

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



Підсумковий звіт



Альянс
громадського здоров'я



Київ 2016

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

Підсумковий звіт



Альянс
громадського здоров'я



Київ 2016

УДК 614.4:[616.98:578.828ВІЛ](477.74)(047.3)
ББК 55.148(4Укр-4Оде)
Р32

Головні виконавці дослідження:

Євген Большов, дослідник, незалежний консультант (1)
Юлія Новак, спеціаліст із забезпечення якості даних (1)
Юрія-Івана Чакало, доктор медицини (2)
Ірина Сорока (3)
Олександра Садкова (3)

(1) МБФ «Альянс громадського здоров'я»
(2) Центр співпраці ВООЗ з питань епідагляду за ВІЛ у м.Загреб, Хорватія
(3) КУ «Одеський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

Р32 **Регіональний проект з триангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Одеській області. Підсумковий звіт.** – Большов Є., Новак Ю., Чакало Ю.І., Сорока І., Садкова О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство «Україна» 2016. – 80 с.

ISBN 978-966-137-065-3

У звіті представлено результати аналізу даних, що характеризують розвиток ВІЛ-інфекції в Одеській області. Детально розглянуто причини епідемії у віковій групі 15-24 років в Одеській області і проведено оцінку впливу профілактичних програм серед підлітків на їхню поведінку. Відповіді на ці питання стануть у нагоді людям, які приймають рішення щодо планування та реалізації заходів з протидії ВІЛ-інфекції, керівникам закладів охорони здоров'я, епідеміологам та дослідникам, фахівцям з моніторингу та оцінки, співробітникам неурядових організацій, що надають послуги з профілактики ВІЛ представникам ключових груп населення та догляду і підтримки людям, які живуть з ВІЛ.

Автори висловлюють подяку регіональним партнерам у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Одеській області, зокрема головному лікарю Одеського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом Сервецькому Станіславу Костянтинівичу за підтримку проекту триангуляції у регіоні, а також іншим зацікавленим особам, які взяли участь у формуванні та виборі питань для регіонального проекту з триангуляції даних й обговоренні його результатів.

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 «Альянс громадського здоров'я», за фінансування Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

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

УДК 614.4:[616.98:578.828ВІЛ](477.74)(047.3)
ББК 55.148(4Укр-4Оде)

ISBN 978-966-137-065-3

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	5
ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	7
ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ПРОВЕДЕННЯ ТРІАНГУЛЯЦІЇ	9
Вибір питань для тріангуляції	9
Дані для аналізу (період для аналізу: 2005–2015 роки)	10
СТРУКТУРА ТА ЛОГІКА ЗВІТУ	11
РОЗДІЛ 1. Характеристики регіону	12
Демографічні параметри Одеської області важливі для питань тріангуляції	12
Висновки до розділу 1.	22
РОЗДІЛ 2. Стан епідемії в Одеській області	24
Модельні оцінки стану епідемії: АЕМ та Spectrum.	25
Оціночна кількість людей, що живуть з ВІЛ в Одеській області	25
Кількість нових випадків у 2015 році	26
Модельні оцінки стану епідемії за групами ризику, 2015 рік	27
Висновки до розділу 2.	40
РОЗДІЛ 3. Характеристики епідемії в групі 15–24 роки в Одеській області	42
Висновки до розділу 3.	49
РОЗДІЛ 4. Як змінювалась епідемія в Одеській області: моделювання та дані епіднагляду	52
Висновки до розділу 4.	56
Результати	58
РОЗДІЛ 5. Перевірка гіпотез щодо причин епідемії в групі 15–24 та оцінка впливу профілактичних програм	60
5.1. Причини епідемії в групі 15–24	60
Висновки до розділу 5.1.	78
5.2. Оцінка впливу профілактичних програм серед підлітків на їхню ризиковану поведінку та рівень інфікування ВІЛ.	79
Висновки до розділу 5.2.	86
РОЗДІЛ 6. Рекомендації	87
Рекомендації щодо програмних заходів.	87
Рекомендації щодо стратегічної інформації	87
Список використаної літератури та джерел	88

Рис. 1. Динаміка кількості населення Одеської області та кількості дорослого (старше 15 років) населення (1989–2015 рр.)	14
Рис. 2. Динаміка абсолютної кількості населення у віці 15–24 роки, Одеська область	14
Рис. 3. Динаміка часток групи 15–24 та 25–49 років від усього дорослого населення, Одеська область	15
Рис. 4. Кількість живонароджених, Україна та Одеська область (1990–2014 рр.)	16
Рис. 5. Порівняння абсолютної кількості нових випадків ВІЛ серед молоді віком 15–24 роки та нових випадків ВІЛ на 100 тис. населення в цій віковій групі.	17
Рис. 6. Частка нових зареєстрованих випадків ВІЛ серед молоді віком 15–24 роки серед усіх нових випадків ВІЛ, Одеська область	18
Рис. 7. Народжуваність на 1000 осіб в групах жінок 15–24 і 25–49 років, Одеська область	19
Рис. 8. Частки груп 15–24 та 25+ років серед вагітних Одеської області	20
Рис. 9. Кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ в Україні та Одеській області за 2012–2014 роки (на 100 тис. населення)	22
Рис. 10. Нові зареєстровані випадки СНІДу в Україні та Одеській області за 2012–2014 роки	23
Рис. 11. Порівняння кількості ЛЖВ та тих, хто потребує АРТ, за епіднаглядом, АЕМ та Spectrum	24
Рис. 12. Порівняння кількості нових випадків ВІЛ та смертей від СНІДу за епіднаглядом, АЕМ та Spectrum	25
Рис. 13. Порівняння поширеності ВІЛ в групах населення за АЕМ, Spectrum та біоповедінковими дослідженнями	26
Рис. 14. Динаміка кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ за даними епіднагляду.	27
Рис. 15. % ВІЛ-інфікованих осіб старше 15 років, які були взяті на облік на 3-4 стадії ВІЛ-інфекції.	28
Рис. 16. Порівняння динаміки епідемії за новими випадками в моделях АЕМ і Spectrum та реєстрацією нових випадків.	29
Рис. 17. Рівень інфікованості ВІЛ вагітних різних вікових груп, 2014 рік, Одеська область	30
Рис. 18. Динаміка поширеності ВІЛ серед вагітних, за даними епіднагляду, Одеська область (2005–2014 рр.)	31
Рис. 19. Динаміка поширеності ВІЛ-інфекції серед вагітних за віковими групами 15–24 та 25+ років, Одеська область (2008–2015 рр.)	32
Рис. 20. Динаміка поширеності ВІЛ серед призовників, Одеська область (2005–2014 рр.)	32
Рис. 21. Динаміка поширеності ВІЛ серед донорів, Одеська область (2005–2014 рр.)	33
Рис. 22. Динаміка частки позитивних результатів тестів на ВІЛ серед ЛВІН та категорії «численні незахищені сексуальні контакти», Одеська область (2005–2014 рр.)	34
Рис. 23. Поширеність ВІЛ серед жінок та чоловіків ЛВІН, за біоповедінковими дослідженнями, та частка позитивних тестів – за кодом «численні незахищені сексуальні контакти», Одеська область (2005–2013 рр.)	34
Рис. 24. Порівняння частки позитивних тестів на ВІЛ за кодом «численні незахищені сексуальні контакти»: Одеська область та Україна (2005–2014 рр.)	35
Рис. 25. Порівняння кількості нових випадків ВІЛ (на 100 тис. населення) в групах 15–24 та 25+, Одеська область (2005–2014 рр.)	37
Рис. 26. Порівняння кількості нових випадків ВІЛ (на 100 тис.) в групі 15–24 роки, Україна та Одеська область (2005–2014 рр.)	38

Рис. 27. Порівняння кількості нових випадків ВІЛ (на 100 тис.) за статтю в групі 15–24 роки, Одеса і Україна (2005–2013 рр.)	39
Рис. 28. Порівняння кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ та розрахованих за АЕМ-моделлю (жінки 15–24 років), Одеська область (2005–2104 рр.)	40
Рис. 29. Порівняння кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ та розрахованих за АЕМ-моделлю (чоловіки 15–24 років), Одеська область (2005–2104 рр.)	40
Рис. 30. Порівняння захворюваності серед чоловіків та жінок 15–24 років, АЕМ-моделювання, Одеська область (1991–2017 рр.)	41
Рис. 31. Абсолютна кількість нових випадків, чоловіки та жінки, за даними епідагляду, Одеська область (2005–2015 рр.)	42
Рис. 32. Абсолютна кількість нових випадків, чоловіки та жінки, за даними АЕМ-моделювання, Одеська область (1999–2017 рр.)	42
Рис. 33. Лаг між інфікуванням та виявленням: чоловіки (порівняння даних АЕМ-моделювання та епідагляду)	43
Рис. 34. Як змінювалося співвідношення трьох основних способів інфікування: гетеросексуальний секс, споживання наркотиків, гомосексуальний секс (АЕМ-моделювання), Одеська область (2000–2015 рр.)	45
Рис. 35. Нові інфекції за групами ризику (АЕМ-моделювання), Одеська область (2000–2015 рр.)	46
Рис. 36. Шляхи передачі ВІЛ (АЕМ-моделювання), Одеська область (2000–2015 рр.)	47
Рис. 37. Джерела інфікування загального населення (АЕМ-моделювання), Одеська область (1994–2020 рр.)	48
Рис. 38. Джерела інфікування чоловіків загального населення (АЕМ-моделювання), Одеська область (1994–2020 рр.)	48
Рис. 39. Джерела інфікування жінок загального населення (АЕМ-моделювання), Одеська область (1994–2020 рр.)	49
Рис. 40. Частка ВІЛ-позитивних ЛВІН у віці 15–24 роки серед усіх ЛВІН та рівень інфікованості в групах ЛВІН 15–24 та 25+ років, Одеська область (2007–2013 рр.)	52
Рис. 41. Кількість нових випадків та частки груп ЛВІН 15–24 років, за даними епідагляду, Одеська область (2005–2015 рр.)	52
Рис. 42. Кількість нових випадків та частки групи ЛВІН 25+ років, за даними епідагляду, Одеська область (2005–2015 рр.)	53
Рис. 43. Порівняння рівня поширеності ВІЛ серед клієнтів-ЛВІН різного віку, за даними Syrex, Одеська область (2012–2015 рр.)	53
Рис. 44. Порівняння рівня поширеності ВІЛ серед клієнтів-ЧСЧ різного віку, за даними Syrex, Одеська область (2012–2015 рр.)	54
Рис. 45. Віковий розподіл партнерів жінок у віці до 25 років, за даними дослідження MICS 2012 року	56
Рис. 46. Віковий розподіл партнерів жінок у віці старше 25 років, за даними дослідження MICS 2012 року	56
Рис. 47. Порівняння поширеності ВІЛ серед ЛВІН та ЧСЧ у віці 15–24 та 25+ років, за результатами біоповедінкових досліджень, Одеська область (2013 рік)	57
Рис. 48. Рівень знань про ВІЛ за областями України (значення національного показника знань), 2011–2012 рр.	58
Рис. 49. Захворюваність на трихомоніаз, кількість випадків на 100 тис., за областями, 2013 рік	59
Рис. 50. Захворюваність на сифіліс, кількість випадків на 100 тис., за областями, 2013 рік	60

Таблиця 1. Розподіл нових випадків ВІЛ за групами та шляхами передачі, згідно АЕМ-моделі, Одеська область (2014 рік)	46
Таблиця 2. Порівняння епідемії в групі 15–24 та серед населення в цілому	57
Таблиця 3. Рівень знань про ВІЛ серед чоловіків та жінок, за регіонами України, 2012 рік	61
Таблиця 4. Рівень знань про ВІЛ серед жінок, порівняння Одеської області, Південного регіону та України в цілому, 2005 рік	62
Таблиця 5. Рівень знань про шляхи уникнення ВІЛ серед жінок, порівняння Одеської області, Південного регіону та України в цілому, 2005 рік	62
Таблиця 6. Частка жінок, які мають досвід абортів, та середня кількість абортів, за регіонами України, 2012 рік	63
Таблиця 7. Інформованість та використання різних методів контрацепції, порівняння Південного регіону та України в цілому, 2012 рік	64
Таблиця 8. Використання презерватива чоловіками під час останнього сексуального контакту з випадковою партнеркою, за регіонами України, 2012 рік	65
Таблиця 9. Сексуальні стосунки з особами, старшими на 10 років, за регіонами України, 2012 рік	65
Таблиця 10. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом 2012 навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ	68
Таблиця 11. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, Одеська область (2006–2010 рр.)	69
Таблиця 12. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, Одеська область (2011–2014 рр.)	69
Таблиця 13. Відповіді школярів та студентів про шляхи уникнення інфікування ВІЛ, Україна та Одеська область, 2010	70
Таблиця 14. Відповіді школярів та студентів про шляхи уникнення інфікування ВІЛ, Україна та Одеська область, 2014.	71
Таблиця 15. Відповіді школярів та студентів про можливі шляхи інфікування ВІЛ, Україна та Одеська область, 2010	72
Таблиця 16. Відповіді школярів та студентів про можливі шляхи інфікування ВІЛ, Україна та Одеська область, 2014.	74

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

7

АРТ	Антиретровірусна терапія
ЖКС	Жінки комерційного сексу
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МІКС	МІКС (Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств в Україні) – міжнародна програма з обстеження домогосподарств, розроблена ЮНІСЕФ. Проводиться Державною службою статистики України
ЛВІН	Люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЧСЧ	Чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками
АЕМ	AIDS Epidemic Model – програмне забезпечення для моделювання епідемії ВІЛ
Spectrum	Програмне забезпечення для моделювання епідемії ВІЛ
Syrex	Система управління базами даних, розроблена МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» за фінансової підтримки глобального фонду для боротьби зі СНІдом, туберкульозом та малярією. Ця програма використовується для моніторингу та запису в програмах профілактики ВІЛ серед уразливих груп
HBSC	Дослідження «Здоров'я й поведінкові орієнтації учнівської молоді», що проводиться в межах міжнародного проекту ВООЗ «Health behaviour school-aged children»

Передумови:

Одеська область є однією з найбільш уражених епідемією ВІЛ серед регіонів України із найбільшою кількістю ЛЖВ та одним з найвищих показників смертності від СНІДу. Щоб зрозуміти, на якому етапі перебуває сьогодні епідемія ВІЛ/СНІД в Одеській області, ми розглянули причини високого рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед молоді та спробували оцінити вплив профілактичних програм на мешканців віком від 15 до 24 років.

Методи:

Для аналізу було застосовано метод тріангуляції, який включає систематичний перегляд, синтез та аналіз різних джерел інформації, зокрема: офіційні дані рутинного сероепідеміологічного моніторингу, біоповедінкових досліджень, програмного моніторингу та прогнози моделей SPECTRUM і АЕМ.

Результати:

Результати проведеного аналізу свідчать, що характер та рушійні сили епідемії ВІЛ в групі мешканців Одеської області у віці 15–24 роки відрізняються від характеру та рушійних сил епідемії ВІЛ загалом. Є підстави вважати, що інфікування під час гетеросексуальних контактів у цій групі є більш поширеним, ніж серед загального населення.

Групи ризику (ЛВІН, ЧСЧ та ЖКС) і відповідна ризикована поведінка (ін'єкційне споживання наркотиків, комерційний та гомосексуальний секс) роблять менший внесок у розвиток епідемії в групі 15–24 роки, ніж в старших вікових групах. Сексуальні контакти з представниками груп ризику також є менш поширеним способом інфікування, ніж у групі старше 24 роки. Можливо, для групи 15–24 роки характерна генералізація епідемії – це призводить до того, що значна кількість інфекцій передається під час сексуальних контактів між представниками загального населення цієї вікової групи.

Ключові рекомендації:

Для зменшення інтенсивності епідемічного процесу серед молоді в Одеській області доцільно:

- розширювати програми тестування на ВІЛ серед вікової групи 15–24 роки, зосереджуючи увагу на виявленні випадків на ранніх стадіях захворювання;
- посилювати ефективність профілактичних програм для школярів та студентів щодо здорової статевої поведінки;
- проводити дозорні та соціологічні дослідження серед молоді принаймні раз на рік з метою відслідковування змін у поведінці.

Дані щодо охоплення підлітків Одеської області програмами профілактики ВІЛ є досить суперечливими. З одного боку, вони демонструють нелогічну динаміку, з іншого – відрізняються залежно від джерела.

ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ПРОВЕДЕННЯ ТРІАНГУЛЯЦІЇ

Вибір питань для триангуляції

Відповідно до методики проведення триангуляції, першим і одним з найважливіших етапів є формулювання та вибір питань, найбільш актуальних для регіону, які можуть бути досліджені з використанням триангуляційного підходу. З цією метою в квітні 2015 року в Одесі було проведено зустріч основних партнерів і зацікавлених сторін. Члени міжвідомчої робочої групи з МіО, представники неурядових організацій, співробітники обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом спільно визначили для розгляду 16 питань, з них два було відібрано для дослідження відповідно до таких критеріїв: важливість та новизна питання або брак досліджень у певному напрямі, доступність даних, можливість реалізувати практичні заходи, спираючись на результати триангуляції, застосувати метод триангуляції для відповіді на питання, а також провести аналіз у короткі терміни. Стосовно кожного з основних питань учасники обговорили джерела даних, які можна використати для проведення триангуляції, їхні сильні сторони та потенційні обмеження. Обрані під час зустрічі основних партнерів і зацікавлених сторін питання та джерела даних для триангуляції було доопрацьовано з представниками Центру співпраці ВООЗ з питань епідагляду за ВІЛ у Загребі (Хорватія).

Ключовими питаннями триангуляції були:

- 1. Причини високого рівня поширеності ВІЛ-інфекції в групі осіб віком 15–24 роки, включаючи вагітних і донорів.**
- 2. Вплив профілактичних програм серед підлітків на їхню ризиковану поведінку та рівень інфікування ВІЛ.**

Дані для аналізу (період для аналізу: 2005–2015 роки):

- оцінка чисельності груп ЛВІН, ЖКС, ЧСЧ (дослідження 2009–2013 рр.);
- статистичні звіти про захворюваність на ВІЛ-інфекцію, СНІД і смертність від СНІДу в 2005–2015 рр.;
- зведені статистичні дані про розподіл осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (незалежно від стадії захворювання) за статтю, віком та шляхами інфікування;
- звіти про програмну діяльність неурядових організацій (SYREX, Альянс) у 2012–2015 рр.; результати моніторингу впровадження програм профілактики ВІЛ у групах ЛВІН, ЖКС, ЧСЧ;
- сероепідмоніторинг ВІЛ-інфекції в області;
- звіти про поведінкові та біоповедінкові дослідження;
- інформаційні бюлетені про розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні;
- демографічні дані;
- дані медичної статистики;
- наукові публікації;
- результати моделювання перебігу епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ та Spectrum.

У **ПЕРШОМУ РОЗДІЛІ** аналізується демографічна ситуація в Одеській області та її зміни протягом останніх 17 років. Особлива увага приділяється групі мешканців у віці 15–24 роки. Обговорюється вплив демографічних процесів на вимірювання перебігу епідемії.

У **ДРУГОМУ РОЗДІЛІ** розглядається поточний стан епідемії в Одеській області та її динаміка протягом останніх 10 років. Аналізуються модельні сценарії перебігу та ті особливості епідемії, які можуть бути з'ясовані за допомогою даних епіднагляду та біоповедінкових досліджень.

У **ТРЕТЬОМУ РОЗДІЛІ** аналізується динаміка захворюваності в групі осіб віком 15–24 роки, облікові дані порівнюються з модельними розрахунками. Оцінюється адекватність відображення перебігу епідемії засобами офіційного епідеміологічного нагляду.

У **ЧЕТВЕРТОМУ РОЗДІЛІ** досліджуються шляхи передачі та джерела інфекції для населення Одеської області в цілому з тим, щоб потім, врахувавши особливості поведінки групи осіб 15–24 років, виявити механізми епідемії у цій віковій групі.

У **П'ЯТОМУ РОЗДІЛІ** аналізуються дані медичної статистики та соціологічних/епідеміологічних досліджень, які б підтвердили чи спростували гіпотези про механізми епідемії у досліджуваній віковій групі, сформульовані в четвертому розділі.

У **ШОСТОМУ РОЗДІЛІ** пропонуються рекомендації щодо програмних дій та стратегічної інформації.

РОЗДІЛ 1.

Характеристики регіону

13

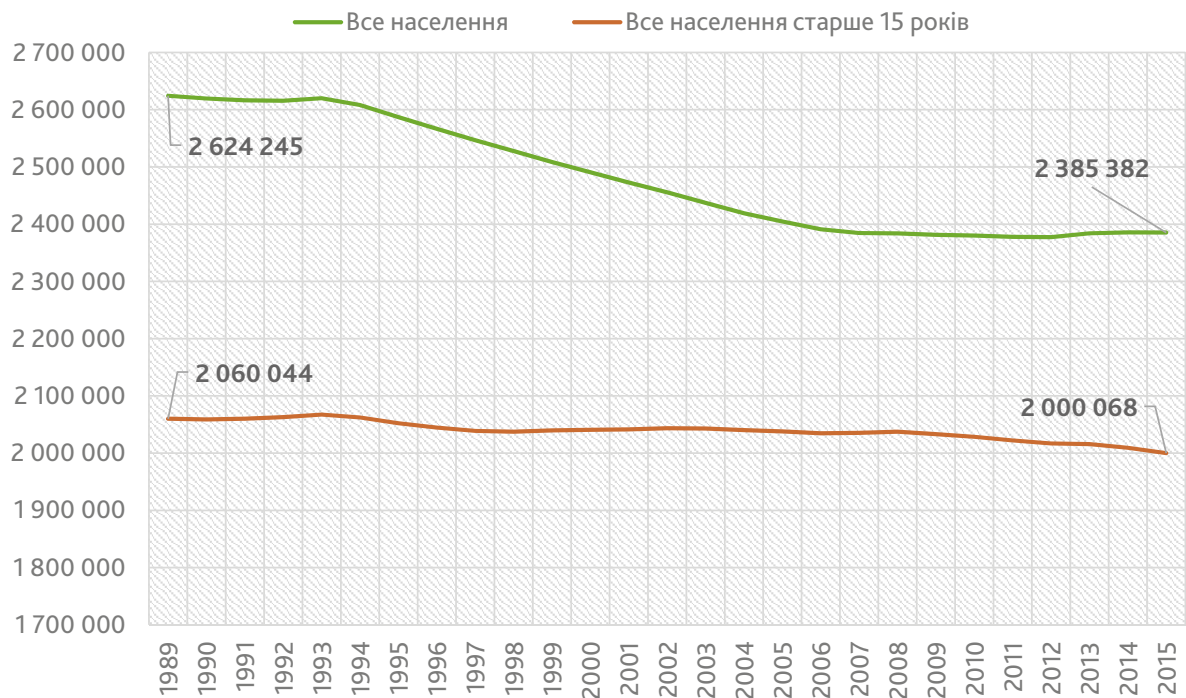
Демографічні параметри Одеської області, важливі для питань тріангуляції



ОДЕСЬКА ОБЛАСТЬ – найбільша за територією в Україні, розташована на південному заході країни. На 2015 рік її населення складало 2 385 382 особи. Одеська область є достатньо урбанізованою: 1 603 106 осіб (67%) проживають в міських поселеннях. За часткою міського населення займає сьоме місце в Україні.

Як й інші регіони країни, Одеська область зазнала певної депопуляції за період з 1989 по 2016 рік. Кількість населення зменшилася з 2 624 245 осіб в 1989 р. до 2 385 382 осіб у 2016 р. Процес депопуляції тривав з 1993 по 2007 рік

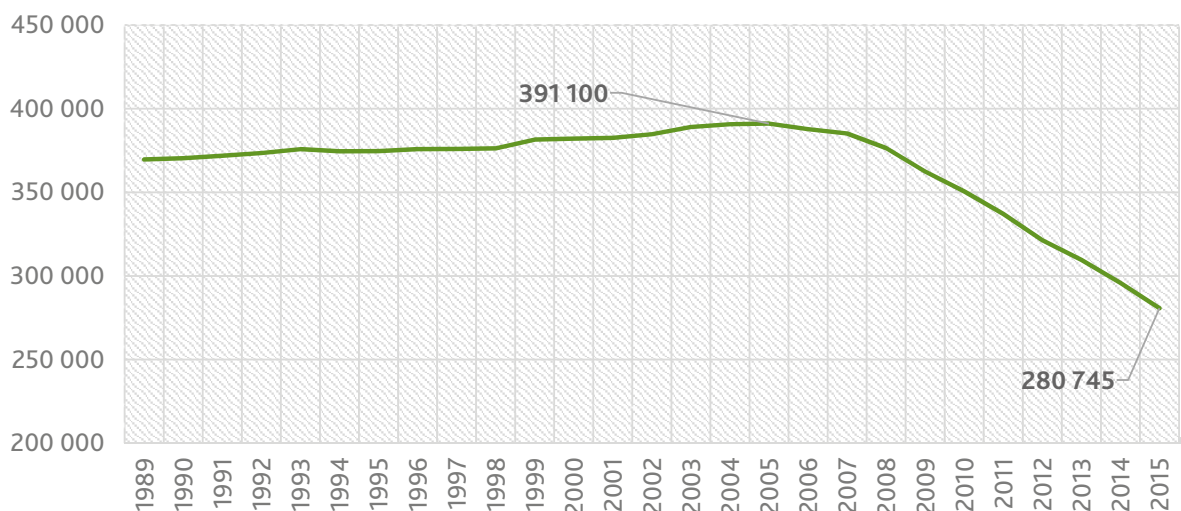
Рис. 1. Динаміка кількості населення Одеської області та кількості дорослого (старше 15 років) населення (1989–2015рр.)



Джерело даних: Держкомстат http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Database/Population/databasetree_uk.asp

Для цілей триангуляції важливо, що кількість дорослого населення (старше 15 років) зменшилася не так значно, як кількість населення загалом. Тобто відбувалося зниження народжуваності і старіння населення. Протягом останніх дев'яти років (з 2006 по 2015 рік) в Одеській області зменшувалася як абсолютна кількість населення у віці 15–24 роки, так і частка цієї групи серед дорослого населення. Абсолютна кількість цієї популяції зменшилася з 391 тис. до приблизно 281 тис. осіб (майже на 110 тис.).

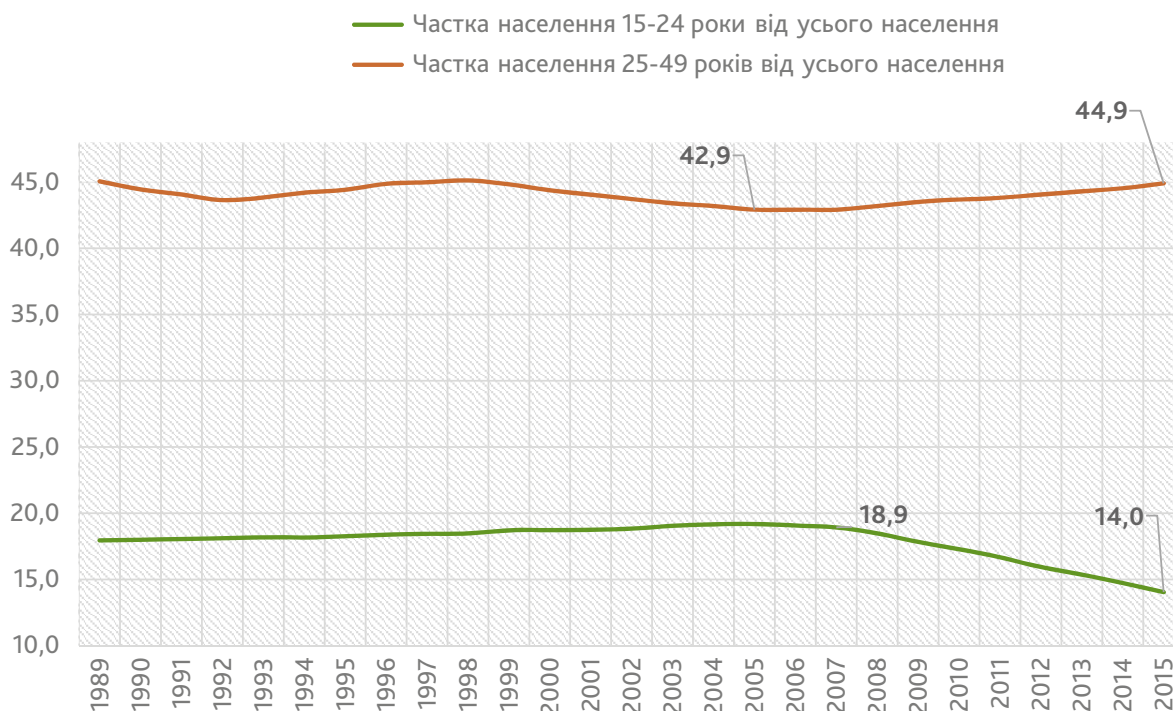
Рис. 2. Динаміка абсолютної кількості населення у віці 15–24 роки, Одеська область



Джерело даних: Держкомстат http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Database/Population/databasetree_uk.asp

Частка групи 15–24 роки серед всього дорослого населення значно зменшилась: з 18,9% у 2007 р. до 14% в 2015 р. В той же час частка групи 25–49 років дещо збільшилася: з 42,9% в 2007р. і до 44,9% в 2015 р.

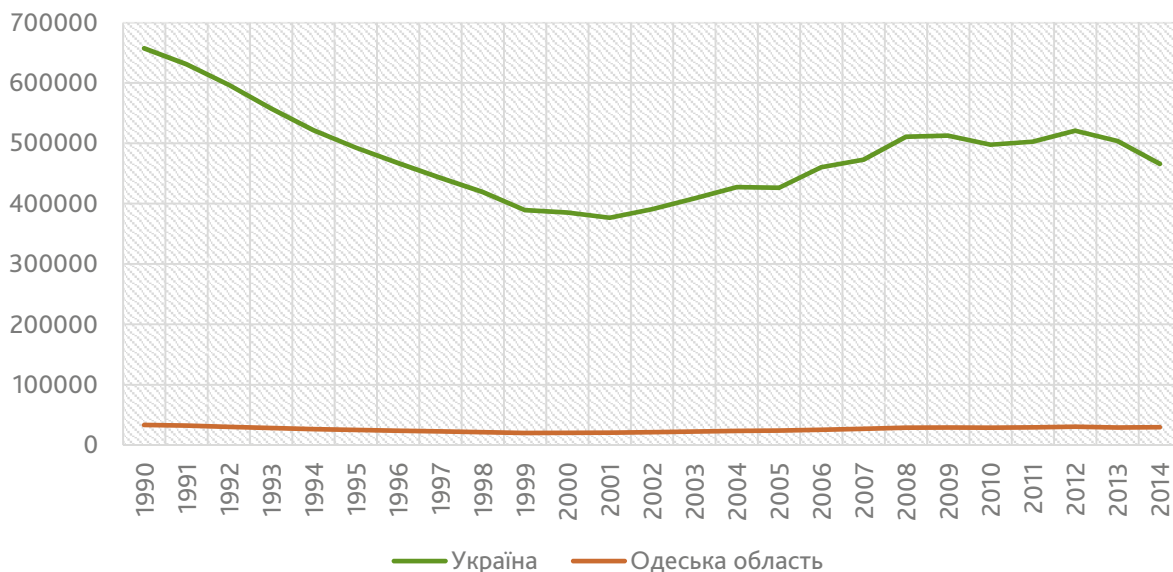
Рис. 3. Динаміка часток групи 15–24 та 25–49 років від усього дорослого населення, Одеська область



Джерело даних: Держкомстат http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Database/Population/databasetree_uk.asp

Таке різке зниження частки групи 15–24 роки пов'язано з тим, що в період з 1991 по 2000 рік як в Україні, так і в Одеській області, стрімко знижувалася народжуваність. Результати цієї демографічної «ями» ми бачимо зараз у вигляді швидкого скорочення абсолютної чисельності і частки групи осіб у віці 15–24 роки.

Рис. 4. Кількість живонароджених, Україна та Одеська область (1990–2014 рр.)



Джерело даних: Держкомстат http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Database/Population/databasetree_uk.asp

Згідно з результатами аналізу Т. Герасименко¹, ВІЛ-інфекція справляє значний вплив на демографічну ситуацію в області. Процитуємо висновки дослідження:

«У структурі смертності від інфекційних та паразитарних хвороб 95 % припадає на хворобу, зумовлену ВІЛ, і туберкульоз. Найвищі рівні смертності від хвороби, зумовленої ВІЛ, спостерігаються серед міських жителів. Серед сільських жителів відмічено зростання смертності від хвороби, зумовленої ВІЛ, майже удвічі на фоні зниження смертності від туберкульозу. Встановлено, що в загальній смертності хвороба, зумовлена ВІЛ, та туберкульоз спричиняють 30 % випадків смерті у репродуктивному та найбільш працездатному віці 20–49 років і вже мають суттєвий вплив на демографічні процеси в області». Проте слід зазначити, що частка інфекційних хвороб в загальній структурі смертності в області невелика: 4.5%.

Чому для цілей триангуляції важлива абсолютна кількість та частка групи 15–24 роки?

● **ВАЖЛИВІСТЬ ДЛЯ ПЛАНУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ**

Значне зменшення абсолютної кількості осіб віком 15–24 роки важливе для планування профілактичних програм: маючи один і той самий бюджет, можна охопити значно більшу частку цієї групи профілактичними програмами, а саме вона буде в найближчий час визначати перебіг епідемії ВІЛ в країні та області.

● **ВАЖЛИВІСТЬ ДЛЯ ВІДСТЕЖЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ТЕНДЕНЦІЙ**

За умови зменшення відносної частки групи віком 15–24 роки в населенні відстеження абсолютної кількості нових випадків ВІЛ в цій групі або частки нових

¹ ГЕРАСИМЕНКО Т.В. ВПЛИВ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ І ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ДЕМОГРАФІЧНІ ПРОЦЕСИ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ // Інфекційні хвороби. – 2013. – № 2.

випадків ВІЛ від усіх нових випадків інфікування стає не зовсім коректним та може призводити до хибних висновків.

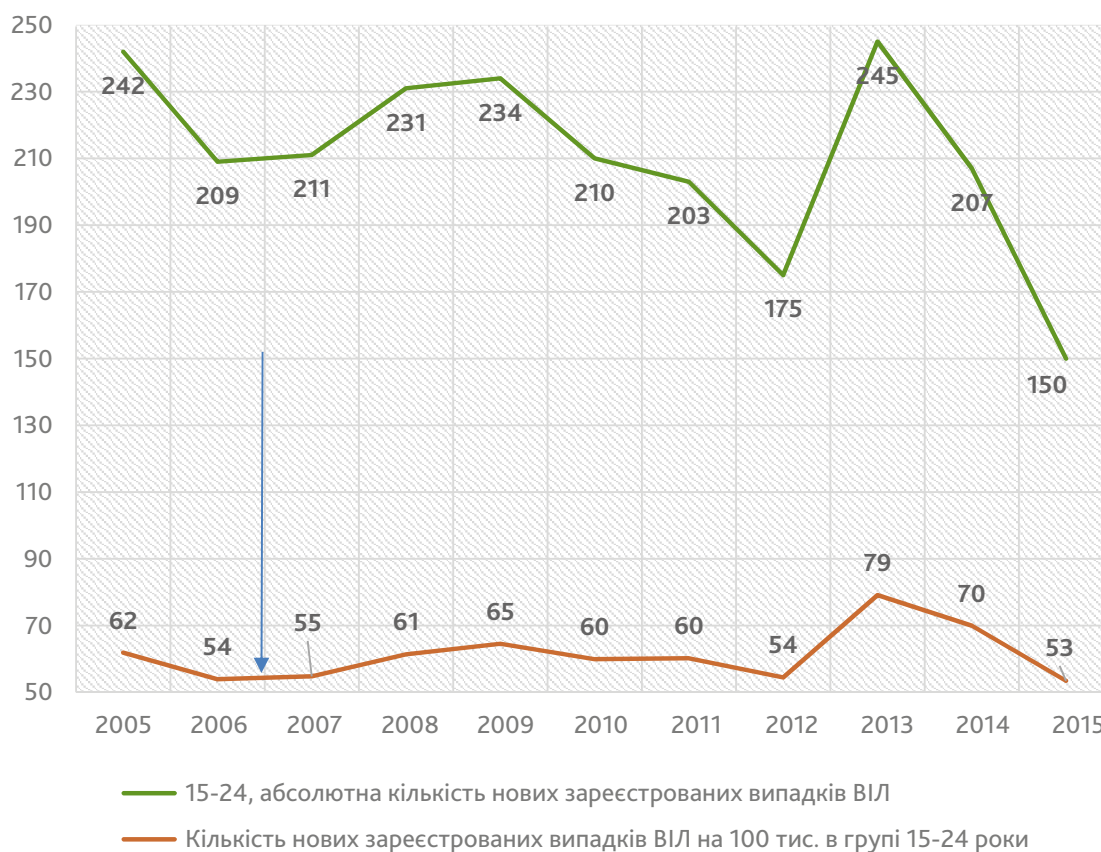
Демографічні зміни можуть значно впливати на наші можливості адекватно оцінювати перебіг епідемії ВІЛ в групі мешканців Одеської області у віці 15–24 роки. Не зовсім правильні висновки про перебіг епідемії можливі при використанні таких показників, як:

- 1) абсолютна кількість нових випадків ВІЛ в групі 15–24 роки;
- 2) частка нових випадків ВІЛ у групі 15–24 роки від усіх нових випадків ВІЛ в області.

Обидва показники досить часто застосовуються для аналізу епідеміологічних процесів, але без використання відносних показників, таких як кількість нових випадків ВІЛ на 100 тис. осіб відповідного віку, можуть призводити до хибних висновків.

Для прикладу: майже однаковий рівень нових випадків ВІЛ (55 на 100 тис.) досягається в 2007 році, коли було взято на облік 211 осіб у віці 15–24 роки і в 2015 році, коли кількість ВІЛ+ в групі 15–24 роки була на 29% менше – 150 осіб.

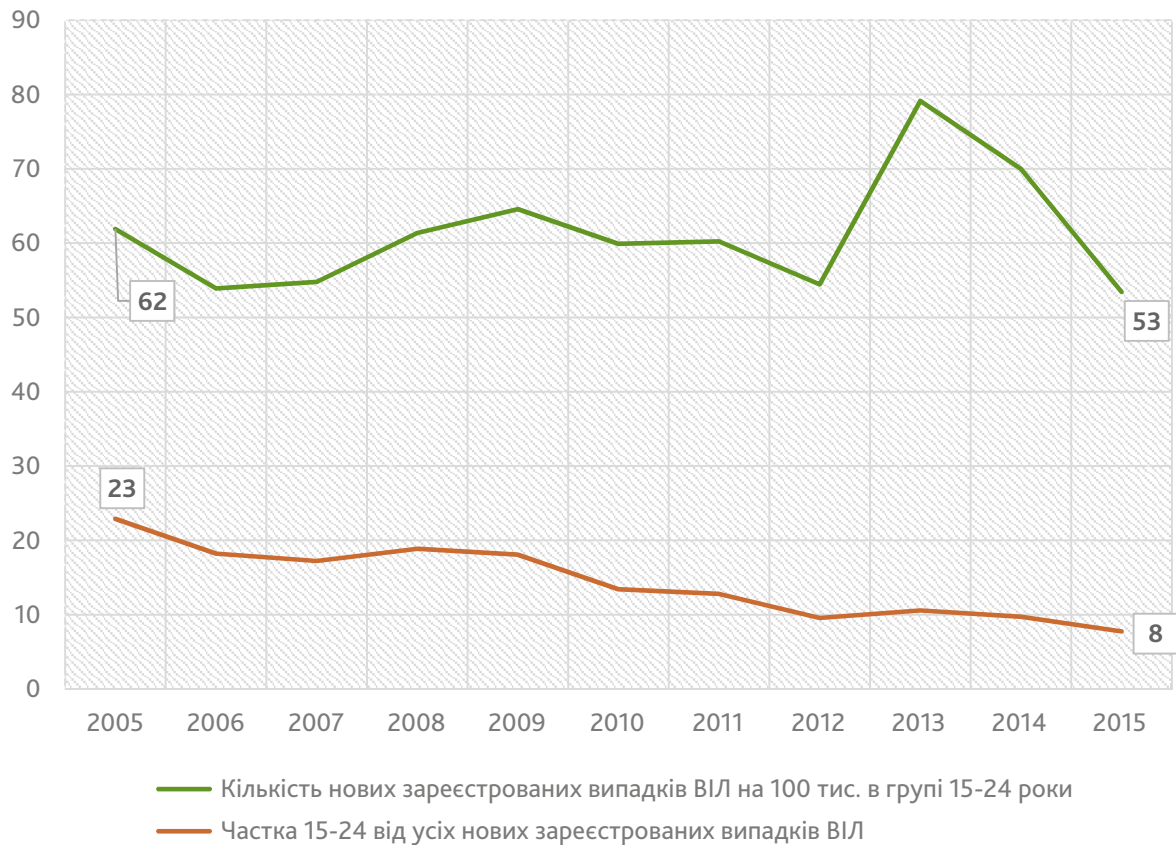
Рис. 5. Порівняння абсолютної кількості нових випадків ВІЛ серед молоді віком 15–24 роки та нових випадків ВІЛ на 100 тис. населення в цій віковій групі.



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області, Держкомстат http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Database/Population/databasetree_uk.asp

Дуже різною є й динаміка частки групи 15–24 роки серед нових випадків ВІЛ. Але до цього процесу, безумовно, додається зростання кількості пізньої реєстрації ВІЛ-інфекції.

Рис. 6. Частка нових зареєстрованих випадків ВІЛ серед молоді віком 15–24 роки з усіх нових випадків ВІЛ, Одеська область



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

На важливості аналізу як екстенсивних, так й інтенсивних показників розвитку епідемії наголошується також і в інших наукових роботах²:

«Традиційно при проведенні епідеміологічного аналізу облікової захворюваності на ВІЛ-інфекцію у розрізі вікових груп використовується екстенсивний показник частки випадків в окремих вікових групах серед загальної кількості випадків. Цей показник чітко демонструє внутрішню вікову структуру епідемічного процесу, проте не враховує відмінності та динаміку демографічних характеристик населення. При цьому демографічні процеси навіть за невеликі проміжки часу досить суттєво змінюють вікову структуру населення».

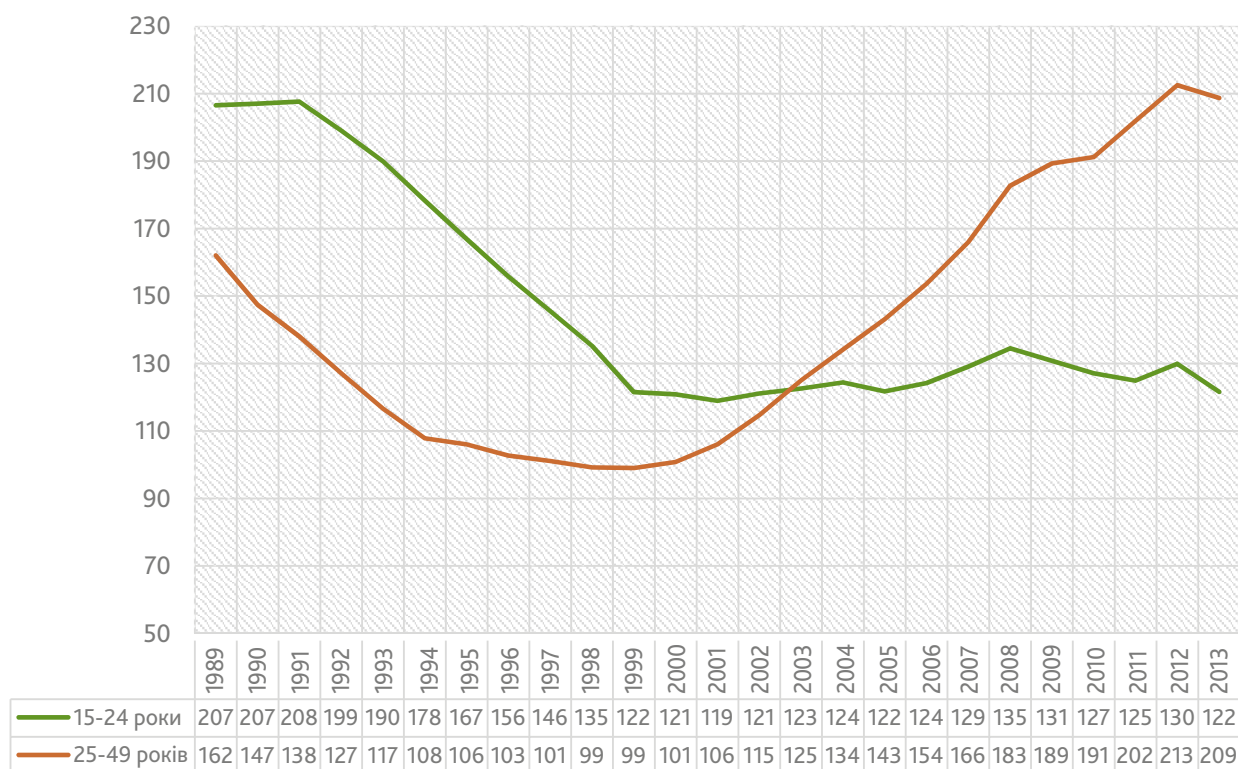
Як зменшення частки групи 15–24 роки змінює один з основних контингентів епіднагляду – вагітних?

² ПОСТНОВ О.В. И ДР. ОСОБЛИВОСТИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ У РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ НАСЕЛЕННЯ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ // Інфекційні хвороби. – 2013. – Т. 1. – №. 1.

Вагітні жінки – один з найважливіших контингентів епідеміологічного нагляду в Україні. Система епіднагляду побудована таким чином, що майже всі вагітні тестуються двічі протягом вагітності. Саме динаміка поширеності ВІЛ серед вагітних є одним із основних джерел оцінки динаміки епідемії серед загального населення. Але популяція вагітних як у країні загалом, так і Одеській області зокрема зазнає змін, що впливає на можливість відстеження епідеміологічних тенденцій. Паралельно відбуваються два важливих демографічних процеси, які змінюють характеристики популяції вагітних.

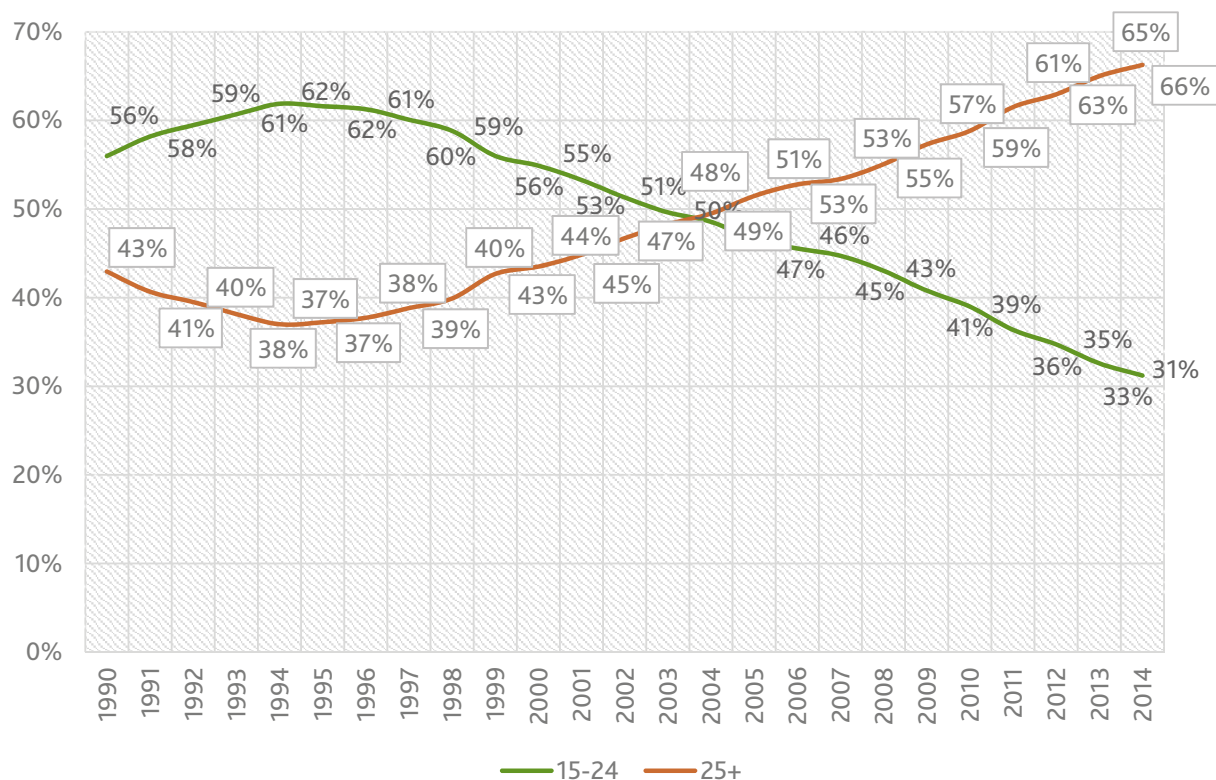
1. Зменшується кількість жінок у віці 15–24 роки і в абсолютному, і у відносному вимірах.
2. Зростає фертильність жінок старше 25 років.

Рис. 7. Народжуваність на 1000 осіб в групах жінок 15–24 і 25–49 років, Одеська область



Джерело даних: Держкомстат http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Database/Population/databasetree_uk.asp

Рис. 8. Частки груп 15–24 та 25+ років серед вагітних Одеської області



Джерело даних: Держкомстат http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Database/Population/databasetree_uk.asp

Вікова група 15–24 роки недостатньо представлена в епідагляді: тестування вагітних – одне з небагатьох «віконець», які дозволяють відстежувати епідемію в цій групі. Приблизно 43–44% всіх виявлених випадків ВІЛ – вагітні (для групи 25+ – це 9–10%). Таким чином, якщо вік першої вагітності зростатиме, ми будемо виявляти випадки ВІЛ все пізніше і відносити їх до групи 25+ (хоча інфікування відбулося раніше). Припустимо, рівень захворюваності протягом багатьох років не змінюється. Проте змінюється вік першої вагітності – він зростає. Ті ВІЛ-інфіковані жінки, які були б протестовані через вагітність, будуть протестовані пізніше (на 1–2–3–4 роки). Весь цей час вони не знатимуть про свій статус, що, по-перше, не дасть змоги почати АРТ-терапію на ранніх стадіях хвороби, по-друге, передаватимуть інфекцію своїм партнерам.

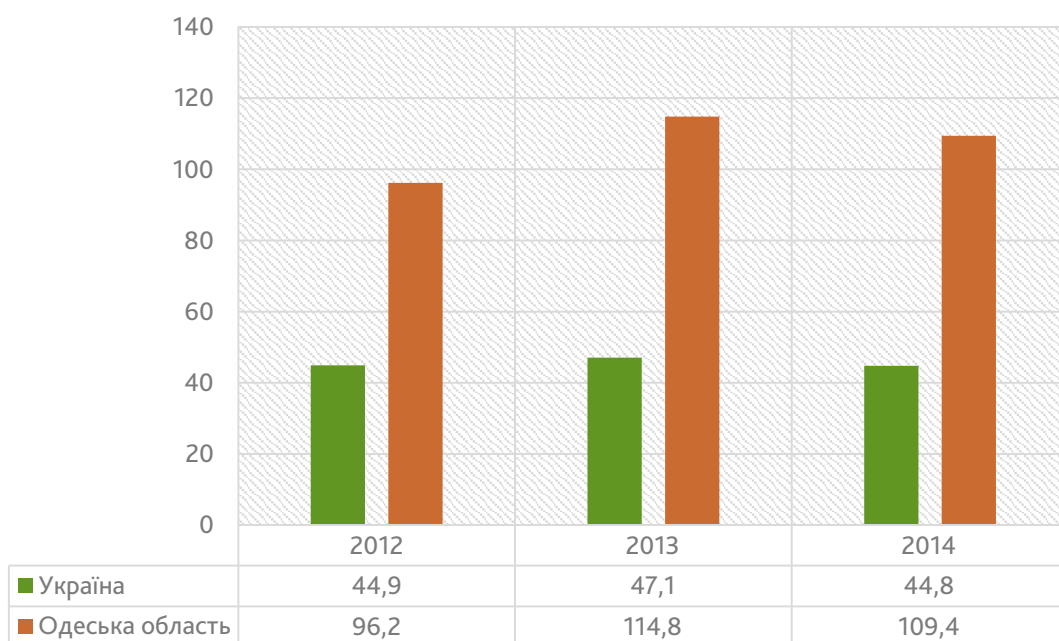
1. У процесі депопуляції в Одеській області кількість дорослого населення (старше 15 років) зменшилася не так значно, як кількість населення загалом. Тобто відбувалося зменшення кількості дітей і старіння населення.
2. ВІЛ-інфекція справляє значний вплив на демографічну ситуацію в області: в загальній смертності хвороби, зумовлені ВІЛ, та туберкульоз спричиняють 30% випадків смерті у репродуктивному та найбільш працездатному віці – 20–49 років.
3. Протягом останніх дев'яти років (з 2006 по 2015 рік), в Одеській області зменшувалася як абсолютна кількість населення у віці 15–24 роки, так і частка цієї групи серед дорослого населення. Абсолютна кількість населення у віці 15–24 роки зменшилася з 391 тис. до приблизно 281 тис. осіб (майже на 110 тис.).
4. Частка групи 15–24 роки серед всього дорослого населення значно зменшилась (з 18.9% у 2007 р. до 14% в 2015 р.).
5. В умовах швидкої зміни демографічної структури області важливим є використання як екстенсивних, так й інтенсивних показників захворюваності та поширеності ВІЛ для коректного аналізу динаміки епідемії.
6. Зменшення абсолютної кількості й частки жінок віком 15–24 роки та зростання фертильності жінок старше 25 років змінюють структуру одного з основних контингентів епіднагляду – вагітних. Це може впливати на можливість відстежувати перебіг епідемії у віковій групі 15–24 роки.

РОЗДІЛ 2.

Стан епідемії в Одеській області

Під час проведення рейтингової територіальної оцінки, що вимірює інтенсивність епідемічного процесу, Одеська область займала 27-ме місце (тобто була регіоном з найбільш інтенсивним розвитком епідемії)³. Протягом 2012–2014 років кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ в області більш ніж вдвічі перевищувала загальноукраїнський показник.

Рис. 9. Кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ в Україні та Одеській області за 2012–2014 роки (на 100 тис. населення)

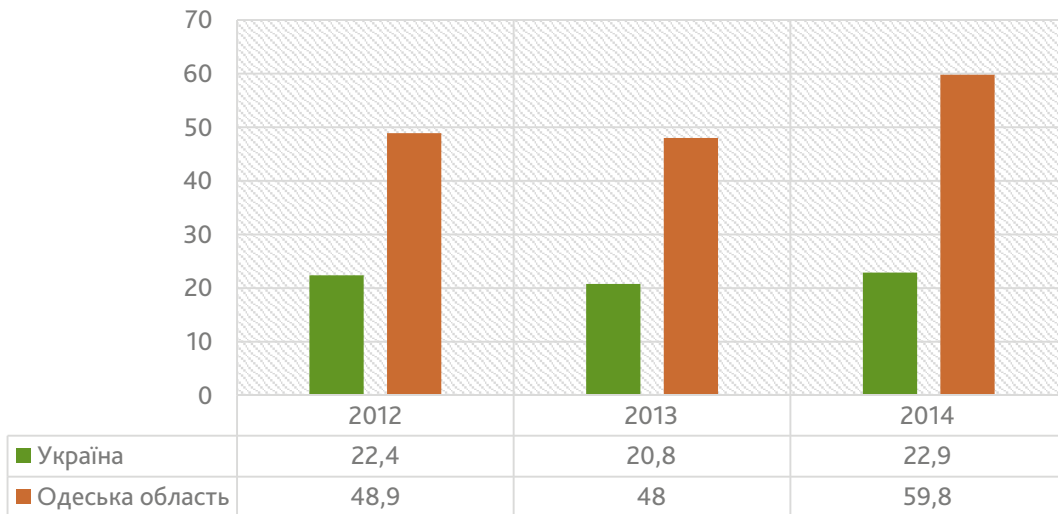


Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Україні та Одеській області

Кількість нових зареєстрованих випадків СНІДу в Одеській області також більш ніж вдвічі перевищує показники по Україні в цілому.

³ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 41
<http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/292db4852fd9bdcddde533c5a216ad19.pdf>

Рис. 10. Нові зареєстровані випадки СНІДу в Україні та Одеській області за 2012–2014 роки



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Україні та Одеській області

Модельні оцінки стану епідемії: АЕМ та Spectrum

Оскільки дані епіднагляду не повністю відображають масштаб та перебіг епідемії, до аналізу також були залучені результати моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області, що здійснювалося за допомогою Spectrum⁴ та АЕМ⁵.

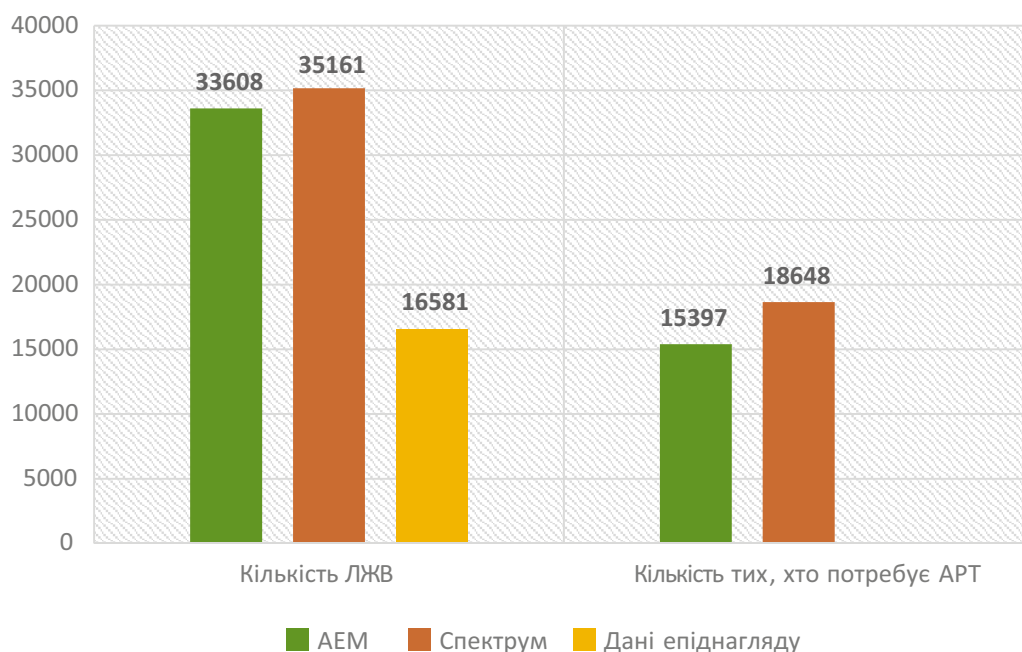
Оціночна кількість людей, які живуть з ВІЛ, в Одеській області

Обидві моделі – АЕМ та Spectrum – дають приблизно однакову кількість ЛЖВ в Одеській області на 2015 рік: трохи більше 35 тис. за Spectrumом та 33,6 тис. за АЕМ. Ці показники в 2,02 – 2,12 раза вище, ніж зареєстрована кількість ЛЖВ (16 581 особа).

⁴ Spectrum/EPP Futures Institute's analytical tool developed to support policy decisions concerning public health. Spectrum includes modules for HIV estimates and projectors. <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrumepi>

⁵ BROWN T., PEERAPATANAPOKIN W. The Asian Epidemic Model: a process model for exploring HIV policy and programme alternatives in Asia //Sexually transmitted infections. – 2004. – Т. 80. – №. suppl 1. – С. i19-i24.

Рис. 11. Порівняння кількості ЛЖВ та тих, хто потребує АРТ, за епіднаглядом, АЕМ та Spectrum

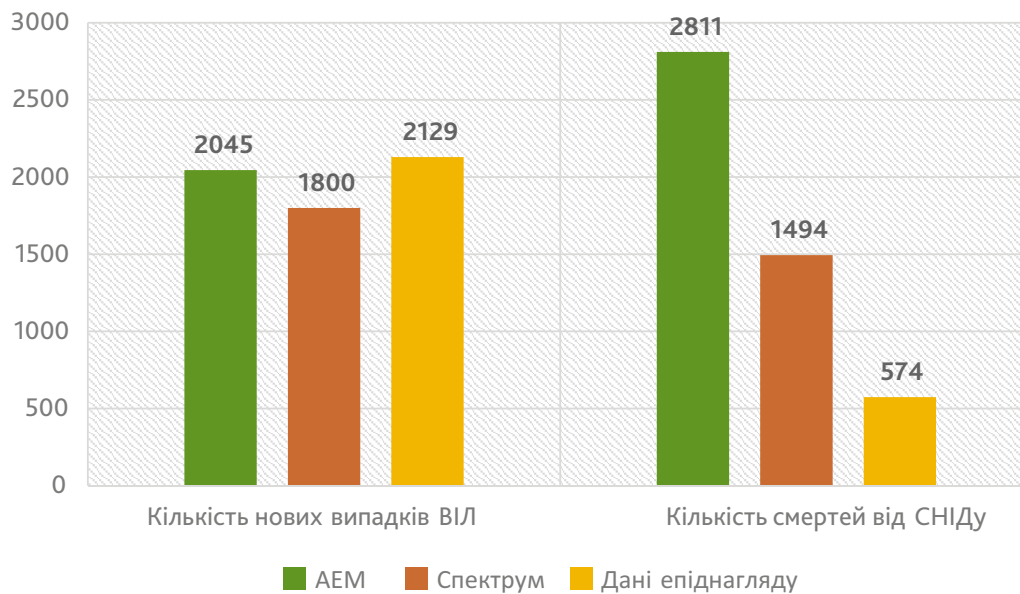


Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області, модельні розрахунки за допомогою АЕМ та Spectrum

Кількість нових випадків у 2015 році

Показники кількості нових випадків ВІЛ в 2015 році, за АЕМ та Spectrum, також доволі близькі: 2045 та 1800 осіб. Показник офіційно взятих на облік нових випадків ВІЛ схожий з модельними показниками – 2129, але порівнювати їх на пряму неможливо (про це нижче). Звернемо увагу, що дві моделі демонструють дуже відмінні оцінки смертей від СНІДу в 2015 році: 2811 осіб – за АЕМ та 1494 особи за Spectrum. Кількість зареєстрованих смертей від СНІДу ще менша: 574 випадки.

Рис. 12. Порівняння кількості нових випадків ВІЛ та смертей від СНІДу за епіднаглядом, АЕМ та Spectrum

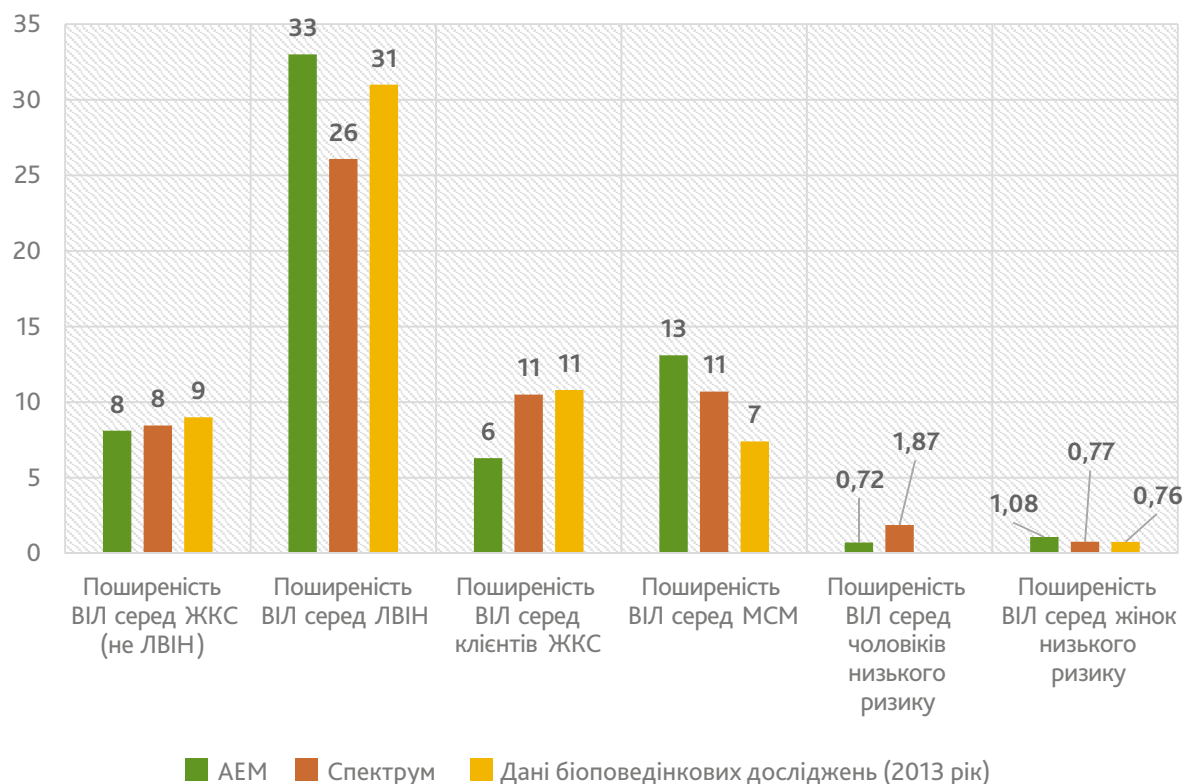


Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області, модельні розрахунки за допомогою АЕМ та Spectrum

Модельні оцінки стану епідемії за групами ризику, 2015 рік

Модельні показники поширеності ВІЛ серед ЖКС, ЛВІН, МСМ та клієнтів ЖКС доволі добре збігаються як між собою, так і з результатами поведінкових досліджень. За даними АЕМ, поширеність ВІЛ серед жінок загального населення – 1.08, за даними Spectrum – 0.77, рівень інфікованості вагітних – 0.76. Рівень інфікованості чоловіків серед загального населення значно відрізняється за двома моделями: 0.72 – за АЕМ та 1.87 – за Spectrum.

Рис. 13. Порівняння поширеності ВІЛ в групах населення за АЕМ, Spectrum та біоповедінковими дослідженнями



Джерело даних: Модельні розрахунки за допомогою АЕМ та Spectrum, біоповедінкові дослідження серед ЖКС, ЛВІН та ЧСЧ

<http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/arep14/%D0%9E%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82%20%D0%96%D0%9A%D0%A1.pdf>;

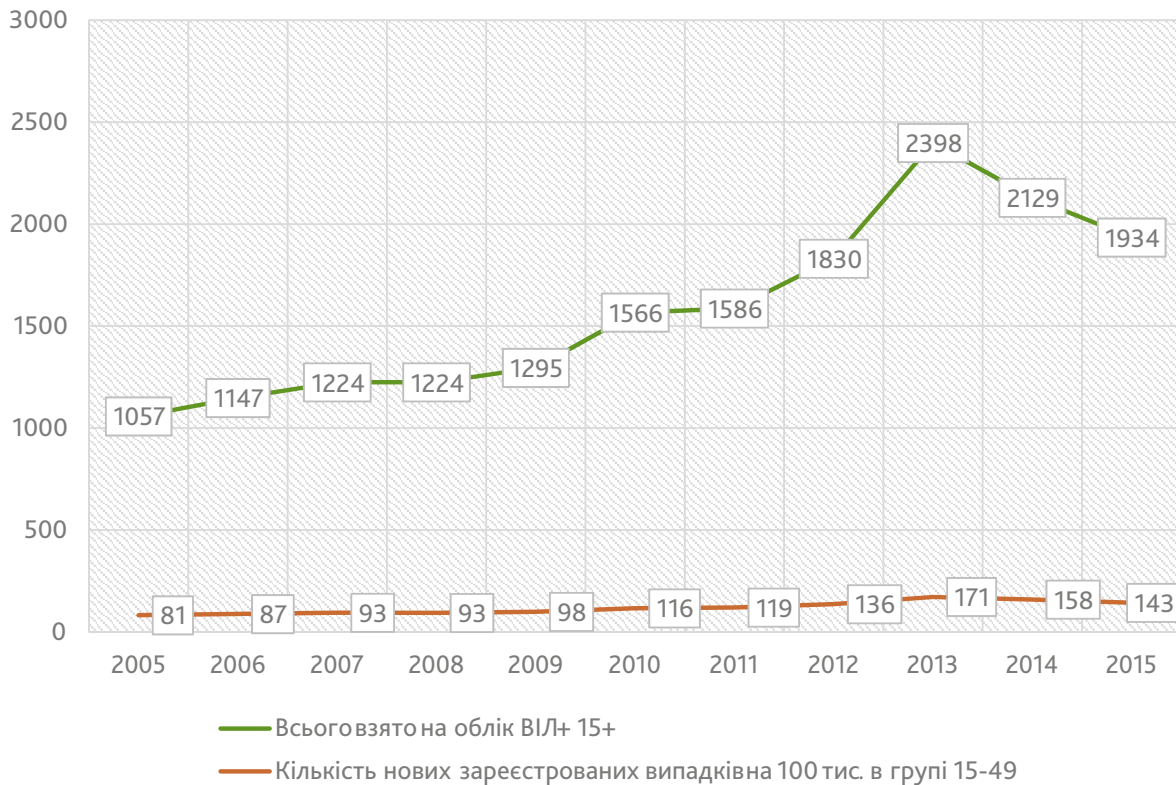
<http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/arep14/%D0%9E%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82%20%D0%9F%D0%98%D0%9D.pdf>;

<http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/arep14/%D0%9E%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82%20%D0%9C%D0%A1%D0%9C.pdf>

Що відбувається з епідемією ВІЛ в Одеській області? На якому етапі перебуває епідемічний процес?

Незважаючи на офіційно зафіксовану високу інтенсивність епідемічного процесу, динаміка реєстрації нових випадків дає підстави вважати, що пік епідемії, можливо, вже пройдено.

Рис. 14. Динаміка кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ за даними епіднагляду



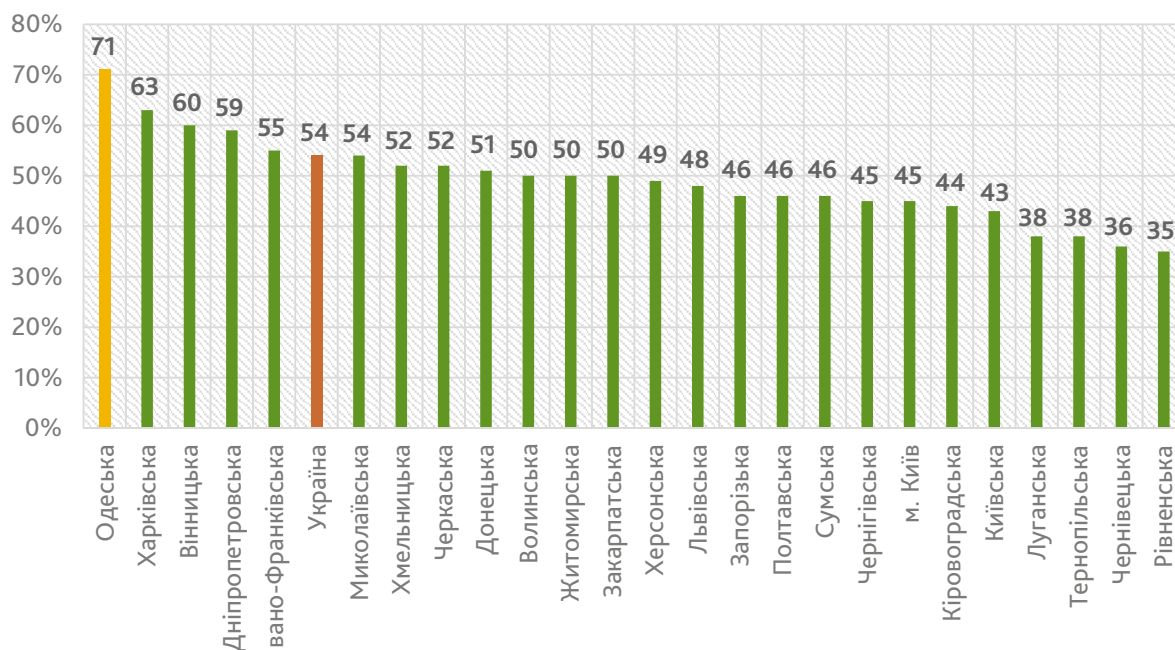
Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

Що дає підстави вважати, що пік епідемії, можливо, пройдено?

1. Характеристики нових випадків ВІЛ, що були зареєстровані в 2013–2014 роках.
2. Моделювання перебігу епідемії в АЕМ та Spectrum.

Аналіз нових випадків ВІЛ, що реєструються в Одеській області, показує: більшість інфікованих знаходяться на 3-4 стадіях ВІЛ-інфекції. Наприклад, 71% нових випадків ВІЛ, зареєстрованих в 2014 році, перебували на 3-4 стадіях. Тобто інфікування відбулося, ймовірно, 7–9 років тому. Як бачимо на графіку, в Одеській області найвища в Україні частка тих, хто потрапляє в систему епіднагляду на пізніх стадіях ВІЛ.

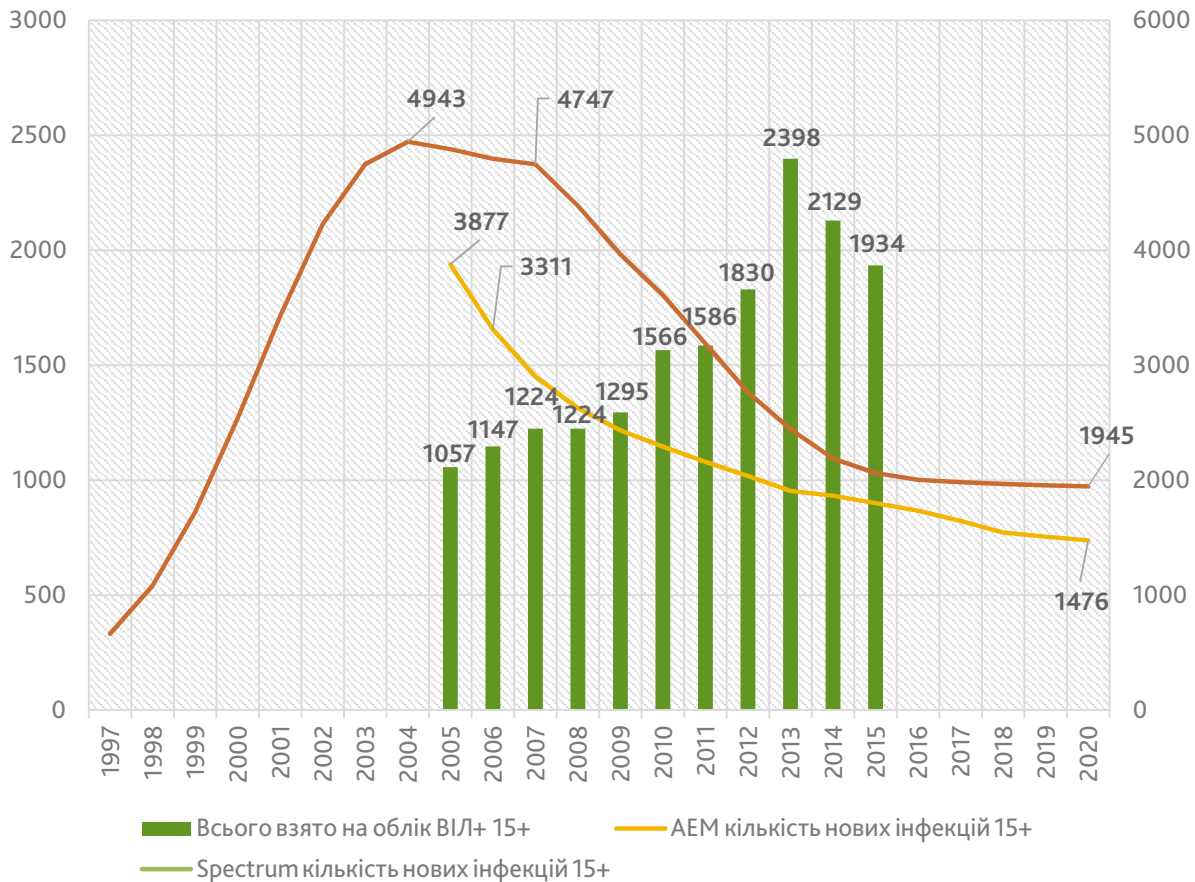
Рис. 15. % ВІЛ-інфікованих осіб старше 15 років, які були взяті на облік на 3-4 стадії ВІЛ-інфекції



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Україні

Таким чином, можемо констатувати: динаміка епідемії, яку ми фіксуємо засобами епіднагляду, зсунута у часі – на облік стають особи, які інфікувалися досить давно. Якою є динаміка епідемії за даними моделювання? На графіку, що порівнює кількість нових випадків ВІЛ за роками, згідно з моделями АЕМ, Spectrum та епіднаглядом, видно, що піки епідемії за моделями не збігаються з піками фіксації нових випадків. Хоча між даними АЕМ та Spectrum є відмінності в абсолютній кількості нових випадків за роками, вони демонструють певний важливий збіг: свого піку епідемія ВІЛ в Одеській області досягла в 2004–2006 роках, після чого щороку відбувалося зниження кількості нових випадків інфікування. Але, як зазначалося вище, через те, що більшість випадків ВІЛ фіксується на пізніх стадіях розвитку хвороби, за офіційними даними з 2005 по 2013 рік кількість нових випадків ВІЛ зростала. У 2014 та 2015 роках фіксується зниження абсолютної кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ. Ми припускаємо, що офіційна статистика відображає перебіг епідемії зі значним лагом через пізню реєстрацію нових випадків ВІЛ. Можливо, цей лаг складає 7–9 років. Якщо це так, то зниження кількості нових випадків інфікування в 2014–2015 роках – це відображення сповільнення епідемії ВІЛ, що передбачалося моделями АЕМ та Spectrum для періоду, який починається приблизно з 2005–2006 років.

Рис. 16. Порівняння динаміки епідемії за новими випадками в моделях АЕМ і Spectrum та реєстрацією нових випадків



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області, модельні розрахунки за допомогою АЕМ та Spectrum

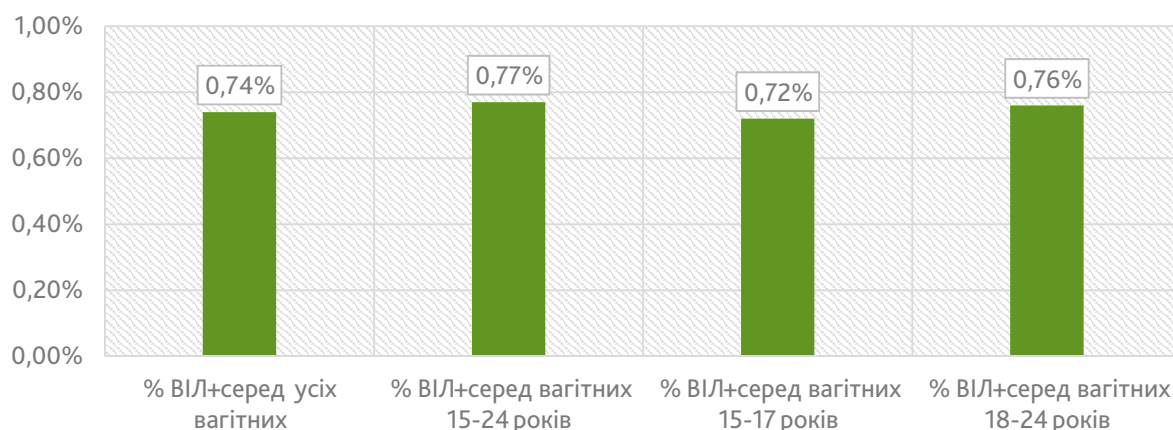
Якщо наша інтерпретація даних моделювання та епіднагляду є слушною, можна зробити висновок, що найближчими роками:

- кількість нових випадків ВІЛ, взятих на облік в Одеській області, буде зменшуватися;
- реальна кількість нових випадків інфікування в Одеській області буде стабільною, на рівні 2015 року (згідно АЕМ-моделювання) або навіть зменшуватися (згідно моделі Spectrum). Звісно, це залежатиме від того, які профілактичні програми і наскільки успішно будуть впроваджуватися.

Рівень інфікованості вагітних

У 2014 році в Одеській області зафіксовано найвищий рівень поширеності ВІЛ серед вагітних всіх областей України – 0.74%. Рівень інфікованості в групі вагітних віком 15–24 роки ще вищий – 0.77%. Це також найвищий показник в Україні. Звернемо увагу, що рівень поширеності ВІЛ в когорті 15–17 років, представники якої мали не більше двох – трьох років ризикованої поведінки, так само високий – 0.72%.

Рис. 17. Рівень інфікованості ВІЛ вагітних різних вікових груп, 2014 рік, Одеська область



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

Рівень інфікованості вагітних віком 15–24 роки як оцінка загальної захворюваності на ВІЛ

В літературі⁶ пропонується два варіанти перерахунку рівня інфікованості серед вагітних 15–24 років на загальну захворюваність:

1. У випадку генералізованої епідемії використовується коефіцієнт 0.8.
2. У випадку концентрованої епідемії використовується коефіцієнт 0.6 для чоловіків та 0.4 для жінок.

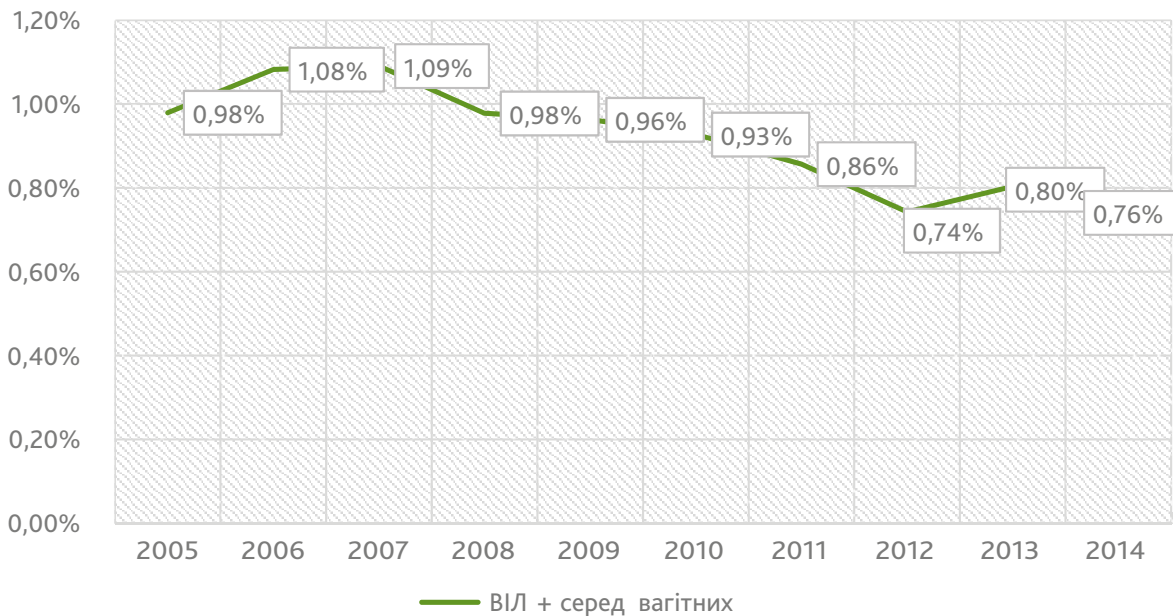
У випадку Одеської області перший варіант дає нереалістичні 7333 нові інфекції в 2014 році, другий – 1835 інфекцій, що майже збігається з модельними оцінками (за версією АЕМ).

⁶ MARSH K. ET AL. Assessing and adjusting for differences between HIV prevalence estimates derived from national population-based surveys and antenatal care surveillance, with applications for Spectrum 2013 //AIDS. – 2014. – Т. 28. – С. S497-S505.

Динаміка рівня інфікованості вагітних

Незважаючи на те, що поточний показник поширеності ВІЛ серед вагітних в Одеській області найвищий в Україні, відбувається його поступове зниження. Це також є непрямим свідченням сповільнення епідемії.

Рис. 18. Динаміка поширеності ВІЛ серед вагітних, за даними епіднагляду, Одеська область (2005–2014 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

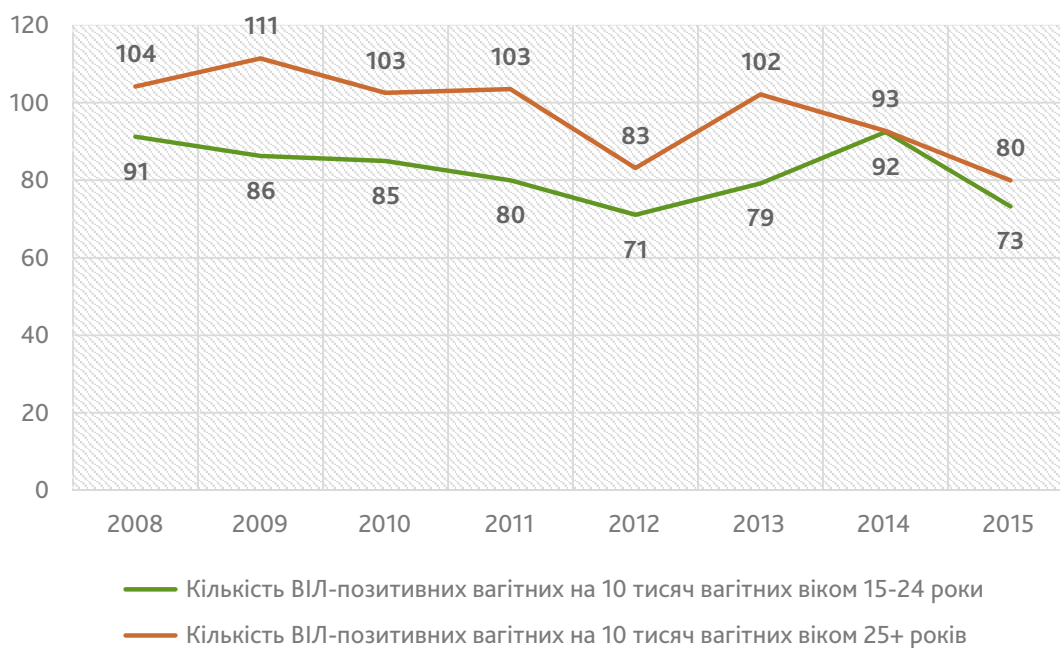
Особливо важливою для цілей тріангуляції є динаміка поширеності ВІЛ серед вагітних групи 15–24 роки. Для розрахунку цього показника нами були використані такі дані:

1. Розподіл ВІЛ-інфікованих вагітних за віком (15–24 роки та старше 25 років) за 2008–2015 роки. Ці дані отримано в Одеському регіональному центрі моніторингу та оцінки.
2. Розподіл живонароджених дітей за віком матері в Одеській області, за даними Держкомстату⁷. В такий спосіб ми можемо оцінити віковий розподіл усіх вагітних.
3. Отже, можна розрахувати поширеність ВІЛ в окремих вікових групах вагітних та проаналізувати динаміку цього показника.

Порівняння динаміки поширеності ВІЛ в групах вагітних 15–24 та 25+ років демонструє, що в наймолодшій групі протягом 2008–2015 років поширеність ВІЛ була хоча й нижчою, ніж в групі 25+, але все одно достатньо високою. Динаміка зміни частки ВІЛ+ вагітних в обох вікових групах досить подібна.

⁷ http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Database/Population/databasetree_uk.asp

Рис. 19. Динаміка поширеності ВІЛ-інфекції серед вагітних за віковими групами 15–24 та 25+ років, Одеська область (2008–2015 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

Динаміка поширеності ВІЛ серед призовників

Тестування призовників до армії, яке проводиться в Одеській області з 2005 року, – це ще одне джерело даних про розвиток епідемії у віковій групі 15–24 роки. Поширеність ВІЛ серед призовників Одеської області в 2014 році була майже в 2,5 раза вищою, ніж загальноукраїнська, але однозначної динаміки цього показника немає. Поширеність ВІЛ серед цієї групи то зростає (2005–2008 рр.), то спадає (2008–2012 рр.), після чого знову починає зростати (2012–2014 рр.).

Рис. 20. Динаміка поширеності ВІЛ серед призовників, Одеська область (2005–2014 рр.)

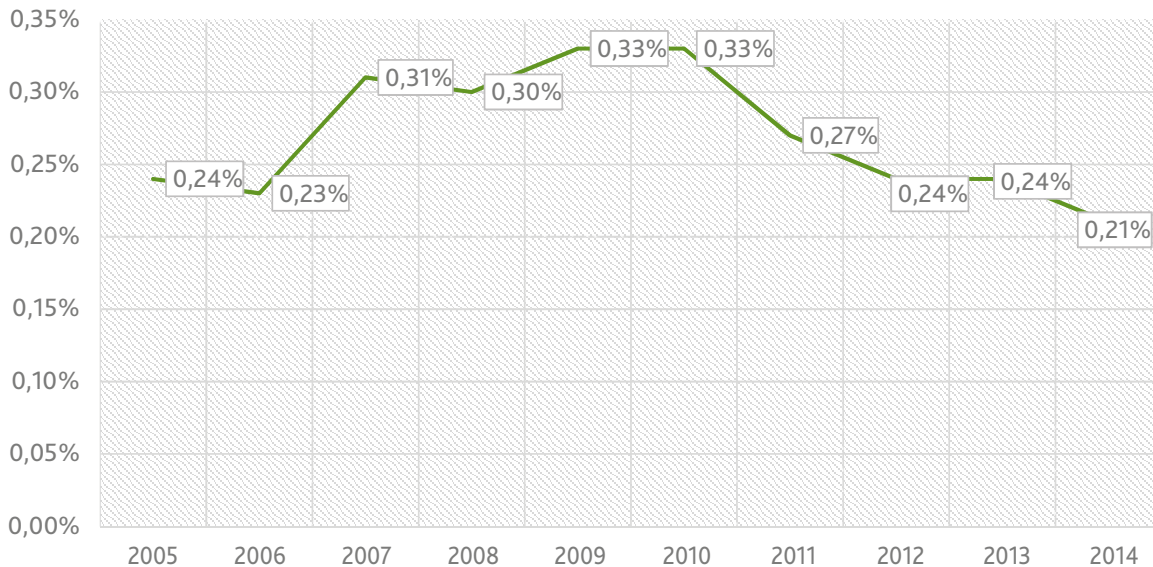


Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

Динаміка поширеності ВІЛ серед донорів

Рівень поширеності ВІЛ серед донорів (код обстеження 108) постійно знижується. Зниження частки ВІЛ+ донорів з 2010 року та ВІЛ+ вагітних з 2007 року дає додаткові аргументи для того, щоб вважати: модельні розрахунки, що свідчать про сповільнення темпів епідемії, відповідають дійсності.

Рис. 21. Динаміка поширеності ВІЛ серед донорів, Одеська область (2005–2014 рр.)

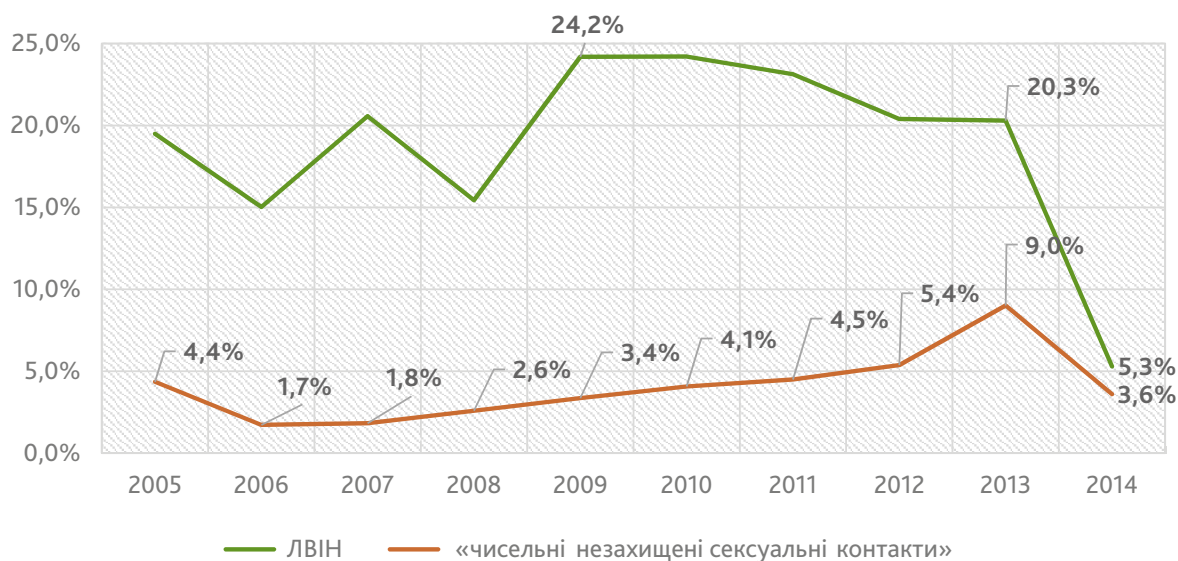


Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

Особливості епідемії ВІЛ в Одеській області: аналіз поширеності ВІЛ за різними кодами тестування

Частка позитивних результатів серед ЛВІН (код обстеження 102) не зростає з 2009 року, а з 2010 – знижується, тоді як частка ВІЛ+ результатів за категорією «численні незахищені сексуальні контакти» (код обстеження 105) зростає з 2006 року. Така динаміка цих показників дає можливість припустити, що епідемія в Одеській області генералізується: поширеність ВІЛ серед групи ризику ЛВІН не зростає, тоді як передача ВІЛ серед представників загального населення стає дедалі частішою.

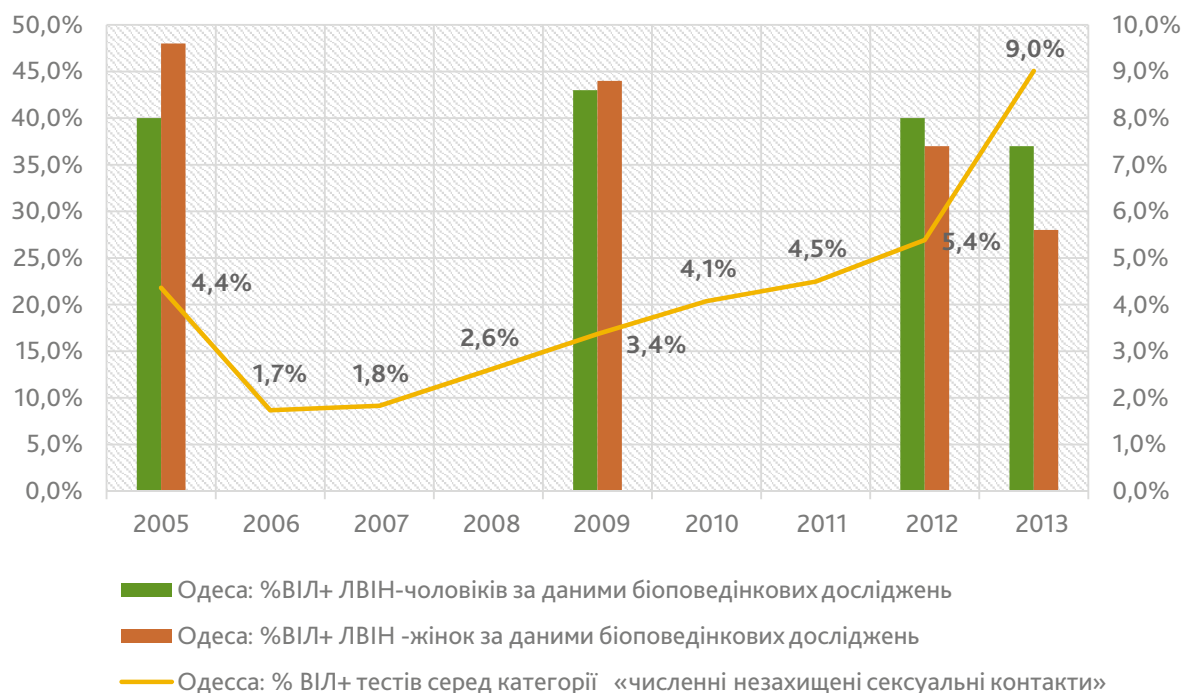
Рис. 22. Динаміка частки позитивних результатів тестів на ВІЛ серед ЛВІН та категорії «численні незахищені сексуальні контакти», Одеська область (2005–2014 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

Результати біоповедінкових досліджень серед ЛВІН підтверджують, що рівень поширеності ВІЛ серед цієї групи ризику дещо зменшується.

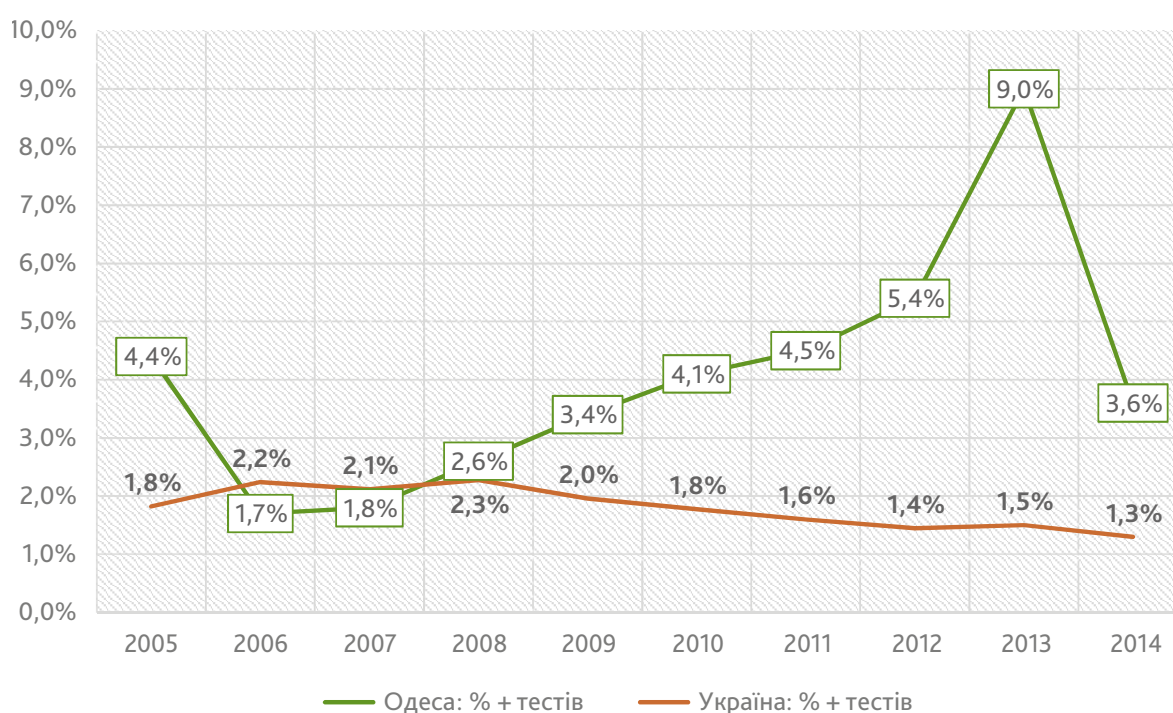
Рис. 23. Поширеність ВІЛ серед жінок та чоловіків ЛВІН, за біоповедінковими дослідженнями, та частка позитивних тестів – за кодом «численні незахищені сексуальні контакти», Одеська область (2005–2013 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області; біоповедінкові дослідження серед ЛВІН в Одеській області

Частка позитивних результатів в категорії «численні незахищені сексуальні контакти» в Одеській області зростає, а в Україні загалом – спадає. До того ж, співвідношення між усіма позитивними тестами в Одеській області та Україні – приблизно 2, тоді як за цією категорією набагато вище. Тобто ймовірність, що **будь-який** проведений в Одеській області тест на ВІЛ є позитивним, приблизно вдвічі вище, ніж по Україні в цілому, тоді як тест, проведений за кодом 105 «численні незахищені сексуальні контакти», в 2012 році **мав в 3.8 раза вищу ймовірність бути позитивним**, ніж аналогічний тест по середньому в Україні.

Рис. 24. Порівняння частки позитивних тестів на ВІЛ за кодом «численні незахищені сексуальні контакти»: Одеська область та Україна (2005–2014 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Україні та Одеській області

1. За результатами рейтингової територіальної оцінки, що вимірює інтенсивність епідемічного процесу, Одеська область є регіоном з найбільш інтенсивним розвитком епідемії.
2. Модельні оцінки кількості ЛЖВ: трохи більше 35 тис., за Spectrum, та 33,6 тис. – за АЕМ. Ці показники в 2,02–2,12 раза вище, ніж зареєстрована кількість ЛЖВ (16 581 особа).
3. Дані моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області свідчать: пік епідемічного процесу, скоріше за все, залишився позаду.
4. Аналіз нових випадків ВІЛ, що реєструються в Одеській області, показує: існує дуже великий лаг між інфікуванням та реєстрацією. Більшість нових випадків знаходяться на 3-4 стадіях ВІЛ-інфекції (71% в 2014 році).
5. Дані моделювання показують, що свого піку епідемія ВІЛ в Одеській області досягла в 2004–2006 роках, після чого щороку відбувалося зниження нових випадків інфікування. Можливо, зменшення абсолютної кількості нових зареєстрованих випадків в 2014–2015 роках також є свідченням того, що пік епідемії вже пройдено.
6. У 2014 році в Одеській області зафіксовано найвищий рівень інфікованості вагітних серед усіх областей України – 0.74%. Рівень інфікованості в групі вагітних 15–24 роки ще вище – 0.77%. Це також найвищий показник в Україні. Звернемо увагу, що рівень інфікування в когорті 15–17 років, представники якої мали не більше двох – трьох років ризикованої поведінки, так само високий – 0.72%.
7. Незважаючи на те, що поточний показник інфікованості вагітних в Одеській області найвищий в Україні, відбувається його поступове зниження. Це також є непрямым свідченням сповільнення епідемії.
8. Поширеність ВІЛ серед вагітних віком 15–24 роки протягом останніх семи років була дещо нижчою, ніж серед групи старше 25 років, проте так само дуже високою.
9. Рівень поширеності ВІЛ серед донорів постійно знижується з 2010 року. Це дає додаткові аргументи для того, щоб вважати: модельні розрахунки, що свідчать про сповільнення темпів епідемії, відповідають дійсності.
10. Можливо, в Одеській області відбувається генералізація епідемії ВІЛ: на тлі стабілізації або навіть зниження поширеності ВІЛ серед ЛВІН зростає частка позитивних тестів за кодом «численні незахищені сексуальні контакти».

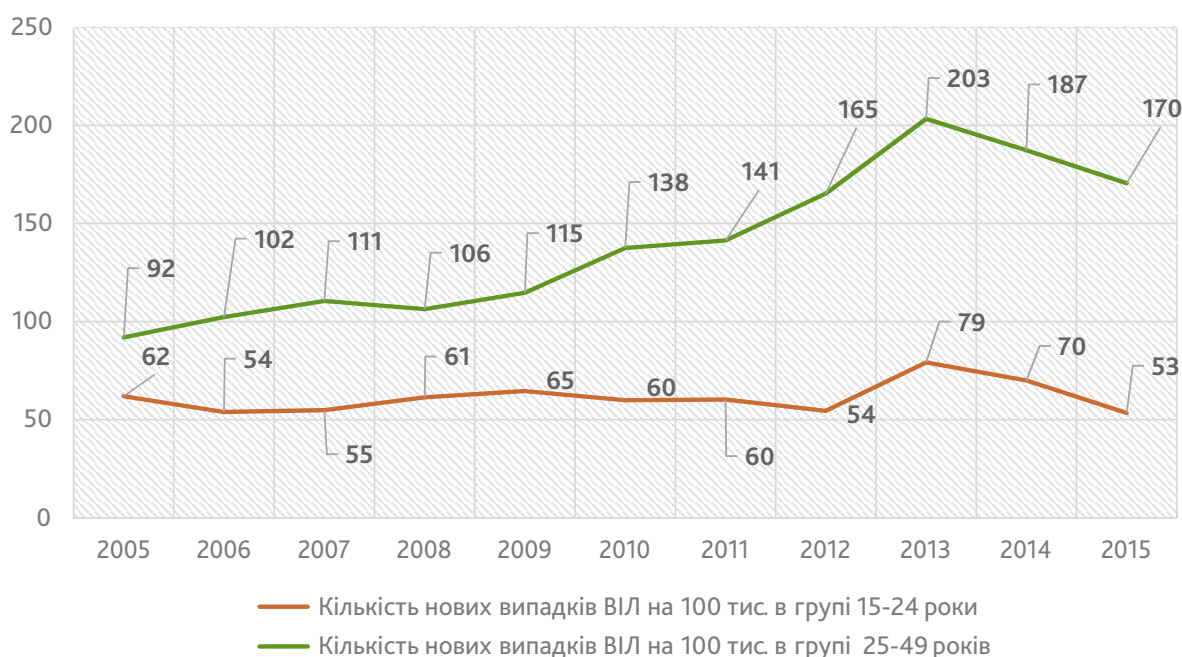
РОЗДІЛ 3.

Характеристики епідемії у віковій групі 15–24 роки в Одеській області

Нові зареєстровані випадки ВІЛ в групах 15–24 та 25–49 років

Якщо орієнтуватися тільки на дані епіднагляду, то можна зробити висновок, що кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ (з розрахунку на 100 тис. населення) в групі 15–24 роки майже не змінювалася протягом 2005–2015 років. Але це, очевидно, не так: ми маємо справу з тим, що до системи епіднагляду потрапляє незначна частка осіб віком 15–24 роки (нагадаємо, що 44% виявлених ВІЛ+ в цій групі – вагітні). Тільки дані епіднагляду не є достатнім і повним джерелом для відстеження перебігу епідемії в групі населення віком 15–24 роки.

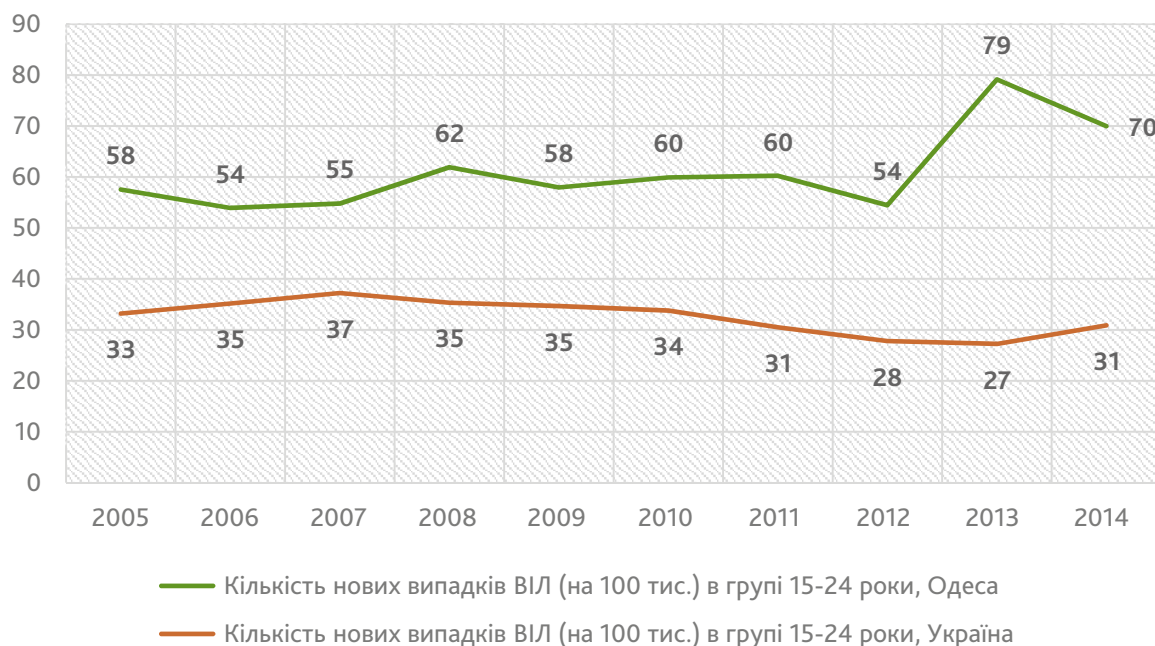
Рис. 25. Порівняння кількості нових випадків ВІЛ (на 100 тис. населення) в групах 15–24 та 25+, Одеська область (2005–2104 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

Кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ (з розрахунку на 100 тис. населення) в групі 15–24 роки в Одеській області майже вдвічі вища за загальноукраїнський показник. А останніми роками – навіть більше.

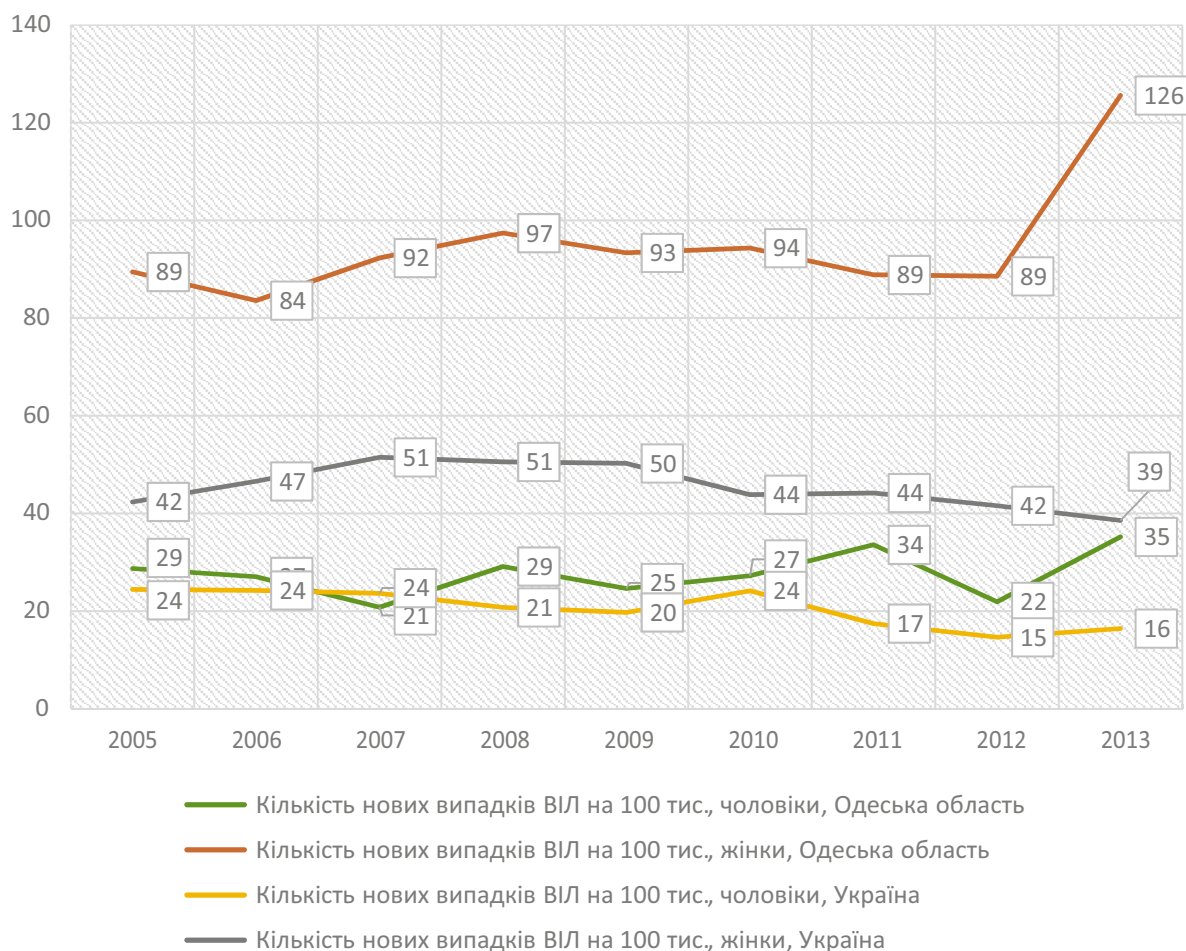
Рис. 26. Порівняння кількості нових випадків ВІЛ (на 100 тис.) в групі 15–24 роки, Україна та Одеська область (2005–2014 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Україні та Одеській області

Кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ (з розрахунку на 100 тис. населення) серед чоловіків 15–24 років в Одеській області близька до загальноукраїнської, серед жінок – набагато вища.

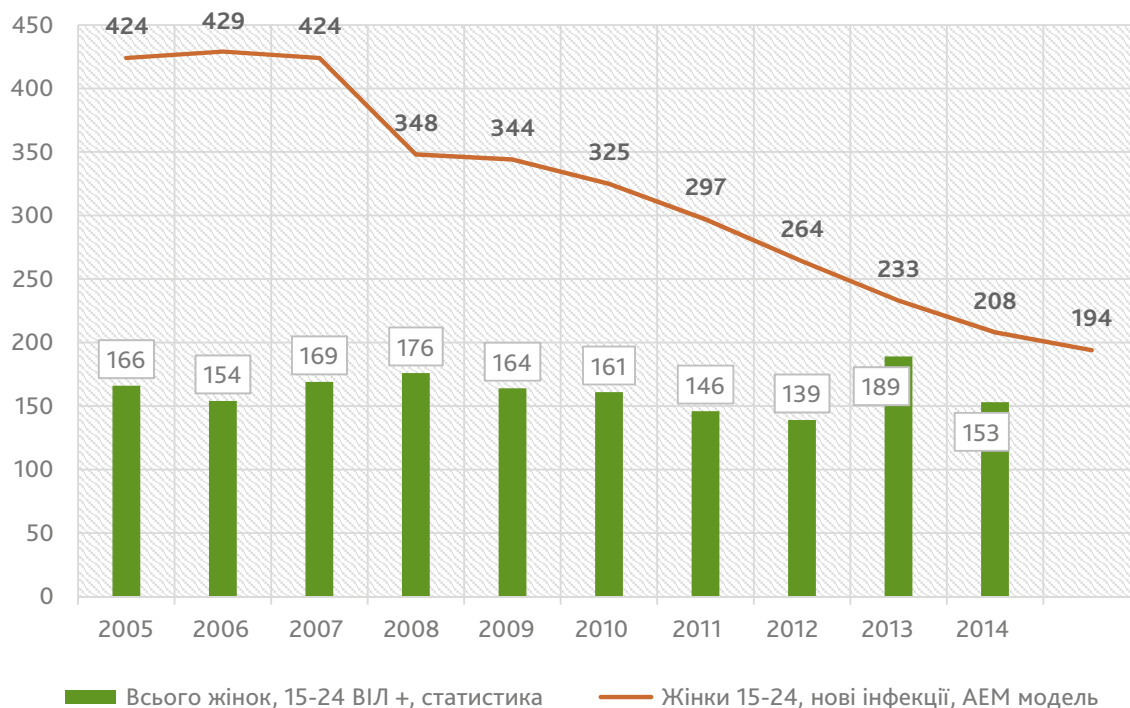
Рис. 27. Порівняння кількості нових випадків ВІЛ (на 100 тис.) за статтю в групі 15–24 роки, Одеса і Україна (2005–2013 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Україні та Одеській області

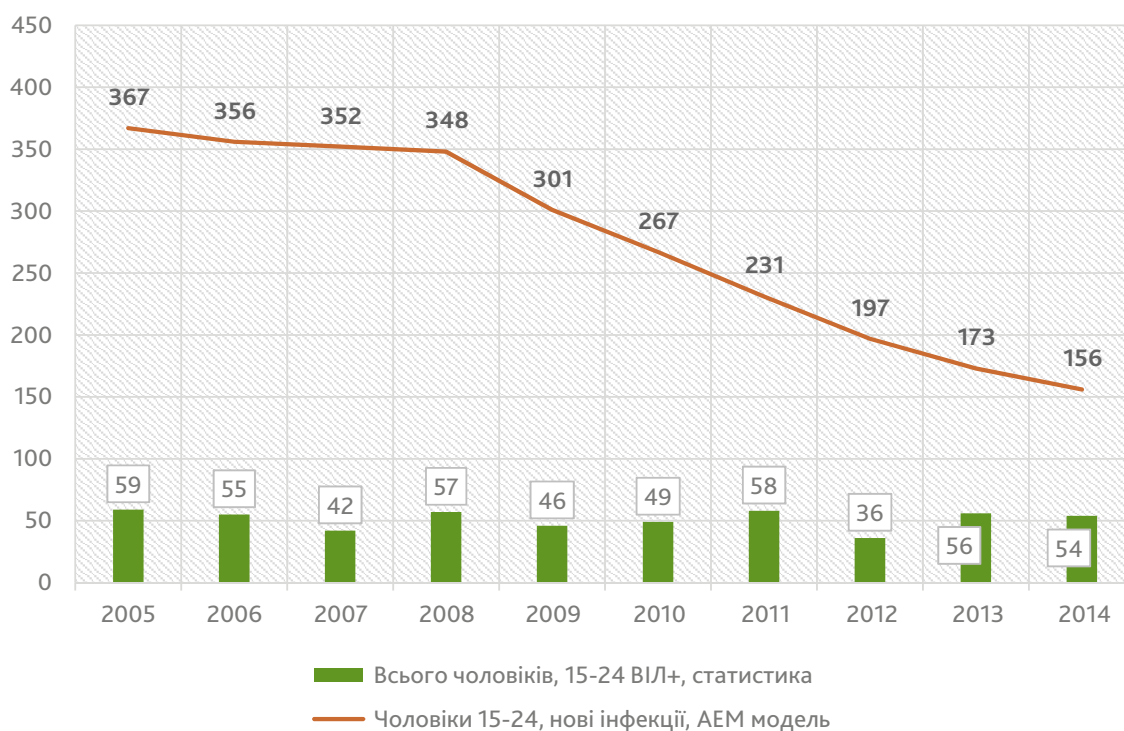
Якщо порівнювати дані епіднагляду з результатами моделювання, то можна зробити висновок, що існуюча система епіднагляду значно недооцінює рівень захворюваності на ВІЛ серед чоловіків віком 15–24 роки. Для цієї вікової групи лаг між інфікуванням та взяттям на медичний облік не може бути значним, ймовірно, він не перевищує 2–5 років. Тому ми можемо порівнювати результати АЕМ-моделювання з результатами епіднагляду. Якщо кількість нових інфекцій серед жінок віком 15–24 роки, за АЕМ-моделлю та епіднаглядом, може відрізнитися в 1.5–2 рази, то для чоловіків ця різниця набагато більша. Очевидно, тестування вагітних – це той механізм, що дозволяє охоплювати значну частину молодих жінок, тоді як для чоловіків 15–24 років такого масштабного інструменту відстеження перебігу епідемії не існує.

Рис. 28. Порівняння кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ та розрахованих за АЕМ-моделлю (жінки 15–24 років), Одеська область (2005–2104 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Україні та Одеській області; моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

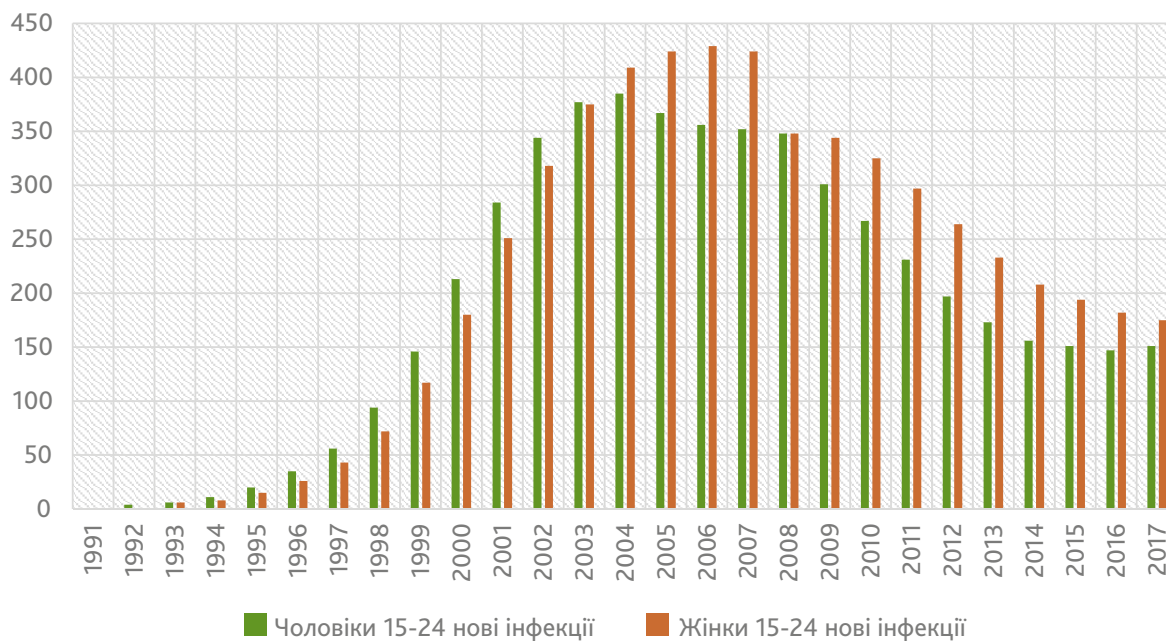
Рис. 29. Порівняння кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ та розрахованих за АЕМ-моделлю (чоловіки 15–24 років), Одеська область (2005–2104 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Україні та Одеській області; моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

В той же час результати АЕМ-моделювання показують, що чоловіки і жінки у віці 15–24 роки інфікуються з майже однаковою ймовірністю. Очевидно, що існуюча система епіднагляду не охоплює значну частину молодих чоловіків, що інфікувалися ВІЛ, які потім потрапляють в систему охорони здоров'я у віці старше 25 років на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції.

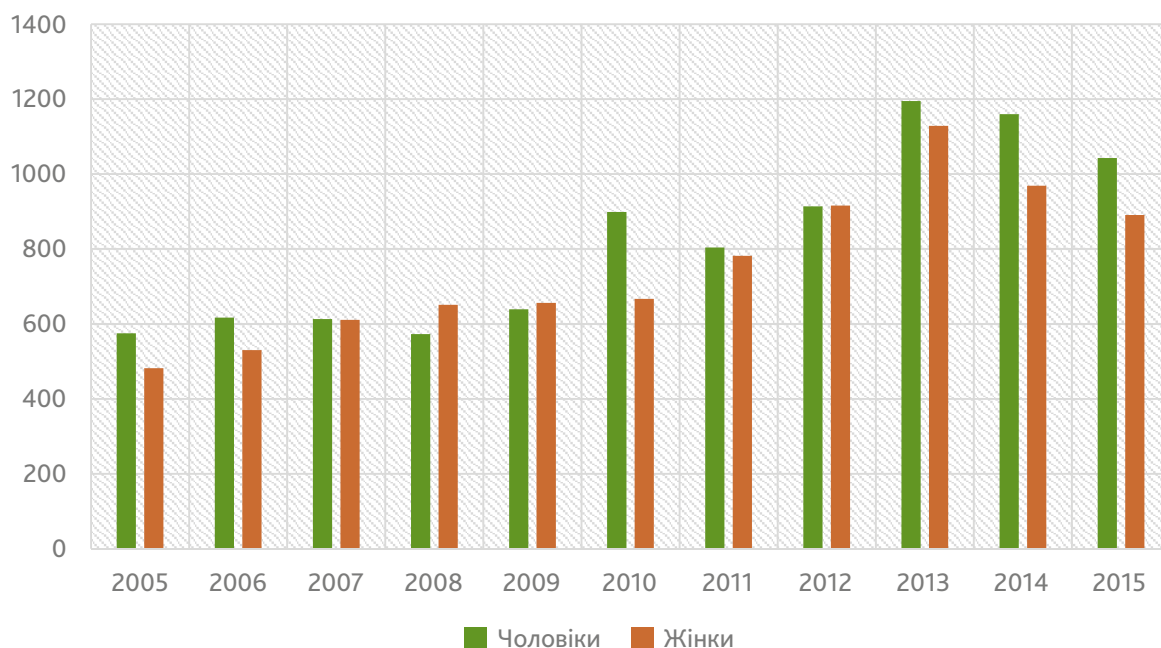
Рис. 30. Порівняння захворюваності серед чоловіків та жінок 15–24 років, АЕМ-моделювання, Одеська область (1991–2017 рр.)



Джерело даних: Моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

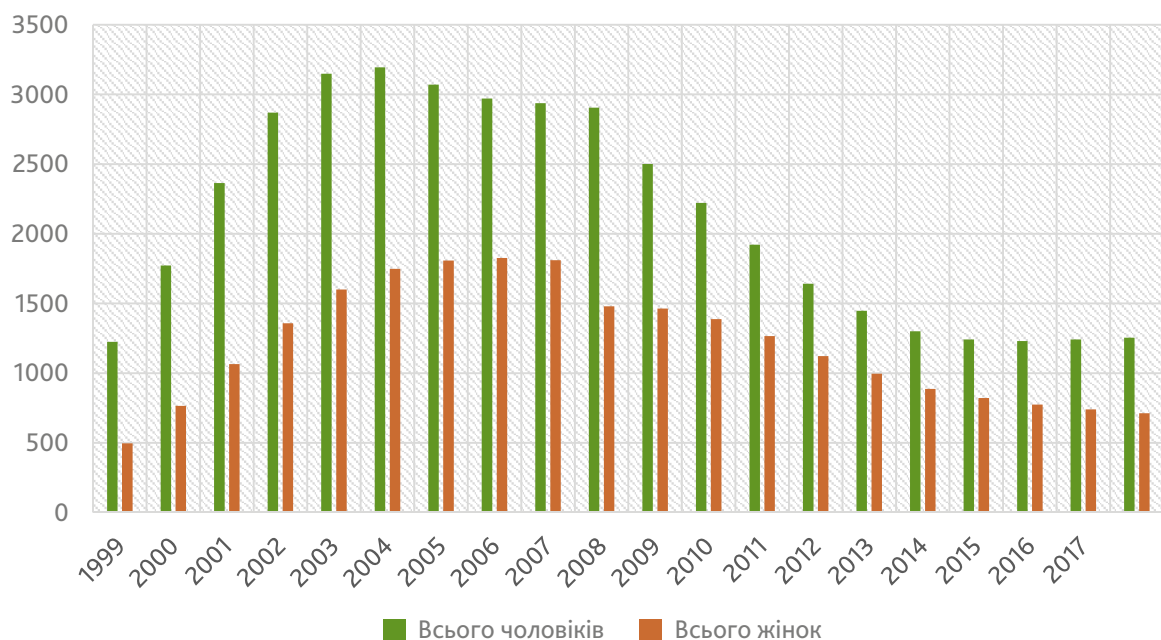
Якщо покладатися на результати АЕМ-моделювання, то можна зробити висновок, що епіднагляд **в цілому** менш ефективно виявляє чоловіків, ніж жінок.

Рис. 31. Абсолютна кількість нових випадків, чоловіки та жінки, за даними епіднагляду, Одеська область (2005–2015 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

Рис. 32. Абсолютна кількість нових випадків, чоловіки та жінки, за даними АЕМ-моделювання, Одеська область (1999–2017 рр.)



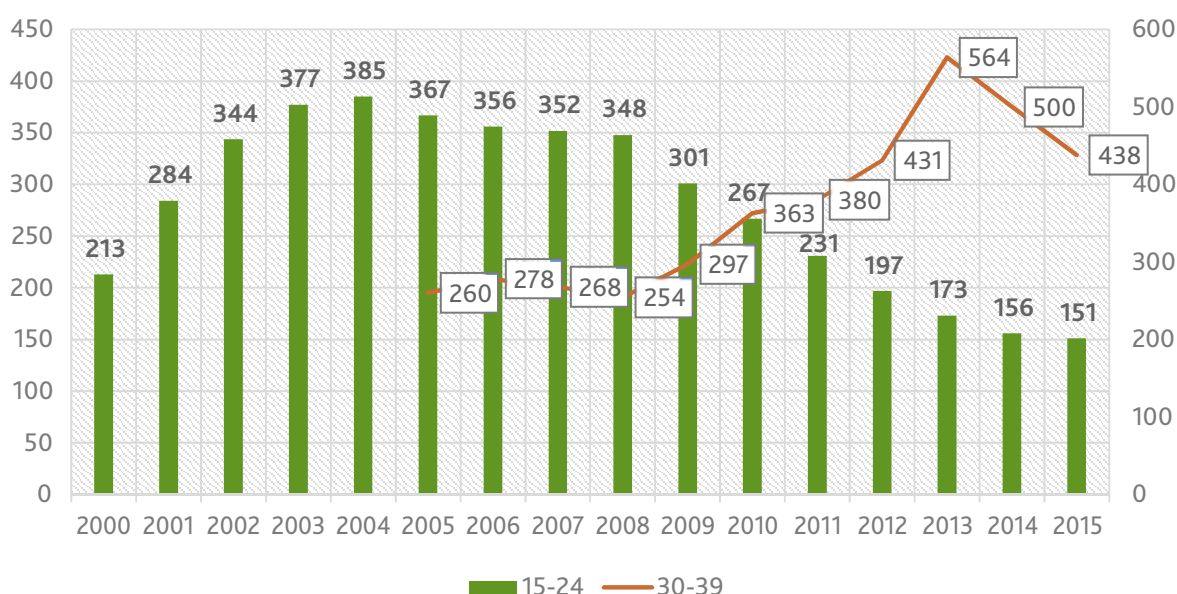
Джерело даних: Моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

Як зазначалося вище, дані епіднагляду не демонструють динаміки епідемії в групі 15–24 роки: це стосується як аналізу кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ (з розрахунку на 100 тис. населення), так і аналізу обсягу цієї групи (абсолютної кількості), що майже не змінювався протягом 10 років. Національна

триангуляція⁸ продемонструвала, що на рівні всієї країни ВІЛ+ чоловіки у віці до 30 років також виявляються недостатньо: з 1999 по 2009 рік їх кількість у загальному числі зареєстрованих випадків майже не зросла. В Одеській області це стосується обох статей.

Як швидко ми виявляємо тих чоловіків та жінок 15–24 років, які інфікувалися і не були виявлені оперативно? Порівняння даних моделювання та реєстрації нових випадків дозволяє припустити, що, ймовірно, лаг сягає 8–9 років: чоловіки, які інфікуються у віці 15–24 роки, скоріше за все, виявляються у віці 30–39 років.

Рис. 33. Лаг між інфікуванням та виявленням: чоловіки
(порівняння даних АЕМ-моделювання та епіднагляду)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Україні та Одеській області; моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

Висновки до розділу 3.

1. Кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ (з розрахунку на 100 тис. населення) на ВІЛ в групі 15–24 роки майже не змінювалась протягом 2005–2015 років, що, на нашу думку, є не відображенням реальної ситуації, а особливостями системи епіднагляду.
2. Кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ (з розрахунку на 100 тис. населення) в групі 15–24 роки в Одеській області майже вдвічі вища за загальноукраїнський показник. А останніми роками – навіть більше.
3. Існуюча система епіднагляду значно недооцінює кількість нових випадків ВІЛ серед чоловіків віком 15–24 роки.

⁸ Dumchev K. et al. Ukraine HIV Data Synthesis Project Final Report. – 2012.

РОЗДІЛ 4.

Як змінювалася епідемія в Одеській області: моделювання та дані епіднагляду

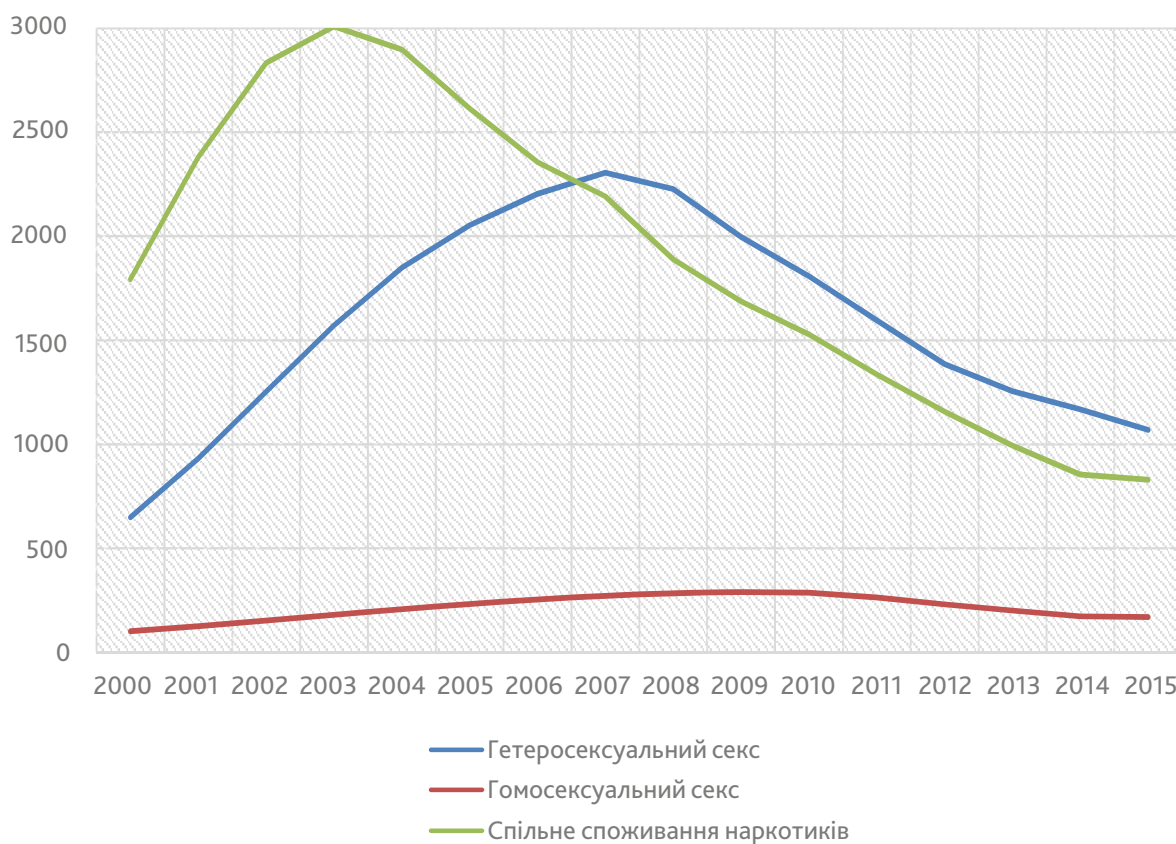
Причини інфікування: три основні шляхи, 2000–2015 роки

АЕМ-моделювання епідемії в Одеській області дає змогу проаналізувати, як змінювалася поширеність основних шляхів передачі ВІЛ протягом останніх 15 років (з 2000 по 2015 рік). Можна виділити три основні періоди:

1. На початку 2000-х років домінуючим способом інфікування, частка якого постійно зростала, було спільне споживання наркотиків.
2. З 2003 по 2007 рік кількість інфекцій, що передавалися при вживанні наркотиків, зменшувалася, водночас продовжувала зростати кількість інфекцій, переданих внаслідок гетеросексуальних контактів.
3. З 2008 року абсолютна кількість інфекцій, отриманих внаслідок спільного споживання наркотиків та гетеросексуальних статевих контактів, зменшується і приблизно дорівнює одна одній.

Зауважимо, що, за даними АЕМ-моделювання, кількість нових випадків інфікування під час гомосексуального сексу з 2000 по 2010 роки дуже повільно зростала, після чого також почала спадати.

Рис. 34. Як змінювалося співвідношення трьох основних способів інфікування: гетеросексуальний секс, споживання наркотиків, гомосексуальний секс (АЕМ-моделювання), Одеська область (2000–2015 рр.)



Джерело даних: Моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

Які групи формували сукупність нових інфекцій

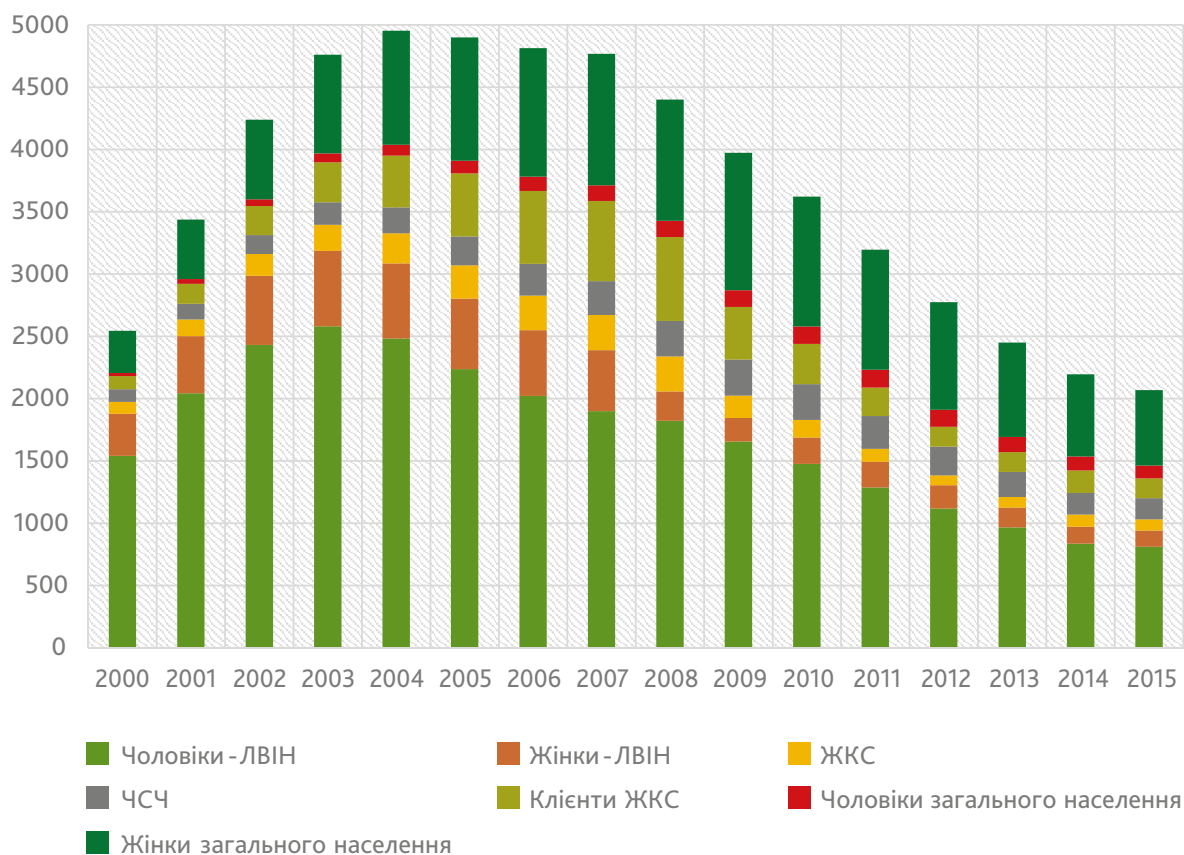
Період 2010–2015 років, згідно з АЕМ-моделлю, характеризується тим, що кількість нових інфекцій серед жінок і чоловіків загального населення та клієнтів ЖКС стає співставною з кількістю нових інфекцій серед чоловіків та жінок ЛВІН. Для прикладу розглянемо 2014 рік. Як видно з табл. 1, жінки та чоловіки загального населення показали дещо меншу кількість інфекцій, ніж чоловіки та жінки ЛВІН (772 проти 971), клієнти ЖКС, самі ЖКС та ЧСЧ – значно меншу кількість. Можна зробити висновок, що загальне населення Одеської області робить значний внесок в епідемію.

Таблиця 1. Розподіл нових випадків ВІЛ за групами та шляхами передачі, згідно АЕМ-моделі, Одеська область (2014 рік)

Гетеросексуальні контакти		
Жінки загального населення	660	931 інфекція
Чоловіки загального населення	112	
Клієнти ЖКС	159	
Спільне споживання наркотиків		
Жінки-ЛВІН	135	971 інфекція
Чоловіки-ЛВІН	836	
Секс між чоловіками		
Гомосексуальні контакти	181	181 інфекція

Джерело даних: Моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

Рис. 35. Нові інфекції за групами ризику (АЕМ-моделювання), Одеська область (2000–2015 рр.)

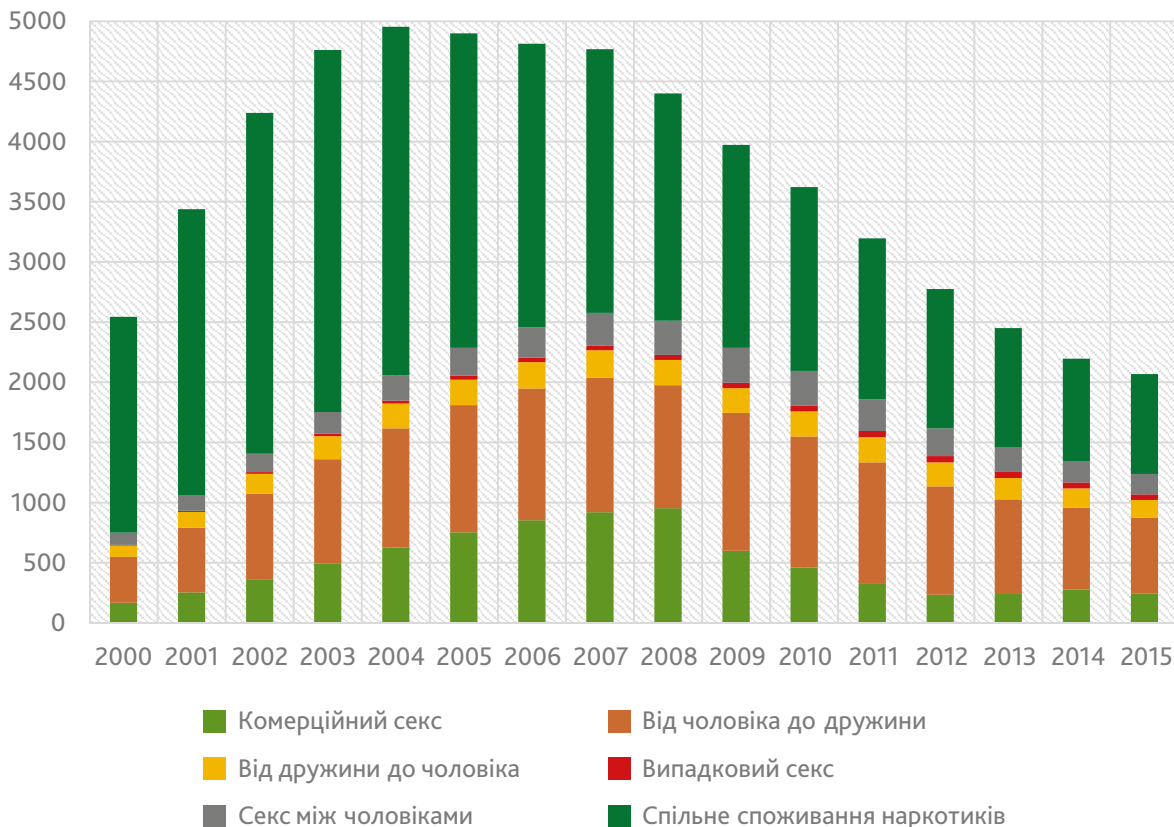


Джерело даних: Моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

Поведінка, що призводила до інфікування

У 2014–2015 роках від чоловіка до дружини та від дружини до чоловіка (це визначення включає і постійних партнерів), згідно з АЕМ-моделюванням, було передано 775 інфекцій, що співставно зі спільним вживанням наркотиків (830 в 2015 р.). Роль випадкового сексу незначна.

Рис. 36. Шляхи передачі ВІЛ (АЕМ-моделювання), Одеська область (2000–2015 рр.)

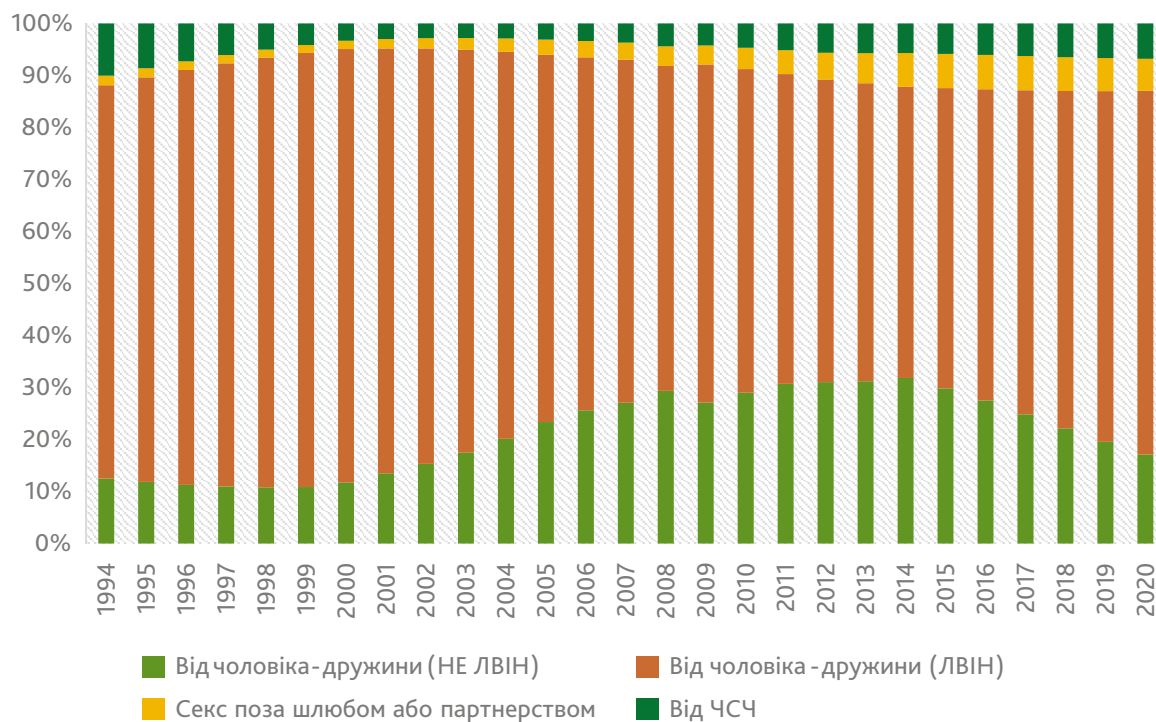


Джерело даних: Моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

Джерела інфекції для загального населення (АЕМ моделювання)

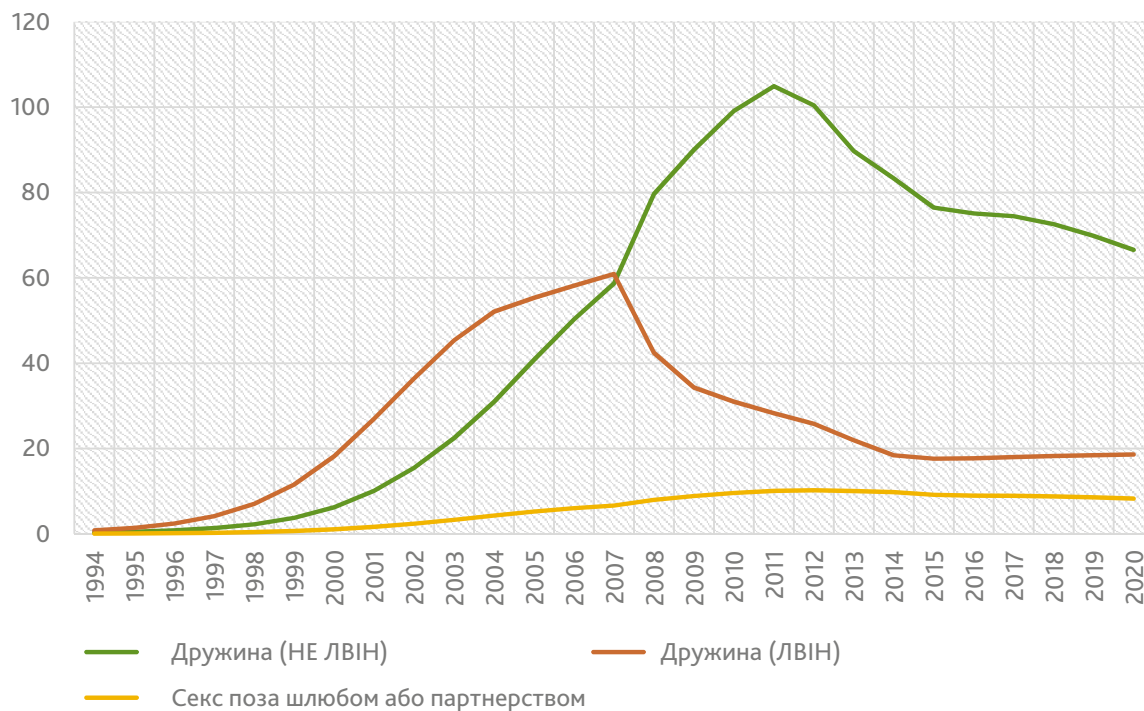
Дуже важливим є питання: чоловіки та жінки загального населення інфікуються від представників групи ризику – ЛВІН, ЧСЧ та ЖКС чи від таких же представників загального населення, тобто чи стала епідемія генералізованою. АЕМ-моделювання епідемії в Одеській області демонструє, що більшість інфекцій серед загального населення були спричинені контактами з постійними партнерами (подружжями), які є ЛВІН – 57%. Але масштаб передачі ВІЛ виключно від представників загального населення також значний – 31%. Секс поза шлюбом (партнерством) та контакти з ЧСЧ відповідальні за 12% інфекцій загального населення (по 6% відповідно).

Рис. 37. Джерела інфікування загального населення (АЕМ-моделювання), Одеська область (1994–2020 рр.)



Джерело даних: Моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

Рис. 38. Джерела інфікування чоловіків загального населення (АЕМ-моделювання), Одеська область (1994–2020 рр.)

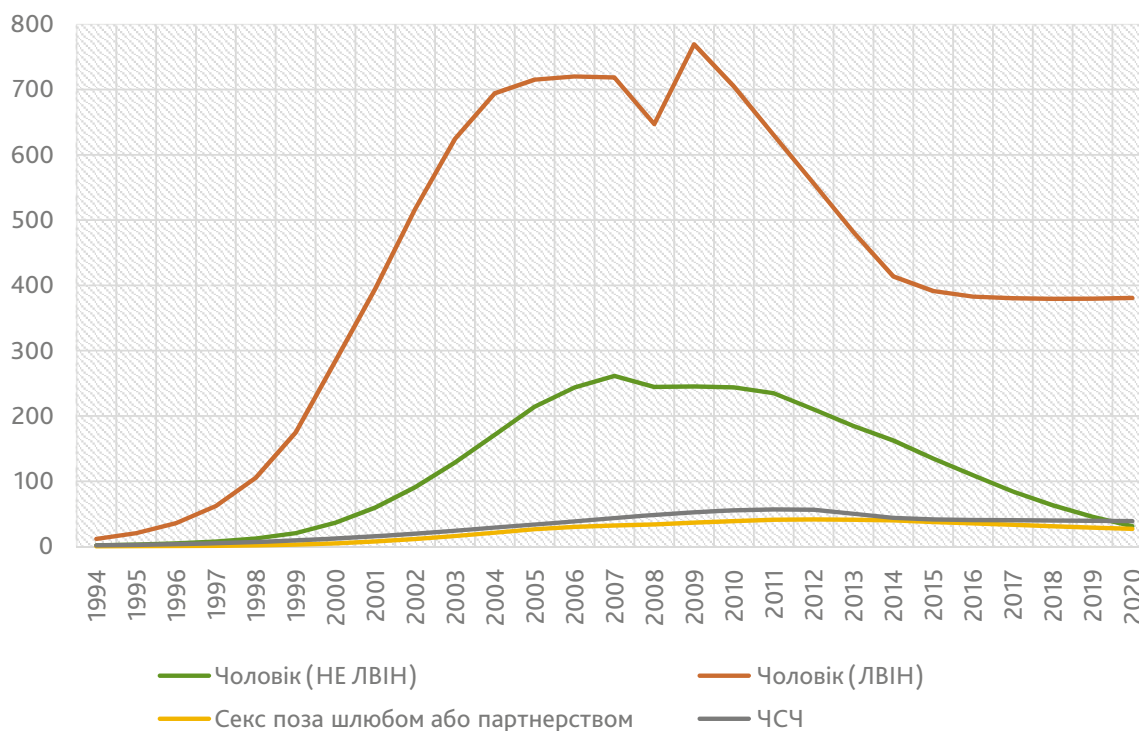


Для чоловіків загального населення саме жінки, які не входять в групи ризику, стали основним джерелом інфекції.

Джерело даних: Моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

Для жінок загального населення основним способом інфікування залишаються їхні сексуальні контакти із ЛВІН. Наприклад, в 2014 році 414 інфекцій було передано жінкам від постійних сексуальних партнерів ЛВІН і 162 – від чоловіків, які не є ЛВІН.

Рис. 39. Джерела інфікування жінок загального населення (АЕМ-моделювання), Одеська область (1994–2020 рр.)



Джерело даних: Моделювання епідемії ВІЛ в Одеській області за допомогою АЕМ

Висновки до розділу 4

1. АЕМ-моделювання епідемії в Одеській області показує, що з 2008 р. спільне вживання наркотиків та гетеросексуальні контакти забезпечують приблизно однакові частки нових випадків інфікування.
2. Частка інфекцій, переданих під час гомосексуальних контактів, значно менша, ніж частка переданих під час спільного вживання наркотиків та гетеросексуального сексу.
3. Жінки та чоловіки загального населення забезпечують співставну (трохи меншу кількість інфекцій), ніж чоловіки та жінки ЛВІН. Клієнти ЖКС, самі ЖКС та ЧСЧ разом показують значно меншу кількість інфекцій.
4. Основний шлях інфікування загального населення – контакти з постійними партнерами, значна частина яких (57%) є ЛВІН, але частка загального населення також значна – 31%.

РОЗДІЛ 5.

Перевірка гіпотез щодо причин епідемії серед молоді 15–24 роки та оцінка впливу профілактичних програм

5.1. Причини епідемії в групі 15–24 роки

Масштаб епідемії в групі 15–24 роки

Відомо, що кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ в групі 15–24 роки, що фіксується системою епіднагляду, значно нижча, ніж в групі осіб старше 25 років: у 2015 році відповідно 53 випадки на 100 тис. проти 170 випадків на 100 тис. Проте ми вважаємо таку низьку кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ в групі 15–24 роки недостатньо надійним показником. Про це свідчать:

1. Пізня реєстрація випадків ВІЛ в Одеській області (71% в 3-4 клінічних стадіях). Особи, які інфікуються у віці 15–24 роки, реєструються значно пізніше.
2. Високий рівень поширеності ВІЛ серед вагітних: 0.76% – у віці 18–24 роки, 0.72% – у віці 15–17 років. Це майже повністю збігається з поширеністю ВІЛ серед усіх вагітних Одеської області – 0.74%. Більш точний показник серед вагітних відповідної вікової групи – на 10 тис. вагітних відповідного віку – також незначно відрізняється в групі 15–24 та 25+ років: на 2015 рік 73 і 80 осіб відповідно.

З огляду на високий рівень поширеності ВІЛ серед вагітних віком 15–24 роки та особливості реєстрації нових випадків, ми вважаємо, що епідемія в групі 15–24 за своєю інтенсивністю близька до групи 25+.

Підхід до перевірки гіпотез про характеристики епідемії в групі 15–24 роки

У попередніх розділах ми спробували описати рушійні сили та характеристики епідемії ВІЛ в Одеській області. В цьому розділі екстраполюємо висновки на вікову групу 15–24 і, беручи до уваги особливості поведінки цієї вікової когорти, визначимо, яким є характер та рушійні сили епідемії саме в цій групі.

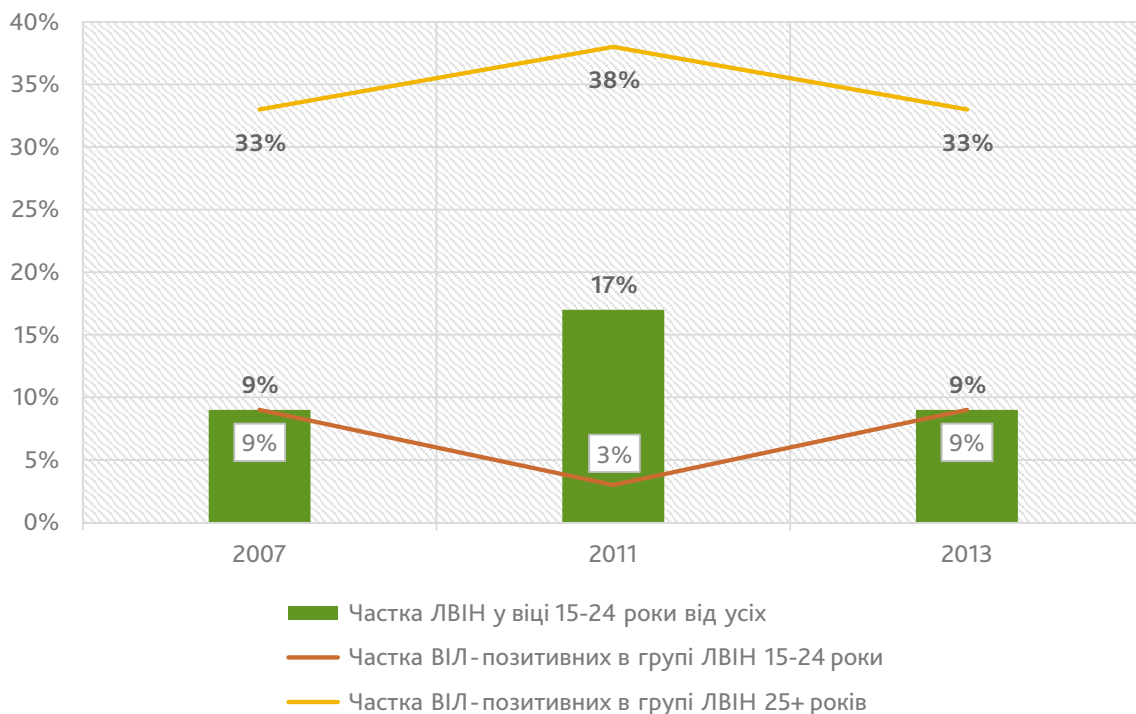
Чи може бути рушійною силою епідемії в групі 15–24 роки ін'єкційне споживання наркотиків?

За результатами АЕМ-моделювання, за останні п'ять – шість років спільне вживання наркотиків є причиною близько 40% нових випадків ВІЛ в Одеській області. Чи можемо ми стверджувати, що спільне споживання наркотиків робить такий же значний внесок в епідемію в групі 15–24?

Малоймовірно, тому що:

- 1.** Дані біоповедінкових досліджень показують, що частка групи 15–24 в сукупності ЛВІН невелика – 9–17% у період 2007–2013 років. Це приблизно відповідає частці групи 15–24 серед усього дорослого населення Одеської області: 19% у 2007 р., 14% – в 2015 р.
- 2.** Рівень інфікованості групи молодих ЛВІН низький: 9% у порівнянні з 33–38% в групі ЛВІН 25+.
- 3.** За даними бази даних клієнтів Syrex, молоді ЛВІН в Одеській області також характеризуються нижчим рівнем поширеності ВІЛ.
- 4.** Епіднагляд реєструє дуже незначну кількість ВІЛ-позитивних ЛВІН у віці 15–24 роки: наприклад, у 2013 р. – 7 осіб, у 2015 р. – 11 осіб.
- 5.** Єдине альтернативне пояснення може полягати в тому, що молоді ЛВІН є «сліпою плямою» як для епіднагляду, так і поведінкових досліджень так профілактичних програм. Але це дуже малоймовірно припущення.

Рис. 40. Частка ВІЛ-позитивних ЛВІН у віці 15–24 роки серед усіх ЛВІН та рівень інфікованості в групах ЛВІН 15–24 та 25+ років, Одеська область (2007–2013 рр.)



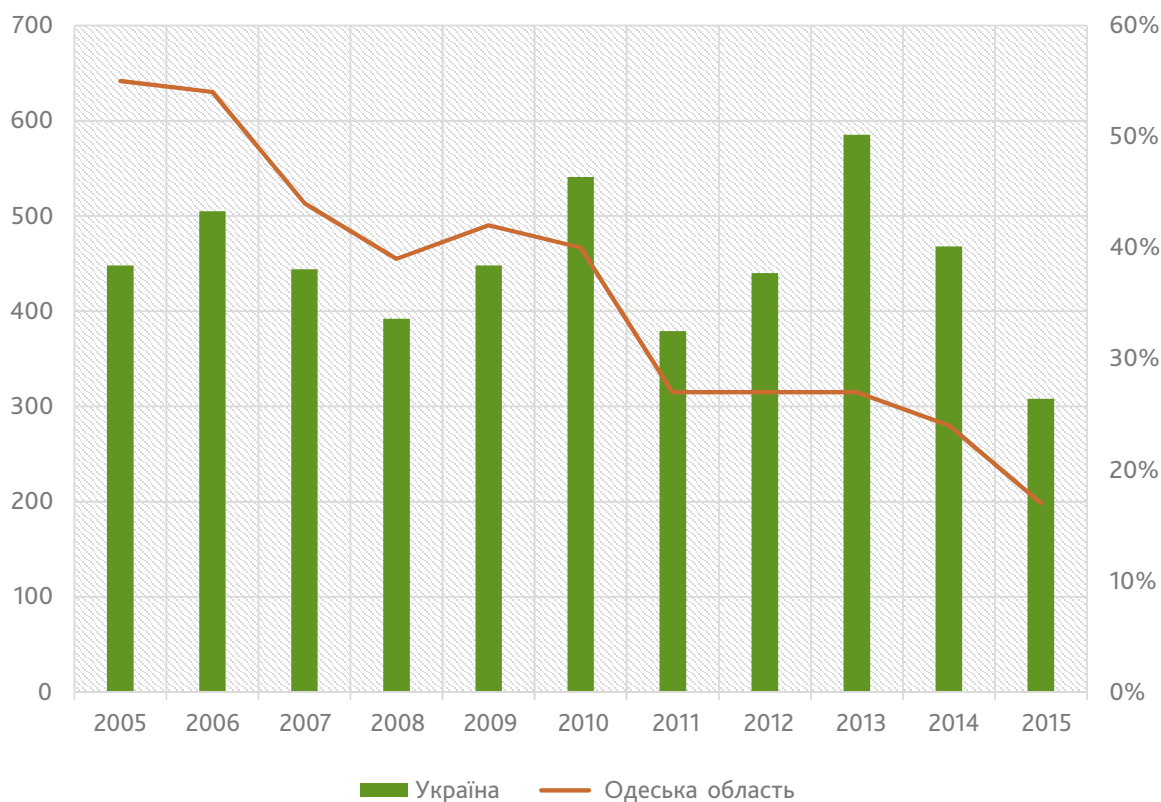
Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області; біоповедінкові дослідження серед ЛВІН в Одеській області

Рис. 41. Кількість нових випадків та частки груп ЛВІН 15–24 років, за даними епіднагляду, Одеська область (2005–2015 рр.)



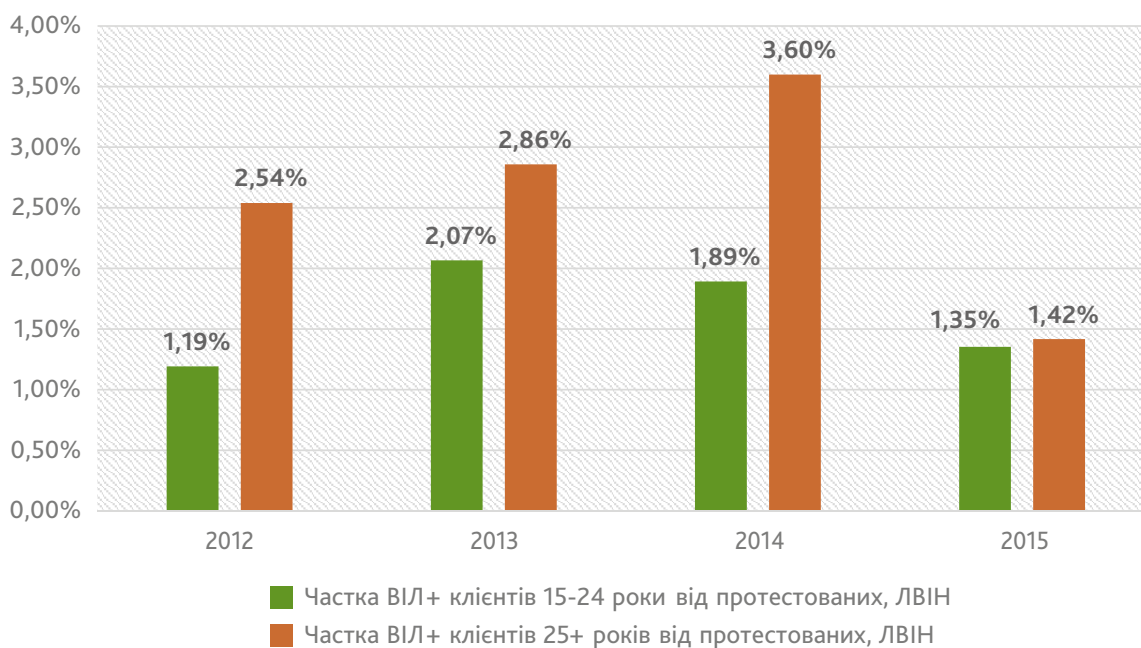
Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

Рис. 42. Кількість нових випадків та частки групи ЛВІН 25+ років, за даними епіднагляду, Одеська область (2005–2015 рр.)



Джерело даних: Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ в Одеській області

Рис. 43. Порівняння рівня поширеності ВІЛ серед клієнтів-ЛВІН різного віку, за даними Syrex, Одеська область (2012–2015 рр.)



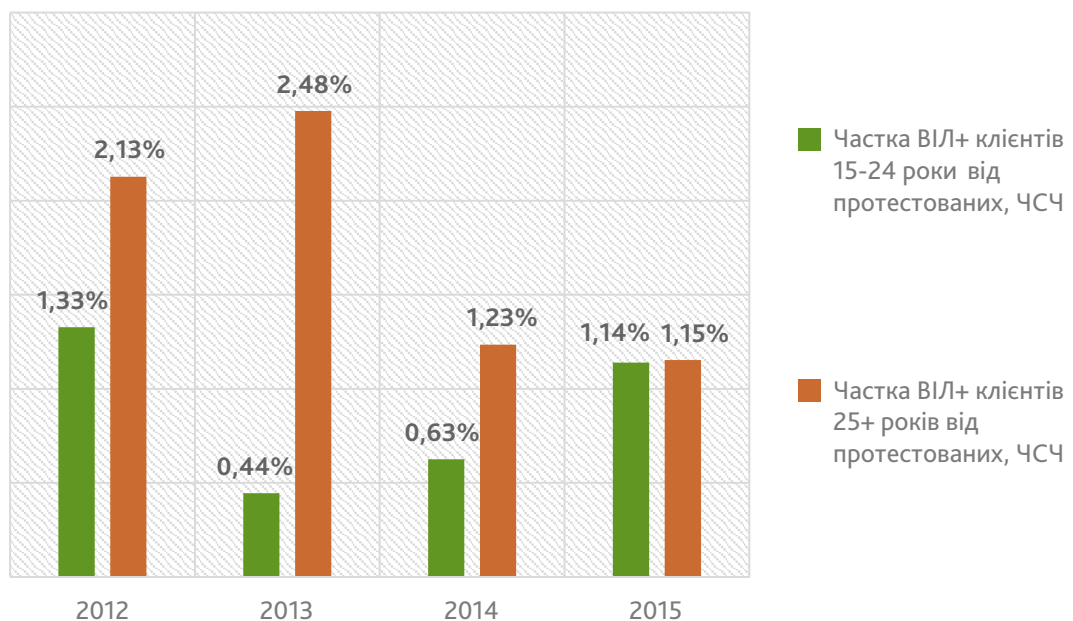
Джерело даних: База даних профілактичних програм Syrex

Всі доступні нам джерела інформації щодо групи осіб віком 15–24 роки: дані біоповедінкових досліджень, результати тестування клієнтів профілактичних програм, дані реєстрації ЛВІН в системі епіднагляду свідчать про більш низьку інтенсивність інфікування внаслідок спільного вживання наркотиків. Відповідно, малоімовірно, що в цій групі 40% інфекцій передаються під час спільного вживання наркотиків.

Чи робить значний внесок в епідемію сукупність ЧСЧ?

Згідно з АЕМ-моделюванням, гомосексуальні контакти призвели до 8% інфікувань ВІЛ в Одеській області протягом 2010–2015 років. Виходячи з даних біоповедінкових досліджень, можна припустити, що цей шлях інфікування робить менший внесок в епідемію в групі 15–24 роки, ніж у загальній епідемії в області. Як і у випадку групи ЛВІН, серед молодих ЧСЧ Одеської області поширеність ВІЛ набагато нижча, ніж серед групи 25+: 1.6% проти 10.3%. В даних профілактичних програм серед ЧСЧ спостерігається такий же паттерн інфікування за віком, як і серед ЛВІН: ЧСЧ у віці 15–24 роки рідше інфіковані ВІЛ, ніж ЧСЧ у віці 25+.

Рис. 44. Порівняння рівня поширеності ВІЛ серед клієнтів-ЧСЧ різного віку, за даними Syrex, Одеська область (2012–2015 рр.)



Джерело даних: База даних профілактичних програм Syrex

Відповідно, роль ЧСЧ в епідемії в групі 15–24 роки, скоріше за все, менша, ніж у групі 25+.

Якщо ми припускаємо, що кількість інфекцій внаслідок спільного вживання наркотиків (40% для епідемії в цілому) та гомосексуальних контактів (8% для епідемії в цілому) в групі 15–24 роки менша, а інтенсивність епідемії, згідно поширеності ВІЛ серед вагітних, близька до інтенсивності епідемії в цілому, можна зробити висновок: гетеросексуальний шлях передачі ВІЛ в цій групі має більшу вагу.

Якщо ми припускаємо більшу важливість гетеросексуального шляху для епідемії в групі 15–24 роки, важливо з'ясувати, хто саме є джерелом інфекції – групи ризику чи загальне населення. Тобто чи відбулася генералізація епідемії в групі 15–24. Нагадаємо, модельні розрахунки показують, що 57% інфікувань загального населення під час гетеросексуальних контактів відбуваються від постійних партнерів-ЛВІН, 31% – від загального населення, 6% – від ЧСЧ та стільки ж (6%) – під час випадкового сексу. Також треба зазначити, що, за даними АЕМ-моделювання, жінки загального населення переважно отримують ВІЛ-інфекцію від партнерів-ЛВІН (наприклад, в 2014 році 414 інфекцій було передано жінкам від постійних сексуальних партнерів ЛВІН і 162 – від чоловіків, які не є ЛВІН). Для чоловіків ситуація інакша: жінки, які не входять в групи ризику, стали основним джерелом інфекції.

Необхідно оцінити, чи для жінок загального населення віком 15–24 роки основним джерелом інфекції також є партнери-ЛВІН, як на те вказує загальна модель.

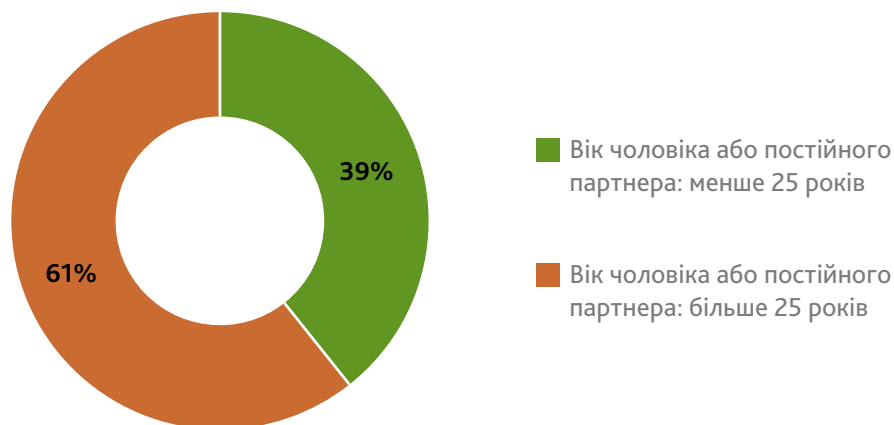
Ми вважаємо, що частка інфекцій, отриманих жінками віком 15–24 роки під час гетеросексуальних контактів з представниками груп ризику (ЛВІН та ЧСЧ), є меншою, ніж в сукупності всіх жінок.

Наше припущення ґрунтується, по-перше, на вікових характеристиках мереж сексуальних контактів жінок групи 15–24 роки; по-друге, на дуже відмінних рівнях поширеності ВІЛ серед ЛВІН та ЧСЧ молодше та старше 25 років.

Що мається на увазі під віковою характеристикою мереж сексуальних контактів? За даними дослідження MICS⁹ 2012 року, в 39% жінок у віці 15–24 роки постійним сексуальним партнером був чоловік їхньої вікової когорти, у 61%, відповідно, – групи старше 25 років. У жінок старше 25 років ситуація інша: 99% їхніх постійних сексуальних партнерів належать до їхньої вікової когорти, тобто теж старше 25 років.

⁹ http://www.unicef.org/ukraine/children_25104.html

Рис. 45. Віковий розподіл партнерів жінок у віці до 25 років, за даними дослідження MICS 2012 року



Джерело даних: Дослідження MICS 2012 року

Рис. 46. Віковий розподіл партнерів жінок у віці старше 25 років, за даними дослідження MICS 2012 року

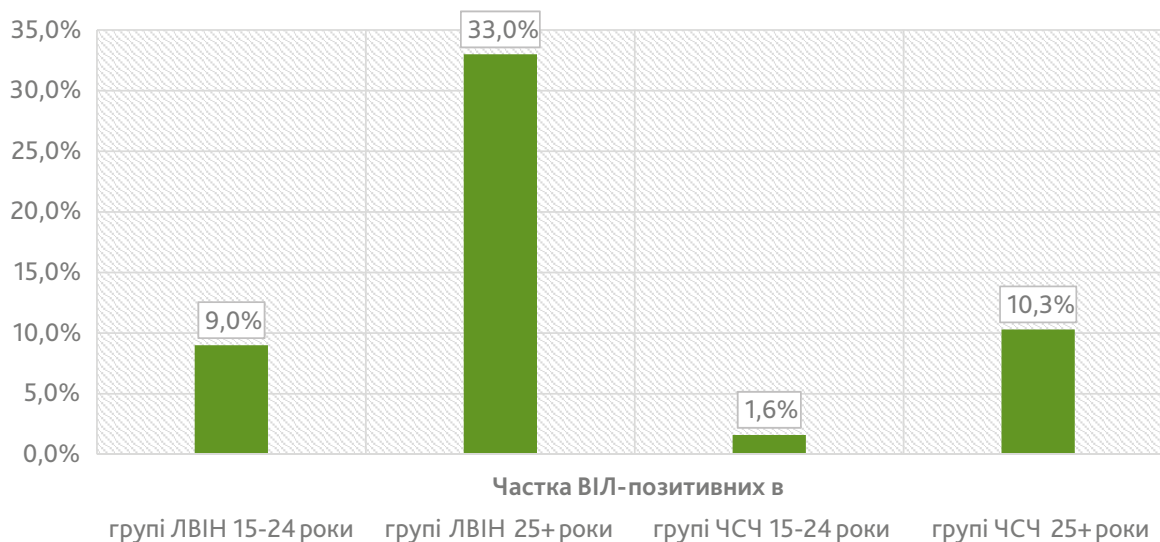


Джерело даних: Дослідження MICS 2012 року

Нагадаємо, що рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН старше 25 років в 3.7 раза вищий, ніж серед ЛВІН у віці 15–24 роки, а рівень поширеності ВІЛ серед ЧСІ старше 25 років вищий, ніж серед ЧСЧ до 25 років, в 6.4 раза.

Проте рівень поширеності ВІЛ серед вагітних віком 15–24 роки, який майже такий самий, як і в старшій віковій групі, свідчить про те, що інтенсивність епідемії серед молодих жителів Одеської області висока, і ця інтенсивність, ймовірно, забезпечується гетеросексуальною передачею вірусу ВІЛ серед загального населення, з меншою участю представників груп ризику.

Рис. 47. Порівняння поширеності ВІЛ серед ЛВІН та ЧСЧ у віці 15–24 та 25+ років, за результатами біоповедінкових досліджень, Одеська область (2013 рік)



Джерело даних: Біоповедінкові дослідження серед ЛВІН та ЧСЧ в Одеській області

Таким чином, очевидно, що для жінок віком 15–24 роки ймовірність мати сексуальні контакти з ВІЛ-позитивним ЛВІН або ЧСЧ значно менша, ніж для жінок старше 25 років. Ця різниця забезпечується тим, що 39% жінок мають сексуальні контакти з представниками груп ризику своєї вікової когорти, які в свою чергу мають набагато меншу ймовірність бути ВІЛ-інфікованими.

Таблиця 2. Порівняння епідемії в групі 15–24 та серед населення в цілому

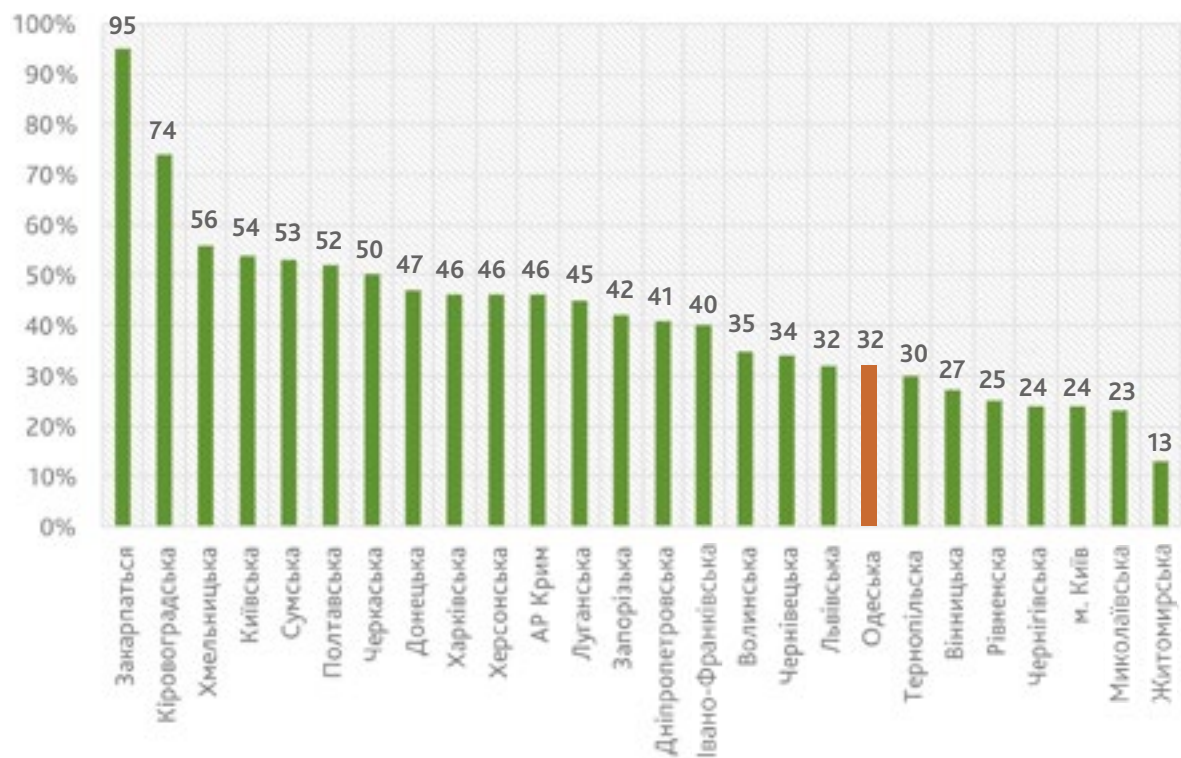
Ризикова поведінка чи джерело інфекції	Як група 15–24 відрізняється від населення в цілому
Інфікування внаслідок спільного вживання наркотиків	< Ймовірно, менш інтенсивна передача
Інфікування внаслідок сексу з ЧСЧ	< Ймовірно, менш інтенсивна передача
Інфікування внаслідок сексу з ЖКС	< Ймовірно, менш інтенсивна передача
Секс з випадковими партнерами (не ЛВІН)	> Ймовірно, більш інтенсивна передача
Секс з випадковими партнерами (ЛВІН)	< Ймовірно, менш інтенсивна передача
Секс з постійними партнерами (не ЛВІН)	> Ймовірно, більш інтенсивна передача
Секс з постійними партнерами (ЛВІН)	< Ймовірно, менш інтенсивна передача

Які існують аргументи на користь передачі ВІЛ в групі 15–24 без участі груп ризику? (генералізація епідемії)

Низький рівень знань про ВІЛ-СНІД в Одеській області

Дослідження аналітичного центру «Соціоконсалтинг», що проводилося з листопада 2011 по травень 2012 року серед населення України у віці 15–49 років, засвідчило: мешканці Одеської області мають один з найнижчих значень національного показника знання про ВІЛ (індекс з п'яти питань). Тільки 32% опитаних змогли правильно відповісти на всі питання індексу, – це 17-й показник серед областей України. Проте слід зауважити, обсяг вибірки, що припадає на Одеську область, невеликий – 109 осіб.

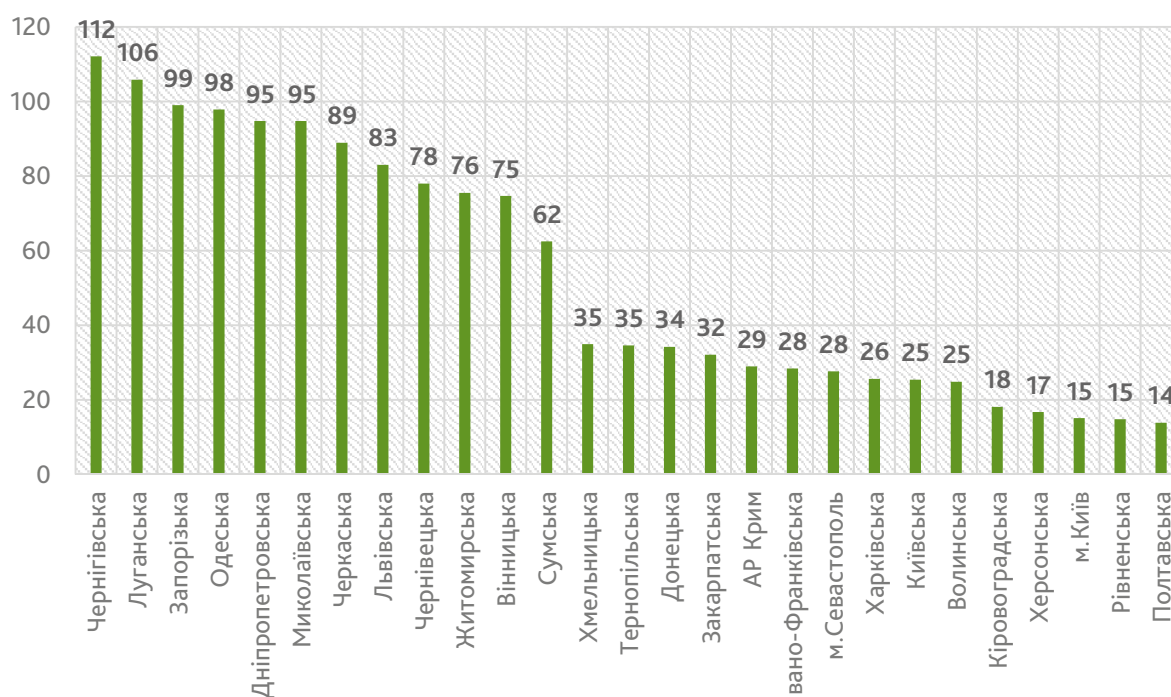
Рис. 48. Рівень знань про ВІЛ за областями України (значення національного показника знань), 2011–2012 рр.



Джерело даних: Дослідження загального населення, «Соціоконсалтинг», 2011–2012 рр.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України¹⁰, Одеська область займає 4-те місце в Україні за поширеністю трихомоніазу на 100 тис. населення та 7-ме – за поширеністю сифілісу.

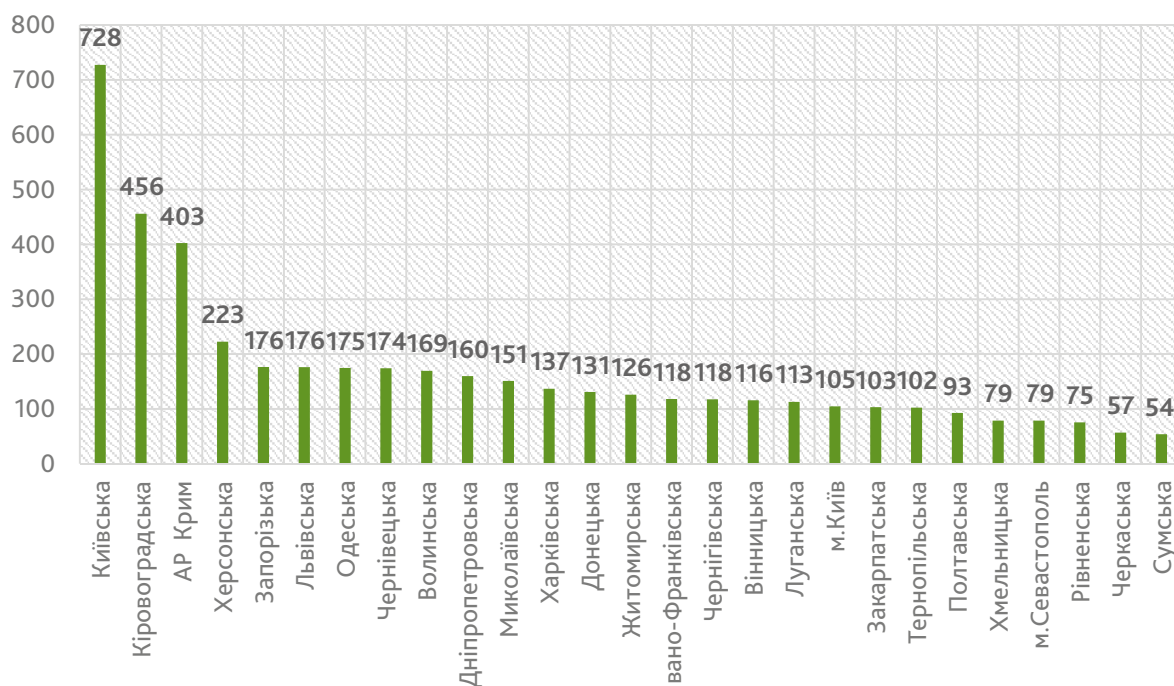
Рис. 49. Захворюваність на трихомоніаз, кількість випадків на 100 тис., за областями, 2013 рік



Джерело: Дані Центру медичної статистики МОЗ України

¹⁰ <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>

Рис. 50. Захворюваність на сифіліс, кількість випадків на 100 тис., за областями, 2013 рік



Джерело: Дані Центру медичної статистики МОЗ України

Знання про ВІЛ, сексуальна та репродуктивна поведінка мешканців Одеської області, за даними МІКС

Що таке МІКС?

- МІКС (Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств в Україні) – **міжнародна програма з обстеження домогосподарств, розроблена ЮНІСЕФ**. Проводиться Державною службою статистики України.
- Містить дані в тому числі щодо **репродуктивного здоров'я, ВІЛ/СНІДу, сексуальної поведінки**, а також багатьох інших індикаторів становища дітей та жінок.
- **Три хвилі**: 2005 рік, 2007 рік, 2012 рік.
- Генеральна сукупність обстеження – всі неінституційні домогосподарства України та особи, що проживають у них. Обсяг вибірки у 2012 році – 12 459 домогосподарств, **8006 жінок у віці 15–49 років, 3620 чоловіків у віці 15–49 років**, 4379 дітей до 5 років.

- Дані за 2005 та 2007 роки дозволяють виокремити для аналізу Одеську область, за 2012 рік – тільки Південний регіон.
- Розмір вибірки для жінок:

2005 (Одеська область): 15–49 – 247, 15–24 – 64.

2007 (Одеська область): 15–49 – 579, 15–24 – 169.

2012 (Південний регіон): 15–49 – 1112, 15–24 – 228.

Знання про шляхи передачі ВІЛ

За даними дослідження МІКС 2012 року, в Південному регіоні найменший відсоток жінок та чоловіків мають достатні знання щодо шляхів передачі ВІЛ, зокрема можливості передачі під час вагітності і неможливості – через комарині укуси. Ці результати корелюють з даними дослідження «Соціоконсалтинг», про яке йшлося вище.

Таблиця 3. Рівень знань про ВІЛ серед чоловіків та жінок, за регіонами України, 2012 рік

	Жінки 15-24	Чоловіки 15-24	Жінки 15-49	Чоловіки 15-49
Північ	54%	46%	57%	52%
Захід	52%	51%	52%	50%
Центр	54%	51%	59%	52%
Схід	53%	46%	58%	45%
Південь	29%	32%	40%	36%

Джерело: Дослідження МІКС

Дані 2005 року для Одеської області **підтверджують нижчий рівень обізнаності про шляхи передачі ВІЛ серед молодих жінок 15–24 роки** порівняно з Південним регіоном в цілому та всією Україною в окремих аспектах, зокрема щодо передачі від матері до дитини.

Таблиця 4. Рівень знань про ВІЛ серед жінок, порівняння Одеської області, Південного регіону та України в цілому, 2005 рік

Шляхи передачі ВІЛ	15-24 (Ж) Одеська	15-24 (Ж) Південь	15-24 (Ж) Україна
Від матері до дитини під час вагітності	78%	85%	86%
Від матері до дитини під час пологів	68%	87%	82%
Від матері до дитини під час годування груддю	39%	47%	50%
Від матері до дитини під час гігієнічних процедур	62%	19%	17%
Від матері до дитини під час гри	16%	4%	4%

Джерело: Дослідження МІКС

Таблиця 5. Рівень знань про шляхи уникнення ВІЛ серед жінок, порівняння Одеської області, Південного регіону та України в цілому, 2005 рік

Шляхи уникнення інфікування ВІЛ	15-24 (Ж) Одеська	15-24 (Ж) Південь	15-24 (Ж) Україна
Мати одного неінфікованого партнера	67%	79%	74%
Правильно використовувати кондом	81%	86%	86%
Утримуватись від сексу взагалі	63%	76%	74%

Джерело: Дослідження МІКС

Дані 2007 року не продемонстрували таких відмінностей.

Ставлення до осіб, хворих на ВІЛ/СНІД

Дослідження МІКС 2005–2007 років показують тенденцію, що в Одеській області серед жінок 15–24 та 15–49 років більше, аніж у Південному регіоні та Україні в цілому, поширена **стигматизація осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД**.

Більший відсоток не купував би свіжі овочі у носія вірусу, не дозволяв би вчителю-носію викладати в школі, а хворим дітям – навчатися зі здоровими, готові були б піклуватися про члена сім'ї з цим діагнозом тощо.

Це спостереження може мати два наслідки:

1. Стигматизація – бар'єр для отримання глибших знань про ВІЛ/СНІД.
2. Знання про ВІЛ/СНІД недостатньо ґрунтовні, щоб робити правильні висновки у змодельованих ситуаціях і оцінювати ризик, який несуть хворі люди здоровим.

Контрацепція та аборти

За даними МІКС-2012, жінки в Південному регіоні, які мали досвід абортів, робили їх в середньому більше, аніж в інших регіонах. Якщо в інших регіонах більшість жінок робили тільки один аборт, то в Південному найбільша частка мала за життя два – три аборти. Це може вказувати на порівняно невисоку культуру контрацепції.

Таблиця 6. Частка жінок, які мають досвід абортів, та середня кількість абортів, за регіонами України, 2012 рік

	Частка жінок, які коли-небудь робили аборт	Відсотковий розподіл жінок, які коли-небудь робили аборт, за кількістю абортів				Середня кількість абортів
		1	2–3	4–5	6+	
Регіон						
Північ	23%	69%	27%	2%	1,7%	1,5
Захід	8%	68%	30%	1%	0,4%	1,4
Центр	35%	52%	44%	3%	0,9%	1,7
Схід	29%	60%	36%	4%	0,1%	1,5
Південь	28%	43%	47%	9%	0,7%	1,9

Джерело: Дослідження МІКС

За даними МІКС-2012, трохи менше жінок в Південному регіоні на момент дослідження використовували засоби контрацепції, зокрема чоловічі презервативи, а також чули про планування сім'ї, ніж в інших регіонах.

Таблиця 7. Інформованість та використання різних методів контрацепції, порівняння Південного регіону та України в цілому, 2012 рік

	15-24 (ж) Південь	15-24 (ж) Україна	15-49 (ж) Південь	15-49 (ж) Україна
Чули про планування сім'ї	54%	75%	77%	83%
Зараз застосовують метод попередження вагітності	29%	36%	42%	53%
Метод попередження вагітності: чоловічий презерватив	18%	24%	19%	24%

Джерело: Дослідження МІКС

За даними МІКС-2012, у Південному регіоні чоловіки менше поінформовані про використання жінками методів контрацепції.

Сексуальна поведінка

За даними МІКС-2012, в Південному регіоні найменший відсоток чоловіків у віці 15–24 роки використовував презерватив з останньою сексуальною партнеркою протягом року.

Таблиця 8. Використання презерватива чоловіками під час останнього сексуального контакту з випадковою партнеркою, за регіонами України, 2012 рік

	% тих чоловіків у віці 15-24 роки, які НЕ використовували презерватив з випадковою партнеркою за останні 12 місяців
Північ	16%
Захід	23%
Центр	16%
Схід	10%
Південь	32%

Джерело: Дослідження МІКС

За даними МІКС-2012, в Південному регіоні порівняно високий відсоток жінок та чоловіків у віці 15–24 роки, які за останні 12 міс. мали статевий контакт з партнером(-кою), старшим(-ою) більш ніж на 10 років, а також чоловіків у віці 15–24 роки, що мали статеві контакти до 15 років.

Таблиця 9. Сексуальні стосунки з особами, старшими на 10 років, за регіонами України, 2012 рік

	% жінок у віці 15-24 роки, які за останні 12 міс. мали статевий контакт з партнером, старшим більш ніж на 10 років	% чоловіків у віці 15-24 роки, які за останні 12 міс. мали статевий контакт з партнеркою, старшою більш ніж на 10 років	% чоловіків у віці 15-24 роки, які мали статевий контакт до 15 років
Північ	3,9%	0%	0%
Захід	4,8%	0,3%	0,6%
Центр	1,8%	0,2%	2%
Схід	6,7%	0%	2,6%
Південь	6,4%	1,2%	3,9%

Джерело: Дослідження МІКС

1. Дані біоповедінкових досліджень та програм профілактики ЛВІН не підтверджують гіпотезу про те, що спільне споживання наркотиків може бути відповідальним за майже 40% інфекцій в групі мешканців Одеської області 15–24 років.
2. Дані біоповедінкових досліджень та програм профілактики ЧСЧ вказують на те, що гомосексуальні контакти відіграють меншу роль в розвитку епідемії в групі мешканців Одеської області 15–24 років, ніж в епідемії в цілому.
3. Скоріше за все, джерелом інфекції для жінок загального населення 15–24 років є переважно чоловіки загального населення, а не ЛВІН, як для епідемії в цілому.
4. Декілька досліджень свідчать, що рівень знань про ВІЛ серед мешканців Одеської області є низьким, що може стимулювати генералізацію епідемії.
5. Дані медичної статистики свідчать, що Одеська область характеризується високим рівнем поширеності захворювань, що передаються статевим шляхом, а це може бути як індикатором більш ризикованої сексуальної поведінки, так і фактором, що підвищує ймовірність передачі ВІЛ під час сексуальних контактів.
6. Дані досліджень щодо використання контрацепції, абортів та сексуальної поведінки свідчать, що населення Одеської області характеризується більш ризикованою сексуальною поведінкою, ніж мешканці інших регіонів.

5.2. Оцінка впливу профілактичних програм серед підлітків на їхню ризиковану поведінку та рівень інфікування ВІЛ

Профілактичні програми для підлітків

Найбільш масовими програмами профілактики ВІЛ серед підлітків є шкільні обов'язкові та факультативні заняття, спрямовані на формування здорового способу життя та підвищення рівня знань про ВІЛ. В ході реалізації Національної програми із забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки у школах з'явився обов'язковий навчальний предмет «Основи здоров'я» (5–9 класи), факультативні курси «Школа проти СНІДу», «Корисні звички» та ін.

У загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки також були заплановані профілактичні програми для школярів.

В системі моніторингу й оцінки успішність впровадження профілактичних програм для школярів вимірюється показником №14 **«Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів та протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя та профілактики ВІЛ»**.

За даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» 2013 року¹¹, Одеська область в 2012 році мала одне з найнижчих значень показника №14 серед областей України.

¹¹ «Звіт про результати моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, за 2011–2012 роки» ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», 2013 р. <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/ab1ccb/924ae89d0506dd69bdfda70be7698ad6.pdf>

Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств, 2012 / Державна служба статистики України [та ін]. – К.: К.І.С., 2013.

О.М.Балакірева, Т.В. Бондар та ін. Стан та чинники здоров'я українських підлітків. – К.: ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременко, 2011.

Звіти IBBS.

Таблиця 10. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом 2012 навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ

АР Крим	28%
Вінницька	60%
Волинська	55%
Дніпропетровська	58%
Донецька	37%
Житомирська	74%
Закарпатська	37%
Запорізька	100%
Івано-Франківська	52%
Київська	83%
Кіровоградська	100%
Луганська	57%
Львівська	60%
Миколаївська	60%
Одеська	46%
Полтавська	56%
Рівненська	87%
Сумська	67%
Тернопільська	62%
Харківська	81%
Херсонська	77%
Хмельницька	43%
Черкаська	78%
Чернівецька	44%
Чернігівська	62%
м. Київ	44%
м. Севастополь	90%
Україна	62%

Джерело: «Звіт про результати моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, за 2011–2012 роки (дод. 3)» ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», 2013 р.

Слід зазначити, що протягом 2006–2010 років. цей показник для Одеської області змінювався досить дивно: частка шкіл з учителями, які мали відповідну підготовку, різко змінювалася протягом одного року.

Таблиця 11. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, Одеська область (2006–2010 рр.)

2006	2007	2008	2009	2010
67%	50%	31%	59%	38

Джерело: «Звіт про результати моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, за 2011–2012 роки (дод. 3)» ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», 2013 р.

Дані, що було надано департаментом освіти і науки Одеської державної обласної адміністрації у відповідь на запит авторів цього звіту, також викликають деякі суперечності.

Таблиця 12. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, Одеська область (2011–2014 рр.)

2011	2012	2013	2014
82%	95%	100%	99%

Джерело: Департамент освіти і науки Одеської державної обласної адміністрації

Нагадаємо, що, за даними «Звіту про результати моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, за 2011–2012 роки», відповідний показник для Одеської області складав тільки 46% (проти 95% за даними департаменту освіти і науки Одеської державної обласної адміністрації).

Як вказувалося вище, за даними дослідження МІКС, мешканці Південного регіону у віці 15–24 роки мали більш низький рівень знань про ВІЛ, ніж мешканці інших регіонів. Жінки Південного регіону у віці 15–24 роки рідше використовували презервативи зі своїми партнерами. Так само це стосується і чоловіків. Але ці дані здебільшого розраховані на рівні регіону, а не області.

Проаналізуємо безпосередні результати профілактичних програм для школярів.

Рівень знань про ВІЛ серед школярів

Наведені вище дані дослідження МІКС дають підстави вважати, що рівень знань про ВІЛ серед населення Одеської області нижчий за загальноукраїнські показники. Проте результати дослідження «Здоров'я й поведінкові орієнтації учнівської молоді», що проводиться в межах міжнародного проекту ВООЗ "Health behaviour school-aged children" (HBSC), показують, що серед школярів та студентів (від 13 до 17 років) Одеської області рівень знань про ВІЛ, навпаки, такий же або вищий за загальноукраїнський.

Таблиця 13. Відповіді школярів та студентів про шляхи уникнення інфікування ВІЛ, Україна та Одеська область, 2010

	УКРАЇНА			Одеська область		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі
Зробити щеплення						
Так	26,3	24,9	25,5	27,5	30,4	29,2
Ні	42,5	43,5	43,1	39,1	45,1	42,7
Не знаю	31,1	31,7	31,4	33,3	24,5	28,1
Використовувати презерватив при кожному статевому контакті						
Так	78,7	73,6	73,8	80,6	83,3	82,2
Ні	7,5	8,5	8,1	11,1	4,9	7,5
Не знаю	13,8	17,9	16,1	8,3	11,8	10,3
Відкласти початок статевого життя						
Так	33,2	49,9	42,5	27,5	45,1	38
Ні	38,2	22,3	29,3	55,1	26,5	38
Не знаю	28,5	27,9	28,2	17,4	28,4	24
Обмежити кількість статевих партнерів						
Так	60,2	74,5	68,2	58	82,4	72,5
Ні	16,9	7,7	11,8	18,8	5,9	11,1
Не знаю	22,9	17,7	20	23,2	11,8	16,4
Не використовувати голки та шприци, якими користувалися інші люди						
Так	72,2	83,4	78,5	72,5	88,5	82,1
Ні	14,1	7	10,1	17,4	4,8	9,8
Не знаю	13,7	9,6	11,4	10,1	6,7	8,1

Джерело: Дослідження HBSC

Таблиця 14. Відповіді школярів та студентів про шляхи уникнення інфікування ВІЛ, Україна та Одеська область, 2014

	УКРАЇНА			Одеська область		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі
Зробити щеплення						
Так	31,7	32,7	32,2	31,8	28,6	30,4
Ні	36,6	35,6	36,1	34,4	42,9	38,2
Не знаю	31,6	31,8	31,7	33,8	28,6	31,4
Використовувати презерватив при кожному статевому контакті						
Так	72,6	64,2	68,1	75,3	62,7	69,6
Ні	8,5	11,6	10,2	7,1	16,7	11,4
Не знаю	18,9	24,2	21,7	17,5	20,6	18,9
Відкласти початок статевого життя						
Так	40,9	50,6	46	47,4	47,6	47,5
Ні	25,6	18,1	21,6	21,4	23,8	22,5
Не знаю	33,5	31,3	32,4	31,2	28,6	30
Обмежити кількість статевих партнерів						
Так	60	69	64,8	64,3	73	68,2
Ні	13,5	6,7	9,9	10,4	4,8	7,9
Не знаю	26,5	24,4	25,4	25,3	22,2	23,9
Не використовувати голки та шприци, якими користувалися інші люди						
Так	74,8	84,2	79,8	74,7	88,1	80,7
Ні	6,6	3,6	5,0	5,8	0,8	3,6
Не знаю	18,6	12,2	15,2	19,5	11,1	15,7

Джерело: Дослідження HBSC

Таблиця 15. Відповіді школярів та студентів про можливі шляхи інфікування ВІЛ, Україна та Одеська область, 2010

	Україна			Одеська область		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі
Міцні обійми, дружнє рукостискання						
Так	4,0	2,2	3,0	0	1	0,6
Ні	85,6	89,5	87,8	95,6	97,1	96,5
Не знаю	10,4	8,3	9,2	4,4	1,9	2,9
Поцілунки						
Так	22	23	22,6	19,7	17,1	18,2
Ні	63,5	62,2	62,8	70,4	67,6	68,8
Не знаю	14,5	14,8	14,7	9,9	15,2	13,1
Купання в одній і тій же воді						
Так	13,6	15,8	14,8	14,3	19	17,1
Ні	64,5	56,6	60,1	61,4	62,9	62,3
Не знаю	21,9	27,6	25,1	24,3	18,1	20,6
Використання одного туалетного сидіння						
Так	9,2	12,2	10,8	11,6	13,5	12,7
Ні	69,6	60,6	64,6	68,1	64,4	65,9
Не знаю	21,2	27,2	24,6	20,3	22,1	21,4
Постільна білизна, полотенце, мочалка, мило						
Так	19,4	25,3	22,7	20,6	33,3	22,7
Ні	58,7	50,5	54,1	60,3	55,8	57,6
Не знаю	21,9	24,2	23,2	19,1	20,2	19,8
Сексуальний контакт без презерватива						
Так	89,1	92,8	91,1	91,5	97,1	94,9
Ні	4,5	2,7	3,5	4,2	1	2,3
Не знаю	6,4	4,5	5,4	4,2	1,9	2,9

	Україна			Одеська область		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі
Викурювання однієї сигарети у двох або більше людей						
Так	22,7	22,4	22,6	21,7	15,5	18
Ні	54,6	51,0	52,6	62,3	59,2	60,5
Не знаю	22,7	26,6	24,8	15,9	33,3	21,5
Використання однієї голки для ін'єкційного вживання наркотиків на двох або більше людей						
Так	83,7	89,2	86,7	81,9	95,2	89,8
Ні	5,5	3,4	4,3	11,1	1	5,1
Не знаю	10,8	7,4	8,9	6,9	3,8	5,1
Кашель						
Так	20	18,8	19,3	14,5	20,4	18
Ні	59,2	57,8	58,4	63,8	56,3	59,3
Не знаю	20,8	23,4	22,3	21,7	23,3	22,7
Укус комара						
Так	41,3	41	41,1	42,9	47,1	45,3
Ні	35,3	33,8	34,5	35,7	35,3	35,5
Не знаю	23,4	25,2	24,4	21,4	17,6	19,2
Використання однієї чашки у двох або більше людей						
Так	15,3	14,4	14,8	13	10,8	11,8
Ні	61,7	61,6	61,6	65,2	69,6	67,8
Не знаю	23	24	23,6	21,7	19,6	20,5
Переливання крові						
Так	85,3	91,6	88,8	88,9	97,1	93,8
Ні	5,4	2,5	3,8	8,3	0	3,4
Не знаю	9,3	5,9	7,4	2,8	2,9	2,8

Джерело: Дослідження HBSC

Таблиця 16. Відповіді школярів та студентів про можливі шляхи інфікування ВІЛ, Україна та Одеська область, 2014

	Україна			Одеська область		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці (N=154)	Дівчата (N=126)	Всі (N=280)
Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером?						
Так	65,9	65,3	65,6	69,5	64,3	67,1
Ні	9,2	8,4	8,8	8,4	9,5	8,9
Не знаю	24,8	26,3	25,6	22,1	26,2	23,9
Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо користуватися презервативом під час кожного статевих контакту?						
Так	68,1	62,3	65,0	74,7	56,3	66,4
Ні	9,8	11,1	10,5	7,8	15,1	11,1
Не знаю	22,1	26,6	24,5	17,5	28,6	22,5
Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?						
Так	64,4	71,1	68,0	68,8	71,4	70,0
Ні	8,5	7,0	7,7	4,5	7,1	5,7
Не знаю	27,2	21,9	24,4	26,6	21,4	24,3
Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комарів?						
Так	21,5	20,0	20,7	17,5	16,7	17,1
Ні	39,6	44,3	42,1	39,6	44,4	41,8
Не знаю	38,9	35,7	37,2	42,9	38,9	41,1
Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною?						
Так	13,3	13,5	13,4	18,8	13,5	16,4
Ні	52,2	57,8	55,2	47,4	55,6	51,1
Не знаю	34,6	28,6	31,4	33,8	31	32,5
Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання туалету, басейну, сауни з ВІЛ-інфікованою людиною?						
Так	11,1	13,2	12,2	9,7	15,1	12,1
Ні	51,0	51,5	51,3	47,4	50,8	48,9
Не знаю	37,9	35,3	36,5	42,9	34,1	38,9

	Україна			Одеська область		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці (N=154)	Дівчата (N=126)	Всі (N=280)
Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію (шприци, голки) з ВІЛ-інфікованою людиною?						
Так	71,5	80,2	76,1	76,6	80,2	78,2
Ні	5,6	4,0	4,7	2,6	4,0	3,2
Не знаю	22,9	15,8	19,1	20,8	15,9	18,6

Джерело: Дослідження HBSC

Висновки до розділу 5.2

Дані щодо охоплення підлітків Одеської області програмами профілактики ВІЛ є достатньо суперечливими. З одного боку, вони демонструють нелогічну динаміку, з іншого – відрізняються залежно від джерела. За даними дослідження МІКС (яке має значні обмеження), програми профілактики ВІЛ до 2012 року не були надто успішними, про що свідчить низький, у порівнянні з іншими регіонами, рівень знань про ВІЛ в групі осіб віком 15–24 роки та більш ризикована поведінка. Результати ж дослідження HBSC, які дають змогу оцінити рівень знань про ВІЛ школярів Одеської області у порівнянні із загальноукраїнськими показниками, демонструють, що вони є як мінімум не гіршими, що свідчить на користь програм профілактики.

РОЗДІЛ 6.

Рекомендації

Рекомендації щодо програмних заходів

1. Спрямувати зусилля на виявлення нових випадків ВІЛ на ранніх стадіях захворювання. Нині 71% ВІЛ-інфікованих виявляються на 3-4 стадіях хвороби.
2. Збільшити охоплення тестуванням на ВІЛ мешканців області вікової категорії 15–24 роки.
3. Збільшити охоплення тестуванням чоловіків загального населення, особливо у віці до 30 років.
4. Реалізовувати комплексну профілактичну програму для загального населення, спрямовану на поширення більш безпечної сексуальної поведінки.
5. Покращити реалізацію профілактичної програми щодо безпечної сексуальної поведінки в групі осіб віком 15–24 роки (школярі та студенти).

Рекомендації щодо стратегічної інформації

1. Проводити соціологічні дослідження загального населення щодо сексуальної поведінки та знань про ВІЛ, які б дозволили відстежувати динаміку та проводити порівняння на рівні областей.
2. Під час епідагляду проводити дослідження щодо нещодавнього інфікування ВІЛ та аналізувати характеристики випадків такого інфікування.

1. Герасименко Т. В. ВПЛИВ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ І ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ДЕМОГРАФІЧНІ ПРОЦЕСИ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ //Інфекційні хвороби. – 2013. – № 2.
2. Постнов О. В. и др. ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ У РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ НАСЕЛЕННЯ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ //Інфекційні хвороби. – 2013. – Т. 1. – №. 1.
3. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 41 <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/292db4852fd9bdcdde533c5a216ad19.pdf>
4. Spectrum/EPP Futures Institute's analytical tool developed to support policy decisions concerning public health. Spectrum includes modules for HIV estimates and projectors. <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrumcpp>
5. Brown T., Peerapatanapokin W. The Asian Epidemic Model: a process model for exploring HIV policy and programme alternatives in Asia // Sexually transmitted infections. – 2004. – Т. 80. – №. suppl 1. – С. i19-i24.
6. Marsh K. et al. Assessing and adjusting for differences between HIV prevalence estimates derived from national population-based surveys and antenatal care surveillance, with applications for Spectrum 2013 // AIDS. – 2014. – Т. 28. – С. S497-S505.
7. Dumchev K. et al. Ukraine HIV Data Synthesis Project Final Report. – 2012.
8. «Звіт про результати моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, за 2011-2012 роки» ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», 2013 р. <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/ab1ccb/924ae89d0506dd69bdfda70be7698ad6.pdf>
9. Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств, 2012 / Державна служба статистики України [та ін]. – К.: К.І.С., 2013.
10. Балакірева О.М., Бондар Т.В. та ін. Стан та чинники здоров'я українських підлітків. – К.: ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременко, 2011.
11. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні»

- станом на 2012 рік / Г. Берлева, К. Думчев, М. Касянчук та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 68 с.
http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2013/SE_2012_Ukr.pdf
- 12.** Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2009 рік / Г. Берлева, К. Думчев, Ю. Кобища та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010. – 104 с.
http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring/pdf/indd_ua.pdf
- 13.** Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / О. М. Балакірєва, Т. В. Бондар та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – 181 с. <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/arep14/%D0%9E%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82%20%D0%9F%D0%98%D0%9D.pdf>
- 14.** Моніторинг поведінки та поширеності віл-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за віл другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року) / О. М. Балакірєва, Т. В. Бондар та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 120 с.
<http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/me/idu2011.pdf>
- 15.** Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед жінок, які надають сексуальні послуги за винагороду, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / О. М. Балакірєва, Т. В. Бондар, Ю. В. Середа та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – 144 с. <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/arep14/%D0%9E%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82%20%D0%96%D0%9A%D0%A1.pdf>
- 16.** Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Є. С. Большов, М. Г. Касянчук, Л. В. Трофіменко – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – 96 с.

Для нотаток

79

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

Підсумковий звіт

Головні виконавці дослідження:

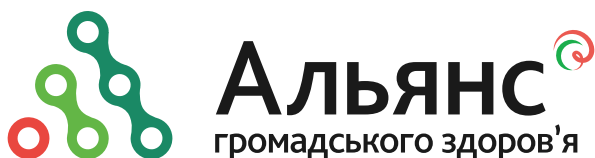
Євген Большов
Юлія Новак
Юрія-Івана Чакало
Ірина Сорока
Олександра Садкова

Верстка

Ірина Сухомлинова

Літературна редакція

Валентина Божок



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

Розповсюджується безкоштовно.

Формат 60x90/8

Ум. друк. арк. 4,65.

Тираж 70 прим. Замовл. № 41/08

Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство «Україна»
01042, м. Київ, Б-р Марії Приймаченко, 9
(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК №265 от 30.11.2000 р.)

