

Регіональний проект з тріангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в місті Києві

Підсумковий звіт

Київ – 2015

Головні виконавці дослідження:

Хана Азман, магістр охорони громадського здоров'я (1)
Жанна Антоненко (3)
Наталія Бугаєнко (3)
Олена Дорошенко, експерт
Маріанна Ніколко (2)
Джордж Разерфорд, доктор медицини (1)
Хіларі Спіндлер, магістр охорони громадського здоров'я (1)
Олександр Юрченко, к.мед.н. (3)

(1) Група з профілактики захворювань і питань охорони здоров'я, Глобальні наукові програми у галузі охорони здоров'я, Університет Каліфорнії в Сан-Франциско, США;

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

(3) Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом
Київської міської клінічної лікарні №5

Р Регіональний проект з триангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в місті Києві. Підсумковий звіт – Азман Х., Антоненко Ж., Бугаєнко Н., Дорошенко О. та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2015. – 72 с.

ISBN

У звіті представлено результати синтезу та триангуляції даних, які характеризують розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в місті Києві протягом 2008-2013 років. Проаналізовано дані для відповіді на питання щодо особливостей розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в місті Києві, ефективності профілактичних програм для груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ 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, 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 Віолетті Анатоліївні Марциновській (ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України») за підтримку в експертному рецензуванні звіту.

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

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

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

ЗМІСТ

Список скорочень	4
Резюме	5
Вступ	8
Загальна інформація.....	9
Методи	10
Основні характеристики та контекст розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в місті Києві	13
Підготовчий етап проведення триангуляції	20
Вибір питань.....	20
Доопрацювання питань та уточнення основних джерел даних з міжнародними експертами	20
Питання для триангуляції.....	20
Дані для аналізу (2008-2013)	21
Питання 1: Якими є особливості розвитку епідемії в місті Києві?	22
Перевірка гіпотези 1.1: У місті Києві спостерігається зниження інтенсивності епідемічного процесу в окремих групах	23
Перевірка гіпотези 1.2: Статевий шлях інфікування набуває актуальності та стає домінуючим при збереженні ролі СІН молодшого віку.....	31
Перевірка гіпотези 1.3: ІПСШ є ключовим фактором, що прискорює поширення ВІЛ-інфекції у Києві	39
Загальні висновки до питання	42
Рекомендації щодо заходів.....	42
Рекомендації щодо стратегічної інформації	43
Питання 2: Наскільки ефективними є профілактичні програми?	44
Перевірка гіпотези 2.1: Профілактичні програми серед СІН є ефективними	45
Перевірка гіпотези 2.2: Профілактичні програми серед ПКС є ефективними	49
Перевірка гіпотези 2.3: Профілактичні програми серед ЧСЧ не є ефективними	54
Загальні висновки до питання.....	60
Рекомендації щодо заходів.....	60
Рекомендації щодо стратегічної інформації	61
Питання 3: Що зумовлює високу смертність серед ЛЖВ?	62
Перевірка гіпотези 3.1: Програми недостатньо спрямовано на виявлення ВІЛ-інфекції на ранніх стадіях і профілактику смертності серед СІН/ЛЖВ	63
Загальні висновки до питання	69
Рекомендації щодо заходів.....	70
Рекомендації щодо стратегічної інформації	70

Список скорочень

PEPFAR	Надзвичайний план Президента США з боротьби зі СНІДом
UCSF	Університет Каліфорнії, Сан-Франциско, США
Альянс	МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
АРТ	Антиретровірусна терапія
БПД	Біоповедінкове дослідження
ВГ	Вірусний гепатит
ВГС	Вірус гепатиту С, вірусний гепатит С
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГВГ	Гострий вірусний гепатит
ДіП	Догляд і підтримка
ДУ	Державна установа
ПКС	Працівниці комерційного сексу
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
ІБД	Інтегроване біоповедінкове дослідження
ІПСШ	Інфекції, які передаються статевим шляхом
ІФА	Імуноферментний аналіз
КД	Кабінет «Довіра»
КІТ	Консультування і тестування (на ВІЛ)
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
Мережа	ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»
МіО	Моніторинг і оцінка
Міський центр СНІДу	Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом на базі Київської міської клінічної лікарні №5
НУО	Неурядова організація
ПКС	Працівники комерційного сексу
СД4	Клітини, вид лімфоцитів
СЕМ	Сероепідмоніторинг
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ТБ	Туберкульоз
ХВГС	Хронічний вірусний гепатит С
ЧСЧ	Чоловіки, які мають секс з чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

РЕЗЮМЕ

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

Якими є особливості розвитку епідемії в місті Києві?

Наскільки ефективними є профілактичні програми для груп підвищеного ризику?

Що зумовлює високий рівень смертності серед ЛЖВ?

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

Ключові результати аналізу:

Питання	Гіпотеза	Результат
Питання 1: Якими є особливості розвитку епідемії в місті Києві? 1. Чим зумовлено зростання реєстрації випадків інфікування ВІЛ на сучасному етапі? 2. Чи є статевий шлях передачі ВІЛ домінуючим на сучасному етапі епідемії? Якщо «так», то серед якої групи населення? 3. Чи є фактор ВІЛ/ІПСШ (гонорея, хламідіоз, сифіліс) одним з визначальних для розвитку епідемії в Києві? 4. Яка роль бісексуальних ЧСЧ у поширенні ВІЛ-інфекції?	У місті спостерігається зниження інтенсивності епідемічного процесу в окремих групах	Підтверджено частково (обмеження для СНІ молодшого віку та ЧСЧ)
	Статевий шлях інфікування набуває актуальності та стає домінуючим при збереженні ролі СНІ молодшого віку	Підтверджено частково (роль СНІ у статевому шляху, ПКС)
	ІПСШ є ключовим фактором, що прискорює поширення ВІЛ-інфекції	Підтверджено
Питання 2: Наскільки ефективними є профілактичні програми? 1. Чи є профілактичні програми в групах ризику ефективними? 2. Чи достатньо ефективні програми профілактики серед ЧСЧ? 3. Чи впливає розвиток сервісу на збільшення виявлення випадків інфікування ВІЛ серед ЧСЧ (беручи до уваги активний розвиток ВІЛ/ЧСЧ-сервісу з 2008 року)? 3. Чому при доступності профілактичних програм триває виявлення ВІЛ-інфекції на пізніх стадіях і зростає смертність серед ЛЖВ?	Профілактичні програми серед СНІ є ефективними	Підтверджено частково (обмеження для молодших СНІ)
	Профілактичні програми серед ПКС є ефективними	Підтверджено частково (збережена ризикована поведінка)
	Програми профілактики серед ЧСЧ не є ефективними	Недостатньо інформації
Питання 3: Що зумовлює високу смертність серед ЛЖВ?	Програми недостатньо спрямовано на виявлення ВІЛ-інфекції на ранніх стадіях і профілактику смертності серед СНІ/ЛЖВ	Підтверджено

Ключові програмні рекомендації

- Забезпечити посилення профілактичних заходів щодо статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції, в першу чергу серед представників ключових груп.
- Здійснювати рутинний епідагляд за поширенням ВІЛ-інфекції серед осіб, які хворіють або хворіли на ІПСШ, серед хворих на гепатити В і С.
- Для посилення програм профілактики ВІЛ-інфекції серед СІН:
 - зорієнтувати профілактичні програми на СІН молодшого віку для запобігання сплеску інфікувань у цій групі;
 - посилити заходи з профілактики спільного використання обладнання та інструментарію для приготування наркотичного розчину;
 - посилити компонент профілактичних програм для СІН, спрямованих на профілактику ризикованої статевої поведінки;
 - спрямувати профілактичні програми, що реалізуються громадськими організаціями, на виявлення ВІЛ у СІН на ранніх стадіях та сприяти їх перенаправленню до спеціалізованих лікувальних закладів з метою своєчасного отримання медичної допомоги та соціальної підтримки;
 - посилити роботу серед ВІЛ-інфікованих СІН в частині запобігання розвитку СНІДу, захворюванню на туберкульоз та наданню неефективної АРТ у занедбаних випадках. Посилити відповідну роботу у групах само-, взаємодопомоги СІН, ЛЖВ/СІН;
 - забезпечити суцільне охоплення ЛЖВ/СІН, які потребують АРТ, супроводом з метою формування прихильності до лікування.
- Для посилення профілактичних програм зі зниження ризику інфікування ВІЛ серед ПКС та їхніх статевих партнерів:
 - акцентувати увагу на регулярності використання презерватива під час статевих контактів;
 - проводити скринінг на гепатит С і залучати наркозалежних ПКС до програм обміну шприців та голок або програми ЗПТ;
 - забезпечити участь у профілактичних програмах клієнтів і статевих партнерів ПКС.
- Для посилення профілактичних програм зі зниження ризику інфікування ВІЛ серед ЧСЧ:
 - забезпечити розширення доступу ЧСЧ до лікувально-профілактичних послуг, в тому числі до консультування і тестування на ВІЛ та обстеження на позагенітальні форми ІПСШ серед ЧСЧ;
 - впроваджувати сучасні моделі профілактичних програм для представників групи ЧСЧ;
 - розширити програми ведення випадку для вчасного виявлення та взяття на облік із подальшим забезпеченням лікування для ВІЛ-позитивних ЧСЧ.
- Забезпечити адекватну координацію з протитуберкульозною службою для своєчасної діагностики і лікування ко-інфекції ВІЛ/ТБ.
- Розширити (по можливості) доступ хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ВГ до специфічного лікування вірусних гепатитів В і С.

Ключові рекомендації стосовно даних

- Систематично збирати інформацію про шляхи інфікування ВІЛ вагітних ВІЛ-позитивних жінок та їхніх статевих партнерів, а також про перебіг ВІЛ-інфекції серед таких жінок та їхніх партнерів.

- Збирати інформацію щодо наявності гепатиту В і С в осіб з уперше зареєстрованим діагнозом ВІЛ у розрізі статевих та парентерального шляхів інфікування ВІЛ.
- Провести розрахунки оціночної чисельності ключових груп ризику з урахуванням вікових страт (молодших і старших 25 років).
- Провести дослідження серед молодих СІН, а також більш детально вивчити характеристики ризикованої статевої поведінки в різних групах ризику.
- Проаналізувати випадки недавнього інфікування серед учасників біоповедінкового дослідження 2013 року, які отримали позитивний результат тесту на ВІЛ.
- Провести моделювання перебігу епідемічного процесу в залежності від доступності профілактичних програм.
- Забезпечити оцінку якості моніторингових даних щодо програм, які реалізуються громадськими організаціями.
- Відслідковувати дані щодо кількості ВІЛ-позитивних клієнтів профілактичних програм, які звернулись до Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом на базі Київської міської клінічної лікарні №5 (далі в тексті – Міський центр СНІДу) для підтвердження діагнозу та яких було взято під медичний нагляд.
- Вести облік із можливістю визначати вікову структуру клієнтів громадських організацій, їхнього ВІЛ-статусу та захворюваності на ІПСШ.
- Верифікувати результати біоповедінкового дослідження серед ПКС 2013 року щодо рівня поширеності ВІЛ-інфекції в цій групі шляхом проведення в ній чергового дозорного епіднагляду.
- Оцінити ефективність різних поведінкових та профілактичних втручань (наприклад, заходів зі зниження ризикованої статевої поведінки СІН, ПКС та ЧСЧ і забезпечення їх презервативами, надання ЧСЧ послуг з консультування і тестування на ВІЛ).
- Забезпечити збір даних, моніторинг і оцінку заходів, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування ІПСШ у групах ризику.
- Проводити облік хворих на ВІЛ/ТБ та смертності серед ЛЖВ, які були клієнтами профілактичних програм та програм догляду і підтримки, що реалізуються громадськими організаціями.
- Провести детальний аналіз смертності СІН, які отримували ЗПТ.
- Запровадити статистичний облік опортуністичних інфекцій серед ЛЖВ, що перебувають на диспансерному обліку, та провести розширений аналіз структури опортуністичних та супутніх захворювань серед померлих ЛЖВ.
- Забезпечити рутинний аналіз випадків неефективної АРТ в частині визначення основних факторів ризику.
- Забезпечити моніторинг випадків захворювання та особливостей перебігу туберкульозу серед ЛЖВ, які отримують АРТ.
- Забезпечити моніторинг і оцінку рівня прихильності ЛЖВ/СІН до АРТ.
- Провести аналіз ефективності АРТ серед ЛЖВ та ЛЖВ, які мають ко-інфекцію вірусних гепатитів В і С.
- Розглянути можливість проведення операційного дослідження щодо впливу вірусних гепатитів В і С на результати АРТ серед ЛЖВ/СІН.

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

Ключові питання, на які Проект потенційно може дати відповідь, визначено та пріоритизовано на зустрічі партнерів, яку було скликано Міським центром СНІДу за участю фахівців центру, надавачів послуг з профілактики та лікування ВІЛ, а також інших користувачів і власників наявних даних. Загалом було розглянуто 13 питань у трьох сферах протидії епідемії ВІЛ/СНІДу: (1) епідеміологія, (2) профілактика, (3) лікування і догляд. Після подальших дискусій та консультацій партнери пріоритизували та обрали 3 питання для поточного проекту із синтезу даних.

Питання 1: Якими є особливості розвитку епідемії в місті Києві?

1. Чим зумовлено зростання реєстрації випадків інфікування ВІЛ на сучасному етапі?
2. Чи є статевий шлях передачі ВІЛ домінуючим на сучасному етапі епідемії? Якщо «так», то серед якої групи населення?
3. Чи є фактор ВІЛ/ІПСШ (гонорея, хламідіоз, сифіліс) одним з визначальних для розвитку епідемії в Києві?
4. Яка роль бісексуальних ЧСЧ у поширенні ВІЛ-інфекції?

Питання 2: Наскільки ефективними є профілактичні програми?

1. Чи є профілактичні програми в групах ризику ефективними?
2. Чи достатньо ефективні програми профілактики серед ЧСЧ?
3. Чи впливає розвиток сервісу на збільшення виявлення випадків інфікування ВІЛ серед ЧСЧ (беручи до уваги активний розвиток ВІЛ/ЧСЧ-сервісу з 2008 року)?
4. Чому при доступності профілактичних програм триває виявлення ВІЛ на пізніх стадіях і зростає смертність серед ЛЖВ?

Питання 3: Що зумовлює високу смертність серед ЛЖВ?

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

Проект зі збору та узагальнення даних у місті Києві виконувався в рамках Проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні» (МЕТІДА), який підтримується Центрами США з контролю і профілактики захворювань (CDC) відповідно до Надзвичайного плану Президента США з боротьби зі СНІДом (PEPFAR).

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Незважаючи на широкомасштабні зусилля та сучасні засоби протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, національні програми часто потребують вдосконалення або навіть зміни пріоритетів, методології та інформування суспільства в міру зростання та зміни епідемії в країні. Оскільки захворюваність на ВІЛ-інфекцію залишається високою, потребують підтримки, розширення, перепрофілювання чи оновлення заходи, що мають на меті стримування інфекції. Моніторинг та оцінка програм профілактики та лікування ВІЛ у цільових групах – це ті два компоненти, які дозволяють виміряти прогрес і вплив вказаних програм, а також виявити зміни в епідемічному процесі. Ці дані потрібні для планування обсягу та характеру необхідних заходів. Впродовж останніх п'яти 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 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 другого покоління рекомендує регулярне проведення оцінок чи аналізу даних для забезпечення інформацією в ході протидії епідемії в рамках діяльності з моніторингу та оцінки. 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, в той час як статевий шлях передачі (в основному гетеросексуальний) було визначено як причину інфікування у 51% випадків. Переважання гетеросексуального шляху передачі ВІЛ 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 в місті Києві.

МЕТОДИ

Загальний підхід

Проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в місті Києві спрямовано на збір та інтерпретацію даних на різних рівнях з метою одержання відповідей на ключові питання стосовно епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Партнерами у впровадженні Проекту є ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», представництво Центрів з контролю і профілактики захворювань США в Києві, факультет глобальної охорони здоров'я Каліфорнійського університету, Сан-Франциско, США (UCSF), а також Центр співпраці ВООЗ з питань епіднагляду 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. Ці дискусії сприяли формулюванню ключових питань, наведених вище, початкового переліку потенційних джерел доступних даних, процесу синтезу даних, розподілу ролей та відповідальності. Наприкінці процесу аналізу даних було проведено заключний семінар з метою узгодження остаточної інтерпретації результатів і надання рекомендацій, розроблених на основі синтезу даних, а також здійснення нагляду шляхом партнерства між місцевими установами, UCSF та Центром співпраці ВООЗ з питань нагляду за ВІЛ. Результати та рекомендації представлено в остаточному 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, проведених 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 декількох 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, які вказано в наведеній нижче таблиці.

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

Питання в рамках проекту

Було запропоновано порівняти результати з багатьох джерел даних (якісних та кількісних), щоб надати 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 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 надати 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. Дані аналізу, агреговану інформацію, огляд літератури та звітів було зібрано і підсумовано з метою надання відповідей на питання.

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

- реєстрацію випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу;
- випадки інфікування ВІЛ зі стандартного рутинного тестування вагітних жінок та донорів;
- інтегровані біоповедінкові дослідження (ІБД), проведені у групах найвищого ризику інфікування ВІЛ: СІН, жінки комерційного сексу (ЖКС), ЧСЧ та ув'язнені;
- демографічні дані та опитування домогосподарств;
- дані національного 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 та географічний розподіл різних програм, зокрема для груп найвищого ризику.

Було порівняно та зіставлено тенденції, проведено аналіз даних з різних джерел для того, щоб визначити, які висновки найкраще пояснюють ці дані. Крім того, здійснено комплексний аналіз матеріалів рецензованих журналів та опублікованих програмних звітів, що забезпечує додаткову інформацію та прояснює контекст, а також додаткової інформації, що 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 остаточного звіту.

Структура звіту

У цьому звіті представлено коротку характеристику розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в місті Києві з початку реєстрації випадків інфікування ВІЛ та протягом періоду з 2008 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, наведеного для перевірки кожної гіпотези, викладено 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 в місті Києві

Місто Київ – столиця України, що має статус окремого адміністративного регіону. Це мегаполіс, де проживає близько 3 млн. осіб, або понад 6% усього населення країни.

Для кращого розуміння розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в місті Києві наведемо її основні характеристики з моменту реєстрації першого випадку інфікування ВІЛ. Історично Київ є одним з регіонів України, найбільше уражених епідемією ВІЛ-інфекції. У рейтинговій оцінці інтенсивності епідемічного процесу за 2013 рік Київ посідає 26 місце серед 27 регіонів України, що відносить його до одного з найбільш проблемних².

Вперше випадки інфікування ВІЛ у Києві зареєстровано у 1987 році. Впродовж наступного десятиріччя за рахунок масового обстеження населення, що практикувалося до 1994 року, щорічно виявлялося від 8 до 60 випадків ВІЛ-інфекції.

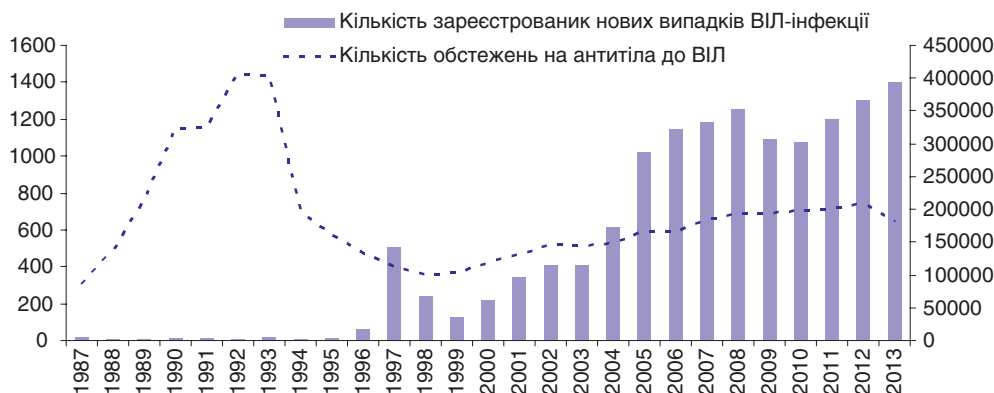


Рис. 1. Реєстрація випадків інфікування ВІЛ у м. Києві за 1987-2013 р.р.

Починаючи з 1997 року, на тлі сплеску захворюваності на гострий гепатит В³ спостерігалася значне зростання реєстрації випадків парентерального інфікування ВІЛ, спричиненого ін'єкційним споживанням наркотиків, що також збігалася з динамікою реєстрації випадків наркотичної залежності.

До 2012 року переважно реєструвалися випадки парентерального інфікування ВІЛ, однак щорічно зростала кількість зареєстрованих випадків інфікування статевим шляхом. Також слід відзначити, що в останні роки в складі статевого шляху інфікування ВІЛ почали збільшуватися випадки інфікування внаслідок гомосексуальних контактів.

² ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 41 / Під загальною редакцією О.К. Толстона. – 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 Моніторинг гострого гепатиту С почався лише з 2003 року.

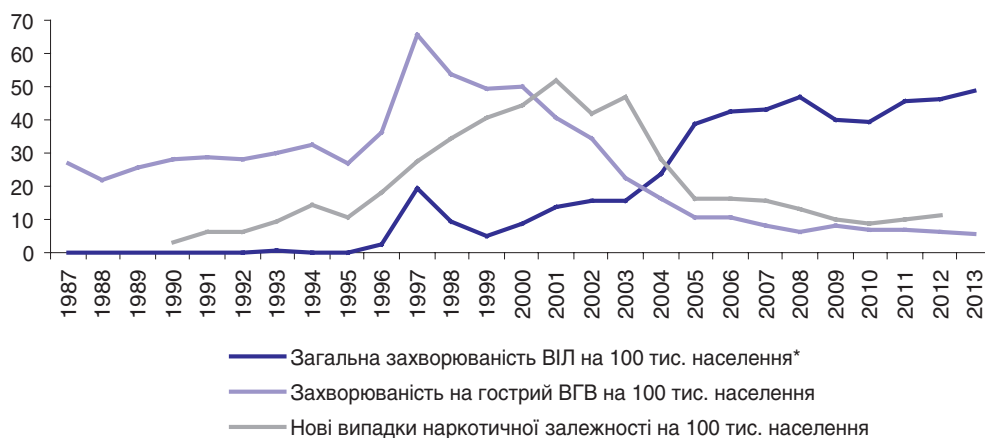


Рис. 2. Порівняння показників захворюваності на ВІЛ, наркотичної залежності та захворюваності на гострий гепатит В (ВГВ) у м. Києві за період 1987-2013 р.р.
(* – серед громадян України)



Рис. 3. Співвідношення парентерального та статевих шляхів інфікування ВІЛ серед уперше зареєстрованих випадків у м. Києві за період 1987-2013 р.р.

Разом зі зростанням кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в останнє десятиріччя стрімко зростає і реєстрація випадків СНІДу – як серед осіб, які вже перебували на диспансерному обліку, так і серед вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції.

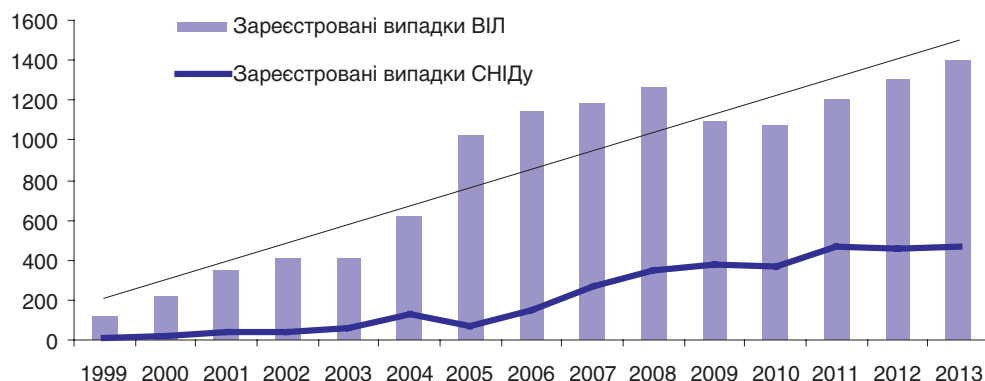


Рис. 4. Вперше зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції та СНІДу в м. Києві у 1999-2013 р.р.

Для цього триангуляційного дослідження було обрано період з 2008 по 2013 роки, який мав такі тенденції в розвитку епідемії:

- 1) Повільне скорочення та стабілізація показника кількості й частки ВІЛ-позитивних результатів тестування серед населення, протестованого в межах рутинного тестування на ВІЛ у закладах охорони здоров'я та, зокрема, в кабінетах "Довіра".

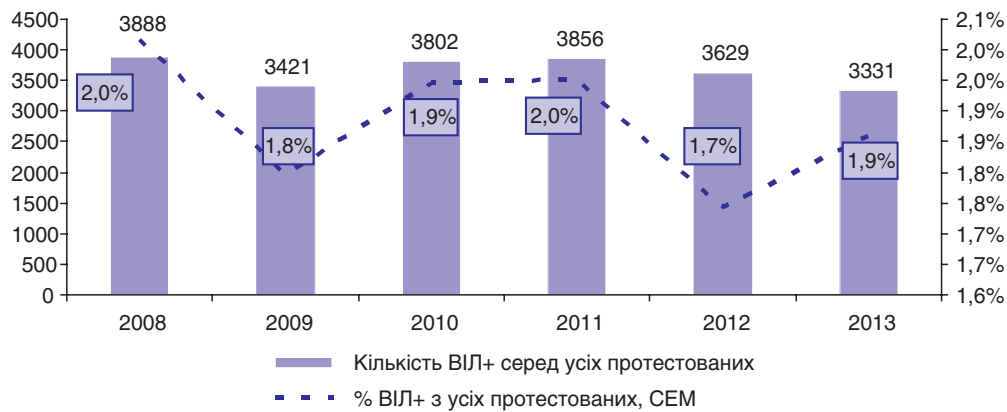


Рис. 5. Кількість і частка ВІЛ-позитивних результатів серед усіх осіб, протестованих на ВІЛ

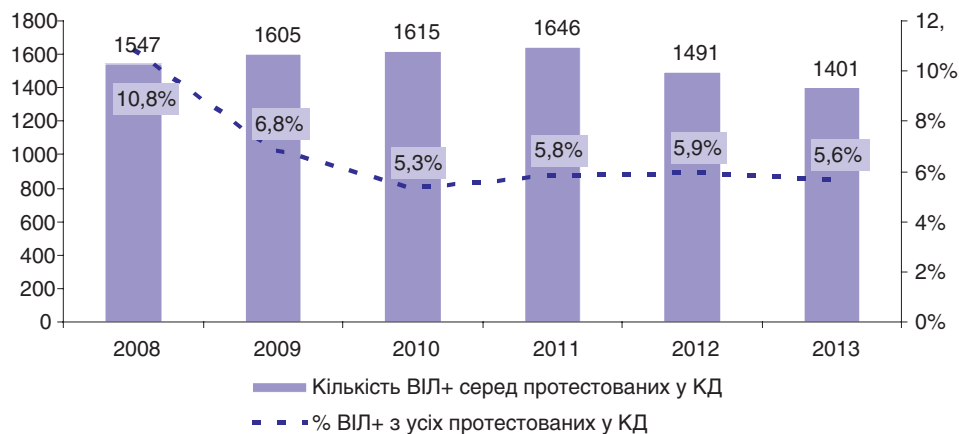


Рис. 6. Кількість і частка ВІЛ-позитивних результатів серед осіб, протестованих на ВІЛ у кабінетах «Довіра»

- 2) Зростання кількості осіб, узятих під медичний нагляд з уперше встановленим діагнозом ВІЛ, насамперед за рахунок зростання кількості осіб, інфікованих статевим шляхом.

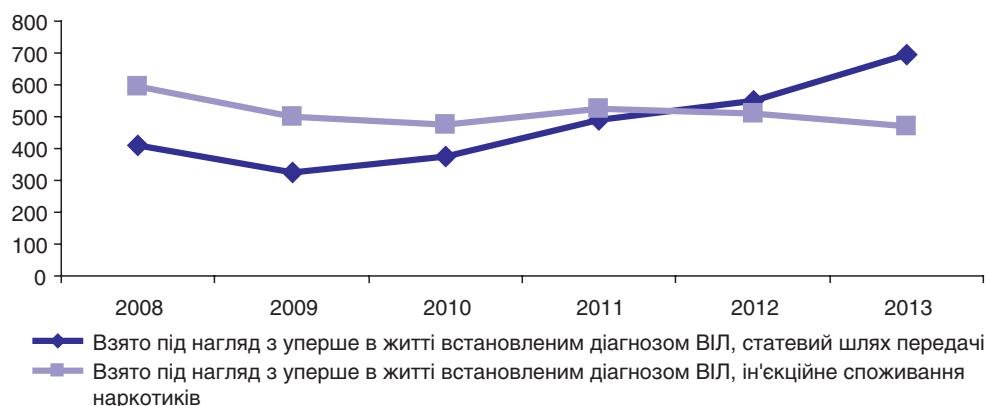


Рис. 7. Розподіл вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за шляхом інфікування

- 3) Рівномірне збільшення кількості зареєстрованих випадків як серед жінок, так і серед чоловіків віком від 15 років.

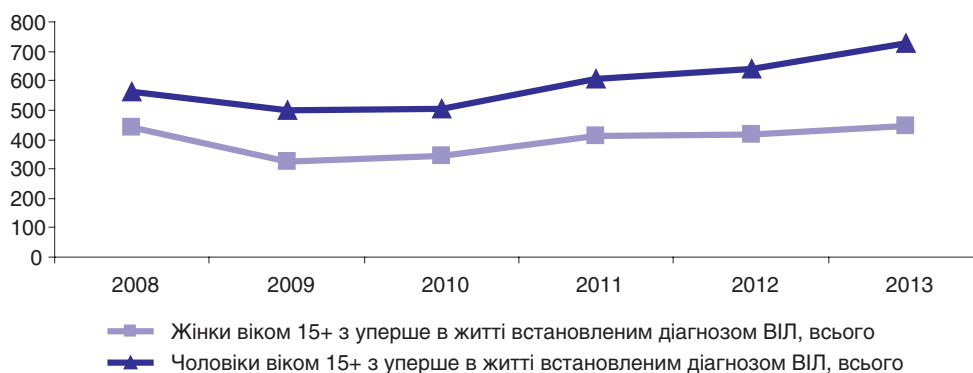


Рис. 8. Розподіл вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за статтю

- 4) Залишається стабільною кількість випадків, взятих під медичний нагляд з уперше встановленим діагнозом ВІЛ, серед жінок (з 2009 року) і чоловіків-СІН; спостерігається суттєве зростання кількості випадків статевого інфікування ВІЛ серед осіб, узятих під медичний нагляд з уперше встановленим діагнозом ВІЛ, як серед чоловіків, так і серед жінок, а також значний приріст випадків гомосексуального інфікування ВІЛ серед чоловіків.

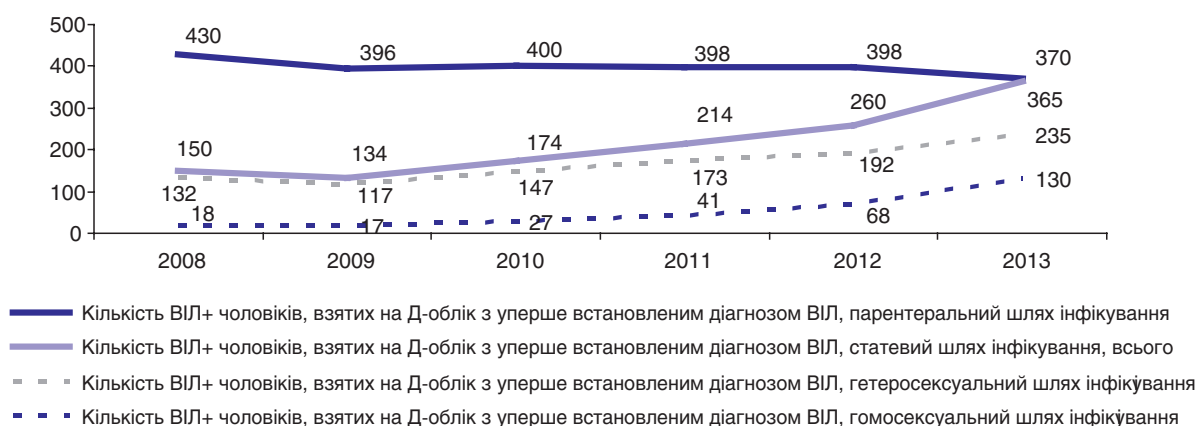


Рис. 9. Розподіл вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед чоловіків за шляхом інфікування

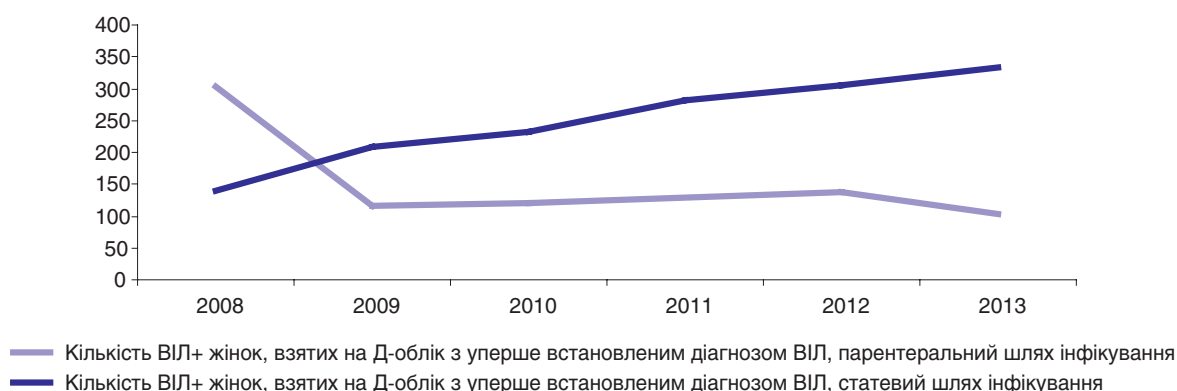


Рис. 10. Розподіл вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед жінок за шляхом інфікування

- 5) Оціночна чисельність груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ у Києві, за даними 2012 року, становить 31 300 СІН (2,1% постійного населення Києва віком 15-49 років), 10 700 ПКС (1,4% жіночого населення віком 15-49 років) та 36 600 ЧСЧ (5,1% чоловічого населення Києва віком 15-49 років).

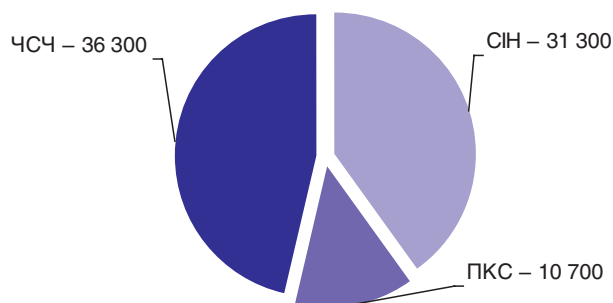


Рис. 11. Оціночна чисельність представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ

- 6) Результати дозорного епіднагляду, проведеного в межах біоповедінкових досліджень, вказують на високий рівень поширеності ВІЛ у трьох основних групах ризику: СІН, ПКС та ЧСЧ. При цьому в групі СІН поширеність ВІЛ поступово знижується. В групі ПКС показник поширеності ВІЛ був вищим, ніж в інших групах ризику, за винятком 2013 року, коли показник скоротився у понад 12 разів порівняно з 2009 та 2011 роками. Також спостерігається значне зростання інфікованості на ВІЛ в групі ЧСЧ.

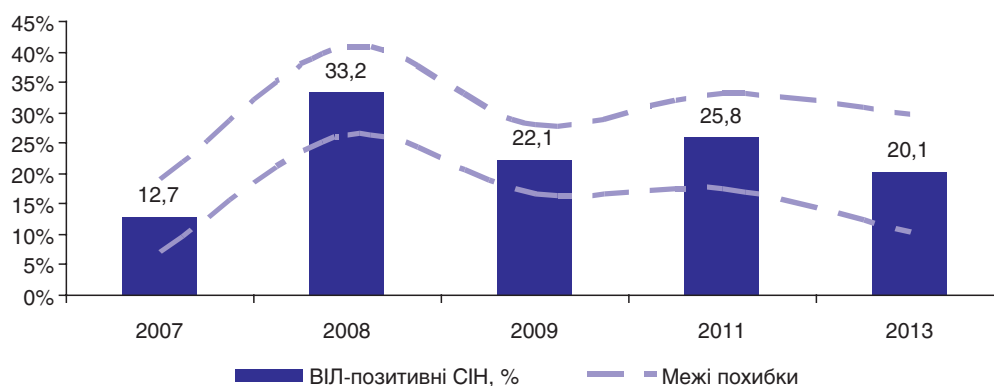


Рис. 12. Рівень поширеності ВІЛ у групі СІН, за результатами біоповедінкових досліджень, проведених у Києві

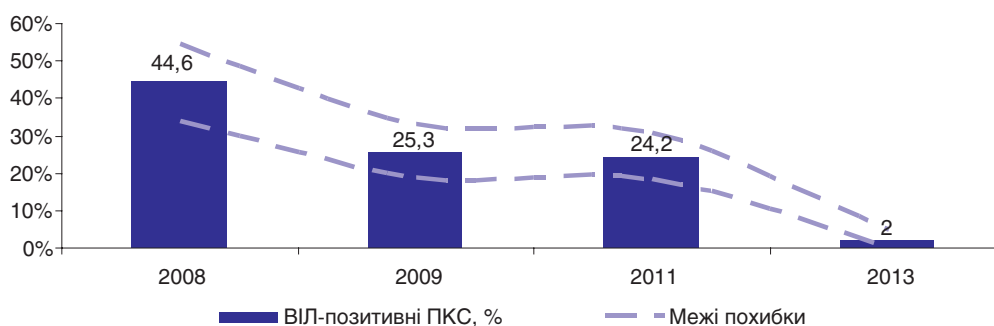


Рис. 13. Рівень поширеності ВІЛ в групі ПКС, за результатами біоповедінкових досліджень, проведених у Києві

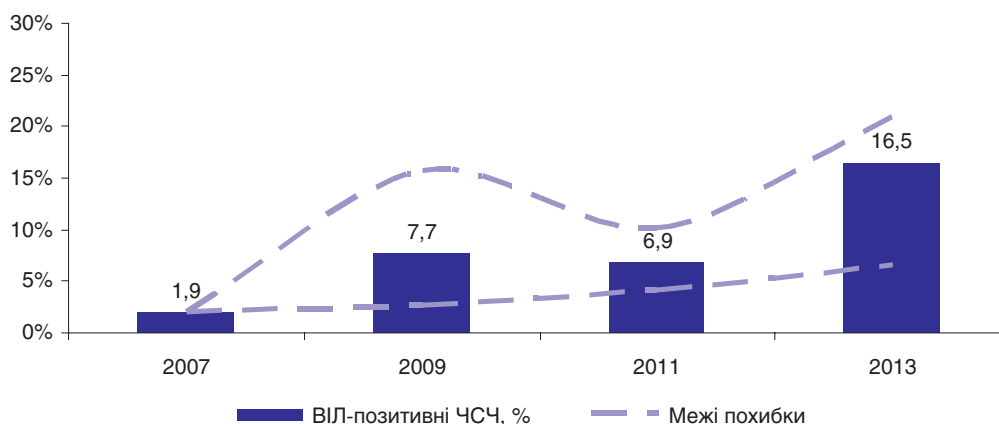


Рис. 14. Рівень поширеності ВІЛ в групі ЧСЧ, за результатами біоповедінкових досліджень, проведених у Києві

- 7) Результати моніторингу впровадження в Києві програм профілактики ВІЛ у групах ризику засвідчили, що найкращого охоплення цими програмами, який перевищує рекомендований рівень (60%) для досягнення Універсального доступу до послуг з профілактики ВІЛ, було досягнуто у групі СІН. Охоплення представниць групи ПКС у 2013 році наблизилося до рекомендованого показника, а охоплення ЧСЧ в останні роки сягало лише 25-26% від оціночної чисельності групи.

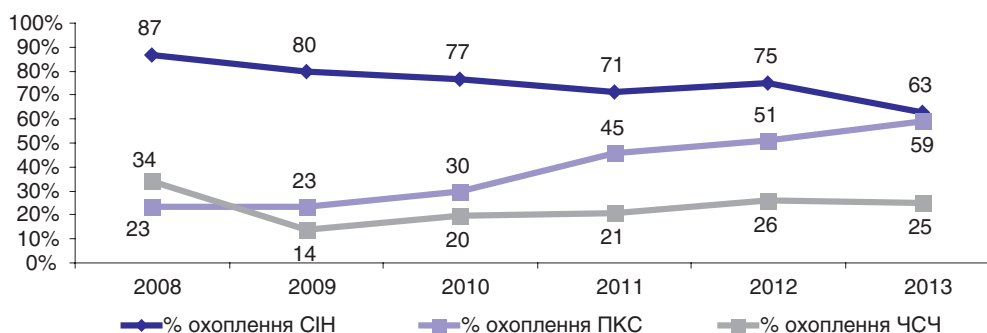


Рис. 15. Охоплення груп ризику мінімальним пакетом профілактичних послуг у 2008-2013 р.р., % від оціночної кількості представників груп ризику

Таким чином, епідемія ВІЛ-інфекції в Києві характеризувалася високою інтенсивністю і розвивалася в основному за рахунок інфікування внаслідок ін'єкційного споживання наркотиків. Однак у 2012 році кількість зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ внаслідок статевого інфікування вперше перевищила кількість випадків парентерального інфікування. При цьому кількість випадків статевого інфікування ВІЛ серед жінок випередила кількість випадків інфікування внаслідок споживання наркотиків ін'єкційно ще у 2009 році.

Інфікованість ВІЛ серед представників груп ризику є однією з найвищих в Україні, при цьому, за оціночними даними, в Києві 2,1% постійного населення віком 15-49 років є споживачами ін'єкційних наркотиків, 1,4% жіночого населення віком 15-49 років залучено до комерційного сексу та 5,1% чоловічого населення віком 15-49 років мають секс із чоловіками.

У місті впроваджуються програми профілактики передачі ВІЛ серед представників груп ризику, причому найбільшого охоплення такими програмами досягнуто серед представників групи СІН. Охоплення представниць групи ПКС в останні роки постійно зростало і у 2013 році майже сягало рекомендованого показника охоплення для забезпечення ефективності програм профілактики у цій групі. Лише чверть ЧСЧ мали доступ до програм профілактики у 2012-2013 роках.

Спеціалізована медична допомога ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД надається в Міському центрі СНІДу і включає скринінг загального населення та груп ризику на ВІЛ-інфекцію, стаціонарну допомогу хворим на ВІЛ/СНІД дорослим (45 ліжок), амбулаторну медичну допомогу та диспансеризацію ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дорослих, вагітних та дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

На базі Київської міської дитячої клінічної лікарні №1 відкрито 10 спеціалізованих ліжок для дітей, хворих на ВІЛ/СНІД. Акушерсько-гінекологічна допомога ВІЛ-позитивним жінкам надається переважно на базі Київського міського центру перинатальної та репродуктивної медицини. Вкрай необхідного спеціалізованого відділення для лікування хворих на поєднану патологію ВІЛ-інфекція/туберкульоз у м. Києві досі не створено.

У сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції в місті активно працюють понад 30 громадських організацій, з них 18 співпрацюють з Міським центром СНІДу та соціальними службами.

Основна сфера діяльності громадських організацій – реалізація профілактичних заходів у середовищі груп ризику, переадресація вперше виявлених ВІЛ-позитивних осіб до Міського центру СНІДу для встановлення клінічного діагнозу, забезпечення соціального супроводу, здійснення заходів з догляду та підтримки ЛЖВ.

Підготовчий етап проведення триангуляції

Вибір питань

Відповідно до методики проведення триангуляції, найпершим завданням є формулювання та вибір питань, які є найбільш актуальними для регіону і які можна дослідити з використанням триангуляційного підходу.

З цією метою в лютому 2014 року на базі Міського центру СНІДу було проведено зустріч основних партнерів і зацікавлених сторін.

У зустрічі взяли участь члени міжвідомчої робочої групи з МіО, представники громадських організацій, співробітники центру.

У ході дискусії було визначено 15 питань, з них учасники зустрічі обрали 8, які відповідали критеріям: важливість питання, можливість реалізувати практичні заходи, спираючись на результати триангуляції, можливість застосувати метод триангуляції для відповіді на питання, доступність даних, новизна або брак досліджень у певному напрямку, а також можливість провести аналіз у стислі терміни. В подальшому такі питання було згруповано у 3 основні питання з уточнювальними підпитаннями.

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

Доопрацювання питань та уточнення основних джерел даних з міжнародними експертами

Обрані під час зустрічі основних партнерів і зацікавлених сторін питання та джерела даних для проведення триангуляції було відправлено на розгляд і доопрацьовано з представниками UCSF. Запропоновані корективи до дослідницьких питань та додаткові джерела даних для аналізу було враховано та включено до роботи.

Первинні результати триангуляції обговорювалися з національними та міжнародними експертами у травні 2014 року, а також з основними національними партнерами у сфері ВІЛ/СНІДу на робочій зустрічі в липні 2014 року. Під час таких зустрічей було скориговано питання та уточнено інтерпретацію отриманих результатів.

Питання для триангуляції

Якими є особливості розвитку епідемії в місті Києві?

Наскільки ефективними є профілактичні програми для груп підвищеного ризику?

Що зумовлює високий рівень смертності серед ЛЖВ?

Дані для аналізу (2008-2013 роки):

- оцінка чисельності груп СІН, ПКС, ЧСЧ (дані 2012 року);
- дані про захворюваність на ВІЛ-інфекцію, СНІД і смертність від СНІДу;
- розподіл осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція (незалежно від стадії захворювання) за статтю, віком та шляхами інфікування;
- дані рутинного тестування на ВІЛ;
- дані за результатами програмної діяльності (SYREX, Альянс), результати програмного моніторингу щодо груп СІН, ПКС, ЧСЧ;
- результати програмного моніторингу щодо кількості клієнтів програм догляду і підтримки (Case ++, Мережа);
- дані поведінкових та біоповедінкових досліджень;
- результати моделювання епідпроцесу в програмі “Спектрум”;
- інформаційні бюлетені про розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні (м. Київ);
- дані диспансерного обліку;
- демографічні дані;
- результати міжнародних досліджень і наукові публікації.

Питання 1: Якими є особливості розвитку епідемії в місті Києві?

1. Чим зумовлене зростання реєстрації випадків інфікування ВІЛ на сучасному етапі?
2. Чи є статевий шлях передачі ВІЛ домінуючим на сучасному етапі епідемії? Якщо «так», то серед якої групи населення?
3. Чи є фактор ВІЛ/ІПСШ (гонорея, хламідіоз, сифіліс) одним з визначальних для розвитку епідемії в Києві?
4. Яка можлива роль бісексуальних ЧСЧ у поширенні ВІЛ-інфекції?

Якими є особливості розвитку епідемії в місті Києві?



Дані	Обмеження даних
Сероепідмоніторинг (рутинне тестування на ВІЛ різних груп населення)	Внесено зміни до обліково-звітних форм: 2008-2012 роки – облік кількості тестів; 2013 роки – облік кількості клієнтів, зміна звітних форм/кодів. У звітних формах відсутня дезагрегація за статтю/віком.
Результати тестування в кабінетах «Довіра»	Дані можуть залежати від ефективності співпраці з НУО та налагодженості програми переадресації ВІЛ+ клієнтів НУО для тестування в кабінетах «Довіра».
Рутинний епіднагляд (диспансеризація)	Зміна звітних форм у 2013 році. Вікова група 25-49 років занадто широка, тому в її межах неможливо прослідкувати відмінності.
Програмні дані	Дані досить важко зіставні, доступні залежно від наявності програм. Розподіл витратних матеріалів неможливо прослідкувати в розрізі окремих груп найвищого ризику. Ведення статистики в розрізі окремих клієнтів доступне лише з 2012 року.
Демографічні дані	Інформація про наявне постійне населення міста Києва доступна, однак для міста характерні інтенсивні міграційні процеси.
Чисельність груп ризику	Розрахункові дані залежать від якості інших даних, на яких вони ґрунтуються.
Біоповедінкові та поведінкові дослідження	Зміна методологій дослідження. Кількість учасників у групі до 25 років набагато менша від групи 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: У місті Києві спостерігається зниження інтенсивності епідемічного процесу в окремих групах

Проведений аналіз дозволяє підтримати висунуту гіпотезу за рахунок таких доказів:

- 1) Спостерігається зниження рівня інфікованості серед первинних донорів та вперше протестованих вагітних, що може свідчити про сповільнення епідемії. При цьому слід зважати на обмеження показника інфікованості серед вагітних, оскільки він найкраще відображає зміни поширеності ВІЛ серед загального населення в генералізованих епідеміях⁴, а також має ряд обмежень, пов'язаних з тим, що вагітні жінки мають більший ризик інфікування ВІЛ порівняно з жінками, які користуються презервативами для запобігання вагітності, або з жінками, які менш сексуально активні. Також ВІЛ-статус одного з партнерів може знижувати фертильність або знання ВІЛ-статусу може впливати на рішення щодо вагітності. Крім того, на підставі наявних даних щодо вагітних неможливо провести аналіз соціально-економічних характеристик, що також можуть впливати на ризик інфікування ВІЛ. На показник інфікованості ВІЛ серед донорів також можуть впливати ряд факторів, зокрема, проведення в деяких роках масових кампаній із залучення населення до донорства, а також донорство як спосіб заробітку для певних прошарків населення, які можуть мати підвищений ризик інфікування ВІЛ.

⁴ Guidelines for measuring national HIV prevalence in population-based surveys. (2005). UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI surveillance http://data.unaids.org/pub/manual/2005/20050101_gs_guide-measuringpopulation_en.pdf.



Рис. 16. Частка ВІЛ-позитивних результатів тестування серед уперше обстежених вагітних та первинних донорів

- 2) Основний приріст серед осіб, взятих під медичний нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ, характерний для груп старшого віку (вікові групи 30-39 років, 40-49 років та 50 років і старші), що може свідчити про переважно реєстрацію випадків давнього інфікування ВІЛ.

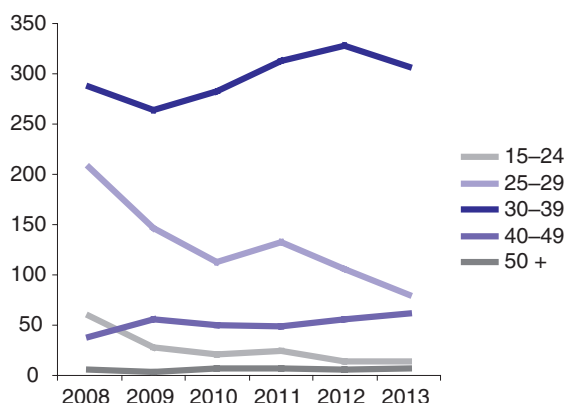


Рис. 17. Вперше зареєстровані випадки ВІЛ серед чоловіків у різних вікових групах

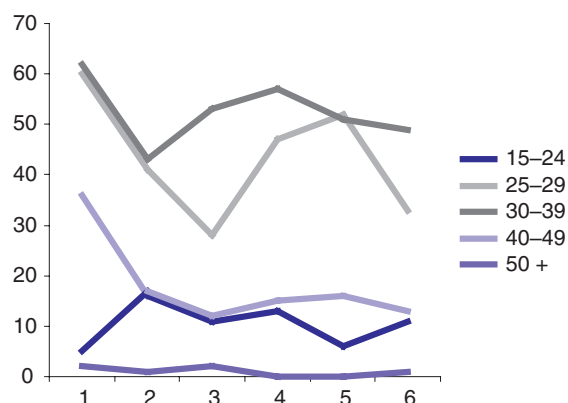


Рис. 18. Вперше зареєстровані випадки ВІЛ серед жінок у різних вікових групах

Слід звернути увагу на зміни демографічного складу у вікових групах населення, характерні для Києва (Рис. 19), що також вказує на збільшення кількості представників старших груп населення, особливо у групі 30-39 років.

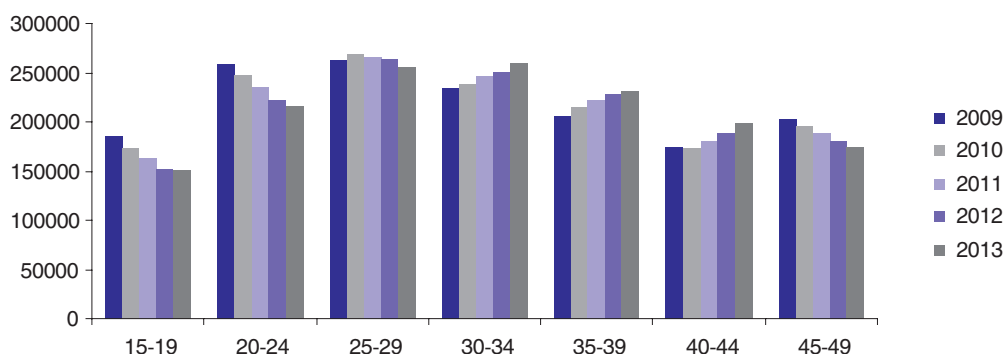


Рис. 19. Зміни чисельності населення Києва за віковими групами

Проте якщо проаналізувати кількість уперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед чоловіків та жінок на 100 тисяч відповідного населення (показник захворюваності), то отримані результати (Рис. 20-21) також вказують на найбільше зростання кількості зареєстрованих випадків у старших вікових групах – 30-39 та 40-49 років.

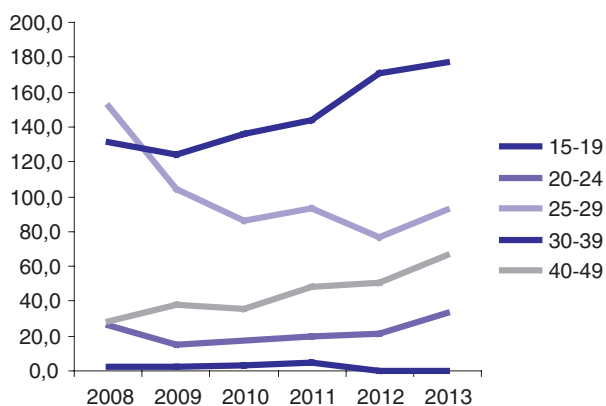


Рис. 20. Вперше зареєстровані випадки ВІЛ серед чоловіків у різних вікових групах на 100 тис. відповідного населення

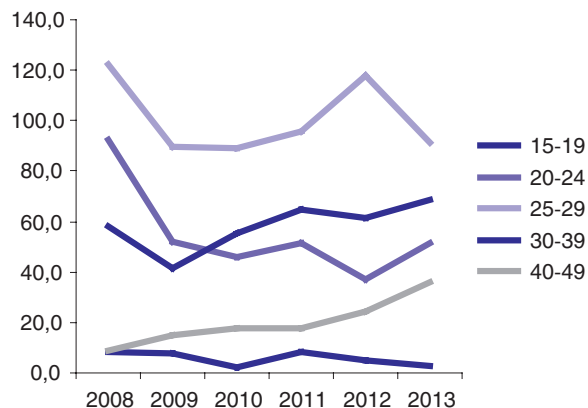


Рис. 21. Вперше зареєстровані випадки ВІЛ серед жінок у різних вікових групах на 100 тис. відповідного населення

Звертає на себе увагу повільне зростання показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію у групі чоловіків віком 20-24 роки, особливо у 2013 році, що може свідчити про збільшення кількості зареєстрованих випадків недавнього інфікування або про налагодження роботи із вчасного виявлення випадків інфікування ВІЛ.

Найвищий рівень захворюваності серед жінок характерний для групи 25-29 років, що можна пояснити масовим скринінгом вагітних на ВІЛ та якісною диспансеризацією жінок з ВІЛ-позитивним статусом у межах програми профілактики передачі від матері до дитини. Так, більшість жінок репродуктивного віку, яких було зареєстровано з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ, становили вагітні ВІЛ-інфіковані жінки (Рис. 22).

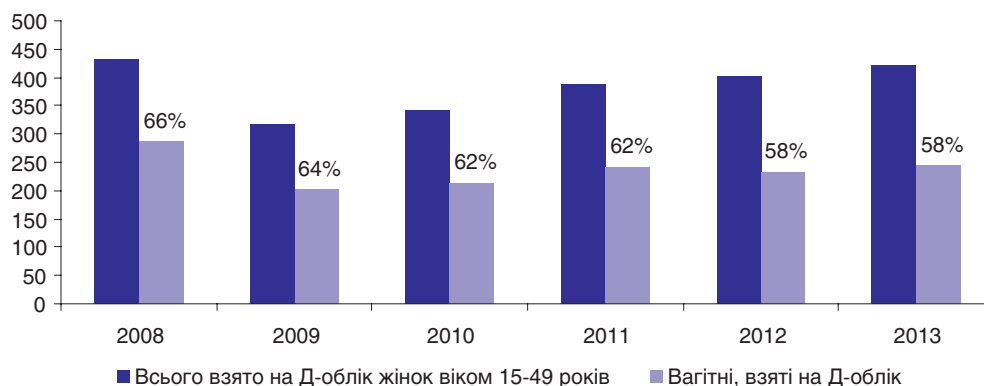


Рис. 22. Частка ВІЛ-позитивних вагітних, зареєстрованих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, в загальній кількості вперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед жінок

- 3) Зростання частки осіб, взятих під медичний нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ у III і IV клінічних стадіях, особливо серед осіб з парентеральним шляхом інфікування ВІЛ. Однак у 2013 році відмічається зростання діагностування ВІЛ у I-II стадіях у всіх групах, що може свідчити про покращення своєчасного виявлення ВІЛ та постановки на облік у ранніх стадіях або про можливий сплеск інфікування ВІЛ в окремих групах населення.

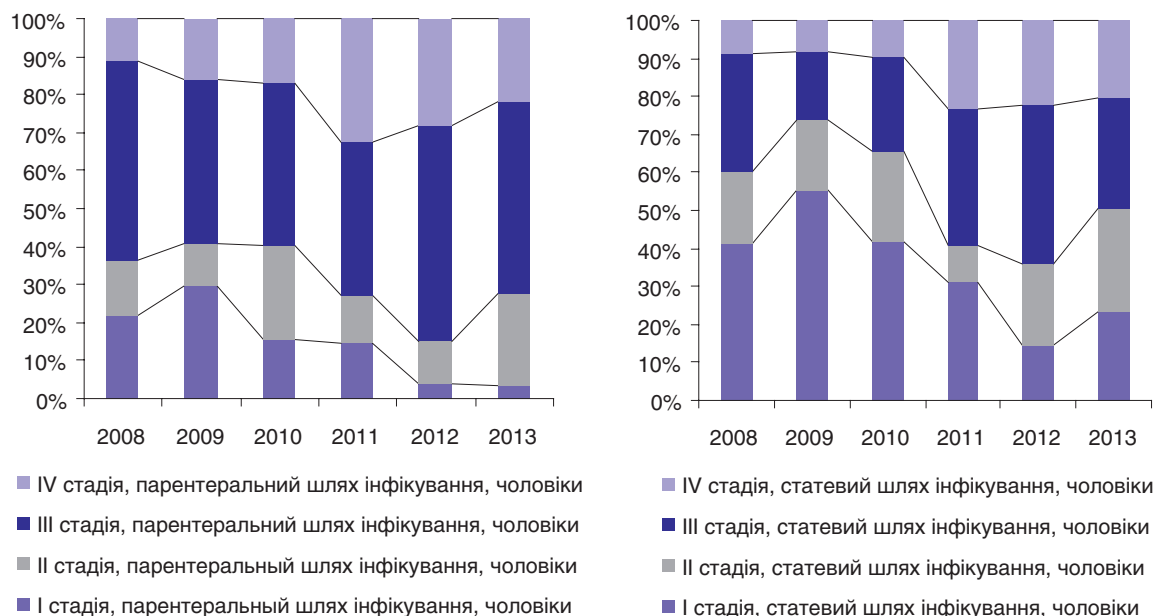


Рис. 23. Порівняння структури зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ за клінічними стадіями серед чоловіків залежно від шляху інфікування

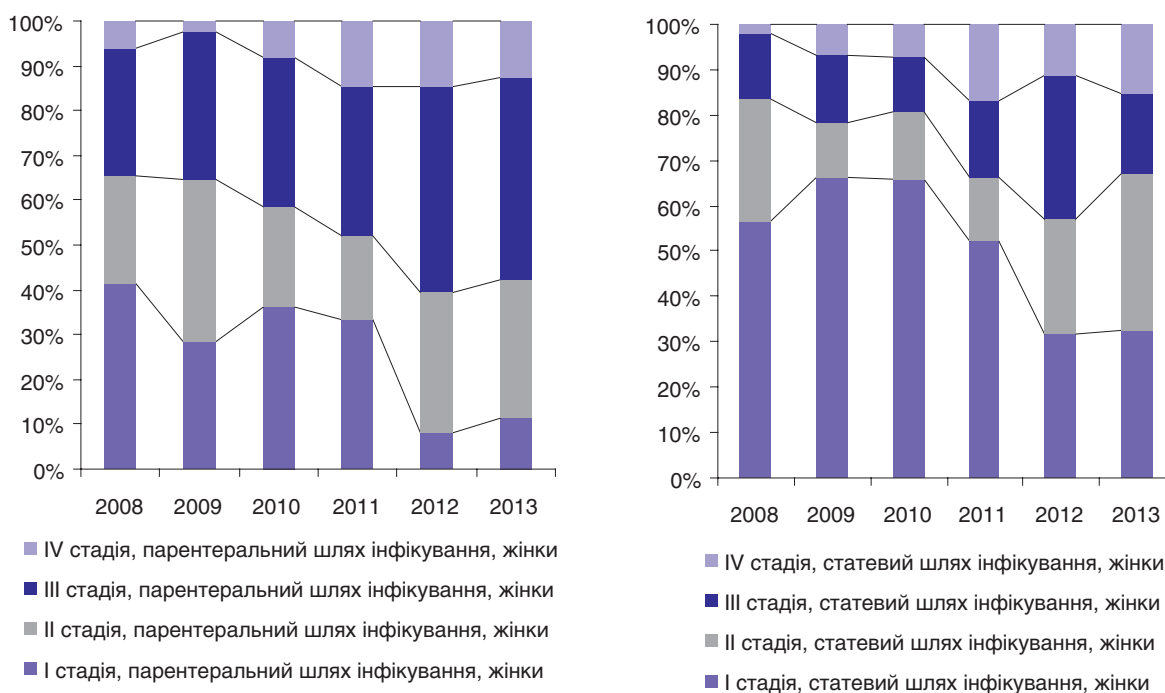


Рис. 24. Порівняння структури зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ за клінічними стадіями серед жінок залежно від шляху інфікування

- Змодельована істинна захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами розрахунків у програмі “Спектр” вказує на те, що у 2008-2013 роках загальна кількість нових випадків інфікування скорочувалася, в першу чергу серед жінок (Рис. 25). Скорочення нових випадків інфікування відбувалося насамперед у групах СІН та ПКС, тоді як розрахункова кількість нових випадків у групі ЧСЧ стрімко зростала і у 2013 році, ймовірно, сягала вже 58% усіх нових випадків серед чоловіків.



Рис. 25. Розрахункова кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед жінок та чоловіків

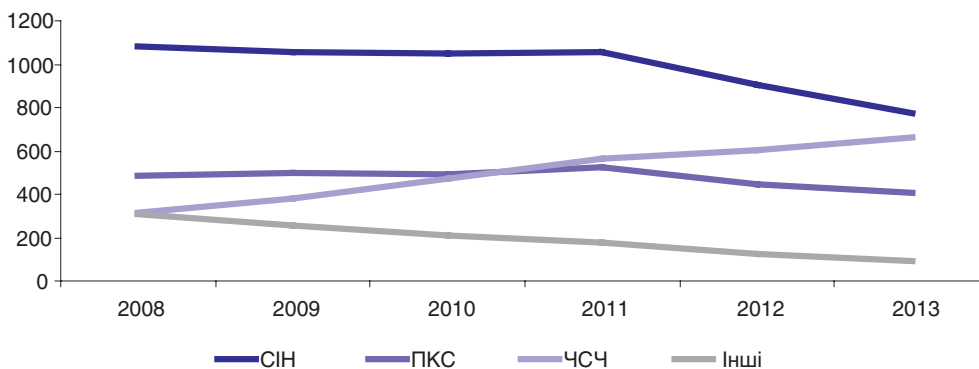


Рис. 26. Розрахункова кількість нових випадків інфікування ВІЛ у групах ризику

- 5) Кількість виявлених випадків інфікування ВІЛ та інфікованість ВІЛ серед осіб, обстежених в межах рутинного тестування на ВІЛ, у групі СІН скорочується. Якщо врахувати, що кількість протестованих СІН в останні роки не зменшувалася, а навіть у 2012-2013 р.р. зросла, то це, ймовірно, вказує на зниження захворюваності в цій групі.

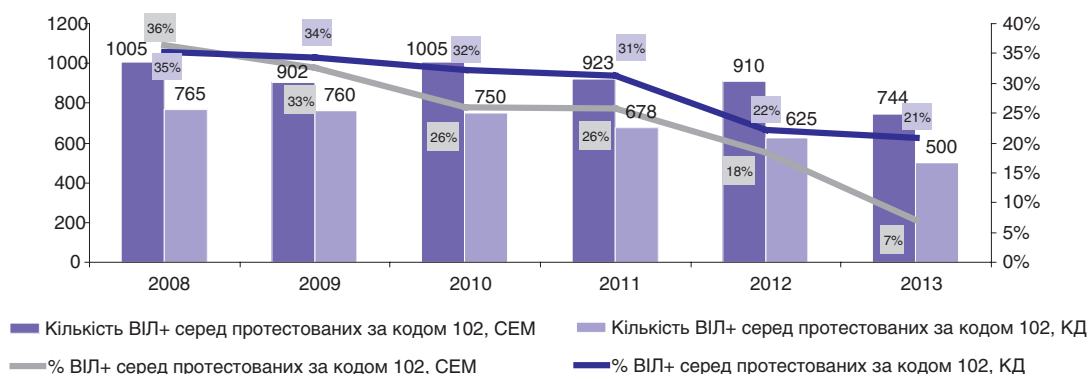


Рис. 27. Виявлення випадків інфікування ВІЛ та рівень інфікованості серед осіб, які пройшли тестування (всього в місті Києві та в кабінетах "Довіра") та яких було ідентифіковано як СІН (код 102)

- 6) Незважаючи на збільшення виявлення випадків інфікування ВІЛ серед осіб з численними незахищеними контактами (код класифікації групи в СЕМ – 105), слід зазначити, що таке збільшення є наслідком майже трикратного збільшення чисельності населення, протестованого за цим кодом, що вплинуло на зниження частки ВІЛ-позитивних випадків у групі. Також варто врахувати, що до цієї категорії осіб можуть потрапляти особи, які не мали бажання визнавати досвід

споживання наркотиків або гомосексуальні стосунки. Разом з тим, слід звернути увагу на особливо помітне зростання виявлення випадків у цій групі у 2013 році.

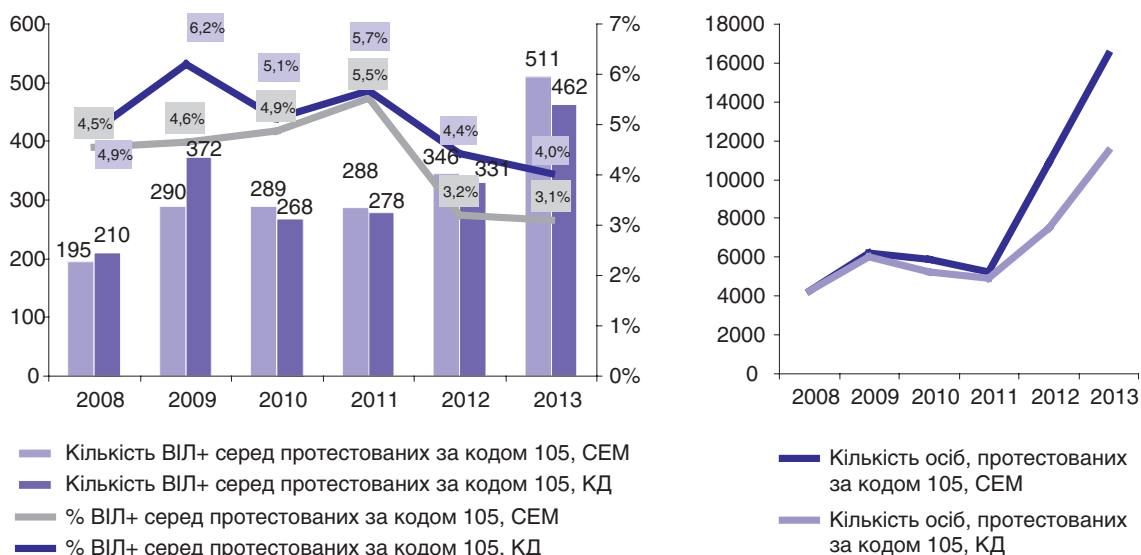


Рис. 28. Виявлення випадків інфікування ВІЛ та рівень інфікованості серед осіб, які пройшли тестування (всього в місті Києві та в кабінетах “Довіра”) та яких було ідентифіковано як осіб з численними незахищеними контактами (код 105)

Крім того, за даними спостережень, відмічається суттєвий приріст випадків ВІЛ-інфекції за рахунок чоловіків зі статевим шляхом інфікування, переважна більшість випадків – це інфікування внаслідок гетеросексуальних контактів чоловіків із ВІЛ-позитивними жінками.

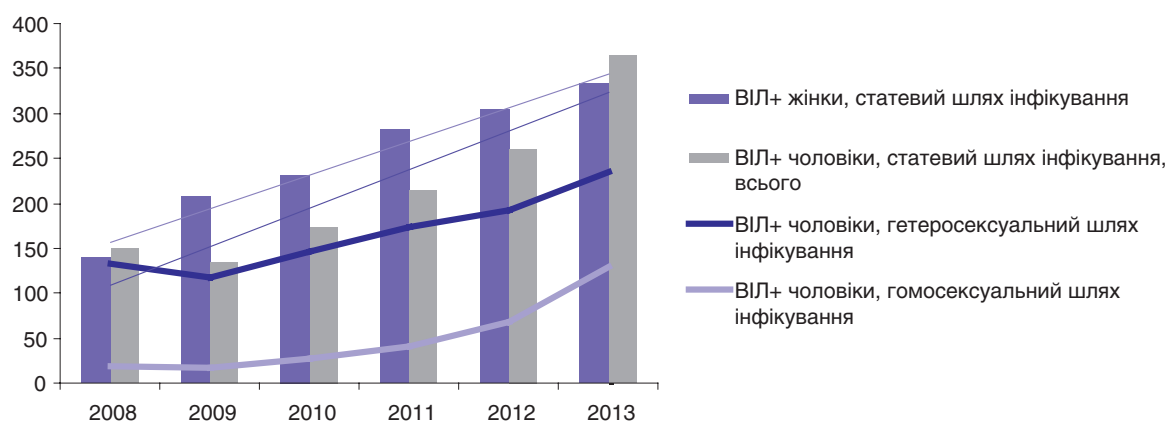


Рис. 29. Виявлення випадків інфікування ВІЛ зі статевим шляхом передачі

- 7) Зростання кількості та частки випадків, виявлених за клінічними показаннями (код 113.2). При цьому зниження у 2013 році частки випадків ВІЛ-інфекції в цій групі пояснюється тим, що за вказаним кодом обстежено більше населення (у 2013 році – 18,9% від усіх протестованих на ВІЛ). За умови збереження кількості протестованих на рівні 2012 року, рівень інфікованості в цій групі міг би сягати 6,6%.



Рис. 30. Виявлення випадків інфікування ВІЛ та рівень інфікованості серед осіб, що пройшли тестування за клінічними показаннями (код 113.2)

- 8) За результатами біоповедінкових досліджень спостерігається зниження рівня інфікованості у групах СІН та ПКС (див. Рис. 12), однак при розгляді вікових груп СІН до 25 років і старших 25 років відзначається зростання інфікованості у групі молодих СІН, що може свідчити про активізацію епідемії в цій групі (Рис. 31).

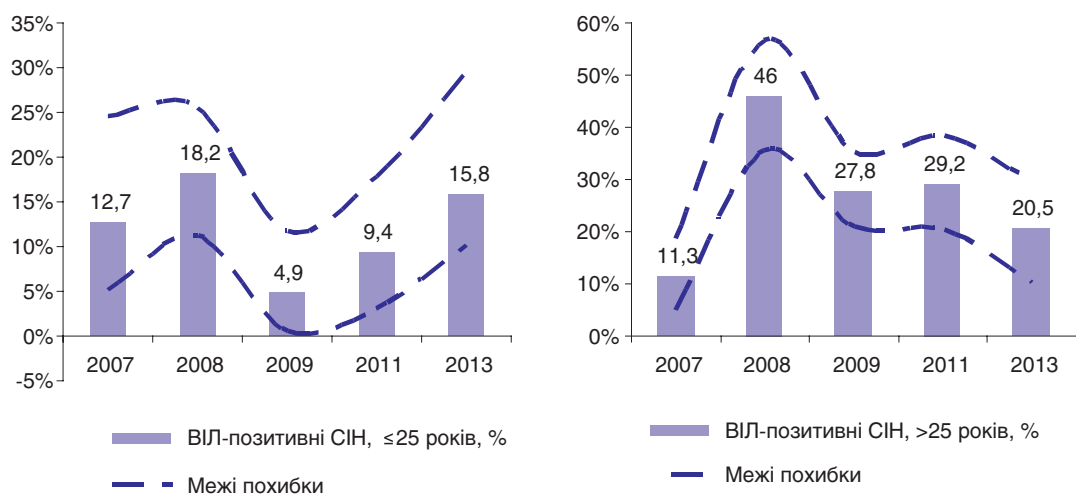


Рис. 31. Рівень поширеності ВІЛ у різних вікових групах СІН, за результатами біоповедінкових досліджень, проведених у Києві

- 9) Спостерігається зростання інфікованості серед ЧСЧ, особливо виражене у групі до 25 років.

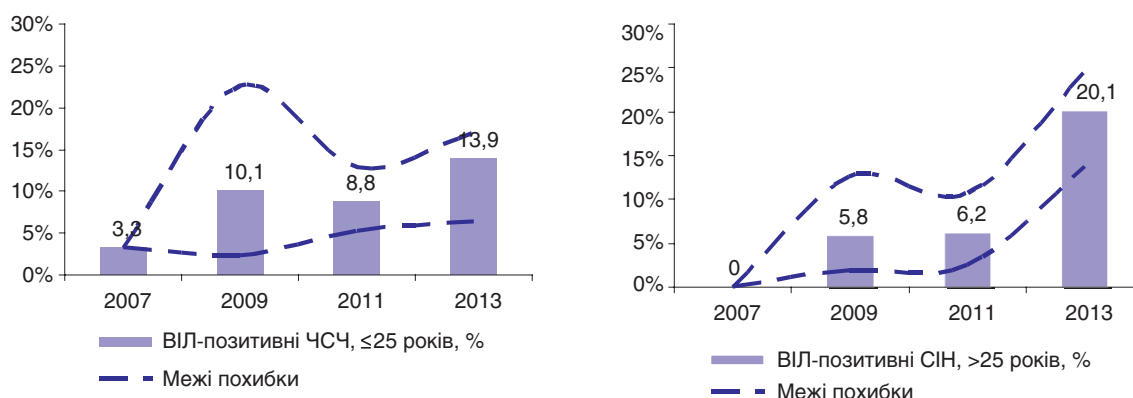


Рис. 32. Рівень поширеності ВІЛ у різних вікових групах ЧСЧ, за результатами біоповедінкових досліджень, проведених у Києві

Висновки до гіпотези 1.1

В цілому можна підтвердити висунуту гіпотезу про те, що в місті Києві спостерігається поступове зниження інтенсивності епідемічного процесу в окремих групах населення, обґрунтовуючи це такими спостереженнями:

- скорочення інфікованості серед донорів та вагітних;
- виявлення та реєстрація вперше діагностованих випадків інфікування ВІЛ у старших вікових групах населення (30 років і старші) можуть свідчити про давнє інфікування та пізнє взяття таких осіб під медичний нагляд;
- зростання частки осіб, насамперед СІН, взятих під медичний нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ у III і IV клінічних стадіях;
- результати моделювання істинної захворюваності у програмі “Спектр” вказують на загальне скорочення кількості нових випадків інфікування ВІЛ в аналізований період часу;
- скорочення частки ВІЛ-інфікованих серед усіх протестованих, які мали досвід споживання наркотиків;
- зростання кількості осіб, що проходять тестування та виявляються за клінічними показаннями;
- скорочення поширеності у групах СІН та ПКС за результатами біоповедінкових досліджень, які в попередньому періоді переважно забезпечували приріст нових випадків інфікування ВІЛ.

Разом з тим, не можна відкинути альтернативну гіпотезу про те, що в Києві зберігається висока інтенсивність епідемічного процесу в групах ризику, зважаючи на такі спостереження:

- у 2013 році відмічається зростання реєстрації нових випадків у I-II клінічних стадіях, що може свідчити про своєчасне виявлення та реєстрацію випадків інфікування ВІЛ;
- збільшення виявлення випадків інфікування ВІЛ серед протестованих осіб, які мали численні незахищені статеві контакти;
- суттєве збільшення вперше зареєстрованих випадків інфікування статевим шляхом серед чоловіків;
- результати моделювання у програмі “Спектр” та результати біоповедінкових досліджень вказують на стрімке зростання поширення ВІЛ у групі ЧСЧ;
- звертає на себе особливу увагу високий показник інфікованості у групі молодих СІН за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року, що збігається зі збільшенням кількості випадків серед осіб, інфікованих внаслідок споживання наркотиків, у I-II клінічних стадіях перебігу ВІЛ-інфекції.

Українські науковці⁵ запропонували розглядати епідемію з точки зору існування двох окремих субпопуляцій з різними шляхами передачі ВІЛ-інфекції: I субпопуляції – СІН та II субпопуляції – не-СІН. Відповідно, I фаза епідемічного процесу є фазою переважно ін'єкційного поширення ВІЛ-інфекції, а II фаза – фазою переважно статевого поширення ВІЛ-інфекції. Отже, можна припустити, що тепер відбувається саме II фаза епідемії з характерною для неї інтенсивністю. Відповідно, і оцінки цього процесу мають відрізнятися.

Підсумовуючи, можна зазначити, що в період, визначений для дослідження, відбулося зниження інтенсивності в окремих групах населення (СІН, ПКС), котрі тривалий час були рушійною силою епідемії; виняток становлять СІН молодого віку та ЧСЧ. У загальній популяції населення існує «прихований», але досить інтенсивний епідемічний процес за рахунок статевого шляху інфікування переважно серед чоловіків.

⁵ Линский И.В., Минко А.И. Вклад потребителей инъекционных наркотиков в распространение ВИЧ-инфекции и внедрение программ заместительной терапии // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2008. – № 1. – С. 23–30.

Перевірка гіпотези 1.2: Статевий шлях інфікування набуває актуальності та стає домінуючим при збереженні ролі СІН молодшого віку

Ця гіпотеза частково знайшла підтвердження в аналізі, наведеному для першої гіпотези, насамперед за рахунок переважання статевого шляху інфікування, що фіксується серед осіб, взятих під медичний нагляд з уперше встановленим діагнозом ВІЛ, та переважанням СІН, вперше зареєстрованих з діагнозом ВІЛ у III та IV клінічних стадіях.

Окрім цього, на підтримку вказаної гіпотези свідчать такі аргументи:

- 1) Зниження кількості вперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ із парентеральним шляхом інфікування у всіх вікових групах, окрім груп 30-39 років (зниження кількості випадків у цій групі відбулося лише у 2013 році) та 40-49 років (Рис. 17). Оскільки середній вік початку ін'єкційного споживання наркотиків в Україні становить близько 20 років⁶, більшість СІН (94%) вперше спробували наркотики у віці до 28 років⁷, це, ймовірно, вказує на переважне виявлення ВІЛ серед СІН через декілька років після інфікування. Таким чином, реєстрація значної частки випадків інфікування ВІЛ у групі СІН припадає на осіб старшої вікової групи та, ймовірно, стосується випадків давнього інфікування.
- 2) Спостерігається зростання кількості протестованих та позитивних результатів тестування на ВІЛ-інфекцію серед осіб, які мали контакт з ВІЛ-інфікованою особою (Рис. 33). При цьому такі випадки інфікування ВІЛ з причини статевих контактів з ВІЛ-інфікованими становлять дедалі більшу частку від усіх ВІЛ-позитивних результатів серед протестованих на ВІЛ.

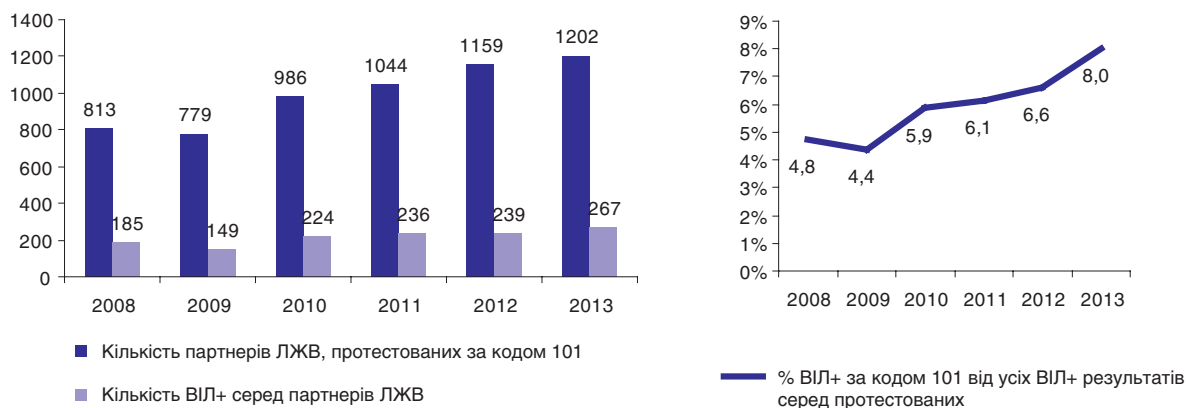


Рис. 33. Результати тестування на ВІЛ серед осіб, які мали статеві стосунки з ЛЖВ

- 3) Як вже було зазначено при наведенні даних для аналізу першої гіпотези, щорічно зростає кількість виявлених осіб серед тих, хто мав численні незахищені статеві контакти. При цьому кількість ВІЛ-позитивних результатів у цій групі щорічно становить все більшу частку від усіх ВІЛ-позитивних результатів тестування.

⁶ Сазонова, Я.О. Аналіз факторів, що спричиняють першу спробу наркотичних речовин ін'єкційним шляхом // Соціологія. – 2010. – №4. – С.97-107. – <http://www.ukr-socium.org.ua/Arhiv/Stati/4.2010/97-107.pdf>.

⁷ Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти / За ред. Е.М. Лібанової. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2010. – 248 с.

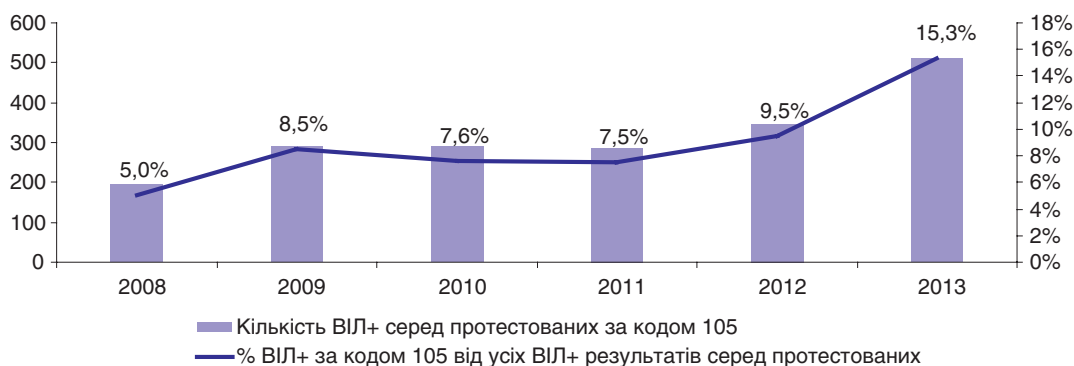


Рис. 34. Частка позитивних результатів тестування на ВІЛ серед осіб, які мали незахищені статеві контакти, від усіх позитивних результатів тестування

- 4) Зростання кількості випадків інфікування статевим шляхом може бути й наслідком інфікування ВІЛ внаслідок незахищених статевих контактів з ВІЛ-позитивними СІН. Так, за даними біоповедінкових досліджень у місті Києві, відсоток СІН, які завжди використовували презерватив протягом останніх 30 днів зі своїми статевими партнерами, становив 63% у 2009 році і лише 31% – у 2013 році (Рис. 35). Зважаючи на високий рівень інфікованості у групі та її значну оціночну чисельність, ризикована статева поведінка може призводити до численних інфікувань ВІЛ серед партнерів СІН, особливо в умовах недостатнього доступу СІН до АРТ (див. аналіз до питання 3).

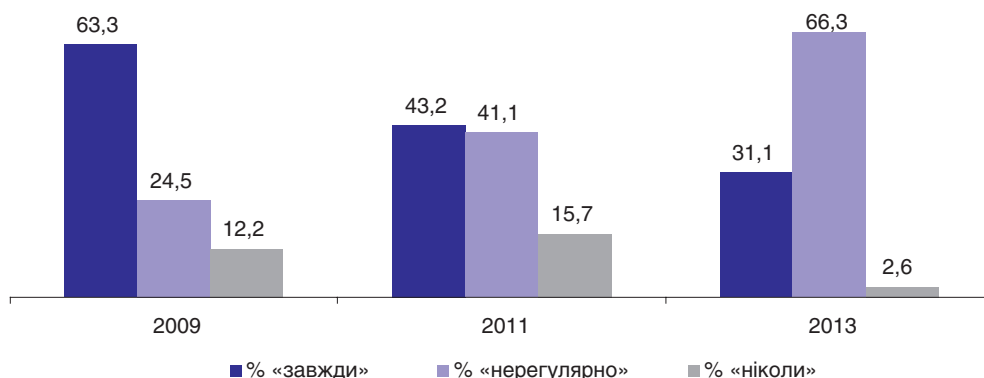


Рис. 35. Використання СІН презерватива протягом останніх 30 днів зі статевими партнерами, за даними біоповедінкових досліджень

- 5) Ризикована поведінка ПКС також може бути фактором, що веде до поширення ВІЛ як серед представниць групи, так і серед їхніх статевих партнерів. Так, за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року в місті Києві, лише 48,8% ПКС завжди використовували презерватив під час вагінального сексу та 43,9% – під час анального сексу зі своїми клієнтами протягом останнього місяця (Рис. 36).

Зважаючи на те, що в середньому одна ПКС мала протягом останнього місяця понад 37 різних партнерів, ризик інфікування є високим як для партнерів ПКС, так і для самих представниць групи.

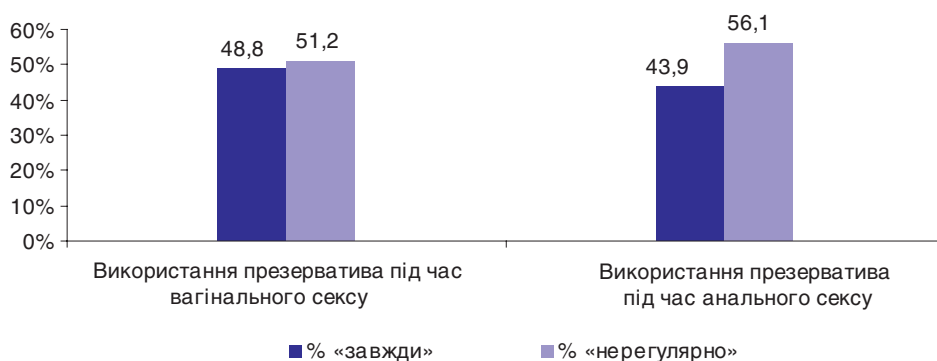


Рис. 36. Використання презерватива серед ПКС, за даними біоповедінкових досліджень

Окрім цього, ПКС мають значний ризик інфікування ВІЛ через досить поширені в цій групі практики споживання наркотиків. Так, у біоповедінковому дослідженні 2013 року майже половина ПКС (48,4%) зазначили, що вони мають досвід споживання наркотиків різних видів, а 9,3% ПКС повідомили про досвід ін'єкційного споживання наркотиків протягом останніх 12 місяців.

- 6) Однією з основних груп, що відіграє ключову роль у поширенні ВІЛ статевим шляхом, є група ЧСЧ. В першу чергу слід відзначити зростання кількості виявлених випадків інфікування ВІЛ серед цієї групи, за результатами рутинного тестування, а також зростання кількості ЧСЧ, взятих під медичний нагляд з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція.

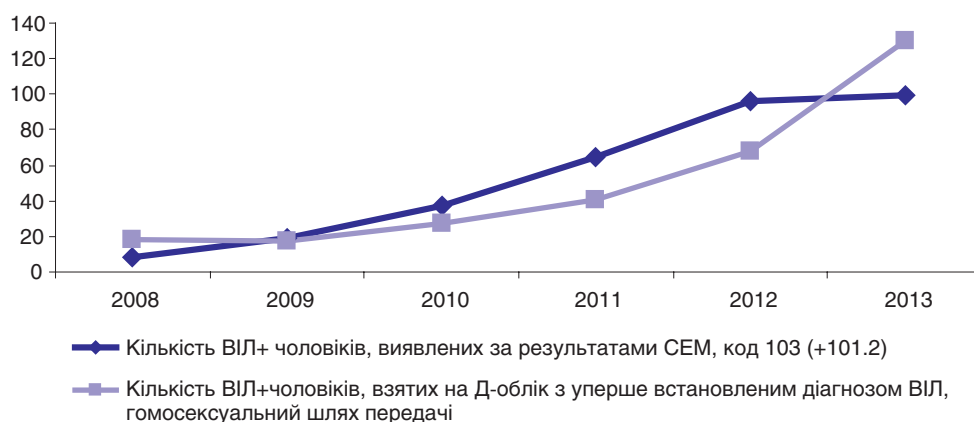


Рис. 37. Виявлення позитивних випадків інфікування ВІЛ серед ЧСЧ та взяття на облік ВІЛ-інфікованих ЧСЧ

Зростання кількості зареєстрованих випадків ЧСЧ з ВІЛ-статусом може пояснюватися покращенням послуг з КіТ на ВІЛ для цієї групи та налагодженням переадресації клієнтів профілактичних програм для проходження тестування за рахунок впровадження кейс-менеджменту в 2012-2013 роках.

Реальна ж кількість цих випадків значно більша, але високий рівень стигми та бісексуальна поведінка (в т.ч. можливе перебування у шлюбі) не дозволяють визначити шлях інфікування при тестуванні та взятті на облік.

Разом з тим, поширеність ВІЛ у групі ЧСЧ в останні роки зростала, про що свідчать результати проведених у місті Києві біоповедінкових досліджень у 2009-2013 роках. При цьому зростання рівня інфікованості ВІЛ характерне як для групи ЧСЧ віком понад 25 років, так і, навіть більшою мірою, для ЧСЧ віком до 25 років (див. Рис. 32).

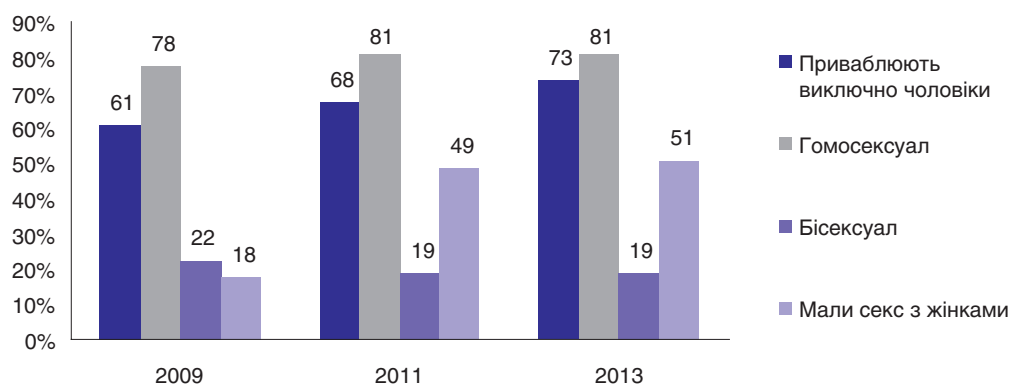


Рис. 38. Особливості статевої поведінки ЧСЧ, за даними біоповедінкових досліджень

Результати моделювання у програмі “Спектр” засвідчили, що за існуючого рівня інфікованості в групі ЧСЧ та наявної оціночної чисельності цієї групи, в найближчі роки слід очікувати сплеску епідемії ВІЛ-інфекції в місті Києві саме серед ЧСЧ.

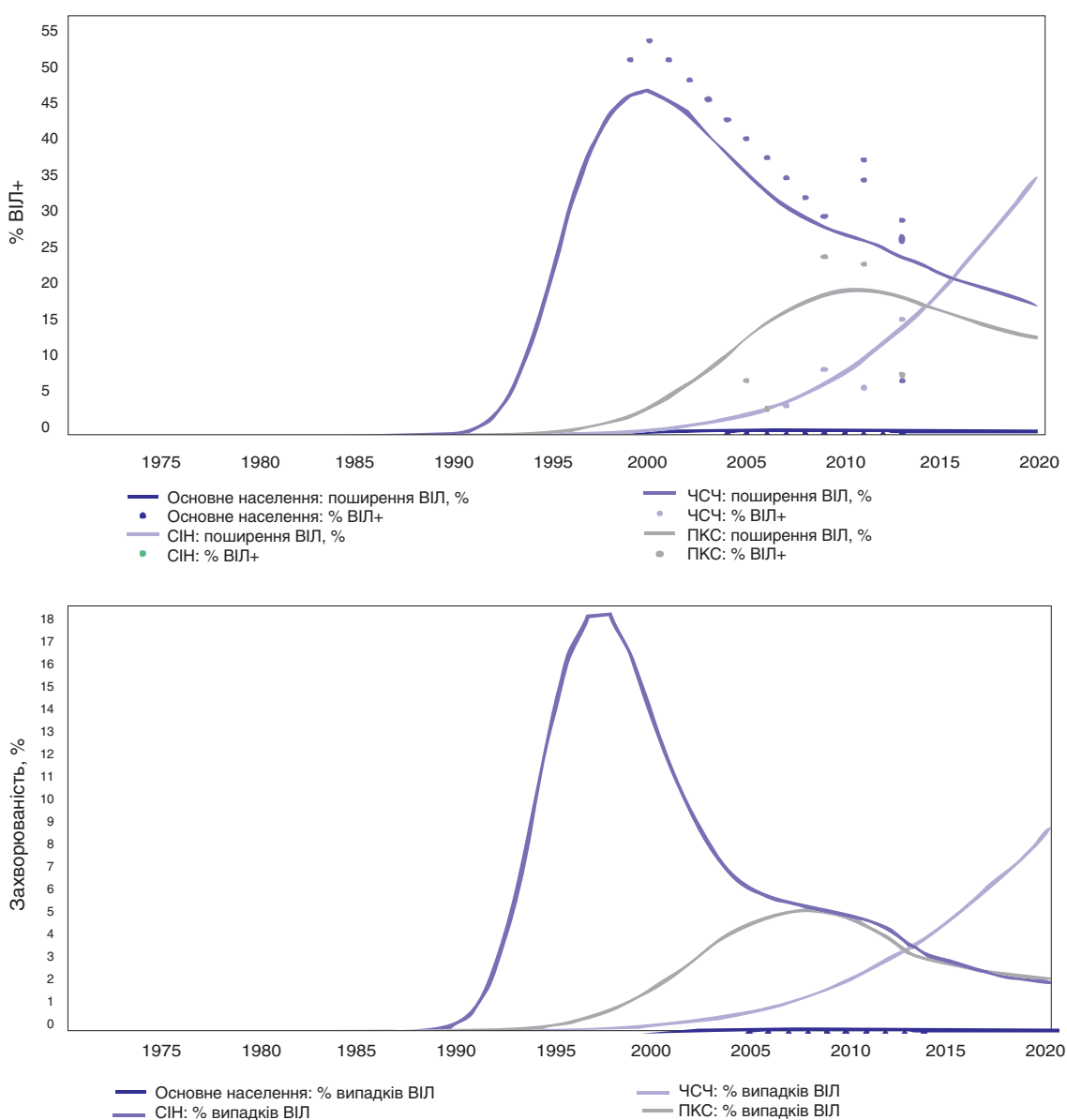


Рис. 39. Моделювання розвитку епідемії у програмі “Спектр”

Спираючись на результати біоповедінкових досліджень, варто зазначити, що в цілому серед ЧСЧ міста Києва знижується рівень ризикованої поведінки щодо незахищеного анального сексу, оскільки щорічно зростає кількість ЧСЧ, які вказують про регулярне користування презервативами в таких випадках протягом останніх 30 днів, однак залишається значною частка ЧСЧ, які нерегулярно або ніколи не користувалися презервативами під час таких статевих контактів.

За даними біоповедінкового дослідження 2011 року, можна стверджувати, що загалом ЧСЧ ведуть досить активне статеве життя, причому ЧСЧ молодшого віку мають більше статевих контактів найвищого ризику (анальні пасивні статеві контакти), при цьому менш регулярно користуються презервативами (майже 40% ЧСЧ цієї вікової групи не використовували презерватив під час анального сексу або використовували його нерегулярно).

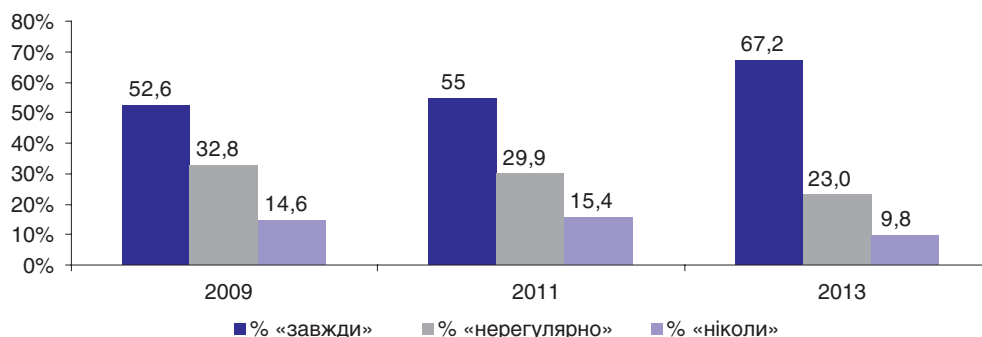


Рис. 40. Використання презерватива протягом останніх 30 днів серед ЧСЧ, за даними біоповедінкових досліджень

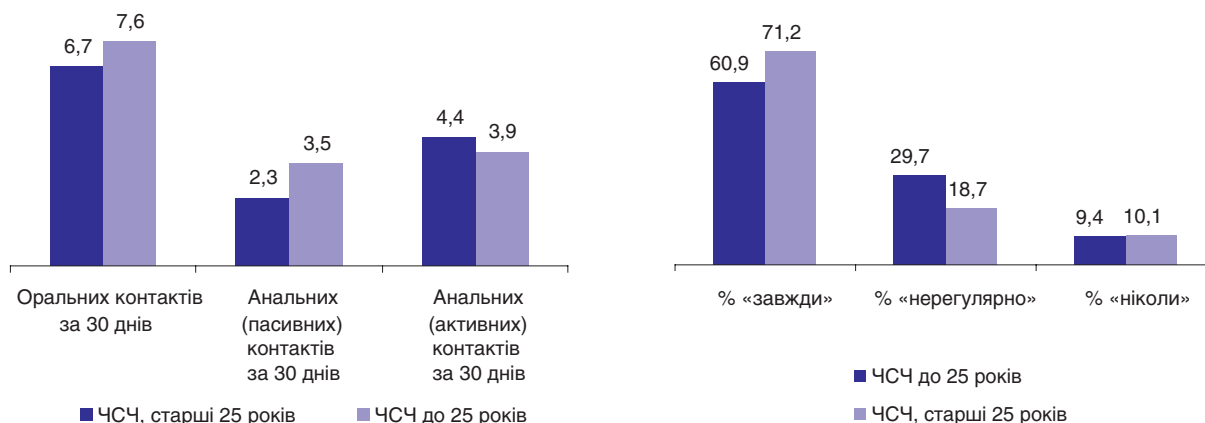


Рис. 41. Ризикована статеву поведінка та використання презерватива протягом останніх 30 днів серед ЧСЧ, за даними біоповедінкових досліджень

Крім цього, варто відзначити можливу суттєву роль бісексуальних ЧСЧ у поширенні інфекції ВІЛ. Згідно з результатами біоповедінкових досліджень 2011 і 2013 років, 18,5% ЧСЧ самоідентифікували себе як бісексуали, при цьому більше половини з них (50,5%) коли-небудь мали секс із жінками. Хоча лише 9,3% ЧСЧ Києва у 2013 році повідомили про те, що вони мали секс із жінками протягом останніх 6 місяців, значення цього показника в попередні роки та в середньому по Україні є набагато вищим, що може свідчити про зниження значення показника по Києву.

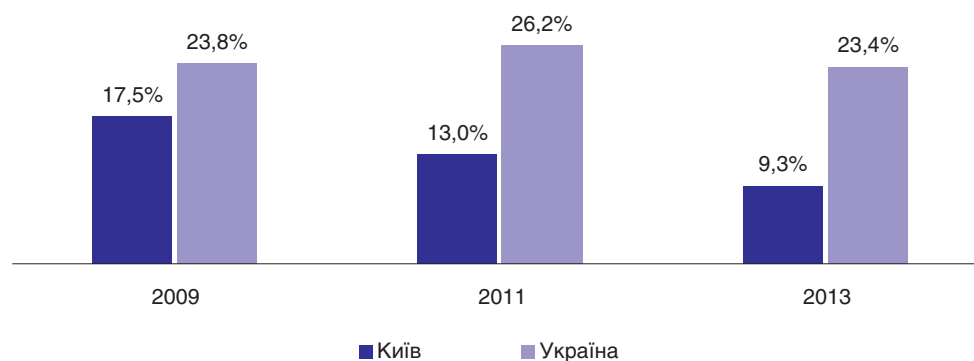


Рис. 42. Частка ЧСЧ, які повідомили про досвід сексу з жінками протягом останніх 6 місяців

Результати регулярних біоповедінкових досліджень та поведінкового дослідження серед бісексуальних ЧСЧ, що проводилося у п'яти містах України у 2013 році⁸, а також оцінка ризиків інфікування ВІЛ при різних незахищених статевих контактах з ВІЛ-позитивним партнером⁹ дають можливість оцінити потенційні ризики щодо інфікування ВІЛ для бісексуальних ЧСЧ та їхніх партнерів.

Таблиця 1. Оцінка ризику передачі ВІЛ бісексуальними ЧСЧ

Показник	Значення	Джерело або метод розрахунку
Всього ЧСЧ	36300	оціночна чисельність
Бісексуальні ЧСЧ	6716	розрахунково (18,5% ЧСЧ за результатами БПД 2013 року ідентифікували себе як бісексуали)
ВІЛ+ бісексуальні ЧСЧ	1074	розрахунково (поширеність ВІЛ у групі ЧСЧ 16% за результатами БПД 2013 року)
Кількість анальних (пасивних) контактів за 30 днів	2,8	за результатами БПД 2011 року в місті Києві
Кількість анальних (активних) контактів за 30 днів	4,1	
Кількість статевих контактів з жінками за 6 місяців	2	за результатами операційного дослідження серед бісексуальних ЧСЧ 2013 року
Оціночна кількість анальних пасивних контактів за рік	33,6	розрахунково
Оціночна кількість анальних активних контактів за рік	49,77	розрахунково
Оціночна кількість статевих контактів з жінками за рік	4	розрахунково
% ЧСЧ, які повідомили про нерегулярне використання презерватива з чоловіком-партнером	40,3%	за результатами БПД 2011 року в місті Києві
% ЧСЧ, які повідомили про невикористання презерватива з чоловіком-партнером	15,3%	
% ЧСЧ, які повідомили про нерегулярне користування презервативом при сексі з жінкою	34,6%	
% ЧСЧ, які повідомили про невикористання презерватива при сексі з жінкою	13,5%	
Оціночний ризик передачі ВІЛ при статевому контакті для пасивного анального сексу	1,55%	середнє значення між 1,4% та 1,69%
Оціночний ризик передачі ВІЛ при статевому контакті для активного анального сексу	0,11%	середнє значення між 0,06% та 0,16%

⁸ Касянчук М., Коржов Г., Варбан М. Коротке викладення результатів операційного дослідження серед чоловіків-бісексуалів та їхніх партнерок в Україні. – Київ, 2014.

⁹ <http://www.catie.ca/sites/default/files/HIV-TRANSMISSION-RISK-EN.pdf>.

Показник	Значення	Джерело або метод розрахунку
Оціночний ризик передачі ВІЛ від чоловіка жінці при вагінальному сексі	0,14%	середнє значення між 0,08% та 0,19%
Розрахункова кількість інфікувань ВІЛ (анальний пасивний секс)	198	загальна кількість контактів за умови невикористання презерватива та з урахуванням ризику передачі
Розрахункова кількість інфікувань ВІЛ (анальний активний секс)	21	
Розрахункова кількість інфікувань ВІЛ (вагінальний секс)	2	
Всього можливих інфікувань ВІЛ бісексуальними ЧСЧ	221	сума розрахункових показників
% від усіх прогнозованих нових інфікувань ВІЛ у місті Києві	11%	% від кількості нових інфікувань ВІЛ у 2013 році в місті Києві, за даними "Спектрум" у 2013 році в Києві (1929 осіб)

Зважаючи на кількість потенційних незахищених статевих контактів бісексуальних ЧСЧ протягом року з чоловіками та жінками, а також ризик передачі ВІЛ при таких контактах, можна говорити про ймовірність 221 нового випадку інфікування ВІЛ в результаті таких зв'язків, або 11% від загального числа можливих інфікувань ВІЛ у 2013 році. Варто зазначити, що ризики для інфікування ЧСЧ їхніх статевих партнерок є найбільшими за умови анальних статевих контактів.

Основне припущення щодо ролі молодих СІН у поширенні ВІЛ у місті Києві стосується того, що зростання кількості вперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ у групах чоловіків-СІН віком 20-24 і 25-29 років, а також зростання кількості зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед СІН у I-II стадіях, ймовірно, дозволяє говорити про зростання кількості недавніх інфікувань, спричинених ін'єкційним споживанням наркотиків.

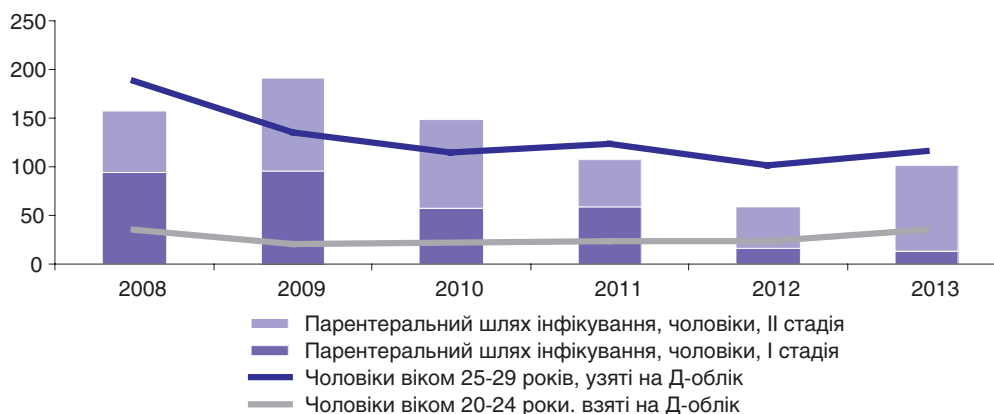


Рис. 43. Реєстрація випадків ВІЛ-інфекції серед молодих СІН у порівнянні зі стадіями реєстрації випадків інфікування ВІЛ

Такі припущення підтверджуються і результатами біоповедінкових досліджень серед СІН, які зафіксували зростання поширеності ВІЛ у групі молодих СІН.

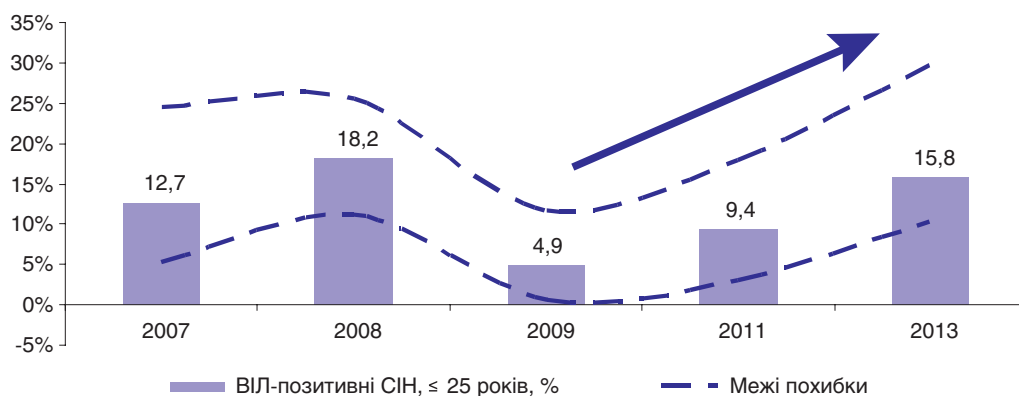


Рис. 44. Поширеність ВІЛ у групі СІН віком до 25 років, за даними біоповедінкових досліджень

Крім того, за результатами тестування СІН, які є клієнтами профілактичних програм НУО, у 2013 році також зафіксовано зростання кількості позитивних результатів тестування на ВІЛ. За умови налагодженої програми переадресації таких клієнтів для взяття на диспансерний облік, це також може бути причиною зростання кількості зареєстрованих випадків серед молодих СІН та СІН з ВІЛ-інфекцією у I-II клінічних стадіях.

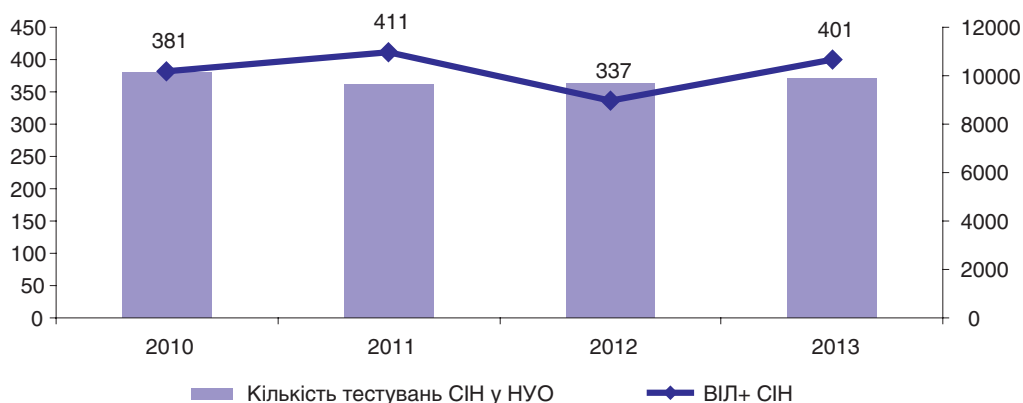


Рис. 45. Кількість випадків ВІЛ-інфекції серед протестованих СІН – клієнтів профілактичних програм НУО

Висновки до гіпотези 1.2

В цілому можна підтвердити висунуту гіпотезу про те, що в місті Києві статевий шлях інфікування стає домінуючим при збереженні ролі СІН молодшого віку, обґрунтовуючи це такими аргументами:

- зростання кількості осіб, взятих на облік з уперше встановленим діагнозом ВІЛ, які інфікувалися статевим шляхом;
- зниження кількості вперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ із парентеральним шляхом інфікування у всіх вікових групах, окрім групи СІН, старших 30 років, яке дозволяє припустити, що на сьогодні виявлення ВІЛ серед СІН переважно стосується випадків давнього інфікування;
- щороку виявляється все більше випадків інфікування ВІЛ, спричинених статевим контактом з ВІЛ-інфікованою особою;

- щороку зростає кількість виявлених осіб серед контингенту тих, хто мав численні незахищені статеві контакти;
- ризикована статева поведінка СІН може призводити до численних інфікувань ВІЛ серед їхніх партнерів;
- однією з основних груп, яка відіграє ключову роль у поширенні ВІЛ статевим шляхом, є група ЧСЧ, про що свідчить зростання кількості виявлених та зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ, зростання кількості інфікованих ЧСЧ за результатами біоповедінкових досліджень;
- бісексуальні ЧСЧ, за рахунок ризикованої статевої поведінки, потенційно можуть призвести до більш як 200 інфікувань ВІЛ протягом року, причому найбільша кількість інфікувань є наслідком незахищених анальних рецептивних контактів з ВІЛ-позитивним партнером – як з чоловіком, так і з жінкою;
- зростання реєстрації випадків інфікування ВІЛ серед СІН молодшого віку та в ранніх стадіях ВІЛ-інфекції може свідчити про активізацію епідемії в середовищі СІН впродовж останніх років.

Водночас, слід зважати на роль СІН у статевому шляху передачі ВІЛ, а також групи ПКС, яка є досить численною для Києва та має значні ризики інфікування через незахищені статеві контакти з багатьма партнерами.

Перевірка гіпотези 1.3: ІПСШ є ключовим фактором, що прискорює поширення ВІЛ-інфекції в Києві

Проведений аналіз дозволяє навести такі підтвердження для цієї гіпотези:

- 1) Активізація участі дерматовенерологічної служби в наданні послуги з КіТ на ВІЛ за останні два роки дозволила суттєво покращити виявлення ВІЛ-позитивних випадків серед осіб з ІПСШ, причому рівень ко-інфекції ВІЛ/ІПСШ перевищив 12%. Інакше кажучи, особи з ІПСШ мають не лише високий ризик інфікування ВІЛ внаслідок незахищених статевих контактів, але й у декілька разів вищий ризик інфікування та передачі ВІЛ з огляду на наявність у них цих захворювань.

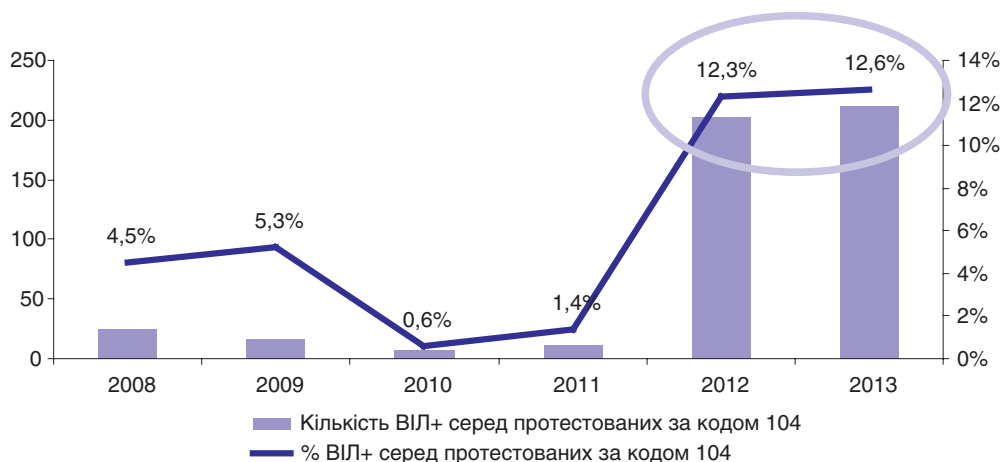


Рис. 46. Результати тестування на ВІЛ осіб, які мають ІПСШ, за даними сероепідмоніторингу

- 2) Якщо проаналізувати дані диспансерного обліку 2013 року, коли до звітних форм вперше включено показник інфікування ІПСШ серед усіх дорослих, зареєстрованих з уперше встановленим діагнозом ВІЛ, то майже третина (27%) взятих на диспансерний облік ВІЛ-інфікованих осіб мали супутні ІПСШ.

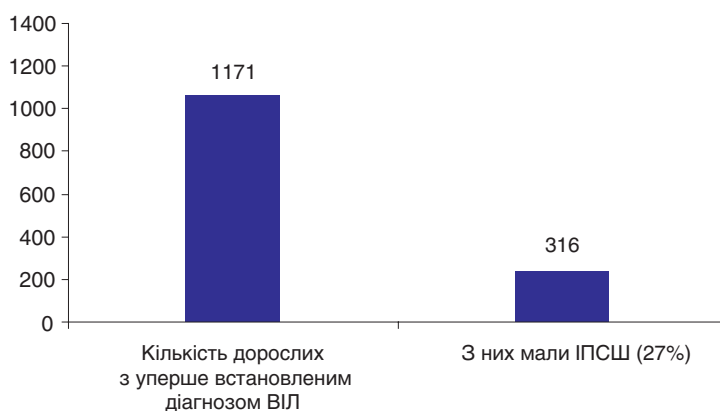


Рис. 47. Результати обстеження на ІПСШ осіб, узятих на диспансерний облік з діагнозом ВІЛ у 2013 році

- 3) За даними програмного моніторингу, тестування на ІПСШ серед клієнтів профілактичних програм з груп ризику, яке проводилося в різних обсягах у попередні роки, вказує на особливо високу поширеність ІПСШ серед СІН, що підтверджує наявність ризикованої статевої поведінки СІН та високий ризик інфікування ВІЛ для СІН та їхніх статевих партнерів.

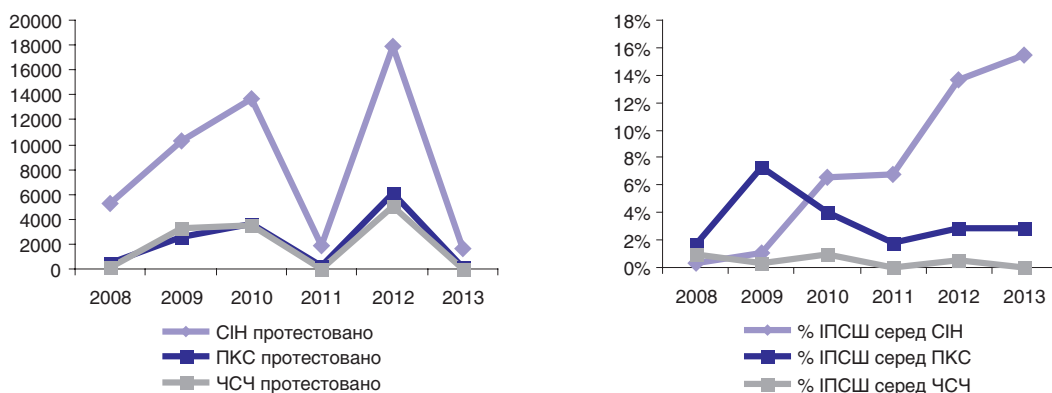


Рис. 48. Результати обстеження на ІПСШ осіб з груп ризику, за даними програмного моніторингу діяльності громадських організацій

- 4) Результати біоповедінкових досліджень вказують на підвищення поширеності ІПСШ серед ПКС та СІН. Крім того, встановлено збільшення кількості СІН, які у 2013 році повідомили про факт захворювання на гепатит В протягом останніх 12 місяців, як у середньому по Україні, так і в місті Києві. Такий показник по Києву більше ніж удвічі перевищує аналогічний показник по Україні. Це може опосередковано свідчити про інфікування ВГВ статевим шляхом.

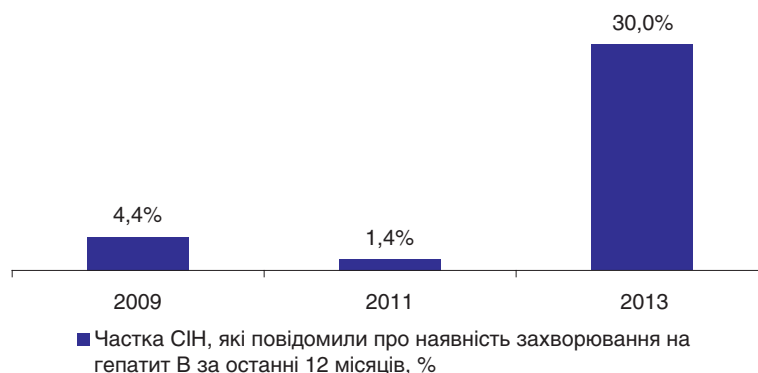


Рис. 49. Результати опитування СІН щодо перенесеного ВГВ за останні 12 місяців, за даними біоповедінкових досліджень

Проведене у 2013 році біоповедінкове дослідження вказує і на високу поширеність ІПСШ серед ПКС (Рис. 50). Даних про поширеність ІПСШ у групі ЧСЧ немає.

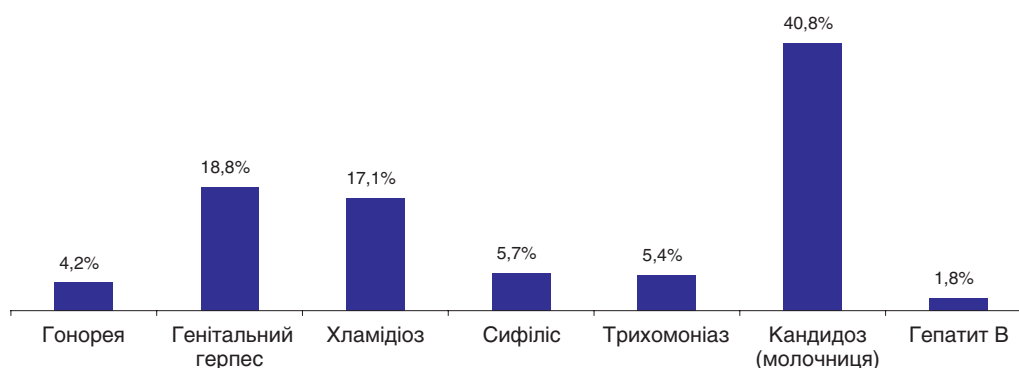


Рис. 50. Результати опитування ПКС щодо захворювання на ІПСШ за останні 12 місяців, за даними біоповедінкових досліджень 2013 р.

Варто зазначити, що, за розрахунками, наявність ІПСШ у осіб, які практикують незахищені статеві контакти, суттєво впливає на ризик передачі ВІЛ: наявність ІПСШ у 2-4 рази підвищує ризик інфікування від ВІЛ-позитивного партнера і у 2-3 рази – ризик передачі ВІЛ партнером з ІПСШ¹⁰.

Висновки до гіпотези 1.3

Висунуту гіпотезу про те, що в місті Києві ІПСШ є одним з ключових факторів, який впливає на поширення ВІЛ-інфекції, в цілому можна підтвердити, спираючись на таке:

- високий відсоток поширеності ВІЛ серед пацієнтів дерматовенерологічних закладів;
- значна частина ВІЛ-інфікованих осіб, яких узято на облік у 2013 році з уперше встановленим діагнозом ВІЛ, має супутні інфекції, що передаються статевим шляхом;
- зростання частки СІН – клієнтів програм НУО, які мають ІПСШ, при цьому рівень поширення ІПСШ серед ПКС та ЧСЧ є невисоким;

¹⁰ HIV TRANSMISSION RISK: A SUMMARY OF THE EVIDENCE <http://www.catie.ca/sites/default/files/HIV-TRANSMISSION-RISK-EN.pdf>.

- за результатами біоповедінкових досліджень, значний відсоток СІН вказав на наявність захворювання на гепатит В, що може свідчити про можливість статевого інфікування внаслідок незахищених статевих контактів;
- значна частина ПКС вказала на наявність ІПСШ різного типу, що в разі незахищених статевих контактів може сприяти підвищенню ризику інфікування ВІЛ як серед представниць групи, так і серед їхніх клієнтів.

Загальні висновки до питання 1

За результатами аналізу, проведеного для відповіді на перше питання “Якими є особливості розвитку епідемії в місті Києві?”, можна зробити такі висновки.

1. Епідемія ВІЛ-інфекції в Києві в цілому характеризується сповільненням інтенсивності епідемічного процесу, що підтверджується зниженням рівня інфікованості ВІЛ за результатами рутинного тестування на ВІЛ в індикаторних групах населення (донори, вагітні та СН), переважанням виявлення та реєстрації випадків інфікування ВІЛ в осіб старшого віку в III і IV клінічних стадіях, зростанням виявлення ВІЛ за клінічними показаннями, а також результатами моделювання, які вказують на скорочення істинної захворюваності на ВІЛ.

2. В останній рік сигнальними щодо можливої інтенсифікації епідемії є зростання реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції у I-II клінічній стадіях, постійне зростання кількості виявлених випадків інфікування ВІЛ внаслідок незахищених статевих контактів, стрімке зростання інфікованості у групі ЧСЧ та збільшення кількості вперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед молодих СІН. Можна припустити значну (некеровану) інтенсивність епідемічного процесу внаслідок статевого поширення ВІЛ-інфекції.

3. Особливого значення для поширення ВІЛ на сучасному етапі в Києві набуває статевий шлях передачі, насамперед зумовлений ризикованою статевою поведінкою представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ:

- ризикова статева поведінка, характерна для груп СІН та ПКС, може призводити до численних інфікувань ВІЛ серед їхніх партнерів;
- зростання кількості виявлених та зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ серед ЧСЧ, зростання кількості інфікованих ЧСЧ за результатами біоповедінкових досліджень висуває групу ЧСЧ на перший план з точки зору її участі в поширенні ВІЛ-інфекції, а за результатами моделювання розвитку епідемії ВІЛ-інфекції група ЧСЧ прогнозовано може стати основним джерелом поширення ВІЛ у майбутньому періоді;
- бісексуальні ЧСЧ, за рахунок ризикованої статевої поведінки, в першу чергу незахищених анальних рецептивних контактів з чоловіками і жінками, потенційно можуть призвести до більш як 10% інфікувань ВІЛ протягом року.

4. Додатковим визначальним фактором для статевих шляхів передачі ВІЛ є наявність ІПСШ в осіб, котрі практикують незахищені статеві контакти, що підтверджується, по-перше, високим рівнем інфікованості ВІЛ серед пацієнтів з ІПСШ, які зверталися до дерматовенерологічних закладів, з числа представників груп ризику СІН та ПКС, по-друге, поширенням ІПСШ серед тих, кого взято на облік з уперше встановленим діагнозом ВІЛ.

Рекомендації щодо заходів

1. Посилити профілактичну роботу серед усіх прошарків населення з фокусуванням уваги на статевому шляху інфікування, в першу чергу серед статевих партнерів осіб, які мають високий ризик інфікування (СІН, ЧСЧ, ПКС).

2. Здійснювати рутинний епіднагляд за поширенням ВІЛ серед осіб, які хворіють або хворіли на ІПСШ (запровадження дворазового тестування з інтервалом у 6 місяців).

3. Забезпечити скринінг на ВІЛ для партнерів вагітних жінок та жінок, які звертаються з приводу ІПСШ.

4. Забезпечити скринінг на ВІЛ для осіб з вірусними гепатитами та хворих на захворювання печінки (хронічний гепатит, цироз), а також приділити увагу рутинному епіднагляду за вірусними гепатитами В і С (статево-вікова характеристика, шляхи інфікування).

5. Забезпечити розширення доступу ЧСЧ до лікувально-профілактичних послуг.

6. Забезпечити безперешкодний доступ населення до послуг з консультування і тестування на ВІЛ.

7. У разі виявлення ВІЛ-інфікованих осіб з груп ризику в рамках проектної діяльності громадських організацій, запровадити їх медико-соціальний супровід за принципом кейс-менеджменту.

8. Запровадити обстеження ЧСЧ на позагенітальні форми ІПСШ.

9. Внести зміни до протоколів біоповедінкових досліджень з метою визначення поширеності ІПСШ (включаючи сифіліс, гонорею, хламідіоз, геніальний герпес) та додаткових факторів ризику поширення ВІЛ статевим шляхом серед груп ризику та їхніх статевих партнерів.

Рекомендації щодо стратегічної інформації

За результатами проведеного аналізу рекомендується в подальшому збирати та аналізувати такі дані:

- інформація про шляхи інфікування ВІЛ вагітних ВІЛ-позитивних жінок та їхніх статевих партнерів, а також щодо перебігу ВІЛ-інфекції серед таких жінок та їхніх партнерів;
- наявність гепатиту В і С серед осіб з уперше зареєстрованим діагнозом ВІЛ у розрізі статевих та парентеральних шляхів інфікування ВІЛ;
- поширення ІПСШ у групах ризику та серед осіб, взятих на диспансерний облік;
- ведення статистики щодо Д-обліку у віковій групі 25-49 років з розбивкою на підгрупи 25-29, 30-39 та 40-49 років або з кроком 5 років.

За можливості організації збору та аналізу, для розуміння епідемії були б корисними такі види інформації:

- здійснення розрахунків оціночної чисельності ключових груп ризику з урахуванням вікових страт;
- проведення дослідження серед молодих СІН;
- більш детальне вивчення характеристик ризикованої статевої поведінки в різних групах ризику та їх підгрупах;
- моделювання залежності перебігу епідемічного процесу від доступності профілактичних програм;
- аналіз випадків недавнього інфікування серед учасників біоповедінкових досліджень 2013 року, які отримали позитивний результат тесту на ВІЛ.

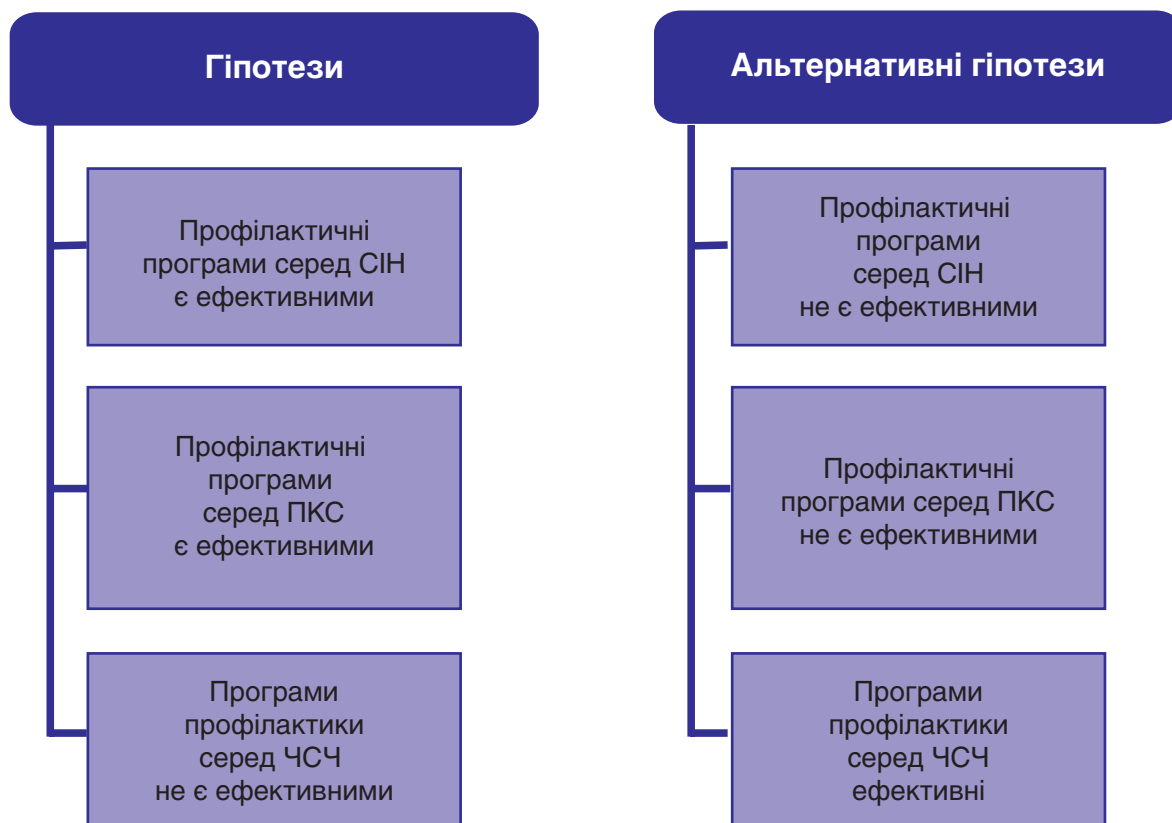
Питання 2: Наскільки ефективними є профілактичні програми?

1. Чи є профілактичні програми в групах ризику ефективними?
2. Чи достатньо ефективні програми профілактики серед ЧСЧ?
3. Чи впливає розвиток сервісу на збільшення виявлення випадків інфікування ВІЛ серед ЧСЧ (беручи до уваги активний розвиток ВІЛ/ЧСЧ-сервісу з 2008 року)?
4. Чому при доступності профілактичних програм триває виявлення ВІЛ на пізніх стадіях і зростає смертність серед ЛЖВ?

Гіпотези для питання сформовано, виходячи з того, що в Києві з 2001 року впроваджуються масштабні профілактичні програми для різних груп найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ (програми для ЧСЧ стали доступними з 2008 року). Участь у реалізації профілактичних програм для груп ризику беруть 16 основних НУО, які працюють у різних районах міста Києва.

Більшість послуг з профілактики ВІЛ-інфекції для груп ризику доступні завдяки програмам, які реалізуються в Україні за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» за кошти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Наскільки ефективними є профілактичні програми?



Дані	Обмеження даних
Сероепідмоніторинг (рутинне тестування на ВІЛ різних груп населення)	Внесено зміни до обліково-звітних форм: 2008-2012 – облік кількості тестів; 2013 – облік кількості клієнтів, зміна форми/кодів. У звітних формах відсутня дезагрегація за статтю/віком.
Рутинний епіднагляд (диспансеризація)	Зміна форм у 2013 році. Вікова група 25-49 років занадто широка, тому прослідкувати відмінності в її межах неможливо.
Чисельність груп ризику	Розрахункові дані залежать від якості інших даних, на яких вони ґрунтуються.
Програмні дані	Досить важко зіставні, доступні залежно від наявності програм. Розподіл витратних матеріалів неможливо прослідкувати в розрізі окремих груп найвищого ризику. Ведення статистики в розрізі окремих клієнтів доступне лише з 2012 року.
Біоповедінкові та поведінкові дослідження	Зміна методологій дослідження. Незначні частки учасників у групі до 25 років.

Перевірка гіпотези 2.1: Профілактичні програми серед СІН є ефективними

Профілактичні програми для СІН, у тому числі програми зменшення шкоди, характеризуються високим рівнем доступності та охопленням значної частини СІН міста Києва. Так, максимальний рівень охоплення СІН сягав 87% від оціночної кількості СІН у 2008 році та поступово скоротився до 63% у 2013 році.

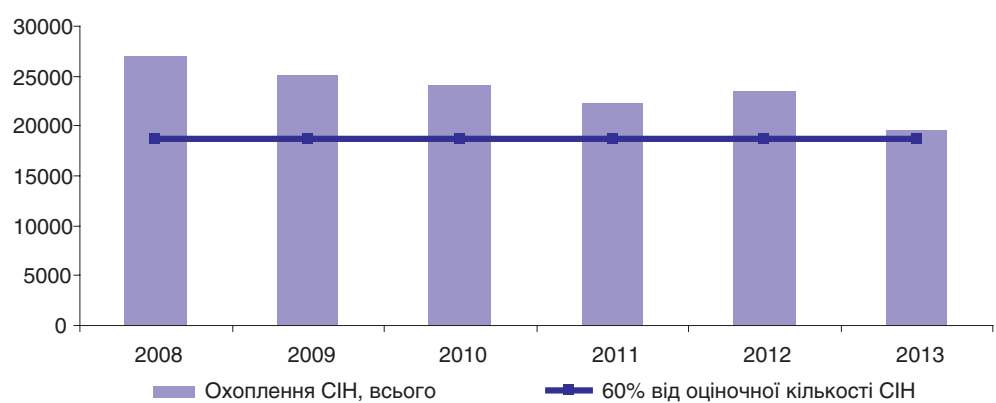


Рис. 51. Охоплення СІН профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу

Для розуміння реальних обсягів охоплення СІН слід взяти до уваги результати біоповедінкових досліджень у місті Києві в різні роки.

Найбільше охоплення профілактичними програмами, за свідченням учасників біоповедінкових досліджень, було у 2013 році, коли показник охоплення сягнув 74,5%, – у попередні роки цей показник був значно нижчим. Окремо варто зазначити, що показник охоплення СІН старшого віку суттєво вищий від показника охоплення СІН, молодших 25 років, що може говорити про кращий вихід на представників групи старшого віку або про більшу зацікавленість в отриманні профілактичних послуг серед СІН, які мають триваліший стаж споживання наркотиків.

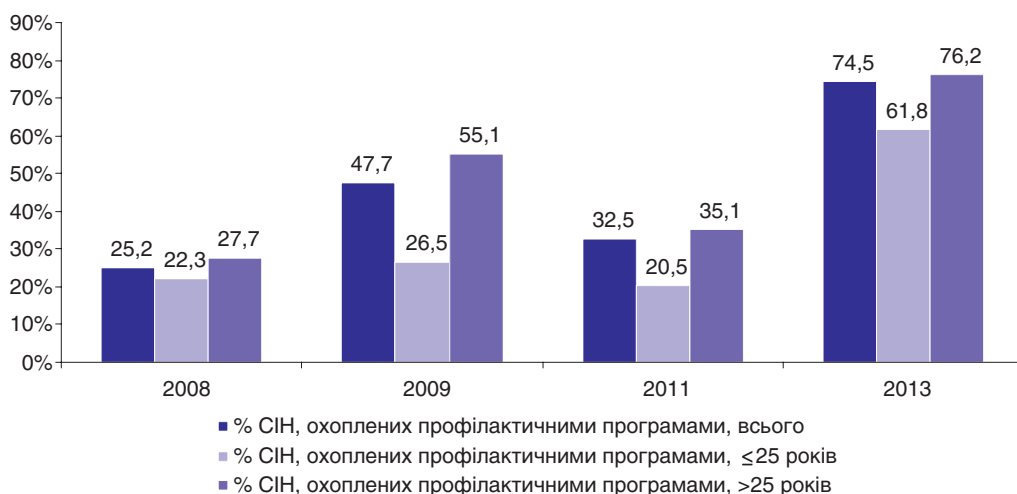


Рис. 52. Охоплення СІН профілактичними програмами, за даними біоповедінкових досліджень

Про краще охоплення профілактичними програми СІН старшого віку свідчать і дані програмного моніторингу. Так, якщо у 2008 році профілактичні послуги надавалися переважно СІН молодшого віку, то вже у 2011 році такими послугами було охоплено переважно СІН старшого віку, про що вказує зсув на Рис. 53 у бік груп старшого віку. Така тенденція зберігалася і в 2012-2013 роках.

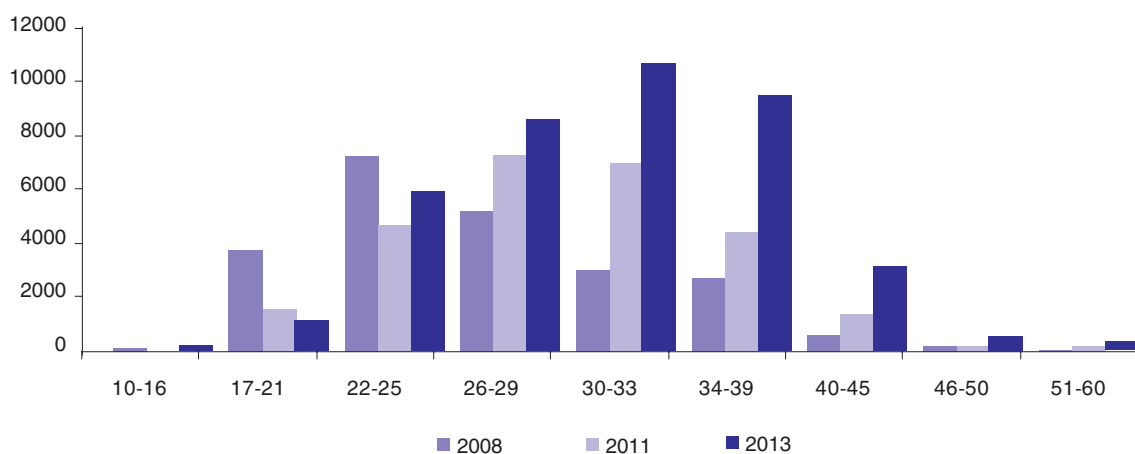


Рис. 53. Вікові групи СІН, охоплених профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу

За результатами програмного моніторингу, доступність матеріалів для програм обміну шприців та голок поступово зростала з 47 шприців у перерахунку на одного СІН у 2009 році до 116 шприців у 2011 році та 101 шприца у 2013 році. Таким чином, лише у 2011 та у 2013 роках було забезпечено досягнення середнього рівня забезпечення СІН витратними матеріалами для програм обміну шприців та голок (від 100 до 200 шприців на одного СІН на рік)¹¹.

¹¹ Технічне керівництво ВООЗ / ЮНЕЙДС / УНЗ ООН з розробки цілей у рамках концепції забезпечення універсального доступу до профілактики, лікування й догляду за ВІЛ-інфікованими СІН http://www.who.int/hiv/pub/idu/who_unodc_unaids_target_settings_rus.pdf?ua=1.

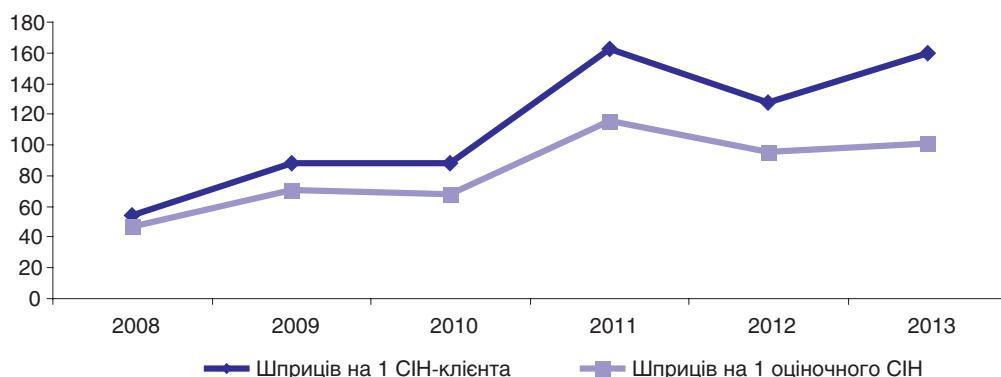


Рис. 54. Кількість виданих шприців на 1 СНІ в рамках профілактичних програм, за даними програмного моніторингу

В той же час варто відмітити, що учасники останніх трьох біоповедінкових досліджень декларували стабільно високий рівень використання стерильних шприців під час останньої ін'єкції (у 2013 році такий показник перевищив 99%), що може бути наслідком похибки, пов'язаної з упередженістю учасників щодо соціальної бажаності користування стерильним шприцом.



Рис. 55. Поведінка СНІ щодо використання стерильного інструментарію, за даними біоповедінкових досліджень

Для більшої об'єктивності наведемо відсоток СНІ, які повідомили про досвід спільного використання шприців (Рис. 56). Як видно з рисунка, понад 90% СНІ вказують, що не користуються шприцами з іншими СНІ.



Рис. 56. Спільне використання шприців СНІ, за даними біоповедінкових досліджень

Разом з тим, слід звернути увагу на інші фактори ризику при споживанні наркотиків. Так, у 2013 році 81,2% респондентів повідомили про досвід використання спільного посуду при приготуванні наркотичного розчину, причому цей показник істотно не відрізнявся

для групи СІН до 25 років і старших 25 років. Отже, незважаючи на ефективні програми видачі та обміну шприців і голок, залишається високий ризик інфікування ВІЛ через використання спільного обладнання для приготування наркотиків.

Достатньо високою була доступність послуги з тестування на ВІЛ для СІН-клієнтів профілактичних програм. Так, щорічно проводилося майже 10 тисяч скринінгових тестувань СІН на ВІЛ за допомогою швидких тестів. Додатково в закладах охорони здоров'я щорічно проводилося 3-4 тисячі тестувань СІН. Але слід зважати на те, що до 2012 року проводився облік кількості тестувань, а не кількості протестованих осіб, тому охоплення цієї групи тестуванням лише у 2013 році відображає реальну кількість протестованих осіб, а в попередні роки їх кількість могла бути значно нижчою.



Рис. 57. Охоплення тестуванням СІН, за даними програмного моніторингу

Дані про доступність послуги з тестування на ВІЛ для представників групи СІН можна зіставити з результатами біоповедінкових досліджень. Так, у 2008 році кількість тестувань була найнижчою за досліджуваний період, і частка СІН, які повідомили про досвід тестування на ВІЛ в останні 12 місяців, також була низькою (28,3%), а вже 62,3% учасників дослідження 2013 року повідомили про досвід тестування на ВІЛ, що збігається з нарощуванням кількості тестувань на ВІЛ у 2012 році. Слід вказати, що група СІН молодшого віку має дещо гірший доступ до послуг з тестування на ВІЛ, і це, скоріше за все, також впливає на те, що у групі СІН переважає виявлення ВІЛ у більш пізніх стадіях.

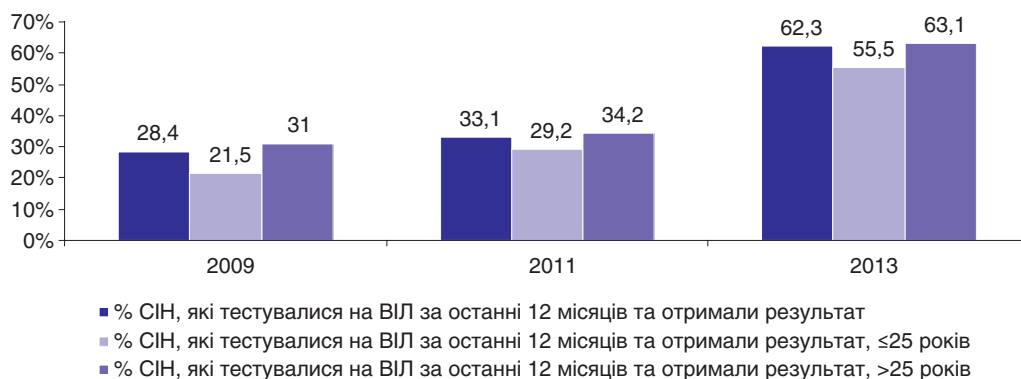


Рис. 58. Охоплення СІН тестуванням на ВІЛ, за даними біоповедінкових досліджень

З урахуванням зазначених вище даних біоповедінкових досліджень щодо поширеності ВІЛ (див. Рис. 12, 31), можна припустити, що захворюваність на ВІЛ серед СІН в цілому знизилась. Якщо врахувати відсутність суттєвого збільшення рівня смертності, можна стверджувати про реальне зменшення захворюваності на ВІЛ серед СІН. Така тенденція також збігається з результатами моделювання епідемії у програмі "Спектр", відповідно до яких кількість випадків інфікування ВІЛ серед СІН зменшилась з 10 132 у 2008 році до 8 472 у 2013 році.

Разом з тим, як уже зазначалося в попередньому аналізі, на особливу увагу заслуговує поступове зростання інфікованості в групі СІН, молодших 25 років.

Одним з показників ефективності програм профілактики серед СІН є частка СІН з ВІЛ, яких узято на облік та які отримують медичні послуги у зв'язку з ВІЛ. Так, при порівнянні оціночної кількості ВІЛ-інфікованих СІН (6 573 особи) з кількістю СІН, взятих під медичний нагляд (5 373 особи), можна припустити, що 82% усіх ВІЛ-інфікованих СІН вже перебувають під медичним наглядом з приводу ВІЛ-інфекції.

Висновки щодо ефективності профілактичних програм серед СІН

Профілактичні програми найкраще працюють для СІН старшого віку, що, можливо, зумовлено їх більш тривалим залученням до профілактичних програм та, як наслідок, більш високим рівнем обізнаності щодо безпечної поведінки та досить стійкими позитивними поведінковими змінами. Значна частина ВІЛ-інфікованих СІН вже перебуває під медичним наглядом з приводу ВІЛ-інфекції. Рівень поширеності ВІЛ серед СІН старшого віку поступово знижується. При цьому СІН молодшого віку недостатньо охоплено програмами профілактики. Також особливу увагу при впровадженні профілактичних програм у групі СІН слід приділяти профілактиці спільного використання обладнання та інструментарію для приготування наркотичного розчину. Крім того, зважаючи на дані щодо використання презервативів, наведені в попередньому розділі аналізу, потребує посилення профілактика ризикованої поведінки серед представників групи СІН та їхніх статевих партнерів.

Перевірка гіпотези 2.2: Профілактичні програми серед ПКС є ефективними

Профілактичні програми для ПКС, які впроваджуються в Києві, характеризуються постійним нарощуванням кількості охоплених клієнтів, однак наблизитися до рекомендованого обсягу охоплення цієї групи (60%) вдалося лише у 2013 році (59% від оціночної кількості ПКС).



Рис. 59. Охоплення ПКС профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу

Результати біоповедінкових досліджень також вказують на поступове збільшення охоплення представниць групи профілактичними програмами, причому таке охоплення у 2011 та 2013 роках є достатньо рівномірним як для ПКС молодшого віку, так і для старших представниць групи.

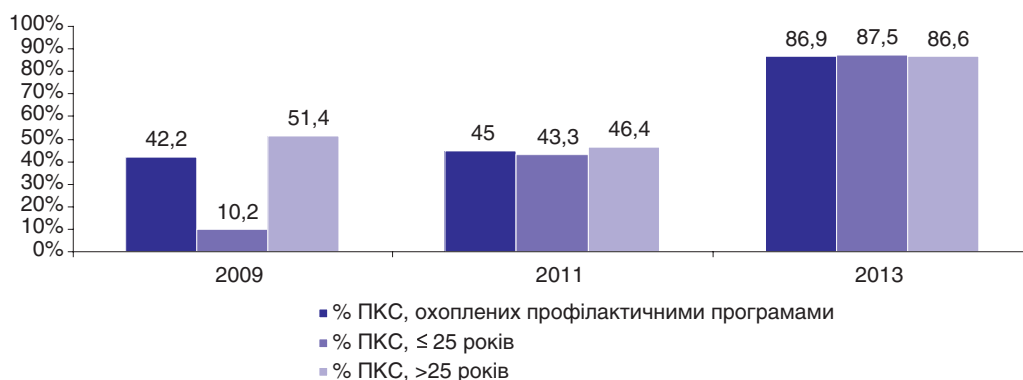


Рис. 60. Охоплення PKS профілактичними програмами, за даними біоповедінкових досліджень

За результатами програмного моніторингу (Рис. 61), кількість презервативів, виданих представницям групи, поступово збільшувалася, а найбільше забезпечення презервативами в межах профілактичних програм було у 2011 році¹². Проте якщо порівняти кількість виданих презервативів з кількістю статевих партнерів PKS та кількістю статевих контактів (8,7 контактів за тиждень у 2009 році), то програми видачі презервативів забезпечували лише 10-20% від потреби у презервативах для захищеного сексу.

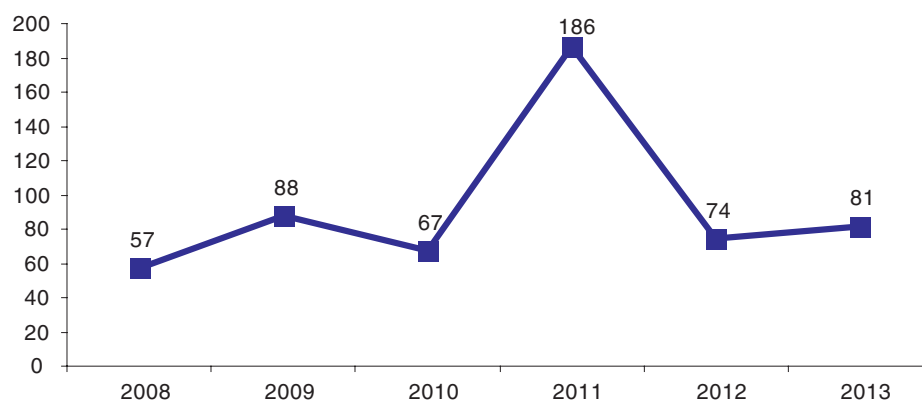


Рис. 61. Кількість розданих презервативів за рік на 1 клієнта в рамках профілактичних програм НУО, за даними програмного моніторингу

Разом з тим, завданням профілактичних програм є не стільки досягнення стовідсоткового забезпечення PKS презервативами, скільки формування у них сталої поведінки щодо захищеного сексу з комерційними клієнтами та статевими партнерами. Тому, зважаючи на доволі високий показник використання презерватива під час останнього статевих контакту з комерційним партнером, який сягнув 94% у 2013 році та істотно не відрізняється для PKS молодшого та старшого віку, можна говорити про формування сталої безпечної поведінки при наданні сексуальних послуг за плату (Рис. 62). Варто вказати, що у 2011 році такий показник був суттєво нижчим, що збігається з показником низького охоплення профілактичними програмами серед учасниць дослідження цього року. Отже, збільшення охоплення збігається з підвищенням частки PKS, які більше схильні використовувати презерватив під час надання сексуальних послуг.

¹² Оскільки порахувати забезпечення презервативами в розрізі окремих груп ризику неможливо, то наведені дані включають кількість виданих презервативів у перерахунку на всіх клієнтів профілактичних програм, а отже, не є точними для оцінки забезпечення презервативами представників окремої групи ризику.

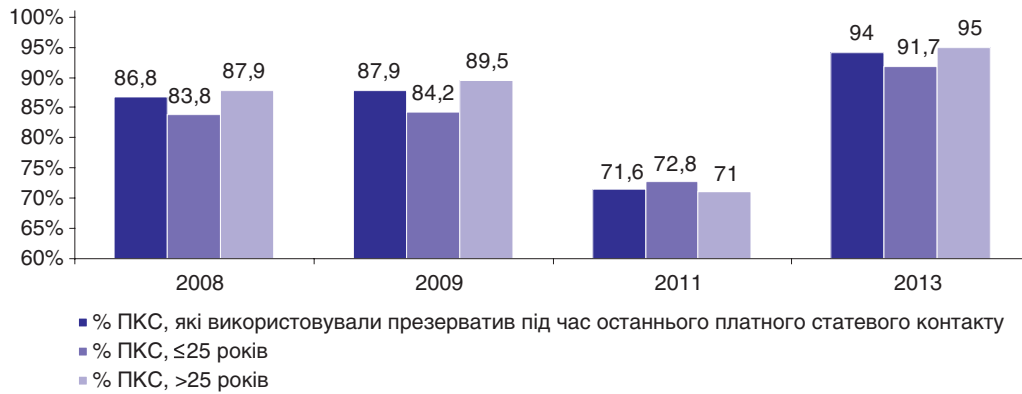


Рис. 62. Використання презерватива у групі ПКС під час останнього платного статевих контакту, за даними біоповедінкових досліджень

Проте якщо розглядати регулярність використання презервативів під час статевих контактів упродовж останнього місяця, то показники використання презерватива є набагато нижчими, а у 2013 році такий показник є найнижчим і свідчить про те, що лише третина ПКС (33,7%) завжди використовували презерватив під час орального сексу, менше половини (48,8%) – під час вагінального сексу та лише 43,9% – під час анальних статевих контактів. Решта ПКС використовували презерватив нерегулярно або взагалі не використовували. Зважаючи на високу кількість статевих контактів серед представниць цієї групи, існує надзвичайно високий ризик інфікування ВІЛ внаслідок незахищеного сексу.



Рис. 63. Регулярність (за останні 30 днів) використання презерватива у групі ПКС, за даними біоповедінкових досліджень

Щодо доступності послуг з тестування на ВІЛ як складової профілактичних програм, то слід вказати, що такий сервіс у різні роки був доступний менш ніж половині ПКС, які отримували послуги у програмах профілактики, а у 2013 році лише третина ПКС пройшли тестування на ВІЛ.

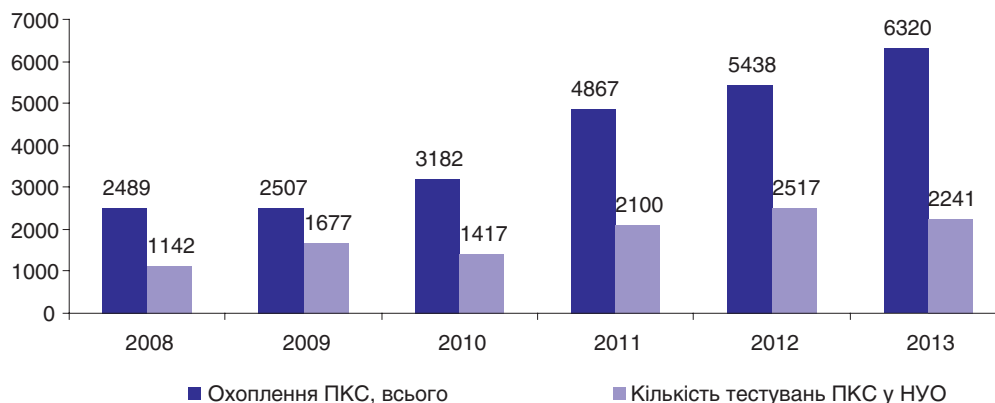


Рис. 64. Кількість ПКС, які пройшли тестування на ВІЛ, у порівнянні з охопленням ПКС, за даними програмного моніторингу

Так, при відносно низькому охопленні ПКС тестуванням на ВІЛ у профілактичних програмах, у 2013 році значна частина ПКС (72,8%) вказали на те, що вони проходили тестування протягом останніх 12 місяців і знають його результат. При цьому ПКС віком до 25 років були більш схильні до проходження тестування, ніж ПКС старшого віку. Це може бути пов'язано з тим, що ПКС можуть (1) регулярно тестуватися на ВІЛ у закладах охорони здоров'я, однак щодо цього не ведеться окрема статистика і таких осіб, ймовірно, могли віднести до протестованих за кодом 105 як осіб з численними статевими контактами (кількість тестувань за цим кодом щорічно зростає, див. Рис. 28), або (2) скористатися експрес-тестами, доступними в аптечній мережі.

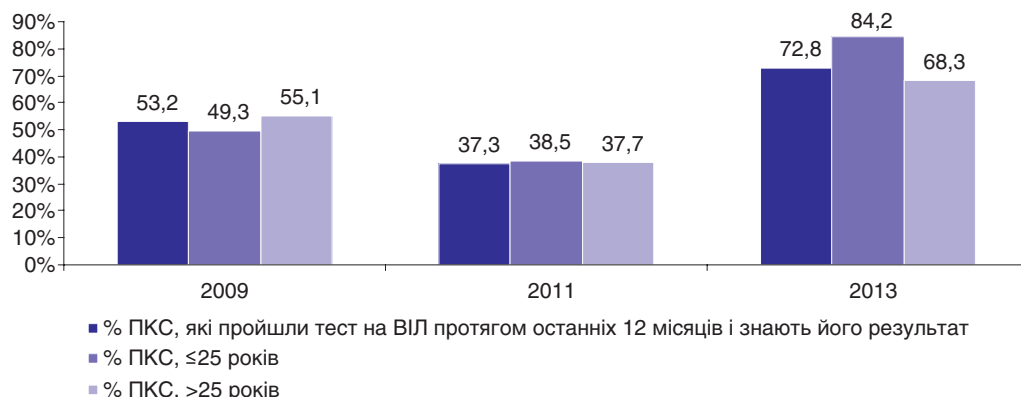


Рис. 65. Охоплення ПКС тестуванням на ВІЛ, за даними біоповедінкових досліджень

У групі ПКС досить поширеним є перехрещення ризикованої поведінки, а саме споживання наркотиків, у тому числі ін'єкційне (Рис. 66). За даними поведінкових досліджень, частка ПКС, які ніколи не споживали наркотики, коливається від 48,6% у 2009 році до 51,6% у 2013 році. В той же час, у 2013 році зареєстровано суттєве зменшення частки ПКС/СІН – з 67,7% до 9,3% серед тих, хто споживає будь-які наркотики, або з 14,5% до 4,5% серед усіх опитаних у ході досліджень ПКС відповідно. Отримані дані можуть свідчити про позитивну тенденцію внаслідок зменшення тягаря перехрещення поведінкових ризиків серед ПКС.

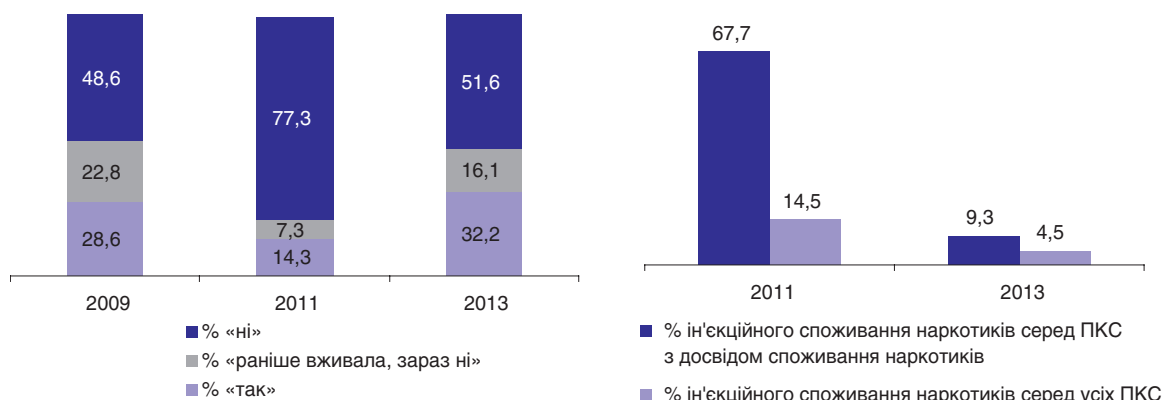


Рис. 66. Практика споживання ін'єкційних наркотиків у групі ПКС, за даними біоповедінкових досліджень

Для верифікації показника споживання наркотиків у групі ПКС нами проаналізовано дані щодо рівня їх інфікованості гепатитом С. З'ясувалося, що ці дані суттєво перевищують дані щодо споживання наркотиків. Хоча й існує ймовірність інфікування гепатитом С внаслідок незахищеного сексу, все ж ймовірність інфікування внаслідок ін'єкційного споживання наркотиків є значно вищою. Це дає підставу припустити, що показник споживання наркотиків ін'єкційним шляхом було занижено за рахунок надання учасниками дослідження недостовірної інформації.

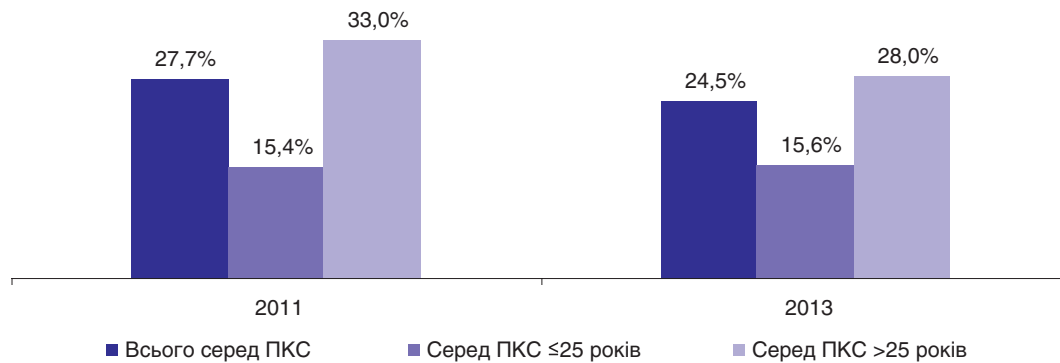


Рис. 67. Результати тестування ПКС на ВГС, за даними біоповедінкових досліджень

Результати дозорного епіднагляду в групі ПКС, проведеного в межах біоповедінкового дослідження 2013 року, свідчать, що поширеність ВІЛ у групі ПКС скоротилася у понад 12 разів (з 24,2% у 2011 році до 2% у 2013 році), а це практично могло статися лише за умови повного оновлення групи ПКС або дуже високого рівня смертності ВІЛ-інфікованих ПКС. Обидва фактори не мали місця, оскільки в дослідженні брали участь ПКС, які в середньому мали стаж надання послуг комерційного сексу більше 7 років, а отже, оновлення групи не було; також не було зафіксовано значного зростання смертності серед ВІЛ-інфікованих. Тому реальний рівень поширеності ВІЛ, імовірно, є вищим від значення, отриманого в ході біоповедінкового дослідження у 2013 році, однак це припущення потребує верифікації шляхом проведення додаткового дослідження серед ПКС та обрання більш адекватної методології дослідження, в т.ч. забезпечення контролю за дотриманням вимог щодо його проведення.

Висновки щодо ефективності профілактичних програм серед ПКС

Зважаючи на поступове скорочення інфікованості в групі ПКС та високі показники використання презерватива під час останнього сексу, а також беручи до уваги те, що значна частина ПКС регулярно проходить тестування на ВІЛ і знає свій ВІЛ-статус, можна припустити, що із впровадженням профілактичних програм дещо скорочується ризикова поведінка серед ПКС і знижується кількість ВІЛ-інфікованих ПКС.

Однак нерегулярне використання презерватива під час статевих контактів та поширені практики споживання наркотиків свідчать про те, що ризик інфікування ВІЛ у цій групі залишається високим. Це зумовлює необхідність посилити профілактичні програми для зниження ризику інфікування ВІЛ серед ПКС та їхніх статевих партнерів.

Враховуючи, що при встановленні діагнозу ВІЛ-інфекція та взятті на диспансерний облік ПКС зазначають лише ймовірний шлях інфікування (найчастіше – статевий), сьогодні немає можливості визначити реальну кількість осіб цієї групи, що перебувають під медичним наглядом з приводу ВІЛ/СНІДу. При оцінці показників охоплення ПКС/ЛЖВ медичним спостереженням можна спиратися виключно на дані біоповедінкових досліджень, оскільки в даних медичного моніторингу представники ПКС враховуються у групі «загальне населення».

Перевірка гіпотези 2.3: Профілактичні програми серед ЧСЧ не є ефективними

Профілактичні програми для ЧСЧ до 2008 року не носили масштабного характеру, незважаючи на те, що НУО, які надають послуги ЧСЧ, досить активно працювали в Києві у сфері ВІЛ-сервісу з початку 2000-х років.



Рис. 68. Охоплення ЧСЧ профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу

Програми профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, реалізовані в межах грантових угод Глобального фонду, поступово нарощували кількість охоплених представників цільової групи, досягнувши рівня 25-26% у 2012-2013 роках. На відміну від інших цільових груп (ПКС, СІН), охоплення ЧСЧ набагато менше від цілі Універсального доступу в 60%, рекомендованої ЮНЕЙДС¹³.

Разом з тим, аналіз результатів біоповедінкових досліджень виявив досить велику частку ЧСЧ, які повідомляють про участь у профілактичних програмах, що можна пояснити високим рівнем поінформованості ЧСЧ щодо безпечної поведінки через соціальні мережі, а також участю в масових цільових заходах. Переважно це стосується тих ЧСЧ, які схильні до ідентифікації своєї сексуальної орієнтації. При цьому, ймовірно, значна частина ЧСЧ все-таки не бере участі в жодних заходах та не потрапляє в поле зору при поведінкових опитуваннях. Отже, ця цільова група досі залишається найбільш проблематичною як для вивчення, так і для здійснення ефективної профілактики.

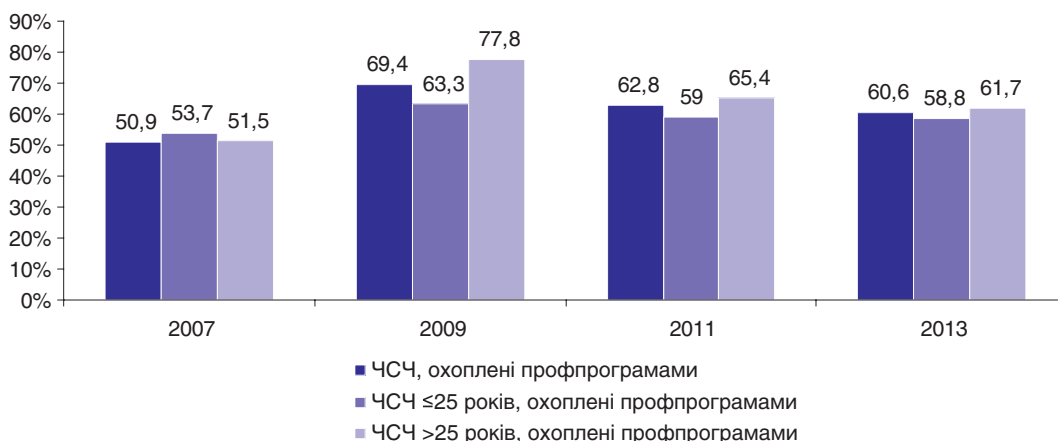


Рис. 69. Відсоток охоплення ЧСЧ профілактичними програмами, за даними біоповедінкових досліджень

¹³ Дорожня карта щодо розширення Універсального доступу до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р.: Квітень 2006 р., Міністерство охорони здоров'я України, ЮНЕЙДС.

Що стосується впливу доступних програм профілактики на групу ЧСЧ в Києві, то слід відмітити зростання, починаючи з 2009 року, рівня знань серед представників цієї групи ризику про шляхи передачі ВІЛ.

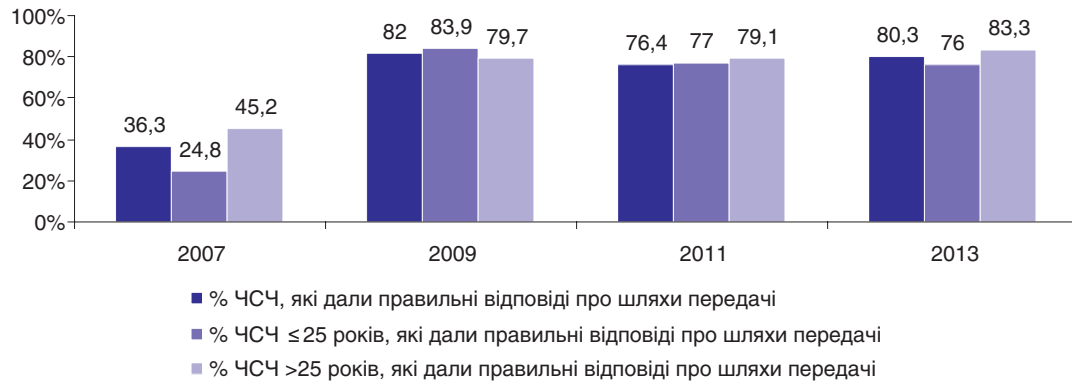


Рис. 70. Рівень знань ЧСЧ про шляхи передачі ВІЛ (% правильних відповідей), за даними біоповедінкових досліджень

Протягом останніх років суттєво знизився показник ризикованої статевий поведінки ЧСЧ під час останнього анального сексу з чоловіком-партнером. Частка ЧСЧ, які повідомили про використання презерватива під час такого сексу, зросла з 31% у дослідженні 2007 року до 81,8% у дослідженні 2013 року.

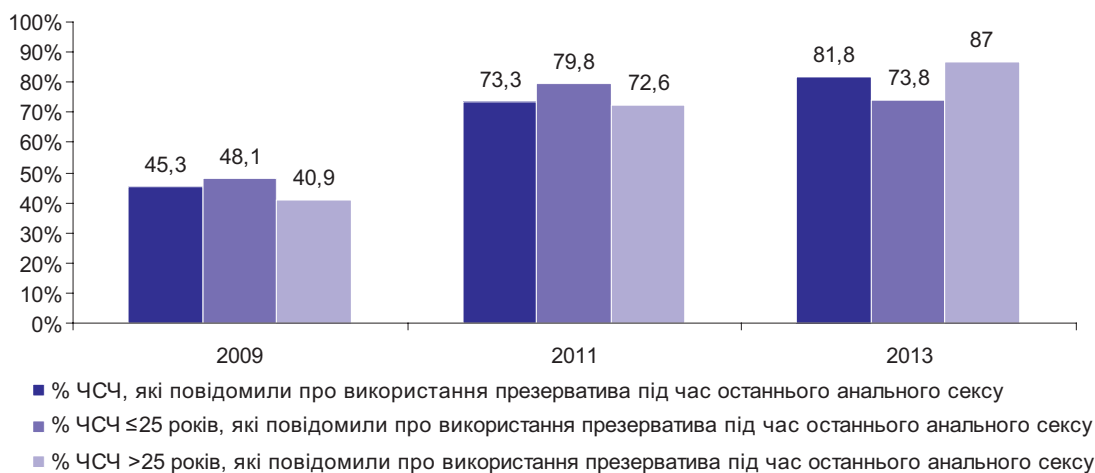


Рис. 71. Відсоток ЧСЧ, які повідомили про використання презерватива під час останнього анального сексу, за даними біоповедінкових досліджень

Разом з тим, сталість практики захищеного сексу в групі ЧСЧ (використання презерватива під час анальних статевих контактів протягом останніх 30 днів) є дещо нижчою (67,2% ЧСЧ у 2013 році), однак також слід відмітити суттєве зростання цього показника протягом останніх років.

За останні роки впровадження профілактичних програм для ЧСЧ вдалося досягти істотного покращення показника їх охоплення тестуванням на ВІЛ. Так, згідно з даними біоповедінкових досліджень, у 2007 році лише чверть ЧСЧ проходили тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців і знають результат тесту. Вже у 2013 році дві третини ЧСЧ віком до 25 років (68,1%) та більше половини ЧСЧ, старших 25 років (51,7%), зазначили, що мають досвід проходження тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців і знають результат тесту.

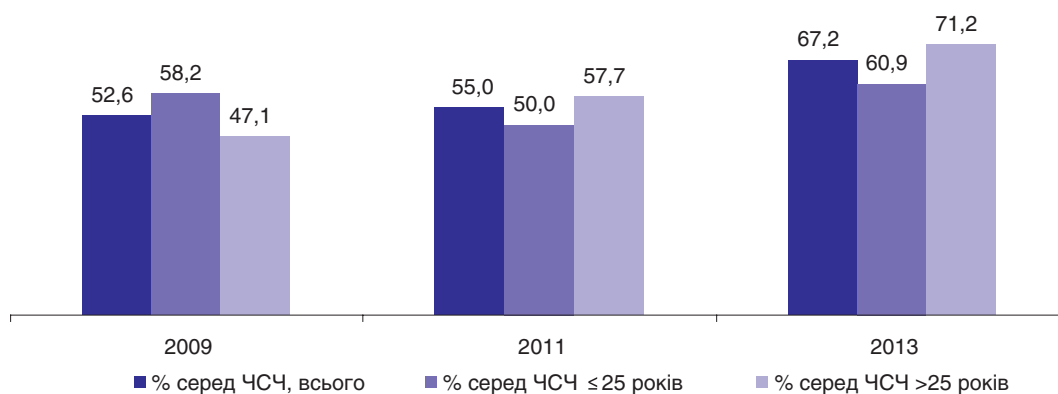


Рис. 72. Використання ЧСЧ презерватива під час анального сексу протягом останніх 30 днів, за даними біоповедінкових досліджень

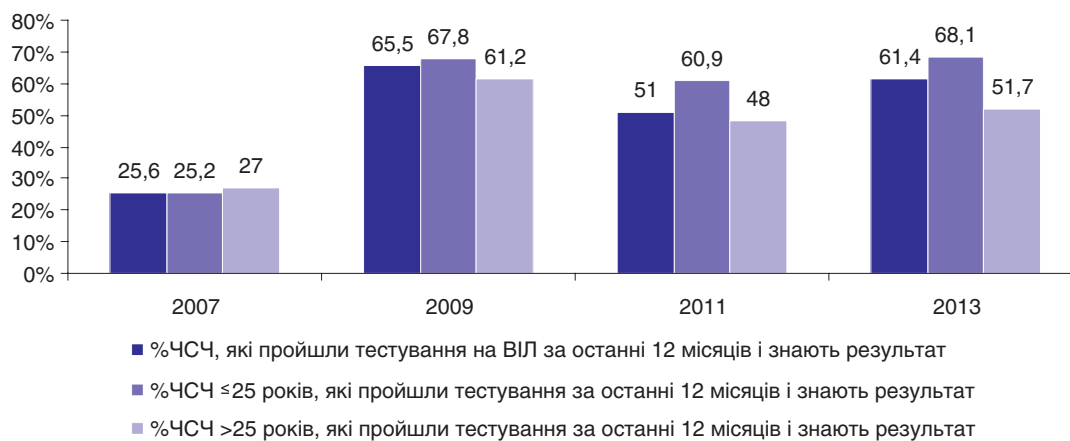


Рис. 73. Охоплення ЧСЧ тестуванням на ВІЛ, за даними біоповедінкових досліджень

Ймовірно, наслідком кращого доступу до послуги з тестування на ВІЛ для цієї групи та отримання якісної до- і післятестової консультації є й краща обізнаність щодо шляхів передачі ВІЛ і менш ризикова поведінка.

ЧСЧ користуються послугами з консультування і тестування на ВІЛ як за програмами НУО, так і в мережі закладів охорони здоров'я (в кабінетах "Довіра"). Разом з тим, в останні роки в НУО тестувалися лише 37-39% ЧСЧ, які були клієнтами профілактичних програм, або 7-10% від оціночної кількості ЧСЧ.

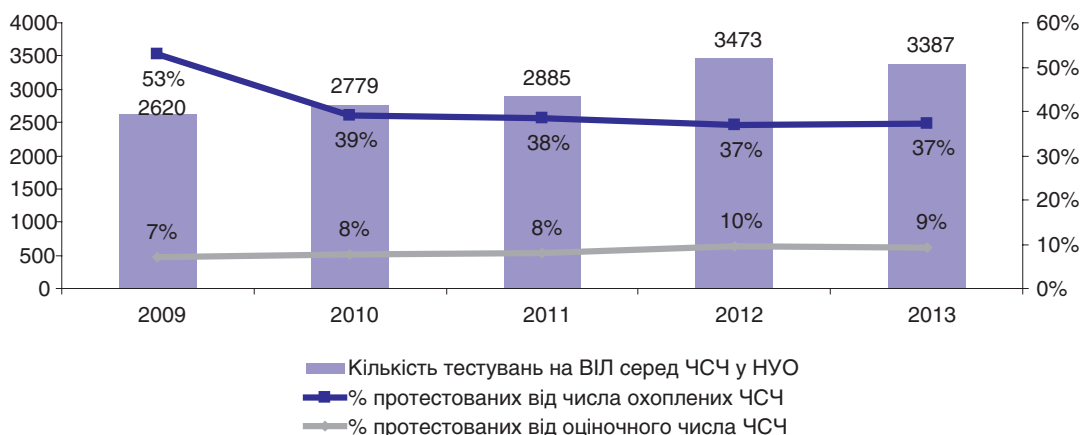


Рис. 74. Охоплення ЧСЧ тестуванням на ВІЛ, за даними програмного моніторингу діяльності громадських організацій



Рис. 75. Кількість ЧСЧ, яких було обстежено на ВІЛ у кабінетах «Довіра»

Кількість ЧСЧ, яких протестовано в кабінетах «Довіра» та ідентифіковано як осіб, що мали гомосексуальні контакти, істотно зростає в останні роки, однак їх чисельність мала в порівнянні з оціночною кількістю ЧСЧ та часткою ЧСЧ, які повідомили про проходження тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців.

Таким чином, якщо виключити ймовірність самостійного тестування ЧСЧ на ВІЛ за допомогою швидких тестів, придбаних в аптечній мережі, то значна частка чоловіків (ймовірно, від 5% до 17%) проходять тестування на ВІЛ у кабінетах «Довіра», не ідентифікуючи себе як ЧСЧ (Таблиця 2).

Таблиця 2. Розрахунок імовірності тестувань ЧСЧ у закладах охорони здоров'я, котрі не ідентифікують себе як ЧСЧ

Показник	2009	2010	2011	2012	2013
% ЧСЧ, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців і знають результат*	65,5%	65,5%	51%	51%	61,4%
Оціночна чисельність ЧСЧ	36300	36300	36300	36300	36300
Всього ЧСЧ, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців і знають результат (розрахунково)	23777	23777	18513	18513	22303
Охоплено ЧСЧ, всього	4965	7138	7498	9377	9119
ЧСЧ-клієнти громадських організацій, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців і знають результат (розрахунково)	3252	4675	3824	4782	5603
Кількість тестувань ЧСЧ на ВІЛ у громадських організаціях	2620	2779	2885	3473	3387
Кількість ЧСЧ, обстежених у кабінетах «Довіра»	84	125	198	278	299
Загалом протестовано осіб, ідентифікованих як ЧСЧ	2704	2904	3083	3751	3686
Всього ЧСЧ, котрі протестувалися, не ідентифікуючи себе як ЧСЧ, або самостійно	21073	20873	15430	14762	18617
Протестовано ЧСЧ-клієнтів громадських організацій, котрі не ідентифікували себе як ЧСЧ	548	1771	741	1031	1917
Всього обстежено в кабінетах «Довіра» чоловіків віком від 15 років	12118	17042	15975	12463	11199
% чоловіків, які, ймовірно, протестувалися в кабінетах «Довіра», не ідентифікуючи себе як ЧСЧ (з числа ЧСЧ-клієнтів громадських організацій)	5%	10%	5%	8%	17%

* для 2010 та 2012 років взято показники попередніх років

Таким чином, необхідно покращити якість передтестового консультування чоловіків, які обстежуються на ВІЛ, з метою уточнення реальних факторів ризику та ймовірного шляху їх інфікування. Не менш важливою є діяльність, спрямована на зниження стигми і запобігання проявам дискримінації, що спонукає ЧСЧ приховувати свій статус при зверненні по послуги з консультування і тестування на ВІЛ. Враховуючи, що значну частину ЧСЧ (перш за все тих, хто практикує бісексуальну поведінку) не охоплено послугами ЧСЧ-сервісних громадських організацій, слід запроваджувати широкомасштабну інформаційну кампанію серед загального населення, сфокусовану на всі ризики інфікування статевим шляхом, та втілювати антидискримінаційну політику серед медичних працівників.

Що стосується охоплення медичним спостереженням ЧСЧ з ВІЛ-позитивним статусом, то в останні роки суттєво покращилася ситуація з коректним встановленням імовірного шляху інфікування ВІЛ. Так, частка ЧСЧ серед зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у чоловіків зі статевим шляхом інфікування щорічно зростає, скорочуючи кількість прихованих інфікувань внаслідок гомосексуальних зв'язків, які часто визначалися як гетеросексуальні (Рис.76).

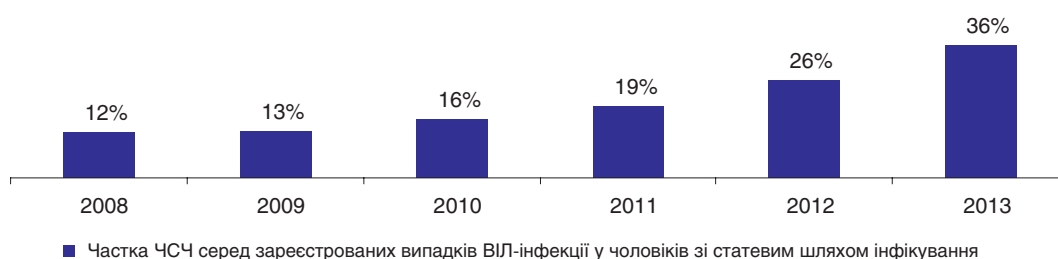


Рис. 76. Збільшення питомої ваги випадків з ідентифікованим гомосексуальним шляхом інфікування серед усіх чоловіків зі статевим шляхом інфікування, взятих на диспансерний облік з приводу ВІЛ-інфекції

Якщо у 2006 році їх частка становила лише 2,8%, то, починаючи з 2008 року, збільшувалась, досягнувши у 2013 році рівня 36%. Така ситуація, на думку експертів, зумовлена виключно удосконаленням організації ЧСЧ-сервісу в місті, де громадська організація, маючи громадський центр для ЧСЧ, забезпечує якісне консультування та експрес-тестування із наступним супроводженням ВІЛ-позитивного клієнта до Міського центру СНІДу (впровадження кейс-менеджменту).

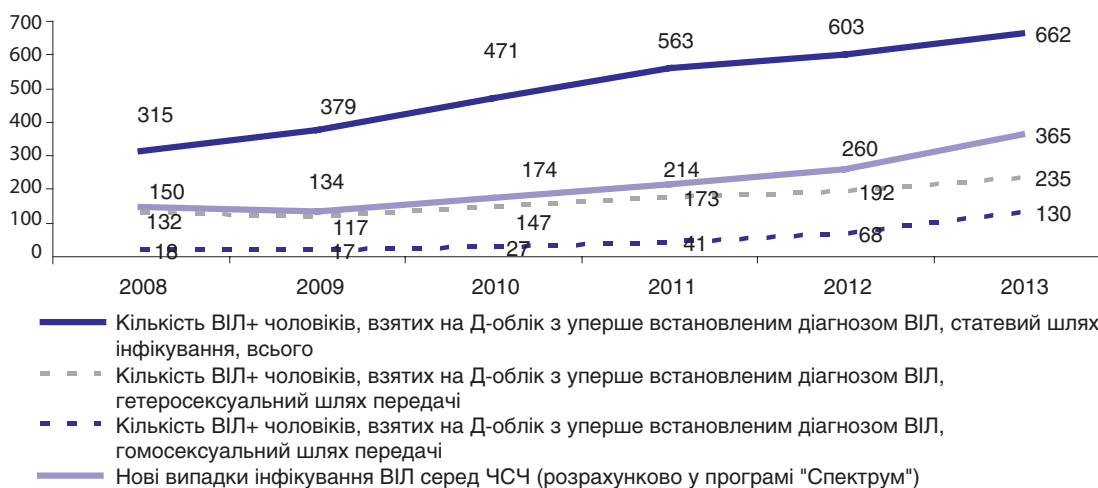


Рис. 77. Реєстрація випадків інфікування чоловіків статевим шляхом та оціночна кількість нових випадків інфікування ВІЛ

Разом з тим, якщо порівнювати розрахункову захворюваність на ВІЛ у групі ЧСЧ, змодельовану в програмі “Спектр”, з кількістю зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ, то існує значна прогалина у виявленні та доведенні ВІЛ-інфікованих ЧСЧ до взяття на диспансерний облік. Покращення виявлення та доведення ВІЛ-позитивних ЧСЧ до отримання медичної допомоги у зв’язку з ВІЛ-статусом дозволило б запобігти значному числу інфікувань у цій групі ризику.

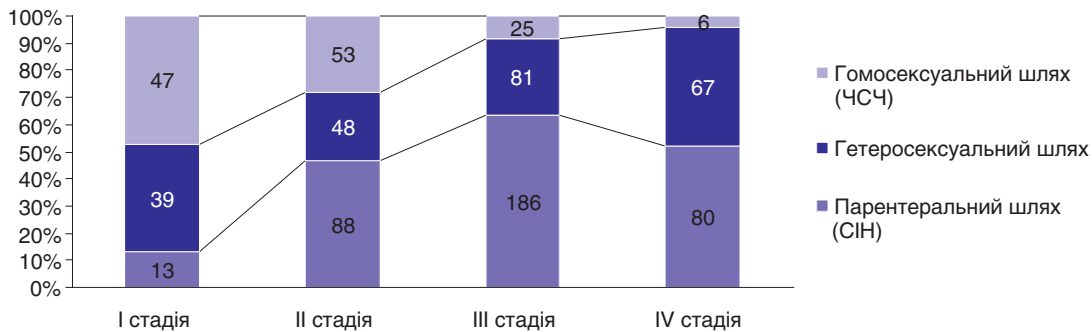


Рис. 78. Розподіл випадків інфікування чоловіків за шляхами та стадіями, %

В ході тріангуляції встановлено, що чоловіки зі статевим шляхом інфікування ВІЛ відіграють суттєву роль в епідемічному процесі. Деагрегація даних за 2013 рік за шляхами інфікування та стадіями хвороби показала, що більшість CIN було взято на диспансерний облік у III-IV стадіях хвороби, а у групі чоловіків зі статевим шляхом більшу частину випадків зареєстровано на ранніх стадіях ВІЛ-інфекції. Виходячи з наявної ситуації, можна зробити припущення, що така тенденція зумовлена: а) закономірною трансформацією епідемії серед CIN в епідемію, де статевий шлях є домінуючим, незалежно від статі; б) вагомим впливом профілактичних інтервенцій на формування структури показника захворюваності; в) наслідками невідповідності профілактики серед чоловіків зі статевим шляхом інфікування через пріоритизацію заходів для групи CIN у попередні роки; г) розвитком епідемії ВІЛ серед ЧСЧ упродовж кількох років, про що свідчить значна частка випадків із недавнім інфікуванням.

Висновки щодо ефективності профілактичних програм серед ЧСЧ

Зважаючи на недостатній рівень охоплення популяції ЧСЧ, не можна повноцінно провести аналіз ефективності цільових програм профілактики ВІЛ для цієї групи, однак можна зробити деякі висновки про користування послугами та зміну знань і ризикованої поведінки на тлі збільшення кількості клієнтів у останні роки.

Із нарощуванням охоплення ЧСЧ профілактичними програмами підвищується їхній рівень знань про шляхи інфікування ВІЛ та знижується ризикова поведінка, що може бути наслідком покращеного доступу представників групи до послуг з консультування і тестування на ВІЛ. Щорічно зростає кількість ЧСЧ, які проходять тестування на ВІЛ у закладах охорони здоров'я і стають більш відкритими щодо ідентифікації гомосексуальних зв'язків, котрі могли спричинити інфікування. Також зростає кількість чоловіків, які стають на облік з визначеним гомосексуальним шляхом передачі ВІЛ, що вказує на суттєве покращення послуг з консультування, якіснішого перенаправлення та післятестового консультування. Разом з цим, значна частина ВІЛ-інфікованих ЧСЧ залишається поза медичним доглядом, що може зумовлювати подальший розвиток епідемії ВІЛ у цій групі.

Загальні висновки до питання 2

В цілому можна відзначити, що програми, які реалізуються з метою профілактики ВІЛ-інфекції, є ефективними для СІН старших вікових груп та ПКС, про що свідчить поступове зниження рівня інфікованості на ВІЛ, зниження ризикованої поведінки, підвищення рівня охоплення послугами з консультування та тестування на ВІЛ у цих групах. Групу ЧСЧ охоплено послугами з профілактики ВІЛ недостатньо, однак зі зростанням кількості ЧСЧ-клієнтів профілактичних програм підвищується їхній рівень обізнаності про ВІЛ та доступ до послуг з тестування на ВІЛ, знижується рівень ризикованої поведінки.

Разом з тим, існує ряд напрямів профілактичних програм, які потребують посилення для забезпечення їх ефективності:

- 1) залучення СІН молодшого віку до участі у профілактичних програмах, у т.ч. жінок з нетривалим споживанням ін'єкційних наркотиків;
- 2) запобігання використанню спільного інструментарію та обладнання для приготування ін'єкційних наркотиків;
- 3) посилення профілактики ризикованої статевої поведінки серед СІН, особливо молодшого віку, та їхніх статевих партнерів;
- 4) посилення профілактики ризикованої статевої поведінки серед ПКС та їхніх статевих партнерів;
- 5) залучення більшої кількості ЧСЧ до участі у профілактичних програмах із відпрацюванням сучасних моделей надання профілактичних та медико-соціальних послуг;
- 6) покращення доступу ЧСЧ до тестування і консультування як у межах програм громадських організацій, так і в закладах охорони здоров'я;
- 7) покращення виявлення та супроводу ВІЛ-інфікованих ЧСЧ для отримання ними якісних медичних та соціальних послуг;
- 8) розширення спектру та обсягу профілактичної роботи серед населення з опорою на толерантне ставлення до представників груп високого ризику інфікування та доктрину щодо профілактики інфікування статевим шляхом серед загального населення.

Рекомендації щодо програмних заходів

- Зорієнтувати профілактичні програми на СІН молодшого віку для профілактики сплеску інфікувань у цій групі.
- Із збереженням програм обміну та видачі шприців і голок, посилити заходи з профілактики спільного використання обладнання та інструментарію для приготування наркотичного розчину.
- Посилити компонент профілактичних програм для СІН, спрямованих на профілактику ризикованої статевої поведінки.
- Посилити профілактичні програми для зниження ризику інфікування ВІЛ серед ПКС та їхніх статевих партнерів.
- Впроваджувати сучасні моделі профілактичних програм для представників групи ЧСЧ з метою підвищення ефективності профілактики ВІЛ-інфікування та ІПСШ, а також збільшення їх охоплення такими програмами.
- Забезпечити кращий доступ ЧСЧ до послуги з консультування і тестування на ВІЛ для покращення їхніх знань про ВІЛ та мотивації щодо практикування захищеного сексу, а також вчасного виявлення та взяття на облік ВІЛ-позитивних ЧСЧ із подальшим забезпеченням їх лікування.

- Забезпечити збереження профілактичних програм для ключових груп ризику з можливим переглядом цільових індикаторів у рамках проектної діяльності громадських організацій.

Рекомендації щодо стратегічної інформації

Забезпечити оцінку якості моніторингових даних щодо програм, які реалізуються громадськими організаціями, із забезпеченням збору та обробки достовірних даних щодо обсягів та результатів профілактичної роботи, програм кейс-менеджменту та розробити нові індикатори оцінки їхньої діяльності.

Вести облік кількості ВІЛ-позитивних клієнтів профілактичних програм, які звернулись до Міського центру СНІДу для підтвердження діагнозу та яких було взято під медичне спостереження.

Вести облік даних, що дозволять визначити вікову структуру клієнтів громадських організацій (насамперед нових клієнтів).

Верифікувати результати біоповедінкового дослідження серед ПКС 2013 року щодо рівня поширеності ВІЛ-інфекції в групі ПКС шляхом проведення чергового дозорного епіднагляду в цій групі.

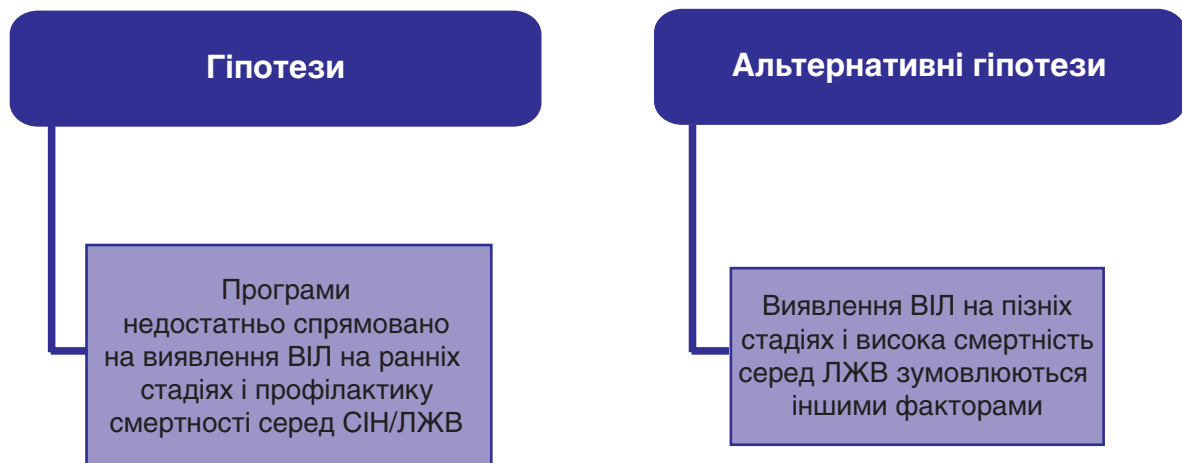
Оцінити ефективність різних поведінкових та профілактичних втручань (наприклад, заходів зі зниження ризикованої статевих поведінки і забезпечення презервативами для СІН, ПКС та ЧСЧ, надання послуг з консультування і тестування на ВІЛ для ЧСЧ).

Забезпечити збір даних, моніторинг і оцінку заходів, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування ІПСШ у групах ризику.

Питання 3: Що зумовлює високу смертність серед ЛЖВ?

Рівень смертності від СНІДу в Києві у 2013 році становив 6,7 на 100 тисяч населення та є нижчим від середнього показника смертності від СНІДу по Україні (7,0 на 100 тис. населення). Разом з тим, кількість смертей серед ВІЛ-інфікованих осіб і кількість смертей, зумовлених СНІДом, щорічно зростає, тож знання про основні фактори, які на тлі доступної антиретровірусної терапії призводять до смертності серед ЛЖВ, дозволить спланувати заходи, спрямовані на зниження рівня смертності у випадках, коли смерті ще можна запобігти.

Що зумовлює високий рівень смертності серед ЛЖВ?



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

Перевірка гіпотези 3.1: Програми недостатньо спрямовано на виявлення ВІЛ на ранніх стадіях і профілактику смертності серед СІН/ЛЖВ

Щорічно в Києві зростає кількість зареєстрованих випадків СНІДу та смертей, зумовлених ВІЛ (Рис. 79). При цьому у 2013 році кількість смертей, зумовлених СНІДом, вперше істотно менша від загальної кількості смертей, спричинених іншими захворюваннями.

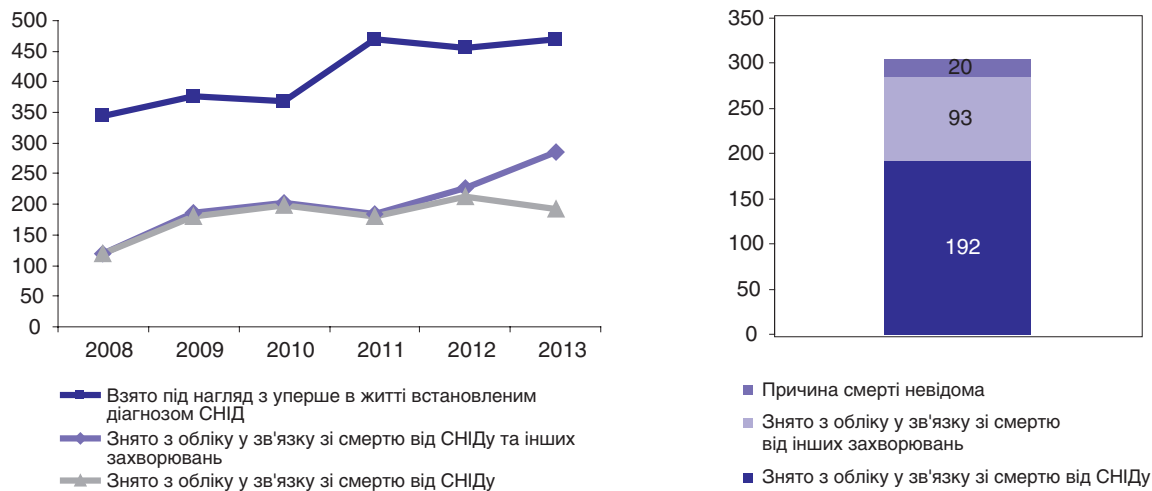


Рис. 79. Регістрація випадків СНІДу та смертей серед ЛЖВ: структура причин смертей ЛЖВ у 2013 р.

Одним з основних факторів зростання смертності серед ВІЛ-інфікованих є пізнє виявлення та лікування ВІЛ, про що свідчить зростання частки осіб, узятих під нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції (Рис. 80).

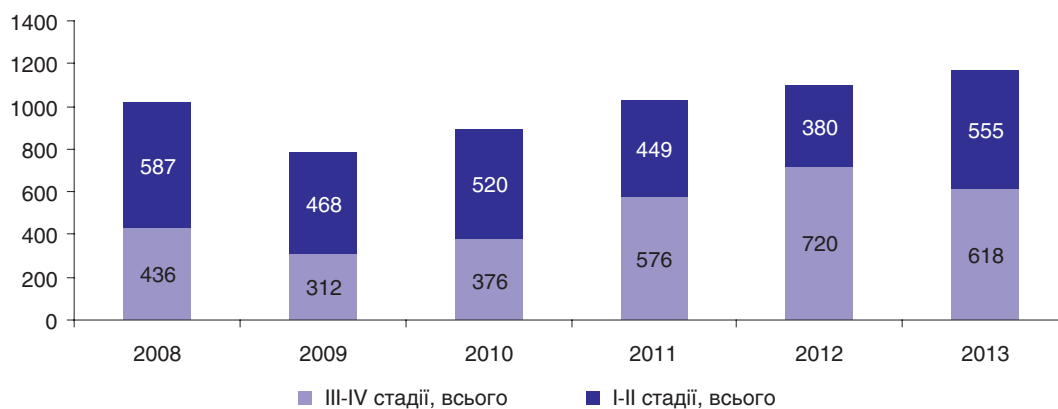


Рис. 80. Розподіл випадків ВІЛ-інфекції за стадіями взяття під нагляд

Найбільш поширеною опортуністичною інфекцією в Україні в цілому і в Києві зокрема є туберкульоз, який найчастіше зумовлює встановлення III та IV клінічних стадій ВІЛ-інфекції. Щорічно зростає частка осіб, у яких на момент виявлення ВІЛ-інфекції одночасно діагностують туберкульоз (Рис. 81).



Рис. 81. Реєстрація випадків ко-інфекції ВІЛ/ТБ, за даними обліку Міського центру СНІДу

Така ситуація є вкрай негативною та потребує вжиття першочергових заходів, спрямованих як на запобігання захворюваності ЛЖВ на туберкульоз, так і забезпечення ефективного лікування для недопущення смертей та поширення мультирезистентного туберкульозу.

Проаналізувавши причини смертності серед ВІЛ-інфікованих осіб, можна констатувати, що до 2013 року щорічно зростала частка осіб серед померлих, які мали подвійну хворобу ВІЛ/ТБ.

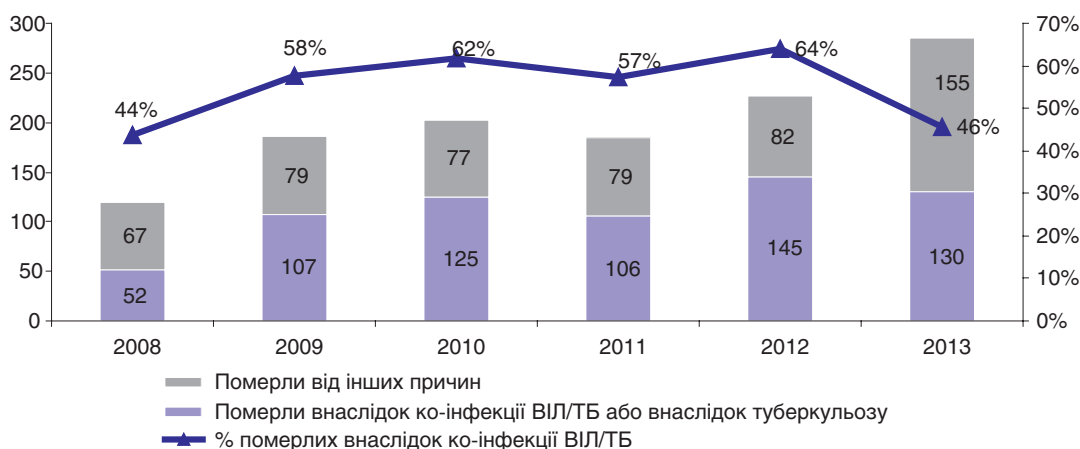


Рис. 82. Реєстрація випадків смерті хворих з ВІЛ/ТБ, за даними обліку Міського центру СНІДу

Аналізуючи дані щодо розширення програми АРТ, слід відмітити, що в місті Києві кількість пацієнтів на АРТ зростала досить стрімко – більш як втричі у 2013 році в порівнянні з 2008 роком. Разом з тим, щорічно залишається значною частка осіб, які потребували, але не отримували АРТ з різних причин.

Якщо провести каскадний аналіз смертності серед ВІЛ-інфікованих осіб у 2013 році з точки зору перебування на АРТ, стає зрозумілим, що доступність АРТ є визначальним фактором, який впливає на смертність серед ВІЛ-інфікованих осіб (Рис. 84).

Так, з числа усіх померлих від СНІДу лише 37% пацієнтів отримували АРТ, а 26% від загальної кількості осіб (або 70% від тих, хто отримував АРТ) отримували АРТ протягом тривалого періоду (більше 12 місяців). Таким чином, ймовірно, за умови вчасного виявлення ВІЛ та своєчасного початку АРТ, життя 142 ВІЛ-інфікованих осіб можна було б продовжити.

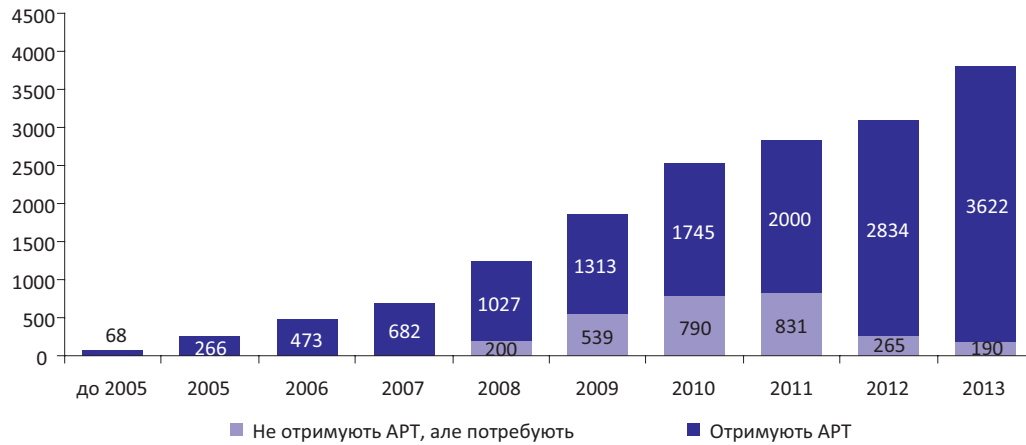


Рис. 83. Доступ ЛЖВ до АРТ, за даними Міського центру СНІДу

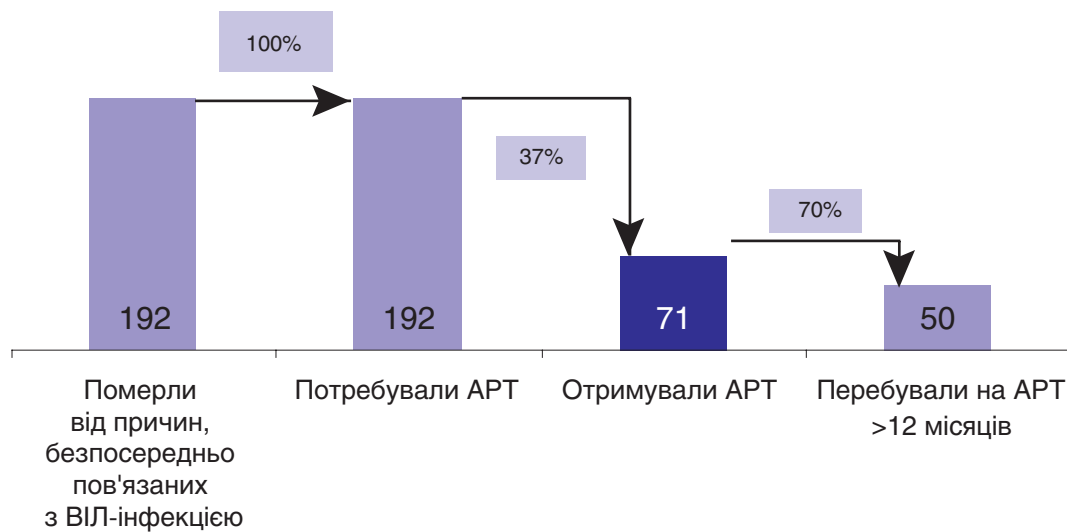


Рис. 84. Каскадний аналіз смертності від СНІДу серед ВІЛ-інфікованих з урахуванням доступу до АРТ

Що стосується ВІЛ-інфікованих осіб, які померли від причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, то 82% з них також потребували АРВ-лікування, однак лише 61% з них отримували АРТ і 41% з них отримували АРТ протягом періоду понад 12 місяців (Рис. 85). Отже, за винятком осіб, які не потребували АРТ, і тих, хто отримував АРТ довше 12 місяців, 63% з тих, хто помер від причин, не пов'язаних з ВІЛ, не отримували належного антиретровірусного лікування. Зважаючи на те, що з цієї групи осіб, які померли від причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, 20 осіб померли від туберкульозу, 12 осіб – внаслідок вірусного гепатиту В, С або цирозу печінки вірусної етіології та 39 осіб – внаслідок інших захворювань, можна припустити, що вчасне надання АРТ могло б зменшити кількість смертей і в цій групі.

Зазначимо, що 70% з числа померлих у 2013 році ВІЛ-інфікованих осіб становили особи, які інфікувалися ВІЛ внаслідок ін'єкційного споживання наркотиків. Додатковий аналіз доступності АРТ та смертності в розрізі групи найвищого ризику – СІН – показує, що хоча й 46% з них отримували АРТ, лише 22% з числа померлих (або 55% від померлих СІН, які отримували АРТ) отримували АРТ протягом 12 місяців і більше. Ще 54% СІН не отримували АРТ, хоча й потребували лікування (Рис. 86).

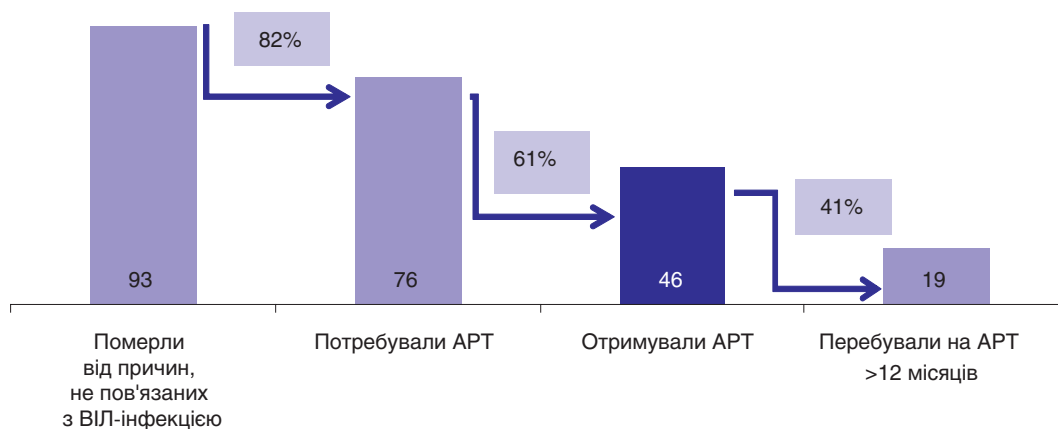


Рис. 85. Каскадний аналіз смертності «від інших причин» серед ВІЛ-інфікованих з урахуванням доступу до АРТ

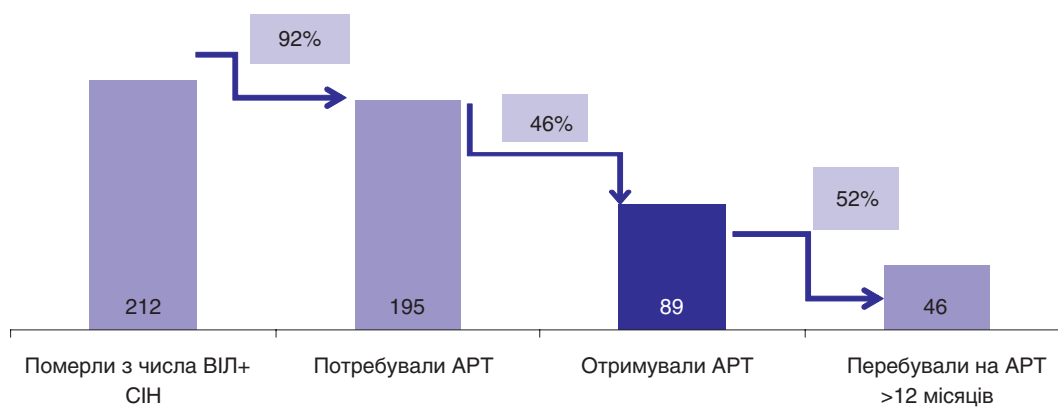


Рис. 86. Каскадний аналіз смертності серед ЛЖВ/СІН з урахуванням доступу до АРТ

Зважаючи на переважну частку СІН з числа померлих ВІЛ-інфікованих осіб, які не мали адекватного доступу до АРТ, варто проаналізувати можливі чинники, які не дозволяють вчасно надавати лікування цій групі. Однією з перших причин, яка вже аналізувалася в попередніх розділах, варто вказати виявлення та взяття під медичний нагляд СІН у пізніх стадіях ВІЛ-інфекції. Особливо стрімке зростання кількості СІН, взятих під медичний нагляд у III і IV стадіях ВІЛ-інфекції, характерне для 2011-2013 років (Рис.87).

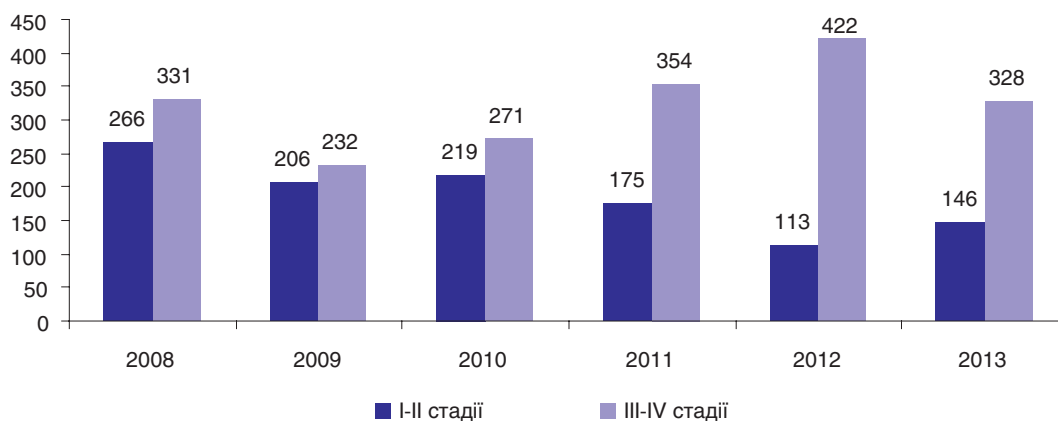


Рис. 87. Розподіл узятих на облік ЛЖВ/СІН за стадіями, за даними Міського центру СНІДу

Як вже згадувалося вище (в частині аналізу ефективності профілактичних програм для СН), в останні роки основну частку клієнтів профілактичних програм становлять СН старшого віку, що може свідчити як про збільшення частки СН старшого віку, так і про недостатнє залучення СН, які нещодавно інфікувалися (Рис.88). Імовірно, така ситуація є наслідком того, що діяльність громадських організацій більше орієнтується на СН, які мають тривалий стаж споживання наркотиків. Також слід зважати на те, що в цілому спостерігається старіння популяції СН.

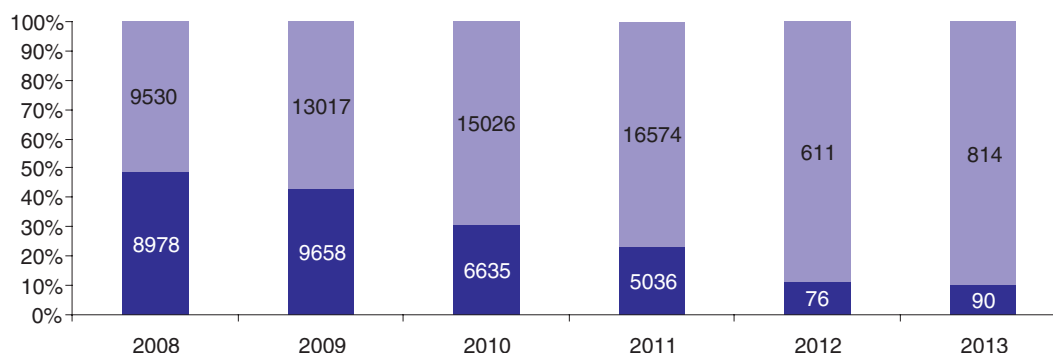


Рис. 88. Вікова структура ЛЖВ/СН – учасників профілактичних програм

Під час проведення триангуляції взято до уваги результати дослідження смертей з ВІЛ/ТБ, зареєстрованих у 2013 році. Зокрема, у 63% з 305 летальних випадків у Міському центрі СНІДу було діагностовано ко-інфекцію ВІЛ/ТБ. 73% хворих було інфіковано саме внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків. 37% померлих хворих з ВІЛ/ТБ було взято на облік у III стадії хвороби та 39% – в IV стадії. Частка ранніх стадій (I-II стадії) становить лише 24% відповідно.

Має значення також і термін, через який особа з першим позитивним результатом при обстеженні на ВІЛ-інфекцію методом ІФА звертається для взяття на медичний облік (Рис.89). У термін понад 1 місяць звернулись 45% осіб.

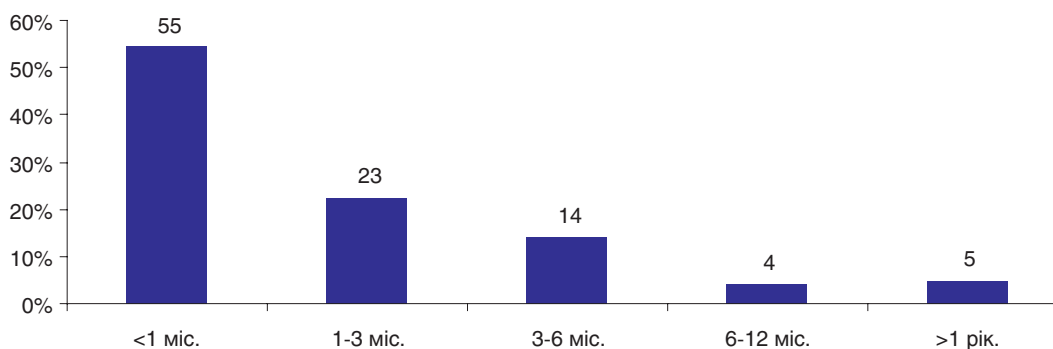


Рис. 89. Термін взяття ЛЖВ (які померли у 2013 р. з ВІЛ/ТБ) на облік після отримання позитивного результату тестування (ІФА), за даними Міського центру СНІДу

Закономірною виглядає і тривалість періоду від взяття на облік з приводу ВІЛ-інфекції до смерті пацієнта. Встановлено, що 16,2% прожили критично малий час – менше 1 місяця, що напряду підтвердило негативний вплив пізньої діагностики та несвоєчасного звернення по медичну допомогу. Більшість померлих хворих померли менше ніж через 1 рік (50,3%).

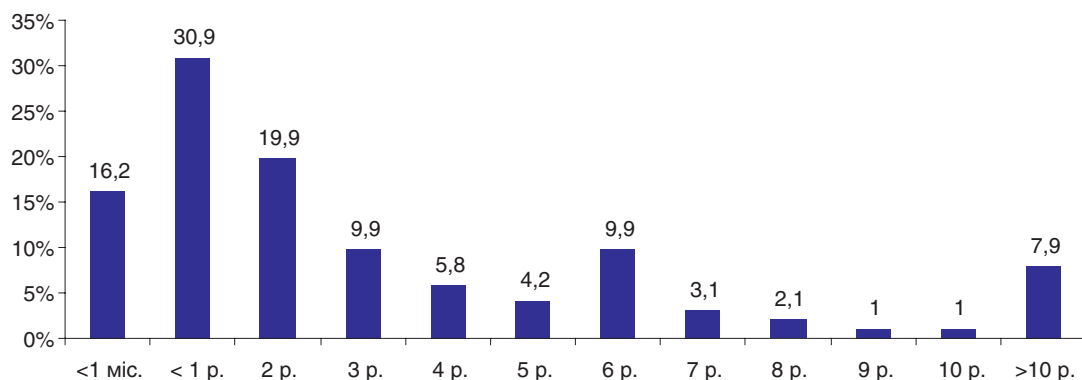


Рис. 90. Структура померлих у 2013 р. з ВІЛ/ТБ залежно від термінів перебування на обліку, за даними Міського центру СНІДу, %

Важливі дані отримано щодо рівня CD4+ на момент взяття на диспансерний облік. Під час аналізу імунного статусу групи пацієнтів з ВІЛ/ТБ з'ясувалося, що середній рівень CD4+ становив 228 кл/мкл, а у 54,5% із них рівень CD4+ був нижчим 200 кл/мкл, що є характерним для термінальної стадії хвороби. При цьому в 45,2% пацієнтів з проявами важкої імуносупресії рівень CD4+ був нижчий 50 кл/мкл – це майже чверть від усіх померлих (23,5%).

Найбільш поширеною ко-інфекцією серед померлих є вірусні гепатити з парентеральним та статевим шляхами інфікування, а також наявні важкі ураження печінки – 76,3%, які, в т.ч. за рахунок ХВГС, є ймовірним предиктором смертності та низької ефективності АРТ серед ЛЖВ/СІН.

На підставі дослідження причин смертності хворих на ВІЛ/ТБ у 2013 році фахівці Міського центру СНІДу дійшли висновку, що ключовою проблемою, яка негативно впливає на забезпечення своєчасної профілактики, діагностики та ефективності лікування ВІЛ-інфекції та, зокрема, ко-інфекції ВІЛ/ТБ, є пізні звернення ВІЛ-інфікованих осіб (насамперед СІН) по медичну допомогу.

Відомо, що СІН часто не потрапляють у програми АРТ через поведінкові ризики щодо дотримання режиму спостереження за перебігом ВІЛ-інфекції та АРВ-лікування. Ця група особливо потребує програм підготовки та формування прихильності до АРТ, а також доступу до програми замісної підтримувальної терапії.

Згідно з даними моніторингу програм догляду і підтримки для ЛЖВ, кількість СІН, які брали участь у таких програмах, до 2013 року була невеликою, що могло зумовлюватися низьким рівнем їхньої участі у програмах з формування прихильності.



Рис. 91. Кількість ЛЖВ/СІН, охоплених послугами з догляду і підтримки, за даними програмного моніторингу

Щодо участі ВІЛ-інфікованих СІН у програмах ЗПТ, то з 2009 року розширення програми ЗПТ в основному відбувалося з профілактичною метою за рахунок клієнтів без ВІЛ-статусу, що також могло вплинути на доступність послуги для ЛЖВ/СІН, в тому числі для тих, які потребували лікування АРТ.

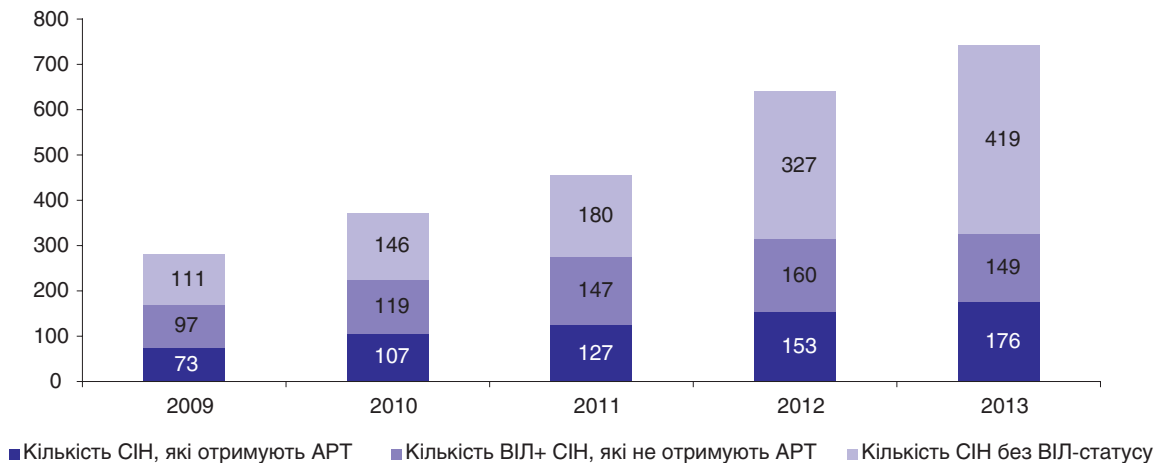


Рис. 92. Структура СІН, охоплених програмою замісної підтримувальної терапії, за даними програмного моніторингу

Загальний висновок щодо питання 3

За результатами проведеного аналізу можна зробити висновок, що висунута гіпотеза знайшла підтвердження.

Так, більшість ЛЖВ, інфікованих внаслідок споживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, було взято під медичне спостереження у пізніх клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, а клієнтами громадських організацій є переважно СІН, старші 25 років, тому можна підтвердити висунуту гіпотезу про те, що існуючі профілактичні програми недостатньо спрямовано на виявлення ВІЛ на ранніх стадіях і, відповідно, не досягають мети щодо зменшення смертності серед СІН/ЛЖВ. Крім того, значна частина померлих ЛЖВ розпочинають АРВ-терапію надто пізно, що не дозволяє досягти належного рівня її ефективності.

Збільшення обстежених за клінічними показаннями СІН та виявлених серед них випадків ВІЛ-інфекції, з одного боку, зумовлено закономірностями «зрілої» епідемії серед СІН, з іншого боку, свідчить про те, що більшість ЛЖВ/СІН потрапляють у поле зору медиків уже на стадіях важкої імуносупресії, яка супроводжується маніфестацією опортуністичних інфекцій, насамперед туберкульозу.

Разом з тим, проведений аналіз дозволяє стверджувати, що існують додаткові фактори, які впливають на високий рівень смертності ВІЛ-інфікованих осіб, зокрема СІН. Такими факторами є:

- високий рівень поширеності ВІЛ серед СІН внаслідок тривалої епідемії;
- поширеність туберкульозу серед СІН, у т.ч. внаслідок особливостей соціального статусу та притаманної цій групі концентрації людей;
- недостатній рівень охоплення ЛЖВ/СІН програмами АРТ та ЗПТ;
- недостатнє залучення ЛЖВ/СІН до програм догляду і підтримки.

Рекомендації щодо програмних заходів

- Спрямувати профілактичні програми, що реалізуються громадськими організаціями, на виявлення ВІЛ серед СІН на ранніх стадіях та сприяти їх перенаправленню до спеціалізованих лікувальних закладів з метою своєчасного отримання медичної допомоги та соціальної підтримки. Забезпечити широке впровадження послуг для ЛЖВ/СІН за принципом кейс-менеджменту для залучення до програм АРВ-лікування, профілактики та лікування туберкульозу, реабілітаційних програм.
- Внести зміни до інформаційного компоненту профілактичних програм серед ВІЛ-інфікованих СІН в частині запобігання розвитку СНІДу, захворюванню на туберкульоз та неефективній АРТ у занедбаних випадках. Посилити відповідну роботу в групах само-, взаємодопомоги СІН, ЛЖВ/СІН.
- Забезпечити суцільне охоплення ЛЖВ/СІН, які потребують АРТ, супроводом з метою формування прихильності до лікування.
- Забезпечити адекватну координацію з протитуберкульозною службою для вчасної діагностики і лікування ко-інфекції ВІЛ/ТБ.
- Створити умови для безперешкодного доступу громадян до КіТ у разі звернення їх по медичну допомогу до закладів охорони здоров'я.
- Запровадити багаторівневі індикатори МіО діяльності закладів охорони здоров'я, громадських організацій, Міського центру СНІДу щодо забезпечення ефективної та своєчасної допомоги ЛЖВ.
- Розширити (по можливості) доступ хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ВГ до специфічного лікування вірусних гепатитів В і С.

Рекомендації щодо стратегічної інформації

- Здійснювати облік хворих на ВІЛ/ТБ і смертності серед ЛЖВ, які були клієнтами профілактичних програм та програм догляду і підтримки, що реалізуються громадськими організаціями;
- провести детальний аналіз смертності СІН, які отримували ЗПТ;
- запровадити статистичний облік одиниць опортуністичних інфекцій серед ЛЖВ, що перебувають на диспансерному обліку, та провести розширений аналіз структури опортуністичних та супутніх захворювань серед померлих ЛЖВ;
- забезпечити моніторинг випадків неефективної АРТ в частині визначення основних факторів ризику;
- забезпечити моніторинг випадків захворювання та особливостей перебігу туберкульозу серед ЛЖВ, які отримують АРТ;
- забезпечити моніторинг і оцінку рівня прихильності ЛЖВ/СІН до АРТ;
- провести аналіз ефективності АРТ серед ЛЖВ та ЛЖВ, які мають ко-інфекцію В і С (в т.ч. з урахуванням фактору споживання ін'єкційних наркотиків);
- провести аналіз ефективності протитуберкульозної терапії серед ЛЖВ та ЛЖВ, які мають ко-інфекцію В і С (в т.ч. з урахуванням фактору споживання ін'єкційних наркотиків);
- розглянути можливість проведення операційного дослідження щодо впливу вірусних гепатитів В і С на результати АРТ серед ЛЖВ/СІН.

**Регіональний проект
з триангуляції даних
у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
в місті Києві**

Підсумковий звіт

Хана Азман
Жанна Антоненко
Наталія Бугаєнко
Олена Дорошенко
Маріанна Ніколко
Джордж Разерфорд
Хіларі Спіндлер
Олександр Юрченко

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 _____