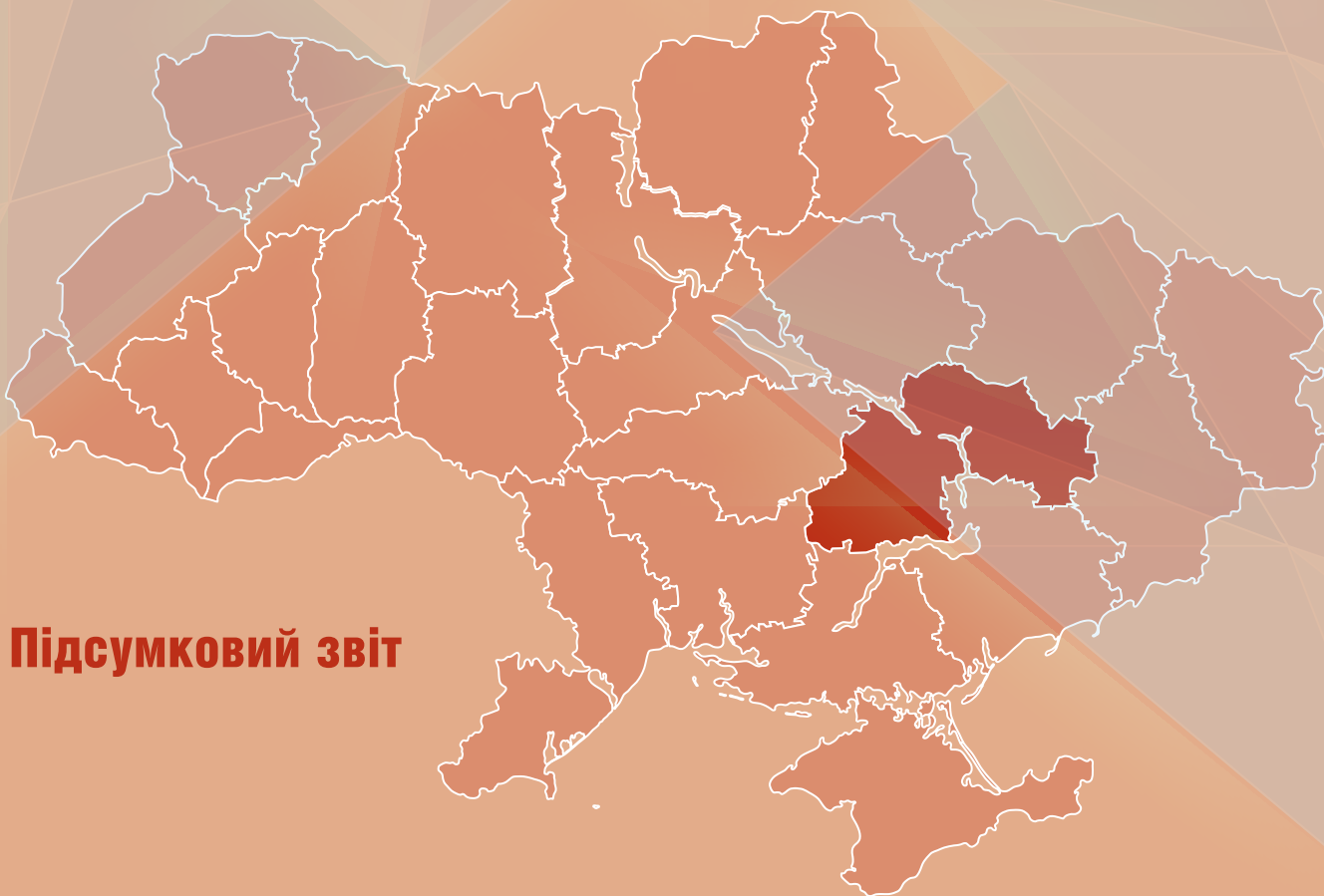


Регіональний проект з тріангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Дніпропетровській області



Підсумковий звіт



Київ 2015

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

Підсумковий звіт

Київ – 2015

Головні виконавці дослідження:

Івана Бози́севич, доктор медицини (1)
Олена Дорошенко, експерт
Ірина Козі́на, лікар-епідеміолог (2)
Марі́анна Ні́колко (3)
Олександр Постнов (4)
Ю́рія-Іва́на Чака́ло, доктор медицини (1)
Ірина Чуха́лова, лікар-інфекціоніст (2)

- (1) Центр співпраці ВООЗ з питань епіднадзора за ВІЛ у м. Загреб, Хорватія;
(2) Комунальний заклад «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»;
(3) МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
(4) ДУ «Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І.І.Мечникова» МОЗ України.

Регіональний проект з триангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Дніпропетровській області. Підсумковий звіт. – Бози́севич І., Дорошенко О., Козі́на І. та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2015. – 64 с.

Р

ISBN

У звіті представлено результати синтезу та триангуляції даних, які характеризують розвиток епідемії ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області протягом 2009–2013 років. Проаналізовано дані для відповіді на питання щодо особливостей епідемії ВІЛ-інфекції в області, внеску окремих груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ у її розвиток та високої смертності серед людей, які живуть з ВІЛ. 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 та 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.

Автори висловлюють подяку регіональним партнерам у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у Дніпропетровській області – членам міжсекторальної робочої групи, групи з моніторингу та оцінки координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при обласній державній адміністрації, а також іншим зацікавленим особам, які взяли участь у формуванні та виборі питань для регіонального проекту з триангуляції даних та в обговоренні результатів проекту.

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

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

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

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

ББК
УДК

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

ISBN

ЗМІСТ

Список скорочень	4
Резюме	5
Вступ	8
Загальна інформація.....	9
Методи	10
Основні характеристики та контекст розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області	13
Характеристика регіону	13
Епідемія ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області	14
Підготовчий етап проведення тріангуляції	23
Вибір питань для тріангуляції	23
Дані для аналізу (період для аналізу: 2009–2013 роки)	23
Питання 1: Які основні закономірності розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області та які основні групи населення уражено епідемією?	24
Перевірка гіпотези 1.1: Існує географічна нерівномірність розвитку епідемії в області	25
Перевірка гіпотези 1.2: Високі показники інфікування населення області зумовлюються розвитком епідемії за рахунок СІН.....	31
Перевірка гіпотези 1.3: Особи, звільнені з місць позбавлення волі, мають вагомий вплив на розвиток епідемії в області	47
Перевірка гіпотези 1.4: Зростання кількості випадків ВІЛ/СНІДу серед населення старшого віку зумовлене старішанням ВІЛ-інфікованих осіб та пізньою реєстрацією випадків.....	50
Загальні висновки до питання 1	54
Рекомендації щодо програмних заходів.....	55
Рекомендації щодо стратегічної інформації	55
Питання 2: Що зумовлює високу смертність серед ВІЛ-інфікованих?	56
Перевірка гіпотези 2.1: Висока смертність серед ВІЛ-інфікованих пов'язана з пізнім виявленням ВІЛ-інфекції та недостатнім доступом до АРТ	57
Загальні висновки до питання 2.....	62
Рекомендації щодо програмних заходів.....	63
Рекомендації щодо стратегічної інформації	63

Список скорочень

CD4	Клітини, вид лімфоцитів
PEPFAR	Надзвичайний план Президента США з боротьби зі СНІДом
UCSF	Університет Каліфорнії, Сан-Франциско, США
Альянс	МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
АРВ	Антиретровірусний
АРТ	Антиретровірусна терапія
БПД	Біоповедінкове дослідження
ВГ	Вірусний гепатит
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
Діп	Догляд і підтримка
ДУ	Державна установа
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
ІБД	Інтегроване біоповедінкове дослідження
ІПСШ	Інфекції, які передаються статевим шляхом
ІФА	Імуноферментний аналіз
КД	Кабінет «Довіра»
КІТ	Консультавання і тестування (на ВІЛ)
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
Мережа	ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»
МіО	Моніторинг і оцінка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НУО	Неурядова організація
ПКС	Працівники комерційного сексу
СЕМ	Сероепідмоніторинг
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ТБ	Туберкульоз
ЧСЧ	Чоловіки, які мають секс із чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

РЕЗЮМЕ

Проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області є діяльністю з триангуляції, що передбачає аналіз широкого діапазону даних, в основному щодо реєстрації випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу, впровадження профілактичних програм та біоповедінкових досліджень у групах найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ. Проект має на меті розгляд двох ключових питань щодо епідемії ВІЛ-інфекції в області:

Які основні закономірності розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області та які основні групи населення уражено епідемією?

Що зумовлює високу смертність серед ВІЛ-інфікованих?

Цей звіт підсумовує роботу, проведenu протягом січня-жовтня 2014 року.

Ключові результати аналізу

Питання	Гіпотеза	Результат перевірки гіпотези
1. Які основні закономірності розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області та які основні групи населення уражено епідемією? 2. Які фактори зумовлюють розвиток епідемії на рівні малих міст і сільських районів області? 3. У зв'язку з чим спостерігаються високі показники інфікування серед вагітних та донорів? 4. З чим пов'язане зростання поширеності ВІЛ-інфекції у групі СНІД молодшого віку? 5. Як впливають особи, звільнені з місць позбавлення волі, на розвиток епідемії в області? 6. Які фактори зумовлюють зростання реєстрації випадків ВІЛ/СНІДу серед населення старшого віку?	Існує географічна нерівномірність розвитку епідемії в області.	Підтвердилася
	Подальший розвиток епідемії пов'язаний зі зростанням поширеності ВІЛ-інфекції у групі СНІД.	Підтвердилася Очікується зростання ролі ЧСЧ
	Особи, звільнені з місць позбавлення волі, мають вагомий вплив на розвиток епідемії в області.	Не підтвердилася
	Зростання кількості випадків ВІЛ/СНІДу серед населення старшого віку зумовлене старішанням ВІЛ-інфікованих осіб та пізньою реєстрацією випадків.	Підтвердилася
	Висока смертність серед ВІЛ-інфікованих пов'язана з пізнім виявленням ВІЛ-інфекції та недостатнім доступом до АРТ.	Підтвердилася
Що зумовлює високу смертність серед ВІЛ-інфікованих?		

Ключові програмні рекомендації

- Посилити заходи з профілактики ВІЛ-інфекції серед СІН та їхніх статевих партнерів, у першу чергу звернути увагу на охоплення СІН молодшого віку такими заходами. Покращити своєчасність доведення ВІЛ-позитивних СІН до взяття під медичний нагляд.
- Розширити та посилити програми профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ.
- Покращити доступність програм кейс-менеджменту для вчасного виявлення та доведення ВІЛ-інфікованих клієнтів профілактичних програм в усіх групах ризику до взяття на облік та вчасного початку АРТ.
- Покращити доступність послуг з консультування та тестування на ВІЛ для загального населення та представників груп ризику з метою виявлення випадків ВІЛ-інфекції, які знаходяться поза межами медичного нагляду.
- Забезпечити безперервний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, які звільняються з місць позбавлення волі, та їх залучення до програм профілактики ВІЛ-інфекції.
- Спрямувати профілактичні програми на виявлення ВІЛ-інфекції на ранніх стадіях і своєчасне перенаправлення клієнтів для їх належного медичного догляду та лікування.
- Приділити особливу увагу залученню СІН до участі у програмах АРВ-лікування. Забезпечити усіх СІН, які потребують АРВ-лікування, супроводом з метою формування їхньої прихильності до терапії.
- Підвищити доступність програм ЗПТ для СІН, у тому числі для формування їхньої прихильності до АРВ-лікування.
- Забезпечити адекватну координацію з протитуберкульозною службою для вчасної діагностики і лікування ВІЛ-інфікованих осіб.

Ключові рекомендації стосовно даних

- Вивчити можливість ведення єдиного реєстру випадків ВІЛ-інфікування для групування та аналізу даних, зокрема, в розрізі стадій ВІЛ-інфекції, шляхів передачі ВІЛ-інфекції, вікових груп тощо.
- Збирати та аналізувати інформацію про ВІЛ-статус і шлях інфікування статевих партнерів ВІЛ-інфікованих вагітних, а також про стадії перебігу ВІЛ-інфекції серед таких жінок та їхніх партнерів на момент взяття під медичний нагляд.
- Здійснити уточнювальні розрахунки оціночної чисельності ключових груп ризику, в першу чергу СІН.
- Провести дослідження серед молодих СІН для визначення факторів, що сприяють зростанню поширеності ВІЛ-інфекції у цій групі.
- Провести додаткове дослідження щодо ризикованої поведінки серед ПКС і визначити реальні ризики інфікування ВІЛ для цієї групи.
- Провести поведінкове дослідження серед ЧСЧ для з'ясування можливостей більшого залучення представників групи до профілактичних програм.
- Провести моделювання перебігу епідемічного процесу залежно від доступності профілактичних програм.
- Здійснити аналіз випадків недавнього інфікування серед учасників біоповедінкового дослідження 2013 року, які отримали позитивний результат тесту на ВІЛ.
- Проводити облік смертності серед клієнтів профілактичних програм та програм догляду і підтримки.
- Проводити аналіз даних щодо опортуністичних захворювань серед осіб, які перебувають на обліку, та серед померлих осіб.
- Проаналізувати причини недостатнього доступу СІН до АРТ та основні перешкоди до лікування.

- Для забезпечення проведення повноцінного каскадного аналізу збирати дані про оціночну кількість ЛЖВ, кількість діагностованих випадків ВІЛ-інфекції, чисельність активної диспансерної групи, кількість осіб, які отримують АРТ, та частку з них, в яких спостерігається імуносупресія.
- Збирати дані про кількість клітин CD4 та вірусне навантаження на момент діагностування ВІЛ та через 12 місяців після початку АРТ.

Проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області має на меті отримати відповіді на ключові питання, які допоможуть краще схарактеризувати динаміку епідемії ВІЛ-інфекції в регіоні та вдосконалити цільове планування і впровадження програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу. Для цього здійснено детальне порівняння та інтерпретацію даних з різних джерел, що дозволило підкріпити виявлені результати і зменшити упереджене ставлення до них, яке могло б виникнути в разі використання лише одного джерела інформації.

Ключові питання, на які Проект може дати відповідь, було визначено та пріоритизовано на зустрічі партнерів, скликаній обласним центром профілактики та боротьби зі СНІДом за участю фахівців центру, соціальних служб, пенітенціарної служби, надавачів послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, а також інших користувачів та власників наявних даних. Загалом було розглянуто 12 питань у трьох сферах протидії епідемії ВІЛ-інфекції: (1) епідеміологія, (2) профілактика, (3) лікування і догляд. Після подальших дискусій та консультацій партнери пріоритизували та обрали два питання для поточного проекту із синтезу даних:

Питання 1: Які основні закономірності розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області та які основні групи населення уражено епідемією?

1. Які фактори впливають на розвиток епідемії на рівні малих міст і сільських районів області?
2. У зв'язку з чим спостерігаються високі показники інфікування серед вагітних та донорів?
3. З чим пов'язане зростання поширеності ВІЛ-інфекції у групі СІН молодшого віку?
4. Як впливають особи, звільнені з місць позбавлення волі, на розвиток епідемії в області?
5. Які фактори зумовлюють зростання реєстрації випадків ВІЛ-інфекції серед населення старшого віку?

Питання 2: Що зумовлює високу смертність серед ВІЛ-інфікованих?

Результати Проекту зі збору та узагальнення даних у Дніпропетровській області представлено в цьому звіті. Відповіді на обрані питання було отримано шляхом збору, систематизації та порівняння даних, 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 протидії поширенню ВІЛ-інфекції, а також міжнародних експертів. Результати аналізу мають на меті забезпечення інформацією для прийняття політичних та програмних рішень. Крім того, в рамках своєї діяльності Проект посилює потенціал партнерів щодо аналізу та використання даних.

Проект зі збору та узагальнення даних у Дніпропетровській області виконувався в рамках проекту «Технічна допомога в сфері МіО та ефективного використання даних» (Проект МЕТІДА), який підтримується Центрами з контролю та профілактики захворювань США в рамках Надзвичайного плану Президента США з боротьби зі СНІДом (PEPFAR).

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Незважаючи на широкомасштабні зусилля та сучасні засоби протидії епідемії ВІЛ-інфекції, національні програми часто потребують удосконалення або навіть зміни пріоритетів, методології та інформування суспільства в міру зростання та зміни епідемії в країні. Висока захворюваність на ВІЛ-інфекцію зумовлює необхідність підтримки, розширення, перепрофілювання чи оновлення заходів для її стримування. Моніторинг та оцінка програм профілактики та лікування ВІЛ-інфекції у цільових групах – це ті два компоненти, які дозволяють виміряти прогрес і вплив цих програм, а також виявити зміни в епідемічному процесі. Ці дані необхідні для планування обсягу та характеру необхідних заходів. В останні п'ять років в усьому світі відбувалося експоненційне зростання кількості та якості даних, що використовувалися для відстеження епідемії та розробки заходів 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 впровадження регіональних програм 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 політики, фінансування, заходів 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 щодо протидії епідемії. Однак на практиці виконавці часто стикаються з нестачею кадрових чи фінансових ресурсів для такої комплексної діяльності. Центри профілактики та боротьби зі СНІДом посідають лідерські позиції у здійсненні цього типу оцінки, «складанні епідемічного профілю» та можуть посилити власний потенціал і потенціал партнерів щодо аналізу даних для забезпечення належної поінформованості та сприяння впровадженню профілактичних заходів.

Хоча спочатку епідемія ВІЛ-інфекції в Україні значною мірою концентрувалася серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), у 2008 році статевий шлях передачі став провідним серед уперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ. У 2008 році СІН становили 46% із числа вперше зареєстрованих випадків інфікування серед дорослих та підлітків, тоді як статевий шлях передачі (в основному гетеросексуальний) було визначено як причину інфікування у 51% випадків. Переважання гетеросексуального статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції в Україні потребує негайного аналізу.

Окремої уваги заслуговує те, що епідемія ВІЛ-інфекції розвивається нерівномірно в різних регіонах України. Вивчення регіональної 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.

З метою забезпечення організаційних заходів, технічної підтримки та аналізу контексту для надання відповідей на обрані питання було впроваджено Проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області.

МЕТОДИ

Загальний підхід

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

На всіх попередніх зустрічах із партнерами та установами, що співпрацюють з Проектом, проводилися структуровані дискусії щодо розподілу функцій та етапів синтезу даних. Початкові дискусії сприяли формулюванню ключових питань, наведених вище, переліку потенційних джерел доступних даних, процесу синтезу даних, розподілу ролей та відповідальності. Наприкінці аналізу даних було проведено заключний семінар з метою узгодження остаточної інтерпретації результатів і надання рекомендацій, а також здійснення нагляду шляхом партнерства між місцевими установами, UCSF та Центром співпраці ВООЗ з питань нагляду за ВІЛ. Результати та рекомендації представлено в підсумковому звіті, який використовуватиметься та поширюватиметься ключовими партнерами і спеціалістами з планування програм профілактики та лікування ВІЛ.

У цьому звіті підсумовано результати аналізу та інтерпретації даних, здійснених протягом виконання Проекту, які обговорювалися робочою групою на зустрічі у Львові 6–7 жовтня 2014 року.

Поняття та процес тріангуляції

Тріангуляція у сфері громадського здоров'я – це процес розгляду, синтезу та інтерпретації вторинних даних з кількох джерел, які характеризують одне й те ж питання, спрямований на прийняття обґрунтованих рішень у галузі охорони здоров'я¹.

Проведення тріангуляції здійснюється у певній послідовності та включає три основні етапи: планування, аналіз та інформування про результати. Для виконання цих етапів необхідно здійснити 12 кроків, вказаних у наведеній нижче таблиці.

Етапи	Пов'язані кроки
Планування	Крок 1. Визначити ключові питання.
	Крок 2. Переконатися, що на питання буде знайдено відповіді і вжито відповідних заходів.
	Крок 3. Визначити джерела даних і зібрати довідкову інформацію.
	Крок 4. Уточнити питання дослідження.

¹ 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.

Етапи	Пов'язані кроки
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 і зробити висновки.
Інформування	Крок 11. Поінформувати про результати та рекомендації.
	Крок 12. Визначити наступні кроки.

Питання в рамках Проекту

Було запропоновано порівняти результати з багатьох джерел даних (якісних та кількісних), щоб отримати відповіді на ключові питання, обрані партнерами.

Для роботи було зібрано дані з опублікованих звітів, баз даних та інформацію, що знаходиться у відкритому доступі, агреговані дані у відкритому доступі та результати досліджень. Збір первинних даних не проводився, люди як суб'єкти дослідження не залучалися. Результати, виявлені за цими питаннями, а також аргументи, що підкріплюють їх, використовуватимуться для планування програм профілактики ВІЛ-інфекції на національному та регіональному рівнях.

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

1. Важливість для національних програм (тобто якою мірою це питання стосується протидії епідемії?).
2. Корисність потенційних результатів для планування програм (тобто наскільки відповідь на це питання дозволить спланувати заходи, які можна здійснити?).
3. Якість і кількість існуючих даних є достатньою, щоб отримати відповідь на питання.
4. Цим питанням ще не займається інша установа/дослідницька група.

Визначення джерел даних

Дані про поширеність ВІЛ/ІПСШ, поведінкові, демографічні та процедурні дані походять із численних наукових, програмних джерел, медичної статистики та дозорних епідеміологічних досліджень. Аналіз включає стратифікацію за статтю та віком, підгрупами, соціальними, культурними та психосоціальними факторами ризику.

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

- статистику реєстрації випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу;
- статистику випадків інфікування ВІЛ за результатами стандартного рутинного тестування вагітних жінок та донорів;
- результати інтегрованих біоповедінкових досліджень (ІБД), проведених у групах найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ: СІН, працівниці комерційного сексу (ПКС), чоловіки, що мають секс із чоловіками (ЧСЧ), та ув'язнені;
- демографічні дані та опитування домогосподарств;
- дані Всеукраїнського перепису населення та відділів реєстрації актів громадянського стану (щодо народжуваності);
- програмні дані, які включають стандартну моніторингову інформацію про діяльність із профілактики та лікування, охоплення програмами, інтенсивність і географічний розподіл різних програм, зокрема, для груп ризику.

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

Поширення

Результати проведеної роботи було презентовано на інтерактивному семінарі для партнерів, що проводився 6–7 жовтня 2014 року. Обговорення з партнерами та розуміння альтернативних пояснень досягнутих результатів стали основою для підготовки підсумкового звіту.

Структура звіту

У цьому звіті представлено коротку характеристику розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області з початку реєстрації випадків інфікування ВІЛ та протягом періоду з 2009 року, який обрано для аналізу. В наступних розділах аналізуються дані для відповіді на обрані питання. Для кожного питання сформульовано гіпотези, які під час проведеного аналізу підтвердилися, частково підтвердилися або були спростовані. Для зручності після аналізу кожної гіпотези наводяться короткі висновки. Після розділу, присвяченого аналізу кожного питання, подано загальні висновки щодо цього питання, а також розроблені та обговорені з партнерами рекомендації стосовно впровадження програмних заходів та вдосконалення стратегічної інформації.

Основні характеристики та контекст розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області

За територіальною рейтинговою оцінкою інтенсивності епідемічного процесу (2013 рік) Дніпропетровська область посідає 25 місце серед 27 регіонів України, що відносить її до однієї з найбільш проблемних².

Характеристика регіону

Географічне розташування Дніпропетровської області – одна з передумов інтенсивного поширення ВІЛ-інфекції. Область має розвинену мережу міжнародних і національних автомобільних доріг, транспортних коридорів, які з'єднують її з іншими регіонами України, країнами Європи і Росією за напрямками: Європа – Західна Україна – Дніпропетровська область – Східна Україна – Азія, Росія – Північно-Східна Україна – Дніпропетровська область – Крим. В області є стратегічні залізничні та автомобільні вузли, що створює широкі можливості для наркотрафіку та нелегального розповсюдження наркотиків і, як наслідок, стабільно високого рівня ін'єкційного споживання наркотичних речовин, що, у свою чергу, сприяє поширенню ВІЛ-інфекції.

Дніпропетровська область межує з Донецькою і Миколаївською областями, які відносяться до регіонів з високою ураженістю ВІЛ-інфекцією.

В області налічується 1501 населений пункт: 20 міст, 46 селищ міського типу, 1435 сільських населених пунктів. Область належить до найбільш урбанізованих областей України та регіонів Європи (частка міського населення – 83,4%), насамперед за рахунок проживання приблизно половини населення області у двох великих містах – Дніпропетровську та Кривому Розі. Однак рівень урбанізації сільських районів області є значно нижчим за середньоукраїнський показник.

Низька урбанізація та низька щільність населення, передусім периферійних районів, створюють додаткові проблеми регіонального розвитку, пов'язані з обмеженістю трудових ресурсів на цих територіях і розпорошенням органів та установ, що надають послуги місцевому населенню.

Чисельність населення у Дніпропетровській області станом на 01.01.2014 року становила 3 292 431 особу³. Питома вага населення області в населенні України становить 7,3%. Для області характерне щорічне скорочення чисельності населення, яке відбувається рівномірно в містах і районах.

Впродовж останніх років народжуваність була нижчою за смертність, що спричинило від'ємний приріст населення. Так, у 2012 році показник смертності в 1,4 раза перевищував народжуваність.

За високого рівня смертності та безперервного зростання кількості осіб старшого віку відбувається старішання населення – поступове зростання середнього віку мешканців: на початку 2013 року цей показник становив 37,9 року для чоловіків та 43,4 року для жінок і перевищував відповідні показники в середньому в Україні (середній вік чоловіків – 37,7 року, жінок – 42,9 року).

Дніпропетровщина належить до одних із найбільш економічно розвинених регіонів країни у промисловості. Область має потужний промисловий потенціал, який характеризується високим рівнем розвитку важкої індустрії.

² ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 41 / Під загальною редакцією О.К. Толстонова. – К.: МОЗ України, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», 2014. – 95 с.

³ За даними Державної служби статистики України.

Епідемія ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області

Упродовж 1987–2013 років загальна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед мешканців області становила 40 991, включаючи дітей з тимчасово не уточненим діагнозом, народжених ВІЛ-інфікованими жінками; кількість випадків СНІДу – 11 920, кількість смертей, зумовлених СНІДом, – 6 296.

Станом на 01.01.2014 року під диспансерним наглядом у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) перебувало 22 962 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, із них 77,0% (17 691 особа) – це люди віком 25–49 років.

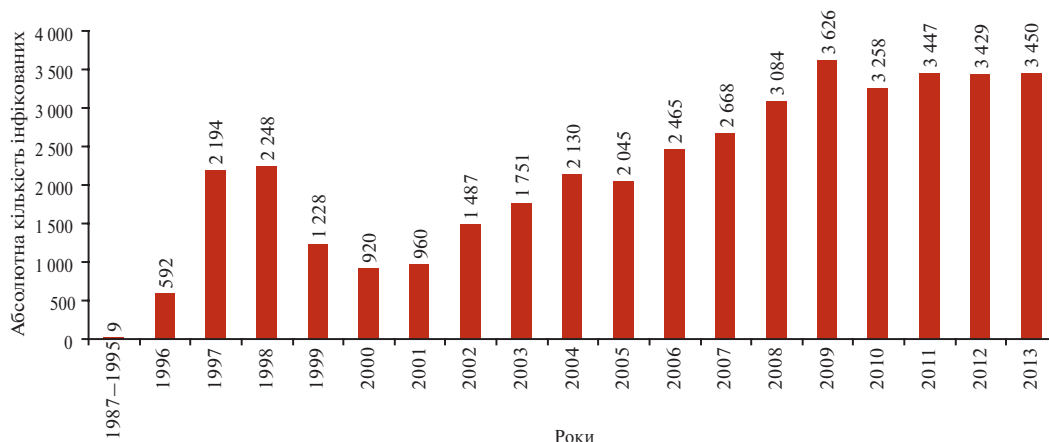


Рис. 1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед мешканців Дніпропетровської області, 1987–2013 рр.

Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області можна поділити на такі основні етапи:

З 1992 року – початкова стадія епідемії ВІЛ-інфекції: реєстрація перших випадків ВІЛ-інфекції (6 випадків серед громадян України та 2 – серед іноземців).

1995–1998 роки – другий етап: перехід від початкової до концентрованої стадії. Показник інфікованості ВІЛ населення у 1995 році становив 0,03%, що відносило Дніпропетровську область до областей з низьким рівнем поширення ВІЛ. На початок 1996 року в області було зареєстровано всього 9 випадків ВІЛ-інфекції, а вже ротягом року ситуація щодо поширення ВІЛ різко погіршилася внаслідок спалаху інфекції серед СІН: за рік в області зареєстровано 592 нові випадки ВІЛ-інфекції, частка СІН від загальної кількості ВІЛ-інфікованих склала 92%. Проникнення ВІЛ у середовище СІН започаткувало новий етап розвитку епідемії, подібний до вибуху. 1996 рік став переломним: поширення хвороби набуло епідемічного характеру.

1999–2002 роки – третій етап: стійка концентрована стадія епідемії. СІН залишаються рушійною силою епідемічного процесу і разом з іншими групами підвищеного ризику інфікування (сексуальні партнери СІН, ПКС, пацієнти з симптомами інфекцій, які передаються статевим шляхом) є джерелом ВІЛ-інфекції для загального населення області.

На цьому етапі розвитку епідемії показники інфікованості ВІЛ характеризуються стабільністю та залишаються переважно на одному рівні, в першу чергу серед СІН. Показник інфікованості ВІЛ серед СІН (частка ВІЛ-позитивних результатів тестування у групі СІН, код 102) протягом цього періоду знаходився на рівні 10-11%. На той час дозорні епідеміологічні дослідження серед груп ризику та заходи з програмного моніторингу не проводились, використовувались лише дані офіційної статистики.

З 2004–2005 років і до теперішнього часу – четвертий етап: стрімке зростання частки статевим шляхом інфікування ВІЛ серед усіх вперше зареєстрованих осіб з діагнозом ВІЛ-інфекція (Рис. 2).

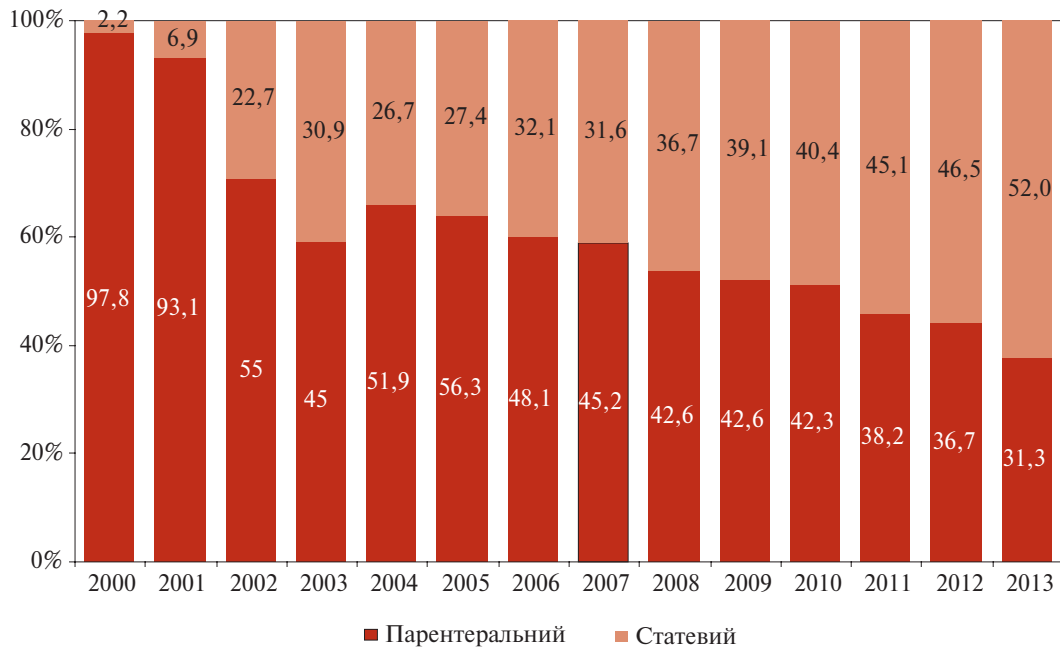


Рис. 2. Частка статевого та парентерального шляхів інфікування ВІЛ серед усіх шляхів інфікування у Дніпропетровській області, 2000–2013 рр., %

Для цього триангуляційного дослідження було обрано період з 2009 по 2013 роки, якому властиві певні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області.

- 1) Повільне зниження і стабілізація значень показників кількості та частки позитивних результатів тестування на ВІЛ серед населення, протестованого в межах рутинного тестування на ВІЛ у закладах охорони здоров'я. Характерним є і зниження рівня інфікованості серед протестованого населення, якщо із загальної кількості тестувань виключити дві найбільш чисельні групи, які суцільно охоплюються тестуванням на ВІЛ, – вагітних та донорів (Рис. 3–4).



Рис. 3. Кількість тестувань на ВІЛ і частка ВІЛ-позитивних результатів тестування, 2009–2013 рр.



Рис. 4. Кількість тестувань на ВІЛ (без урахування вагітних і донорів) і частка позитивних результатів тестування на ВІЛ, 2009–2013 рр.

- 2) Показник поширеності ВІЛ серед вагітних є одним з найвищих в Україні: у 2009 та 2011-2012 роках він перевищував значення 1%. В останні роки фіксується поступове зниження поширеності ВІЛ у групі первинних (разових) донорів (Рис. 5).

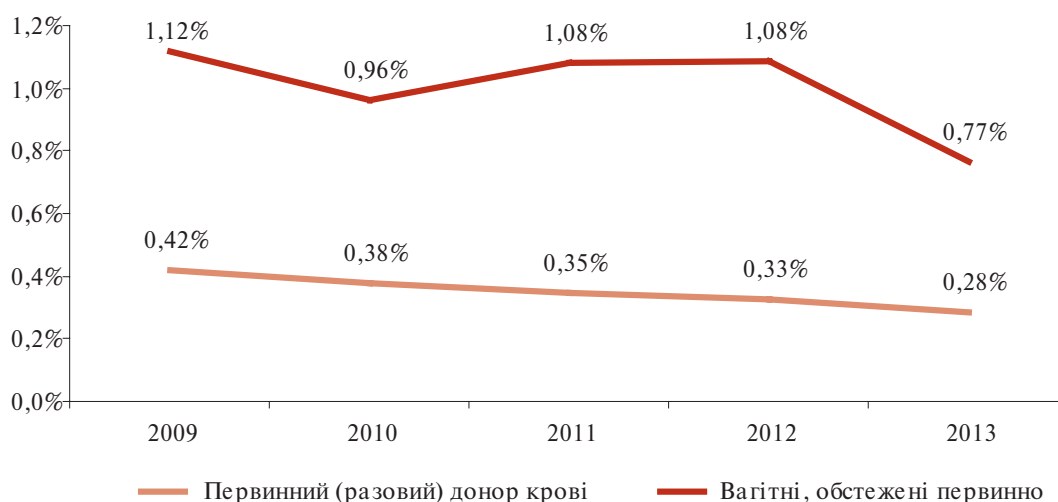


Рис. 5. Поширеність ВІЛ серед уперше протестованих на ВІЛ вагітних і донорів, 2009–2013 рр., %

- 3) З 2010 року відмічається переважання кількості осіб, узятих під диспансерний нагляд з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, інфікованих статевим шляхом, та поступове зниження числа випадків інфікування ВІЛ серед осіб, інфікованих внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків (Рис 6).

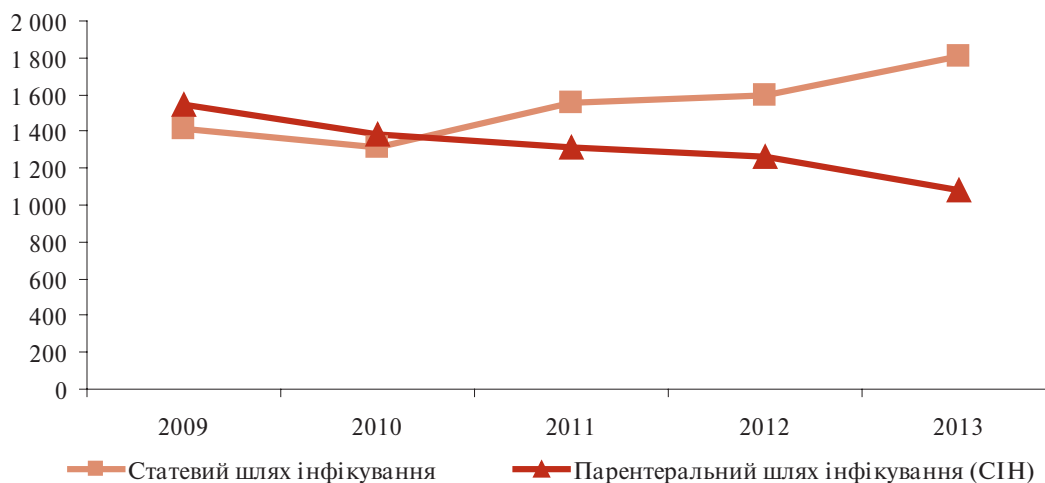


Рис. 6. Розподіл уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за шляхом інфікування, 2009–2013 рр.

- 4) Починаючи з 2010 року, зростає кількість жінок віком від 15 років, узятих під диспансерний нагляд з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, при цьому кількість чоловіків віком від 15 років, узятих під диспансерний нагляд протягом останніх 5 років, стабільна (Рис. 7).

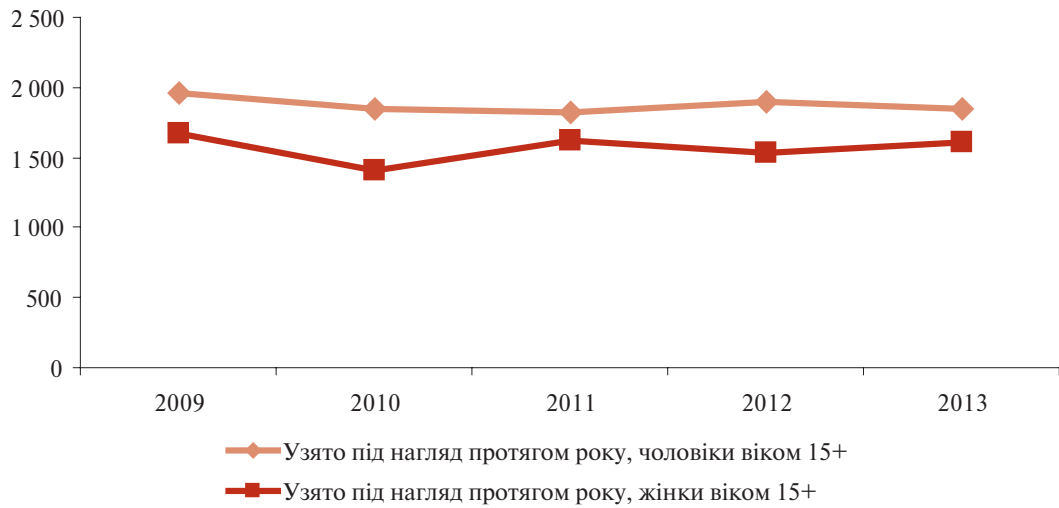


Рис. 7. Розподіл вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за статтю

- 5) Серед усіх чоловіків, узятих під диспансерний нагляд з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, зростає кількість осіб, які інфікувалися статевим шляхом, при цьому скорочується кількість зареєстрованих випадків серед чоловіків-СІН (Рис. 8). Серед чоловіків зі статевим шляхом інфікування ВІЛ реєструються лише поодинокі випадки інфікування внаслідок гомосексуальних статевих контактів (максимальну кількість – 9 випадків інфікування ВІЛ серед ЧСЧ – зареєстровано у 2013 році). Статевий шлях інфікування ВІЛ серед усіх зареєстрованих випадків є стабільно домінуючим у групі жінок, і в останні роки кількість таких випадків постійно зростає. Разом з тим, кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед жінок-СІН постійно знижується.

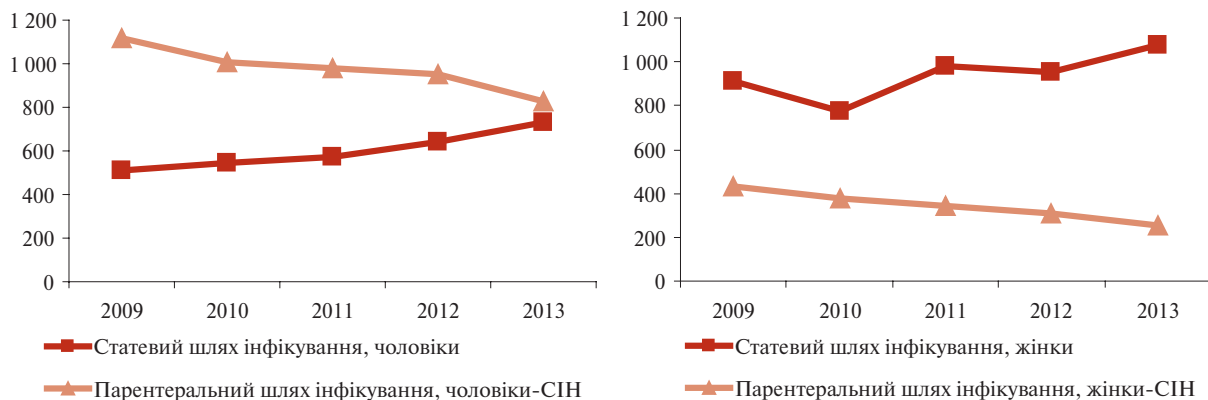


Рис. 8. Розподіл вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед чоловіків та жінок за шляхом інфікування, 2009–2013 рр.

- 6) Реєстрація нових випадків ВІЛ-інфекції серед міського та сільського населення має протилежні тенденції: кількість вперше зареєстрованих випадків серед міського населення поступово скорочується, а серед сільського населення – повільно зростає (Рис. 9).



Рис. 9. Вперше зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед міського та сільського населення, 2009–2013 рр.

За останні 5 років у більшості районів і міст області намітилися тенденції до зменшення як абсолютної кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед СІН, так і частки СІН серед нових випадків ВІЛ-інфекції. Найбільшу питому вагу ВІЛ-інфікованих СІН серед усіх випадків ВІЛ-інфекції у 2009–2013 роках зафіксовано в малих містах (Жовті Води, Орджонікідзе, Першотравенськ) та великих за населенням районах (Апостолівський, Дніпропетровський). При цьому стрімке зниження питомої ваги ВІЛ-інфікованих СІН відмічається в містах, які в першу чергу постраждали від епідемії ВІЛ-інфекції: у Дніпропетровську цей показник знизився з 50,9% у 2010 році до 43,6% у 2013 році, у Кривому Розі – з 45,6% до 24,6% відповідно (див. Табл. 1).

- 7) Оціночна чисельність груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ у Дніпропетровській області, за даними 2012 року, становить 35 050 СІН (2,2% постійного населення області віком 15-49 років), 6 400 ПКС (0,8% жіночого населення віком 15–49 років) та 17 600 ЧСЧ (2,2% чоловічого населення віком 15–49 років). Оцінку чисельності груп ризику проведено і для міста Дніпропетровська: за розрахунками, в місті нараховується 10 300 СІН, 2 300 ПКС та 6 300 ЧСЧ.

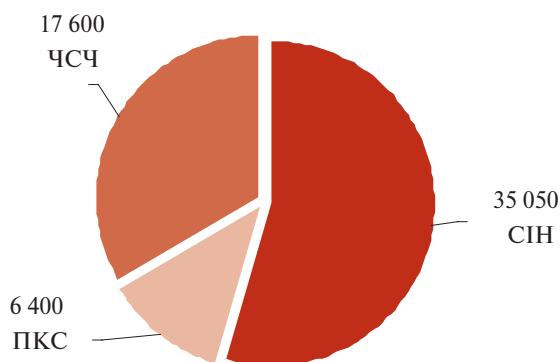


Рис. 10. Оціночна чисельність представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ у Дніпропетровській області, 2012 рік

Таблиця 1. Кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН та їх відсоток від загальної кількості ВІЛ-інфікованих, Дніпропетровська область, 2009–2013 рр.

Території	2009		2010		2011		2012		2013	
	СІН	%	СІН	%	СІН	%	СІН	%	СІН	%
м. Вільногірськ	7	36,8	1	20,0	3	20,0	1	14,2	1	14,2
м. Дніпропетровськ	450	46,0	461	50,9	397	47,0	374	45,6	408	43,6
м. Дніпродзержинськ	29	29,9	23	30,7	43	32,1	33	28,9	34	27,6
м. Жовті Води	46	65,7	27	57,4	26	53,1	26	59,0	31	52,5
м. Кривий Ріг	564	44,3	545	45,6	449	37,8	454	37,6	284	24,6
м. Марганець	13	46,4	12	60,0	10	38,5	10	23,8	6	40,0
м. Нікополь	82	47,1	66	40,5	86	47,3	59	36,6	59	32,4
м. Новомосковськ	16	26,2	11	23,9	31	41,9	19	32,2	19	30,1
м. Орджонікідзе	45	57,0	54	64,3	63	55,3	55	56,1	26	46,4
м. Павлоград	38	34,2	36	37,9	44	38,9	43	33,5	57	36,3
м. Першотравенськ	43	63,2	26	45,6	19	35,2	19	39,5	25	43,1
м. Тернівка	22	35,5	12	24,0	23	34,3	29	36,7	17	33,3
Міста	1355	44,8	1274	46,4	1194	41,7	1122	40,0	967	33,8
Апостолівський р-н	14	29,8	26	40,0	32	41,6	11	28,9	31	43,6
Васильківський р-н	0	0,0	2	14,3	2	28,6	0	0	0	0
В-Дніпровський р-н	11	42,3	5	27,8	6	18,8	2	8,0	5	15,1
Дніпропетровський р-н	4	11,1	15	38,5	13	31,0	22	32,8	12	29,2
Криворізький р-н	25	31,3	13	22,4	12	19,0	18	17,3	23	21,6
Криничанський р-н	7	35	2	40,0	11	34,4	5	41,6	4	16,0
Магдалинівський р-н	3	30	0	0	0	0	0	0	3	17,6
Межівський р-н	0	50	0	0	0	0	0	0	0	0
Нікопольський р-н	6	15,8	5	13,5	3	10,3	4	13,7	4	10,6
Новомосковський р-н	7	19,4	5	15,2	7	23,3	9	25,7	9	30,0
Павлоградський р-н	1	6,7	7	36,8	2	12,5	0	0	1	14,2
Петриківський р-н	1	50	0	0	1	16,7	0	0	0	0
Петропавлівський р-н	3	23,1	1	7,1	2	16,7	1	6,6	2	10,0
Покровський р-н	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8,3
П'ятихатський р-н	19	29,7	11	22,4	12	21,8	7	17,0	4	7,2
Синельниківський р-н	10	25	1	3,4	8	20,0	6	12,7	4	12,9
Солонянський р-н	5	27,8	4	28,6	6	28,6	6	26,0	1	8,3
Софіївський р-н	1	5,6	3	10,7	2	7,1	3	10,7	5	22,7
Томаківський р-н	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16,6
Царичанський р-н	0	0	2	25,0	1	11,1	2	12,5	0	0
Широківський р-н	5	11,4	1	2,6	3	7,7	5	8,7	4	8,1
Юр'ївський р-н	0	0	1	6,7	0	0	0	0	1	33,3
Райони	122	23,0	104	20,3	123	21,0	101	18,0	115	19,4
Будинок дитини № 2	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Державна пенітенціарна служба	70	4,5	2	100,0	0	0	36		1	0
Область	1547	42,6	1380	42,4	1317	38,2	1259	36,7	1083	31,3
Україна	7105	35,8	6934	33,8	6588	31,1	5933	28,6	5847	27,0

- 8) Під диспансерним наглядом у закладах охорони здоров'я області у 2013 році перебували 22 962 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. При цьому частка осіб, які інфікувалися ВІЛ внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків, майже дорівнює частці осіб, які інфікувалися статевим шляхом (Рис. 11). Решта осіб, які перебувають під диспансерним спостереженням, – це діти, народжені ВІЛ-інфікованими матірями, до встановлення статусу ВІЛ, та особи, шлях інфікування яких не встановлено.

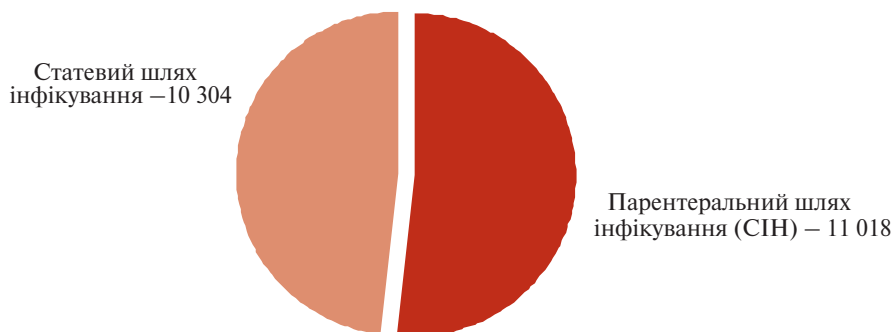


Рис. 11. Кількість осіб, узятих під медичний нагляд внаслідок інфікування ВІЛ парентеральним або статевим шляхом, 2013 рік

- 9) Результати дозорного епіднагляду, проведеного в межах біоповедінкових досліджень, вказують на високий рівень поширеності ВІЛ у трьох основних групах ризику – СІН, ПКС та ЧСЧ. Причому в групі СІН показник поширеності ВІЛ під час двох останніх досліджень зріс більш ніж на 10%. У групі ПКС спостерігається повільне зниження поширеності ВІЛ-інфекції. У групі ЧСЧ поширеність ВІЛ стрімко зростає (Рис.12–14).

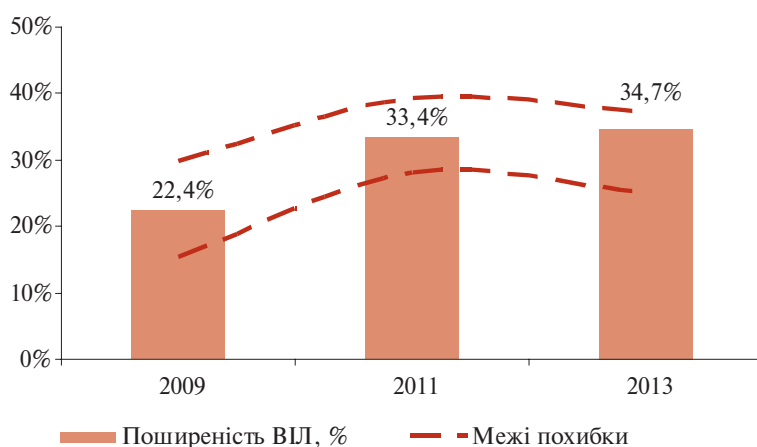


Рис. 12. Рівень поширеності ВІЛ у групі СІН, за даними біоповедінкових досліджень, 2009–2013 рр., %

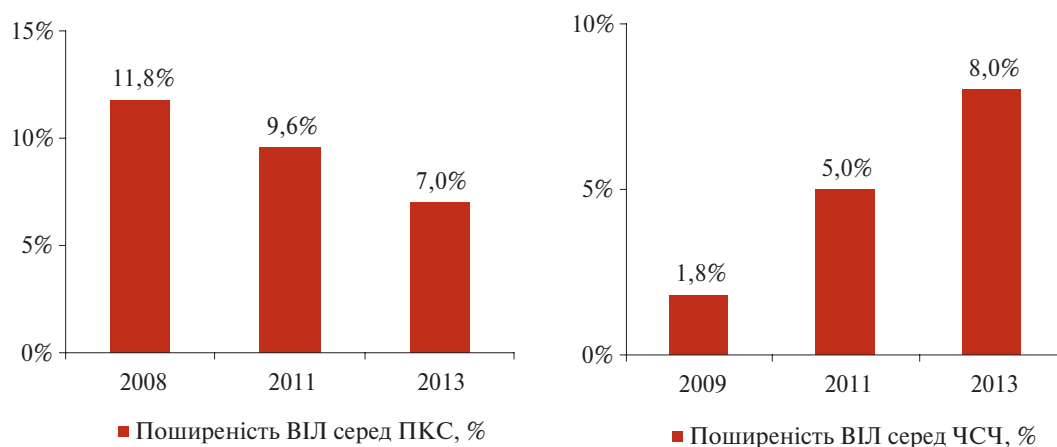


Рис. 13. Рівень поширеності ВІЛ у групах ЧСЧ та ПКС, за даними біоповедінкових досліджень, 2009–2013 рр., %

- 10) За результатами моніторингу впровадження в області програм профілактики ВІЛ-інфекції у групах ризику, найбільшого охоплення в порівнянні з оціночною чисельністю групи було досягнуто у групі СІН. Охоплення представниць групи ПКС у 2013 році було найбільшим за останні роки і становило 43% від їх оціночної кількості. Охоплення ЧСЧ в останні роки сягало лише 5–9% від їх оціночної кількості. При цьому рекомендований рівень для досягнення універсального доступу до послуг з профілактики ВІЛ-інфекції для ключових груп населення має становити 60% від чисельності груп ризику.

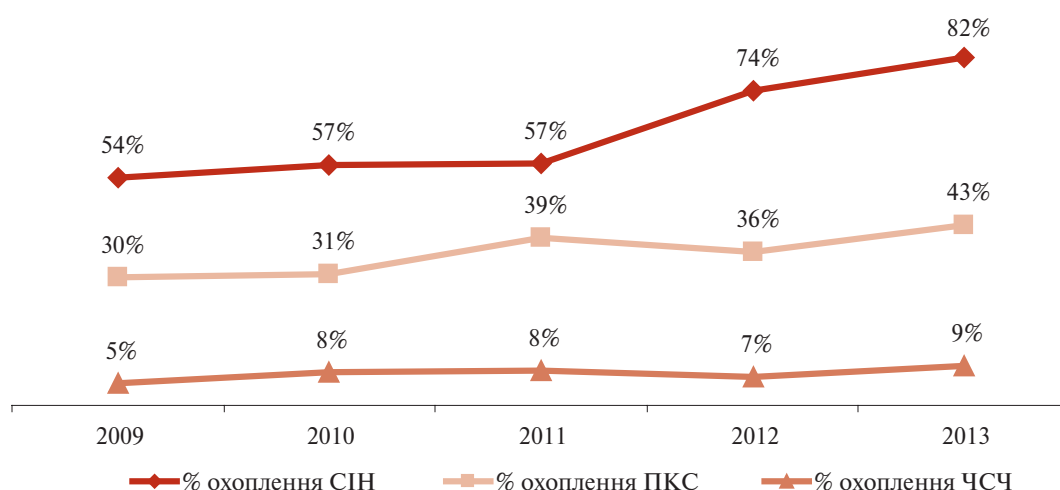


Рис. 14. Охоплення груп ризику мінімальним пакетом профілактичних послуг у 2009–2013 рр., % від оціночної кількості представників відповідної групи

Таким чином, епідемія ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області характеризується високою інтенсивністю епідпроцесу. З 1996 року епідемія розвивалася в основному за рахунок СІН. Однак у 2010 році кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції внаслідок статевого інфікування вперше перевищила кількість випадків парентерального інфікування. В області – один з найвищих в Україні показників інфікованості вагітних та донорів. Разом з тим, в цілому в останні роки намітилася тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед населення, у тому числі серед вагітних та донорів.

До сьогодні більшість випадків інфікування на ВІЛ реєструвалася серед чоловіків, однак в останні роки кількість ВІЛ-інфікованих чоловіків, узятих під медичний нагляд, поступово скорочується, причому на перший план виходить статевий шлях інфікування, а кількість ВІЛ-позитивних жінок, які інфікувалися статевим шляхом, в останні роки постійно зростає.

До 2010 року більшість узятих під нагляд випадків інфікування ВІЛ становили мешканці міст, однак в останні кілька років спостерігається скорочення зареєстрованих випадків серед міського населення, а кількість випадків інфікування ВІЛ серед сільського населення, навпаки, зростає. Також спостерігається зростання кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції внаслідок ін'єкційного споживання наркотиків серед мешканців малих міст області.

Поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН у Дніпропетровській області є найвищою в Україні, високою є частка ВІЛ-інфікованих СІН у порівнянні з іншими групами ризику. При цьому, за оціночними даними, в області 2,2% постійного населення віком 15–49 років є споживачами ін'єкційних наркотиків, 0,8% жіночого населення віком 15–49 років залучено до комерційного сексу та 2,2% чоловічого населення віком 15–49 років практикують секс із чоловіками.

В області впроваджуються програми профілактики передачі ВІЛ-інфекції серед представників груп ризику, причому найбільшого охоплення такими програмами досягнуто серед представників групи СІН. Охоплення представників груп ПКС та ЧСЧ є недостатнім для забезпечення ефективності програм профілактики у цих групах. За даними програмного моніторингу, лише 9% ЧСЧ мали доступ до програм профілактики ВІЛ-інфекції у 2013 році.

Підготовчий етап проведення триангуляції

Вибір питань для триангуляції

Відповідно до методики проведення триангуляції, першим і одним з найважливіших етапів є формулювання та вибір питань, які є найбільш актуальними для регіону і можуть бути досліджені з використанням триангуляційного підходу.

З цією метою в січні 2014 року на базі центру здоров'я у Дніпропетровську було проведено зустріч основних партнерів і зацікавлених сторін.

У зустрічі взяли участь члени міжвідомчої робочої групи з МіО, представники неурядових організацій, співробітники обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом.



Під час зустрічі було визначено 12 питань, з них 7 питань відібрано для дослідження відповідно до таких критеріїв: важливість питання, можливість реалізувати практичні заходи, спираючись на результати триангуляції, можливість застосувати метод триангуляції для відповіді на питання, доступність даних, новизна питання або брак досліджень у певному напрямі, а також можливість провести аналіз у короткі терміни. Згодом ці питання були згруповано у 2 основні питання з уточнюючими підпитаннями.

Стосовно кожного з основних питань учасники обговорили джерела даних, які можна використати для проведення триангуляції, їхні сильні сторони та потенційні обмеження.

Обрані під час зустрічі основних партнерів і зацікавлених сторін питання та джерела даних для триангуляції було доопрацьовано з представниками Центру співпраці ВООЗ з питань епідеміології за ВІЛ у Загребі, Хорватія.

Дані для аналізу (період для аналізу: 2009–2013 роки)

- оцінка чисельності груп СІН, ПКС, ЧСЧ (дослідження 2013 року);
- статистичні звіти про захворюваність на ВІЛ-інфекцію, СНІД і смертність від СНІДу в області у 2009–2013 рр.;
- зведені статистичні дані про розподіл осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція (незалежно від стадії захворювання) за статтю, віком та шляхами інфікування;
- звіти програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини;
- звіти Державної пенітенціарної служби України;
- звіти про програмну діяльність неурядових організацій (SYREX, Альянс) у 2009–2013 рр.; результати моніторингу впровадження програм профілактики ВІЛ у групах СІН, ПКС, ЧСЧ;
- результати програмного моніторингу щодо кількості клієнтів програм догляду і підтримки ЛЖВ (Case ++, Мережа ЛЖВ);
- сероепідмоніторинг ВІЛ-інфекції в області;
- звіти про поведінкові та біоповедінкові дослідження;
- інформаційні бюлетені про розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні;
- демографічні дані;
- наукові публікації.

Питання 1: Які основні закономірності розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області та які основні групи населення уражено епідемією?

1. Які фактори зумовлюють розвиток епідемії на рівні малих міст і сільських районів області?
2. У зв'язку з чим спостерігаються високі показники інфікування серед вагітних та донорів?
3. З чим пов'язане зростання поширеності ВІЛ-інфекції у групі СІН молодшого віку?
4. Як впливають особи, звільнені з місць позбавлення волі, на розвиток епідемії в області?
5. Які фактори зумовлюють зростання реєстрації випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення старшого віку?

Які основні закономірності розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області та які основні групи населення уражено епідемією?



Основні джерела даних для аналізу до першого питання та їх обмеження

Дані	Обмеження даних
Сероепідмоніторинг (рутинне тестування на ВІЛ-інфекцію різних груп населення)	Внесено зміни до звітно-облікових форм: у 2009–2012 рр. – облік кількості тестів; з 2013 р. – облік кількості протестованих на ВІЛ-інфекцію осіб, зміна форми/кодування груп населення. У звітних формах відсутня дезагрегація за статтю/віком.
Рутинний епіднагляд (диспансеризація)	Зміна форм у 2013 році. Вікова група 25–49 років занадто широка, неможливо прослідкувати відмінності в межах такої вікової групи.
Програмні дані	Досить важко зіставні, дані доступні залежно від наявності програм. Розподіл витратних матеріалів неможливо прослідкувати в розрізі окремих груп ризику. Ведення статистики в розрізі окремих клієнтів доступне лише з 2012 року.
Статистика населення	Інформація про наявне постійне населення області доступна, однак для області характерні інтенсивні міграційні процеси, які не відображаються повною мірою у статистичних даних.
Чисельність груп ризику	Розрахункові дані залежать від якості інших даних, на яких вони ґрунтуються.
Біоповедінкові та поведінкові дослідження	Зміна методології дослідження. Кількість учасників у групі до 25 років набагато менша від групи осіб, старших 25 років.
Розрахункові дані розвитку епідемії, змодельовані у програмі “Спектрум”	Розрахункові дані базуються на інших оціночних та розрахункових даних, тому похибка може накладатися та призводити до викривлення результатів.

Перевірка гіпотези 1.1: Існує географічна нерівномірність розвитку епідемії в області

В межах цієї гіпотези було перевірено два основні припущення:

- розвиток епідемії в малих містах та сільських районах відрізняється від епідемії у великих та середніх містах;
- географічна наближеність до міст, найбільш уражених епідемією, є чинником розвитку епідемії в малих містах і сільських районах області.

Рівень і динаміка зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію суттєво відрізняються в різних містах і районах. У деяких містах і районах кількість зареєстрованих випадків в останні роки постійно зростає, в інших – навпаки, скорочується, тому, ймовірно, на розвиток епідемії в малих містах і районах впливають різні фактори.

Було проаналізовано наявність зв'язку між середнім рівнем зареєстрованої захворюваності та кількістю населення. Проведений статистичний аналіз вказав на те, що така асоціація слабка (ρ Спірмена = 0,37 при $p = 0,033$). Також не було виявлено асоціації між середньорічним темпом росту зареєстрованої захворюваності в розрізі адміністративно-територіальних одиниць області та кількістю мешканців цих одиниць (ρ Спірмена = – 0,06 при $p = 0,736$). Таким чином, ймовірно, у районах і містах області спостерігаються різні за рівнем та динамікою зареєстрованої захворюваності тенденції розвитку епідемічного процесу, які не пов'язані з чисельністю населення на цих територіях.

Зважаючи на те, що, на відміну від більшості регіонів України, у Дніпропетровській області більшість населення концентрується у великих містах, було перевірено припущення про зв'язок між географічною наближеністю до міст, найбільш уражених епідемією, та розвитком епідемії в таких адміністративно-територіальних одиницях. Приблизно

50% населення області припадає на Дніпропетровськ і Кривий Ріг, з яких починалося поширення епідемії в області. Разом з тим, у 2009–2013 роках у цих містах кількість уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції поступово скорочувалась (Рис.15).

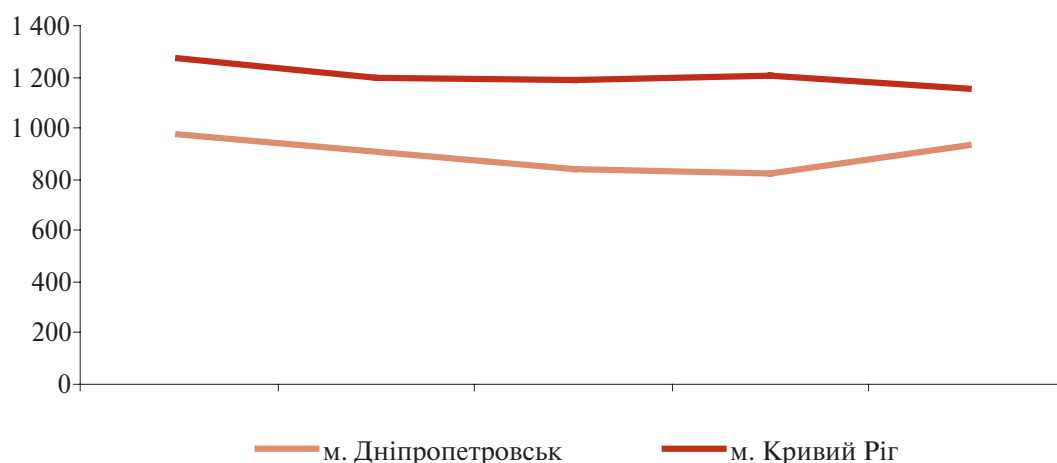


Рис. 15. Кількість випадків інфікування ВІЛ, зареєстрованих у Дніпропетровську та Кривому Розі, 2009–2013 рр.

Крім того, в області є 11 міст з населенням від 23 до 249 тис. осіб, які мають статус міст обласного підпорядкування. До таких міст відносяться, зокрема, значні за розміром та індустріально розвинуті міста Дніпродзержинськ, Нікополь і Павлоград, де традиційно спостерігається приплив трудових мігрантів, що може сприяти зростанню епідемії ВІЛ-інфекції.

Аналіз динаміки вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в цих містах протягом 2009–2013 років свідчить, що, у 8 з 11 міст обласного значення кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції збільшується, а в 3 містах (Орджонікідзе, Марганець, Вільногірськ) – знижується (Рис. 16).

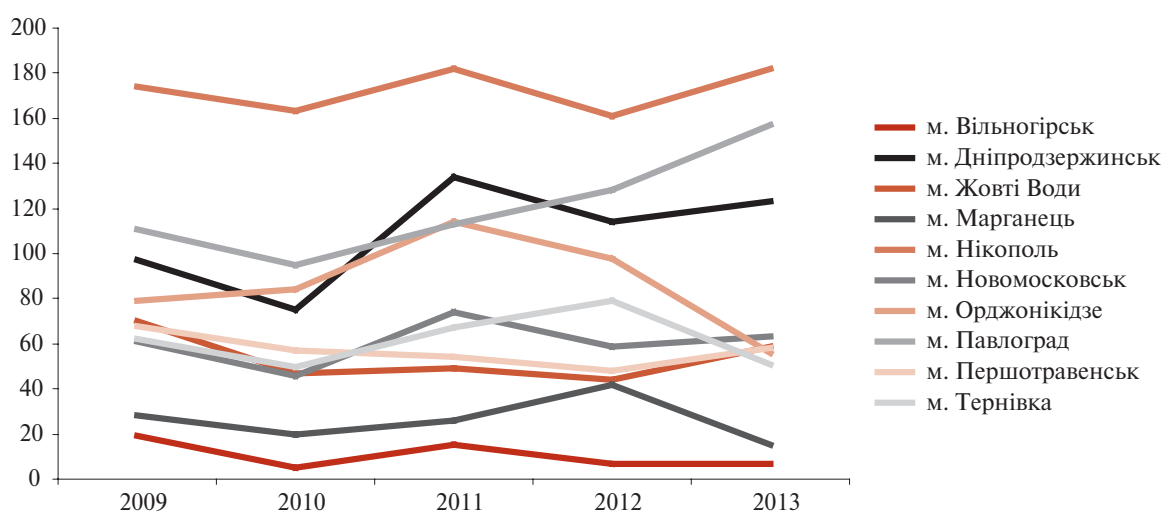


Рис. 16. Кількість випадків інфікування ВІЛ, зареєстрованих у містах обласного значення, 2009–2013 рр.

У 13 з 22 адміністративних (сільських) районів області протягом 2009–2013 років спостерігалася тенденція до зростання кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (Рис. 17).

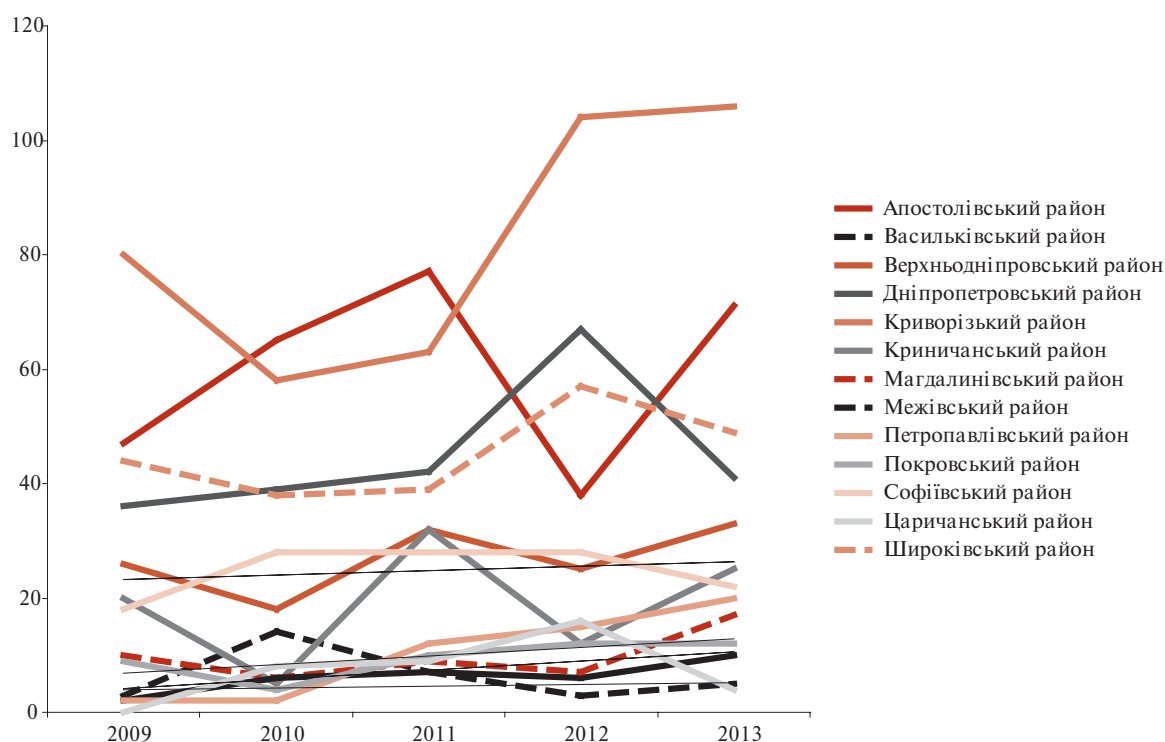


Рис. 17. Райони області, в яких спостерігалася зростання кількості зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ, в 2009–2013 рр.

Було проведено аналіз географічного розташування районів, де намітилася тенденція до зростання кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (Рис. 18).

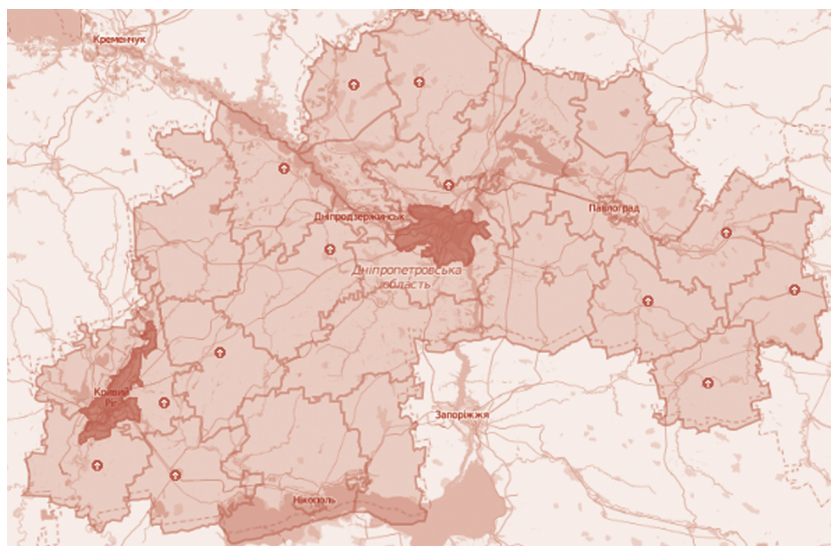


Рис. 18. Карта районів області, де зафіксовано зростання кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, 2009–2013 рр.⁴

Географічно виділяються три основні кластери районів, де продовжується зростання кількості виявлених випадків ВІЛ-інфекції. Такі кластери зосереджуються (1) навколо Дніпропетровська і Дніпродзержинська, (2) навколо Кривого Рогу, а також (3) у південно-східній частині області.

⁴ Карти на Рис. 18-21 створено з використанням онлайн-ресурсу ArcGIS, <http://www.arcgis.com/>

У першому кластері, сформованому навколо агломерації Дніпропетровська і Дніпродзержинська, п'ять районів (Магдалинівський, Дніпропетровський, Синельківський, Криничанський та Верхньодніпровський) мають щорічне збільшення кількості випадків ВІЛ-інфекції. Разом з цим, у Петриківському, Солонянському, Томаківському районах, розташованих близько до Дніпропетровська, протягом багатьох років спостерігається низький рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію (Рис.19).



Рис. 19. Райони області, наближені до м. Дніпропетровська, з додатним та від'ємним приростом випадків інфікування ВІЛ

Для другого кластеру характерне зростання кількості вперше виявлених випадків інфікування ВІЛ в усіх районах, наближених до Кривого Рогу (Рис. 20).

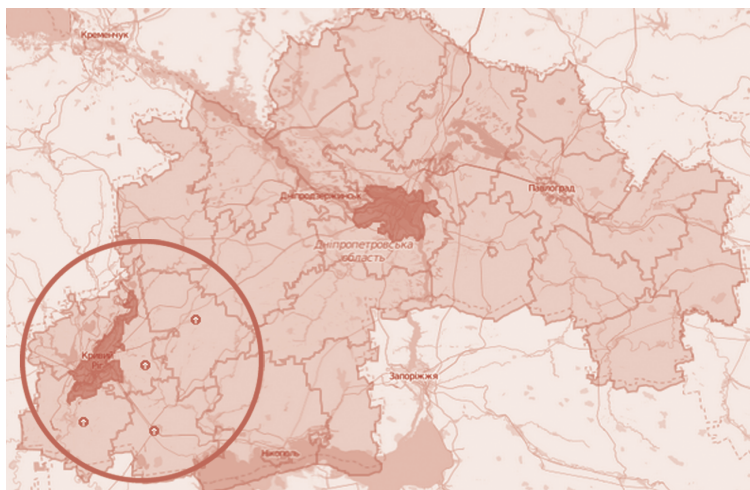


Рис. 20. Райони області, наближені до Кривого Рогу, з додатним приростом уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції

У третьому кластері (4 райони в південно-східній частині області) також спостерігається зростання кількості виявлених випадків. Тут немає великих міст, три з чотирьох районів мають переважно сільськогосподарське виробництво, лише Покровський район має декілька індустриальних підприємств, а його територію перетинають залізничні маршрути та дві автотраси: Запоріжжя-Донецьк, Дніпропетровськ-Бердянськ. Райони межують з Донецькою областю, яка також має високу інтенсивність епідемічного процесу (Рис. 21).



Рис. 21. Райони області у південно-східній її частині з додатним приростом уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції

Для додаткового аналізу відмінностей епідемічного процесу в містах і районах області до показників середньорічної захворюваності та середньорічного темпу росту захворюваності було застосовано афінне перетворення (нормалізацію) за методом «міні-макс» із використанням формули: нормалізоване значення = (значення показника – Min значення)*100 / (Max значення – Min значення):

$$x = \frac{x - x_{min}}{x_{max} - x_{min}} * 100$$

Було отримано нормалізовані ряди значень у діапазоні від 0 до 100, кожен з них поділено на три рівні проміжки: (1) від 0 до 33, (2) від 33 до 66, (3) від 66 до 100. Кожну територію було віднесено до певного класу відповідно до значень (низьке, середнє, високе) двох згаданих показників. При поєднанні значень цих показників отримано матрицю патернів епідемічного процесу (за показниками зареєстрованої захворюваності і темпів її приросту).

**Таблиця 2. Матриця патернів епідемічного процесу
(за показниками зареєстрованої захворюваності і темпів її приросту)**

		Темп приросту захворюваності		
		Низький	Середній	Високий
Захворюваність	Низька	1–1	1–2	1–3
	Середня	2–1	2–2	2–3
	Висока	3–1	3–2	3–3

Кожну адміністративно-територіальну одиницю було віднесено до певного патерну, які представлено на Рис 22.

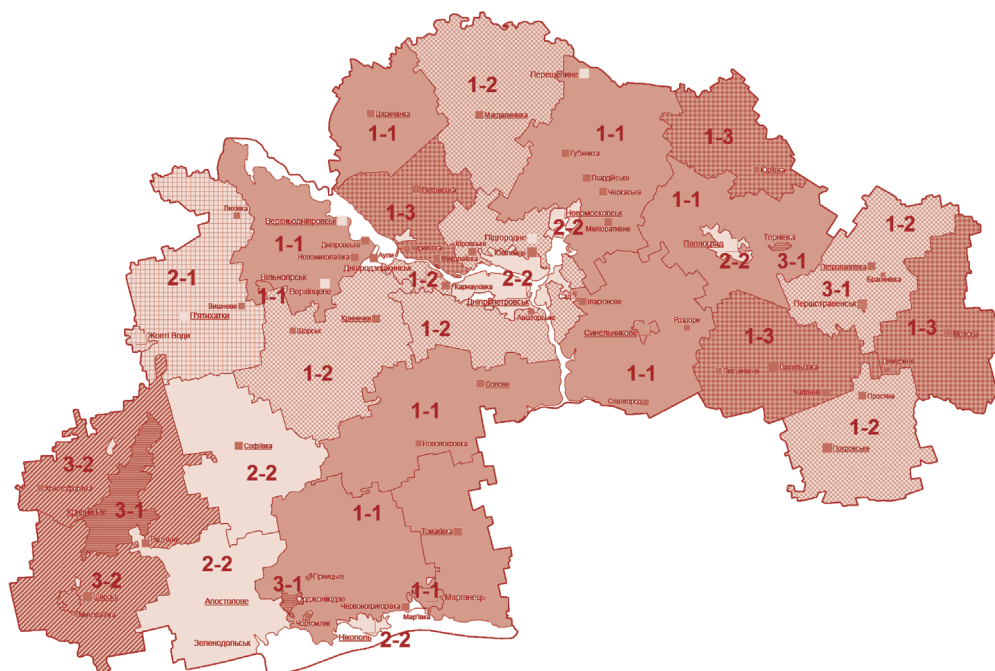


Рис. 22. Патерни розвитку епідемічного процесу на адміністративних територіях області

Застосовуючи наведену класифікацію патернів епідемії, на території області можна виділити кілька кластерів, які відрізняються між собою за характеристиками зареєстрованої захворюваності:

- Центр – Дніпропетровська агломерація, що характеризується середніми значеннями захворюваності й темпу приросту, і прилеглі міста/райони з низькою захворюваністю та середнім темпом приросту;
- Південний захід – Криворіжжя, що характеризується високою і середньою захворюваністю та переважно середнім темпом приросту;
- Південний схід, який характеризується низькою захворюваністю та високим темпом приросту.

Таким чином, можна відмітити збереження основних територіальних кластерів на території області. Ймовірно, у двох кластерах висока захворюваність на ВІЛ-інфекцію може зумовлюватися територіальною наближеністю до міст, найбільше уражених епідемією, – Дніпропетровська та Кривого Рогу. Для третього кластеру необхідно шукати додаткові пояснення розвитку епідемічного процесу і факторів зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

Висновки до гіпотези 1.1

В цілому, висунута гіпотеза про географічну нерівномірність розвитку епідемії в області підтверджується. За рівнем захворюваності та темпом приросту можна виділити три основні кластери адміністративно-територіальних одиниць. Два кластери згруповано навколо міст, які мали найвищу інтенсивність епідемічного процесу, – Дніпропетровська і Кривого Рогу. Таке наближення до осередків епідемії ВІЛ-інфекції може бути чинником розвитку епідемії на прилеглих територіях. Третій кластер (південно-східна частина області) не має наближеності до великих міст, тому необхідно встановити додаткові чинники, які зумовлюють зростання захворюваності на цих територіях.

Перевірка гіпотези 1.2: Подальший розвиток епідемії пов'язаний зі зростанням поширеності ВІЛ-інфекції у групі СІН

31

У Дніпропетровській області фіксуються одні з найвищих показників інфікованості серед вагітних та донорів (див. Рис. 5). Вважається, що показник інфікованості серед вагітних та, з певними обмеженнями, серед донорів можна використовувати як показник, який характеризує розвиток епідемії серед загального населення, оскільки тестування крові донорів на наявність антитіл до ВІЛ є обов'язковим, а охоплення тестуванням вагітних сягає 99%.

Припущення про зумовленість високого рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед населення області епідемічними процесами саме у групі СІН ґрунтується в першу чергу на тому, що основним шляхом передачі ВІЛ-інфекції в області до 2007 року був парентеральний шлях внаслідок ін'єкційного споживання наркотиків. Лише починаючи з 2008 року, спостерігається «вирівнювання» співвідношення статевого та парентерального шляхів інфікування, а з 2010 року – превалювання статевого шляху передачі ВІЛ. Більше половини осіб, які перебувають під диспансерним наглядом в області (за винятком дітей з невстановленим ВІЛ-статусом, народжених ВІЛ-інфікованими матерями), становлять ті, хто інфікувався ВІЛ через ін'єкційне споживання наркотиків.

В останні роки спостерігається зменшення кількості зареєстрованих випадків парентерального інфікування ВІЛ, причому з однаковою динамікою як серед чоловіків, так і серед жінок (Рис. 23).

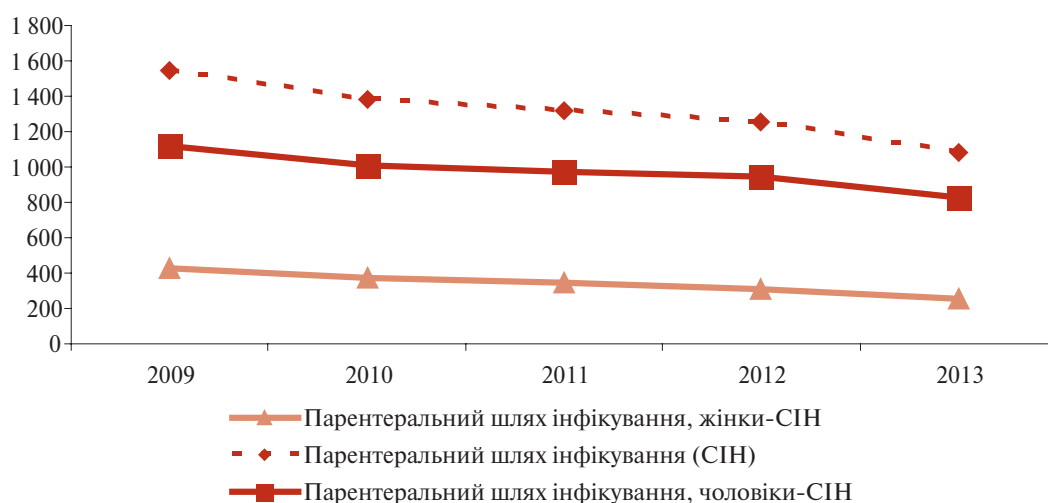


Рис. 23. Кількість зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ внаслідок споживання наркотиків серед жінок та чоловіків, 2009–2013 рр.

Якщо проаналізувати вікову структуру ВІЛ-інфікованих осіб, узятих під медичний нагляд з 2009 року з уперше встановленим діагнозом ВІЛ, то спостерігається скорочення кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в усіх вікових групах серед осіб, інфікованих внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків. Винятком є група осіб віком від 50 років, де спостерігається незначне зростання кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (Рис. 24).

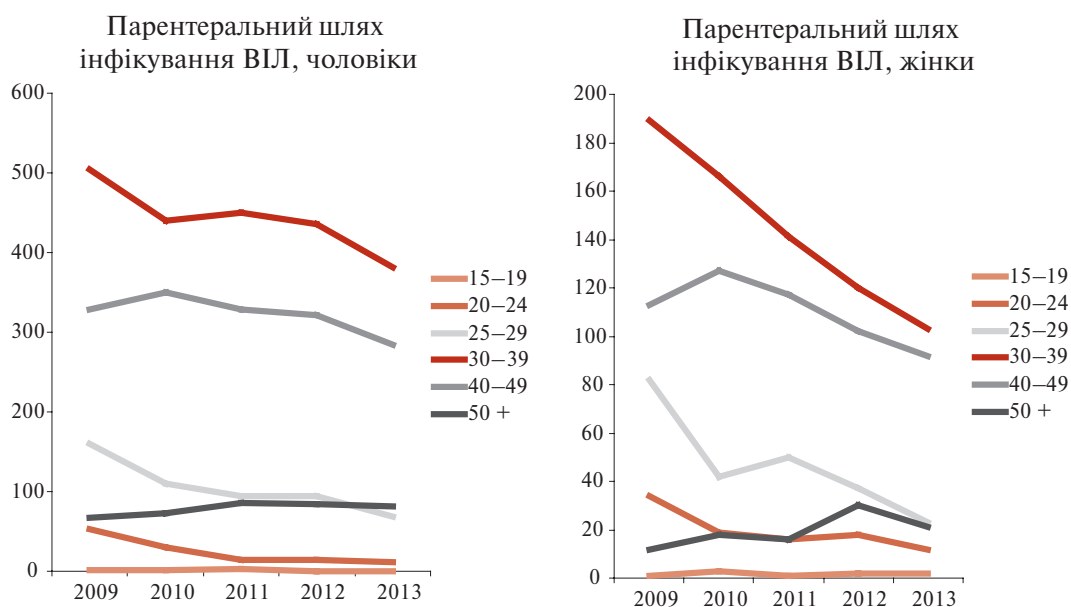


Рис. 24. Розподіл випадків парентерального інфікування ВІЛ за віковими групами та статтю, 2009–2013 рр.

У двох найбільше уражених епідемією містах області – Дніпропетровську та Кривому Розі – також намітилася стійка тенденція до скорочення кількості вперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ парентеральним шляхом (Рис. 25).

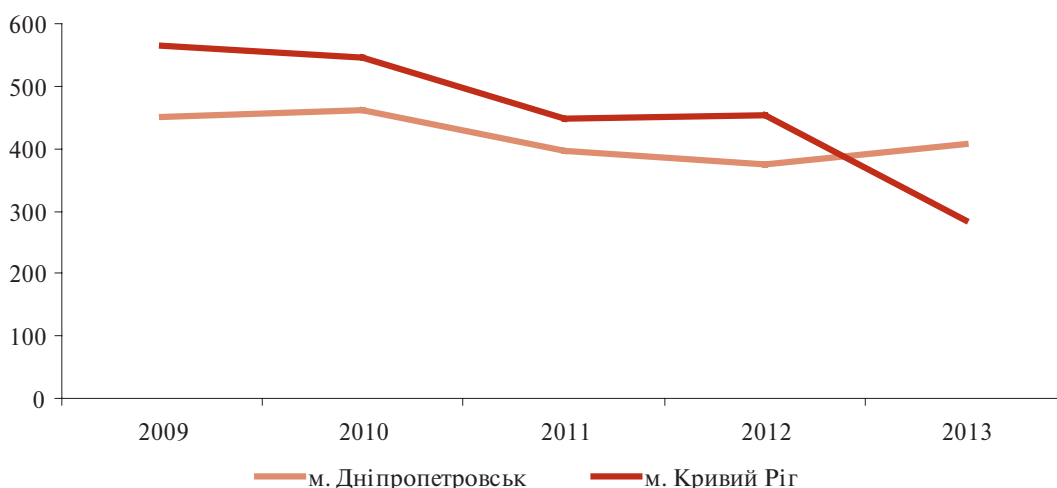


Рис. 25. Кількість випадків інфікування ВІЛ парентеральним шляхом, зареєстрованих серед мешканців Дніпропетровська та Кривого Рогу, 2009–2013 рр.

Щодо решти адміністративно-територіальних одиниць області, то в більшості районів щорічна кількість вперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед СІН є малою (менше 10) або постійно скорочується. Винятком є лише деякі міста, а також Дніпропетровський і Криворізький райони, де кількість зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед СІН продовжує зростати (Рис. 26).

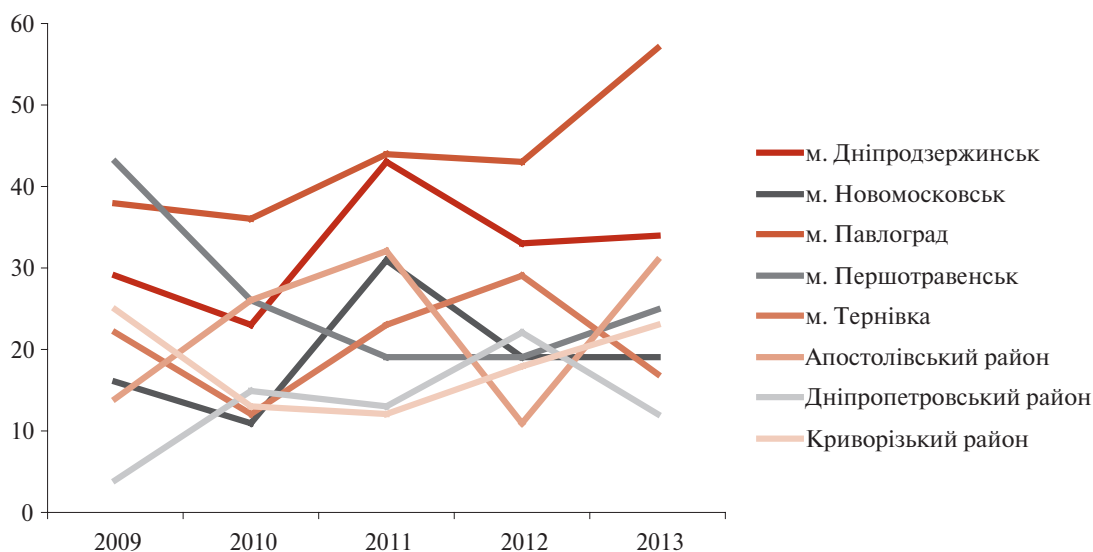


Рис. 26. Міста і райони області, в яких спостерігається зростання кількості випадків парентерального інфікування ВІЛ, 2009–2013 рр.

Виявлення ВІЛ-позитивних випадків у групі СІН за результатами рутинного тестування у закладах охорони здоров'я цієї групи населення вказує на те, що у 2009–2010 роках кількість протестованих СІН і кількість позитивних результатів тестування на ВІЛ у групі СІН скорочувалися. Однак, починаючи з 2011 року, кількість виявлених ВІЛ-позитивних СІН продовжувала скорочуватися навіть за нарощування числа протестованих СІН (Рис. 27).

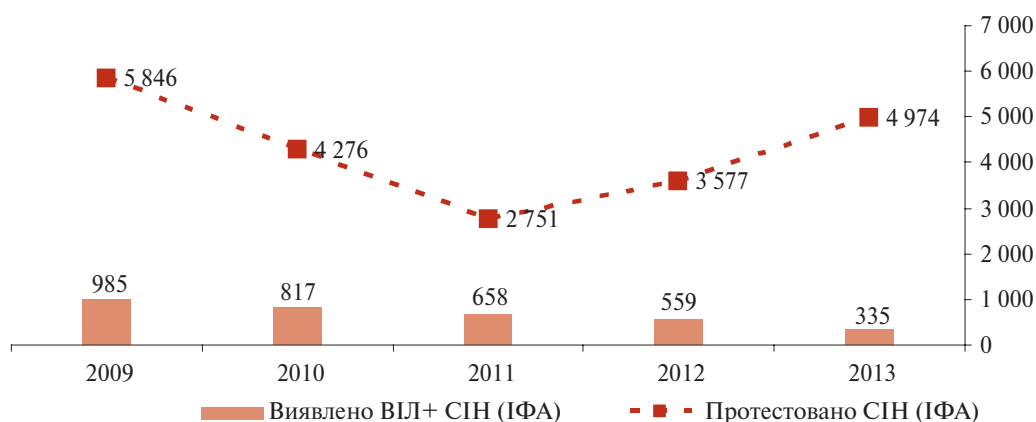


Рис. 27. Кількість СІН, протестованих у закладах охорони здоров'я, та виявлених ВІЛ-позитивних випадків серед СІН, 2009–2013 рр.

За даними моніторингу програм, які впроваджуються НУО для профілактики інфікування ВІЛ у групі СІН, у 2011–2012 роках кількість виявлених позитивних результатів тестування СІН знижувалася на фоні зростання кількості протестованих СІН. Це можна пов'язувати зі зменшенням захворюваності на ВІЛ-інфекцію в групі СІН (Рис. 28).

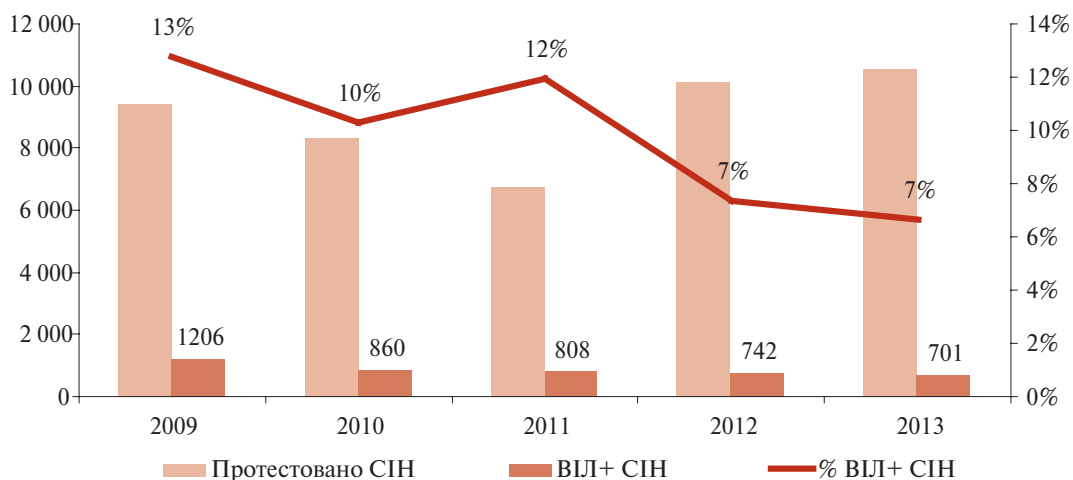


Рис. 28. Кількість СІН, протестованих у межах профілактичних програм, і частка виявлених ВІЛ-позитивних випадків серед СІН, 2009–2013 рр.

Разом з тим, слід звернути увагу на високий показник поширеності ВІЛ у групі статевих партнерів СІН. Тестування на ВІЛ у цій групі стало доступним з 2012 року. Із загальної кількості протестованих статевих партнерів СІН позитивний результат тесту мали 9% у 2012 році і 13% – у 2013 році (Рис. 29).

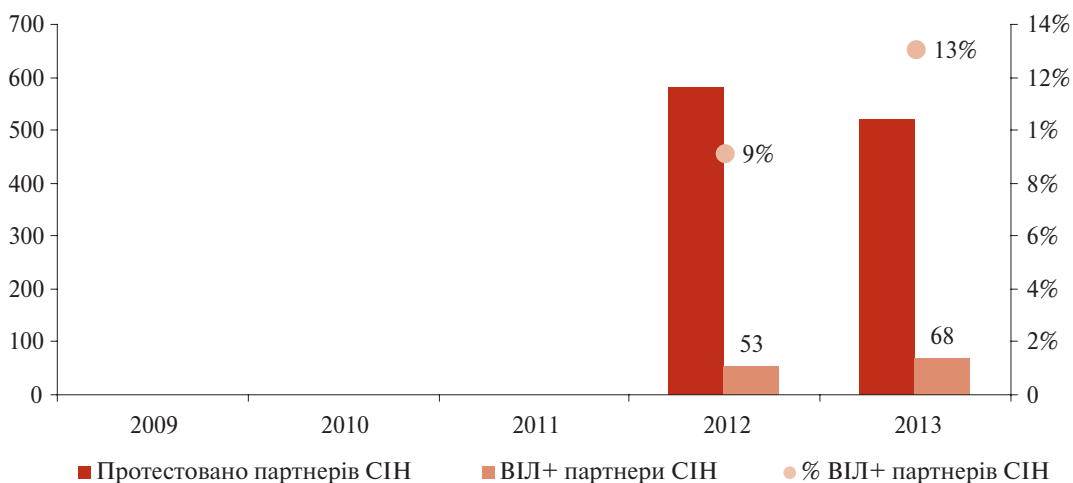


Рис. 29. Кількість протестованих статевих партнерів СІН у межах профілактичних програм і частка виявлених ВІЛ-позитивних випадків серед партнерів СІН, 2009–2013 рр.

Якщо порівняти динаміку скорочення кількості ВІЛ-інфікованих у групі СІН, зафіксовану різними методами (рутинне тестування в ЗОЗ, впровадження профілактичних програм, реєстрація випадків інфікування ВІЛ для взяття під медичний нагляд), то за всіма трьома показниками спостерігається схожа тенденція до скорочення кількості ВІЛ-позитивних випадків серед СІН. При цьому слід звернути увагу на те, що показники реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції для взяття СІН на диспансерний облік випереджають два інші показники, а отже, значна частина СІН, які стають на облік, інфікувалися ВІЛ раніше та, ймовірно, знали про свій ВІЛ-статус (Рис. 30).

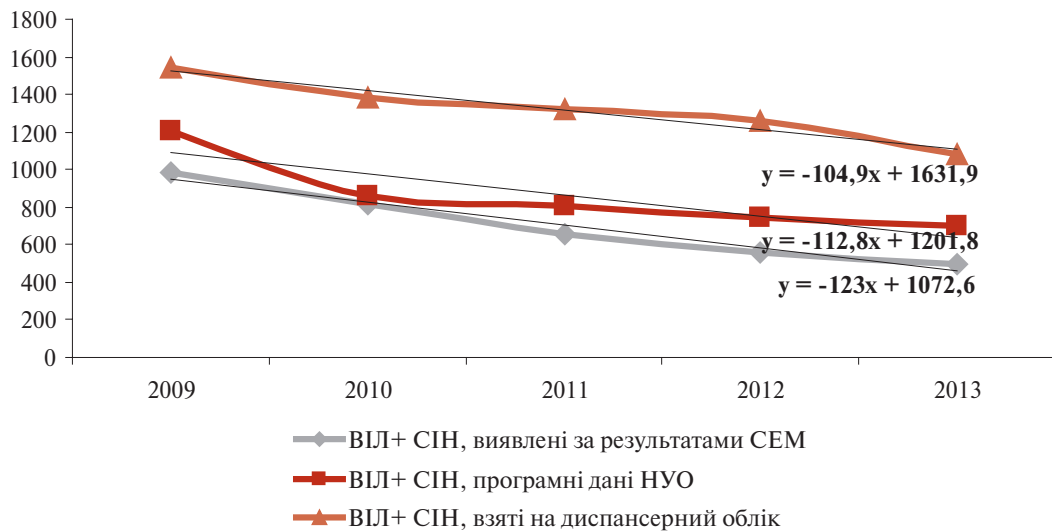


Рис. 30. Динаміка скорочення виявлення та реєстрації випадків інфікування ВІЛ серед СІН, 2009–2013 рр.

Для розуміння динаміки реєстрації випадків інфікування ВІЛ в останні роки варто проаналізувати дані за більш тривалий період. Як видно з Рис. 31, саме з 2009 року почалося поступове скорочення кількості вперше зареєстрованих випадків серед СІН, причому серед СІН віком як до 30 років, так і старшого віку.

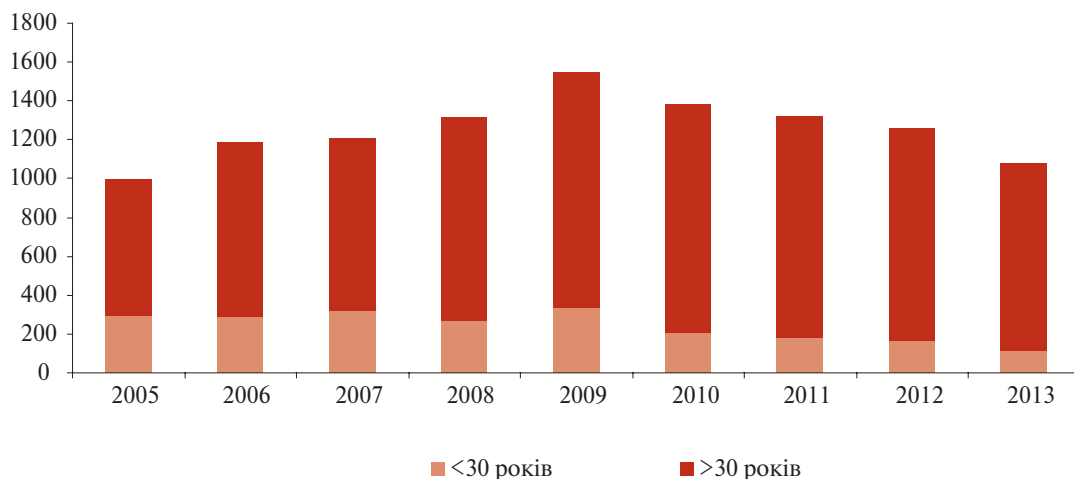


Рис. 31. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед СІН у вікових групах до 30 та старших 30 років, 2005–2013 рр.

Проте рівень поширеності ВІЛ-інфекції в групі СІН залишається високим. За результатами біоповедінкового дослідження, проведеного у 2013 році, 34,7% СІН є ВІЛ-інфікованими, що відповідає оціночній кількості близько 12 тис. осіб ВІЛ-позитивних СІН. При цьому станом на кінець 2013 року понад 11 тисяч СІН вже перебували під медичним наглядом. Якщо врахувати, що щороку в групі СІН реєструється більше 1 тис. випадків інфікування ВІЛ, то станом на кінець 2014 року можна було б очікувати взяття під нагляд усіх ВІЛ-інфікованих СІН. Однак лише половина (54,7%) учасників біоповедінкового дослідження 2013 року повідомили про те, що вони перебувають на обліку у зв'язку з ВІЛ-статусом. Це дозволяє припустити, що реальна кількість СІН в області більша за оціночну кількість.

Варто звернути увагу на те, що у групі молодших СІН поширеність ВІЛ-інфекції суттєво зросла в порівнянні з 2009 роком. Можна припустити, що такі СІН поки що

залишаються поза межами медичного нагляду за ВІЛ-інфікованими, тож у наступному періоді слід очікувати зростання кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед СІН.



Рис. 32. Порівняння кількості СІН у диспансерній групі та оціночної кількості ВІЛ-інфікованих СІН, 2013 рік

Зважаючи на значний масштаб епідемії ВІЛ-інфекції у групі СІН, важливо проаналізувати ймовірність передачі ВІЛ представниками цієї групи особам, які інфікувалися за рахунок статевих контактів. Зрозуміло, що жінки, які інфікувалися статевим шляхом, мали статевий контакт з ВІЛ-інфікованим партнером. В останні роки кількість узятих під медичний нагляд жінок, інфікованих ВІЛ статевим шляхом, постійно зростає (Рис. 33). Жінки, інфіковані ВІЛ статевим шляхом і не виявлені під час вагітності, переважно виявляються за клінічними показаннями, що може свідчити про давнє інфікування, яке відбулося в період, коли серед чоловіків домінував парентеральний шлях передачі ВІЛ. До того ж, кількість чоловіків, які інфікувалися статевим шляхом, була набагато меншою, ніж жінок. Це, у свою чергу, свідчить про те, що більшість цих жінок інфікувалися від статевих партнерів-СІН.

В той же час, наявні тенденції збільшення частки статевого шляху передачі ВІЛ серед чоловіків можуть бути зумовлені такими факторами:

- помилковим інтерпретуванням шляху передачі ВІЛ (тобто приховано істинний парентеральний шлях);
- зважаючи на особливості (ризик) статевої передачі ВІЛ серед чоловіків, інфікування ВІЛ могло відбутися через статеві контакти з особами з високим ризиком передачі ВІЛ (ризикована статеві поведінка, особи, які мають ІПСШ, споживання наркотиків), тобто представниками груп ризику.



Рис. 33. Порівняння тенденцій реєстрації випадків статевого та парентерального шляхів інфікування серед жінок та чоловіків, 2009–2013 рр.

Серед жінок, які інфікувалися статевим шляхом, найбільше зростання кількості випадків інфікування ВІЛ спостерігається в групах 25–29 років, 30–39 років та 40–49 років (Рис. 34).

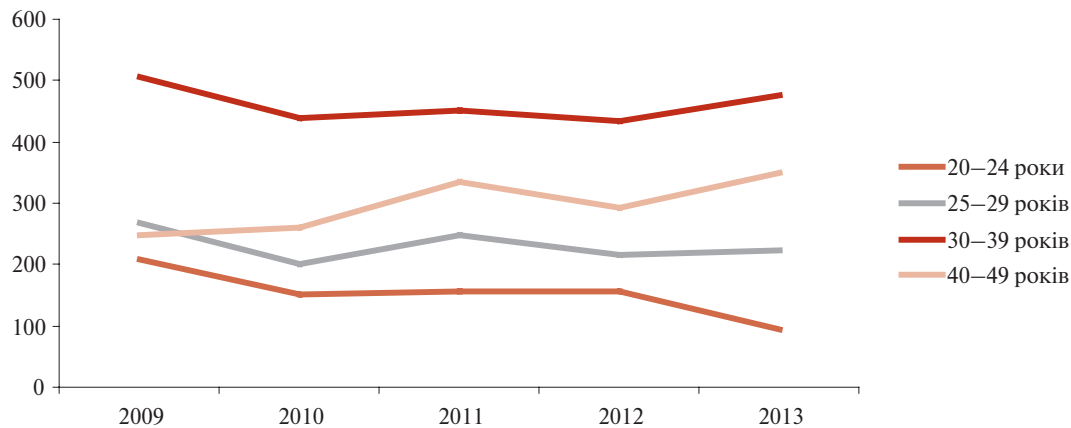


Рис. 34. Розподіл жінок, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, за віковими групами, 2009–2013 рр.

Такі тенденції серед жінок різних вікових груп можна пояснити, порівнюючи загальну кількість жінок, узятих під медичний нагляд, і кількість жінок у найбільш фертильному віці (20–39 років) із кількістю дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками⁵ (Рис. 35). Як видно з рисунка, переважну більшість жінок віком 20–39 років було взято під медичний нагляд з діагнозом ВІЛ-інфекція саме під час допологового нагляду. Загальне відношення дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, до кількості вперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед жінок щорічно скорочується (з 61% у 2005 році до 40% у 2013 році). Це відповідає проілюстрованій вище тенденції щодо збільшення кількості діагностованих випадків ВІЛ-інфекції серед жінок старшого віку, ймовірно, виявлених унаслідок наявності клінічних симптомів ВІЛ-інфекції, а отже, давнього інфікування.

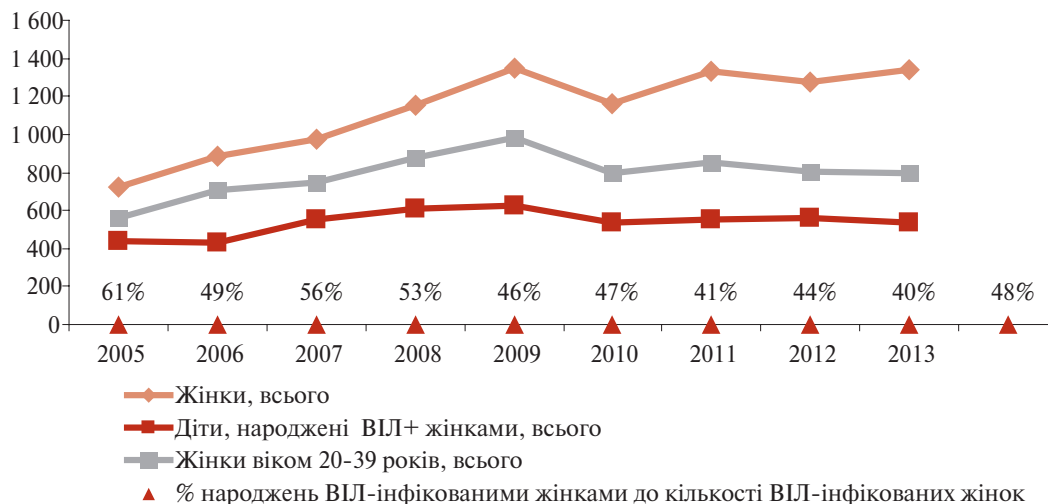


Рис. 35. Порівняння кількості випадків інфікування ВІЛ серед жінок в цілому та серед вагітних жінок (дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями)

Слід відмітити, що в області в останні роки частка випадків, виявлених за клінічними показаннями, становить більше ніж третину від усіх виявлених випадків інфікування ВІЛ (якщо виключити вагітних, донорів та дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями) (Рис. 36).

⁵ Показник кількості дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, взято як проксі-індикатор до кількості жінок, взятих під диспансерний нагляд під час вагітності.

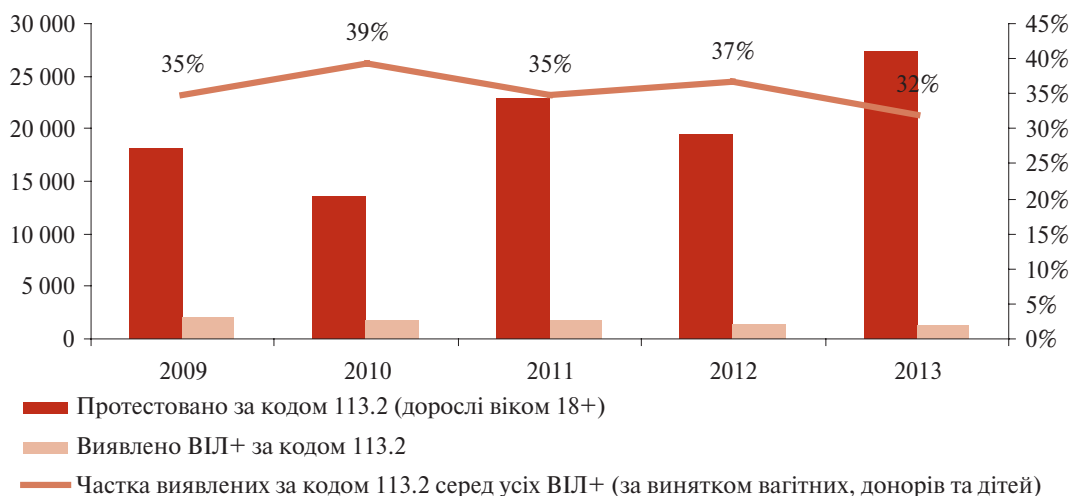


Рис. 36. Кількість і частка випадків ВІЛ-інфекції, виявлених за клінічними показаннями, 2009–2013 рр.

Значна кількість жінок з ВІЛ-інфекцією виявляються у старшому віці, тож, імовірно, вони інфікувалися ВІЛ кілька років тому (про що свідчить і значна кількість випадків інфікування ВІЛ, виявлених за клінічними показаннями). Отже, скоріше за все, статевими партнерами жінок, які стають на облік протягом останніх 5 років, були чоловіки-СІН, оскільки саме вони в цей період становили найбільшу частку ВІЛ-інфікованих чоловіків, тоді як частка чоловіків зі статевим шляхом інфікування ВІЛ у 2005 році становила лише 20% (вона зростає з 2005 року, але частка чоловіків з парентеральним шляхом інфікування її перевищує).

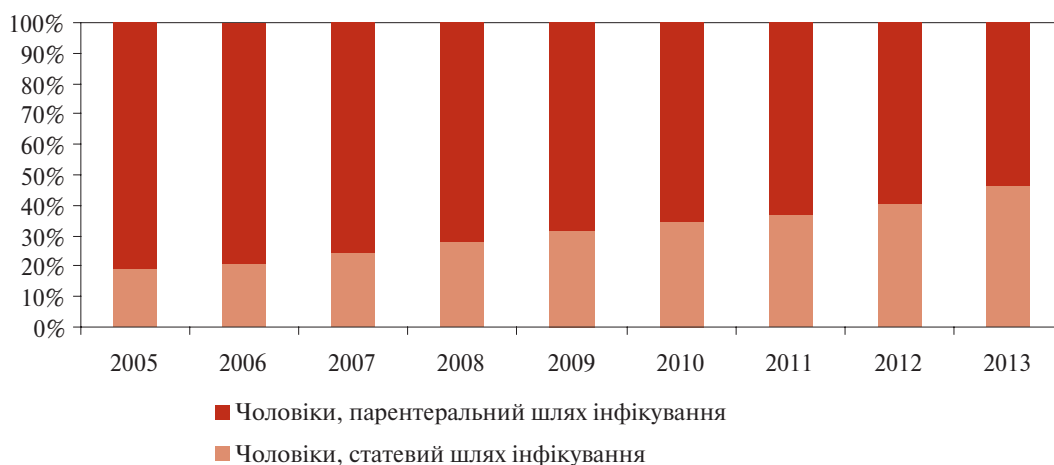


Рис. 37. Співвідношення частки взятих на облік чоловіків з різними шляхами інфікування ВІЛ, 2005–2013 рр., %

Також можна припустити, що більшість ВІЛ-інфікованих чоловіків, узятих під медичний нагляд, мали досвід споживання наркотиків, і тому ймовірність для жінок інфікуватися ВІЛ від партнера-СІН є досить високою. Таке припущення можна підтвердити співвідношенням кількості ВІЛ-інфікованих жінок та кількості чоловіків, яких було взято під нагляд з діагнозом ВІЛ-інфекція, з числа тих, хто інфікувався парентеральним та статевим шляхом. Обмеженням такого припущення є те, що чоловіки, які інфікувалися статевим шляхом, можуть не ставати на облік вчасно, а отже, значна частина статевих інфікувань серед чоловіків могла статися тривалий час тому.

Разом з тим, навіть у старших вікових групах (30–39 та 40–49 років) кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед жінок значно переважає кількість випадків

у тих самих вікових групах серед чоловіків, що може свідчити на користь того, що значна частина жінок інфікувалися не від чоловіків, інфікованих ВІЛ статевим шляхом, а від сексуальних партнерів-СІН (Рис. 38).

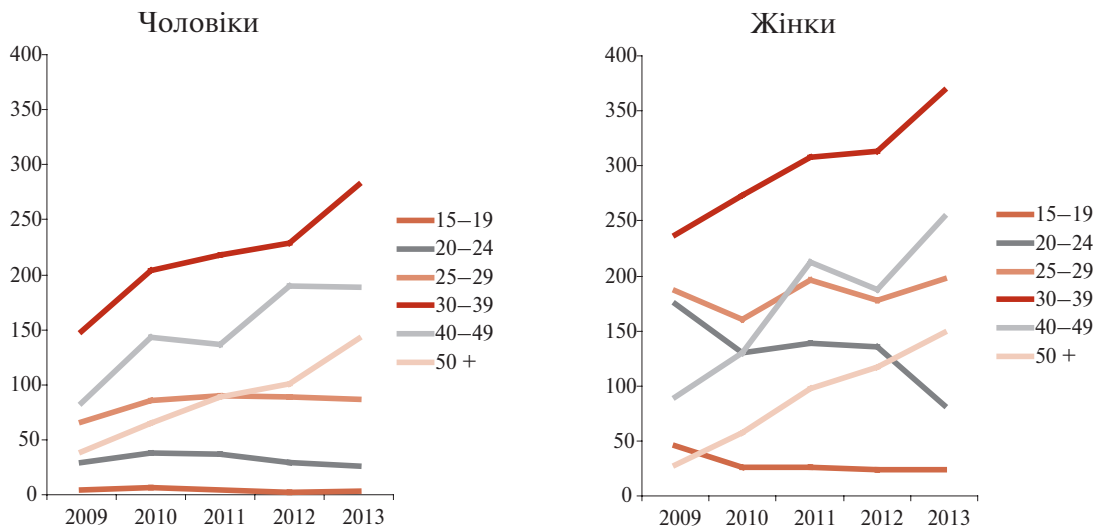


Рис. 38. Розподіл чоловіків та жінок, взятих на облік внаслідок інфікування ВІЛ статевим шляхом, за віковими групами, 2009–2013 рр.

Прогноз розвитку епідемії, змодельований у програмі "Спектр", вказує на те, що в області епідемія серед СІН залишатиметься інтенсивною, більшість нових випадків інфікування припадатиме саме на цю групу. Прогнозований рівень захворюваності в групі СІН поступово знижується, однак ця група є найбільш численною серед інших груп підвищеного ризику щодо інфікування на ВІЛ, а отже, у групі продовжуватиметься поширення ВІЛ-інфекції (Рис. 39).

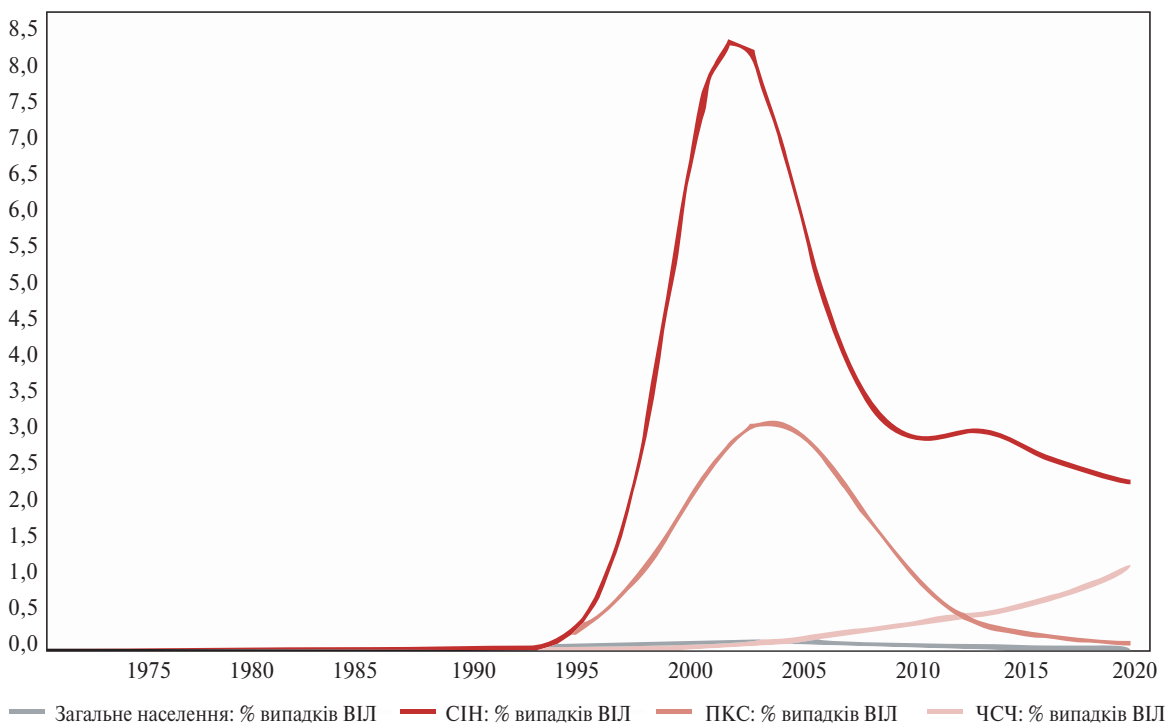


Рис 39. Змодельована захворюваність на ВІЛ в основних групах підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ на період до 2020 року, %

Прогнозні розрахунки вказують на поступове скорочення нових випадків інфікування ВІЛ в цілому, однак майже стабільний приріст нових випадків інфікувань зберігатиметься саме за рахунок групи СІН (Рис. 40).

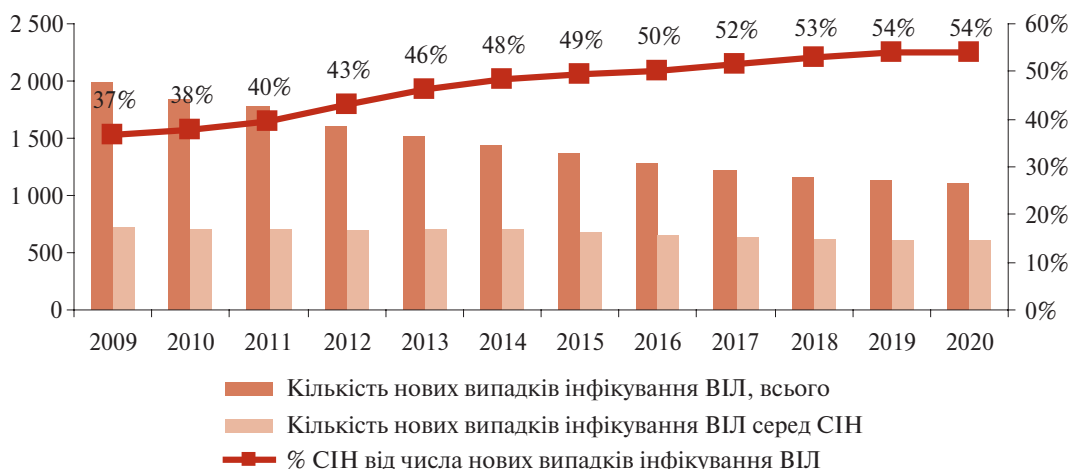


Рис 40. Прогнозна кількість випадків інфікування ВІЛ і частка СІН серед таких випадків до 2020 року (програма "Спектрум")

У біоповедінкових дослідженнях 2009–2013 років близько 5% СІН вказували на те, що мають досвід споживання наркотиків менше 2 років. Якщо поєднати цей показник з оціночною кількістю СІН, то близько тисячі мешканців області щорічно починають споживати наркотики ін'єкційно.



Рис. 41. Частка СІН, які мають стаж споживання наркотиків до 2 років, за даними біоповедінкових досліджень, 2009–2013 рр.

Ризик передачі ВІЛ-інфекції під час ін'єкційного споживання наркотиків залишається високим. У 2013 році 7,2% учасників біоповедінкового дослідження (БПД) вказали на те, що спільно користувалися шприцом під час ін'єкцій наркотиків протягом останніх 30 днів. Крім того, 40,7% СІН повідомили про використання спільного посуду під час приготування наркотичного розчину для ін'єкцій.

Якщо розрахувати ризики інфікування ВІЛ у групі СІН, які спільно користувалися шприцом за умови використання вже інфікованого шприца в усіх випадках⁶, то протягом року кількість нових випадків інфікування ВІЛ може сягати 1 365 (див. Табл. 3).

⁶ Для розрахунків узятю максимальну ймовірність використання вже інфікованого шприца, значення можуть бути меншими.

Таблиця 3. Розрахунок імовірності інфікування ВІЛ через споживання наркотиків з використанням спільних шприців

Показник	Джерело	Значення
Чисельність СІН в області	Оціночні дані	35 050
Середня частота споживання наркотиків ін'єкційно за останні 30 днів	Дані БПД 2013 року	10,37
Кількість СІН, які спільно користувалися шприцом за останні 30 днів	Розрахунково: 7,2% від оціночної кількості СІН, за даними БПД 2013 року	2 524
Кількість ВІЛ-позитивних СІН з числа тих, хто спільно користувався шприцом	Розрахунково: 34,7% (поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН) від оціночної кількості СІН, за даними БПД 2013 року	876
Кількість СІН, не інфікованих ВІЛ, з числа тих, хто спільно користувався шприцом	Розрахунково: різниця значень рядків 3 і 4	1 648
Кількість ризикованих ін'єкцій протягом місяця	Розрахунково: 1 ін'єкція на день для СІН, які не були ВІЛ-інфікованими	17 092
Ризик інфікування під час ін'єкції шприцом від ВІЛ-інфікованого	Огляд досліджень: середнє значення від пропонованого 0,7–0,8% ⁷	0,75%
Можлива кількість випадків інфікування протягом місяця	Розрахунково: кількість ризикованих ін'єкцій протягом місяця, помножених на ризик інфікування	128
Кількість випадків інфікування протягом наступних 11 місяців	Розрахунково за винятком вже інфікованих СІН	1 237
Кількість нових випадків інфікування ВІЛ внаслідок використання спільного шприца протягом року	Розрахунково	1 365

Якщо зважати на поширеність вірусного гепатиту С серед учасників біоповедінкових досліджень (45,7% у 2011 році та 65,5% у 2013 році), то показник практикування спільного використання шприців для ін'єкцій може бути набагато вищим від вказаного учасниками.

Особливої уваги заслуговує група СІН молодшого віку, тому що три останні біоповедінкові дослідження, проведені у 2009–2013 роках серед СІН області, вказують на ймовірне стрімке зростання поширеності ВІЛ-інфекції в групі СІН до 25 років (Рис. 43).

Це супроводжується більш ризикованою поведінкою споживання наркотиків у групі СІН молодшого віку (дані біоповедінкового дослідження 2013 року): 9,1% повідомили про використання спільних шприців під час ін'єкцій протягом останніх 30 днів, а 72,7% вказують на використання спільного посуду для приготування наркотичного розчину.

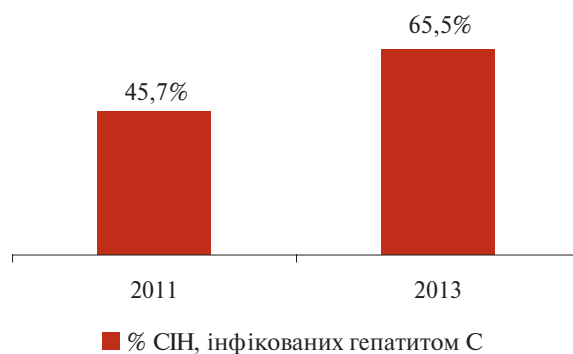


Рис. 42. Частка СІН, інфікованих гепатитом С, за даними біоповедінкових досліджень, 2011, 2013 рр., %

⁷ <http://www.catie.ca/sites/default/files/HIV-TRANSMISSION-RISK-EN.pdf>.

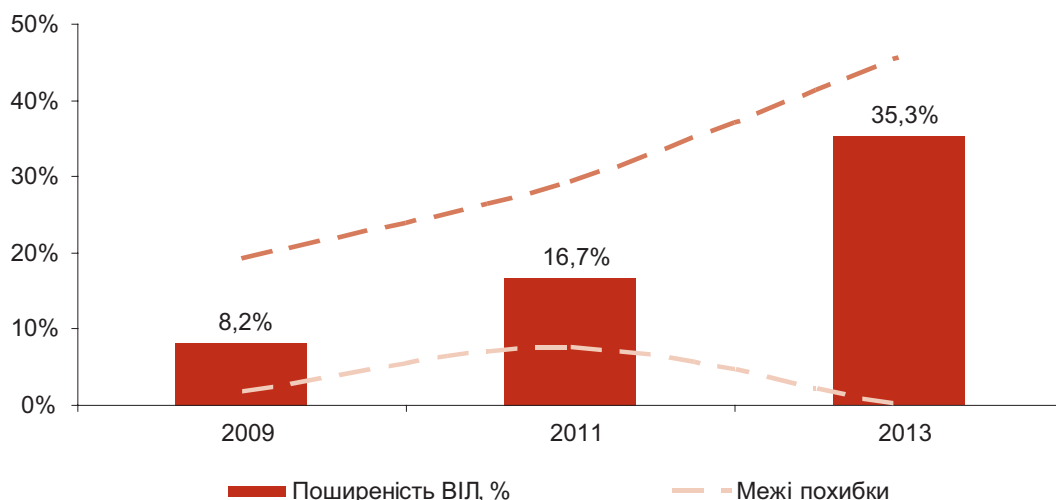


Рис. 43. Поширеність ВІЛ у групі СІН до 25 років, %

Окрім того, подальший розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в області може зумовлюватися статевою поведінкою у групі СІН, ризикованість якої значно підвищилася у 2013 році: лише 27,5% СІН повідомили про постійне використання презерватива під час статевих стосунків протягом останніх 30 днів, більшість СІН (44,1%) використовували презерватив час від часу, а ще 28,5% СІН взагалі не використовували його (Рис. 44).

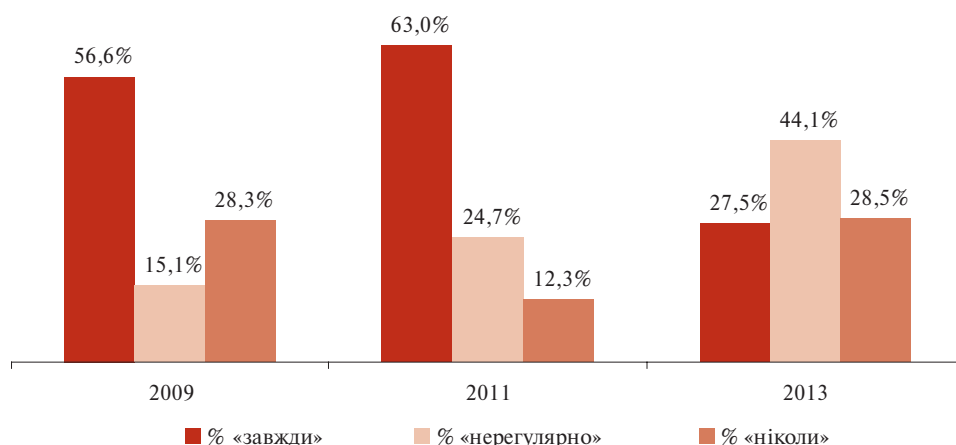


Рис. 44. Регулярність використання презерватива протягом останніх 30 днів серед СІН, за даними біоповедінкових досліджень, 2009–2013 рр., %

Важливо проаналізувати ризики та внесок двох інших ключових груп – ПКС і ЧСЧ – у розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Зважаючи на оціночну чисельність груп ризику та оціночну поширеність ВІЛ-інфекції в цих групах, частка ВІЛ-інфікованих ПКС та ЧСЧ є значно меншою в порівнянні з оціночною чисельністю ВІЛ-інфікованих СІН (Рис. 43)⁸, крім того, чисельність ВІЛ-інфікованих СІН є, ймовірно, вищою (див. гіпотезу 1.2).

Використовуючи оціночну чисельність груп ризику та показники частки ВІЛ-інфікованих представників різних груп ризику, можна проаналізувати склад контингенту, який було взято протягом 2005-2013 років під медичний нагляд у зв'язку з ВІЛ-статусом.

⁸ Для розрахунку оціночної кількості ПКС взято найвищий за останні 5 років показник поширеності ВІЛ у групі – 11,8%, оскільки скорочення поширеності у 2011 та 2013 роках може бути спричинене виходом ВІЛ-інфікованих ПКС із секс-бізнесу.

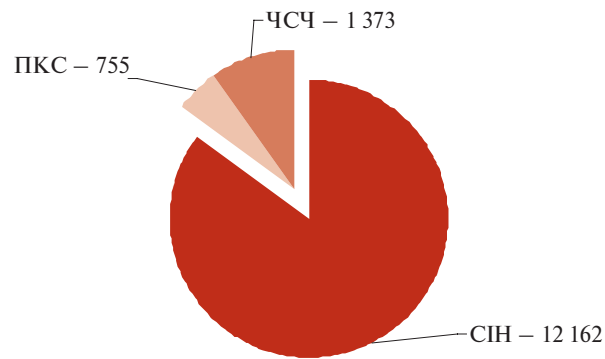


Рис. 45. Співвідношення оціночної кількості ВІЛ-інфікованих представників груп ризику (СІН, ПКС, ЧСЧ)

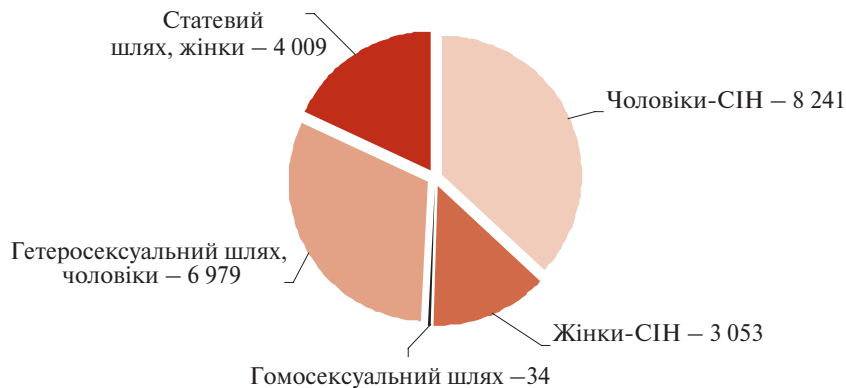


Рис. 46. Розподіл контингенту, який було взято під медичний нагляд у зв'язку з ВІЛ-статусом, за шляхами інфікування, кумулятивно за 2005–2013 роки

Якщо зважати на те, що в області, за розрахунками, мешкає 755 ВІЛ-інфікованих ПКС, і припустити, що всі ПКС вже перебувають на обліку, то менше ніж 20% жінок, узятих під медичний нагляд, могли інфікуватися внаслідок надання сексуальних послуг за плату. Більше того, за результатами зв'язаних біоповедінкових досліджень, 17,7% ПКС у 2011 році та 19,9% ПКС у 2013 році були інфіковані вірусом гепатиту С, що вказує на досвід ін'єкційного споживання наркотиків представницями цієї групи, а отже, ПКС з ВІЛ-позитивним статусом могли взяти на облік як представниць групи СІН.

Результати моделювання в програмі "Спектр" також вказують на те, що кількість нових випадків інфікування ВІЛ у групі ПКС скорочується (Рис. 47).

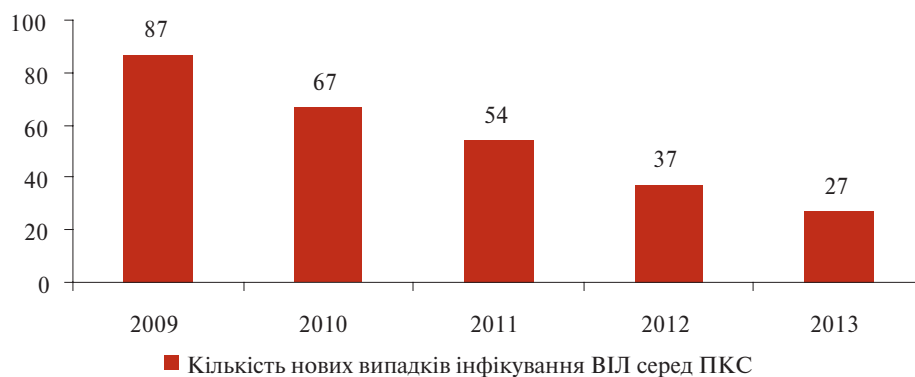


Рис. 47. Оціночна кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед ПКС, за результатами моделювання, 2009–2013 рр.

Показники ризикованої поведінки ПКС у 2013 році значно поліпшилися в порівнянні з показниками попередніх років: використання презервативів під час різних видів статевих стосунків з клієнтами досягло 98,1% для вагінального сексу, 90,9% – для орального сексу та 86,7% – для анального сексу (Рис. 48), при цьому про практикування анального сексу з клієнтами повідомили лише 14% ПКС.

Аналізуючи показники ризикованої статеві поведінки ПКС, варто навести результати якісного дослідження серед представниць групи, проведеного у 2014 році⁹: хоча при проведенні біоповедінкових досліджень ПКС вказують на регулярне використання презервативів, насправді ті з них, які надають сексуальні послуги на трасі, відмічають, що близько 90% їхніх клієнтів віддають перевагу сексу без презерватива, при цьому ПКС майже не мають можливості наполягти на його використанні через страх насилля над ними або через побоювання щодо зняття презерватива під час сексу, а також з мотивів додаткової матеріальної винагороди за секс без презерватива. При цьому ПКС можуть свідомо йти на ризик незахищеного сексу, якщо візуально можуть оцінити здоров'я клієнта і переконати себе, що клієнт здоровий, або використовувати хлоргексидин для обробки контактних поверхонь після статевих актів (що, в свою чергу, може спричинити їх запалення та підвищувати уразливість до інфікування ІПСШ).



Рис. 48. Регулярність використання презерватива під час різних видів сексу серед ПКС, за даними біоповедінкових досліджень, 2013 рік, %

Подальше скорочення поширеності ВІЛ-інфекції у групі ПКС, прогнозоване за допомогою програми "Спектр", а також низький рівень ризикованої поведінки дозволяє припустити, що роль ПКС в епідемії ВІЛ-інфекції поступово зменшуватиметься за умов продовження заходів з профілактики ризикованої поведінки ПКС та їхніх клієнтів, однак існує ймовірність недооцінки ризикованості статеві поведінки ПКС та їхніх партнерів.

Стосовно групи ЧСЧ, перш за все слід звернути увагу на постійне зростання поширеності ВІЛ-інфекції в цій групі (з 1,8% у 2009 році до 8% у 2013 році), що вказує на інтенсивний епідпроцес серед представників ЧСЧ.

З оціночного числа ВІЛ-інфікованих ЧСЧ (1 376 осіб) на обліку є лише 34 особи з визначеним гомосексуальним шляхом інфікування. За даними біоповедінкового дослідження 2013 року серед ЧСЧ області, яке проводилося у Дніпропетровську та Кривому Розі, 6 із 13 ВІЛ-інфікованих ЧСЧ повідомили про те, що вони перебувають на диспансерному обліку у спеціалізованих закладах (центрах профілактики та боротьби зі СНІДом), тому можна припустити, що близько половини чоловіків з групи ЧСЧ могли братися на

⁹ Дослідження «Оцінка потреб у медичних, профілактичних та соціальних послугах з ВІЛ для ЧСЧ та ЖКС Дніпропетровської області», проведене у 2014 році в рамках проекту USAID RESPOND (respond.org.ua), який фінансується за підтримки Надзвичайного плану Президента США з боротьби зі СНІДом і виконується організацією Пакт, Інк. у партнерстві з FHI 360.

облік як такі, що інфікувалися гетеросексуально. Таким чином, до 10% від усіх чоловіків, які ставали на облік з діагнозом ВІЛ-інфекція та для яких встановлено статевий шлях інфікування ВІЛ, могли інфікуватися внаслідок ризикованих гомосексуальних контактів.

Також слід звернути увагу на рівень знань ЧСЧ про ВІЛ-інфекцію та ризиковану поведінку щодо інфікування ВІЛ: лише 56,4% ЧСЧ Дніпропетровська та 63,5% ЧСЧ Кривого Рогу правильно визначали шляхи передачі ВІЛ-інфекції у 2013 році. Показники по Дніпропетровську за 2011 рік та по Кривому Рогу за 2009 рік є ще нижчими (Рис. 49).

На запитання про регулярність використання презерватива під час анальних сексуальних контактів з партнерами-чоловіками впродовж останніх 30 днів абсолютна більшість ЧСЧ – учасників біоповедінкових досліджень 2011 та 2013 років у Дніпропетровську та майже половина ЧСЧ у дослідженні в Кривому Розі вказали, що використовували презерватив нерегулярно (Рис. 50). Крім того, значна частка ЧСЧ у Кривому Розі зазначили, що ніколи не використовують презерватив при анальному сексі.

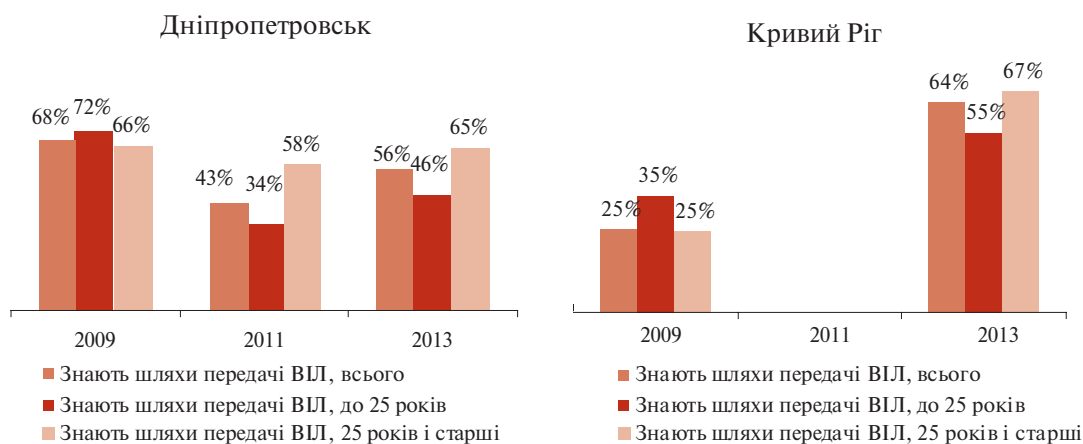


Рис. 49. Частка ЧСЧ, які правильно визначають шляхи інфікування ВІЛ, за даними біоповедінкових досліджень, %

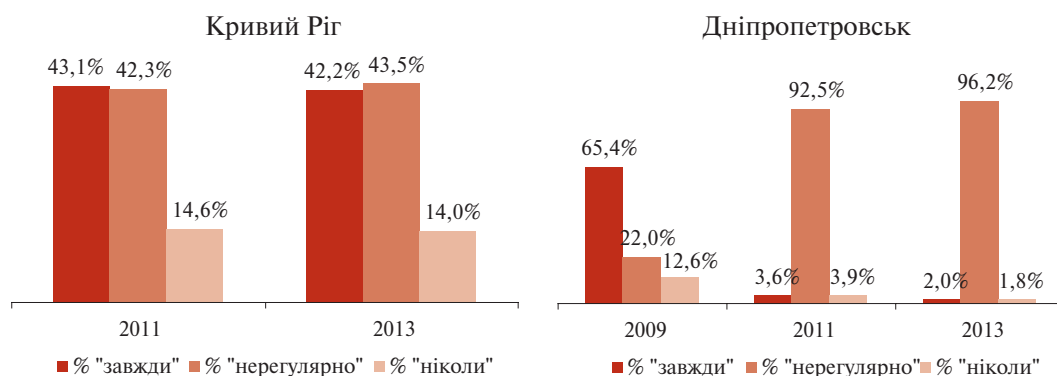


Рис. 50. Регулярність використання презерватива під час анального сексу протягом останніх 30 днів серед ЧСЧ Дніпропетровська та Кривого Рогу, за даними біоповедінкових досліджень, %

Таким чином, на тлі низького рівня знань про ризики інфікування ВІЛ та ризиковану статеву поведінку слід очікувати посилення епідемічних процесів у групі ЧСЧ, про що свідчить постійне зростання поширеності ВІЛ-інфекції в цій групі.

Незважаючи на те, що щорічно виявляється та реєструється все менша кількість осіб, які інфікувалися ВІЛ через споживання ін'єкційних наркотиків, гіпотеза про те, що високі показники інфікування серед населення області зумовлюються розвитком епідемії за рахунок СІН, підтверджується на підставі таких аргументів:

- рівень поширеності ВІЛ-інфекції в групі СІН залишається надзвичайно високим;
- хоча оціночна кількість СІН в області є високою, їх реальна кількість, ймовірно, вища за оціночну;
- зростання поширеності ВІЛ у групі СІН молодшого віку (за результатами біоповедінкових досліджень), з одного боку, та низькі рівні виявлення і реєстрації випадків СІН у віковій групі до 25 років, з іншого боку, дозволяють припустити, що значна частина ВІЛ-інфікованих СІН залишається поза межами медичного нагляду за ВІЛ-інфікованими;
- зростання кількості випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом серед жінок, вірогідно, значною мірою спричинене статевими контактами з ВІЛ-інфікованими СІН, оскільки приріст випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом серед жінок значно випереджає приріст випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом серед чоловіків;
- в останні роки епідемія розвивалася в основному за рахунок СІН;
- моделювання у програмі “Спектрум” дає можливість говорити про загальне зменшення нових випадків інфікування ВІЛ, але при цьому значна частина таких випадків і надалі фіксуватиметься в групі СІН;
- група СІН постійно оновлюється, щорічно близько тисячі осіб починають ін'єкційне споживання наркотиків;
- ризик передачі ВІЛ-інфекції під час ін'єкційного споживання наркотиків залишається високим через те, що значна частка СІН спільно користується шприцом під час ін'єкцій наркотиків та спільно використовує обладнання для приготування наркотиків;
- подальший розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в області може зумовлюватися високоризикованою статевою поведінкою у групі СІН;
- прогноз щодо подальшого скорочення поширеності ВІЛ-інфекції у групі ПКС, а також низький рівень їхньої ризикованої поведінки дозволяють припустити, що внесок ПКС в епідемію ВІЛ-інфекції поступово зменшуватиметься за умови збереження надання профілактичних послуг цій групі. Разом з тим, показник ризикованої поведінки серед ПКС може бути недооціненим.

Разом з тим, не слід недооцінювати ролі ЧСЧ в епідемічному процесі в області. Хоча протягом останніх років було зареєстровано лише 34 випадки інфікування серед ЧСЧ, реальна кількість випадків інфікування ВІЛ гомосексуальним шляхом може бути набагато вищою. Окрім того, через низький рівень знань ЧСЧ про шляхи інфікування ВІЛ та ризиковану статеву поведінку слід очікувати посилення епідемічних процесів у цій групі в наступному періоді.

Перевірка гіпотези 1.3: Особи, звільнені з місць позбавлення волі, мають вагомий вплив на розвиток епідемії в області

47

Окрім класичних ключових груп ризику щодо інфікування ВІЛ – СІН, ПКС та ЧСЧ, у Дніпропетровській області потенційно вагому роль у розвитку епідемії можуть відігравати ув'язнені, які перебувають в установах Державної пенітенціарної служби України. У Дніпропетровській області розташовано 13 виправних колоній та центрів, а також Дніпропетровський слідчий ізолятор (Рис. 51). У 2014 році в пенітенціарних установах області перебували 11,6 тис. осіб, з них 1 196 були ВІЛ-інфікованими.

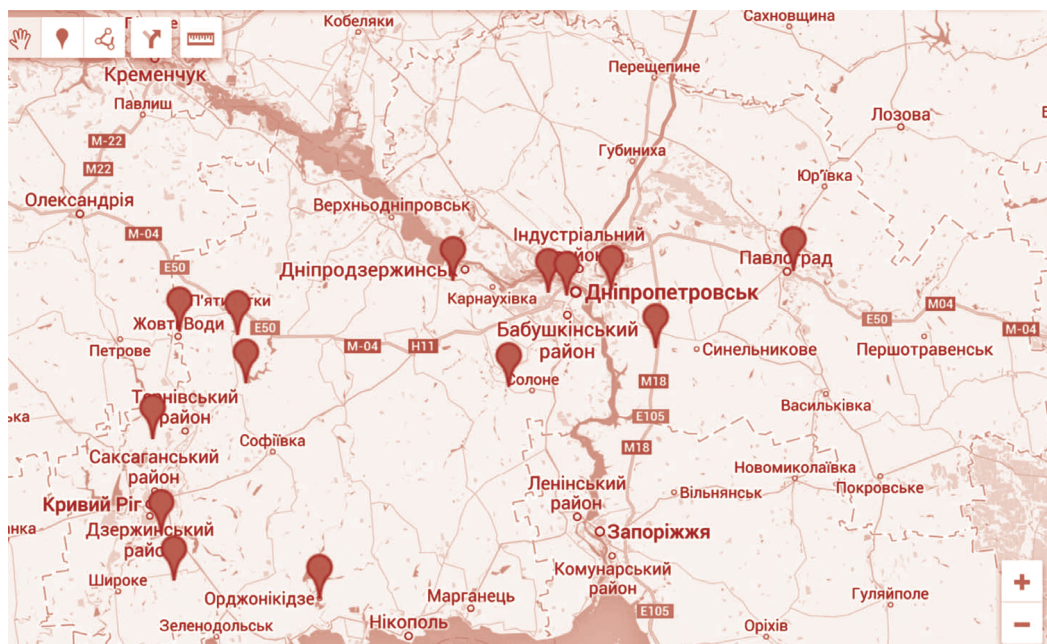


Рис. 51. Розташування установ ДПтСУ у Дніпропетровській області

Офіційна статистика щодо кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають у пенітенціарних установах, є важкодоступною, проте щорічно звітується про незначне зростання кількості ВІЛ-інфікованих ув'язнених, у тому числі осіб зі СНІДом (Рис. 52).



Рис. 52. Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією в установах ДПтСУ, які перебували під наглядом з приводу ВІЛ, 2009–2013 рр.

У той же час, в області спостерігаються високі показники інфікованості осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі. Щорічно від 15% до 40% від усіх протестованих в межах сероепідагляду в пенітенціарних установах мали позитивний результат тесту на ВІЛ-інфекцію (Рис. 53).



Рис. 53. Кількість протестованих на ВІЛ осіб в установах виконання покарань і частка позитивних результатів тестування, 2009–2013 рр.

Також у межах програм, які впроваджує ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», у 2013 році було протестовано 8 300 ув'язнених, 908 з них (11%) виявилися ВІЛ-позитивними, що відповідає середньому по Україні рівню інфікованості серед цієї категорії осіб¹⁰. На жаль, не можна визначити, чи проходили тестування лише ті особи, які не знали про свій ВІЛ статус і не перебували на диспансерному обліку.

Значна кількість осіб з числа інфікованих ВІЛ, скоріше за все, потрапили за ґрати вже ВІЛ-інфікованими. Високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції в місцях позбавлення волі певною мірою пов'язаний з високим рівнем поширення ВІЛ серед СІН в області, при цьому споживання ін'єкційних наркотиків розглядається переважно як злочин, внаслідок чого СІН проводять в ув'язненні тривалий період свого життя, залишаючи в'язницю лише ненадовго (Рис. 54).

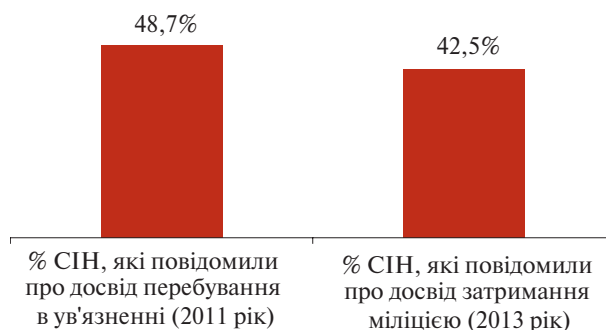


Рис. 54. Частка СІН, які повідомили про досвід перебування в ув'язненні та затримання міліцією

Групи населення, найбільш вразливі до інфікування ВІЛ, характеризуються також підвищеним ризиком криміналізації та потраплянням за ґрати під впливом соціальних та економічних факторів (наприклад, зубожіння, низький освітній рівень).

¹⁰ Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідагляду другого покоління / Демченко І.Л. (гол. ред.), Белоносова Н.А., Костючок М.М., Андріанова І.В., Сосідко Т.І. – К.: ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ», 2014 р. – 73 с.

Ув'язнені також можуть інфікуватися ВІЛ, перебуваючи за ґратами. Це пов'язано з певними ризикованими моделями поведінки засуджених (насамперед, споживання наркотиків, статеві відносини за згодою і примусово), впливом факторів зовнішнього середовища (наприклад, насилля), а також із тим, що в пенітенціарних установах часто недоступні програми обміну та видачі шприців та голок, презервативів, які могли б сприяти зниженню ризику передачі ВІЛ-інфекції.

Згідно з даними управління Державної пенітенціарної служби України у Дніпропетровській області¹¹, близько 50% осіб, які перебувають в установах виконання покарань, засуджено на строк до 5 років, а загалом на строк до від 1 до 8 років засуджено 80% осіб (Рис. 55).

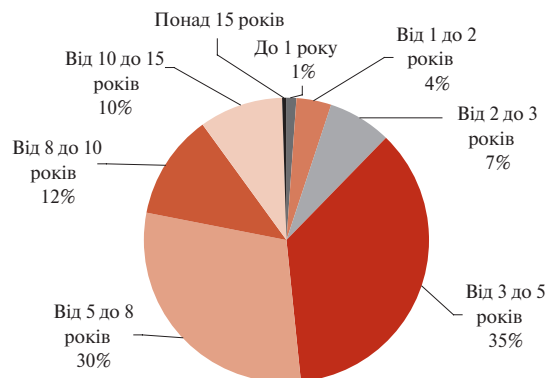


Рис. 55. Розподіл осіб, які перебувають в установах виконання покарань, за строком ув'язнення

Щороку понад 1,5 тисячі осіб звільняються з установ виконання покарань у Дніпропетровській області. Зважаючи на рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ув'язнених, ймовірно, до 300 осіб, які звільняються, можуть бути ВІЛ-інфікованими, – це становить близько 10% щорічної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, які беруться під медичний нагляд. Разом з тим, лише частина осіб залишається у Дніпропетровській області після відбування покарання.

Висновки до гіпотези 1.3

Область має розгалужену мережу установ ДПтСУ, де відбувають покарання понад 11 тис. осіб, з яких близько 10% вже перебувають під медичним наглядом з приводу ВІЛ-інфекції. Ймовірно, ще близько 11% засуджених є ВІЛ-інфікованими, проте не перебувають на обліку.

Зважаючи на те, що майже половина СІН (дослідження 2011 року) вказували на досвід перебування в ув'язненні та 42,5% СІН (дослідження 2013 року) повідомили про випадки свого затримання працівниками міліції, рівень поширеності ВІЛ-інфекції в установах виконання покарань певною мірою пов'язаний з високим рівнем поширеності ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків в області.

Щороку понад 1,5 тис. осіб звільняються після відбування покарання відповідно до строків їхнього ув'язнення. Більшість із них мають досвід споживання наркотиків, тож ризик інфікування ВІЛ для цієї групи населення найперше пов'язаний зі споживанням наркотиків та незахищеними статевими стосунками. Навіть якщо припустити, що всі звільнені особи повертаються на проживання в межах області і ВІЛ-інфіковані беруться під медичний нагляд у закладах охорони здоров'я області, то ця група осіб могла б становити до 10% від кількості щорічно взятих на облік з діагнозом ВІЛ. Однак реальна кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які залишаються в області після звільнення з установ виконання покарань, є меншою.

Зважаючи на проведений аналіз, висунута гіпотеза про те, що особи, які звільняються з місць позбавлення волі, мають вагомий вплив на розвиток епідемії в області, не підтвердилася.

¹¹ <http://www.kvs.gov.ua/peniten/control/dnp/uk/publish/article/85077>.

Перевірка гіпотези 1.4: Зростання кількості випадків ВІЛ-інфекції серед населення старшого віку зумовлене старішанням ВІЛ-інфікованих осіб та пізньою реєстрацією випадків

У Дніпропетровській області найбільша кількість нових випадків інфікування ВІЛ реєструється у вікових групах 30–39 років та 40–49 років, тоді як у вікових групах 20–24 роки та 25–29 років фіксується щорічне (починаючи з 2009 року) зниження кількості випадків ВІЛ-інфекції, які вперше було взято під медичний нагляд (Рис. 56).

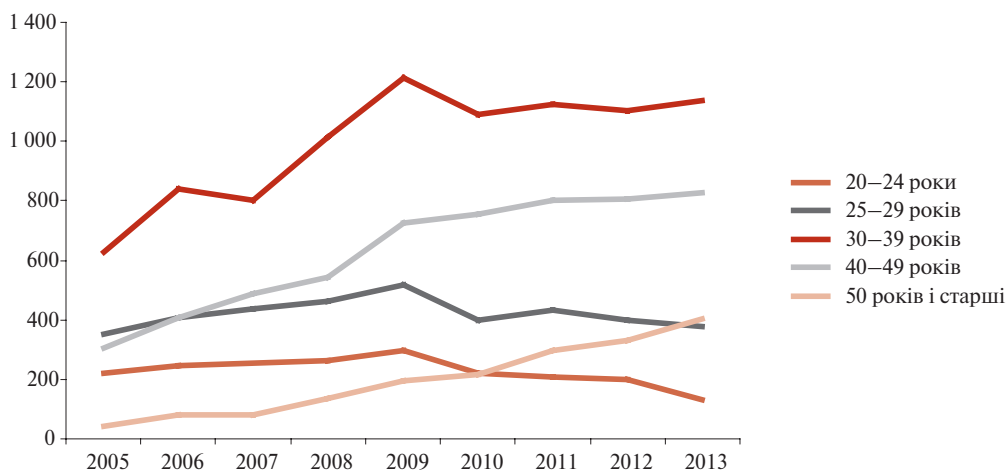


Рис. 56. Розподіл осіб, узятих на облік з діагнозом ВІЛ, за віковими групами, 2005–2013 рр.

Крім того, у молодшій віковій групі (18–24 роки), в якій інфікування ВІЛ, імовірно, є недавнім (невеликий проміжок часу між встановленням позитивного результату тесту і взяттям на облік), скорочення взятих на облік випадків ВІЛ-інфекції спостерігається як серед чоловіків, так і серед жінок, а також серед міського і сільського населення (Рис. 57).

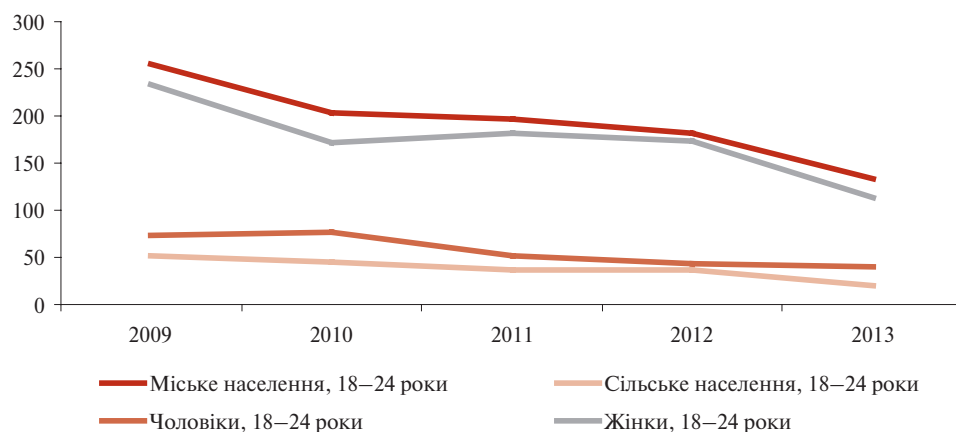


Рис. 57. Розподіл вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у віковій групі 18–24 роки за статтю і типом поселення, 2009–2013 рр.

Для встановлення можливих причин змін кількості випадків інфікування ВІЛ у різних вікових групах варто проаналізувати зміни чисельності населення в розрізі вікових груп. З Рис. 58 видно, що чисельність наймолодшої групи (15–24 роки) за останні 5 років суттєво (більше ніж на 20%) зменшилася, отже, скорочення кількості випадків ВІЛ-інфекції в цій групі може бути пов'язане зі зменшенням її чисельності. Чи-

сельність групи 25–29 років збільшується при одночасному скороченні кількості випадків ВІЛ-інфекції, тому частка ВІЛ-інфікованих у цій групі, ймовірно, зменшується. Зростання кількості випадків ВІЛ-інфекції у групі 30–39 років збігається зі зростанням її чисельності, і тому при перерахунку на чисельність населення темп приросту випадків інфікування ВІЛ у групі буде нижчим. У віковій групі 40–49 років спостерігається скорочення чисельності, яке у співвідношенні з кількістю нових випадків ВІЛ зумовлює найвищий (у порівнянні з іншими віковими групами) темп приросту випадків ВІЛ-інфекції саме в цій віковій групі (Рис. 58).

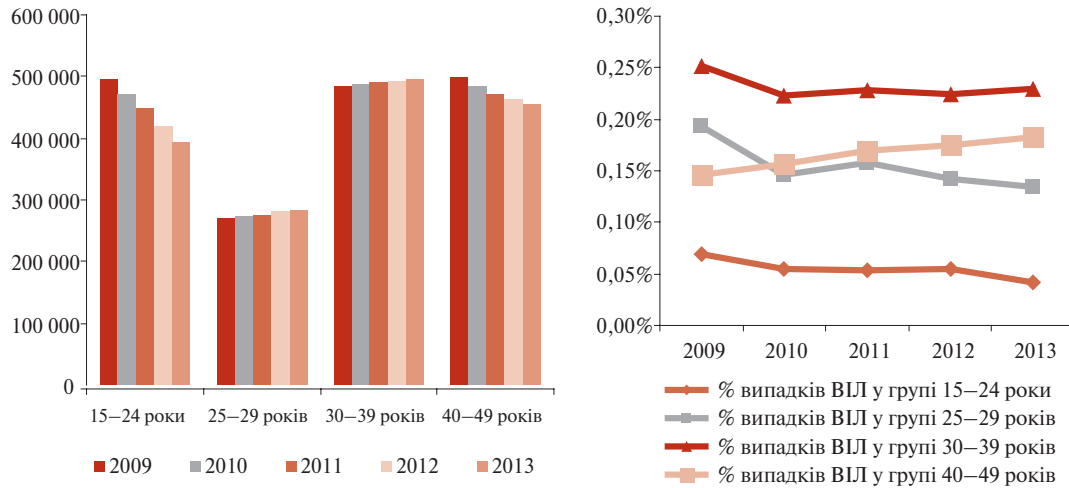


Рис. 58. Розподіл населення за віковими групами і частка випадків ВІЛ у перерахунку на чисельність відповідної вікової групи, 2009–2013 рр.

Як було вже визначено при перевірці гіпотези 1.2, група СІН справляє вирішальний вплив на розвиток епідемії ВІЛ в області. Дані програм профілактики серед СІН, які впроваджуються в області, фіксують аналогічні до наведених вище тенденції щодо віку ВІЛ-інфікованих осіб на момент їхнього взяття під медичний нагляд: кількість клієнтів програм з числа СІН у вікових групах 10–25 років та 26–29 років скорочується, найбільша кількість СІН є представниками вікових груп 30–39 років та 40–50 років. Оскільки група клієнтів-СІН постійно оновлюється, то підвищення віку СІН, ймовірно, характерне для групи СІН в цілому (Рис. 59).

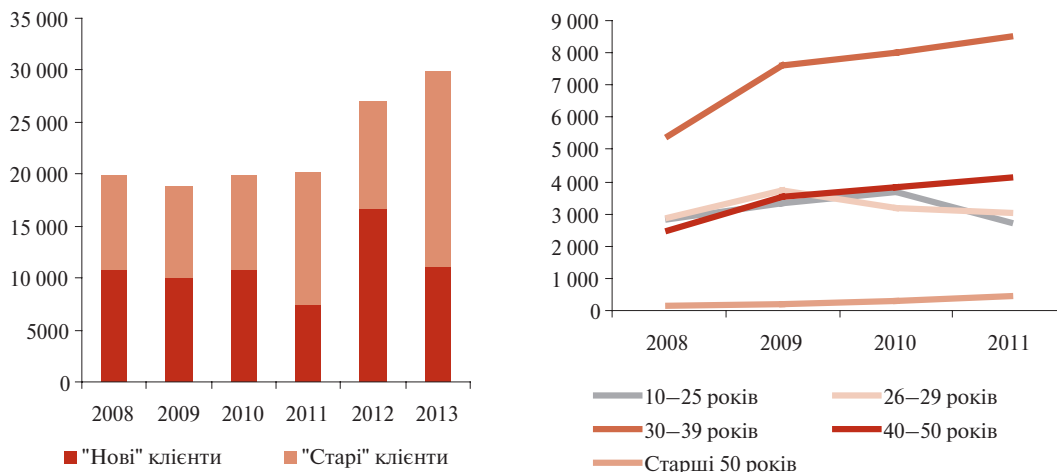


Рис. 59. Характеристика СІН-клієнтів програм профілактики ВІЛ-інфекції за віком і тривалістю залучення до програм

В останні роки при рутинному тестуванні населення спостерігається зростання кількості осіб, які проходять тестування на ВІЛ у зв'язку з наявністю клінічних показань. При цьому стабільно більше третини усіх випадків інфікування ВІЛ, за винятком вагітних, донорів і дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, виявляються за клінічними показаннями (Рис. 60).

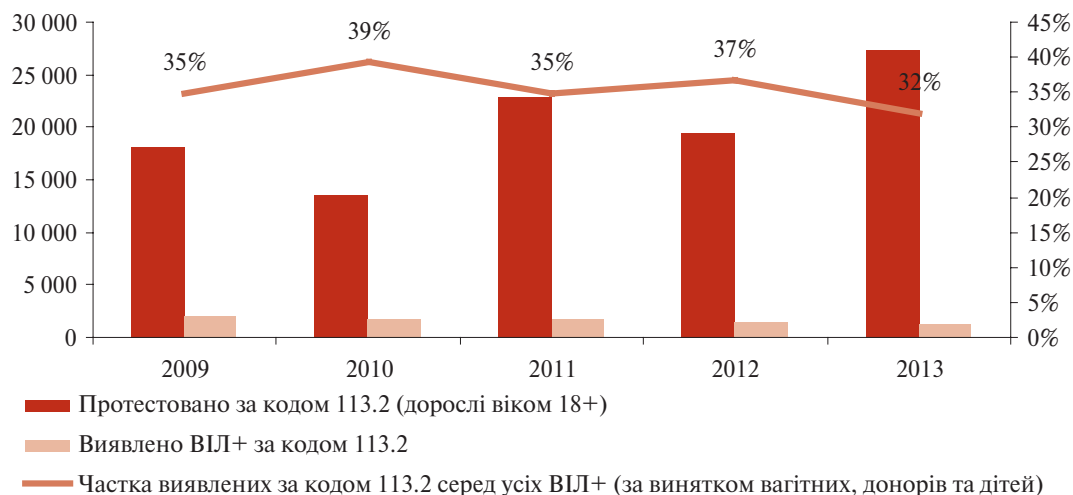


Рис. 60. Кількість і частка випадків інфікування ВІЛ, виявлених за клінічними показаннями (код 113.2) при рутинному тестуванні населення (за винятком груп вагітних, донорів і дітей), 2009–2013 рр.

Крім того, щороку скорочується частка взятих на облік випадків безсимптомної ВІЛ-інфекції і стрімко зростає частка випадків інфікування ВІЛ, взятих на облік у стадії СНІДу (Рис. 61).

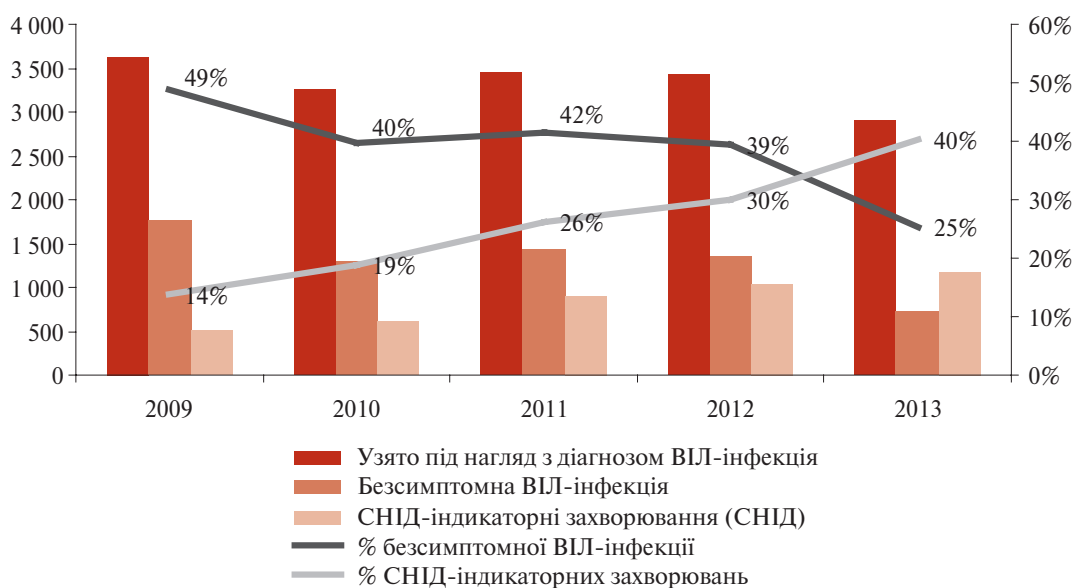


Рис. 61. Кількість і частка випадків, узятих під медичний нагляд із безсимптомною ВІЛ-інфекцією та з наявністю СНІД-індикаторних захворювань, 2009–2013 рр.

У 2009–2013 роках майже вдвічі зменшилася частка уперше взятих на облік випадків з безсимптомним перебігом ВІЛ-інфекції, а також суттєво скоротилася частка випадків ВІЛ-інфекції з персистуючою генералізованою лімфаденопатією, які відповідають першій стадії ВІЛ-інфекції, а взяття на облік випадків у стадіях поширеної ВІЛ-інфекції та СНІДу почало переважати (Рис. 62).

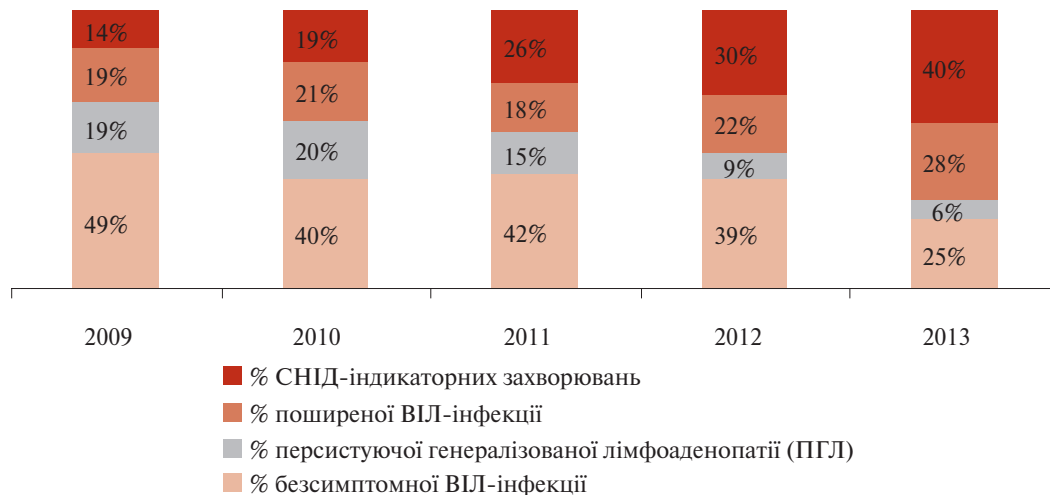


Рис. 62. Розподіл уперше взятих на облік випадків за стадіями ВІЛ-інфекції, 2009–2013 рр.

Висновки до гіпотези 1.4

Домінуючими за кількістю вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції є вікові групи 30–39 і 40–49 років. У молодших вікових групах (20–24 та 25–29 років) кількість випадків ВІЛ-інфекції постійно скорочується, причому серед чоловіків і жінок, серед міського і сільського населення.

При порівнянні змін кількості виявлених випадків інфікування ВІЛ зі змінами чисельності відповідних груп з'ясовується, що в наймолодшій групі (до 24 років) скорочення кількості зареєстрованих випадків ВІЛ зумовлюється скороченням чисельності цієї групи, у групі 25–29 років на фоні збільшення чисельності відбувається скорочення кількості і, відповідно, частки зареєстрованих випадків; у віковій групі 30–39 років збільшення кількості випадків відбувалося паралельно із ростом чисельності групи, тож частка випадків ВІЛ-інфекції в цій групі залишалася незмінною. Найбільший темп приросту випадків інфікування ВІЛ характерний для найстаршої з розглянутих вікових груп – 40–49 років.

Старішання характерне і для СН-клієнтів профілактичних програм.

В останні роки при рутинному тестуванні населення більше третини всіх випадків інфікування ВІЛ виявляються за клінічними показаннями, які вказують на наявність опортуністичних захворювань, характерних для більш пізніх стадій ВІЛ-інфекції.

За останні 5 років суттєво скоротилася частка осіб, узятих під нагляд у безсимптомній стадії ВІЛ-інфекції, при цьому значно збільшилася частка осіб зі СНІДом серед вперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ.

Отже, підтверджується висунута гіпотеза про те, що в останні роки зростання частки випадків давнього інфікування серед зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на тлі підвищення віку ВІЛ-інфікованих осіб свідчить про переважно пізню реєстрацію випадків інфікування ВІЛ.

За результатами проведеного аналізу для відповіді на перше питання – «Які основні закономірності розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області та які основні групи населення уражено епідемією?» – можна зробити такі висновки:

1. Існує географічна нерівномірність розвитку епідемії в області. Території, наближені до двох основних епідемічних осередків – міст Дніпропетровська та Кривого Рогу, мають сьогодні найвищі темпи розвитку епідемії. Високі темпи розвитку епідемії характерні також для південно-східної частини області, яка межує з Донецькою областю – однією з найбільш уражених епідемією ВІЛ-інфекції в Україні. При цьому в самих містах Дніпропетровську та Кривому Розі спостерігається поступове скорочення кількості ВІЛ-інфікованих, взятих на облік.

2. Незважаючи на те, що щорічно виявляється та реєструється все менша кількість осіб, які інфікувалися ВІЛ через споживання ін'єкційних наркотиків, високі показники інфікування серед населення області спричинені розвитком епідемії за рахунок СІН, про що свідчить високий рівень поширення ВІЛ у групі СІН, яка є досить численною в області. Зростання кількості випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом серед жінок, імовірно, значною мірою спричинене статевими контактами з ВІЛ-інфікованими СІН. Зростання поширеності ВІЛ-інфекції у групі СІН молодшого віку наразі не відображається у зростанні реєстрації випадків інфікування ВІЛ у цій групі і може свідчити про суттєве недовиявлення випадків інфікування ВІЛ у цій групі СІН.

3. Подальший розвиток епідемії, скоріше за все, буде пов'язаний зі зростанням поширеності ВІЛ-інфекції у групі СІН, оскільки ця група постійно оновлюється: кількість осіб, залучених до ін'єкційного наркоспоживання, щорічно збільшується; у групі СІН все ще поширене ризиковане споживання наркотиків, що призводитиме до нових випадків інфікування; для групи СІН характерною є ризикована статеві поведінка, що спричинятиме інфікування статевих партнерів ВІЛ-інфікованих СІН. Очікується, що при збереженні сучасної тенденції інфікування ВІЛ серед ПКС епідемічний внесок цієї групи зменшуватиметься. Не можна недооцінювати посилення ролі ЧСЧ в епідемічному процесі в області: недостатнє охоплення ЧСЧ профілактичними програмами не дозволяє забезпечити високий рівень їхніх знань про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та сприяти зниженню їхньої ризикованої статевої поведінки. Це вже сьогодні призводить до суттєвого зростання інфікованості ВІЛ у групі ЧСЧ, яке, ймовірно, спостерігатиметься і в наступному періоді.

4. Незважаючи на високий ризик інфікування ВІЛ в установах виконання покарань та високий показник поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, які відбувають покарання в пенітенціарних установах області, особи, які звільняються після відбування покарання, не мають вирішального впливу на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в області, тому що більшість ВІЛ-інфікованих, які перебувають у пенітенціарних установах області, є представниками групи СІН, а при звільненні ті з них, які залишаються на проживання в області, становлять порівняно незначну частку від усіх інфікувань в області.

5. Серед уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щорічно зростає частка випадків у старших вікових групах, а також постійно збільшується кількість випадків ВІЛ-інфекції, виявлених на пізніх стадіях. Крім того, поступово підвищується вік клієнтів профілактичних програм для СІН, при цьому група клієнтів програм профілактики ВІЛ-інфекції серед СІН постійно змінюється за рахунок нових клієнтів. Це свідчить про поступове старіння групи СІН, яка до сьогодні залишається рушійною силою епідемії в області, і про те, що переважна кількість випадків інфікування ВІЛ, які щорічно беруться під медичний нагляд, є випадками зрілої ВІЛ-інфекції.

Рекомендації щодо програмних заходів

1. Посилити заходи з профілактики ВІЛ-інфекції серед СІН та їхніх статевих партнерів, у першу чергу звернути увагу на залучення до таких програм СІН молодшого віку. Покращити своєчасність доведення ВІЛ-позитивних СІН до взяття на облік.

2. Розширити та посилити програми профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ.

3. Покращити доступність програм кейс-менеджменту для вчасного виявлення та доведення ВІЛ-інфікованих клієнтів профілактичних програм в усіх групах ризику до взяття на облік та своєчасного початку АРТ.

4. Покращити доступність послуг з консультування та тестування на ВІЛ для загального населення та представників груп ризику з метою виявлення випадків ВІЛ-інфекції, які досі знаходяться поза межами медичного нагляду.

5. Забезпечити безперервний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, які звільняються з установ виконання покарань, та їх залучення до програм профілактики ВІЛ-інфекції.

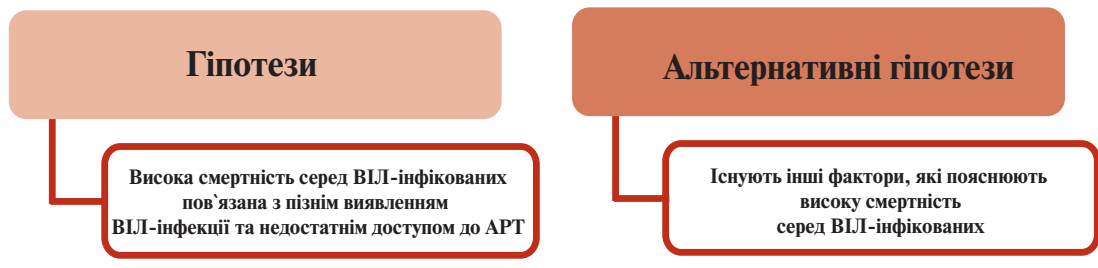
Рекомендації щодо стратегічної інформації

- Збирати та аналізувати інформацію про ВІЛ-статус і шлях інфікування статевих партнерів ВІЛ-інфікованих вагітних, а також про стадії перебігу ВІЛ-інфекції серед таких жінок та їхніх партнерів на момент взяття під медичний нагляд.
- За можливості, збирати інформацію про зареєстровані випадки інфікування ВІЛ у розрізі стадій ВІЛ-інфекції, шляхів інфікування та вікових груп.
- Здійснити уточнювальні розрахунки оціночної чисельності ключових груп ризику, в першу чергу СІН.
- Провести дослідження серед молодих СІН для визначення факторів, що сприяють зростанню поширеності ВІЛ-інфекції у цій групі.
- Провести додаткове дослідження щодо ризикованої поведінки серед ПКС і визначити реальні ризики інфікування ВІЛ для цієї групи.
- Провести поведінкове дослідження серед ЧСЧ для з'ясування можливостей більшого залучення представників групи до профілактичних програм.
- Здійснити моделювання перебігу епідемічного процесу залежно від доступності профілактичних програм.
- Провести аналіз випадків недавнього інфікування серед учасників біоповедінкового дослідження 2013 року, які отримали позитивний результат тесту на ВІЛ.

Питання 2: Що зумовлює високу смертність серед ВІЛ-інфікованих?

У Дніпропетровській області рівень смертності від СНІДу становить 24,7 на 100 тисяч населення. Це найвищий показник серед усіх регіонів України, і за цим показником область утримує лідерство протягом останніх років, хоча кількість осіб, які отримують АРТ, щороку зростає. Тому завданням аналізу є встановлення причин того, чому на фоні підвищення доступності АРТ в області спостерігається найвищий рівень смертності, зумовленої СНІДом.

Що зумовлює високу смертність серед ВІЛ-інфікованих?



Дані	Обмеження даних
Рутинний епіднагляд (диспансеризація)	Зміна звітно-облікових форм у 2013 році. Вікова група 25–49 років занадто широка, неможливо прослідкувати відмінності в межах такої вікової групи.
Дані щодо смертності ВІЛ-інфікованих осіб	Дані доступні для тільки диспансерної групи ВІЛ-інфікованих.
Програмні дані (програми догляду і підтримки)	Дані доступні за обмежений період часу.
Дані щодо АРТ	Зміна звітно-облікових форм (зміна обліку за віковими групами, ведення даних про кількість пацієнтів на АРТ + ВГ доступне лише до 2011 року).
Дані щодо ЗПТ	Зміна формату обліку показників (наприклад, зміни ведення реєстрації гепатиту В і С, припинення у 2011 році ведення обліку кількості вибулих клієнтів).
Біоповедінкові та поведінкові дослідження	Зміна методології дослідження. Незначні частки учасників у віковій групі до 25 років.

Перевірка гіпотези 2.1: Висока смертність серед ВІЛ-інфікованих пов'язана з пізнім виявленням ВІЛ-інфекції та недостатнім доступом до АРТ

Щорічно в області збільшується чисельність диспансерної групи ВІЛ-інфікованих, близько 3 тисяч осіб з ВІЛ-інфекцією стають на облік. Разом з цим підвищується показник смертності ВІЛ-інфікованих (Рис. 63).



Рис. 63. Кількість ВІЛ-інфікованих під диспансерним наглядом та кількість померлих серед ВІЛ-інфікованих, 2009–2013 рр.

Порівняння кількості смертей серед ВІЛ-інфікованих з кількістю осіб, які перебувають під наглядом, свідчить про сприятливу тенденцію зниження показника смертності серед усієї групи ВІЛ-інфікованих. Однак при аналізі показника смертності, спричиненої СНІДом, на 1000 ВІЛ-інфікованих, які перебувають під медичним наглядом, спостерігається зростання показника померлих від СНІДу (Рис. 64).

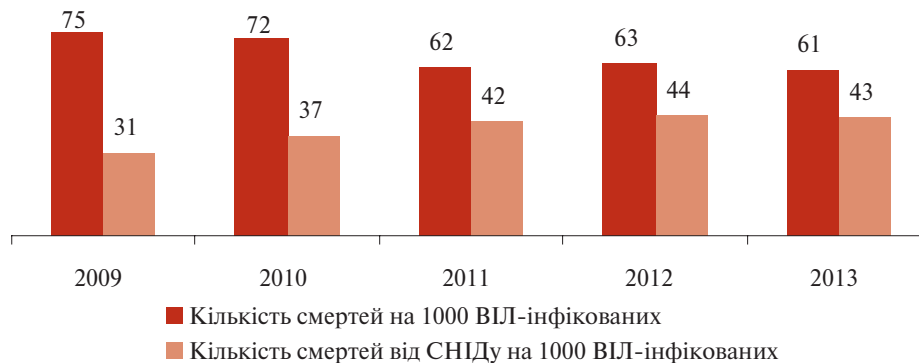


Рис. 64. Показники смертності серед ВІЛ-інфікованих, на 1000 зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, 2009–2013 рр.

В останні роки значно зросла кількість смертей, зумовлених СНІДом, на противагу зниженню кількості смертей, зумовлених іншими захворюваннями (Рис. 65).

Слід зазначити, що щорічно стрімко зростає кількість осіб, які перебувають під наглядом з ВІЛ-інфекцією у стадії СНІДу, а близько половини всіх випадків СНІДу діагностуються як випадки СНІДу протягом року (Рис. 66).

Якщо проаналізувати диспансерну групу осіб, які перебувають на обліку з діагнозом СНІД, то варто відмітити, що значну частку цієї групи складають випадки ко-інфекції ВІЛ/ТБ. Протягом 2010–2012 років частка таких випадків становила понад 70% (Рис. 67).

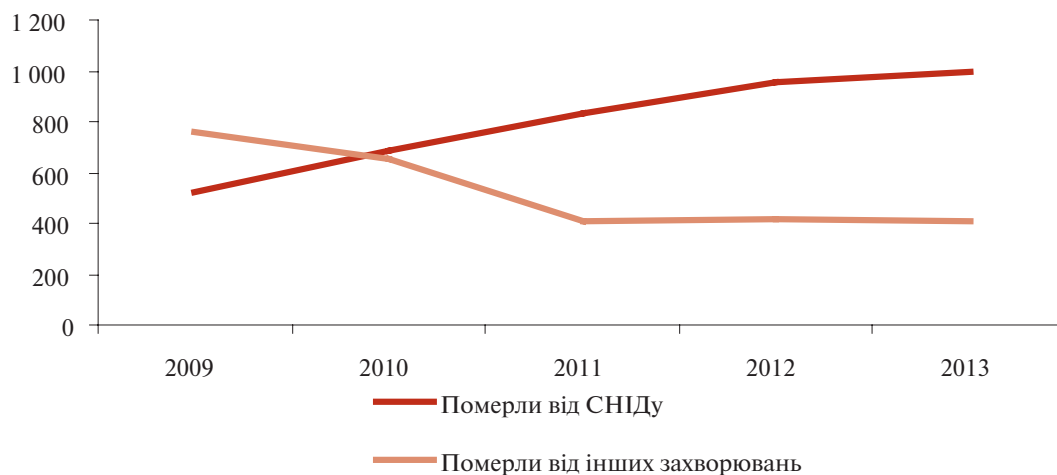


Рис. 65. Кількість зареєстрованих смертей від СНІДу та від інших причин у групі ВІЛ-інфікованих, 2009–2013 рр.

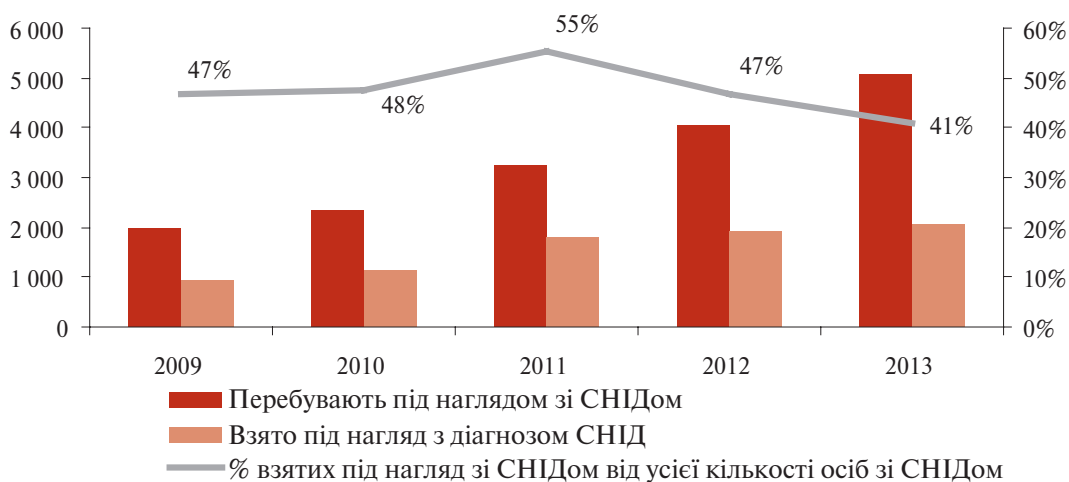


Рис. 66. Кількість і частка випадків ВІЛ-інфекції, взятих на облік у стадії СНІДу, 2009–2013 рр.



Рис. 67. Частка ко-інфекції ВІЛ/ТБ серед випадків СНІДу, 2009–2013 рр.

Також простежується зв'язок між зростанням частки СНІД-індикаторних захворювань серед усіх вперше взятих під нагляд з діагнозом ВІЛ-інфекція та зростанням частки осіб, хворих на легеневі та позалегеневі форми туберкульозу (Рис. 68).



Рис. 68. Взяті на облік випадки з різними СНІД-індикаторними захворюваннями та випадки легеневого і позалегеневого туберкульозу, 2009–2013 рр.

Варто відзначити, що у 2013 році причинами смерті понад 40% померлих з числа ВІЛ-інфікованих осіб були туберкульоз та ко-інфекція ВІЛ/ТБ, при цьому у групі осіб, які померли від причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, 58% таких смертей спричинено ко-інфекцією ВІЛ/ТБ. У решті причин 6% всіх смертей зумовлено вірусним гепатитом В, С і цирозом печінки вірусної етіології (Рис. 69).

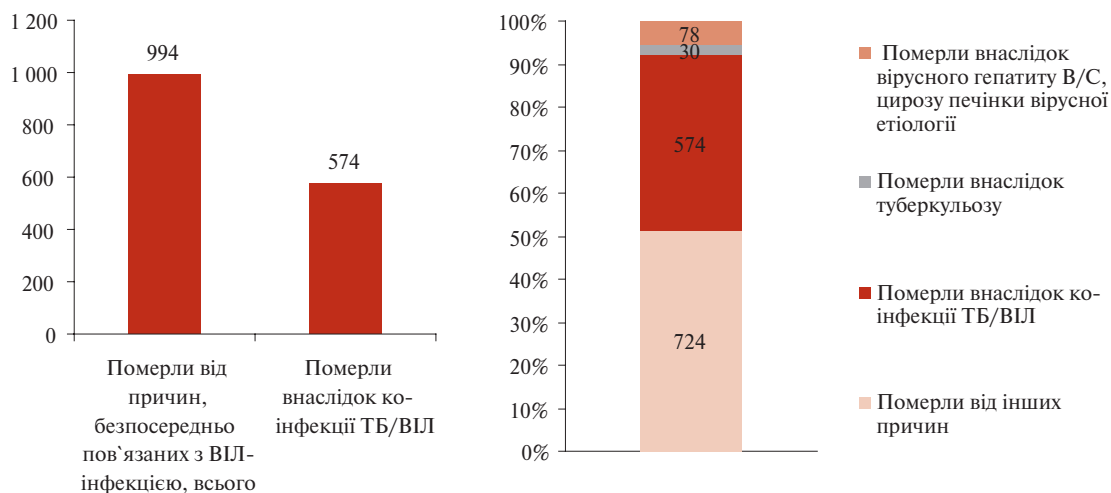


Рис. 69. Порівняння частки смертей серед ВІЛ-інфікованих, зумовлених туберкульозом, із загальною кількістю смертей у групі, 2013 рік

Аналіз смертності у групі ВІЛ-інфікованих та доступності послуги АРТ свідчить, що кількість пацієнтів, які отримують АРТ, щорічно збільшується, однак залишається значною частка осіб, які потребують АРТ, але не отримують лікування (Рис. 70).

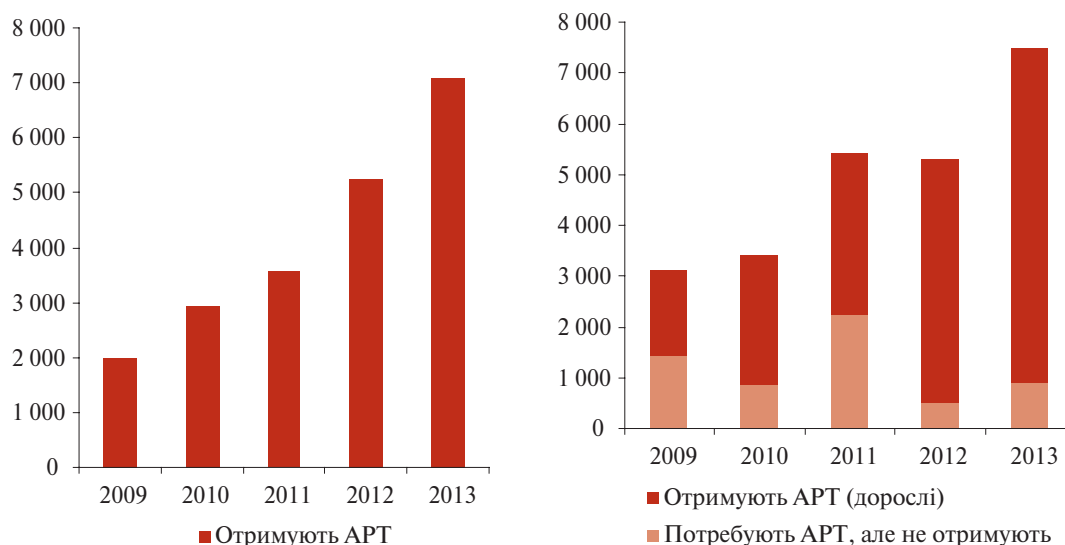


Рис. 70. Кількість осіб, які отримують АРТ, і частка осіб, які потребують, але не отримують АРТ, 2009–2013 рр.

Каскадний аналіз смертності у групі ВІЛ-інфікованих у 2013 році свідчить, що дві третини померлих не мали доступу до АРВ-лікування. З числа осіб, які отримували АРТ (23% від тих, хто її потребував, або 19% від загальної кількості померлих ВІЛ-інфікованих), лише чверть осіб були сталими пацієнтами програми лікування та отримували АРВ-препарати понад 12 місяців (Рис. 71).



Рис. 71. Каскадний аналіз смертності серед ВІЛ-інфікованих та доступності програми АРТ, 2013 рік

Отже, значна частина осіб, скоріше за все, перебували під медичним наглядом тривалий час, однак не мали доступу до АРТ, ймовірно, через недостатню прихильність до програм лікування або лабораторного супроводу ВІЛ-інфекції. Окрім цього, понад 200 осіб (14%) отримували АРТ менше 12 місяців – це може бути пов'язано з тим, що їх було взято на облік з діагнозом СНІД у термінальній стадії протягом останнього року, їм було призначено АРВ-терапію, однак запобігти смерті не вдалося.

Окремого аналізу потребує смертність у групі СІН. Як уже згадувалося при розгляді першого питання, частка СІН, які перебувають на диспансерному обліку, протягом останніх років поступово скорочується, у тому числі й частка СІН, які перебувають на обліку з діагнозом СНІД. Слід відмітити, що частка СІН серед усієї диспансерної групи становить 48%, а у складі групи з діагнозом СНІДу частка СІН становить 58%. Отже, група СІН потенційно має більший ризик смертності від СНІДу порівняно з рештою осіб, які перебувають на обліку (Рис. 72).

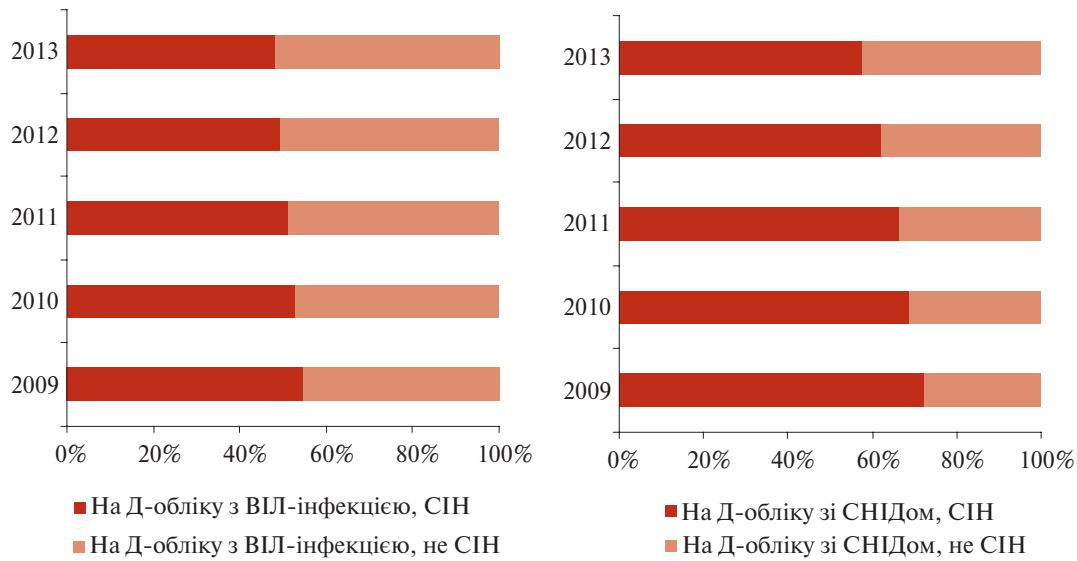


Рис. 72. Аналіз частки СІН у групі осіб, які перебувають на диспансерному обліку з ВІЛ-інфекцією та СНІДом, 2009–2013 рр.

Але, незважаючи на це, рівень смертності у групі СІН і доступність АРТ для них не набагато відрізняється від аналогічних показників для всієї групи ВІЛ-інфікованих: 67% СІН з числа померлих потребували АРТ, однак не отримували її, і лише третина СІН, які отримували лікування, були у програмі АРТ довше 12 місяців (Рис. 73).

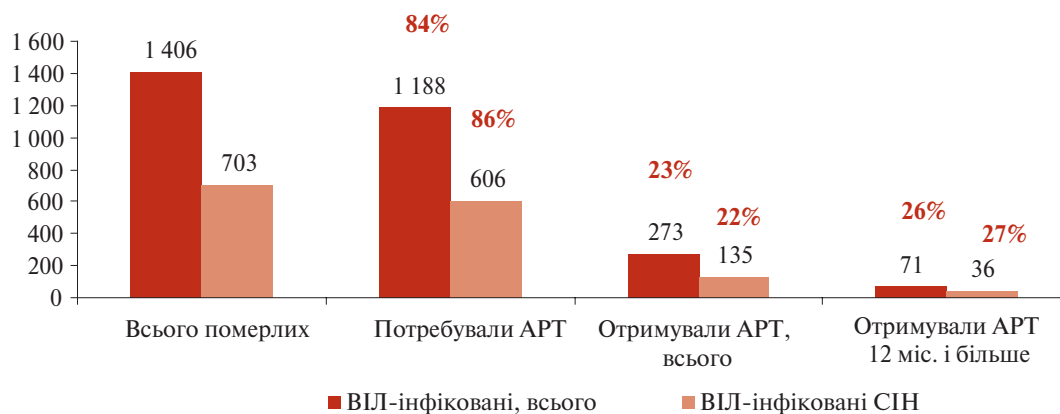


Рис. 73. Каскадний аналіз смертності серед ВІЛ-інфікованих СІН та доступності програми АРТ, 2013 рік

Під час аналізу рівня доступності ЗПТ для СІН з'ясувалося, що лише 4,3% від оціночної кількості СІН, які вживають опіоїди, мають доступ до ЗПТ. Крім того, більша частина СІН, які отримують ЗПТ, є ВІЛ-інфікованими, але тільки невелика частина з них отримують АРТ (Рис. 74).

Також слід відмітити, що для більшості ЛЖВ програми формування прихильності до АРТ та програми догляду і підтримки не були доступними. Лише у 2013 році такі програми стали доступними для понад половини ЛЖВ, які перебували під наглядом (Рис. 75). У наступному періоді можна буде проаналізувати вплив розширення доступу до програм догляду і підтримки на зменшення рівня смертності серед ВІЛ-інфікованих.

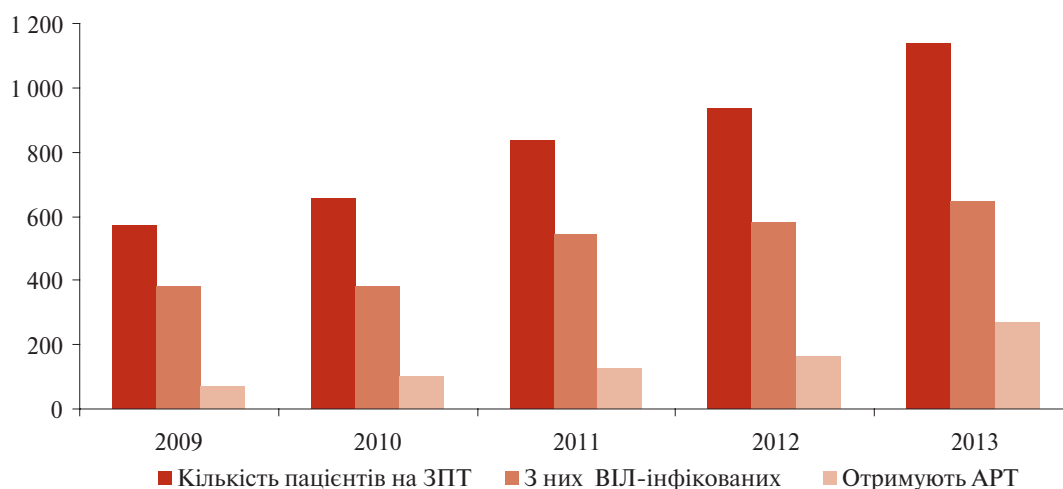


Рис. 74. Кількість СН, які отримують ЗПТ і АРТ, 2009–2013 рр.

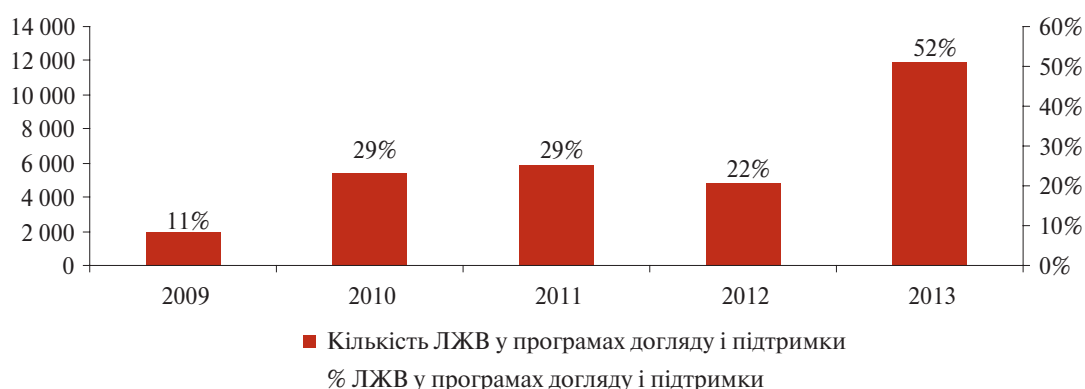


Рис. 75. Доступність програм догляду і підтримки для ЛЖВ області, 2009–2013 рр.

Загальні висновки до питання 2

У Дніпропетровській області спостерігається надзвичайно високий рівень смертності серед ВІЛ-інфікованих, при цьому зростає смертність від СНІДу, а смертність ВІЛ-інфікованих від інших захворювань скорочується. Це відповідає тенденції збільшення кількості осіб, які перебувають під наглядом з діагнозом СНІД. Слід зазначити, що щорічно близько половини усіх випадків СНІДу виявляються недавно (беруться на облік протягом року).

Пізнє виявлення ВІЛ-інфекції призводить до її неконтрольованого прогресування та переходу у стадію СНІДу. Основним фактором, який визначає встановлення діагнозу СНІД, є ко-інфекція ВІЛ/ТБ. В окремі роки туберкульоз спричиняв постановку діагнозу СНІД у більше ніж 80% випадків. Туберкульоз і ко-інфекція ВІЛ/ТБ є одними з основних причин смертності серед ВІЛ-інфікованих.

На тлі зростання доступності програми АРВ-лікування для ВІЛ-інфікованих (АРТ отримували 89% від усіх, хто її потребував), залишається значною кількість осіб, які не мали доступу до лікування або отримували його запізно, що пов'язано з пізнім виявленням інфікування.

СН становлять значну частку диспансерної групи ВІЛ-інфікованих (близько половини), і серед них трапляється більше випадків СНІДу в порівнянні з рештою осіб, які перебувають на обліку; разом з тим, смертність серед СН так само спричинена перш

за все пізнім виявленням та невчасним початком АРТ або недостатнім забезпеченням доступності до АРТ.

Таким чином, висока смертність серед ВІЛ-інфікованих зумовлюється тим, що значна частина випадків СНІДу береться під медичний нагляд у пізніх стадіях, ці випадки часто супроводжуються ко-інфекцією туберкульозу, та значна частина осіб з діагнозом СНІДу не має доступу до програми антиретровірусного лікування.

Отже, результати проведеного аналізу підтверджують висунуту гіпотезу.

Рекомендації щодо програмних заходів

1. Спрямувати програми на виявлення ВІЛ-інфекції серед клієнтів на ранніх стадіях та своєчасне перенаправлення з метою отримання належного медичного догляду та лікування.
2. Приділити особливу увагу залученню СІН до участі у програмах АРВ-лікування. Забезпечити усіх СІН, які потребують АРТ, супроводом з метою формування прихильності до терапії.
3. Підвищити доступність програм ЗПТ для СІН, у тому числі для формування прихильності до АРВ-лікування
4. Забезпечити адекватну координацію з протитуберкульозною службою для вчасної діагностики і лікування ВІЛ-інфікованих осіб.

Рекомендації щодо стратегічної інформації

- Вивчити можливість ведення єдиного реєстру випадків інфікування ВІЛ для подальшого групування даних за різними критеріями.
- Проводити облік смертності серед клієнтів профілактичних програм та програм догляду і підтримки.
- Проводити аналіз даних щодо опортуністичних захворювань серед осіб, які перебувають на обліку, та серед померлих осіб.
- Проаналізувати причини недостатнього доступу СІН до АРТ та основні перешкоди до лікування.
- Для забезпечення проведення повноцінного каскадного аналізу збирати дані про оціночну кількість ЛЖВ, кількість діагностованих випадків ВІЛ-інфекції, чисельність активної диспансерної групи, кількість осіб, які отримують АРТ, і частку з них, в яких спостерігається імуносупресія.
- Збирати дані про кількість клітин CD4 та вірусне навантаження на момент діагностування ВІЛ та через 12 місяців після початку АРТ.

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

Підсумковий звіт

Автори звіту:

І. Бозісевич,
О. Дорошенко,
І. Козіна,
М. Ніколко,
О. Постнов,
Ю.-І. Чакало,
І. Чухалова

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 _____