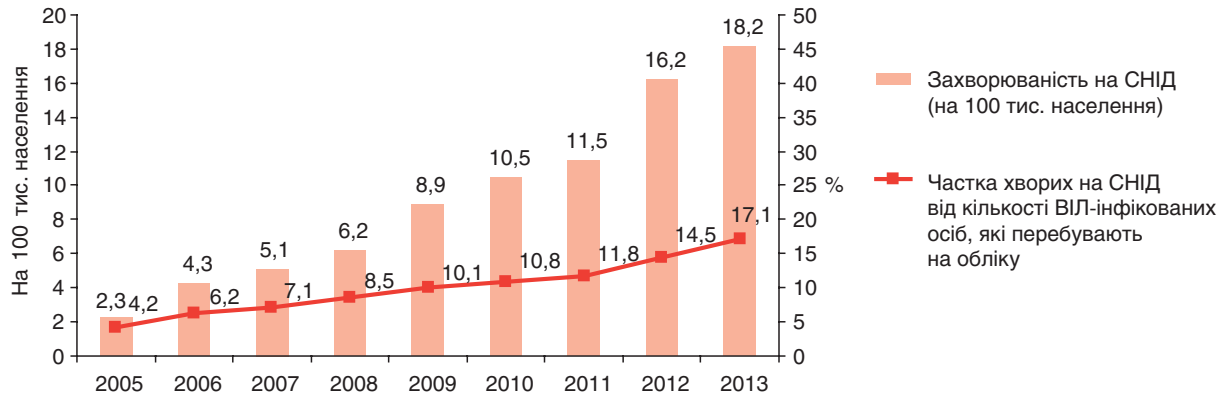


Рис. 20. Динаміка захворюваності на СНІД і частки хворих на СНІД серед осіб, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу на кінець звітного року, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

Станом на 1 січня 2014 року під медичним наглядом в області перебувала 501 особа, хвора на СНІД, що становить 46,9 на 100 тис. населення (Україна – 64,1 на 100 тис. населення). Високі показники поширеності СНІДу реєструються у Прилуках (121 на 100 тис. населення) та Чернігові (78), Щорському (109), Бобровицькому (61), Прилуцькому (59), Городнянському (50) районах. Слід відзначити, що поступово збільшується кількість випадків СНІДу в сільських районах (Рис. 21).



Рис. 21. Розподіл кількості хворих на СНІД віком 15 років і старших за місцем проживання, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

Туберкульоз (ТБ) залишається найбільш поширеним в області опортуністичним захворюванням при ВІЛ-інфекції і становить 55% від усіх СНІД-індикаторних захворювань. У 2013 році в області зросла захворюваність на всі форми туберкульозу, в тому числі на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ (Рис. 22).

Частка ВІЛ-інфікованих осіб з уперше діагностованим туберкульозом серед хворих на СНІД, які перебувають в області під медичним наглядом на кінець 2013 року, є дуже високою (68%) порівняно з іншими регіонами України і прямо корелює зі зростанням кількості осіб, яким одночасно було встановлено діагнози ВІЛ-інфекція та СНІД (Рис. 23).

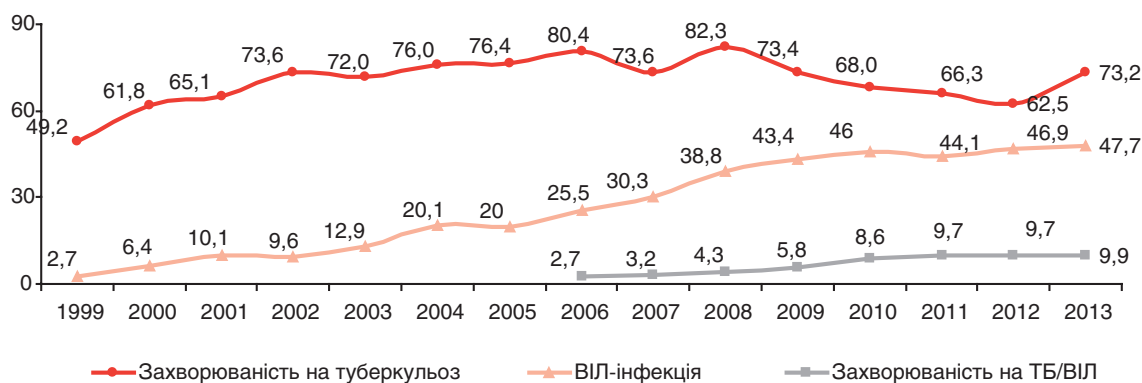


Рис. 22. Захворюваність на всі форми ТБ та поєднану інфекцію ТБ/ВІЛ, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

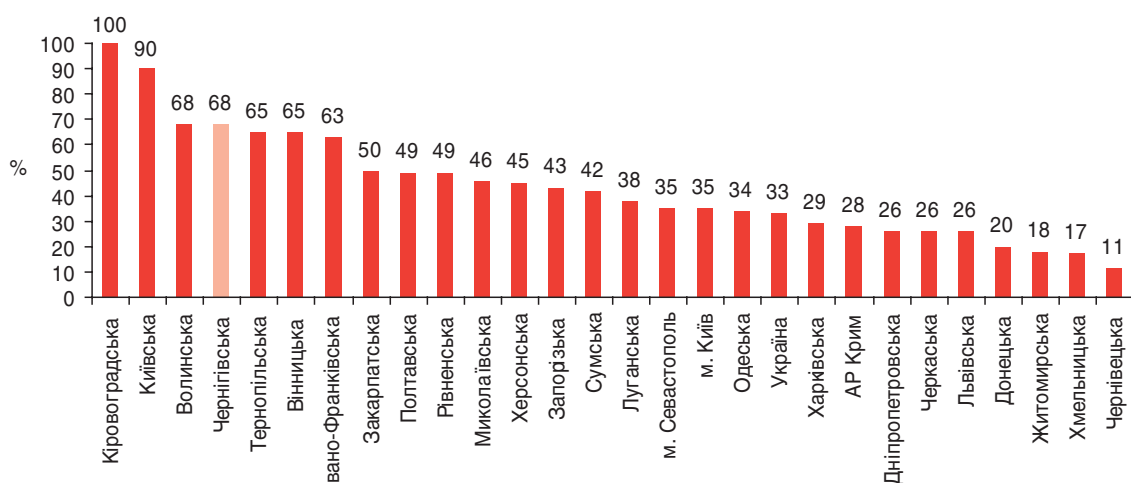


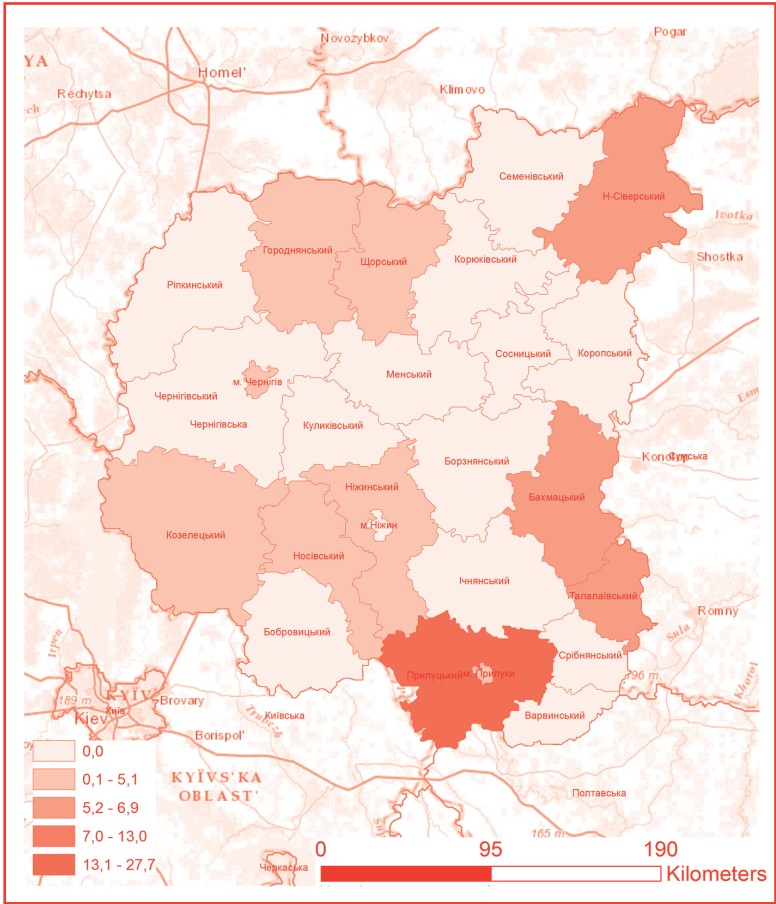
Рис. 23. Частка осіб з уперше діагнованим ТБ серед хворих на СНІД, які перебували під медичним наглядом на кінець 2013 р. в регіонах України, %

У 2013 році в області зареєстровано 118 випадків смерті, зумовлених ВІЛ, із них 77 осіб померло від СНІД-асоційованих хвороб, 41 особа – від інших захворювань. Тенденція показника смертності від СНІДу поки не має стабілізації: у 2013 році його рівень збільшився ще на 11% проти попереднього року – 7,2 і 6,5 на 100 тис. населення відповідно. Рівень смертності від інших захворювань поступово знижується: у 2013 р. він становив 3,8 на 100 тис. населення проти 4,0 на 100 тис. населення у 2012 р.

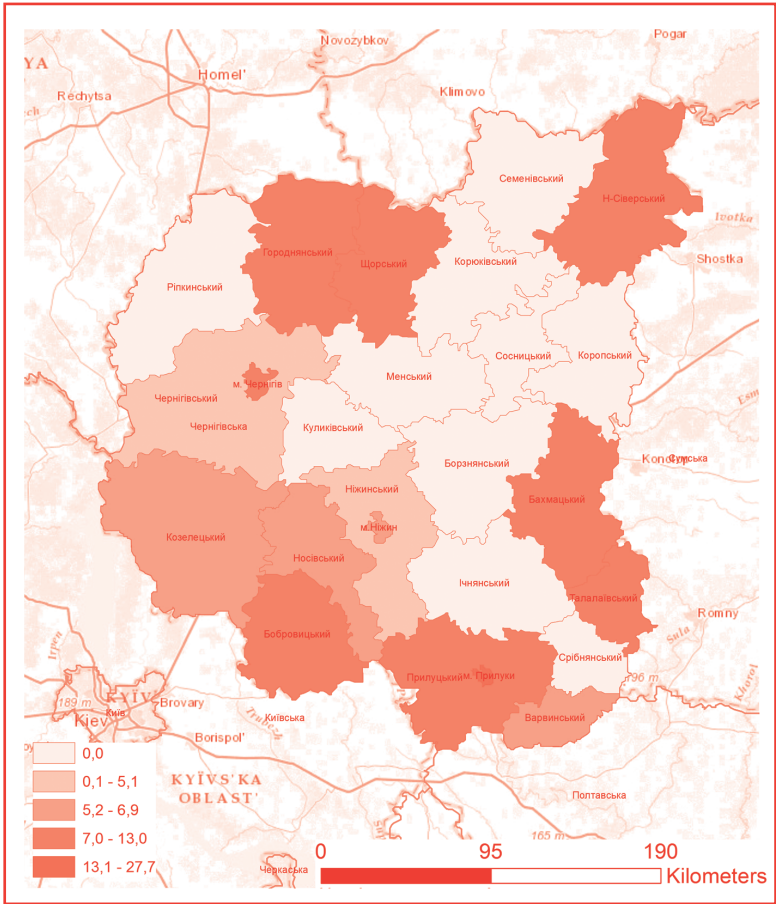
У вікових групах 30–39 років, 50 років і старші частіше реєструвались випадки смерті серед чоловіків, у вікових групах 20–29 та 40–49 років – серед жінок. У 2013 році 58% ВІЛ-інфікованих померлих були споживачами ін'єкційних наркотиків (відповідний показник по Україні – 49,5%).

З 2009 по 2013 рік збільшилася кількість територій Чернігівської області, де зафіксовано зростання рівня смертності від СНІДу. У 10 з 22 районів у 2013 році не зареєстровано випадків смерті від СНІДу (Картограми 1-2).

Додатковий аналіз даних щодо хворих на СНІД, померлих у 2011–2013 рр., дозволив встановити, що майже 80% із них було взято на облік у медичних закладах області протягом першого року після лабораторного підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекція, і 50% цих осіб уже мали IV клінічну стадію (СНІД).



Картограма 1. Смертність від СНІДу в Чернігівській області, 2009 р. (на 100 тис. населення)



Картограма 2. Смертність від СНІДу в Чернігівській області, 2013 р. (на 100 тис. населення)

Аналіз даних за 2005–2013 рр. дозволив встановити прямі кореляційні зв'язки високої сили між рівнями захворюваності на СНІД, смертності від СНІДу та показниками своєчасності обліку ВІЛ-позитивних осіб, що підтверджує залежність показників, пов'язаних зі СНІД-індикаторними хворобами, від часу виявлення та взяття ЛЖВ під медичний нагляд (Таблиця 3).

Таблиця 3. Зв'язок між показниками епідемічного процесу щодо ВІЛ-інфекції та своєчасності взяття на облік ВІЛ-позитивних осіб, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

Показники	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію	Захворюваність на СНІД	Смертність від СНІДу
Охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним наглядом	+ 0,52 (mr=0,32; t=1,61)	+ 0,94 (mr=0,13; t=7,29)*	+ 0,85 (mr=0,20; t=4,27)*
Частка осіб, яких було взято під медичний нагляд у III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції	+ 0,56 (mr=0,31; t=1,79)	+ 0,87 (mr=0,19; t=4,66)*	+ 0,93 (mr=0,14; t=6,69)*

*Достовірний зв'язок ($p < 0,01$).

Відсутність достовірних зв'язків між 1) охопленням ВІЛ-позитивних осіб медичним наглядом та захворюваністю на ВІЛ-інфекцію, що реєструється, 2) часткою осіб, яких було взято під медичний нагляд у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, та захворюваністю на ВІЛ-інфекцію, що реєструється, – свідчить про те, що зміни показників своєчасності взяття на облік поки що суттєво не впливають на кількість уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб. Інакше кажучи, охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним наглядом залишається на недостатньому рівні, а приріст уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих за рахунок осіб у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції більшою мірою впливає на захворюваність на СНІД і смертність від СНІДу.

2. Поширеність ВІЛ у групах підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ

2.1. Результати СЕМ поширеності ВІЛ серед уразливого до ВІЛ контингенту

Встановлено, що протягом останніх трьох років у Чернігівській області, на тлі майже незмінної щорічної загальної кількості обстежень на ВІЛ-інфекцію (близько 110 тис.), кількість тестувань контингенту з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ збільшувалася: 15 440 обстежень у 2011 р., 16 000 – у 2012 р., 19 000 – у 2013 р. Цю тенденцію підтверджує зростання кількості тестувань на 100 тис. населення осіб, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин (код 102), та осіб із ризикованою статевою поведінкою (код 105) (Рис. 24, 25).

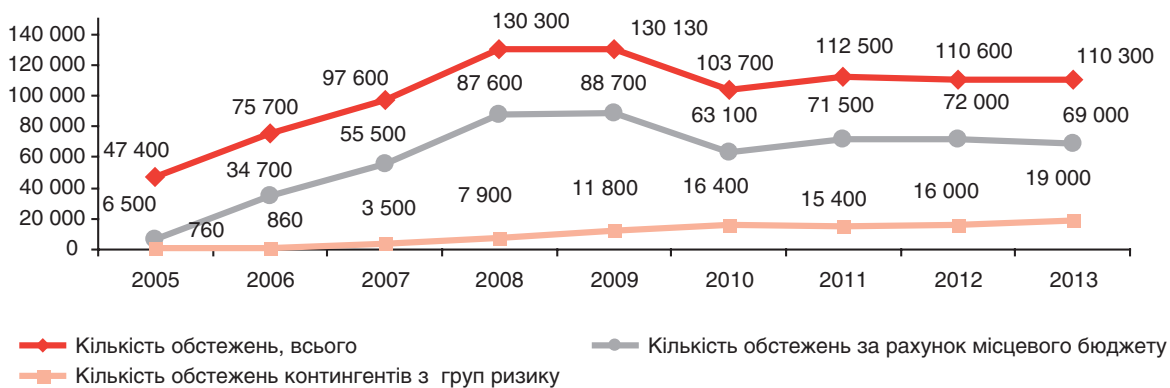


Рис. 24. Кількість обстежень на ВІЛ-інфекцію, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

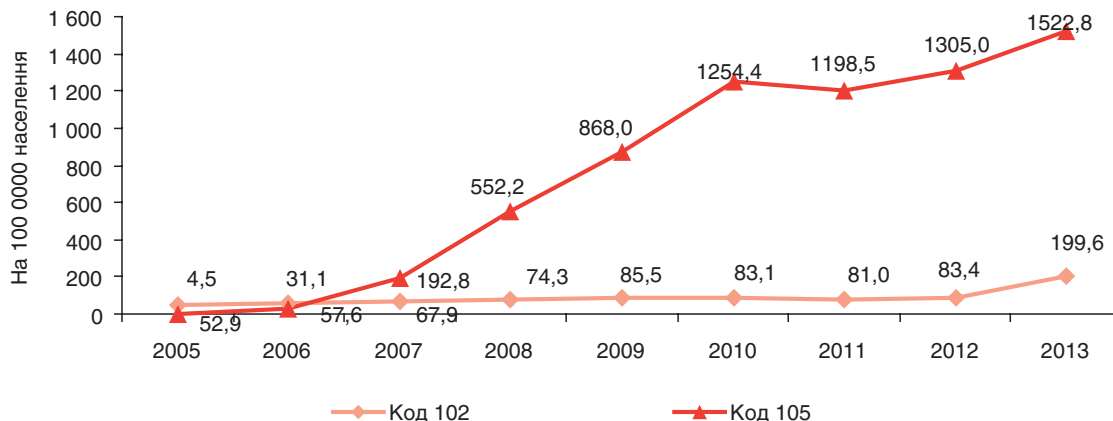


Рис. 25. Кількість тестувань на 100 тис. населення за кодами 102, 105, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

Аналіз рівня інфікованості ВІЛ за даними СЕМ засвідчив однакові тенденції до зниження частки ВІЛ-позитивних результатів від загальної кількості обстежень як за кодом 100, так і за кодами обстеження осіб з ГПР – 102 (особи, які споживають ін'єкційні наркотичні речовини), 104 (особи із симптомами або хворі на ІПСШ), 105 (особи з ризикованою статевою поведінкою). З'ясовано, що відсоток ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за кодами 102, 104, 105, становить третину (33,5%) від усіх ВІЛ-позитивних осіб, виявлених у 2013 році. Отже, на загальний рівень інфікованості ВІЛ в області суттєво впливає саме кількість виявлених осіб з ГПР (Рис. 26, 27).

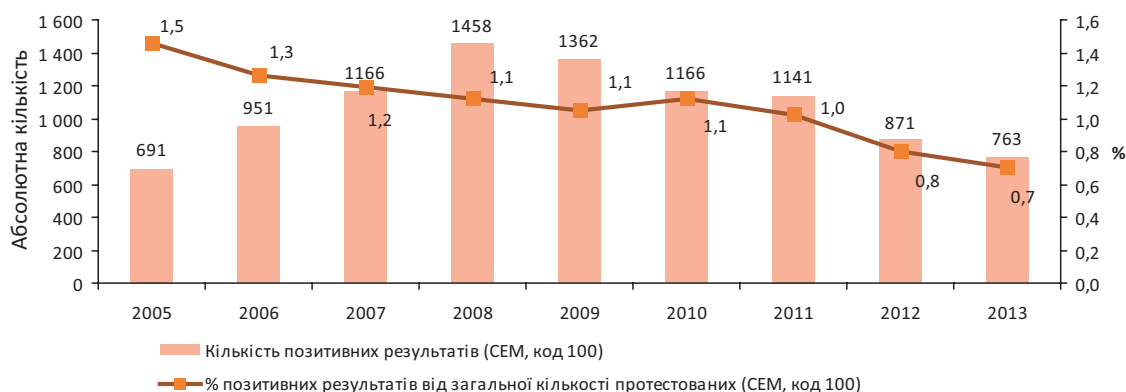


Рис. 26. Кількість ВІЛ-позитивних результатів та їх відсоток від загальної кількості обстежених на ВІЛ-інфекцію за кодом 100, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

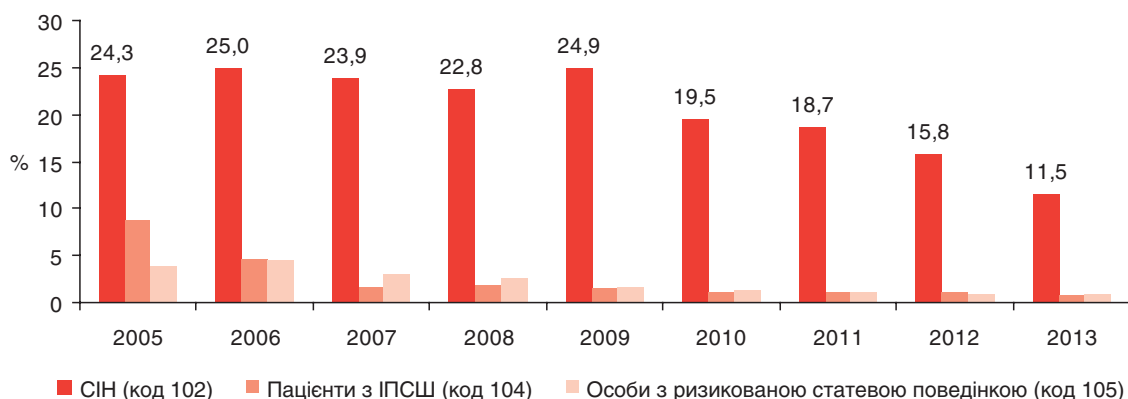
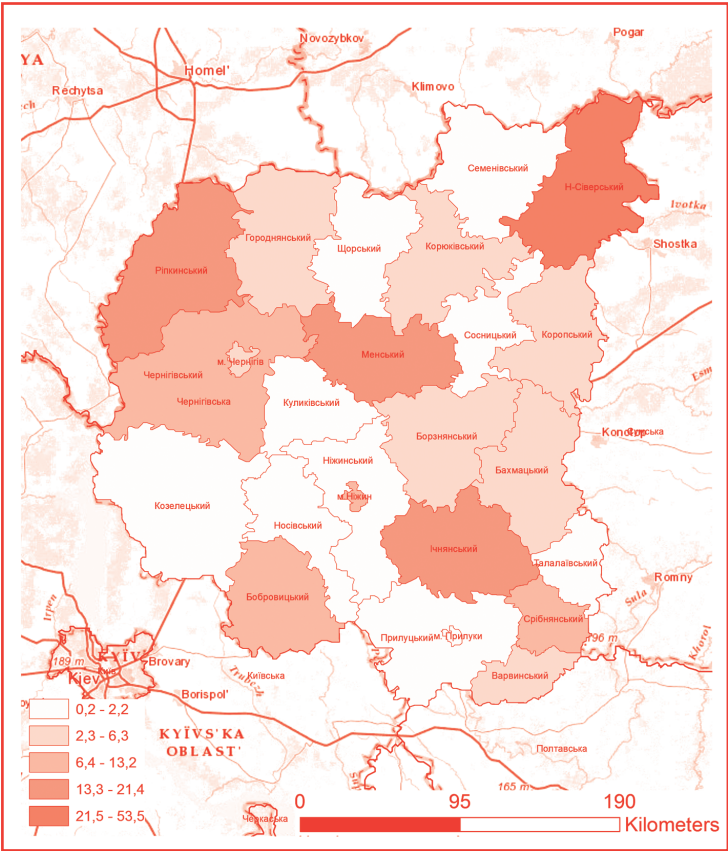


Рис. 27. Частка ВІЛ-позитивних результатів від кількості обстежених на ВІЛ-інфекцію за кодами 102, 104, 105, Чернігівська область, 2005–2013 рр., %

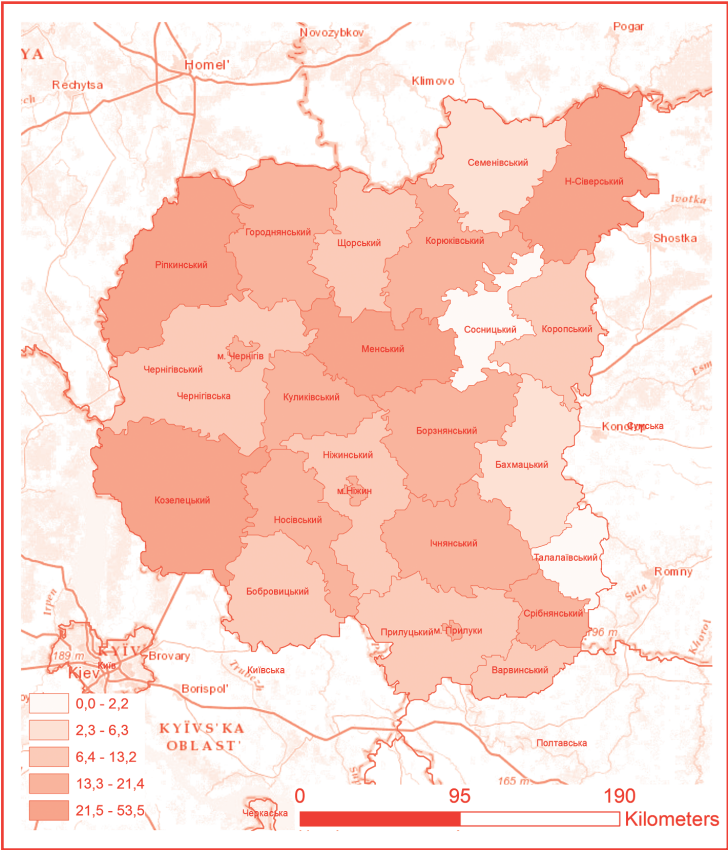
Частка тестувань осіб з ГПР від загальної кількості обстежень на ВІЛ-інфекцію збільшилася протягом останніх п'яти років майже на всіх територіях області, крім чотирьох районів – Бахмацького, Ічнянського, Новгород-Сіверського та Чернігівського, де цей показник мав від'ємний темп приросту (Картограми 3–4).

Привертає увагу той факт, що у 2013 році в Бахмацькому районі зафіксовано найвищий в області рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію, що реєструється, – 88,8 на 100 тис. населення (в області – 47,7 на 100 тис. населення) на тлі низького обсягу обстеження на ВІЛ-інфекцію осіб з ГПР (6,3% у 2009 р. і 5,6% у 2013 р.). Враховуючи те, що, за даними офіційної статистики 2013 року, в цьому районі взято під нагляд найбільшу (порівняно з іншими районами області) кількість СНІ, і те, що, за даними кабінету «Довіра» при Бахмацькій центральній районній лікарні, не було жодного звернення осіб з ризикованою поведінкою щодо отримання результату тестування на ВІЛ-інфекцію після пройденого обстеження, можна зробити такі припущення:

- ВІЛ-інфіковані СНІ, взяті на облік у Бахмацькому районі, були виявлені як ВІЛ-позитивні особи за даними лабораторних досліджень до 2013 року;
- високий рівень зареєстрованої захворюваності в Бахмацькому районі зумовлений реєстрацією осіб з різними шляхами інфікування ВІЛ, переважно внаслідок незахищених статевих контактів;
- низький відсоток обстежень осіб з ГПР на ВІЛ-інфекцію та відсутність їх звернень по результати тестування сприяє інтенсивності та розвитку прихованого компоненту епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в районі;



Картограма 3. Відсоток осіб з груп підвищеного ризику від загальної кількості осіб, протестованих на ВІЛ-інфекцію, Чернігівська область, 2009 р.



Картограма 4. Відсоток осіб з груп підвищеного ризику від загальної кількості осіб, протестованих на ВІЛ-інфекцію, Чернігівська область, 2013 р.

- особи, у яких було встановлено статевий шлях інфікування ВІЛ, можуть бути статевими партнерами осіб з ГПР і відігравати ключову роль у поширенні ВІЛ серед загального населення.

При визначенні залежності між обсягами тестувань за кодами 102, 104 та 105 та рівнями інфікованості ВІЛ серед зазначених груп обстежених осіб у Чернігівській області за період 2009–2013 рр. виявлено прямі та зворотні кореляційні зв'язки різної сили (Таблиця 4).

Таблиця 4. Зв'язок між обсягами тестувань та рівнями інфікованості ВІЛ за кодами 102, 104, 105, за даними СЕМ, Чернігівська область, 2009–2013 рр.

Роки	Код 102			Код 104			Код 105		
	N	ВІЛ+	P±mp, %	N	ВІЛ+	P±mp, %	N	ВІЛ+	P±mp, %
2009	942	235	24,95±1,41	1 249	19	1,52±0,35	9 559	152	1,59±0,13
2010	906	177	19,54±1,32	1 852	20	1,08±0,24	13 669	183	1,34±0,10
2011	875	164	18,74±1,32	1 514	16	1,06±0,26	12 943	154	1,19±0,10
2012	892	141	15,81±1,22	1 473	17	1,15±0,28	13 954	139	1,00±0,08
2013*	841	97	11,5±1,10	1 308	10	0,8±0,24	16 194	147	0,9±0,06
Коефіцієнт кореляції* (r)	r= +0,93 mr=0,21; t=4,38***			r= -0,22 mr=0,56; t=0,39			r= -0,91 mr=0,24; t=3,80***		
2013**	2 129	99	4,7±1,22	1 319	10	0,8±0,20	16 246	147	0,9±0,07
Коефіцієнт кореляції** (r)	r= -0,88 mr=0,27; t=3,21***			r= -0,24 mr=0,56; t=0,43			r= -0,91 mr=0,24; t=3,80***		

* Без урахування швидких тестів у 2013 р.

** З урахуванням швидких тестів у 2013 р.

*** Достовірний зв'язок (p<0,01).

З 2005 по 2012 рік включно в області зафіксовано зменшення кількості обстежень на ВІЛ-інфекцію серед СІН (код 102) – з 942 до 892, а у 2013 році – значне зростання за рахунок включення обстежень швидкими тестами – до 2129. Частка обстежень за допомогою швидких тестів від кількості всіх обстежень на ВІЛ-інфекцію серед СІН в області склала 60% (1288 тестів).

За умови виключення швидких тестів з даних СЕМ було отримано пряму кореляційну залежність високої сили (r= +0,93) між обсягом тестувань та рівнем інфікованості ВІЛ за кодом 102, що може свідчити про ретельний добір осіб за визначеною причиною обстеження; іншими словами, чим більше обстежують на наявність ВІЛ-інфекції осіб цієї цільової групи, тим більше виявляють ВІЛ-позитивних СІН.

Якщо враховувати обстеження швидкими тестами у 2013 році, то зв'язок між аналізованими явищами є від'ємним (r= -0,88), тобто збільшення обсягів тестувань не призводить до зростання показників інфікованості ВІЛ серед СІН, що може свідчити про обстеження нецільової когорти осіб або відображає явище, характерне для території, де СІН мають менший вплив на розвиток епідемічного процесу.

Враховуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що збільшення у 2013 році обсягів тестувань СІН у 2,5 раза порівняно з попереднім роком не призвело до очікуваного зростання кількості ВІЛ-позитивних СІН, виявлених за даними СЕМ, а відтак – і рівня інфікованості ВІЛ. Можна припустити, що в цьому випадку відбувається «тестування заради тестування», що не сприяє своєчасній та ефективній організації впровадження профілактичних заходів.

При визначенні ролі статевого шляху інфікування ВІЛ викликає інтерес вивчення частоти виявлення антитіл до ВІЛ серед хворих на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ; код 104), та осіб з ризикованою статевою поведінкою (код 105). Кількість обстежень на ВІЛ-інфекцію осіб, у яких виявлено ІПСШ, в 1,5 раза перевищує обсяги тестувань серед СІН, але число виявлених ВІЛ-позитивних осіб є незначним і коливається щорічно в межах 10–20 осіб. За період 2009–2013 років рівень інфікованості ВІЛ за кодом 104 зменшився з 1,52% до 0,08% і не мав достовірної кореляційної залежності з обсягами тестувань. У досліджуваній період встановлено зворотний кореляційний зв'язок високої сили між кількістю обстежень на ВІЛ-інфекцію та рівнем інфікованості ВІЛ за кодом 105 ($r = -0,91$).

2.2. Поширеність ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків

З 2005 по 2013 рік в області було зареєстровано 1188 ВІЛ-інфікованих СІН віком 15 років і старших, із них 955 осіб (80,4%) – чоловіки і 233 особи (19,6%) – жінки. За період 2005–2011 рр. річна кількість зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ зростає на 36,1%, у подальші роки відзначається зменшення їх кількості. Частка молодих осіб віком 15–24 роки серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН знизилася з 22,7% у 2005 р. до 4,7% у 2013 р. (Рис. 28).

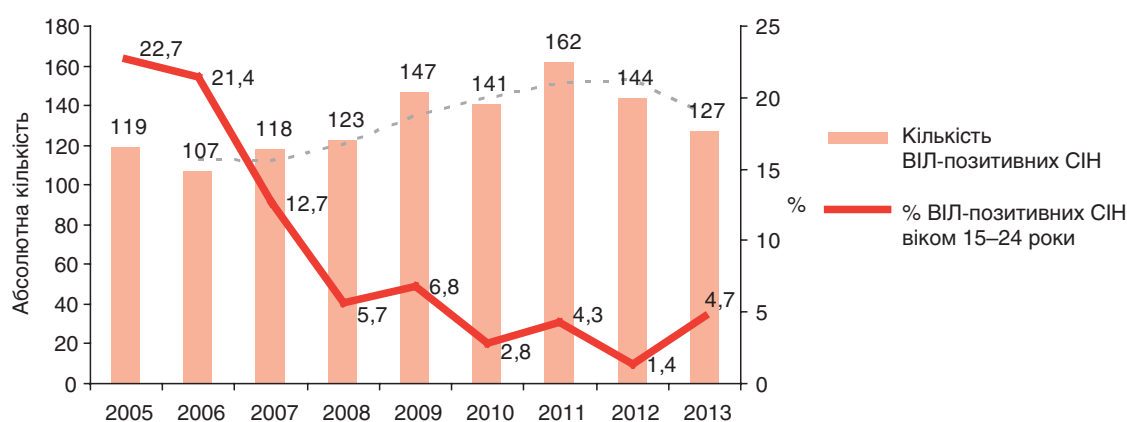
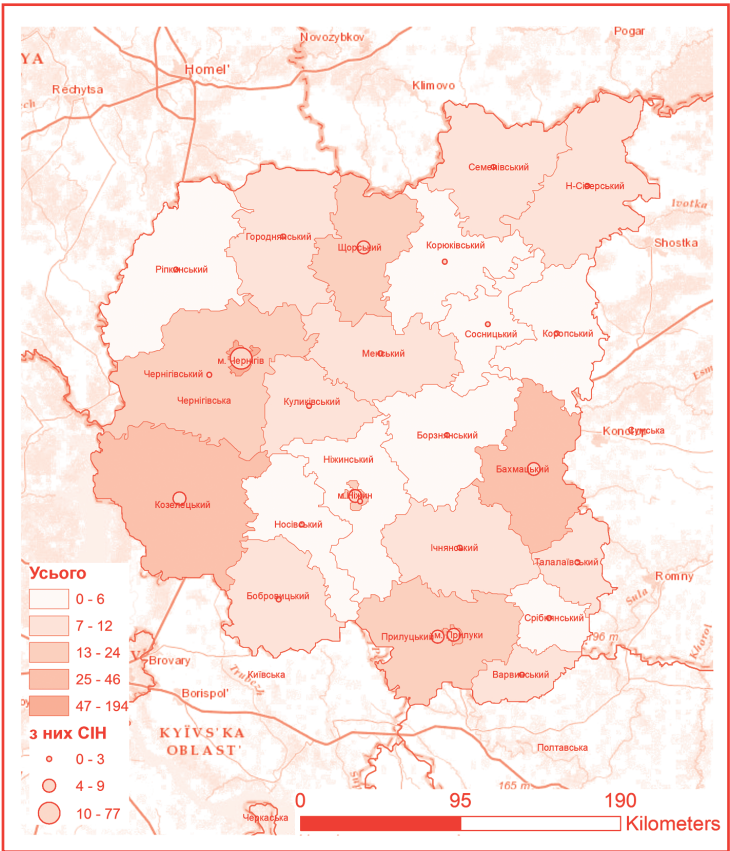
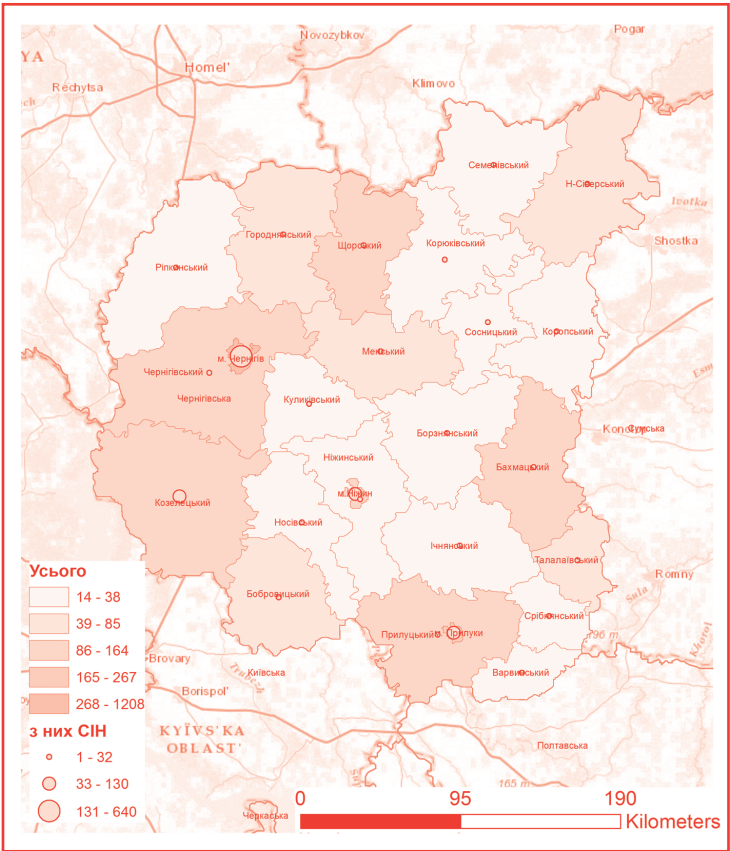


Рис. 28. Кількість вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН і частка молодих СІН (15–24 роки) серед них, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

Найбільш ураженими епідемією ВІЛ-інфекції залишаються адміністративні райони, де продовжують реєструватися нові випадки ВІЛ-інфекції серед СІН і їх найбільша кількість перебуває під медичним наглядом, – міста Чернігів, Прилуки, Ніжин, а також Бахмацький, Городнянський, Козелецький, Новгород-Сіверський, Прилуцький, Чернігівський, Щорський райони (Картограми 5–6).



Картограма 5. Кількість ВІЛ-позитивних осіб, узятих під медичний нагляд, Чернігівська область, 2013 р.



Картограма 6. Кількість ВІЛ-позитивних осіб, які перебувають під медичним наглядом станом на 01.01.2014 р., Чернігівська область

За даними Чернігівського обласного наркологічного диспансеру, частка зареєстрованих хворих на розлади психіки та поведінки внаслідок споживання психоактивних речовин становить 1,9% від загальної чисельності населення області. Станом на 1 січня 2014 року на обліку в наркологічних закладах області перебувало 19 907 таких хворих, з них 1756 осіб (8,8%) – хворі з розладами психіки внаслідок споживання наркотичних речовин (наркоманії).

Протягом останніх трьох років показник загальної захворюваності на розлади психіки внаслідок споживання наркотичних речовин (наркоманії) зменшився з 25,8% до 15,4% на 100 тис. населення, у тому числі серед осіб 15–35 років – з 9,7% до 5,9% на 100 тис. населення (Рис. 29).

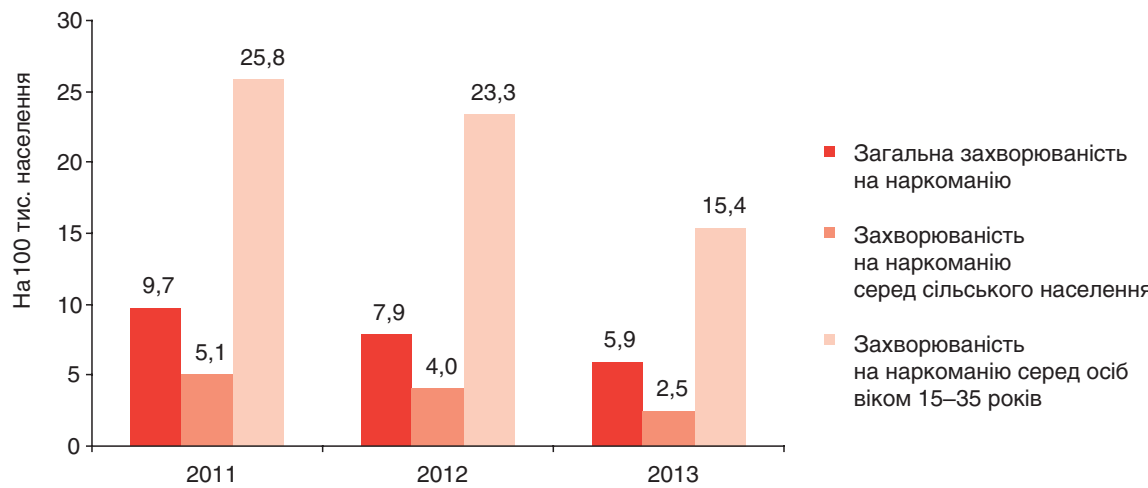


Рис. 29. Динаміка захворюваності на розлади психіки від споживання наркотичних речовин (наркоманії), Чернігівська область, 2011–2013 рр.

Ми розрахували коефіцієнти лінійної кореляції між захворюваністю на наркоманію, захворюваністю на ВІЛ-інфекцію та кількістю вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН у 2013 році в Чернігівській області (Таблиця 5).

Таблиця 5. Зв'язок (коефіцієнт кореляції) між поширеністю наркоманії, захворюваністю на ВІЛ-інфекцію, кількістю вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН, Чернігівська область, 2013 рік

Поширеність/ захворюваність/ кількість СІН	Наркоманія	ВІЛ-інфекція	ВІЛ-інфіковані СІН
Наркоманія		+0,23 ($mr=0,20$; $t=1,13$)	+0,32 ($mr=0,21$; $t=1,62$)
ВІЛ-інфекція	+0,23 ($mr=0,20$; $t=1,13$)		+0,43 ($mr=0,12$; $t=3,58$)*
ВІЛ-інфіковані СІН	+0,32 ($mr=0,21$; $t=1,62$)	+0,43 ($mr=0,12$; $t=3,58$)*	

*Достовірний зв'язок ($p<0,01$).

Як видно з наведених даних, у 2013 р. між усіма аналізованими показниками у просторі існували прямі кореляційні зв'язки помірної сили (між кількістю ВІЛ-інфікованих СІН та поширенням наркоманії; кількістю ВІЛ-інфікованих СІН та захворюванням на ВІЛ-інфекцію) та слабкої сили (між поширенням наркоманії та захворюваністю на ВІЛ-інфекцію), проте рівня статистичної достовірності вони сягнули лише стосовно взаємозв'язку між показником захворюваності на ВІЛ-інфекцію та кількістю вперше

zareєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН ($p < 0,01$). Отже, поширення наркоманії в області не впливає на реєстрацію нових випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі серед СІН, скоріше, це залежить від ступеня доступу до послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, організації профілактичних та лікувальних заходів у зв'язку з ВІЛ.

У 2009 році Чернігівську область уперше було охоплено біоповедінковими дослідженнями, які проводилися в Україні в рамках епіднагляду за ВІЛ-інфекцією другого покоління. За результатами таких досліджень було отримано соціально-демографічну характеристику СІН у м. Чернігові.

Встановлено, що споживання ін'єкційних наркотиків притаманне переважно чоловікам: їх частка серед СІН становила 82,5% у 2009 р., 72,9% у 2011 р. та 70,6% у 2013 р. Але спостерігалось збільшення частки жінок серед СІН – 17,5%, 27,1%, 29,4% відповідно. Слід відзначити, що, за даними офіційної статистики, частка СІН серед уперше zareєстрованих ВІЛ-інфікованих дорослих жінок у 2013 році також зросла.

Протягом 2011–2013 рр. не відбулося суттєвих змін у вікових характеристиках популяції СІН: частка молодих СІН не зменшується і становить понад 20%. Середній вік опитаних – 31 рік. Однак про старішання популяції СІН сигналізує тренд до збільшення частки СІН, які мають тривалий (11 років і більше) стаж споживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, – 22% у 2009 р., 35% у 2011 р. Середній стаж споживання наркотиків ін'єкційним шляхом має тенденцію до зростання і у 2013 році досяг майже 14 років.

У межах біоповедінкового дослідження 2013 року проаналізовано розподіл СІН за зайнятістю, освітою, місцем проживання, джерелом доходів. Що стосується зайнятості, то найвищий показник непрацюючих СІН серед усіх 29 міст, де проводилося дослідження, – 72,3% – зафіксовано в м. Чернігові. Серед опитаних СІН 94,5% мали базову середню освіту (9 повних класів), 83,0% постійно мешкають у Чернігові. Для 55,4% СІН основним джерелом доходів була матеріальна допомога від родичів, чоловіка/дружини, друзів, для 34,5% – постійна або непостійна робота, для 8,4% – пенсійні та соціальні виплати, для 1,6% – жебракування, крадіжка.

Відомо, що практика споживання опіоїдних видів наркотиків поширена у всіх регіонах України, і хоча споживання опіатів досі посідає пріоритетне місце на наркосцені, частка осіб, які споживають наркотики-стимулятори, поступово збільшується. Загалом усе частіше практикується змішане споживання наркотиків – як стимуляторів, так і опіатів.

За результатами біоповедінкових досліджень, у Чернігові зафіксовано суттєве зростання відсотка СІН, які споживали стимулятори протягом останніх 30 днів, – 48,3% у 2009 р., 43,9% у 2011 р. та 72,1% у 2013 р., а також один з найнижчих (порівняно з іншими дозорними містами) показників середнього віку входження до групи СІН – 17 років. Частіше молоді особи розпочинають споживання неін'єкційних наркотиків та наркотиків-стимуляторів.

Показник використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції дещо підвищився. Дані щодо безпечних ін'єкційних практик за ключовими показниками свідчать, що майже всі СІН використовували стерильний інструментарій, але це є не завжди показовим, тому що вони схильні повідомляти про використання стерильного шприца навіть тоді, коли отримують ін'єкцію з уже наповненого шприца. Також спостерігається позитивна тенденція показника «Відсоток СІН, які вказали, що вони не робили ін'єкцію шприцом іншої людини протягом останнього місяця (30 днів)» (Таблиця 6).

Аналіз інформації про ризиковану статеву поведінку СІН засвідчив, що частка осіб із подвійним ризиком – СІН-ПКС – у м. Чернігові є найменшою (близько 1%) серед усіх міст, де проводилися біоповедінкові дослідження. Особи, залучені до комерційного секс-бізнесу, трапляються більшою мірою серед наймолодших СІН (віком до 19 років). Це свідчить про те, що надання сексуальних послуг на комерційній основі є, скоріше, стратегією виживання, ніж професійною діяльністю.

Таблиця 6. Показники ризикованої ін'єкційної поведінки серед СІН, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, 2009, 2011, 2013 рр., %

Показник	2009 р. %, довірчий інтервал	2011 р. %, довірчий інтервал	2013 р. %, довірчий інтервал
Відсоток СІН, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	91,8% (86,4–96,3)	96,9% (95,1–98,7)	97,3% (96,5–100)
Відсоток СІН віком до 25 років, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	93,8% (88,3–99,3)	87,9% (76,1–99,7)	97,7% (95,4–100)
Відсоток СІН, які вказали, що вони не робили ін'єкцію шприцом іншої людини протягом останнього місяця (30 днів)	73,2% (64,8–80,8)	71,6% (66,3–76,7)	79,1% (71,3–85,5)

Незважаючи на те, що в Чернігові все більше СІН повідомляє про використання презерватива під час останнього статевих контакту, частка таких осіб серед усіх опитуваних СІН залишається на низькому рівні, що свідчить про небезпечну статеву поведінку (Таблиця 7).

Переважає більшість СІН (65–75%) схильні мати тільки одного постійного партнера. Статистично значущою ($p < 0,01$) є різниця між інтенсивністю статевих контактів СІН з випадковими партнерами. Середня кількість статевих контактів протягом останніх трьох місяців з випадковими партнерами в м. Чернігові становить 9,3 (по Україні – 6,6).

Таблиця 7. Показники ризикованої статевої поведінки серед СІН, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, 2009, 2011, 2013 рр., %

Показник	2009 р. %, довірчий інтервал	2011 р. %, довірчий інтервал	2013 р. %, довірчий інтервал
Відсоток СІН, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевих контакту	34,9% (25,4–42,4)	35,4% (30,5–40,7)	46,5% (32,3–59,2)
Відсоток СІН віком до 25 років, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевих контакту	34,1% (15,9–52,3)	35,5% (11,0–60,0)	50,3% (41,2–59,4)

Незважаючи на поступове зниження частки СІН у структурі офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб, поширеність ВІЛ серед СІН, за даними проведених у Чернігові біоповедінкових досліджень, залишається високою. Середні значення частоти виявлення антитіл до ВІЛ при обстеженні СІН у 2009, 2011 та 2013 роках становили: серед усіх СІН – 26,3%, серед молодих СІН віком 15–24 роки – 5,7% (Рис. 30).

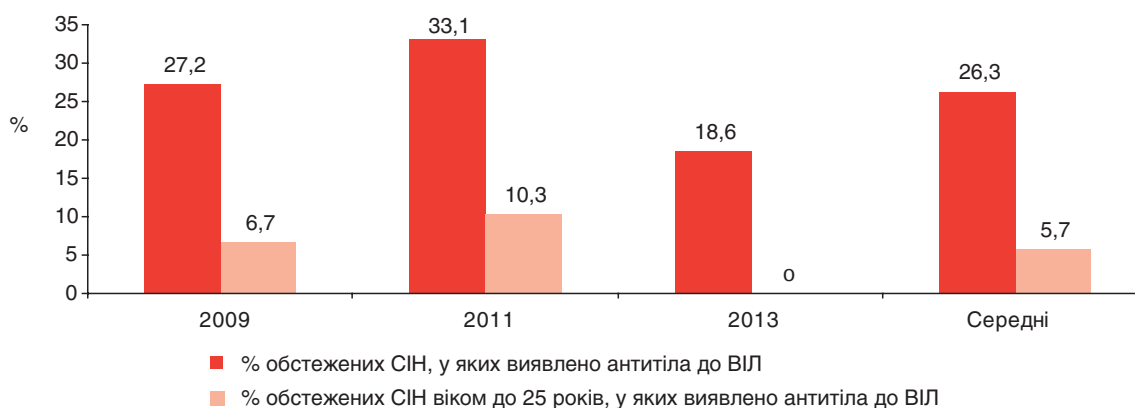


Рис. 30. Частота виявлення антитіл до ВІЛ при обстеженні СІН, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, 2009, 2011, 2013 рр., %

Ключовим елементом аналізу є визначення чисельності СІН, у тому числі ВІЛ-інфікованих. За розрахунками програми «Спектрум», оціночна чисельність СІН у Чернігівській області у 2013 році становила 5850 осіб, з них 1878 (32,1%) – інфіковані ВІЛ. Станом на 01.01.2014 р. у закладах охорони здоров'я служби СНІДу перебувало під медичним наглядом 1153 ВІЛ-інфікованих СІН, або 61,4% від оціночної чисельності ВІЛ-інфікованих СІН.

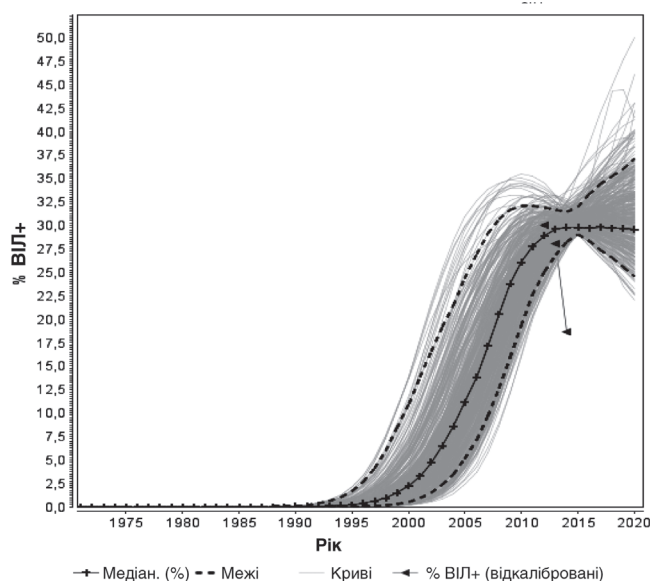


Рис. 31. Тренд поширеності ВІЛ серед СІН віком 15–49 років, отриманий за допомогою програми «Спектрум», Чернігівська область, розрахунок до 2020 р.

Тренд оціночної поширеності ВІЛ серед СІН віком 15–49 років мав максимальне значення цього показника у 2013–2014 рр. (29,8%) та більш повільну тенденцію до зниження рівнів у прогнозованому періоді до 2020 року (Рис. 31). Слід відзначити, що, за даними ДЕН, середнє значення поширення ВІЛ серед СІН за період 2009–2013 рр. склало 26,3%.

Отже, епідемія ВІЛ-інфекції буде й надалі підтримуватися за рахунок циркуляції ВІЛ у середовищі СІН. Незважаючи на прогнозовану позитивну тенденцію до зниження з 2015 року інтенсивності епідемічного процесу серед СІН, реалізація ефективних профілактичних програм серед цієї цільової групи зберігатиме свою актуальність.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ/ЮНЕЙДС, інфікованість вірусом гепатиту С (ВГС) є маркером внутрішньовенного споживання наркотиків. Як свідчать міжнародні дослідження, поширеність ВГС серед СІН становить у середньому 50,0%, проте дані країн Східної Європи та Центральної Азії суттєво варіюють – від 10% до 96%⁹.

За результатами зв'язаного дослідження, проведеного у 2011 році, частка СІН з подвійною патологією ВІЛ/ВГС становила у Чернігові 67,7% (з них 31,0% осіб – ВІЛ-інфіковані) і була найвищою порівняно з іншими 26 дозорними містами. У 2013 році частка СІН, у яких було виявлено антитіла до ВГС, збільшилася до 70,9%, з них 18,0% осіб – ВІЛ-інфіковані. Імовірність інфікування ВІЛ та гепатитом С була вищою у дорослих СІН (35 років і старші) – тих, хто мав великий стаж споживання ін'єкційних наркотиків (понад 10 років).

2.3. Поширеність ВІЛ серед жінок комерційного сексу

За даними біоповедінкового дослідження 2009 року, в Чернігові не було виявлено жодного випадку інфікування ВІЛ серед жінок комерційного сексу (ЖКС). У 2011 році показник поширеності ВІЛ серед ЖКС становив 1,0% (N=152), а серед молодих ЖКС віком до 25 років – 0,9%. Жодна ЖКС не споживала ін'єкційних наркотиків. У 2013 році дозорні дослідження у групі ЖКС у Чернігові не проводилися.

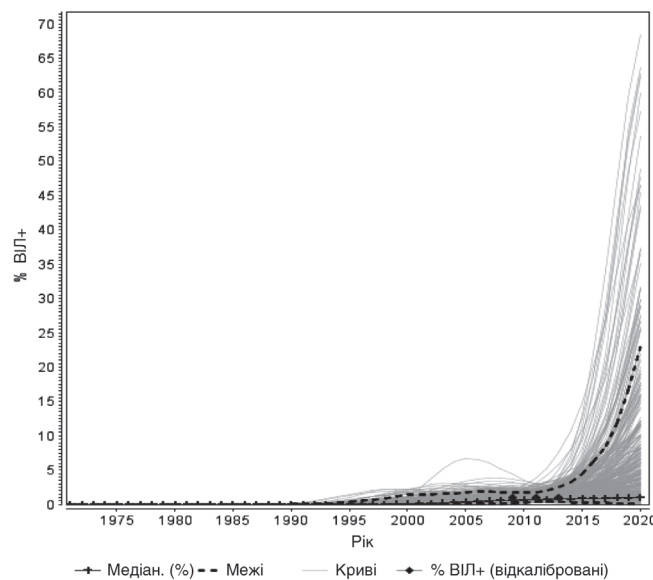


Рис. 32. Тренд поширеності ВІЛ серед ЖКС віком 15–49 років, отриманий за допомогою програми «Спектрум», Чернігівська область, розрахунок до 2020 р.

Дані про оціночну чисельність ЖКС у Чернігівській області мають обмеження внаслідок недостатньої кількості дозорних досліджень. Оціночна кількість ЖКС у 2013 році становила 1050 осіб, або 12% від загальної оціночної кількості осіб з ГПР (8750 осіб – СІН, ЖКС, ЧСЧ). Тільки 11 жінок були ВІЛ-інфікованими, але такі оціночні дані можна вважати некоректними та заниженими.

Оціночна поширеність ВІЛ серед ЖКС 15–49 років має дуже низький рівень і слабку тенденцію до збільшення протягом прогнозованого періоду – з 0,80% у 2013 р. до 0,95% у 2020 р. (Рис. 32).

⁹ Aceijas, C., Rhodes, T. (2007) Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users, Int J Drug Policy, 18 (5): 352-358.

Очевидно, що поширення ВІЛ серед ЖКС не буде суттєво впливати на інтенсивність епідемії ВІЛ-інфекції в регіоні.

У ході зв'язаного дослідження 2011 року було отримано соціально-демографічну та поведінкову характеристику ЖКС. Середній вік жінки, залученої до сфери секс-бізнесу, в м. Чернігові становив 24,4 року. Частка ЖКС віком 14–19 років становила 5,7%, 20–24 роки – 52,7%, 25–29 років – 26,7%, старше 30 років – 14,9%. Освітня структура ЖКС була такою: 64,8% мали повну загальну (11 класів) та незакінчену вищу освіту, 31,4% – базову вищу, 0,8% – базову загальну освіту (9 класів). Серед ЖКС переважають жінки, які не проживали ні з чоловіком, ні зі статевим партнером (91,2%). Абсолютно всі ЖКС, охоплені дослідженням, мали власне місце проживання.

Згідно з результатами дослідження, комерційний секс був основним джерелом доходу тільки для 34,8% ЖКС; 27,8% жінок покладалися на допомогу родичів, друзів, 21,2% мали постійну роботу; решта (16,2%) тимчасово працювала або отримувала соціальну допомогу. Майже для 60,0% ЖКС фінансове становище оцінювалось як складне або дуже складне.

Відповідно до отриманих даних, 89,0% ЖКС вживали алкогольні напої рідше одного разу на тиждень. Жодна ЖКС не споживала ін'єкційних наркотиків протягом останніх 12 місяців, тільки 3,2% жінок повідомили, що мали таку практику колись у житті. У всіх опитаних ЖКС був негативний результат тестування на маркери вірусного гепатиту В, і лише у 0,6% жінок виявлено маркери вірусного гепатиту С.

Серед основних способів пошуку клієнтів ЖКС найчастіше називали Інтернет, телефонні дзвінки (46,6%), клуби та дискотеки (32,7%), сауни (14,9%), готелі (3,7%). Тільки 1% ЖКС мали статус «вуличних».

Середній вік початку статевого життя цих дівчат становив 16,5 року, а початку надання сексуальних послуг за плату – 20,5 року. У структурі ЖКС за тривалістю перебування в секс-бізнесі ЖКС зі стажем від 2 до 10 років становили 63,2%, до 2 років – 34,1%. Середня кількість клієнтів протягом останнього тижня на одну ЖКС у м. Чернігові дорівнювала 2,1 (від 1 до 5 клієнтів) та була найбільшою порівняно з іншими містами, де проводилися біоповедінкові дослідження.

Встановлено небезпечні сексуальні практики ЖКС: лише 25% жінок використовують презервативи під час вагінальних контактів, 32% – під час анальних контактів. Серед ЖКС поширені статеві контакти як з комерційними, так і постійними партнерами (Рис. 33).

Якщо говорити про постійність користування презервативами з постійним партнером, то лише 17,3% ЖКС завжди використовували презерватив під час вагінального контакту і 26,3% – під час анального сексу. Під час останнього сексу з випадковим партнером використовували презерватив 82,6% жінок. Частка ЖКС, чиї результати тестування на маркер сифілісу були позитивними, становила 1,4% серед усіх опитаних.

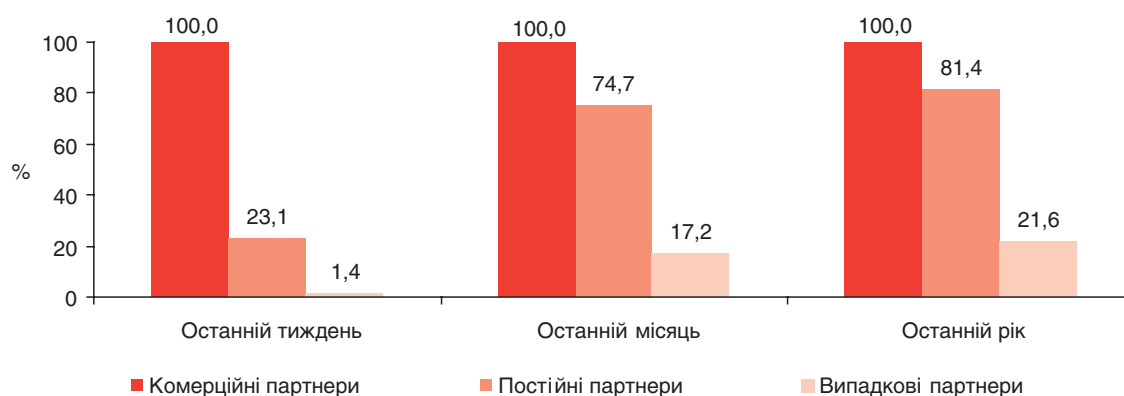


Рис. 33. Частка ЖКС, які мали відповідного статевого партнера за останній тиждень, місяць, рік, за даними біоповедінкового дослідження, м. Чернігів, 2011 р., %

За результатами опитувань 2009 і 2011 років було розраховано відсоток ЖКС, які протягом 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату і повідомили про використання презерватива під час останнього платного статевих контакту. Цей показник мав загрозливу тенденцію до зниження, в тому числі серед молодих ЖКС до 25 років (Рис. 34).

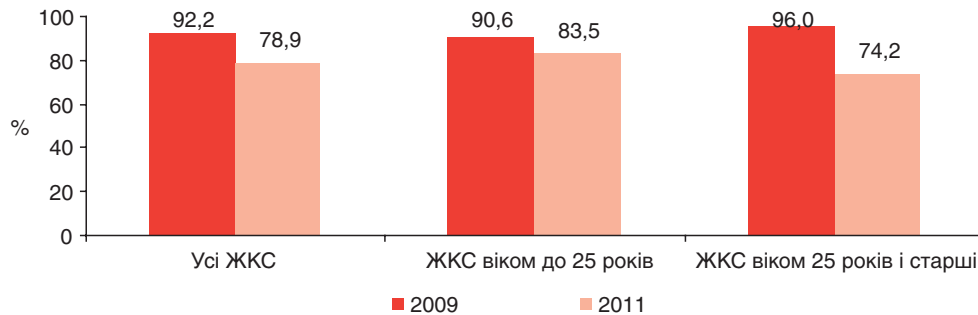


Рис. 34. Частка ЖКС, які протягом 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату і повідомили про використання презерватива під час останнього платного статевих контакту, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, %

2.4. Поширеність ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками

Офіційна статистика не відображає тенденцій поширення ВІЛ серед ЧСЧ. Станом на 1 січня 2014 року під медичним наглядом у Чернігівському обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом перебувала тільки одна особа, інфікована гомосексуальним шляхом.

За даними біоповедінкових досліджень, Чернігів відноситься до міст із низьким (порівняно з іншими містами) рівнем поширення ВІЛ серед ЧСЧ. Так, частка ВІЛ-інфікованих осіб серед досліджуваних ЧСЧ у 2011 р. склала 1,4% (N=150), у 2013 р. – 0,5% (N=200) (Рис. 35).

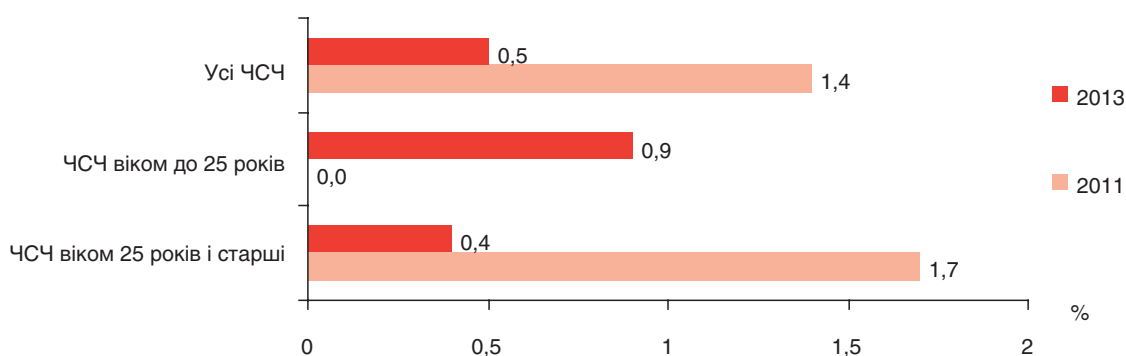


Рис. 35. Частота виявлення антитіл до ВІЛ при обстеженні ЧСЧ, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, 2011, 2013 рр., %

За розрахунками програми «Спектр», у 2013 році оціночна чисельність ЧСЧ в області становила 1850 осіб, тобто 21,1% від загальної оціночної кількості осіб з ГПР (8750 осіб – СІН, ЖКС, ЧСЧ) або 0,4% від чоловічого населення віком 15 років і старшого.

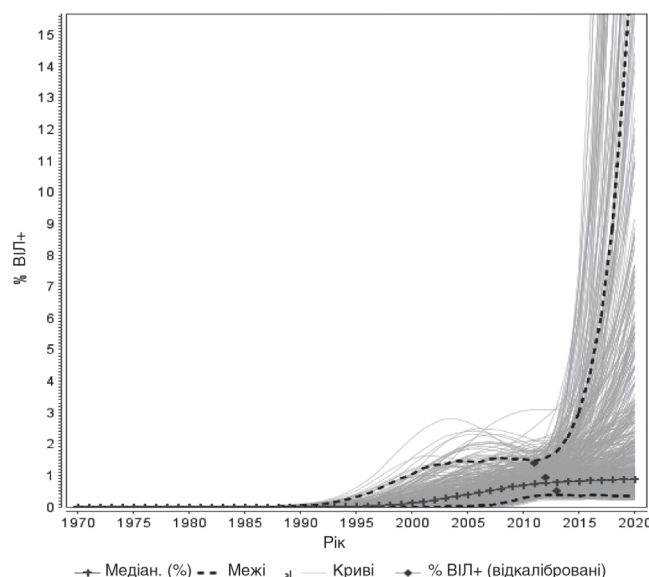


Рис. 36. Тренд поширеності ВІЛ серед ЧСЧ віком 15–49 років, отриманий за допомогою програми «Спектрум», Чернігівська область, розрахунок до 2020 р.

Враховуючи результати зв'язаних досліджень, оціночна поширеність ВІЛ серед ЧСЧ віком 15–49 років має низький рівень, але більш інтенсивний розвиток епідемічного процесу, ніж серед ЖКС. У прогнозованому періоді спостерігається збільшення цього оціночного показника з 0,68% у 2013 р. до 0,98% у 2020 р. (Рис. 36).

Оціночна кількість ВІЛ-інфікованих ЧСЧ дуже низька (14 осіб у 2013 р.), поступово зростатиме і становитиме у 2020 р. тільки 27 осіб.

Однак для точної оцінки та складання прогнозу в області щодо цієї цільової групи необхідна низка додаткових даних, які на сьогодні відсутні.

У ході біоповедінкових досліджень було вивчено соціально-демографічні та поведінкові характеристики ЧСЧ. Середній вік опитаних ЧСЧ склав 32 роки, з них 37% – це вікова група до 25 років, у тому числі 5% чоловіків – особи 16–19 років. Більше ніж половина ЧСЧ (56%) не відчувала матеріальних труднощів, 17% чоловіків відносилися до категорії бідних.

Щодо сімейного стану ЧСЧ, то 68% ніколи не були одруженими, 26% – розлучені або вдовці, 6% на момент проведення дослідження мали зареєстрований шлюб, тобто майже кожен третій ЧСЧ практикував бісексуальні контакти. Протягом останніх 12 місяців 9% ЧСЧ користувалися платними сексуальними послугами жінок. За власною сексуальною ідентифікацією частка чоловіків, які вважали себе виключно гомосексуалами, була дуже низькою – 10%, проте до бісексуалів відносили себе 80% опитаних, решті чоловіків (10%) було важко відповісти. Перший сексуальний досвід опитані чоловіки частіше отримували з жінками. Середній вік першого сексу з жінкою – 17 років, з чоловіком – 20 років. Отже, можна констатувати, що поширення ВІЛ від ЧСЧ до загального населення може активно відбуватися через статеві контакти з жінками. Ці дані також можуть свідчити про недоліки у реєстраційній системі і, як наслідок, віднесення ВІЛ-інфікованих ЧСЧ до осіб з гетеросексуальним шляхом інфікування ВІЛ.

З'ясовано, що за місяць до опитування у статевий контакт із одним постійним партнером-чоловіком вступали в середньому 56% ЧСЧ, з трьома випадковими партнерами – 12% ЧСЧ, комерційних статевих відносин між чоловіками не було. Відсоток ЧСЧ, які використали презерватив протягом останніх 30 днів, становив 49%, проте щодо останнього анального сексу з чоловіком-партнером цей показник збільшився з 74% у 2011 р. до 93% у 2013 р. (Рис. 37).

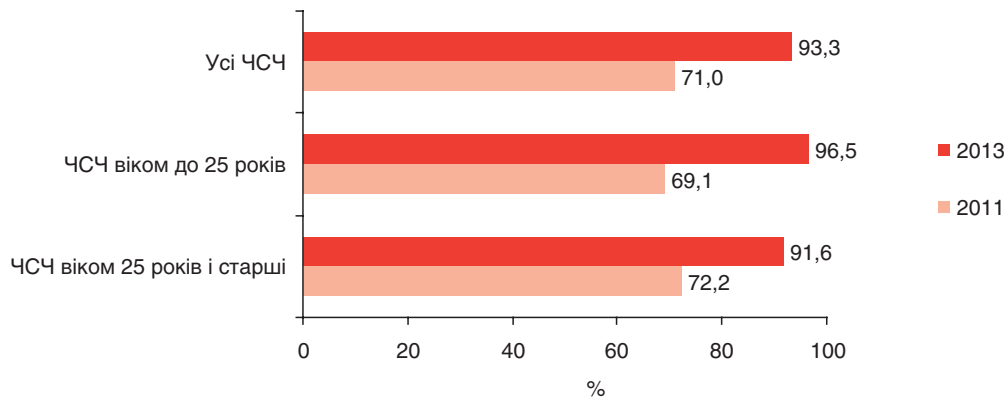


Рис. 37. Частка ЧСЧ, які використали презерватив при останньому анальному сексі з чоловіком-партнером, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, 2011, 2013 рр., %

За даними опитування, протягом останніх 30 днів тільки 1% чоловіків (30% ЧСЧ) завжди використовував спеціальний лубрикант при анальному сексі. Щодо вживання алкоголю та інших ризикованих практик було встановлено, що на момент опитування 16% ЧСЧ щодня вживали міцний алкоголь і практикували ризиковану статеву поведінку, жоден ЧСЧ не споживав ін'єкційних наркотиків.

Частота виявлення антитіл до вірусів гепатитів В і С при обстеженні ЧСЧ, за даними біоповедінкових досліджень, була дуже низькою – 8% і 12% відповідно.

Отримані дані можуть свідчити про те, що епідемічна значущість поширення ВІЛ серед ЧСЧ зростатиме. Факторами ризику інфікування ВІЛ та передачі ВІЛ від ЧСЧ до загального населення є недостатній рівень користування презервативами і часте практикування бісексуальних контактів. Це робить групу ЧСЧ однією з уразливих до інфікування ВІЛ у Чернігівській області.

3. Поширеність ВІЛ серед загального населення

3.1. Поширеність ВІЛ серед донорів

Обов'язкове лабораторне дослідження донорів крові (її компонентів), інших біологічних рідин, клітин, тканин та органів людини на наявність ВІЛ-інфекції проводиться відповідно до законодавства України. Аналіз тенденції рівня поширеності ВІЛ серед донорів вважається корисним для оцінки епідемічного стану щодо ВІЛ-інфекції серед загального населення, але при цьому слід враховувати таке:

- основна частина донорів – це чоловіки;
- з донорства виключаються особи, поведінка яких має високий ризик інфікування ВІЛ, у т.ч. зареєстровані СНІ; особи, які перехворіли на сифіліс, гепатити В, С або є носіями вірусів цих гепатитів, тощо;
- для оцінки розвитку епідемічного процесу найбільш значущим є код 108.1 – разові (первинні) донори крові або її компонентів.

У Чернігівській області рівень поширеності ВІЛ серед донорів (код 108) залишається високим – 0,16% у 2013 році (Україна – 0,10%). Цей показник у 2013 році за кодом 108.1 (особи, яких уперше було залучено до участі в донорстві або які залучалися до донорства раніше за умови, що строк від дати останньої донації становив понад рік), був значно вищим, ніж за кодом 108, – 0,25% (Україна – 0,14%).

За результатами СЕМ у Чернігівській області періодично виявляють ВІЛ-позитивних осіб серед кадрових донорів (код 108.2 – повторні донори крові, які протягом одного року від моменту останньої донації постійно залучалися до донорства, незалежно від частоти

донацій). У 2013 році було виявлено трьох ВІЛ-позитивних осіб за кодом 108.2, що може свідчити про необхідність покращення системи відбору потенційних донорів крові для вилучення з їх числа осіб з ГПР (Рис. 38).

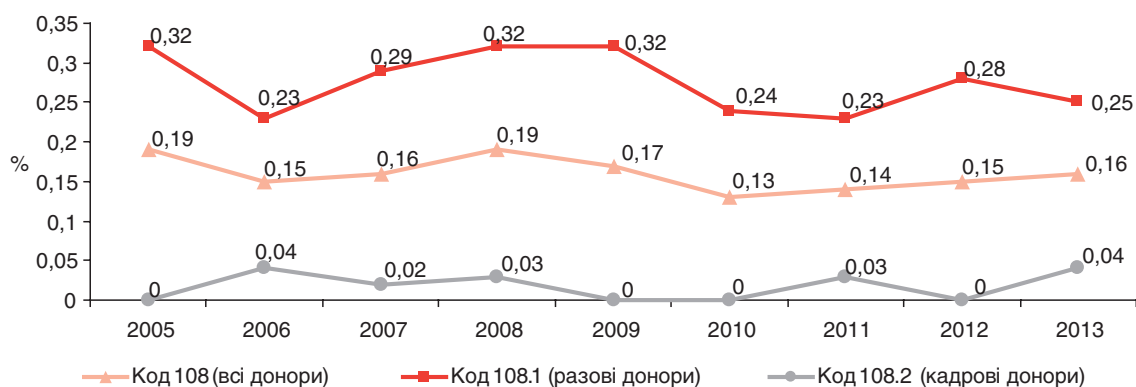


Рис. 38. Поширеність ВІЛ серед донорів, Чернігівська область, 2005–2013 рр., %

Випадки інфікування серед разових донорів було виявлено у Бахмацькому, Талалаївському районах (по 3 випадки), Срібнянському, Чернігівському районах (по 2 випадки), Новгород-Сіверському, Ічнянському, Козелецькому, Корюківському, Менському районах (по 1 випадку), у Прилуках (4 випадки) та Чернігові (8 випадків). Крім того, у 2013 році виявлено три випадки інфікування ВІЛ серед кадрових донорів (по одному випадку – в Чернігівському районі, Прилуках та Чернігові).

3.2. Поширеність ВІЛ серед вагітних

Про значне поширення збудника серед населення репродуктивного віку Чернігівської області свідчить показник поширеності ВІЛ серед вагітних – частка ВІЛ-інфікованих вагітних, незалежно від моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція (до вагітності або під час вагітності), від загальної кількості вагітних. Протягом останніх п'яти років значення цього показника в області збільшилося з 0,88% у 2009 р. до 1,20% у 2013 р. і залишається на високому рівні порівняно з іншими регіонами України (Рис. 39, 40).

Слід відзначити, що з 2009 по 2013 рік частка вагітних, які знали про свій ВІЛ-позитивний статус до вагітності, серед усіх ВІЛ-інфікованих вагітних збільшилася у 1,5 раза – 43,2%, 49,7%, 57,5%, 66,4%, 65,4% відповідно. Можна констатувати, що в Чернігівській області, як і загалом на національному рівні, сьогодні існує дефіцит доступної інформації про використання контрацептивів і планування сім'ї для ВІЛ-інфікованих жінок.

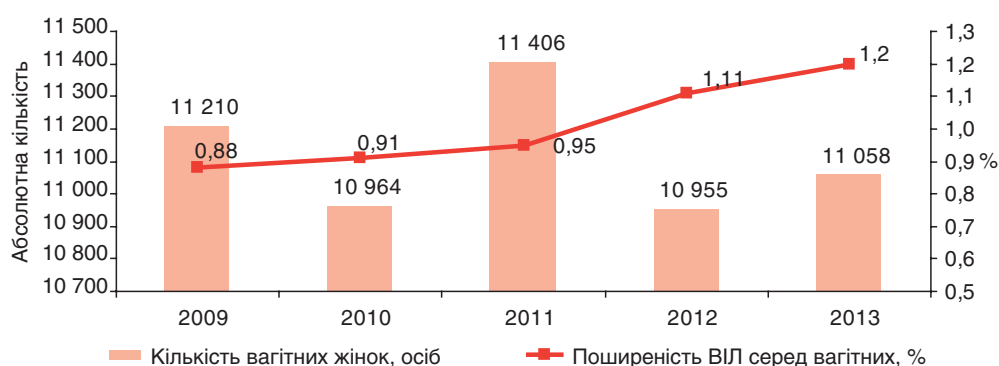


Рис. 39. Кількість вагітних жінок і поширеність ВІЛ серед них, Чернігівська область, 2009–2013 рр.

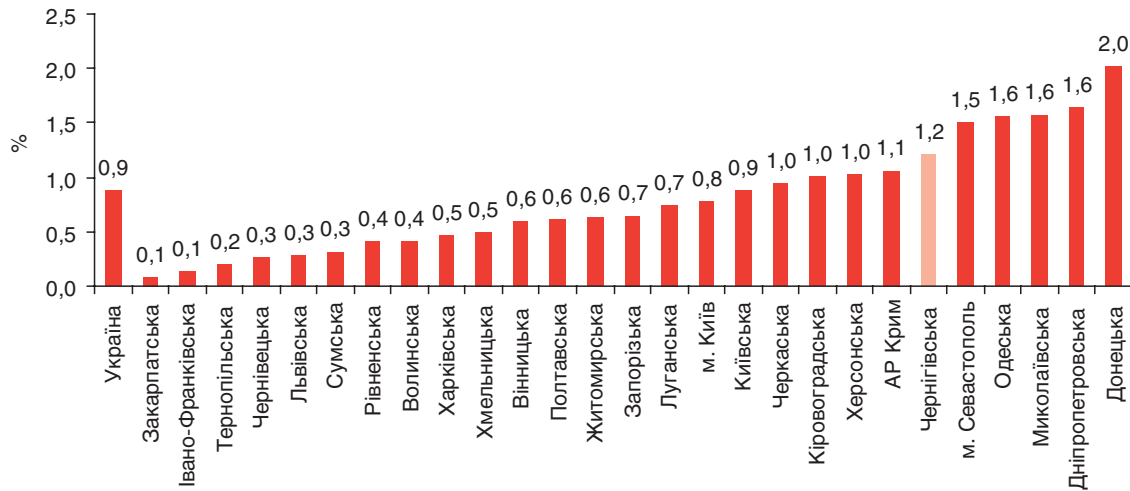


Рис. 40. Рівень поширеності ВІЛ серед вагітних у регіонах України, 2013 р., %

Послуги з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію надають усім жінкам, які звертаються до жіночих консультацій з приводу вагітності. Забезпечення інтранатальним експрес-тестуванням дозволило охопити обстеженням на наявність антитіл до ВІЛ майже 100% вагітних в усіх регіонах України.

У ході СЕМ отримують дані щодо вперше виявлених ВІЛ-позитивних жінок під час вагітності (код 109). Кількість і результати обстежень вагітних на антитіла до ВІЛ поділено на дві групи:

1. Вагітні, обстежені вперше протягом вагітності, незалежно від терміну вагітності (код 109.1). Ці первинні обстеження вагітних на антитіла до ВІЛ можуть охоплювати жінок, які вирішили зберегти вагітність, і тих, котрі побажали перервати вагітність. Результати тестувань за кодом 109.1 більш репрезентативні щодо рівня поширеності ВІЛ серед загального населення.

2. Вагітні, обстежені повторно протягом вагітності, у яких серологічні маркери до ВІЛ не було виявлено при обстеженні за кодом 109.1 (код 109.2). Кількість обстежень стосується виключно вагітних, які вирішили зберегти вагітність. Результати тестувань за кодом 109.2 дозволяють визначити випадки недавнього інфікування вагітних ВІЛ, тобто коли при первинному обстеженні на ВІЛ вагітна мала негативний результат, перебуваючи у періоді «сероконверсійного вікна», або справді інфікувалася вірусом у період між первинним та повторним обстеженнями.

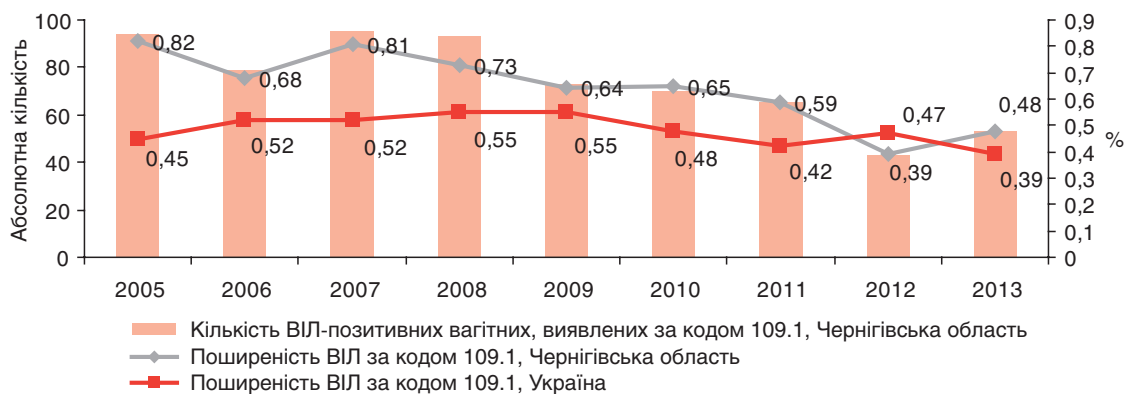


Рис. 41. Порівняння поширеності ВІЛ серед вагітних за результатами первинного тестування (код 109.1) у Чернігівській області та в Україні загалом, 2005–2013 рр.

Протягом 2005–2013 рр. у Чернігівській області спостерігається позитивна тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних за результатами первинного тестування (код 109.1) – з 0,82% до 0,48%, що прямо корелює зі зниженням кількості вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих вагітних серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних. Проте цей показник в області залишається вищим, ніж середній по Україні (Рис. 41).

За даними СЕМ 2013 року, в області серед 53 ВІЛ-позитивних жінок, виявлених за кодом 109.1, 10 вагітних (18,7%) були у віці 15–24 роки, рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних цієї вікової групи становив 0,21% (Україна – 0,33%).

У період 2005–2010 рр. в області при повторному обстеженні за кодом 109.2 щороку виявляли 5–9 ВІЛ-позитивних вагітних, які мали негативні результати першого тестування на ВІЛ-інфекцію. З 2011 року не було виявлено жодного такого випадку.

Частка жінок, які мешкають у сільській місцевості, серед ВІЛ-інфікованих вагітних з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція у 2012 р. складала 32,6%, у 2013 р. – 26,4%. Найбільшу кількість ВІЛ-позитивних вагітних виявлено в містах Чернігові, Ніжині та Прилуках, а також у Козелецькому, Бахмацькому, Прилуцькому та Новгород-Сіверському районах – ці території є неблагополучними відносно розвитку епідемічного процесу.

3.3. Дані щодо вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед жінок, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом

За даними епідеміологічного спостереження, у Чернігівській області відзначається суттєвий приріст уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за рахунок жінок зі статевим шляхом інфікування – з 33 осіб у 2005 р. до 169 осіб у 2013 р. Переважна більшість із них – це жінки віком від 25 років. Частка молодих жінок віком 15–24 роки, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, знизилася з 36,4% у 2005 р. до 12,4% у 2013 р. У цей період кількість чоловіків, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, зросла з 0 до 106 осіб (Рис. 42, 43).



Рис. 42. Кількість уперше зареєстрованих жінок та чоловіків віком 15 років і старших, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

За результатами аналізу шляхів інфікування ВІЛ вагітних у Чернігівській області встановлено, що кількість ВІЛ-інфікованих вагітних-СІН стійко знижувалася – з 25 жінок у 2005 р. до однієї жінки у 2013 р. Кількість вагітних, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, у 2005–2013 рр. становила 9, 21, 26, 37, 29, 28, 11, 21, 10 осіб відповідно. У цей період статевий шлях інфікування ВІЛ серед вагітних був основним, його частка збільшилася з 74,7% у 2005 р. до 98,1% у 2013 р.

Шлях інфікування ВІЛ статевих партнерів жінок, інфікованих статевим шляхом, було проаналізовано за даними офіційної статистики. З'ясовано, що у 2013 році партнерами 41% таких жінок були СІН.

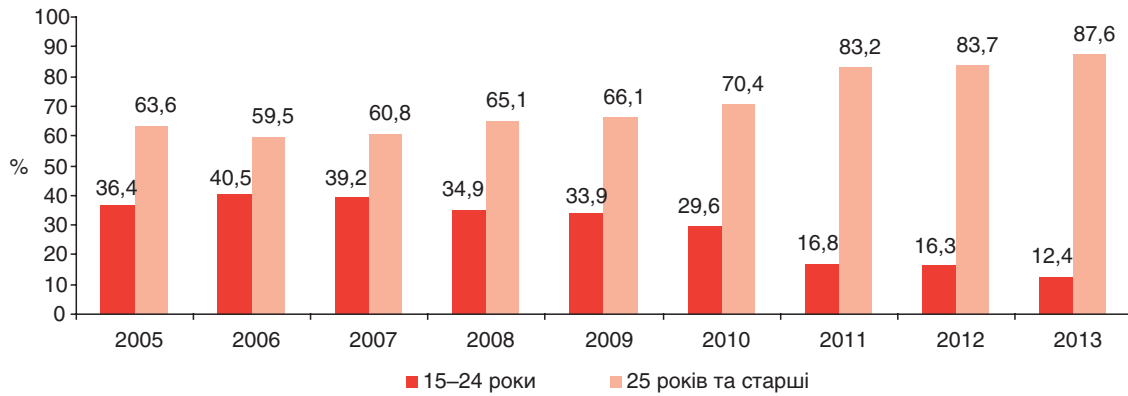


Рис. 43. Вікова структура жінок з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, інфікованих статевим шляхом, Чернігівська область, 2005–2013 рр., %

За даними програмного моніторингу, відзначається низький рівень інфікованості ВІЛ серед статевих партнерів-СІН – 5,5% у 2012 р. (5 ВІЛ-позитивних осіб із 91 СІН), 2,9% у 2013 р. (3 особи із 102 СІН). Якщо проаналізувати дані СЕМ за кодом 101, можна констатувати, що на тлі зростання кількості протестованих на ВІЛ-інфекцію, які мали незахищені статеві контакти з ВІЛ-позитивними особами та були статевими партнерами ЛЖВ, спостерігається тенденція до зменшення кількості виявлених ВІЛ-позитивних осіб та їх частки серед обстежених за цим кодом (Рис. 44).

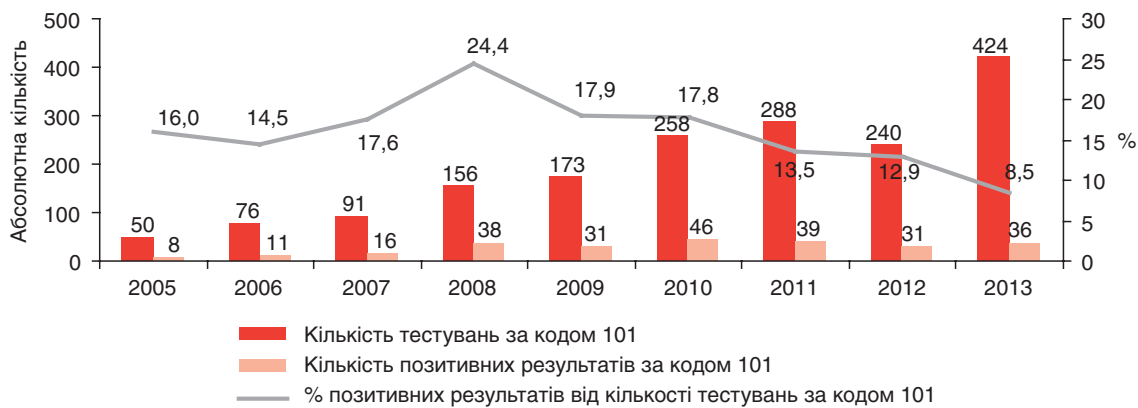


Рис. 44. Результати тестування на ВІЛ-інфекцію за кодом 101, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

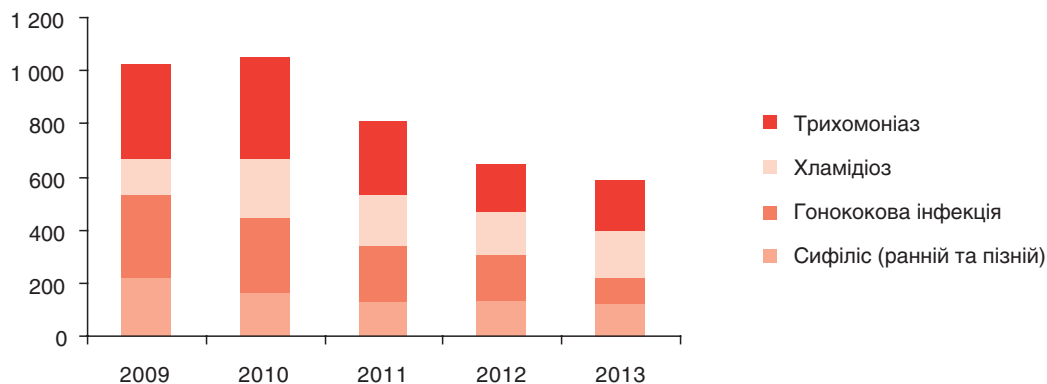


Рис. 45. Кількість нових випадків захворювання на трихомоніаз, хламідіоз, гонококову інфекцію, сифіліс, за даними дерматовенерологічної служби, Чернігівська область, 2005–2013 рр.

Дані дерматовенерологічної служби Чернігівської області свідчать про зниження кількості нових випадків захворювання на трихомоніаз, хламідіоз, гонококову інфекцію, сифіліс. Вважається, що «тіньове» лікування ІПСШ приватними лікувальними закладами та їх неповна інформація про випадки захворювання на ці інфекції негативно впливають на достовірність відповідних показників. Але тенденцію до зниження кількості нових випадків підтверджують результати скринінгових тестувань представників ГПР на ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз, гепатити В і С), зокрема тестувань групи з найбільш ризикованою поведінкою щодо інфікування ВІЛ – СІН (Рис. 45, 46).

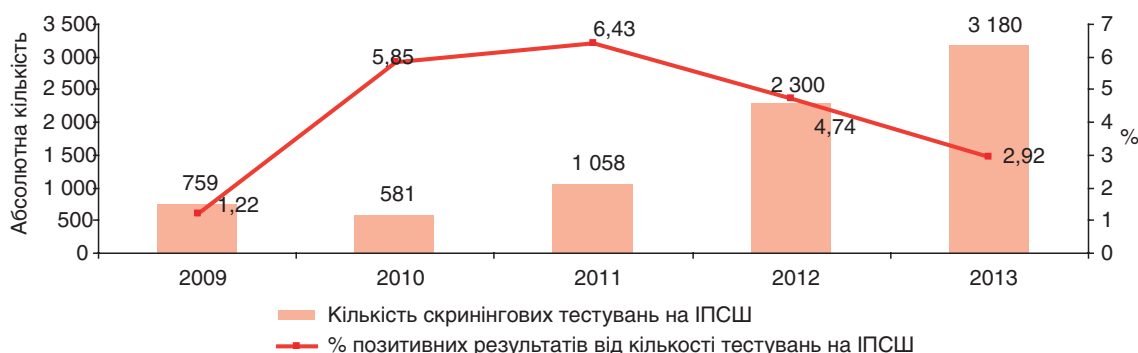


Рис. 46. Скринінгове тестування СІН на ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз, гепатити В та С), за даними програмного моніторингу, Чернігівська область, 2009–2013 рр.

Загалом отримані дані можуть свідчити, що в Чернігівській області статевий шлях інфікування ВІЛ є основним; це підтверджується зростанням кількості осіб, узятих на облік з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, які інфікувалися статевим шляхом, з перевагою залучення жіночого населення до епідемічного процесу. Для жінок існує достатньо високий ризик інфікуватися ВІЛ, якщо їхній статевий партнер є СІН. Проте у середовищі СІН більш ризикованою практикою, яка призводить до інфікування ВІЛ, є ін'єкційне споживання наркотиків, ніж статеве поведінка.

Які інтенсивність і динаміка епідемії ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?	
Гіпотези	Висновки до гіпотез
1. Епідемія ВІЛ-інфекції підтримується за рахунок ВІЛ-інфікованих СІН	- СІН досі залишаються групою, яка найбільш уражена ВІЛ-інфекцією: середнє значення поширеності ВІЛ серед СІН, за даними інтегрованих біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013 років, становить 26,3%. - Епідемія підтримується за рахунок чоловіків-СІН віком 30 років і старших, частка яких серед ВІЛ-інфікованих чоловіків відповідної вікової групи залишається ще на високому рівні і знижується дуже повільно – з 56,9% у 2009 р. до 50,9% у 2013 р. - У середовищі СІН широко практикується ризикова ін'єкційна поведінка. Це підтверджується зростанням частки СІН, у яких було виявлено антитіла до вірусу гепатиту С, – з 67,7% у 2011 р. до 70,9% у 2013 р. Відсоток СІН, які використовують стерильний ін'єкційний інструментарій протягом останнього місяця, досяг у 2013 р. тільки 79%. - Спостерігається суттєве зростання частки СІН, які споживають стимулятори, – з 48,3% у 2009 р. до 72,1% у 2013 р.
2. Зростає епідемічна роль ЧСЧ та ЖКС у поширенні ВІЛ статевим шляхом	- У рамках отриманих даних неможливо повною мірою визначити інтенсивність епідемічного процесу серед ЧСЧ. За даними біоповедінкових досліджень, рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ є незначним – 0,5% у 2013 р. Проте, за прогнозними даними програми «Спектрум», очікується зростання оціночного значення цього показника – з 0,68% у 2013 р. до 0,98% у 2020 р. - Факторами ризику передачі ВІЛ від ЧСЧ до жінок є часте практикування бісексуальних контактів (80%) і недостатній (49%) рівень використання презервативів представниками цієї цільової групи. Тому за рахунок статевих контактів ЧСЧ з жінками зростатиме епідемічна значущість поширення збудника ВІЛ від ЧСЧ до загального населення. - Поширення ВІЛ серед ЖКС не впливатиме суттєво на епідемію ВІЛ-інфекції. За даними біоповедінкового дослідження, рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС становив 1,0%, жодна ЖКС не споживала ін'єкційних наркотиків. - Проте встановлено небезпечні сексуальні практики ЖКС, котрі можуть призвести до інфікування ВІЛ як самої жінки, так і її клієнта: лише кожна четверта жінка користується презервативами. Середня кількість клієнтів протягом останнього тижня на одну ЖКС у м. Чернігові була найвищою (2,1) порівняно з іншими містами України, де проводилися біоповедінкові дослідження.
3. Збільшення випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом серед жінок може бути пов'язане з поширенням ВІЛ серед їхніх статевих партнерів-СІН	- Відмічається суттєвий приріст уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за рахунок жінок зі статевим шляхом інфікування. Основним шляхом інфікування ВІЛ вагітних є статевий (98%). - Встановлено, що у 41% жінок, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, статевими партнерами були СІН. Проте у середовищі СІН більш ризикованою практикою, що призводить до інфікування ВІЛ, є ін'єкційне споживання наркотиків, ніж статеве поведінка. За різними джерелами даних, рівень інфікованості ВІЛ серед статевих партнерів-СІН є низьким (2,9%), переважна кількість СІН схильна мати тільки одного постійного партнера (75%). - Для жінок існує достатньо високий ризик інфікуватися ВІЛ від чоловіків-СІН, оскільки ті практикують небезпечну статеву поведінку. За даними біоповедінкових досліджень, відсоток СІН, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевих контакту, дорівнював 46%. Середня кількість статевих контактів протягом останніх 3-х місяців з випадковими партнерами у м. Чернігові становить 9,3 (по Україні – 6,6).

- Аналіз даних СЕМ щодо поширеності ВІЛ серед донорів та вагітних як репрезентативного контингенту для оцінки поширеності ВІЛ серед загального населення показав несприятливі тенденції розвитку епідемічного процесу в Чернігівській області. Загальний рівень поширеності ВІЛ серед донорів (код 108) та рівень поширеності ВІЛ серед разових донорів (код 108.1) в області перевищують аналогічні показники по Україні. Показник поширеності ВІЛ серед вагітних збільшився з 0,88% у 2009 р. до 1,20% у 2013 р.
- Спостерігається нерівномірна реєстрація вперше виявлених випадків інфікування ВІЛ в адміністративних територіях області. Середньорічна кількість таких випадків на 100 тис. населення в містах обласного підпорядкування (Чернігів, Прилуки та Ніжин) в 1,5 раза більша, ніж середня по 22 районах області – 57,9 і 37,2 на 100 тис. населення відповідно.
- Епідемія ВІЛ-інфекції поступово поширюється в сільські райони області. Частка ВІЛ-інфікованих осіб – мешканців сільської місцевості – від загальної кількості вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб має тенденцію до зростання – з 19,6% у 2005 р. до 41,8% у 2013 р.
- У віковій структурі ВІЛ-інфікованих збільшується частка осіб старше 30 років – з 52,4% у 2005 р. до 71,9% у 2013 р. Статевий шлях інфікування ВІЛ став основним для жінок з 2007 р., для чоловіків – з 2013 р. За період 2005–2013 рр. частка жінок серед ВІЛ-інфікованих СІН зменшилася з 29,0% до 12,9%, серед чоловіків – з 90,0% до 49,0%.
- У Чернігівській області відмічається позитивна тенденція щодо зменшення кількості «нових» випадків інфікування ВІЛ. Частка молодих осіб (віком 15–24 роки) серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих людей зменшилася з 29,6% у 2005 р. до 8,0% у 2013 р. За даними біоповедінкових досліджень, рівень поширеності ВІЛ серед СІН віком 15–24 роки мав тенденцію до зниження: 6,7% у 2009 р, 10,3% у 2011 р., 0% у 2013 р.; серед ЖКС і ЧСЧ віком до 25 років цей показник становив 0–0,9%.
- Частка ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за кодами 102, 104, 105, становить третину (33,5%) від усіх ВІЛ-позитивних осіб, виявлених у 2013 році. Отже, на загальний рівень інфікованості ВІЛ у Чернігівській області суттєво впливає саме кількість виявлених осіб з ГПР.
- У популяції СІН м. Чернігова збільшується частка осіб, які мають тривалий стаж споживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом (у середньому майже 14 років; дані 2013 р.); середній вік СІН становив 31 рік. Аналіз кореляцій між захворюваністю на наркоманію, захворюваністю на ВІЛ-інфекцію та кількістю вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН показав, що на реєстрацію нових випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі серед СІН, поширення наркоманії в області не впливає – це, скоріше, залежить від ступеня доступу до послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, організації профілактичних та лікувальних заходів у зв'язку з ВІЛ.
- Середній вік жінок, залучених до сфери секс-бізнесу в м. Чернігові, становив 24,4 року, середній вік початку статевого життя – 16,5 року, а початок надання сексуальних послуг за плату – 20,5 року. Серед ЖКС переважають жінки, які не проживають ані з чоловіком, ані зі статевим партнером (91,2%).
- Офіційна статистика не відображає тенденцій поширення ВІЛ серед ЧСЧ. Станом на 01.01.2014 під медичним наглядом у Чернігівському обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом перебувала тільки одна особа, інфікована гомосексуальним шляхом. Середній вік ЧСЧ становив 32 роки. Сімейний стан ЧСЧ такий: 68% ніколи не були одружені, 26% – розлучені або вдівці, 6% мали зареєстрований шлюб на момент проведення дослідження. Такі дані можуть

свідчити про недоліки у реєстраційній системі та ймовірне віднесення ВІЛ-інфікованих ЧСЧ до осіб з гетеросексуальним шляхом інфікування ВІЛ.

- Охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним наглядом у Чернігівській області залишається на недостатньому рівні. Частка осіб, яких було взято на облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, від загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція зросла з 15,1% у 2005 р. до 45,0% у 2013 р. Додатковий аналіз показав, що у 54% хворих, взятих на облік у ЗОЗ у 2013 році, ВІЛ-позитивний статус було виявлено раніше – до 2013 року. Результатом пізнього звернення ВІЛ-позитивних осіб до медичних закладів є зростання показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу в області.

Дослідницьке питання 2

Який вплив профілактичних програм на розвиток ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?

5. Профілактика поширення ВІЛ серед осіб з ГПР

5.1. Охоплення СІН профілактичними програмами

За даними біоповедінкових досліджень, відсоток СІН, охоплених профілактичними програмами, становив 34,5% у 2009 р., 26,4% у 2011 р., 66,0% у 2013 р. Враховуючи, що серед СІН збільшується частка осіб, які мають тривалий (понад 11 років) стаж споживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, рівень охоплення профілактичними програмами СІН віком 25 років і старших є вищим, ніж СІН віком до 25 років (Рис. 47).

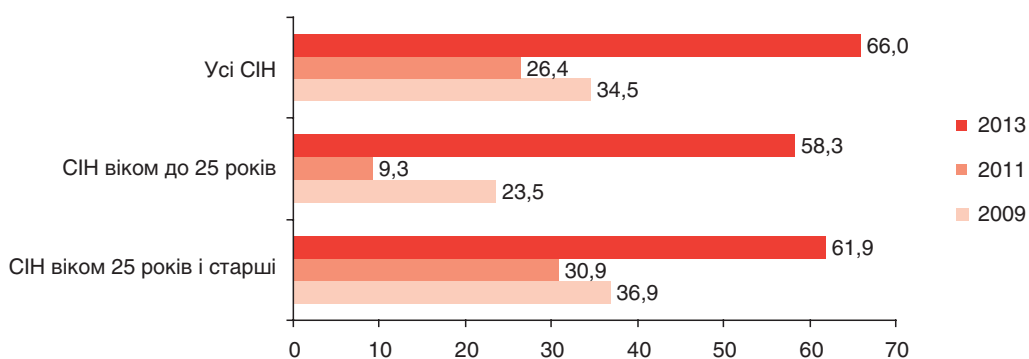


Рис. 47. Охоплення СІН профілактичними програмами, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, 2009, 2011, 2013 рр., %

Ризикована ін'єкційна і статевая поведінка СІН, про що було зазначено в Розділі I, підтверджується іншими показниками моніторингу поведінки СІН як компоненту епіднагляду за ВІЛ-інфекцією другого покоління. Відсоток СІН, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати, у 2009 і 2011 роках залишався на досить низькому рівні, особливо серед молодих СІН, і тільки у 2013 році досяг майже 65%. Відсоток СІН, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ і знають, як він не передається, свідчить про недостатній рівень поінформованості СІН, особливо молодих (Таблиця 8).

Таблиця 8. Показники моніторингу поведінки СІН, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, 2009, 2011, 2013 рр., %

Показник	2009 р.	2011 р.	2013 р.
Відсоток СІН, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат	25,4%	27,5%	64,5%
у т.ч. СІН віком до 25 років	11,4%	13,2%	67,9%
СІН віком 25 років і старші	27,4%	31,2%	63,5%
Відсоток СІН, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ і знають, як він не передається	43,7%	48,9%	71,3%
у т.ч. СІН віком до 25 років	35,7%	48,1%	57,7%
СІН віком 25 років і старші	45,8%	49,2%	74,7%

Тестування на ВІЛ-інфекцію вважали доступним для себе 76,4% СІН у 2009 р., 98,0% у 2011 р., 98,7% у 2013 р. Зафіксовано позитивну динаміку зростання кількості СІН, які звертались до організацій та установ для обстеження на наявність антитіл до ВІЛ, – з 47,7% у 2011 р. до 90,0% у 2013 р. Проте більшість СІН, які звертались для тестування, мали статус клієнта неурядової організації (НУО).

У рамках Універсального доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих СІН значення показника забезпечення СІН витратними матеріалами для програм обміну шприців та голок вважається досягнутим на рівні 100–200 шприців на одного СІН за рік. Проте, за даними програмного моніторингу, цей показник в області протягом 2008–2013 рр. не досягнув цілей Універсального доступу: охоплення профілактичними програмами СІН та кількість шприців, розданих на одного СІН за рік, були дуже низькими (Рис. 48).



Рис. 48. Охоплення СІН профілактичними програмами та кількість розданих шприців на одного СІН за рік, за даними програмного моніторингу, Чернігівська область, 2008–2013 рр.

Протягом останніх п'ять років у рамках профілактичних програм збільшувалося розповсюдження безкоштовних презервативів. Відсоток СІН, які за останні 12 місяців отримували презервативи, становив у 2009 р. 36,8%, у 2011р. – 26,5%, у 2013 р. – 66,0%.

Затверджена оціночна чисельність СІН у Чернігівській області станом на 01.01.2014 р. – 5850 осіб. За даними дозорних досліджень, середнє значення поширеності ВІЛ серед СІН становить 26,3%, отже, оціночна кількість ВІЛ-інфікованих СІН дорівнює 1538 осіб. Співвідношення даних офіційної статистики щодо ВІЛ-інфікованих СІН, які перебували під наглядом на кінець 2013 р. (1153 особи), і даних щодо оціночної кількості СІН, які живуть з ВІЛ (1538 осіб), свідчить, що показник частки СІН, охоплених медичним наглядом, від оціночної кількості ВІЛ-інфікованих СІН становить 75,0%, що, як припущення, може корелювати зі зростанням частки СІН, які звертались у 2013 р. до ЗОЗ для тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результати.

Отже, в області, за різними джерелами даних, охоплення СІН профілактичними програмами поки що є недостатнім. Профілактичні програми найбільш ефективні для СІН старшого віку, які, насамперед, є клієнтами цих програм більш тривалий період, ніж СІН віком до 25 років. Обізнаність СІН щодо безпечної статевих поведінки залишається на низькому рівні. Особливу увагу при впровадженні профілактичних програм у групі СІН слід приділяти питанню забезпечення презервативами з метою запобігання передачі ВІЛ статевим партнерам СІН.

5.2. Охоплення ЖКС профілактичними програмами

За даними біоповедінкових досліджень, які проводилися у групі ЖКС тільки у 2009 і 2011 роках, жодна ЖКС не була клієнткою НУО, лише 4,6% жінок отримали презервативи в рамках профілактичних програм. Відсоток ЖКС, охоплених профілактичними програмами, був дуже низьким для жінок усіх вікових груп, особливо для ЖКС віком 25 років і старших (Рис. 49).

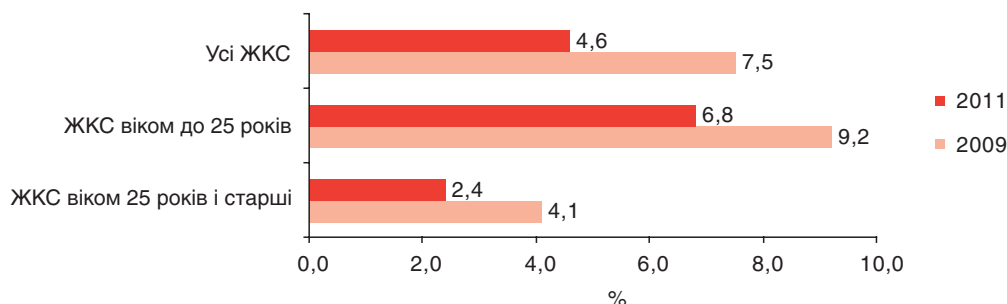


Рис. 49. Охоплення ЖКС профілактичними програмами, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, 2009, 2011 рр., %

Аналогічну ситуацію щодо охоплення ЖКС у Чернігівській області засвідчили дані програмного моніторингу. Так, за період 2008–2013 рр. кількість ЖКС, залучених до профілактичних програм, збільшилася лише з 42 до 76 осіб.

Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати, мав достовірне значення тільки у 2011 році, і воно свідчить про обмежену доступність послуг з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію для ЖКС; 87,7% ЖКС знали, де можна пройти тестування на ВІЛ-інфекцію, але тільки 24,6% жінок коли-небудь у житті обстежувались на ВІЛ-інфекцію. Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ, є дещо більшим серед молодших ЖКС, поінформованість жінок віком 25 років і старших була недостатньою (Таблиця 9).

Таблиця 9. Показники моніторингу поведінки ЖКС, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, 2009, 2011, 2013 рр., %

Показник	2009 р.*	2011 р.	2013 р.
Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати	59,1%	24,6%	Дослідження не проводилося
у т.ч. ЖКС віком до 25 років		27,3%	
ЖКС віком 25 років і старші		22,7%	
Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ і знають, як він не передається	67,4%	75,6%	
у т.ч. ЖКС віком до 25 років		80,9%	
ЖКС віком 25 років і старші		66,6%	

*Недостовірні показники.

Враховуючи дані, зазначені у Розділі I, та додаткові показники моніторингу поведінки ЖКС, можна припустити, що стан забезпеченості ЖКС послугами профілактичних програм не сприятиме формуванню стійких позитивних поведінкових змін у представників

цієї цільової групи. Тому потребують активізації та впровадження профілактичних заходів, спрямованих на виключення небезпечної статевих поведінки серед жінок усіх вікових груп, особливо віком 25 років і старших. Оцінити охоплення ЖКС, які живуть з ВІЛ, медичним наглядом, за даними офіційної статистики, неможливо, тому що ці дані не містять стратифікації ВІЛ-інфікованих осіб з урахуванням представників цієї цільової групи.

5.3. Охоплення ЧСЧ профілактичними програмами

До 2013 року профілактичні програми для ЧСЧ у Чернігівській області не впроваджувалися. Разом з тим, дані біоповедінкових досліджень, проведених у Чернігові у 2011 і 2013 роках, виявили приховане існування представників цієї ГПР, що, насамперед, зумовлено проявами у суспільстві стигми та дискримінації у ставленні до ЧСЧ.

Затверджена оціночна чисельність ЧСЧ в області станом на 1 січня 2014 року – 1850 осіб. За даними дозорних досліджень, середнє значення поширеності ВІЛ серед ЧСЧ становить 1,0%, тобто оціночна кількість ВІЛ-інфікованих ЧСЧ дорівнює 18 осіб. Співвідношення даних офіційної статистики щодо ВІЛ-інфікованих ЧСЧ, які перебували під наглядом на кінець 2013 року (1 особа), і даних щодо оціночної кількості ЧСЧ, які живуть з ВІЛ (18 осіб), свідчить, що показник частки ЧСЧ, охоплених медичним наглядом, від оціночної кількості ВІЛ-інфікованих ЧСЧ становить 5,5%. Проте інтерпретувати ці дані некоректно внаслідок малих статистичних чисел.

За даними біоповедінкових досліджень, відсоток ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, дуже низький: він становив у 2011 р. 0,7%, у 2013 р. – 9,3%; серед ЧСЧ віком 25 років і старших цей показник був дещо вищим, ніж серед ЧСЧ віком до 25 років (Рис. 50).

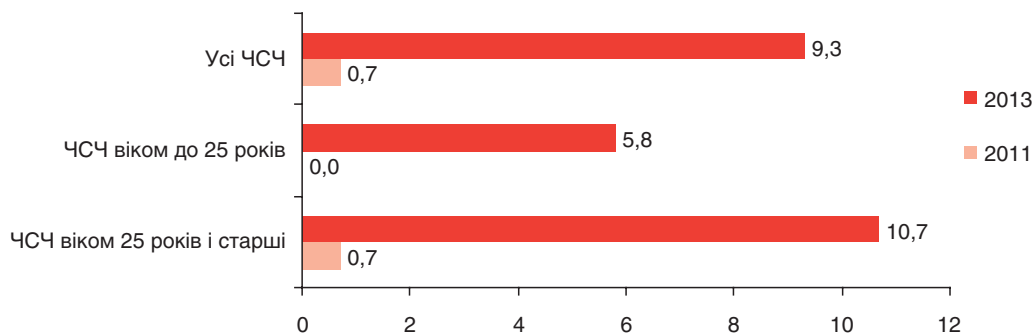


Рис. 50. Охоплення ЧСЧ профілактичними програмами, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, 2011, 2013 рр., %

Відсоток ЧСЧ, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати, становив у 2011 р. 12,5%, у 2013 р. – 35,9%. Також у 2013 році суттєво покращилося значення показника «Відсоток ЧСЧ, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ і знають, як він не передається», що пов'язано з початком роботи в області ВІЛ-сервісної НУО, діяльність якої спрямована на надання профілактичних послуг для ЧСЧ (Таблиця 10).

В цілому можна констатувати вкрай низьке охоплення ЧСЧ профілактичними програмами. Але, враховуючи дані біоповедінкового дослідження 2013 року, за умови надання ЧСЧ послуг у рамках діяльності НУО, можливо збільшити доступ представників цієї цільової групи до тестування на ВІЛ-інфекцію, підвищити поінформованість з питань профілактики ІПСШ/ВІЛ і тим самим знизити ризик інфікування ВІЛ у групі ЧСЧ.

Таблиця 10. Показники моніторингу поведінки ЧСЧ, за даними біоповедінкових досліджень, м. Чернігів, 2009, 2011, 2013 рр., %

Показник	2009 р.	2011 р.	2013 р.
Відсоток ЧСЧ, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати		12,5%	35,9%
у т.ч. ЧСЧ віком до 25 років		20,9%	27,9%
ЧСЧ віком 25 років і старші	Дослідження не проводилося	11,1%	39,3%
Відсоток ЧСЧ, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ і знають, як він не передається		8,9%	86,7%
у т.ч. ЧСЧ віком до 25 років		5,4%	92,9%
ЧСЧ віком 25 років і старші		9,5%	83,9%

5.4. Переадресація ВІЛ-позитивних осіб з ГПР

Як було зазначено вище, реалізація програм профілактики ВІЛ-інфекції в Чернігівській області здійснюється на неналежному рівні: за кількістю СІН, ЖКС, ЧСЧ – клієнтів профілактичних програм у 2013 році область посідала 24-те місце з 27 по Україні. Клієнтами програм були 1624 особи, з них 1548 СІН і 76 ПКС, жодного клієнта-ЧСЧ не було (Рис. 51).

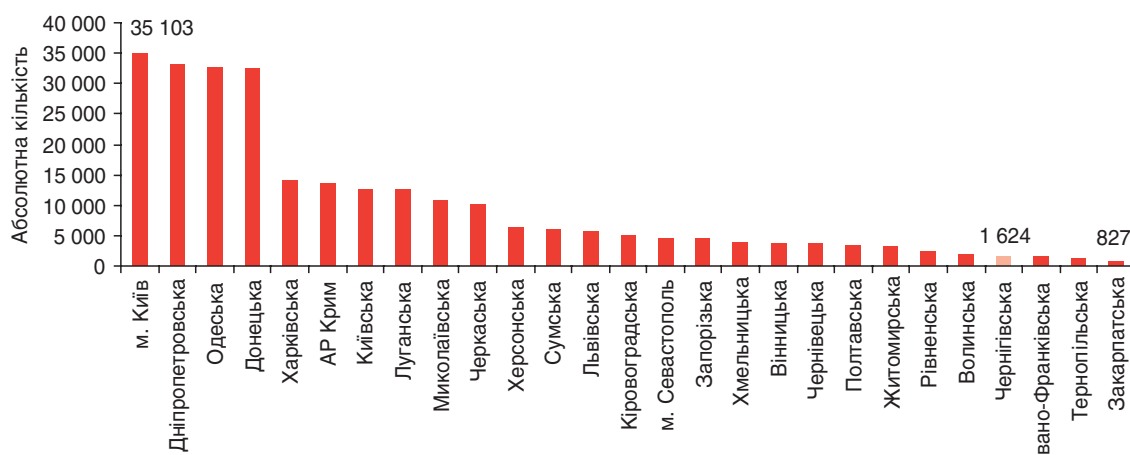


Рис. 51. Охоплення представників груп ризику профілактичними послугами в регіонах України, 2013 р., кількість унікальних клієнтів

Звернення осіб з ГПР до НУО для отримання послуг з дотестового та післятестового консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (КіТ на ВІЛ-інфекцію) важливе для знання ними свого ВІЛ-статусу та подальших дій щодо власного здоров'я у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Несвоєчасне звернення осіб, які отримали ВІЛ-позитивний результат швидкого тесту, по медичну допомогу є причиною не завжди ефективного антиретровірусного лікування, подальшого прогресування захворювання та збільшення кількості летальних випадків.

Нами проведено аналіз механізму переадресації ВІЛ-позитивних осіб з ГПР від НУО до ЗОЗ служби СНІДу Чернігівської області за даними програмного моніторингу та офіційної статистики 2013 року¹⁰.

¹⁰ Алгоритм переадресації та обліку клієнтів з позитивним результатом швидкого тесту на ВІЛ-інфекцію між ГО та ЗОЗ. Звіт про надані послуги з тестування на ВІЛ-інфекцію представників груп ризику з використанням швидких тестів та методом ІФА за 2013 рік (на підставі даних бази Syrex, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні).

Загалом за допомогою швидких тестів на ВІЛ-інфекцію обстежено 951 особу з ГПР, у тому числі 819 СІН, 57 ЖКС та 75 статевих партнерів СІН. ВІЛ-позитивні результати отримали 64 особи, з них 61 СІН і три статеві партнери СІН. На облік у ЗОЗ взято тільки п'ять ВІЛ-позитивних СІН.

Втрати ВІЛ-позитивних клієнтів усіх груп ризику під час кожного етапу переадресації, за даними програмного моніторингу, наведено на Рис. 52.

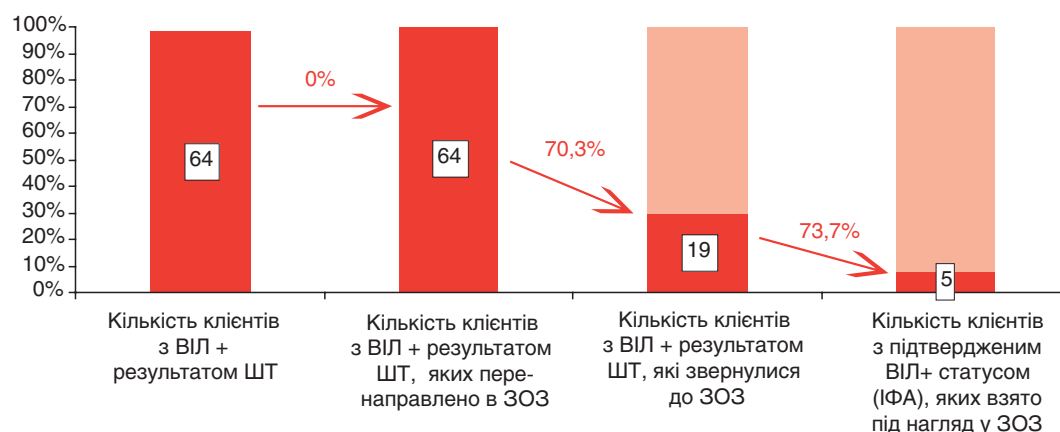


Рис. 52. Етапи переадресації від НУО до ЗОЗ служби СНІДу ВІЛ-позитивних осіб з ГПР, виявлених за допомогою швидких тестів (ШТ), і втрати клієнтів на кожному з етапів, Чернігівська область, 2013 р.

Аналіз механізму переадресації ВІЛ-позитивних СІН від неурядових організацій до ЗОЗ свідчить, що після направлення до медичного закладу для підтвердження ВІЛ-позитивного статусу тільки 30% осіб звертаються до ЗОЗ, із них майже 28% осіб пройшли верифікаційне обстеження на ВІЛ-інфекцію і стали на облік.

Кількість ВІЛ-позитивних клієнтів на різних етапах переадресації та їх розподіл за групами ризику (за даними програмного моніторингу) подано в Таблиці 11.

Таблиця 11. Переадресація ВІЛ-позитивних клієнтів від НУО до ЗОЗ служби СНІДу, за даними програмного моніторингу, Чернігівська область, 2013 р.

Показники переадресації	СІН, осіб / втрати від кожного етапу, %	ЖКС	ЧСЧ	Статеві партнери СІН, осіб / втрати від кожного етапу, %
Кількість клієнтів, обстежених за допомогою ШТ	819	57	0	75
Кількість клієнтів з позитивним результатом ШТ на ВІЛ	61	0	0	3
Кількість клієнтів з позитивним результатом ШТ на ВІЛ, яких перенаправлено в ЗОЗ	61 (0%)	0	0	3 (0%)
Кількість клієнтів з позитивним результатом ШТ на ВІЛ, які звернулися до ЗОЗ	18 (70,5%)	0	0	1 (66,7%)
Кількість клієнтів з підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом (ІФА), яких взято під нагляд у ЗОЗ	5 (72,2%)	0	0	0 (100%)

Прогалини у перенаправленні ВІЛ-позитивних осіб від НУО до ЗОЗ підтверджуються даними офіційної статистики. Оскільки унікальний код клієнта профілактичних програм вписується в облікову документацію ЗОЗ служби СНІДу, ми проаналізували відповідні дані за шляхами інфікування ВІЛ.

Встановлено, що протягом 2013 року під медичний нагляд було взято 62 особи з НУО, що становить 12% від нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. Порівняння даних програмного моніторингу, зазначених вище, та офіційної статистики свідчить, що тільки 5 із 62 осіб (СІН) протягом звітного року було і виявлено, і взято на облік, а решту (57 осіб, узятих на облік у 2013 році) виявлено раніше (до 2013 р.), що свідчить про пізнє звернення осіб з ГПР до ЗОЗ.

У 2013 році частка ВІЛ-інфікованих СІН – клієнтів НУО – від кількості вперше зареєстрованих осіб, які інфікувалися ВІЛ при споживанні ін'єкційних наркотиків, становила 20% (24 СІН), а частка осіб – клієнтів НУО – з гетеросексуальним шляхом інфікування ВІЛ від кількості вперше зареєстрованих осіб з відповідним шляхом інфікування – 21% (38 осіб); жодної особи, яка інфікувалася ВІЛ гомосексуальним шляхом, не було перенаправлено від НУО та взято під медичний нагляд у ЗОЗ служби СНІДу.

Отже, при переадресації ВІЛ-позитивних осіб з ГПР від НУО до ЗОЗ служби СНІДу Чернігівської області спостерігаються втрати клієнтів на кожному з етапів – від місця звернення, де здійснювалося тестування на ВІЛ-інфекцію, до місця надання спеціалізованих послуг для ЛЖВ. Оскільки в рамках профілактичних програм, що реалізуються в області, представники ГПР не забезпечуються засобами профілактики ВІЛ-інфекції в достатній кількості, існують передумови для подальшого поширення ВІЛ статевим та ін'єкційним шляхами за рахунок ВІЛ-позитивних клієнтів, яких не було взято на облік у ЗОЗ та які залишаються джерелом інфікування інших людей. За даними програмного моніторингу 2009, 2011 та 2013 років, кількість розданих в області презервативів на одного клієнта профілактичних програм за рік для всіх цільових груп є дуже низькою – 8, 10, 9 відповідно, а кількість розданих шприців на одного СІН – 34, 30, 29 відповідно.

Для взяття ВІЛ-позитивних клієнтів під медичний нагляд важливим є забезпечення їх супроводом соціального працівника НУО. На жаль, уже протягом багатьох років кількість НУО в області є недостатньою, а масштаби їхньої діяльності не впливають на епідемію ВІЛ-інфекції. Цільові групи ЖКС та ЧСЧ взагалі не охоплено діяльністю громадських організацій.

Нині в області лише три НУО працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції:

- Чернігівська обласна організація ресоціалізації хімічно залежних громадян «Ведіс», яка надає послуги споживачам ін'єкційних наркотиків;
- Чернігівська обласна громадська організація «Відродження нації», яка виконує проект «Надання медико-соціальних послуг з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію і діагностики та лікування ВІЛ-інфекції у представників груп ризику»;
- Чернігівське обласне відділення Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, на базі якого діє спеціалізоване формування Чернігівського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді «Центр соціальної підтримки сімей та дітей, що живуть з ВІЛ».

Отже, область потребує потужної мережі НУО, що повинна досягати усіх цільових груп на різних територіях (міські, сільські, важкодоступні), надавати соціальний супровід, активно сприяти взяттю на облік ВІЛ-позитивних клієнтів у ЗОЗ служби СНІДу.

6. Надання медичних послуг особам з ГПР

6.1. Доступ до антиретровірусної терапії

67

У Чернігівській області надання АРТ дітям розпочато з листопада 2005 р., дорослим – з жовтня 2006 р. Станом на 1 січня 2014 року АРТ отримувала 1101 ВІЛ-інфікована особа. Антиретровірусною терапією охоплено 90,2% дорослих і 100% дітей, які її потребують. Серед усіх осіб, які отримували АРТ, чоловіки становлять 52,2%, жінки – 47,8%; інфікувалися парентеральним шляхом 47% осіб, статевим шляхом – 46%, від матері до дитини – 7%.

Найважливішим питанням в аспекті досягнення тривалої імуносупресії ВІЛ є термін утримання пацієнта на схемі АРТ 1-го ряду. Станом на 01.01.2014 на схемі 1-го ряду перебувало 1040 осіб (94,5%, показник по Україні – 93,6%), 2-го ряду – 58 осіб, 3-го ряду – 3 особи.

Відсоток утримання на АРТ у когортах 2005–2012 рр. вищий, ніж по Україні, – 91%. Узагальнені дані когортного аналізу осіб, які розпочали АРТ у 2012 році, показали, що через 12 місяців від початку лікування 90,6% осіб продовжували його отримувати; 5,4% – померли протягом року після початку лікування; 4% – перервали АРТ з немедичних причин. Максимальний показник виживання через 12 місяців склав 94,6% (показник по Україні – 92,8%). У когортах 2005, 2006 та 2007 років показник виживання становив 100%.

Протягом 2013 року проведено 4296 обстежень на CD4, що на 7,4% більше проти минулого року, та 2388 досліджень на вірусне навантаження, що на 52% більше, ніж у 2012 році. Про ефективність АРТ свідчать результати обстеження осіб, які отримують лікування не менше 6 місяців і мають невизначальний рівень вірусного навантаження. Серед 350 хворих, яким було призначено АРТ у 2013 році, 234 ЛЖВ (66,8%) мали вірусне навантаження менше 50 РНК-копій, 40 осіб (11,4%) – більше 50 РНК-копій, 76 осіб (21,8%) не було обстежено на кінець звітного року.

Послуги сектору охорони здоров'я для ЛЖВ можна оцінити шляхом каскадного аналізу послуг, які охоплюють заходи з профілактики, лікування та догляду. Такий аналіз допомагає виявити та дослідити перешкоди в наданні медичної допомоги, які мають місце на різних етапах маршруту пацієнта: під час його тестування на наявність ВІЛ-інфекції, залучення та утримання в системі медичного спостереження, антиретровірусного лікування.

Для побудови каскаду послуг для ЛЖВ у Чернігівській області застосовано крос-секційний підхід, який забезпечив відображення виконання програм різних етапів каскаду в один момент часу (у 2013 році; Рис. 53).

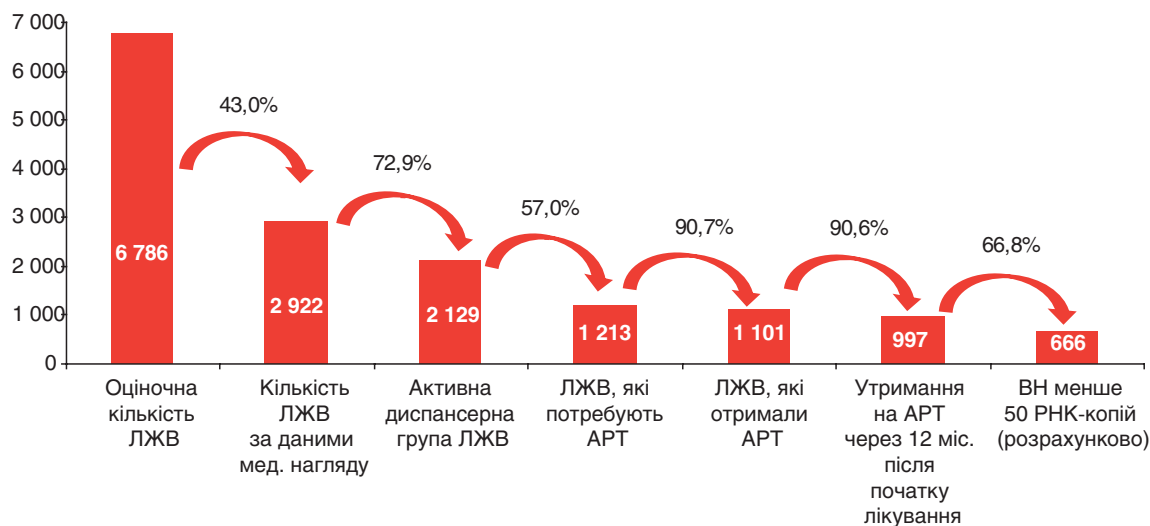


Рис. 53. Каскад послуг для ЛЖВ, Чернігівська область, 2013 р.

Разом з тим, про вплив антиретровірусного лікування на перебіг епідемії ВІЛ-інфекції (зокрема на стабільне зниження рівнів захворюваності на ВІЛ-інфекцію, захворюваності на СНІД та смертності від хвороб, зумовлених СНІДом) можна говорити тільки через 3–5 років після його початку за умови охоплення лікуванням тих, хто його потребує, на рівні, не меншому ніж 80%. Проте у Чернігівській області спостерігається протилежна тенденція: основні показники епідемії зростають на тлі розширення доступу ЛЖВ до АРТ (Рис. 54).

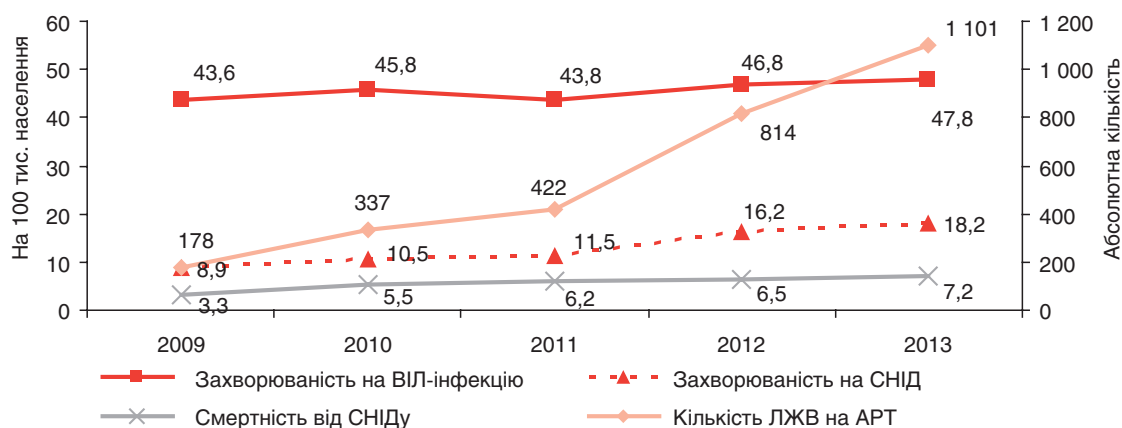
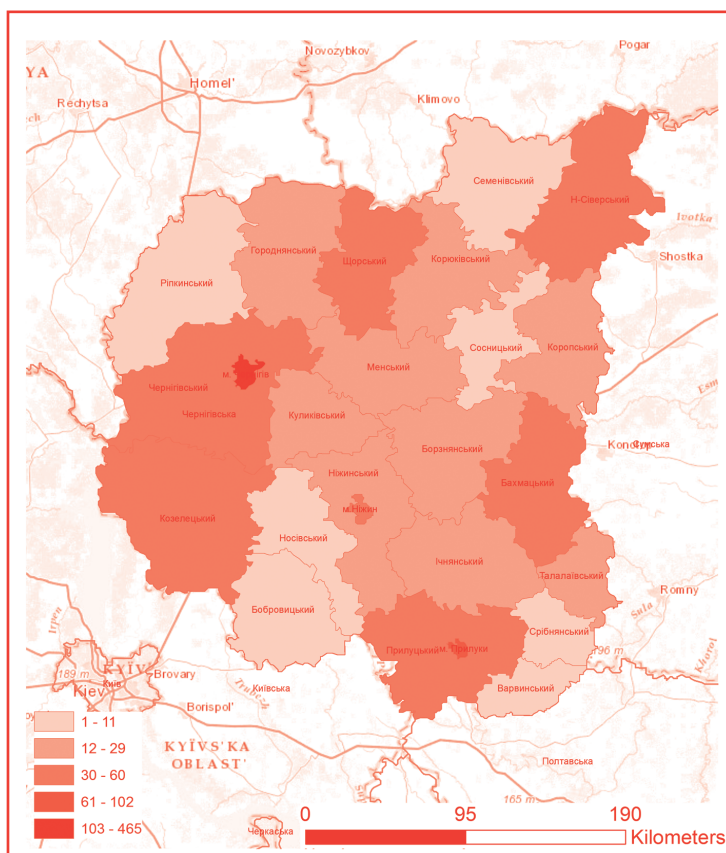


Рис. 54. Показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію, захворюваності на СНІД, смертності від СНІДу, що реєструються, та кількість ЛЖВ на АРТ, Чернігівська область, 2009–2013 рр.



Картограма 7. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які отримують АРТ станом на 01.01.2014 р., Чернігівська область

Аналіз офіційних даних свідчить, що в Чернігівській області поступово збільшується доступ людей, які живуть з ВІЛ, до АРТ. Найбільше антиретровірусною терапією охоплено мешканців Чернігова, Прилук, Ніжина, Щорського, Чернігівського, Новгород-Сіверського, Козелецького районів (Картограма 7).

Проте наявні тенденції пізнього виявлення та пізнього залучення ЛЖВ до медичного нагляду зумовлюють подальше зростання кількості пацієнтів, які потребують АРТ. Незважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ, – з 178 осіб у 2009 р. до 1101 особи у 2013 р., темпи розширення програми АРТ відстають від темпів збільшення кількості осіб, які потребують лікування.

Зростаючу потребу в АРТ можна оцінити на підставі тенденцій показника «Відсоток хворих на СНІД серед ВІЛ-інфікованих осіб, які перебували під медичним наглядом», значення якого протягом 2009–2013 рр. зросло з 10,2% до 17,1%.

Згідно з рекомендаціями Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності (ECDC) і Європейського регіонального бюро ВОЗ, уніфікованою методологією розрахунку показника охоплення ЛЖВ антиретровірусною терапією для країн Європейського регіону є «частка ЛЖВ, які отримують АРТ, від загального числа ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу, на кінець звітного року»¹¹. Рівень охоплення в області антиретровірусною терапією тих, хто її потребує, розрахований за цією методологією, не досягає цільового значення цього показника (80%¹²) і у 2013 р. становив тільки 39,7% (Рис. 55).

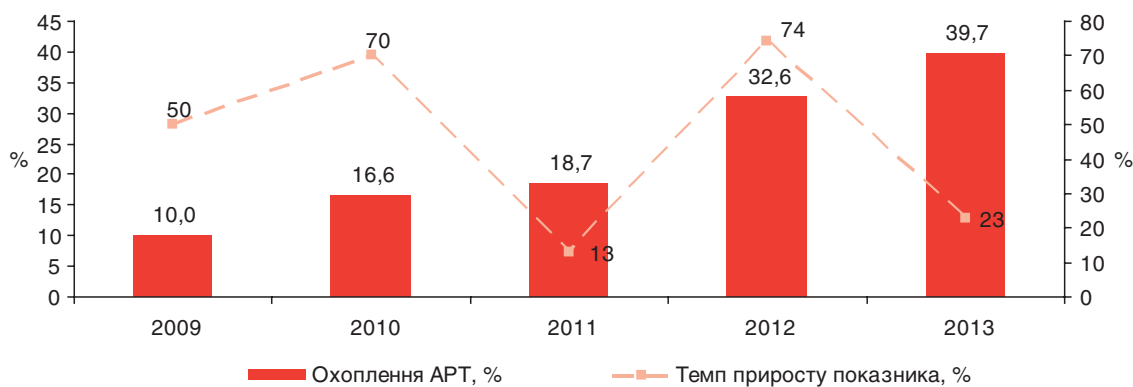


Рис. 55. Частка ЛЖВ, які отримують АРТ, від загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебувають під медичним наглядом (без урахування дітей, у яких діагноз ВІЛ-інфекція на стадії підтвердження), Чернігівська область, 2009–2013 рр, %

Позитивним прикладом майже 100%-го охоплення антиретровірусним лікуванням є проведення АРВ-профілактики ВІЛ-інфікованим вагітним та народженим ними дітям у рамках програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД). Так, у 2013 році профілактику отримали 93,2% вагітних від загальної кількості ВІЛ-інфікованих жінок, у яких вагітність завершилася пологами, і 100% дітей. Внаслідок успішного впровадження заходів ППМД у Чернігівській області, за даними ранньої діагностики (полімеразна ланцюгова реакція) та серологічних досліджень, протягом 2004–2011 рр. відбулося зниження рівня вертикальної трансмісії ВІЛ з 26,0% до 3,4%.

Основними причинами неотримання вагітними АРВ-профілактики були відсутність нагляду в жіночій консультації до пологів, асоціальний спосіб життя, приховування раніше виявленого ВІЛ-позитивного статусу.

¹¹ Reporting Protocol and Analysis Plan. Revised HIV/AIDS surveillance 2014 data. – ECDC/WHO Regional office for Europe, 2014. – 25 p.

¹² Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиции общественного здоровья здравоохранения / ВОЗ, 2013. – 314 с.

З 2009 року в області зареєстровано 124 випадки припинення АРТ. З причини смерті АРТ припинили 58 осіб, з немедичних причин – 65 осіб (алкоголізм, наркоманія, релігійні погляди, низька прихильність), за медичними показаннями через 23 місяці від початку лікування – одна особа. Серед усіх осіб, які припинили прийом АРТ, 58,7% інфікувалися парентеральним шляхом, 40% – статевим, 1,3% – від матері до дитини. Протягом 2013 року припинили приймати АРТ 66 осіб, у тому числі з причини смерті – 32 особи.

Рівень доступу СІН, які живуть з ВІЛ, до АРТ залишається в області недостатнім: частка ВІЛ-інфікованих СІН серед загальної кількості ЛЖВ, які отримують АРТ, становила 5,0% у 2011 р., 9,1% у 2012 р., 8,1% у 2013 р. Антиретровірусне лікування не проводиться навіть для СІН, які мають IV клінічну стадію ВІЛ-інфекції (Рис. 56).

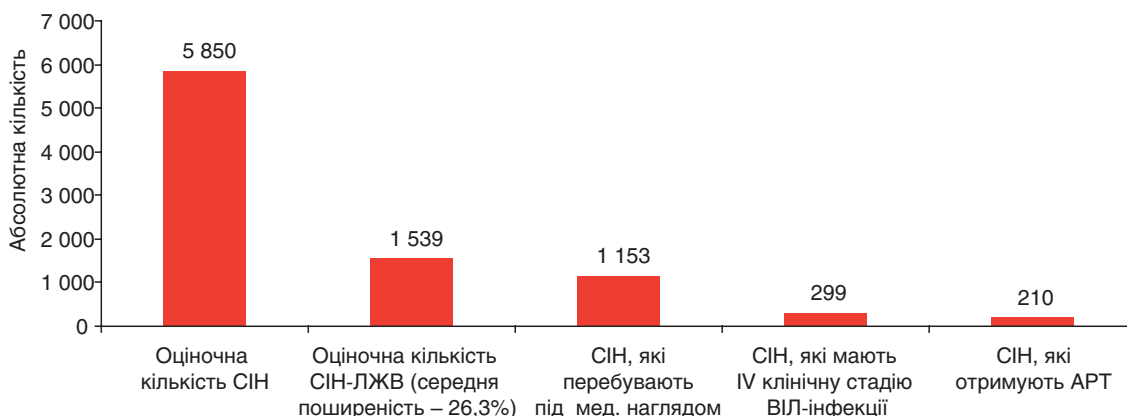


Рис. 56. Послуги з АРТ для ВІЛ-інфікованих СІН, Чернігівська область, 2013 р.

За даними 2013 року щодо померлих ЛЖВ встановлено, що тільки 34% осіб, які потребували АРТ, отримували лікування на момент смерті, з них 25% осіб отримували АРТ тривалістю 12 місяців і більше. Цей показник залежав від шляху інфікування ВІЛ: так, серед кількості померлих ЛЖВ, які потребували АРТ, переважали СІН (51 особа), частка яких становила 54,3%. Найчастіше ЛЖВ помирали від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, – 65,3%. Розподіл померлих ВІЛ-інфікованих осіб за шляхами інфікування, отриманням АРТ та причинами смерті, за даними 2013 року, подано в Таблиці 12.

Таблиця 12. Розподіл померлих ВІЛ-інфікованих осіб за шляхами інфікування, отриманням АРТ та причинами смерті, Чернігівська область, 2013 р.

Померлі ЛЖВ	Всього	Потребували АРТ	З них:	
			потребували та отримували АРТ	у т.ч. отримували АРТ >12 міс.
Всього, осіб	118	94	32	8
Померли з причин, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією	77	77	26	7
Померли з причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією	41	17	6	1
Померлі СІН	69	51	23	4
Померлі особи, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом	44	39	10	4

Можна стверджувати, що обсяг лікувальних послуг для ЛЖВ (особливо для СІН) у Чернігівській області ще не досягає належного рівня для суттєвого впливу на показник смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ. Рівень смертності ВІЛ-інфікованих осіб, які не перебували на АРТ, перевищував аналогічний показник серед тих, хто її отримув-

вав. У 2011 р. співвідношення відповідних показників становило 10,8 та 0,4 на 100 тис. населення, у 2012 р. – 9,3 і 1,1 на 100 тис. населення, у 2013 р. – 8,1 і 3,0 на 100 тис. населення. Крім того, рівень смертності серед ЛЖВ, які перебували на АРТ, поступово зростає. Тобто сьогодні тенденції показника смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, на тлі збільшення доступу до АРТ можуть бути зумовлені, насамперед, пізнім виявленням та несвоєчасним зверненням ВІЛ-інфікованих осіб по медичну допомогу.

6.2. Доступ до програми замісної підтримувальної терапії

Розширення програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) для ВІЛ-інфікованих СІН дозволяє суттєво підвищити їхню прихильність до АРТ і вплинути на рівень показника смертності в цій групі пацієнтів.

З метою зменшення ризику інфікування ВІЛ, створення передумов для реабілітації та лікування осіб з числа активних споживачів ін'єкційних наркотиків у 2008 році програму ЗПТ вперше в області було запроваджено на базі обласного наркологічного диспансеру. У 2010 році сайти ЗПТ відкрито у Прилуцькому та Ніжинському наркологічних диспансерах, а у 2013 – в обласному протитуберкульозному диспансері.

Кількість пацієнтів, які залучаються до програми ЗПТ в області, щороку збільшується. Станом на 01.01.2014 доступ до ЗПТ мали 104 пацієнти, з них 71 особа (68%) з ВІЛ-позитивним статусом, 30 осіб (28%) отримують АРТ (Таблиця 13).

Таблиця 13. Кількість СІН, охоплених програмою ЗПТ, Чернігівська область, 2009–2013 рр.

Кількість СІН	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Перебувають на ЗПТ	15	45	67	80	104
у т. ч. ВІЛ-позитивні особи	6	23	47	56	71
з них отримують АРТ	3	11	11	17	30

Проте частка осіб, які отримували ЗПТ, від оціночної кількості СІН з опієюною залежністю становить лише 2,2% (Рис. 57).

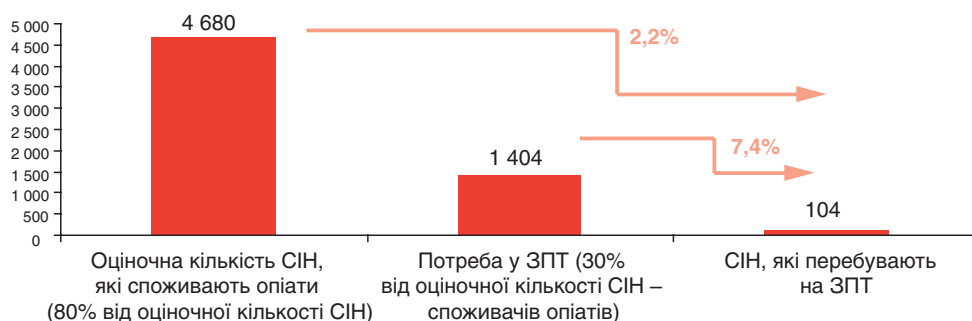


Рис. 57. Послуги з ЗПТ для ВІЛ-інфікованих СІН, Чернігівська область, 2013 р.

Відбір СІН для програми ЗПТ здійснюють лікарі-наркологи за участю працівників неурядових громадських організацій: Чернігівського обласного відділення Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, Чернігівської обласної організації ресоціалізації хімічно залежних громадян «Ведіс», Чернігівської обласної громадської організації «Відродження нації», Всеукраїнської громадської організації «Асоціація учасників ЗПТ України».

За період впровадження ЗПТ було досягнуто таких результатів:

- відсутність нових випадків інфікування ВІЛ серед учасників програми;

- відсутність випадків смерті від передозування психоактивних речовин;
- дотримання режиму АРТ та клінічного спостереження ВІЛ-інфікованих пацієнтів;
- припинення споживання нелегальних опіоїдних наркотиків;
- зменшення частоти протиправних дій.

7. Поінформованість молоді з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу

Питання поінформованості з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, зміни ставлення учасників навчально-виховного процесу до профілактики інфікування ВІЛ та формування здорового способу життя передбачено при викладанні курсу «Основи здоров'я» в загальноосвітніх навчальних закладах Чернігівської області. Щороку за ініціативою управління освіти Чернігівської міської ради проводяться семінари для вчителів основ здоров'я, класних керівників, практичних психологів та соціальних педагогів.

Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ) здійснюють просвітницькі заходи щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед дітей, молоді та їхніх батьків через діяльність 24 мобільних консультаційних пунктів: у 2013 році здійснено 1805 виїздів у 512 населених пунктів, індивідуальною та груповою роботою охоплено понад 60 тис. осіб.

У 2013 році для формування у дітей та молоді активної позиції до здорового способу життя, толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих осіб на обласному телебаченні вийшло 20 соціально-психологічних програм молодіжної телестудії «Розмова без нотацій» обласного ЦСССДМ, у друкованих ЗМІ розміщено 57 статей, в ефір місцевого радіомовлення вийшло 37 сюжетів з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

З метою зниження шкоди серед СН при міських, районних ЦСССДМ області функціонує 7 служб соціально-профілактичної роботи. Протягом 2013 року 802 клієнти-СН отримали понад 12 тис. консультацій, 44,5 тис. шприців, 39,3 тис. дезінфікуючих засобів і майже 6 тис. інформаційних матеріалів.

У 2013 році в загальноосвітніх навчальних закладах області було впроваджено факультативний курс «Захисти себе від ВІЛ». Отримані результати засвідчили, що переважна більшість (95%) вчителів вважає, що зміст навчальної програми відповідає вимогам сьогодення щодо формування та пропаганди здорового способу життя, виховання гармонійно розвиненої особистості. Вчителі та батьки (до 91%) високо оцінили якість підручників, їх відповідність сучасним методичним вимогам, можливості проведення індивідуальної та колективної форм роботи.

Протягом 2010–2013 рр. фахівці обласного центру з профілактики і боротьби зі СНІДом провели анкетування понад 7000 мешканців області щодо обізнаності з актуальних питань ВІЛ-інфекції/СНІДу. За даними дослідження, рівень обізнаності різних категорій населення з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу становив 72%, зокрема у 2013 р. – 71%.

За результатами моніторингового дослідження «Стан превентивної освіти дітей та учнівської молоді у навчальних закладах області», проведеного у 2012–2013 рр., правильно визначали шляхи інфікування ВІЛ 77% респондентів, тільки 53% знали, куди потрібно звертатися для тестування на ВІЛ-інфекцію, толерантно ставилися до ВІЛ-позитивних людей 55% учнів та 77% вчителів.

Завдяки розширенню доступу до якісної профілактичної роботи:

- вдалося знизити рівень поширеності ІПСШ та ВІЛ серед молоді та підлітків;
- значно скоротилася кількість підліткових абортів у дівчат віком 15–17 років – з 7,74 на 1000 народжених живими у 2001 р. до 2,51 – у 2012 р.;
- впровадження профілактичних інформаційно-освітніх заходів, які базуються на сучасних інтерактивних технологіях, для вчителів, батьків учнів та учнів позитивно вплинуло на їхнє ставлення до присутності у школі ВІЛ-інфікованих вчителів та дітей;
- результати моніторингу державних, громадських та міжнародних організацій засвідчили зниження вживання молоддю алкоголю та наркотиків на 10% протягом 2010–2012 рр.

Проте сьогодні у профілактичній роботі системи освіти існує низка проблем. За даними обласного управління освіти та науки, цільового значення (50%) показника щодо проведення факультативного курсу «Профілактика ВІЛ-інфекції/СНІДу» за проектом «Шко-

ла проти СНІДу» у загальноосвітніх навчальних закладах досягнуто частково – 38%. Заклади освіти області забезпечено практичними психологами на 51%, соціальними педагогами – на 38%, існує гострий дефіцит відповідних кадрів у закладах освіти сільської місцевості, де рівень поширення ВІЛ підвищується щороку. Низький рівень охоплення учнів 7–9, 10–11 класів профілактичними програмами через обмежене фінансування та відсутність практичних психологів, соціальних педагогів, тренерів профілактичних програм спостерігається майже на всіх адміністративних територіях області – у Бахмацькому, Борзнянському, Городнянському, Ічнянському, Козелецькому, Куликівському, Менському, Новгород-Сіверському, Прилуцькому, Семенівському, Сосницькому, Срібнянському, Талалаївському, Чернігівському, Щорському районах.

Недостатня поінформованість молоді з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу підвищує ризик небезпечної поведінки, яка призводить до інфікування ВІЛ. За даними біоповедінкових досліджень, у Чернігові відмічено один з найнижчих (порівняно з іншими дозорними містами України) показників середнього віку входження до групи СІН – 17 років, середній вік початку статевого життя ЖКС – 16,5 року.

Який вплив профілактичних програм на розвиток ВІЛ-інфекції в Чернігівській області?	
Гіпотези	Висновки до гіпотез
1. Недостатній рівень охоплення медичним наглядом осіб з ГПР зумовлений неефективною переадресацією ВІЛ-позитивних осіб від НУО до ЗОЗ	- Профілактичні програми серед СІН не привели до суттєвого зниження поширеності ВІЛ серед представників цієї цільової групи внаслідок недосконалості механізму переадресації ВІЛ-позитивних осіб від НУО до закладів охорони здоров'я служби СНІДу, ризикованої поведінки СІН, яка призводить до інфікування ВІЛ, та недостатньої кількості НУО, що працюють з СІН. - Аналіз механізму переадресації ВІЛ-позитивних СІН від неурядових організацій до ЗОЗ свідчить, що після направлення до медичного закладу для підтвердження ВІЛ-позитивного статусу тільки 30% осіб звернулися до ЗОЗ, із них майже 28% пройшли верифікаційне обстеження на ВІЛ-інфекцію і стали на облік. Прогалини у перенаправленні ВІЛ-позитивних осіб від НУО до ЗОЗ підтверджуються даними офіційної статистики. - Цільові групи ЖКС та ЧСЧ зовсім не охоплено профілактичною діяльністю громадських організацій.
2. Обмеженість доступу до медичних послуг призводить до зростання смертності серед ЛЖВ, особливо серед СІН	- Зростання показників захворюваності на СНІД і смертності від СНІДу в області є результатом не тільки несвоєчасного виявлення та реєстрації ВІЛ-позитивних осіб, але й обмеження у медичних послугах для ЛЖВ: рівень охоплення АРТ тих, хто її потребує, не досягає 80% і у 2013 р. становив тільки 39,7% (від диспансерної групи). Темпи розширення програми АРТ відстають від темпів збільшення кількості осіб, які потребують лікування. - Частка ВІЛ-інфікованих СІН від загальної кількості ЛЖВ, які отримують АРТ, не перевищує 10%; антиретровірусне лікування не надається навіть тим СІН, які мають IV клінічну стадію ВІЛ-інфекції. Частка СІН переважала серед кількості померлих ЛЖВ у 2013 р. (58,5%). - Частка осіб, які отримували ЗПТ, від оціночної кількості СІН з опіоїдною залежністю становить лише 2,2%.
3. Недостатній рівень поінформованості молоді з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу підвищує ризик небезпечних поведінкових практик, що призводять до інфікування ВІЛ	- За даними біоповедінкових досліджень, у Чернігові відмічено один з найнижчих (порівняно з іншими дозорними містами України) показників середнього віку входу до групи СІН – 17 років, середній вік початку статевого життя ЖКС – 16,5 року. - За результатами моніторингового дослідження «Стан превентивної освіти дітей та учнівської молоді в навчальних закладах області», проведеного у 2012–2013 рр., правильно визначали шляхи інфікування ВІЛ 77% респондентів, тільки 53% знали, куди потрібно звертатися для тестування на ВІЛ-інфекцію. - За даними обласного управління освіти та науки, цільове значення (50%) показника проведення факультативного курсу «Профілактика ВІЛ-інфекції/СНІДу» за проектом «Школа проти СНІДу» в загальноосвітніх навчальних закладах досягнуто частково (38%). Заклади освіти області забезпечено практичними психологами на 51%, соціальними педагогами – на 38%, існує гострий дефіцит відповідних кадрів у закладах освіти сільської місцевості, де рівень поширення ВІЛ підвищується щороку.

- Відсоток СІН, охоплених профілактичними програмами, за даними біоповедінкових досліджень, збільшується: у 2013 р. він становив 66% проти 34,5% у 2009 р.; до програм переважно залучаються СІН віком 25 років і старші, тоді як рівень поінформованості молодих СІН (віком до 25 років) щодо шляхів запобігання статевій передачі ВІЛ є ще недостатнім – 57,7% (серед старших СІН він значно вищий – 74,7%).
- За даними програмного моніторингу 2009, 2011 та 2013 років, існує обмеженість доступу СІН до витратних матеріалів: кількість розданих презервативів на одного клієнта профілактичних програм за рік для всіх цільових груп є дуже низькою – 8, 10, 9 відповідно, а кількість розданих шприців на одного СІН – 34, 30, 29 відповідно.
- Потребують активізації та впровадження профілактичні заходи серед ЖКС та ЧСЧ, спрямовані на виключення небезпечної статевої поведінки. За даними біоповедінкових досліджень, які проводилися у групі ЖКС у 2009 і 2011 роках, жодна ЖКС не була клієнткою НУО, тільки 4,6% жінок отримали презервативи у рамках профілактичних програм. Відсоток ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, дуже низький і становив у 2011 р. 0,7%, у 2013 р. – 9,3%.
- Рівень смертності серед ЛЖВ, які перебували на АРТ, поступово зростає. Тільки 34% осіб, які потребували АРТ, отримували лікування на момент смерті, з них 25% осіб отримували АРТ тривалістю 12 місяців і більше. Частка СІН переважала серед кількості померлих ЛЖВ, які потребували АРТ, і становила 54,3%. Сьогодні тенденції показника смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, на тлі збільшення доступу до АРТ зумовлені також несвоєчасним зверненням ВІЛ-інфікованих осіб по медичну допомогу.

У розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Чернігівській області простежуються ті ж самі закономірності, які характерні для інших регіонів України з високим рівнем поширеності ВІЛ: поступове поширення інфекції серед загального населення на тлі більш швидкого поширення ВІЛ серед осіб з високим ризиком інфікування статевим шляхом та найінтенсивнішого – серед СІН та ЧСЧ. Тому стадія епідемії ВІЛ-інфекції в області є більш концентрованою. Підтвердженням цього може бути дослідження щодо визначення рівнів поширеності вірусних гепатитів В і С серед осіб, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, та їхніх статевих партнерів. Враховуючи те, що вірусні гепатити у хворих на наркоманію, як правило, представлені хронічними формами інфекційного процесу, необхідно також враховувати показники захворюваності на хронічні гепатити. Слід зважати, що, за сучасними уявленнями, процес поширення наркоманії на 1–2 роки випереджає зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію та парентеральні вірусні гепатити, що, зокрема, можна розцінювати як «провісник» ускладнення епідемічної ситуації при цих інфекціях¹³.

У віковій структурі нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції спостерігається так зване «старішання» – збільшення частки ВІЛ-інфікованих осіб старших вікових груп. Збільшення реєстрації ВІЛ-інфікованих осіб в основному відбувається за рахунок виявлення осіб, які інфікувалися 7–10 років тому, насамперед чоловіків, які частіше залучалися до епідемічного процесу на початку поширення епідемії в області. Сьогодні такі ВІЛ-інфіковані особи, переважно чоловіки, потрапляють у поле зору медичних працівників у зв'язку з погіршенням здоров'я або опосередковано – через своїх статевих партнерів, яких виявляють при обстеженні на наявність антитіл до ВІЛ та взятті під медичний нагляд.

Сучасний розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні має тенденцію до зростання захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу, що реєструються, високої активності прихованого компоненту епідемічного процесу, який формується за рахунок недіагностованих хворих на ВІЛ-інфекцію. Отримані дані свідчать, що понад 50% ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними СЕМ загалом в області, та 80–100% в окремих районах області залишаються поза медичним спостереженням з різних причин: не звернулися по результати тестування, не бажають пройти медичне обстеження, можуть відноситися до певних маргінальних груп населення. Такі особи, уражені ВІЛ-інфекцією, можуть не знати про свій ВІЛ-позитивний статус, бути джерелом збудника інфекції для інших людей.

Причини погіршення епідемічної ситуації полягають у тому, що на сучасному етапі ВІЛ-інфекція поширюється як у середовищі СІН та інших груп ризику, так і серед їхніх статевих партнерів, тобто спостерігається поєднаний вплив на інтенсивність епідемічного процесу штучного парентерального та статевих шляхів передачі збудника. Але збільшення у 2013 році у 2,5 раза (порівняно з попереднім роком) обсягів тестувань СІН не призвело до очікуваного зростання кількості ВІЛ-позитивних СІН, виявлених за даними СЕМ, а відтак – і рівня інфікованості ВІЛ. Можна припустити, що в цьому випадку відбувається «тестування заради тестування», що не сприяє своєчасній та ефективній організації впровадження профілактичних заходів. Результати кореляційного аналізу залежності між обсягами тестувань і показниками інфікованості ВІЛ серед найбільш уразливих груп населення можуть відрізнятись в адміністративних районах області. Детальне вивчення ситуації щодо обстеження різних груп населення на маркери інфікування ВІЛ сприятиме підвищенню ефективності епідеміологічного контролю за цією інфекцією в області загалом і на кожній території окремо.

¹³ Головка А.И. Эпидемиологические аспекты наркологии (обзор литературы) // Наркология. – 2006. – Т. 7. – С. 549–559.

Відомо, що статевий шлях визначає повільне, але більш масове поширення ВІЛ-інфекції, тому навіть за відсутності спалахів серед СІН захворюваність зростатиме без ознак стабілізації серед широких верств населення, в тому числі серед осіб, які не мають ризикованої поведінки щодо інфікування¹⁴. При визначенні ролі статевого шляху передачі ВІЛ викликає інтерес вивчення частоти виявлення антитіл до ВІЛ серед хворих на ІПСШ (код 104) та осіб з ризикованою статевою поведінкою (код 105). Кількість обстежень на ВІЛ-інфекцію осіб, у яких виявлено ІПСШ, перевищує в 1,5 раза обсяги тестувань серед СІН, але число виявлених ВІЛ-позитивних осіб є незначним та коливається щорічно в межах 10–20 осіб. За період 2009–2013 рр. рівень інфікованості ВІЛ за кодом 104 зменшився з 1,52% до 0,08% та не мав достовірної кореляційної залежності з обсягами тестувань. У досліджуваній період встановлено зворотний кореляційний зв'язок високої сили між кількістю обстежень на ВІЛ-інфекцію та рівнями інфікованості ВІЛ за кодом 105 ($r = -0,91$). З одного боку, це може свідчити про тестування не тих осіб, які справді можуть належати до вказаного контингенту. З іншого, це може бути непрямим свідченням підвищення статевої культури щодо користування запобіжними засобами, що потребує подальшого вивчення. Такі припущення підтверджують аналогічні дані, отримані при аналізі відповідних показників в інших регіонах України: практично всюди спостерігається значне збільшення кількості тестувань осіб, які мають ризиковану статевою поведінку, при сталих значеннях рівнів інфікованості ВІЛ. Тобто збільшення обсягів тестувань осіб, які мають численні незахищені статеві контакти, не призводить до зростання інфікованості ВІЛ цієї уразливої групи.

Половину (50,2%) нових випадків ВІЛ-інфекції в Чернігівській області зареєстровано у трьох містах обласного підпорядкування – Чернігові, Прилуках та Ніжині, решту (49,8%) – у 22 районах області, а середньорічна кількість уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення в цих трьох містах перевищує аналогічний показник у 22 районах області в 1,5 раза – 57,9 і 37,2 на 100 тис. населення відповідно. Відсоток осіб, які мешкають у сільській місцевості, від загальної кількості вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15 років і старших також мав тенденцію до зростання – з 19,6% у 2005 р. до 41,8% у 2013 р. Враховуючи те, що в Чернігівській області міське населення перевищує за чисельністю сільське майже удвічі (станом на 01.01.2014 р. – 682,0 тис. і 384,8 тис. осіб відповідно), зростання частки випадків ВІЛ-інфекції та їх інтенсивності серед сільського населення може бути несприятливою прогностичною ознакою генералізації епідемії в області¹⁵. Відповіді на такі припущення варто отримати щодо кожної адміністративної території області та підтвердити результатами досліджень, відсутність яких нині не дозволяє встановити важливі характеристики епідемічного процесу та здійснити якісний аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в області.

¹⁴ Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 324 с.; Брико Н.И. Глобализация и эпидемический процесс // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – № 4. – С.4–10.

¹⁵ Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ. Рабочая группа по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и СПИ / ЮНЭЙДС, ВОЗ. – Женева, 2000. – 34 с.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Ключові програмні рекомендації

- Збільшити охоплення консультуванням і тестуванням на ВІЛ-інфекцію осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, насамперед СІН.
- Підвищити ефективність переадресації ВІЛ-позитивних осіб, виявлених у неурядових організаціях, до закладів охорони здоров'я служби СНІДу шляхом забезпечення супроводу кожної особи для її взяття під медичний нагляд.
- Спрямовувати профілактичну роботу на СІН та їхніх статевих партнерів, зокрема, зосередити подальші зусилля на розширенні їх доступу до АРТ і ЗПТ.
- Активізувати профілактичну діяльність серед ЖКС з метою зниження рівня небезпечної статевої поведінки серед цих жінок та їхніх клієнтів.
- Впровадити інноваційні підходи з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ для підвищення рівня їх охоплення профілактичними програмами та запобігання передачі ВІЛ як у середовищі цієї цільової групи, так і від ЧСЧ до загального населення.
- Створити мережу НУО, які працюють із ЧСЧ і ЖКС; посилити профілактичну діяльність НУО, які працюють із СІН, та розширити сферу їхнього впливу в сільській місцевості.
- Підвищити поінформованість учнівської молоді з питань ВІЛ/СНІДу шляхом забезпечення закладів освіти належною кількістю факультативних курсів з профілактики ВІЛ-інфекції, підготовленими кадрами для їх впровадження, систематичного інформування населення через засоби масової інформації про актуальні питання профілактики наркологічних захворювань, безпечної поведінки та пропаганди здорового способу життя.

Ключові рекомендації стосовно додаткових даних

- Вивчити причини невзяття ВІЛ-інфікованих осіб своєчасно під медичний нагляд у закладах охорони здоров'я служби СНІДу, вплив цього фактору на рівні захворюваності та смертності, зумовлених СНІД-індикаторними хворобами, і сучасний стан епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в області загалом.
- Додатково вивчити категорії осіб, обстежених на ВІЛ-інфекцію в рамках СЕМ, з метою визначення осіб з ГПР, яких реєструють за різними кодами обліку, тим самим сприяти підвищенню ефективності епідеміологічного контролю за ВІЛ-інфекцією в області та її адміністративних територіях.
- З метою оцінки реального рівня поширеності ВІЛ і факторів ризику інфікування ВІЛ серед ЧСЧ провести опитування чоловіків, зокрема тих, чий шлях інфікування було кваліфіковано як гетеросексуальний.
- Провести дослідження щодо визначення рівня поширеності вірусних гепатитів В і С серед осіб, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, та їхніх статевих партнерів.
- Для складання більш точних оцінок та прогнозів проводити дозорні дослідження серед ЖКС та ЧСЧ на регулярній основі.

План дій на підставі отриманих рекомендацій

• Що можна зробити в наступному році

- Врахувати рекомендації триангуляції при розробці Обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки та подати проєкт програми до Чернігівської обласної ради.
- Результати триангуляції розглянути на засіданнях міжсекторальної робочої групи та робочої групи з питань замісної підтримувальної терапії при обласній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.
- Результати триангуляції розглянути на засіданні обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Чернігівській обласній державній адміністрації, постійної комісії з питань охорони здоров'я та захисту населення від наслідків аварії на ЧАЕС Чернігівської обласної ради.
- Результати триангуляції розглянути на семінарі-наradі «Про підсумки роботи ВІЛ-сервісної служби області у 2014 році і подальші перспективи її розвитку» для головних лікарів та відповідальних за організацію роботи з ВІЛ-інфікованими у медичних закладах області.
- Результати триангуляції викласти в інформаційному бюлетені № 9 «ВІЛ-інфекція у Чернігівській області».
- Провести додаткове навчання для фахівців центрів первинної медико-санітарної допомоги, профільних фахівців з актуальних питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу «Застосування нових підходів до консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, взяття на диспансерний облік і подальшого лікування груп ризику» з особливим акцентом на активізацію роботи з мешканцями сільської місцевості та віддалених населених пунктів області, проведення КіТ на ВІЛ-інфекцію за ініціативою медичного працівника.
- Розробити алгоритми дій з КіТ на ВІЛ-інфекцію для фахівців фтизіатричної, дерматовенерологічної, наркологічної служб та сімейних лікарів.
- Провести додаткове навчання для фахівців щодо єдиних підходів до кодування СЕМ та визначення шляхів передачі ВІЛ при взятті ЛЖВ під медичний нагляд (з акцентом на ЧСЧ).
- Налагодити співпрацю з НУО ВІЛ-сервісного спрямування, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з метою підвищення ефективності переадресації виявлених ЛЖВ та клієнтів із груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до кабінетів «Довіра», сайтів замісної підтримувальної терапії медичних закладів області (особливо СІН).
- Забезпечити дієву співпрацю районних ЦСССДМ із медичними закладами в частині переадресації клієнтів із груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до кабінетів «Довіра», сайтів замісної підтримувальної терапії медичних закладів області.
- Активно використовувати мобільну консультативну амбулаторію для роботи з представниками груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (СІН, ЧСЧ, ЖКС) у сільській місцевості та віддалених населених пунктах області. Розробити графік роботи амбулаторії з урахуванням місцевих потреб та особливостей.
- Сформувати реєстр місцевих засобів масової інформації (ЗМІ) та забезпечити щоквартальну розсилку матеріалів щодо ситуації з ВІЛ/СНІДу для оприлюднення.
- Запровадити у програмах місцевого телебачення рухомий рядок щодо ситуації з ВІЛ/СНІДу в області.

- Проводити щоквартальні прес-конференції для ЗМІ з актуальних питань епідемії ВІЛ-інфекції.
 - Розробити і затвердити на засіданні обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Чернігівській обласній державній адміністрації план проведення профілактичних та інформаційних заходів для загального населення, у т.ч. для молоді.
 - Розробити і впровадити інноваційні підходи до роботи з ЧСЧ (дружні лікарі, групи само- та взаємодопомоги, інтернет-ресурси, медійний ресурс, мобільна консультативна амбулаторія тощо) і СІН (робота з благодійною організацією матерів СІН «Надія і довіра»).
 - Вивчити досвід та ефективність проекту «HFQ – Україна: Чернігівський пілот», який впроваджується USAID «Системи охорони здоров'я 2020» щодо використання швидких тестів у центрах ПМСД, визначити роль і місце сімейних лікарів у широкому впровадженні КІТ на ВІЛ-інфекцію.
 - Звернутися до донорських організацій з метою пріоритетного охоплення Чернігівської області реалізацією програм у сфері ВІЛ/СНІДу.
 - Провести додатковий аналіз ситуації із захворюваності на ТБ/ВІЛ та розробити план дій (група МіО у ТБ-службі, заходи інфекційного контролю тощо).
- **Що можна зробити в наступні 5 років**
 - Забезпечити проведення регулярних дозорних епідеміологічних досліджень серед усіх груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, у т.ч. за різними кластерами – ступенем ризикованої поведінки.
 - Розробити проект розпорядження голови Чернігівської обласної державної адміністрації щодо соціального замовлення на надання послуг з профілактики, догляду та підтримки для ПГР.
 - Провести біоповедінкове дослідження серед загального населення для визначення ризикованих поведінкових практик, особливо серед осіб віком 30 років і старших.
 - Розширити функції кабінетів «Довіра» у ЗОЗ області, в т.ч. відкрити на їх базі 5–7 сайтів АРТ.
 - Активізувати процес впровадження програми ЗПТ шляхом розширення мережі сайтів, у тому числі на базі ЦРЛ та ЦПМСД для підвищення доступності послуг для мешканців сільської місцевості. Надавати методичну допомогу керівникам медичних закладів для відкриття та організації роботи сайтів ЗПТ.
 - **Кого постійно залучати до роботи:**
 - міжсекторальну робочу групу при Чернігівській обласній державній адміністрації;
 - обласну раду з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Чернігівській обласній державній адміністрації;
 - постійну комісію з питань охорони здоров'я та захисту населення від наслідків аварії на ЧАЕС Чернігівської обласної ради;
 - колегію Управління охорони здоров'я Чернігівської обласної державної адміністрації;
 - центр МіО при обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом;
 - медичну раду обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом;

- НУО та громади, які зазнали впливу епідемії ВІЛ-інфекції;
- ЗМІ;
- департаменти, управління обласної державної адміністрації:
 - охорони здоров'я;
 - освіти та науки;
 - у справах сім'ї та молоді;
 - соціального захисту населення;
 - інформаційної діяльності та комунікацій з громадськістю;
 - культури і туризму, національностей та релігій;
- обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
- медичну частину Управління Державної пенітенціарної служби України в області;
- інші відомства та служби області.

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

Підсумковий звіт

Автори звіту:

І. Бози́севич (I. Božićević)
М. Дейкун
І. Кузін
В. Марциновська
М. Ніколко
Н. Товчига
Ю.-І. Чакало (J.-I. Čakalo)

Верстка та дизайн обкладинки

Н. Тілікіна

Літературна редакція

С. Глущик



Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

Формат 60x90/8.

Ум. друк. арк. 4,2.

Тираж ____ прим. Замовл. ____

Надруковано у друкарні _____