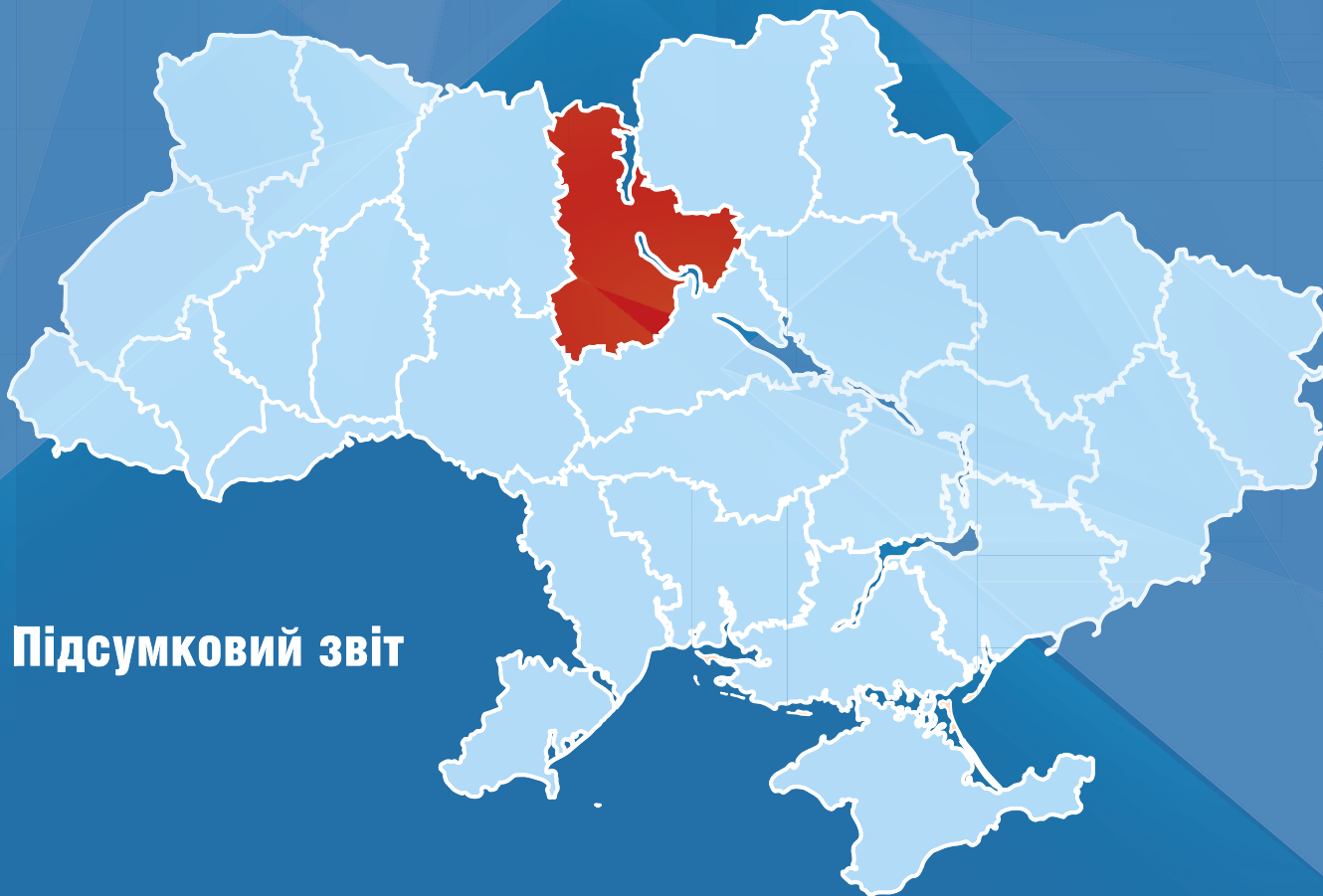


Регіональний проект з триангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Київській області



Підсумковий звіт



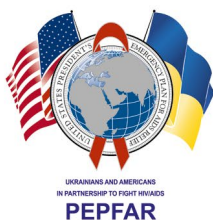
Альянс
громадського здоров'я



Київ 2016

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

Підсумковий звіт



Альянс
громадського здоров'я

МЕТІДА
Проект з технічної допомоги в сфері МіО
та ефективного використання даних

HI  **IDS**

Київ 2016

Головні виконавці дослідження:

Мирослава Дебелюк (1)
Івана Бозісевич (2)
Юлія Новак (1)
Оксана Харчук (3)
Дмитро Вусик (3)

(1) МБФ «Альянс громадського здоров'я»
(2) Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я
(3) КЗ «Київський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом»

Р32 **Регіональний проект з триангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Київській області. Підсумковий звіт.** – Дебелюк М., Бозісевич І., Новак Ю., Харчук О., Вусик Д. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство»Україна» 2016. – 68 с.

ISBN 978-966-137-062-2

У звіті представлено результати аналізу даних, що характеризують розвиток ВІЛ-інфекції у Київській області. Детально розглянуто питання щодо особливостей розвитку епідемії на сучасному етапі, основні шляхи передачі ВІЛ та виокремлено групи ризику. Окрім того, розглянуто причини географічної неоднорідності її поширення та проаналізовано вплив на розвиток епідемії туберкульозу. 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 і дослідникам, фахівцям з моніторингу й оцінки, співробітникам неурядових організацій, які надають послуги з профілактики ВІЛ представникам ключових груп населення та з догляду й підтримки людям, які живуть з ВІЛ.

Автори висловлюють подяку регіональним партнерам у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Київській області, зокрема головному лікарю Київського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом Голуб Оксані Борисівні, 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. Відповідальність за її зміст лежить виключно на авторах і не обов'язково відображає офіційну позицію Центрів з контролю та профілактики захворювань США (CDC)

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
РЕЗЮМЕ	6
ВСТУП	10
ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ	11
МЕТОДИ	13
ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА КОНТЕКСТ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	18
СТРУКТУРА ЗВІТУ	16
ПИТАННЯ 1.	22
ЯК РОЗВИВАЄТЬСЯ ЕПІДЕМІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ? ЯКІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ ТА ЯКІ ОСНОВНІ ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ Є ОСНОВНИМИ У ПОШИРЕННІ ЕПІДЕМІЇ?	
Перевірка гіпотези 1.1: Відбулася стабілізація епідемії ВІЛ-інфекції в області.	22
Висновки до гіпотези 1.1	27
Перевірка гіпотези 1.2: Подальший розвиток епідемії пов`язаний зі зростанням поширеності ВІЛ-інфекції у групі ЛВІН.	27
Висновки до гіпотези 1.2	33
Перевірка гіпотези 1.3: Найбільш уразливими до ВІЛ групами населення залишаються ЛВІН, ЖКС, ЧСЧ.	33
Висновки до гіпотези 1.3	37
ПИТАННЯ 2.	38
ЯКИМИ Є ПРИЧИНИ ГЕОГРАФІЧНОЇ НЕОДНОРІДНОСТІ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ?	
Перевірка гіпотези 2.1. Епідемія ВІЛ-інфекції є інтенсивнішою у тих містах і районах, які географічно наближені до великих міст, найбільш уражених епідемією.	38
Висновки до гіпотези 2.1	47

Перевірка гіпотези 2.2. На розвиток епідемії ВІЛ-інфекції впливає наявність програм з профілактики ВІЛ, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих, а також їх лікування.	47
Висновки до гіпотези 2.2	53
ПИТАННЯ 3.	54
ЯКИМ ЧИНОМ ЕПІДЕМІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ВПЛИВАЄ НА ЕПІДЕМІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ОБЛАСТІ?	
Перевірка гіпотези 3.1: Розвиток епідемії туберкульозу в області пов'язаний з поширенням епідемії ВІЛ-інфекції.	54
Висновки до гіпотези 3.1	58
Перевірка гіпотези 3.2: Ко-інфекція ВІЛ-ТБ є основною причиною смерті як ВІЛ-інфікованих, так і хворих на ТБ.	58
Висновки до гіпотези 3.2	63
ВИСНОВКИ	64
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ ТА ДЖЕРЕЛ	65

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

5

АРТ	Антиретровірусна терапія
Альянс	Альянс громадського здоров'я
БПД	Біоповедінкове дослідження
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ГПР	Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
ДіП	Догляд і підтримка
ЖКС	Жінки комерційного сексу
ЗОЗ служби СНІДу	Заклади охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами
ЗШ	Зменшення шкоди
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛВІН	Люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
МіО	Моніторинг і оцінка
НУО	Неурядові організації
ООКП	Особи, обстежені за клінічними показниками
ППМД	Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
РЕН	Рутинний епідеміологічний нагляд
РТБ	Рецидив туберкульозу
ТБ	Туберкульоз
СЕМ	Сероепідеміологічний моніторинг
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
УЦКС	Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України
ЧСЧ	Чоловіки, які мають секс із чоловіками

Регіональний проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Київській області є діяльністю з триангуляції, що передбачає аналіз широкого діапазону даних. В основному це реєстрація випадків ВІЛ-інфекції, СНІДу, туберкульозу, впровадження профілактичних програм та програм з догляду і підтримки, проведення біоповедінкових досліджень в групах підвищеного ризику. Проект спрямований на розгляд трьох ключових питань щодо епідемії ВІЛ-інфекції в області:

- 1. Як розвивається епідемія ВІЛ-інфекції на сучасному етапі? Які групи населення та основні шляхи передачі є основними в розвитку епідемії?**
- 2. Якими є причини географічної неоднорідності розвитку епідемії ВІЛ?**
- 3. Чи підтримує епідемія ВІЛ-інфекції поширення туберкульозу в області?**

Цей остаточний звіт підсумовує роботу, проведenu за період з січня по жовтень 2015 року.

- На даному етапі говорити про стабілізацію епідемії в області зарано.
- Існує географічна нерівномірність розвитку епідемії.
- Поширеність ВІЛ-інфекції та захворюваність на ВІЛ у різних районах різна і має різні тенденції: спад, зростання, стабілізація, значні коливання. Найбільше занепокоєння викликає місто Ірпінь, де зростає захворюваність та поширеність ВІЛ-інфекції.
- Групи підвищеного ризику все ще мають значний вплив на поширення ВІЛ-інфекції.
- Існує висока ймовірність, що роль ЧСЧ в епідемічному процесі в області недооцінена, а їх роль у поширенні ВІЛ-інфекції як реципієнтів та джерела ВІЛ поступово зростатиме.
- Масштаб епідемії ВІЛ серед ГПР, за офіційними даними, є недооціненим.
- Внесок ЖКС в епідемію ВІЛ-інфекції може поступово зменшуватися за умови збереження профілактичних послуг цій групі.

№	Питання	Гіпотеза	Результат перевірки гіпотези
1.	Як розвивається епідемія ВІЛ-інфекції на сучасному етапі? Які групи населення та основні шляхи передачі є основними у розвитку епідемії?	Відбулася стабілізація епідемії ВІЛ-інфекції в області	Не підтвердилася Говорити про стабілізацію епідемії в області зарано
		Подальший розвиток епідемії пов'язаний зі зростанням поширеності ВІЛ-інфекції у групі ЛВІН	Не підтвердилася, хоча ця група все ще впливає на розвиток епідемії в області
		Найбільш уразливими до ВІЛ групами населення залишаються ЛВІН, ЖКС, ЧСЧ	Підтвердилася
2.	Якими є причини географічної неоднорідності розвитку епідемії ВІЛ?	Епідемія ВІЛ-інфекції є інтенсивнішою у тих містах і районах, які географічно наближені до великих міст, найбільш уражених епідемією	Підтвердилася
		На розвиток епідемії ВІЛ-інфекції впливає наявність програм з профілактики ВІЛ, догляду та підтримки ВІЛ+, а також лікування ВІЛ-інфікованих	Частково підтвердилася Необхідно більше даних, аби зробити однозначний висновок
3.	Яким чином епідемія ВІЛ-інфекції впливає на епідемію туберкульозу в області?	Розвиток епідемії туберкульозу в області пов'язаний з поширенням епідемії ВІЛ-інфекції	Підтвердилася
		Ко-інфекція ВІЛ/ТБ є основною причиною смерті як ВІЛ-інфікованих, так і хворих на ТБ.	Підтвердилася
		Частка осіб з ВІЛ-інфекцією та СНІДом серед осіб з уперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ) залишається високою та має тенденцію до збільшення	Підтвердилася

- Відсоток чоловіків серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі постійно зростає, проте певну їх кількість було хибно класифіковано.
- Зростання статевих шляхів передачі серед чоловіків може свідчити про:
 - 1) приховування парентерального шляху передачі,
 - 2) приховування гомосексуальних контактів,
 - 3) гетеросексуальні контакти з ГПР (ЖКС, жінки ЛВІН).
- Не можна з упевненістю говорити, що подальший розвиток епідемії пов'язаний зі зростанням поширеності ВІЛ-інфекції в групі ЛВІН, але ця група все ще впливає на розвиток епідемії в області.
- Поширеність ВІЛ серед вагітних та донорів має позитивну динаміку до зниження.
- Спостерігаються чіткі тенденції щодо зміщення епідемії у напрямку домінування статевих шляхів передачі ВІЛ: один із найбільш високих рівнів поширеності ВІЛ серед вагітних (вище за середній по Україні), зростання і домінування статевих (гетеросексуального) шляхів передачі ВІЛ серед загального населення, статевих (гетеросексуального) шляхів передачі серед чоловіків, поширеності ВІЛ серед підгрупи протестованих за клінічними показниками.
- Статевий шлях передачі випереджає парентеральний. Проте деякі дослідники вважають це наслідком неправильної фіксації шляху передачі під час медичної реєстрації.
- Зростає поширеність ВІЛ серед протестованих за клінічними показниками.
- Значна частина жінок, які інфікувалися статевим шляхом і не були виявлені під час вагітності, переважно виявляються за клінічними показниками.
- Жінки, які інфікувалися статевим шляхом, мали статевий контакт з ВІЛ-інфікованим партнером, і більшість цих статевих партнерів – ЛВІН.
- Епідемія ВІЛ-інфекції є більш інтенсивною в міських населених пунктах порівняно із сільськими.
- Вищий рівень епідемії притаманний центральним районам Київської області, що знаходяться поблизу Києва.
- Фактори, що впливають на розвиток епідемії, є різними в сільській та міській місцевостях.
- Наявність комплексу послуг в рамках проектів з ДіП та АРТ впливають на смертність від ВІЛ, зменшуючи її.

- Існує різниця в зусиллях та підходах до подолання епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІД, які мають очевидний взаємозв'язок в епідеміологічному розумінні.
- Ко-інфекція ВІЛ-ТБ є однією з основних причин смертності серед хворих на ВІЛ, а також хворих на ТБ.

Ключові рекомендації:

- Планувати та впроваджувати заходи з протидії ВІЛ-інфекції з урахуванням обласних особливостей розвитку епідемії.
- Розширити доступ до тестування на ВІЛ серед ГПР з метою скорочення кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, що пізно діагностуються.
- Налагодити ефективну переадресацію ВІЛ-позитивних клієнтів проектів з профілактики та зменшення шкоди від НУО до медичних установ та їх супровід. Це має вирішальне значення для забезпечення своєчасного лікування ВІЛ-інфікованих.
- Провести оцінювання чисельності ГПР, зокрема ЛВІН.
- Здійснити додаткове дослідження з метою ідентифікації шляхів інфікування підгрупи СЕМ «протестованих за клінічними показниками».
- Розширити та посилити програми профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ.
- Здійснити дослідження серед ЧСЧ для з'ясування можливостей більшого залучення представників групи до профілактичних програм.
- Провести додаткове дослідження з метою вивчення основних причин переважання гетеросексуального шляху передачі. Це можна зробити шляхом дослідження серед ВІЛ-інфікованих вагітних жінок та їхніх партнерів (анкетування і тестування на ВГС). Здійснити моделювання перебігу епідемічного процесу залежно від доступності профілактичних програм.
- Запровадити комплексний підхід і скоординувати зусилля, спрямовані на подолання епідемії ВІЛ-інфекції та туберкульозу на обласному рівні.
- При поведенні різноманітних досліджень серед груп ризику необхідно включати декілька міст з метою ефективного аналізу ситуації в області.
- Проаналізувати шляхи (географічні) поширення ВІЛ та захворюваності в області по роках, аби підтвердити чи спростувати гіпотезу щодо просування інфекції від найбільших міст області та столиці в райони й сільську місцевість.

Регіональний проект з триангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Київській області ставив за мету отримати відповіді на ключові питання, які б допомогли краще зрозуміти динаміку та фактори впливу на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні. Для цього було здійснено детальний аналіз, порівняння та інтерпретацію даних. У рамках проекту зібрано, систематизовано та порівняно дані різних джерел (офіційної медичної статистики, РЕН, програмні дані, дані епідеміологічних досліджень і т.д.), порівняно тенденції, вивчено відповідні звіти та публікації. На основі такого комплексного аналізу інтерпретовано результати, які базуються на аналізі більш як одного джерела, що не ставить під сумнів їх достовірність.

Дані результати можуть бути використані державними установами, неурядовими організаціями та представниками міжнародних агенцій, що працюють за напрямками протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу для прийняття політичних та програмних рішень.

При формулюванні результатів і рекомендацій до проекту активно залучалися місцеві, національні та міжнародні партнери й експерти.

Партнерами у впровадженні Проекту є ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», МБФ «Альянс громадського здоров'я», представництво Центрів з контролю і профілактики захворювань США в Києві, факультет глобальної охорони здоров'я Каліфорнійського університету (UCSF, Сан-Франциско, США), а також Центр співпраці ВООЗ з питань епідагляду за ВІЛ у Загребі (Хорватія). Партнери надавали технічну допомогу та здійснювали науковий контроль під час синтезу й інтерпретації даних, а також у ході розповсюдження отриманих результатів.

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

Результати проекту з триангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Київській області представлено в цьому звіті.

Незважаючи на широкомасштабні зусилля та сучасні засоби протидії епідемії ВІЛ-інфекції, національні програми часто потребують удосконалення або навіть зміни пріоритетів, методології й інформування суспільства в міру змін в епідеміологічному процесі. Високий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію зумовлює необхідність підтримки, розширення, перепрофілювання чи оновлення заходів для її стримування. Моніторинг та оцінка програм профілактики й лікування ВІЛ-інфекції у цільових групах – це ті два компоненти, які дозволяють виміряти прогрес і вплив цих програм, а також виявити зміни в епідемічному процесі. Ці дані необхідні для планування обсягу та характеру необхідних заходів. Останні п'ять років у світі відбувалося експоненційне зростання кількості та якості даних, що використовувалися для відстеження епідемії та розроблення заходів протидії. Проте комплексне використання таких доказових даних для прийняття програмних рішень на їх основі впроваджується недостатньо активно.

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

Хоча спочатку епідемія ВІЛ-інфекції в Україні значною мірою концентрувалася серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), у 2008 році статевий шлях передачі став переважати серед уперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ.

У 2008 році ЛВІН становили 46% із числа вперше зареєстрованих випадків інфікування серед дорослих та підлітків, тоді як статевий шлях передачі (в основному гетеросексуальний) було визначено як причину інфікування у 51% випадків. Переважання гетеросексуального статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції в Україні потребує негайного аналізу.

На окрему увагу заслуговує той факт, що епідемія ВІЛ-інфекції розвивається нерівномірно в різних регіонах України. Вивчення регіональної специфіки та закономірностей розвитку епідемії в окремих регіонах дозволяє краще зрозуміти її характер на рівні країни та спрогнозувати подальший розвиток, а також спланувати адекватні заходи у відповідь.

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

Загальний підхід

На установчій зустрічі партнерів та зацікавлених сторін, які залучені до роботи у сфері боротьби з епідемією ВІЛ у Київській області, обговорювалися актуальні для регіону питання, у тому числі етапи збору й аналізу даних. Ці дискусії сприяли формулюванню трьох ключових питань, найбільш актуальних для області, початкового переліку потенційних джерел доступних даних, процесу їх синтезу, розподілу ролей та відповідальності. Після аналізу даних було проведено заключний семінар з метою узгодження остаточної інтерпретації результатів та надання рекомендацій, а далі доопрацювання результатів відповідно до них. Всі висновки та рекомендації, зроблені в ході реалізації проекту, здійснено під наглядом та шляхом партнерства між місцевими установами, UCSF і Центром співпраці ВООЗ з питань епіднагляду за ВІЛ.

Результати та рекомендації, представлені у цьому звіті, будуть використовуватися та розповсюджуватися ключовими партнерами і спеціалістами з планування програм профілактики та лікування ВІЛ-інфекції.

У звіті підсумовано висновки, сформульовані під час заключної зустрічі партнерів, яка відбулася 2 вересня 2015 року в Києві. Аналіз включає дані, отримані станом на 01.01.2015 року.

Поняття та процес тріангуляції

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

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

¹ Rutherford GW, McFarland W, Spindler H, White K, Patel SV, Aberle-Grasse J et. al: Public health triangulation: approach and application to synthesizing data to understand national and local HIV epidemics. BMC Public Health 2012; 10:447.

Етапи та кроки триангуляції

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

Питання в рамках дослідження

У рамках даного дослідження проводився порівняльний аналіз результатів, отриманих на підставі різних джерел інформації (кількісної та якісної) для визначення відповідей на три ключових питання:

1. Як розвивається епідемія ВІЛ-інфекції на сучасному етапі? Які групи населення та які основні шляхи передачі є основними у поширенні епідемії?
2. Якими є причини географічної неоднорідності розвитку епідемії ВІЛ?
3. Як епідемія ВІЛ-інфекції впливає на поширення туберкульозу в області?

Дані питання були сформовані представниками зацікавлених сторін та експертів під час робочої зустрічі, що відбулася 3 лютого 2015 року. При відборі ключових питань експерти спиралися на наступні критерії:

1. **ВАЖЛИВІСТЬ:** Чи зачіпає питання епідеміологічну проблематику в широкому розумінні та наскільки воно є актуальним для області у порівнянні з іншими?
2. **ДОЦІЛЬНІСТЬ:** Над отриманням відповіді на поставлене питання наразі не працюють інші організації. Чи буде користь від отриманих результатів дослідження для планування та розробки програм?
3. **ДОСТУПНІСТЬ ДАНИХ:** Якість та кількість даних є достатньою для отримання відповіді на поставлене питання.
4. **ЗДІЙСНЕННІСТЬ:** Аналіз інформації з даного питання може бути завершений в повному обсязі у визначений термін.

Визначення джерел даних

В якості джерел даних були використані програмні джерела, дані медичної статистики, дозорних епідеміологічних досліджень та наукові публікації, що містять інформацію про поширеність ВІЛ/ІПСШ, поведінкові й демографічні дані. Аналіз включав розподіл за районами та містами області, статтю та віком, підгрупами, соціальними, культурними й соціальними факторами ризику.

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

- демографічні дані та опитування домогосподарств;
- статистику випадків інфікування ВІЛ за результатами рутинного тестування вагітних жінок, донорів та інших груп населення;
- статистику реєстрації випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу;
- статистику випадків захворювання на туберкульоз;
- оцінки чисельності груп ЛВІН, ЖКС, ЧСЧ;
- результати інтегрованих біоповедінкових досліджень, проведених у групах найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ: ЛВІН, жінки комерційного сексу (ЖКС), чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ);
- дані про програмну діяльність неурядових організацій (SYREX, Альянс), результати моніторингу впровадження програм профілактики ВІЛ у групах ЛВІН, ЖКС, ЧСЧ;
- дані програмного моніторингу щодо кількості клієнтів програм догляду і підтримки ЛЖВ (Case ++, Мережа ЛЖВ);
- дані про перелік сайтів та охоплення АРТ-терапією;
- інформаційні бюлетені про розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» (УЦКС).

Всі дані систематизовано та приведено до єдиного формату, а також згруповано за різними напрямками і характеристиками. Крім того, проведено комплексний аналіз матеріалів рецензованих журналів, опублікованих програмних звітів та іншої інформації, що дало змогу краще зрозуміти контекст даних.

На зустрічі експертів та зацікавлених сторін було визначено період для аналізу даних – 2009–2014 рр.

Конфіденційність і люди як суб'єкти дослідження

Ця робота проводилася з метою оцінки програмної діяльності й не передбачала залучення конкретних людей. У процесі здійснення цього дослідження контакти з будь-якими особами, які виступають об'єктами дослідження, були відсутні.

Поширення

Результати даного аналізу презентовано на інтерактивному семінарі для партнерів, що проводився 2 вересня 2015 року. В рамках зустрічі було обговорено альтернативні пояснення попередніх результатів аналізу, що дозволило по-іншому пояснити отримані результати дослідження, відображені в цьому підсумковому звіті.

СТРУКТУРА ЗВІТУ

Даний звіт складається з короткої соціально-демографічної характеристики та характеристики розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у Київській області починаючи з 2009 року. В наступних розділах представлено аналіз даних, який було проведено для отримання відповідей на обрані питання. Для кожного сформульовано гіпотези, які під час аналізу повністю підтвердилися, частково підтвердилися або були спростовані. Після аналізу кожної гіпотези наводяться короткі висновки, а після кожного розділу, який є аналізом конкретного питання, представлено загальні висновки, а також розроблено й обговорено з партнерами рекомендації стосовно впровадження програмних заходів та заповнення прогалин стратегічної інформації.

Джерело даних	Обмеження даних
СЕМ за поширеністю ВІЛ-інфекції	До 2012 р. СЕМ базувався на обліку кількості проведених тестувань, з 2013 р. – на обліку кількості осіб, які пройшли обстеження, що ускладнює порівняння результатів. Відсутня дезагрегація даних СЕМ за віком, статтю, шляхами передачі ВІЛ-інфекції, місцем проживання.
РЕН за ВІЛ-інфекцією (диспансеризація)	Відбулася зміна форм у 2013 р. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію, за даними РЕН, включає ВІЛ-інфікованих осіб, яких уперше було взято під медичний нагляд у ЗОЗ, незалежно від моменту встановлення ВІЛ-позитивного статусу за даними лабораторних досліджень, тобто є показником зареєстрованої, а не істинної захворюваності.
РЕН за туберкульозом	Не існує розбивки за «групами ризику» при реєстрації випадків туберкульозу.
Дані щодо смертності ВІЛ-інфікованих	Дані доступні тільки для диспансерної групи ВІЛ-інфікованих.
Біоповедінкові дослідження	Зміна методології дослідження. Біоповедінкові дослідження у Київській області розпочато в 2011 р. тільки серед ЛВІН і тільки в одному місті області. У 2013 р. дослідження проведено у трьох містах серед ЛВІН і тільки в одному місті серед ЧСЧ та ЖКС.
Програмний моніторинг профілактичних програм серед ГПР	Ведення статистики в розрізі окремих клієнтів доступне лише з 2012 р. Відсутні надійні дані щодо ВІЛ-статусу та перебування клієнтів під медичним наглядом, а також кількості клієнтів з ВІЛ-позитивним статусом та перебування їх під медичним наглядом.
Програмний моніторинг програм з ДІП	Дані доступні за обмежений період часу. У 2014 р. охоплення по Київській області було передано до НУО, що працює також у Києві, тому виділити клієнтів з області, які отримували послуги в столиці в 2014 р., неможливо.
Оціночна чисельність ГПР	Дані використано із результатів біоповедінкових інтегрованих та інших досліджень, тому вказані обмеження цих досліджень так само впливають на рівень достовірності оціночної чисельності ГПР.
Статистика населення	Інформація про постійне населення доступна, однак для області характерні інтенсивні міграційні процеси, які не відображаються повною мірою у статистичних даних.

ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА КОНТЕКСТ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Соціально-демографічна характеристика області²

Київська область розташована на півночі України. Загальна площа – 28 131 км². Обласний центр – місто Київ, яке адміністративно до її складу не входить. В області налічується 1127 населених пунктів, з них 24 міста, у тому числі 12 обласного значення та 30 селищ міського типу. Північну частину області площею близько 2 тис. км² займає Чорнобильська зона відчуження.



Чисельність населення станом на 01.09.2015 року становила 1 731 315 людей. Переважна кількість його мешкає у містах – супутниках Києва та районах, що його оточують, а також у найбільшому місті області – Білій Церкві.

Київська область належить до регіонів, що мають складний багатогалузевий комплекс, спеціалізація якого визначається переважно розвитком важкої індустрії у поєднанні з легкою і харчовою промисловістю та інтенсивним сільським господарством.

² За даними Головного управління статистики у Київській області <http://kievobl.ukrstat.gov.ua/>

Область має розвинуте транспортне сполучення, яке з'єднує її з іншими регіонами України, країнами Європи, Росією та Білоруссю.

Середній рівень заробітної плати в області вищий, ніж у більшості областей України, а останні роки знаходиться серед п'ятірки лідерів, отже, і середній достаток громадян, які мешкають на даній території, є досить високим у порівнянні з іншими областями.

Кількість лікарняних закладів в області починаючи з 1995 року (167) постійно скорочувалася і в 2014 році становила 74. Натомість кількість амбулаторно-поліклінічних поступово зростала: з 329 у 1995 році до 502 у 2014-му. Укомплектованість штатних посад лікарями становила 86,6% у 2014 році, що вище за аналогічний показник по Україні (81,7% станом на 01. 01. 2014 р.). Слід зазначити, що 27,3% відсотків штату лікарів – пенсіонери.

З 2005 по 2014 рік в області спостерігається поступове підвищення рівня народжуваності, але смертність все ще переважає (майже на 25%).

Епідемія ВІЛ-інфекції в Київській області

За даними медичного обліку, поширеність ВІЛ-інфекції та СНІДу серед населення Київської області складає 295,7 і 86,7 відповідно (на 100 тис. нас. станом на 01.01.2015 р.)³ – це 6-те місце по Україні.

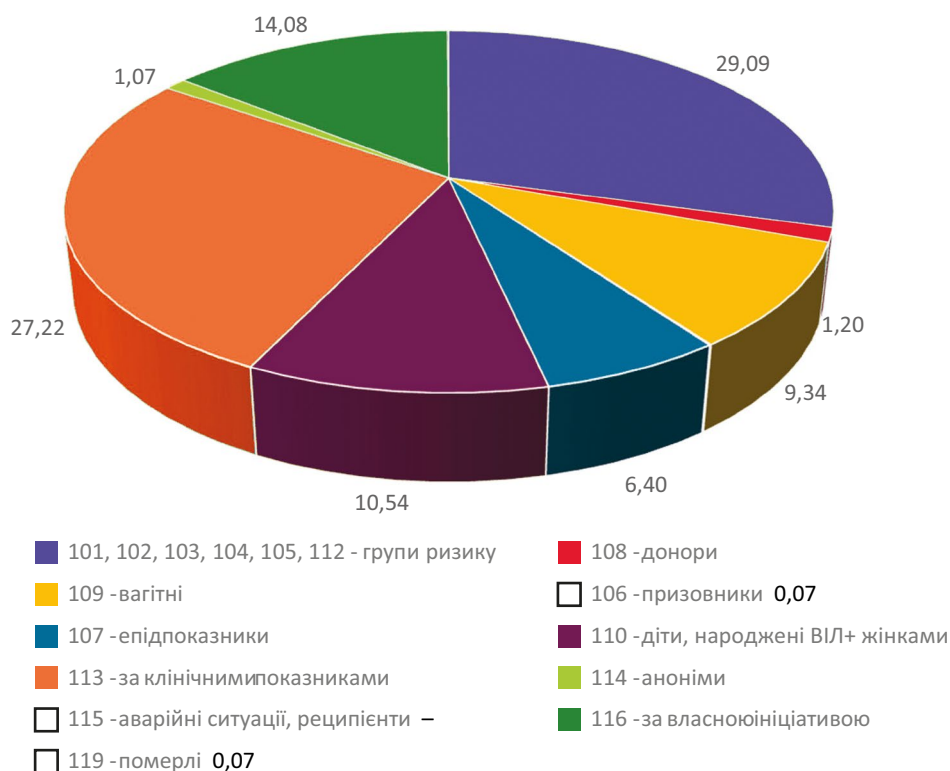
Найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію реєструються в південно-східних областях країни, тоді як у Київській області з року в рік спостерігається їх підвищення (тільки в 2011 р. спад на 16,4%). Зокрема, в 2014 році зафіксовано найвищий темп зростання даного показника: +35,2% у порівнянні з 2013 роком.

Крім того, у 2014 році спостерігався найвищий рівень поширеності ВІЛ серед вагітних за кодом 109.1 (вагітні, обстежені вперше протягом вагітності незалежно від її терміну) – 0,52%. Це вище, ніж середній по Україні – 0,36%, що може бути передвісником інтенсивного розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції серед загального населення.

В області найбільше охоплені тестуванням на ВІЛ донори та вагітні жінки – 33,1% та 29,6% відповідно (Діаграма 1). А ось групи ризику складають лише 7,9% від протестованих. Однак найбільша кількість позитивних результатів фіксується саме серед ГПР та обстежених за клінічними показниками.

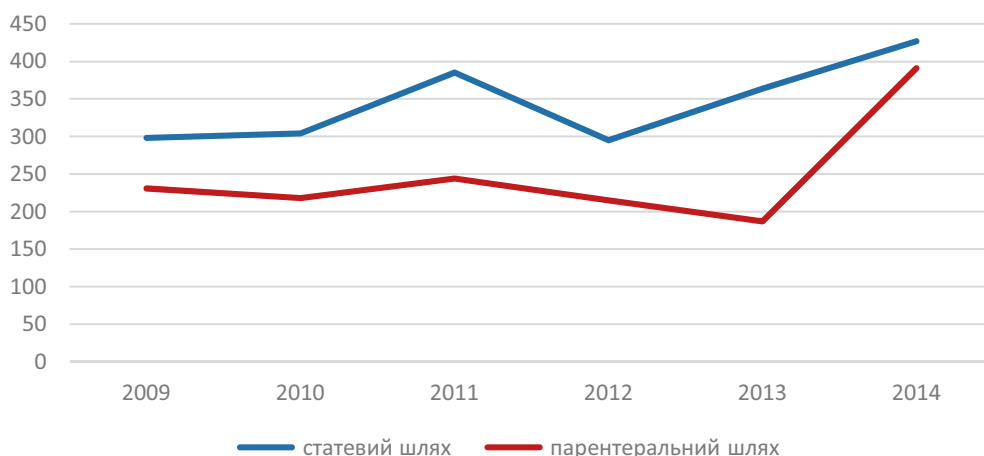
³ Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні», № 43. <http://ucdc.lestrotest.com/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>

Діаграма 1. Питома вага позитивних результатів обстеження на ВІЛ серед різних груп населення за даними СЕМ, 2014р.



Також відзначається домінування кількості осіб, інфікованих статевим шляхом над кількістю інфікованих внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків (серед взятих під диспансерний нагляд з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції) (Діаграма 2).

Діаграма 2. Шляхи інфікування ВІЛ



Оціночна чисельність груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, за даними біоповедінкових досліджень 2013 року, становить 8700 ЛВІН (0,73% постійного населення області віком 15–64 роки), 2900 ЖКС (0,46% жіночого населення віком 15–64 роки) та 3000 ЧСЧ (0,52% чоловічого населення віком 15–64 роки).

В області впроваджуються програми профілактики ВІЛ-інфекції серед представників груп ризику, причому найбільшого охоплення досягнуто серед ЛВІН. Охоплення представників груп ЖКС та ЧСЧ є недостатнім для забезпечення ефективності програм профілактики. Так, у 2012–2014 рр. проект профілактики ВІЛ серед ЧСЧ функціонував тільки в одному місті Київської області – Білій Церкві. Також впроваджуються програми з догляду та підтримки ВІЛ-позитивних людей, але до 2011 року вони функціонували тільки в трьох містах, а в 2014 році – в дев'яти.

Отже, епідемія ВІЛ-інфекції у Київській області характеризується досить високою інтенсивністю епідпроцесу. Якщо раніше переважав парентеральний шлях передачі ВІЛ, то починаючи з 2007 року кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції внаслідок статевого інфікування вперше перевищила кількість випадків парентерального інфікування. Хоча серед хворих у стадії СНІДу все ще домінує парентеральний шлях передачі, проте відрив між статевим на парентеральним шляхами стрімко скорочується. Також наявні ознаки зміщення в напрямку поширення епідемії статевим шляхом, що потребує додаткового аналізу та розвитку програм профілактики і ДІП.

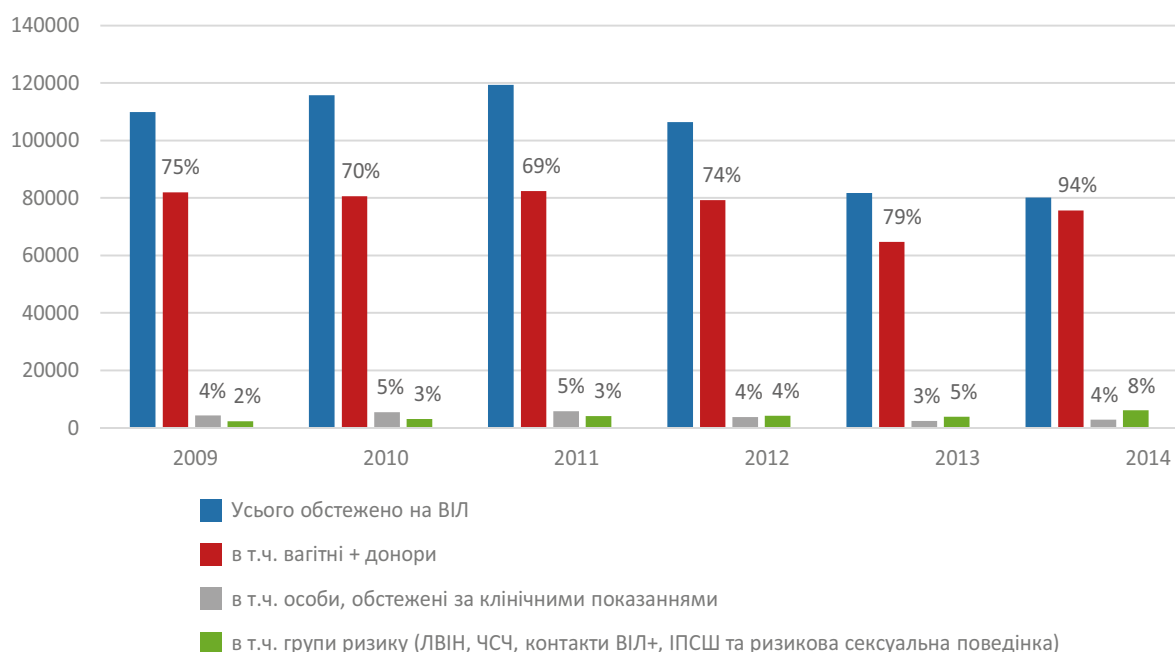
ПИТАННЯ 1.

ЯК РОЗВИВАЄТЬСЯ ЕПІДЕМІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ? ЯКІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ ТА ЯКІ ОСНОВНІ ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ Є ОСНОВНИМИ У ПОШИРЕННІ ЕПІДЕМІЇ?

Перевірка гіпотези 1.1: Відбулася стабілізація епідемії ВІЛ-інфекції в області.

У Київській області в рамках сероепідеміологічного моніторингу щороку проводиться понад 100 тис. тестувань на ВІЛ, тестується близько 80 тис. осіб. Значну частину протестованих складають вагітні та донори. ГПР потрапляють в поле зору СЕМ значно рідше і складають лише 5–8% від кількості протестованих (Діаграма 3).

Діаграма 3. Кількість обстежених на ВІЛ у 2009-2014 рр.

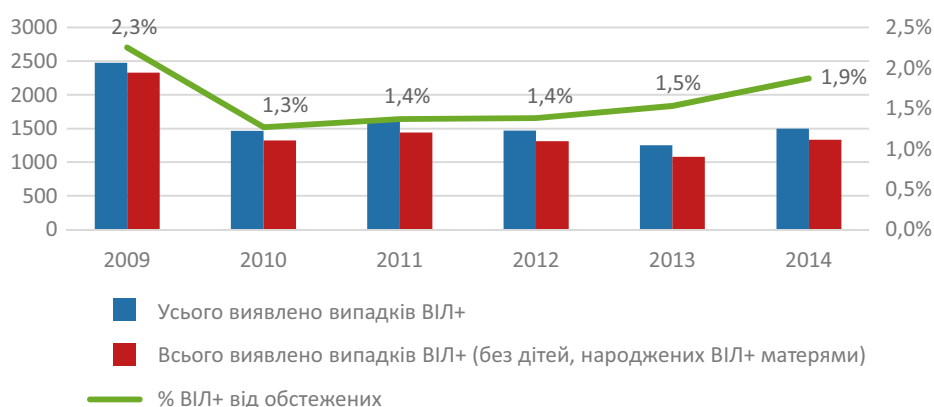


Останніми роками спостерігається зростання кількості протестованих у таких підгрупах, як особи, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими,

та особи, які мають численні незахищені сексуальні контакти, хоча це істотно не впливає на загальну кількість протестованих.

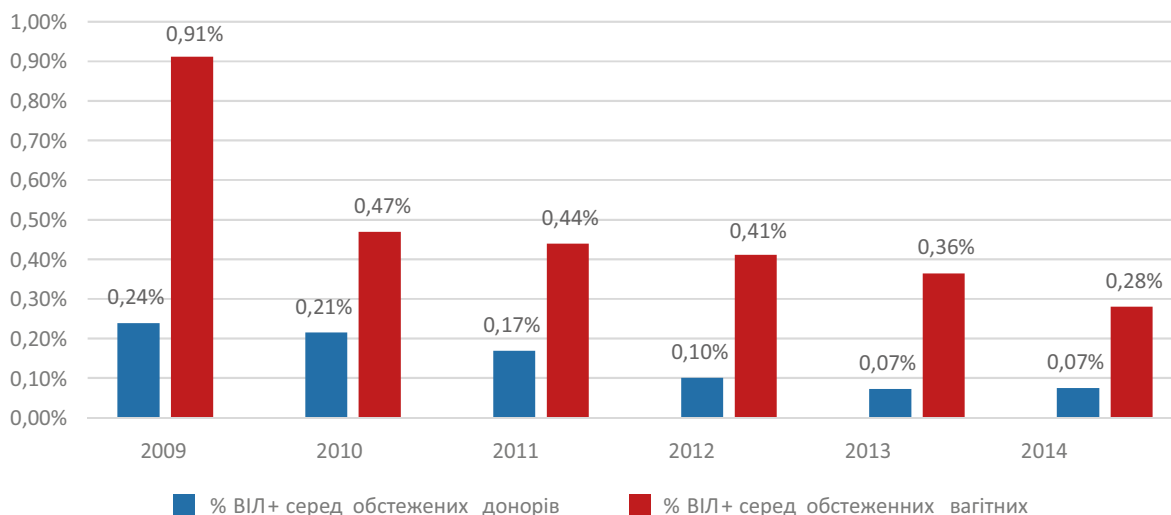
Починаючи з 2010 року поширеність ВІЛ-інфекції стабілізувалася, але в 2014 році знову спостерігалось незначне зростання (Діаграма 4).

Діаграма 4. ВІЛ+ громадяни України та їх % від загальної кількості протестованих



Разом з тим у 2009–2014 рр. в області помітна позитивна тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних (код 109) та донорів (код 108) (Діаграма 5).

Діаграма 5. Інфікованість ВІЛ серед донорів та вагітних



Незважаючи на таку позитивну динаміку, Київська область мала вищий рівень поширеності ВІЛ серед вагітних за кодом 109.1 (вагітні, обстежені первинно), ніж загалом по Україні (0,36%), і він становив 0,52%.

Якщо ж проаналізувати, що відбувається у розрізі районів за цим самим показником, то можна помітити, що є райони, де відсоток ВІЛ-позитивних вагітних становить 1% і навіть перевищує його. Найвищий відсоток у Бородянському районі та Білій Церкві (табл. 1).

Таблиця 1. Поширеність ВІЛ-інфекції серед всіх вагітних у Бородянському районі та м. Біла Церква

Район	Показник	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Бородянська ЦРЛ	%	0,79%	1,44%	1,04%	1,48%	1,79%	1,02%
	кількість вагітних	764	694	676	677	669	689
	кількість ВІЛ+ вагітних	6	10	7	10	12	7
Біла Церква	%	1,26%	1,64%	2,25%	1,80%	1,40%	1,96%
	кількість вагітних	2145	2016	1998	2107	2220	1991
	кількість ВІЛ+ вагітних	27	33	45	38	31	39

Відповідно, ці райони потребують додаткової уваги та аналізу ситуації, що склалася, особливо у розрізі потенційного ризику поширення епідемії серед загального населення.

Проте є райони, де відсоток ВІЛ-позитивних вагітних дуже низький. Найкраща ситуація з цим показником у Рокитнянському районі (табл. 2).

Таблиця 2. Поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних у Рокитнянському районі

Район	Показник	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Рокитнянська ЦРЛ	%	0,00%	0,64%	0,28%	0,33%	0,00%	0,00%
	кількість вагітних	301	313	357	302	333	307
	кількість ВІЛ+ вагітних	0	2	1	1	0	0

Аналогічна ситуація в районах і в розрізі поширеності та захворюваності на ВІЛ (табл. 3).

Таблиця 3. Поширеність ВІЛ-інфекції у розрізі районів по роках

Район	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Баришівський	0,65%	1,03%	0,96%	0,72%	0,25%	0,00%
Білоцерківський	1,46%	1,92%	1,72%	1,10%	1,51%	3,18%
Білоцерківський (територіальне медичне об'єднання)	1,35%	1,04%	0,92%	1,39%	2,17%	2,03%
Богуславський	1,19%	0,81%	0,92%	0,67%	0,91%	0,99%
Бориспільський	1,32%	0,69%	0,64%	0,72%	0,65%	0,70%
Бородянський	0,94%	2,45%	1,90%	1,43%	1,35%	0,94%
Броварський	0,87%	0,91%	1,15%	1,17%	0,71%	2,83%
Васильківський	0,58%	0,80%	0,91%	0,65%	0,72%	0,87%
Вишгородський	0,37%	0,84%	0,51%	0,88%	1,00%	1,02%
Володарський	0,21%	0,43%	0,00%	0,39%	0,61%	0,00%
Згурівський	0,64%	1,17%	1,00%	0,82%	1,32%	0,52%
Іванківський	0,30%	0,46%	0,92%	0,08%	0,98%	1,86%
Кагарлицький	1,38%	0,77%	0,77%	0,29%	0,39%	0,35%
Києво- Святошинський	1,26%	1,31%	1,52%	1,56%	1,26%	1,15%
Макарівський	0,84%	1,46%	1,07%	0,71%	1,20%	2,13%
Миронівський	0,49%	0,50%	0,57%	0,65%	0,59%	1,21%
Обухівський	0,63%	1,37%	0,75%	1,03%	0,96%	1,12%
Переяслав- Хмельницький	0,33%	1,00%	0,51%	0,14%	0,33%	0,57%
Поліський	3,70%	6,45%	4,08%	7,46%	5,08%	4,84%
Рокитнянський	0,80%	1,78%	0,40%	0,30%	0,09%	0,94%
Сквирський	0,23%	0,30%	0,34%	0,37%	0,77%	0,59%
Ставищенський	1,40%	1,07%	1,15%	0,19%	1,22%	0,75%
Таращанський	0,50%	0,76%	0,47%	0,24%	0,43%	0,53%
Тетіївський	0,84%	0,49%	0,73%	0,51%	0,73%	0,59%

Фастівський	1,40%	1,69%	0,76%	0,88%	1,26%	1,39%
Яготинський	0,82%	0,92%	0,98%	0,45%	1,00%	0,81%
Буча	0,00%	0,00%	0,00%	0,33%	0,22%	0,00%
Березань	0,69%	0,66%	1,22%	1,02%	1,47%	1,32%
Ірпінь	1,71%	1,49%	1,73%	1,88%	1,51%	3,04%
Ржищів	0,00%	1,45%	2,44%	0,00%	0,00%	3,77%

- Райони, в яких спостерігається зростання поширеності ВІЛ-інфекції
- Райони, в яких спостерігається спад поширеності ВІЛ-інфекції
- Райони, в яких поширеність коливається з року в рік та/або кількісні показники дуже малі, аби робити якісь висновки
- Райони, де поширеність ВІЛ-інфекції залишається сталою, але кількісні показники найвищі в області

Щоб дійти певних висновків щодо розвитку епідемії в області, було проаналізовано ситуацію в розрізі районів та міст обласного значення. Аналіз привів до таких висновків: 1) поширеність ВІЛ-інфекції в різних районах є різною і коливається від 0% до майже 5%; 2) середній рівень захворюваності також суттєво різниться і коливається від 10 до 150 осіб на 100 тис. населення; 3) виділено три групи районів/міст, де реєструється суттєве зростання захворюваності, де рівень захворюваності на ВІЛ спадає, та райони, де рівень захворюваності коливається з року в рік або стабілізувався. З більш детальним аналізом та інформацією у розрізі районів можна ознайомитися у Розділі «Питання 2: Якими є причини географічної неоднорідності розвитку епідемії ВІЛ?».

Отже, динаміка поширення епідемії в районах є неоднорідною, що залежить від різних факторів. Відтак на даному етапі ми не можемо говорити про стабілізацію епідемії у Київській області.

- На даному етапі говорити про стабілізацію епідемії в області зарано.
- Існує географічна нерівномірність розвитку епідемії.
- Поширеність ВІЛ-інфекції та захворюваність на ВІЛ у різних районах різна і має різні тенденції: спад, зростання, стабілізація, значні коливання.
- Поширеність ВІЛ серед вагітних та донорів має позитивну динаміку до зниження.
- У Київській області реєструється один із найвищих рівнів поширеності ВІЛ серед вагітних (вище за середній по Україні), крім того, є райони, де він перевищує 1 %.

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

До 2007 року в області домінував парентеральний шлях передачі ВІЛ. Відтоді статевий шлях передачі суттєво домінує. Цілком природно виникає запитання: яка ж роль ЛВІН у розвитку епідемії на даному етапі?

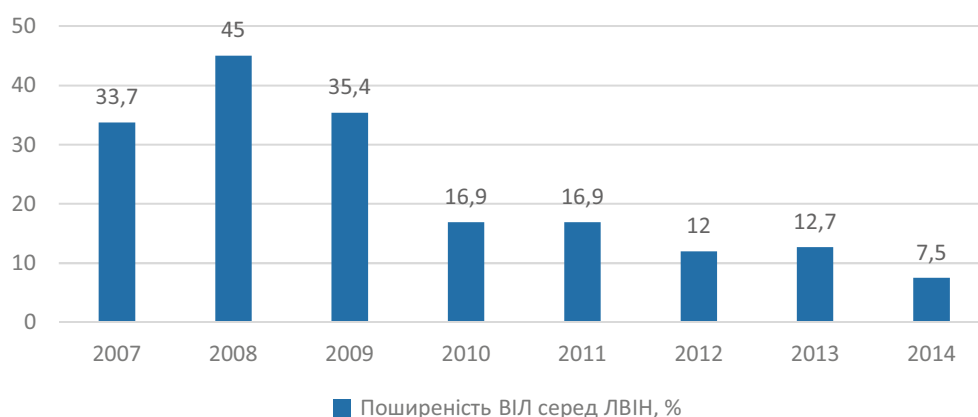
Як уже зазначалося, кількість осіб, інфікованих статевим шляхом, переважає кількість осіб, інфікованих внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків (серед взятих під диспансерний нагляд з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції). Разом з тим в області домінує парентеральний шлях передачі серед хворих у стадії СНІДу, хоча відрив від статевого шляху передачі скорочується з кожним роком (Діаграма 6).

Діаграма 6. Шляхи інфікування ВІЛ (серед усіх хворих у стадії СНІДу)



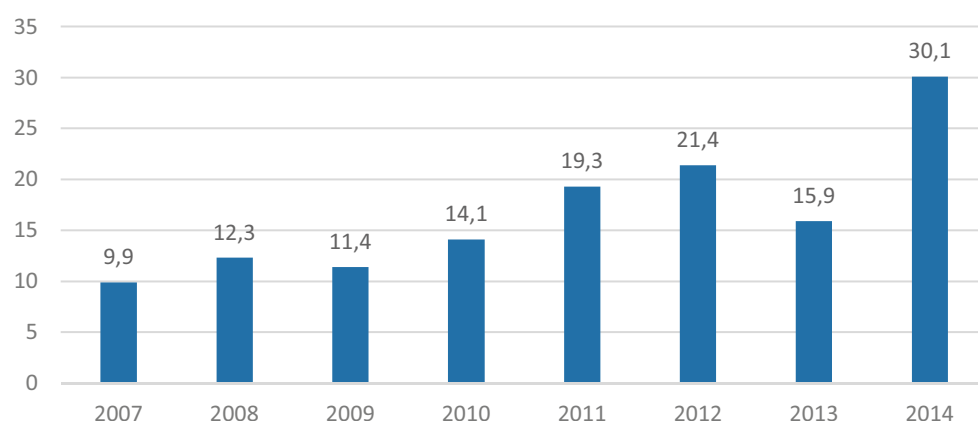
За даними СЕМ, поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН поступово спадає (Діаграма 7).

Діаграма 7. Поширеність ВІЛ за даними сероепідмоніторингу серед ЛВІН



У той же час, якщо проаналізувати, яким є відсоток ВІЛ-позитивних результатів за кодом 102 від оціночного числа ЛВІН в області, то помітимо зовсім іншу динаміку (Діаграма 8).

Діаграма 8. Відсоток позитивних результатів тестувань на ВІЛ від оціночної кількості (ЛВІН)



Порівняти ці дані з даними поширеності ВІЛ за результатами біоповедінкових досліджень неможливо, адже біоповедінкове дослідження проводилося лише в одному місті області – Білій Церкві і лише починаючи з 2011 року (табл. 4).

Таблиця 4. Дані поширеності ВІЛ за результатами БПД та даними СЕМ

Місто	2011		2013	
	БПД	СЕМ	БПД	СЕМ
Біла Церква	27,7%	20,1%	19,7%	12,7%

ГПР все ще складають суттєву частку серед осіб, у яких виявлено позитивні результати тестування на ВІЛ (близько 30% у 2014 році), і підгрупа ЛВІН домінує у цій групі. Серед загальної кількості позитивні результати тестів ЛВІН становлять трохи більше 13%, а з урахуванням обмежень даних СЕМ за поширеністю ВІЛ їх частка поступово знижується (Діаграма 9). На відміну від цієї групи спостерігається накопичення питомої ваги позитивних результатів серед ООКП (Діаграма 10).

Діаграма 9. Питома вага позитивних результатів обстеження на ВІЛ серед ЛВІН та ООКП за даними СЕМ

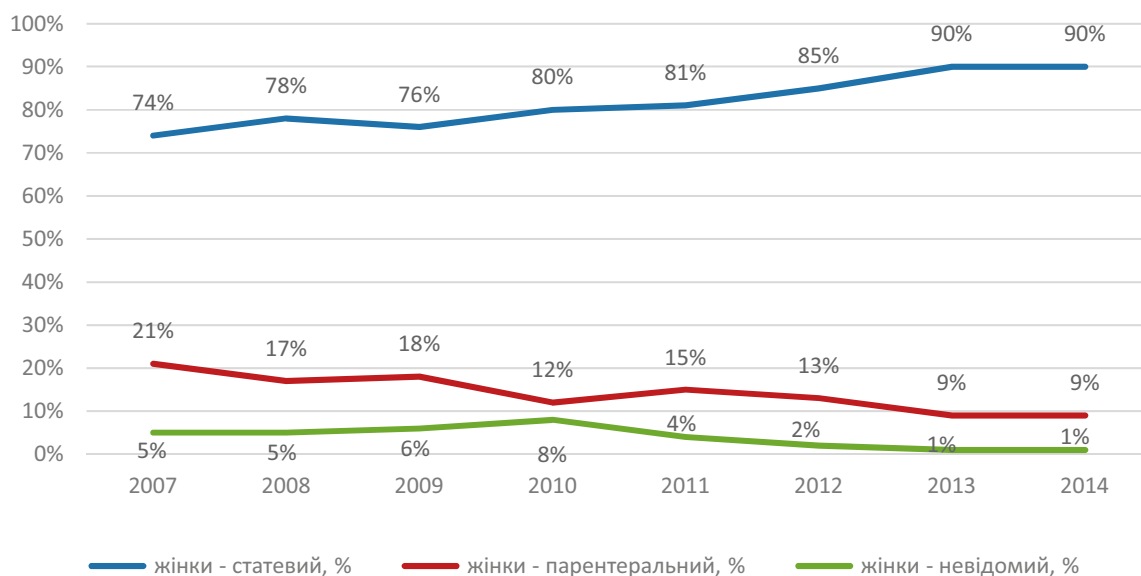


Діаграма 10. Зміни в інфікованості у групах ЛВІН та ООКП



У даному контексті також важливо проаналізувати шляхи передачі ВІЛ серед жінок та чоловіків (Діаграма 11).

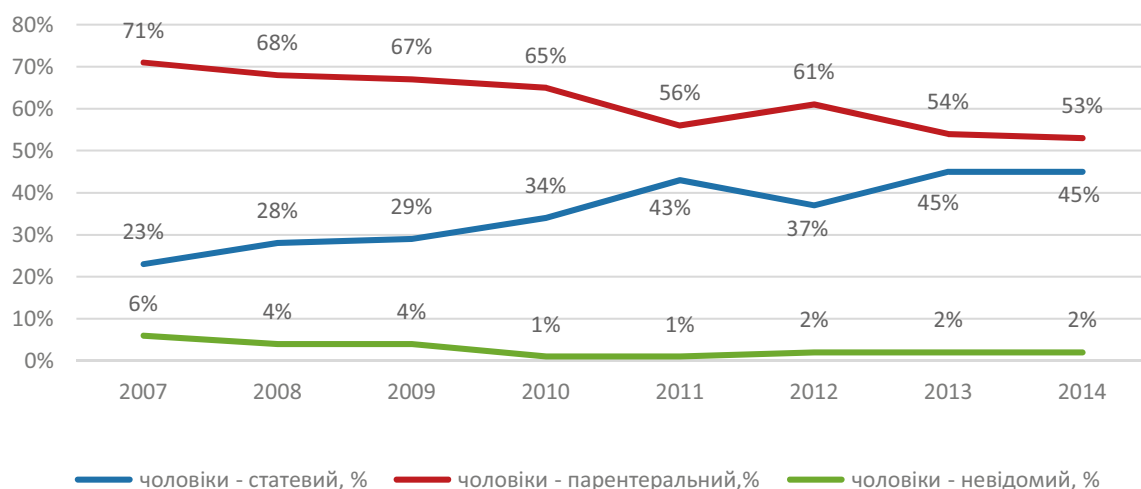
Діаграма 11. Розподіл за шляхами інфікування серед жінок, %



Зрозуміло, що жінки, які інфікувалися статевим шляхом, мали статевий контакт з ВІЛ-інфікованим партнером. За останні роки кількість взятих під медичний нагляд жінок, інфікованих ВІЛ статевим шляхом, постійно зростає (Діаграма 11). Жінки, інфіковані ВІЛ статевим шляхом і не виявлені під час вагітності, переважно виявляються за клінічними показниками, що може свідчити про давнє інфікування, яке відбулося в період, коли серед чоловіків домінував парентеральний шлях передачі ВІЛ. Це, у свою чергу, свідчить про те, що більшість цих жінок інфікувалися від статевих партнерів-ЛВІН.

Серед чоловіків все ще переважає парентеральний шлях передачі (Діаграма 12).

Діаграма 12. Розподіл за шляхами інфікування серед чоловіків, %

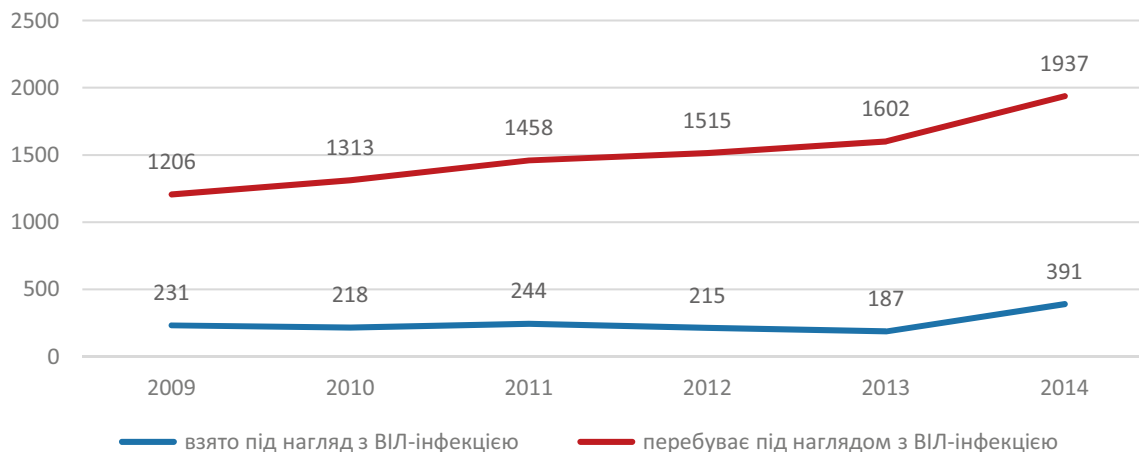


А ось переважання статевого шляху передачі серед чоловіків може свідчити про:

1. приховування парентерального шляху передачі або його помилкова інтерпретація;
2. гетеросексуальні контакти з ГПР (особи, які практикують ризиковану сексуальну поведінку, особи, які мають ІПСШ, споживають наркотики);
3. приховування наявності гомосексуальних контактів.

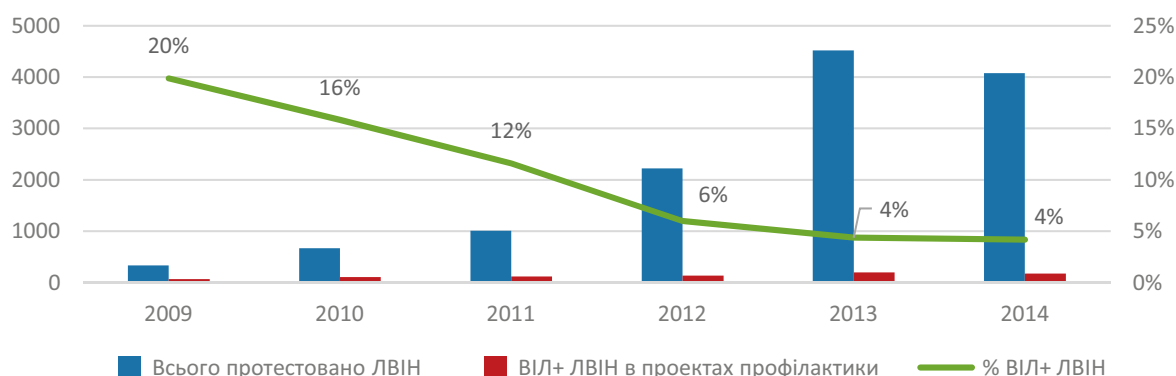
Разом з тим, слід звернути увагу на збільшення вдвічі показника «Взято під нагляд протягом звітного року осіб з уперше встановленим діагнозом поширеності ВІЛ» в 2014 році порівняно з 2013 роком (Діаграма 13). Цей показник не є ключовим, що напряду демонструє вплив підгрупи СН на розвиток епідемії. Проте він вимагає подальшого контролю та аналізу і може бути показником ефективної роботи проектів профілактики та соціального супроводу. Більш детально цей аспект розглядатиметься в Розділі «Питання 2: Якими є причини географічної неоднорідності розвитку епідемії ВІЛ? Перевірка гіпотези 2.2: На розвиток епідемії ВІЛ-інфекції впливає наявність програм з профілактики ВІЛ і догляду та підтримки ВІЛ+, а також лікування ВІЛ-інфікованих».

Діаграма 13. Кількість осіб інфікованих парентеральним шляхом



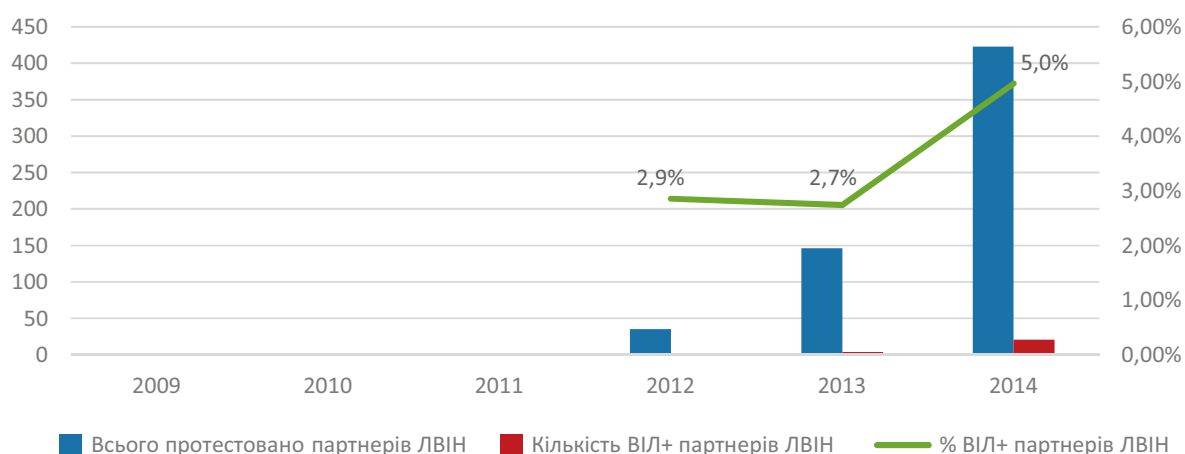
За даними моніторингу програм, які впроваджуються НУО з метою профілактики інфікування ВІЛ у групі ЛВІН, у 2009–2012 рр. кількість виявлених позитивних результатів тестування ЛВІН поступово зростала, а частка позитивних результатів стрімко спадала на фоні значного зростання кількості протестованих. Це можна пов'язати зі зменшенням захворюваності на ВІЛ-інфекцію в групі ЛВІН (Діаграма 14).

Діаграма 14. Кількість протестованих ЛВІН і частка виявлених позитивних результатів у межах профілактичних програм, 2009-2014 рр.



Перевіряючи цю гіпотезу, також було проаналізовано показник поширеності ВІЛ у групі статевих партнерів ЛВІН. Тестування в цій групі стало доступним у рамках проектів профілактики з 2012 року. Із загальної кількості протестованих статевих партнерів ЛВІН позитивний результат мали 2,9% у 2012 році, 2,7% – у 2013 і 5% – у 2014 році (Діаграма 15).

Діаграма 15. Кількість протестованих статевих партнерів ЛВІН і частка виявлених ВІЛ-позитивних результатів у межах профілактичних програм, 2009-2014 рр.



Отже, якщо порівняти динаміку скорочення кількості ВІЛ-інфікованих у групі ЛВІН, зафіксовану різними методами, домінування статевого шляху передачі над парентеральним (рутинне тестування в ЗОЗ, впровадження профілактичних програм, реєстрація випадків інфікування ВІЛ для взяття під медичний нагляд), то за всіма показниками спостерігається тенденція до скорочення кількості ВІЛ-позитивних випадків серед ЛВІН. Разом з тим, ми спостерігаємо поступове зростання поширеності ВІЛ серед статевих партнерів ЛВІН, що також підтверджується

значною кількістю жінок, інфікованих статевим шляхом і не виявлених під час вагітності, а виявлених під час тестування за клінічними показниками.

Отже, ми не можемо говорити, що подальший розвиток епідемії пов'язаний зі зростанням поширеності ВІЛ-інфекції у групі ЛВІН, адже поширеність у цій групі не має тенденції до зростання на даному етапі, хоча вона все ще має високий відсоток поширеності ВІЛ і впливає на розвиток епідемії в області, зокрема через статевий шлях передачі.

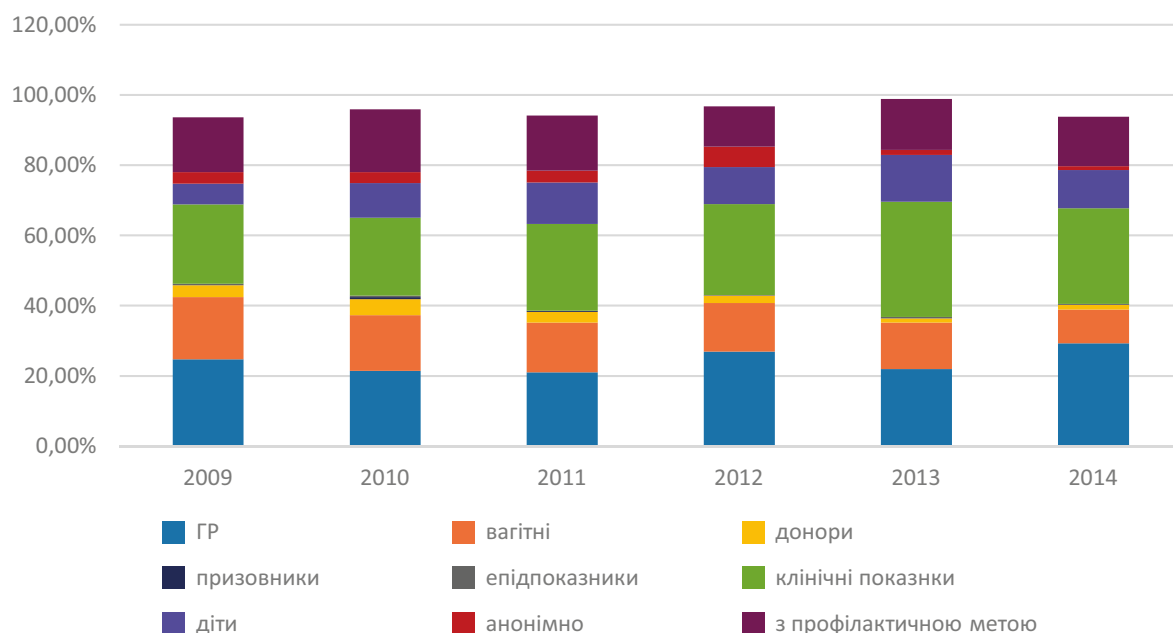
Висновки до гіпотези 1.2

- Відсоток чоловіків серед нових випадків ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом передачі постійно зростає, проте певну їх кількість було хибно класифіковано.
- Зростання статевого шляху серед чоловіків може свідчити про: 1) приховування парентерального шляху передачі, 2) приховування гомосексуальних контактів, 3) гетеросексуальні контакти з ГПР (ЖСБ, жінками-ЛВІН).
- Не можна з упевненістю говорити, що подальший розвиток епідемії пов'язаний зі зростанням поширеності ВІЛ-інфекції у групі ЛВІН, але ця група все ще впливає на розвиток епідемії в області.
- Зростає поширеність ВІЛ серед протестованих за клінічними показниками, що свідчить про значну кількість пізно діагностованих випадків ВІЛ-інфекції.
- Значна кількість жінок, які інфікувалися статевим шляхом і не були виявлені під час вагітності, виявляються переважно за клінічними показниками.
- Жінки, які інфікувалися статевим шляхом, мали статевий контакт з ВІЛ-інфікованим партнером, і більшість цих статевих партнерів – ЛВІН.

Перевірка гіпотези 1.3: Найбільш уразливими до ВІЛ групами населення залишаються ЛВІН, ЖКС, ЧСЧ.

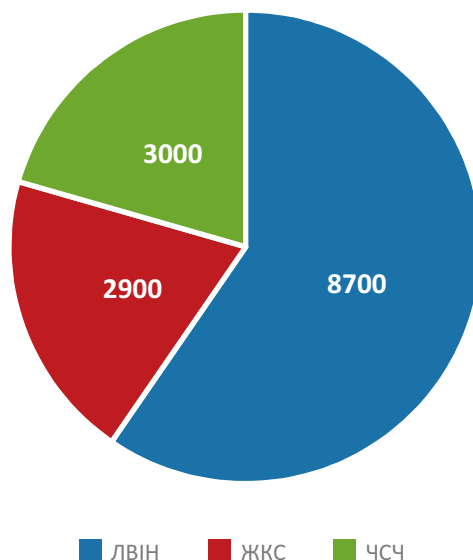
Для аналізу цієї гіпотези знову доцільно повернутися до аналізу розподілу частки між усіма виявленими позитивними результатами тестувань. Серед усіх позитивних результатів найбільшу частку складають ГПР та особи, що були протестовані за клінічними показниками (загалом понад 50%) (Діаграма 16).

Діаграма 16. Питома вага позитивних результатів обстеження на ВІЛ серед різних груп населення за даними СЕМ



За даними біоповедінкових досліджень 2013 року, чисельність ГПР в області наступна: 8700 ЛВІН, 3000 ЧСЧ та 2900 ЖКС (Діаграма 17).

Діаграма 17. Оцінка чисельності ГПР



У 2014 році поширеність ВІЛ в Київській області серед осіб, що належать до груп підвищеного ризику, перевищила середні показники по країні. Так, серед ЛВІН (код 102) вона перевищила середній показник по країні (3,1%) і становила 7,5%; серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду (код 105.2), перевищила показник по країні (0,2%) і становила 3,2%; серед осіб, які мали гомосексуальні контакти, також перевищила показник по країні (2,8%) і становила 8,6% (табл. 5).

Таблиця 5. Поширеність ВІЛ серед груп ризику

	Україна	Київська обл.
ЛВІН (код 102)	3,1%	7,5%
ЖКС (код 105.2)	0,2%	3,2%
ЧСЧ	2,8%	6,8%

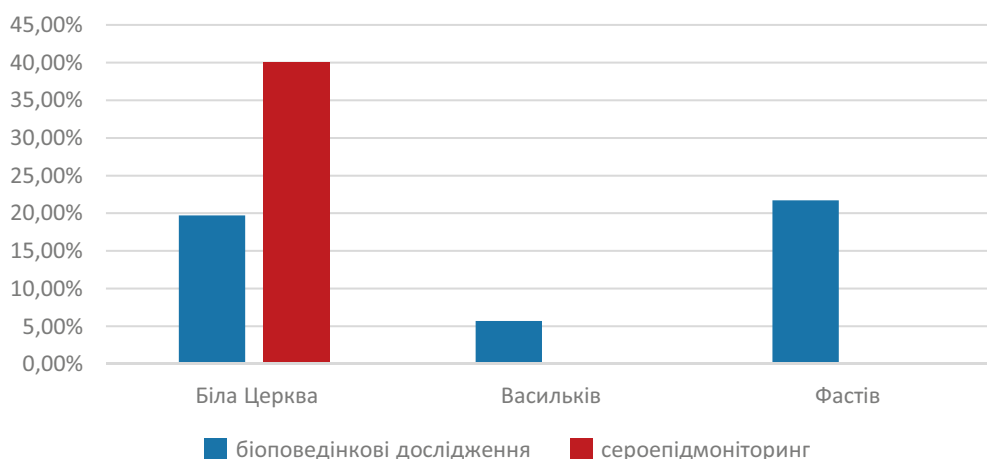
Крім того, варто відзначити, що за офіційними даними показники поширеності ВІЛ-інфекції є нижчими, ніж це демонструють результати біоповедінкових досліджень по всій Україні.

На жаль, біоповедінкові дослідження оминали Київську область. Значна увага приділялася місту Києву, і тільки у 2011 році вперше біоповедінкове дослідження серед ЛВІН було проведено у Білій Церкві.

Рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН, за результатами цього дослідження, становив 27,7% проти 23,15%, отриманих за результатами сероепідмоніторингу.

А ось у 2013 році біоповедінкове дослідження серед ЛВІН проходило вже в трьох містах Київської області: Білій Церкві, Василькові та Фастові. Рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН, за результатами біоповедінкового дослідження у Білій Церкві, становив 19,7% проти 40% (неможливо пояснити в рамках даного дослідження, чим був обумовлений такий сплеск за даними СЕМ у цьому році), отриманих в рамках сероепідмоніторингу; у Василькові – 5,7% проти 0%, Фастові – 21,7% проти 0% (Діаграма 18).

Діаграма 18. Поширеність ВІЛ серед ЛВІН 2013р.



Частка ВІЛ-інфікованих ЖКС та ЧСЧ є значно меншою порівняно з ЛВІН, проте їх вплив на епідемію не варто недооцінювати. Адже від оціночної кількості ВІЛ-інфікованих ЧСЧ (204 особи) на обліку перебуває 23 особи з визначеним гомосексуальним шляхом інфікування. За даними біоповедінкового до-

слідження 2013 року, 85% (середні дані по всій Україні) ВІЛ-інфікованих ЧСЧ повідомили про те, що вони перебувають на диспансерному обліку в спеціалізованих закладах (центрах профілактики та боротьби зі СНІДом). Цей показник дає можливість припустити, що більшість ВІЛ-інфікованих чоловіків з групи ЧСЧ стають на облік як такі, що інфікувалися гетеросексуально. Дане припущення підтверджується і існуючою подвійною стигматизацією ВІЛ+ ЧСЧ як загалом у суспільстві, так і серед лікарів, а також порушенням анонімності процедур тестування на ВІЛ. Це призводить до того, що пацієнти не повідомляють про те, що вони практикують секс із чоловіками.⁴ Додатковим свідченням є зростання статевого шляху передачі серед чоловіків, що розглядався у Розділі «Питання 1: Як розвивається епідемія ВІЛ-інфекції на сучасному етапі? Які групи населення та які основні шляхи передачі є основними у розвитку епідемії? Перевірка гіпотези 1.2: Подальший розвиток епідемії пов'язаний зі зростанням поширеності ВІЛ-інфекції у групі ЛВІН». Що стосується Київської області, то ЧСЧ можуть знаходитися на обліку не за місцем проживання, а в місті Києві, що знову спотворює реальну картину щодо поширеності ВІЛ серед ЧСЧ в області.

Проаналізувати ситуацію щодо епідемії ВІЛ-інфекції серед ЖКС ще складніше, адже ми не маємо офіційних даних, скільки ЖКС є ВІЛ-інфікованими. У 2013 році в СЕМ з'явився код 105.2 (особи, які надають сексуальні послуги за винагороду), але за ним не було взято під нагляд жодної особи. Хоча, за даними зв'язного дослідження в рамках БПД, тільки в Білій Церкві поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС становить 9,7%.

Також слід звернути увагу на рівень знань ГПР про ризики інфікування ВІЛ та ризиковану статеву поведінку⁵: лише 48,8% ЛВІН, 64% ЧСЧ, але майже 99% ЖКС використовували презерватив під час останнього сексуального контакту; 52,7% ЛВІН, 50% ЧСЧ та 51,9% ЖКС правильно визначали шляхи передачі ВІЛ-інфекції і тільки 91,1% ЛВІН використовували стерильний інструментарій під час останньої ін'єкції.

Отже, на тлі низького рівня знань про ризики інфікування ВІЛ та ризиковану статеву поведінку слід очікувати посилення епідемічних процесів у групі ЧСЧ. Разом з тим, показник ризикованої поведінки серед ЖКС може бути недооціненим, а впровадження ефективних профілактичних програм на даному етапі знаходиться під загрозою зникнення/ослаблення у зв'язку із ситуацією в країні. Так само можна спрогнозувати скорочення чи принаймні стабілізацію поширеності ВІЛ-інфекції у групі ЛВІН, базуючись на високому рівні використання стерильного інструментарію (якщо припустити, що респонденти відверто давали

⁴ «Визначення потреб чоловіків, які практикують секс з чоловіками (ЧСЧ), щодо основних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, догляду та підтримки «ГФК Юкрейн», 2009 рік; аналітичний звіт «МОНІТОРИНГ ПОРУШЕНЬ ПРАВ ЛЮДИНИ В КОНТЕКСТІ ДОСТУПУ ЧСЧ ДО ОСНОВНИХ ПОСЛУГ З ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ/СНІДУ, ЛІКУВАННЯ, ДОГЛЯДУ ТА ПІДТРИМКИ», 2011 рік http://www.csep.org.ua/Report_UNDP.pdf

⁵ Дані за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року СІН, ЖКС, ЧСЧ у м. Біла Церква.

відповіді на запитання щодо ін'єкційної поведінки). Проте ця підгрупа у більшості своїй практикує небезпечну сексуальну поведінку, що робить її активним учасником статевого шляху передачі ВІЛ.

Порівнявши дані біоповедінкових досліджень з офіційними даними серо-епідмоніторингу, можна стверджувати: поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, ЧСЧ, ЖКС є вищою, ніж про це свідчать офіційні дані. А отже, епідемія серед цих підгруп є недооціненою і може нести значно більшу загрозу, ніж про це свідчитимуть офіційні джерела. Крім того, маємо ситуацію, що всі інші підгрупи СЕМ (вагітні жінки, особи, обстежені за клінічними показниками, чоловіки та жінки, які інфікувалися гетеросексуальним шляхом) включають в себе осіб з ГПР, які з тих чи інших причин не побажали або не змогли ідентифікувати себе з групами ЛВІН, ЖКС та ЧСЧ.

Зважаючи на досить високий рівень стигматизації ГПР та додаткові фактори, що впливають на більш ризиковану поведінку, такі як вживання алкоголю та наркотичних речовин серед ЧСЧ та ЖКС, низький рівень економіки та правова незахищеність, можна з упевненістю говорити, що ЛВІН, ЖКС, ЧСЧ все ще залишаються уразливими до ВІЛ групами населення.

Висновки до гіпотези 1.3

- Групи підвищеного ризику все ще мають значний вплив на поширення ВІЛ-інфекції.
- Існує висока ймовірність, що роль ЧСЧ в епідемічному процесі в області є недооціненою, а їх роль у поширення ВІЛ-інфекції як реципієнтів та джерела ВІЛ поступово зростатиме.
- Масштаб епідемії ВІЛ серед ГПР, за офіційними даними, є недооціненим.

ЯКИМИ Є ПРИЧИНИ ГЕОГРАФІЧНОЇ НЕОДНОРІДНОСТІ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ?

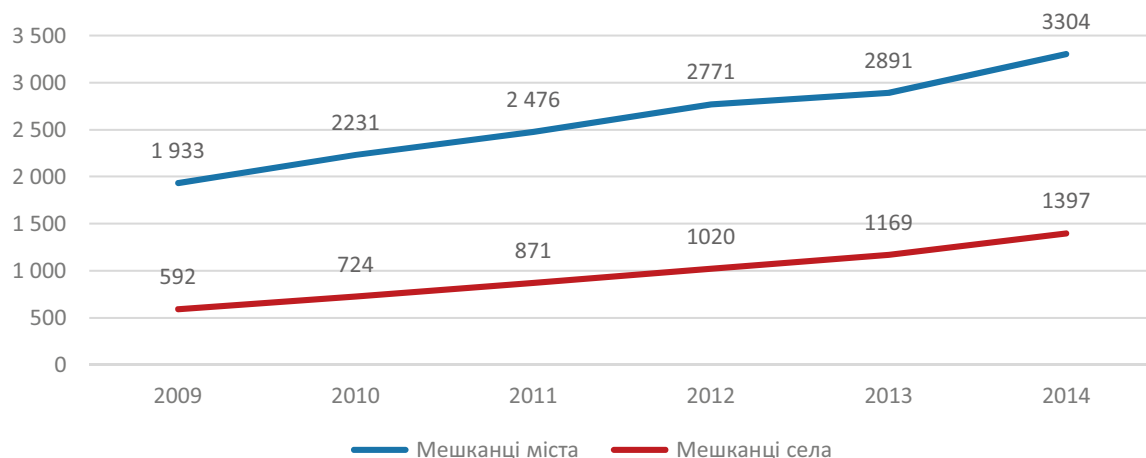
Перевірка гіпотези 2.1. Епідемія ВІЛ-інфекції є інтенсивнішою у тих містах і районах, які географічно наближені до великих міст, найбільш уражених епідемією.

У межах цієї гіпотези перевірено такі припущення:

- епідемія ВІЛ-інфекції є більш інтенсивною в міських населених пунктах порівняно з сільськими;
- райони, більше уражені епідемією, характеризуються більшою кількістю населення;
- географічна наближеність до міст та районів, найбільш уражених епідемією, є чинником розвитку епідемії в інших містах та районах області.

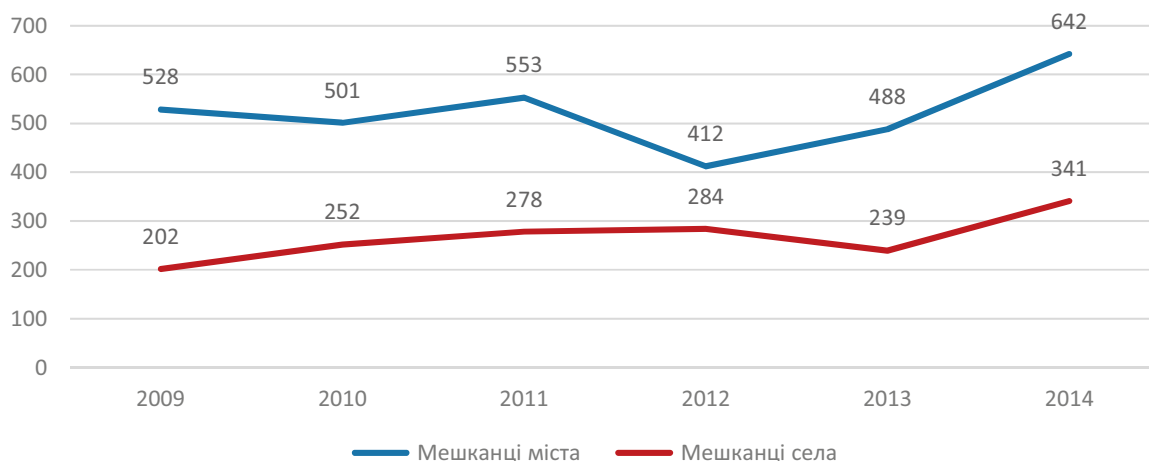
Спочатку було розглянуто загальну картину в розрізі міст та сіл. Вочевидь, в області епідемія притаманна більше міському населенню (Діаграма 19).

Діаграма 19. Перебувало під наглядом з ВІЛ-інфекцією на початок звітного року



Якщо проаналізувати динаміку нових випадків ВІЛ-інфекції з урахуванням місця проживання (місто, село), то можна констатувати, що епідемія повільно поширюється серед сільського населення області (Діаграма 20). Відсоток осіб, які мешкають у сільській місцевості, від загальної кількості вперше зареєстрованих хворих на ВІЛ-інфекцію, протягом 2009–2014 рр. зріс з 27,7% до 34,7%.

Діаграма 20. Взято під нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція



Крім того, проаналізовано наявність зв'язку між середнім рівнем зареєстрованої захворюваності на 100 тис. населення та кількістю населення, а також між середньорічним темпом зростання зареєстрованої захворюваності та густотою населення в розрізі адміністративно-територіальних одиниць області. У рамках цього статистичного аналізу було виявлено: де більше населення, там вищий рівень захворюваності (коефіцієнт кореляції 0,72), а ось зв'язок між захворюваністю на 100 тис. населення та самою його чисельністю не є очевидним, адже коефіцієнт кореляції слабкий – 0,08. Таким чином, ймовірно, що у районах і містах області спостерігаються різні за рівнем та динамікою зареєстрованої захворюваності тенденції розвитку епідемічного процесу, які не пов'язані з чисельністю населення на цих територіях.

Очевидно, що рівень і динаміка зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію суттєво відрізняються в різних містах і районах області (табл. 6). У деяких містах та районах кількість зареєстрованих випадків ВІЛ останніми роками постійно зростає, в інших – навпаки, скорочується, а в деяких адміністративних населених пунктах взагалі важко говорити про будь-яку динаміку, оскільки з року в рік ситуація змінюється на кардинально протилежну. Те саме можна сказати й про поширеність ВІЛ-інфекції.

Ймовірно, на розвиток епідемії у великих та малих містах, а також районах впливають різні фактори.

Таблиця 6. Кількість зареєстрованих нових випадків інфікування ВІЛ у розрізі районів, міст, 2009–2014 рр.

Район	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Баришівський	8	16	9	10	10	3
Білоцерківський	22	18	25	13	16	27
Богуславський	21	11	15	9	13	16
Бориспільський	29	45	37	47	39	46
Бородянський	25	35	30	25	17	15
Броварський	86	129	119	92	93	94
Васильківський	15	26	31	33	34	38
Вишгородський	9	23	35	36	28	41
Володарський	6	11	6	8	7	1
Згурівський	7	5	6	8	3	1
Іванківський	5	9	21	5	10	17
Кагарлицький	8	7	11	3	7	6
Києво-Святошинський	74	41	58	71	42	69
Макарівський	12	10	9	7	9	9
Миронівський	5	18	21	9	10	12
Обухівський	12	20	11	17	18	46
Переяслав-Хмельницький	10	16	19	15	14	18
Поліський	9	3	2	5	4	8
Рокитнянський	8	18	5	5	1	11
Сквирський	6	7	4	11	10	14
Ставищенський	8	1	6	2	8	3
Таращанський	9	13	8	4	7	9
Тетіївський	1	3	7	6	4	5

Фастівський	48	53	26	31	47	42
Яготинський	14	10	18	19	18	17
Буча	15	17	19	12	11	13
Березань	1	1	2	3	1	2
Ірпінь	23	26	41	29	49	37
Ржищів	7	7	8	9	9	11
Біла Церква	178	139	168	148	127	106

- Райони, де спадає кількість зареєстрованих випадків захворюваності на ВІЛ
- Райони, щодо яких важко сказати про динаміку реєстрації захворюваності на ВІЛ
- Райони, де зростає кількість зареєстрованих випадків захворюваності на ВІЛ

Було проведено аналіз географічного розташування районів, де намітилися різні тенденції щодо кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції.

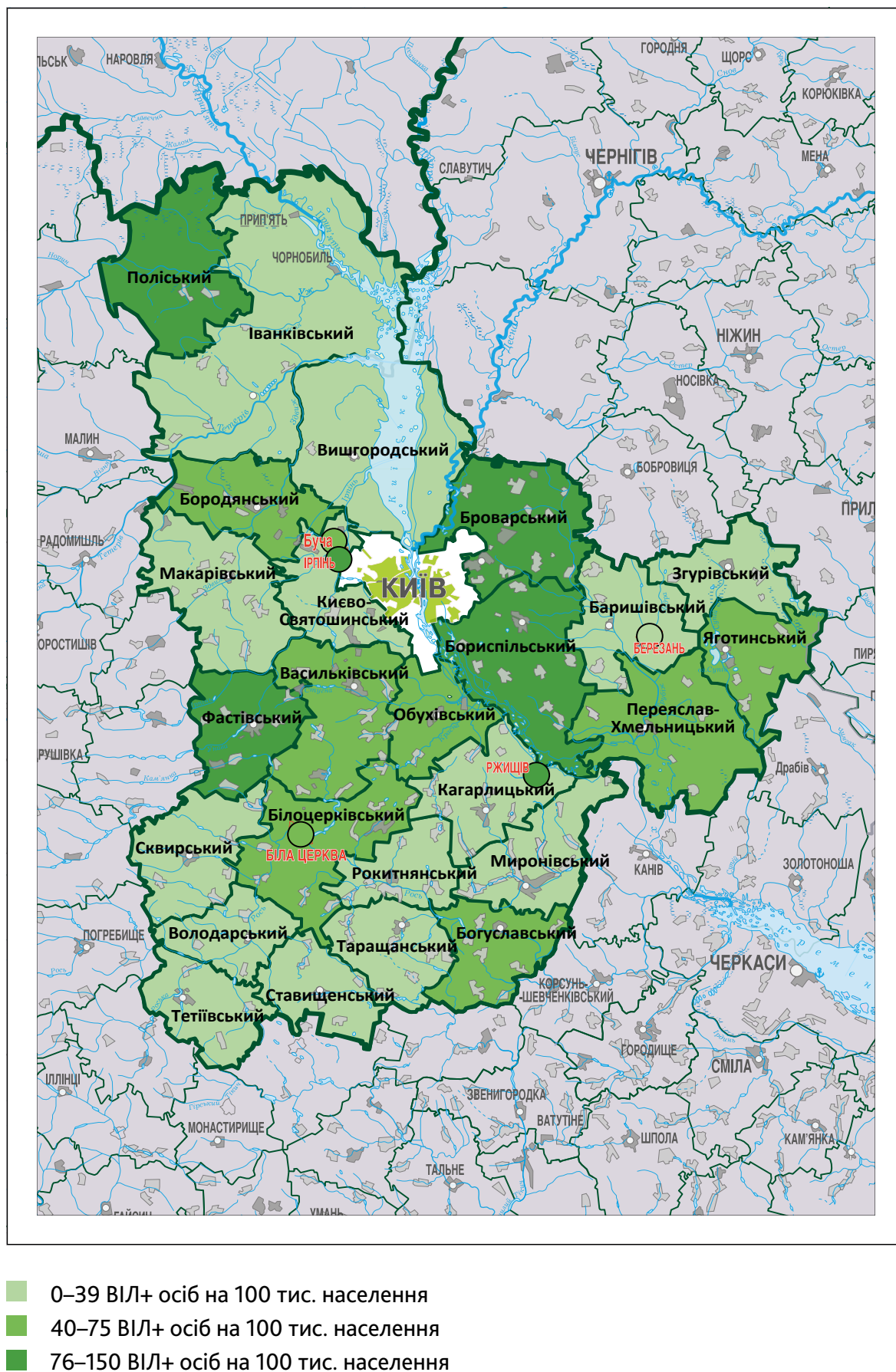
Для цього райони області розподілено на три групи. Критерієм розподілу був середній рівень зареєстрованої захворюваності на 100 тис. населення за 2009–2014 рр.

Виділено три основні групи:

- **ПЕРША** – найнижчий рівень середньої захворюваності 0–39 осіб на 100 тис. населення;
- **ДРУГА** – середній рівень середньої захворюваності 40–75 осіб на 100 тис. населення;
- **ТРЕТЯ** – найвищий рівень середньої захворюваності 76–150 осіб на 100 тис. населення.

Після розподілу ці групи було нанесено на карту (Діаграма 21).

Діаграма 21. Карта області з розподілом на три основні групи за середнім рівнем зареєстрованої захворюваності (на 100 тис. населення), 2009–2014 рр.



Отже, райони з найвищим рівнем середньої захворюваності формують два основні кластери, які зосереджуються (1) навколо Києва, (2) Фастівський р-н.

У першому кластері знаходяться Броварський і Бориспільський райони та місто обласного значення Ірпінь. Обидва райони та місто тісно пов'язані зі столицею – багато людей, які мешкають в цих населених пунктах, їздять до Києва на роботу, навчання, відпочинок тощо. На фоні цього виглядає дивним, що Києво-Святошинський та Вишгородський райони, які також межують зі столицею, не потрапили до цього кластеру, хоча у Києво-Святошинському районі реєструють досить велику кількість хворих на ВІЛ.

У другому кластері – Фастівський район. У місті Фастові знаходиться велика вузлова залізнична станція. Це місто є одним із найбільших міст області за чисельністю населення після Броварів, Борисполя та Білої Церкви. До того ж, у Фастівському районі нарощуються обсяги промислового виробництва.

Вочевидь, на ці два кластери, що мають високий рівень захворюваності на ВІЛ, впливають великі міста, для яких характерний високий рівень поширеності ВІЛ. Наявність розгалуженої транспортної розв'язки спричиняє значну міграцію населення.

Райони з середнім рівнем захворюваності (40–75 осіб на 100 тис. нас.) поділяються на три основні кластери, які пролягають вздовж автотрас: (1) Київ–Ковель – Бородянський район, (2) Київ–Одеса – Васильківський, Обухівський, Білоцерківський райони та (3) частково вздовж автотраси Київ–Харків – Переяслав-Хмельницький та Яготинський райони.

Варто зазначити, що провести аналогію між цими кластерами досить складно, адже деякі райони, що попали в різні кластери, мають різну густоту населення, різну за рівнем розвитку промисловість. Проте всі вони межують з районами, які увійшли до першої групи та мають досить розвинуте транспортне сполучення.

Виключенням у цій групі є Богуславський район, який значно віддалений від усіх трьох кластерів та знаходиться на значній відстані від великих автошляхів. Але тут присутній інший фактор – цей районний центр має найвищий показник густоти населення серед усіх населених пунктів області, що також є одним із факторів, що впливає на рівень захворюваності на ВІЛ. На жаль, інформації недостатньо, аби зробити такий висновок.

Райони з найменшим рівнем захворюваності (0–39 осіб на 100 тис. нас.) також можна розподілити на три кластери: (1) північна частина області – Поліський, Іванківський та Вишгородський райони, (2) південна частина області – Сквирський, Володарський, Тетіївський, Ставищанський, Таращанський, Кагарлицький, Миронівський райони та (3) північний схід – Баришівський і Згурівський райони. Крім того, є ще Макарівський район, який знаходиться в західній частині області. Характерним для усіх цих районів є те, що майже всі вони достатньо віддалені від Києва, за винятком Вишгородського та Макарівського. Крім того, через ці райони не проходять значні транспортні розв'язки (виключення – Макарівський район, через який пролягає траса Київ–Чоп). Також ці райони не мають достатньо розвиненої промисловості.

Для додаткового аналізу відмінностей епідемічного процесу в містах та районах області до показників середньорічної захворюваності ми додали середньорічний темп зростання (табл. 7, Діаграма 22).

Таблиця 7. Середній рівень та приріст зареєстрованої захворюваності (на 100 тис. нас.), 2009–2014 рр.

		Приріст захворюваності		
Захворюваність на 100 тис.		Спад (мінусовий)	Середній (або коливається)	Зростає (високий)
	0-39	4 райони - Макарівський - Володарський - Баришівський - Згурівський	8 районів - Іванківський - Києво-Святошинський, - Кагарлицький, - Миронівський - Рокитнянський - Таращанський - Ставищенський - Тетіївський	2 райони - Вишгородський - Сквирський
	40-75	1 район - Бородянський	3 райони Білоцерківський, Богуславський, Яготинський	3 райони - Васильківський - Обухівський - Переяслав-Хмельницький
	76-150	0 районів	3 райони - Поліський - Фастівський - Броварський	1 район - Бориспільський

**0–39 ВІЛ+ осіб
на 100 тис. населення**

■ Спад
захворюваності

■ Середній рівень
захворюваності
(коливається)

■ Захворюваність
зростає

**40–75 ВІЛ+ осіб
на 100 тис. населення**

■ Спад
захворюваності

■ Середній рівень
захворюваності
(коливається)

■ Захворюваність
зростає

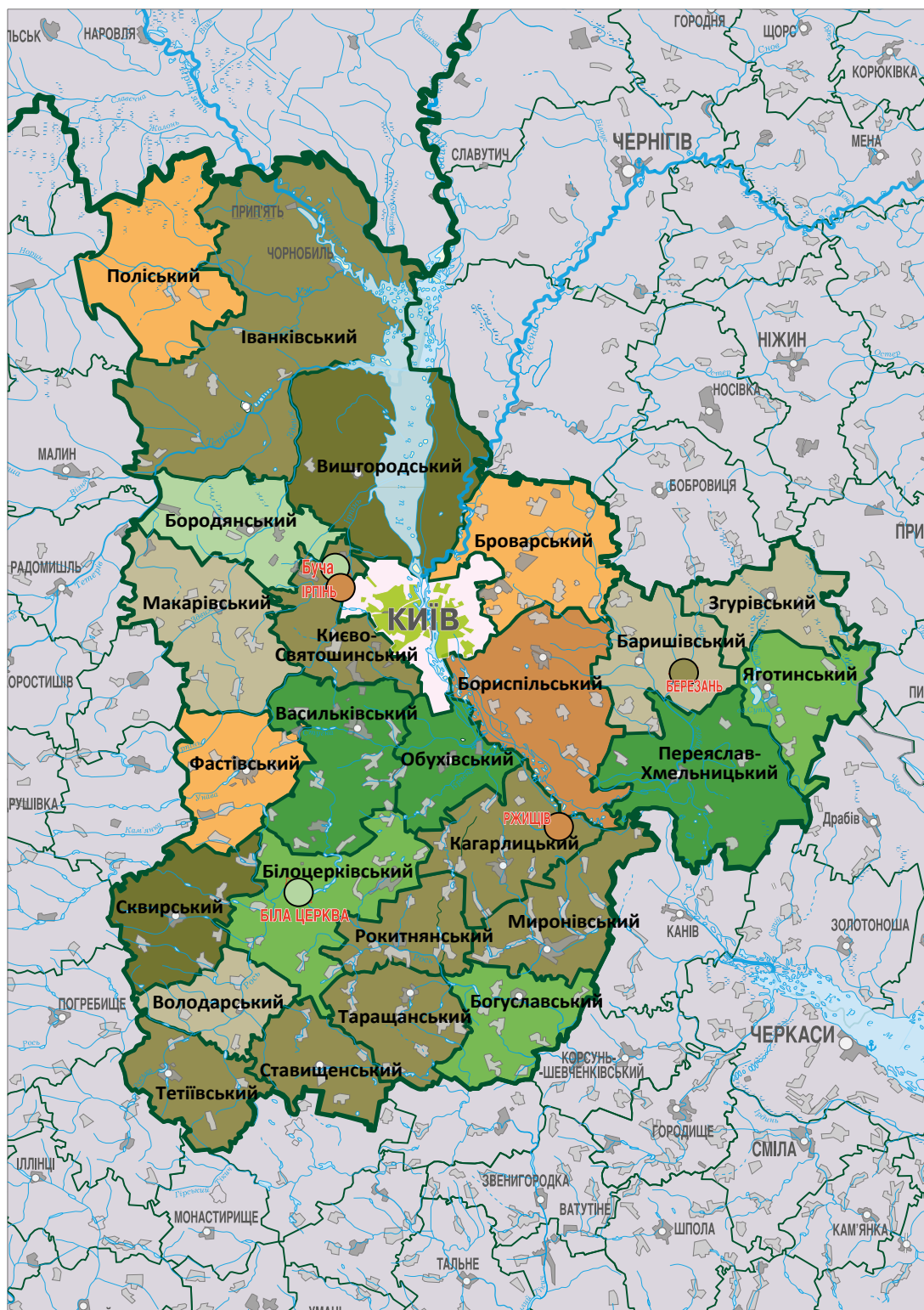
**76–150 ВІЛ+ осіб
на 100 тис. населення**

■ Спад
захворюваності

■ Середній рівень
захворюваності
(коливається)

■ Захворюваність
зростає

Діаграма 22. Середній рівень та приріст зареєстрованої захворюваності (на 100 тис. нас.), 2009–2014 рр.



Найбільший приріст захворюваності на ВІЛ зареєстровано в центральних районах Київської області та навколо Києва. В цьому ключі доречно звернути увагу на Сквирський та Вишгородський райони, де на даному етапі середній рівень захворюваності був низьким, та на Бориспільський і м. Ірпінь, де рівень захворюваності був і так високим.

А ось найкраща, в епідеміологічному розумінні, ситуація залишається у чотирьох районах області: Макарівський, Володарський, Баришівський та Згурівський. Тут рівень захворюваності на ВІЛ та її приріст залишаються низькими. Проте встановити чинники, що зумовлюють таку ситуацію, в рамках цього дослідження неможливо.

Звичайно ж, є й інші райони, де рівень захворюваності спадає, але особливу увагу привертає Біла Церква (найбільше місто Київської області), де захворюваність в абсолютних значеннях складає 20% від усієї захворюваності по області.

Також є райони, де середній приріст захворюваності вийшов мінусовий, що дає хибну уяву, ніби він спадає. Насправді коливання у цих районах з року в рік є такими значними як в один, так і в інший бік, що подібні висновки були б передчасними. Швидше за все, мова йде про несвоєчасне виявлення та постановку на облік ВІЛ-позитивних осіб. До цих районів належать Богуславський, Кагарлицький, Поліський, Рокитнянський та Фастівський.

Отже, варто відзначити, що висока захворюваність на ВІЛ-інфекцію зумовлюється територіальною наближеністю до великих міст, зокрема Києва, Білої Церкви, Фастова. Крім того, цей же фактор впливає на темпи приросту захворюваності. Окремо доречно виділити ще низку факторів. Це наявність крупного транспортного вузла та/або автомобільних і залізничних шляхів всеукраїнського й міжнародного значення, розвинутого промислового виробництва, чисельність населення та/або висока його щільність. Всі ці фактори є показниками великого скупчення людей, що мешкають на одній території, відповідно, великої кількості представників ГПР (у т. ч. тих, які мігрують) та наявності ризикованої поведінки населення, що збільшує ймовірність поширення ВІЛ-інфекції.

Рекомендація:

У подальшому було б доцільно проаналізувати шлях поширення ВІЛ та захворюваності в області за роками. Картина, яка вимальовується на карті, дає змогу припустити, що відбувалося певне просування інфекції від найбільших міст області та столиці. Також необхідно шукати додаткові пояснення розвитку епідемічного процесу та факторів зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію, особливо у випадку тих районів, які випадали із загального портрету тієї чи іншої групи.

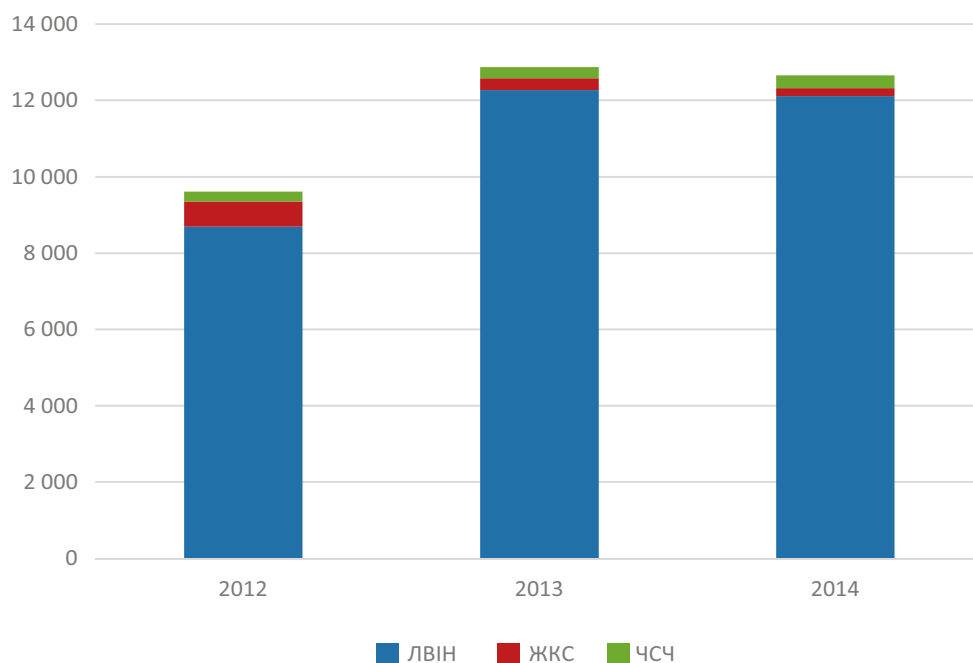
- Епідемія ВІЛ-інфекції є інтенсивнішою в міських населених пунктах у порівнянні з сільськими.
- Вищий рівень епідемії притаманний центральним районам Київської області, що знаходяться поблизу Києва.
- На розвиток епідемії в сільській місцевості, містах і районах впливають різні фактори, які не завжди пов'язані виключно з чисельністю населення на цих територіях.

Перевірка гіпотези 2.2. На розвиток епідемії ВІЛ-інфекції впливає наявність програм з профілактики ВІЛ, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих, а також їх лікування.

Розглядаючи цю гіпотезу, було зроблено припущення, що проекти профілактики ВІЛ впливають на поширеність та приріст захворюваності на ВІЛ серед ГПР.

За останні роки понад 12 тис. ЛВІН та близько 300 ЖКС і 300 ЧСЧ щороку охоплені проектами ЗШ та профілактики (Діаграма 23).

Діаграма 23. Охоплення проектами профілактики



Варто відзначити, що охоплення ЛВІН перевищує оціночну кількість – 8700, що зайвий раз підтверджує недостовірність даних оцінки цієї групи.

Щоб оцінити вплив проектів на рівень епідемії в області, було здійснено декілька спроб встановити зв'язок між:

- кількістю проведених тестувань та кількістю позитивних результатів у рамках проектів, кількістю проведених тестувань та кількістю позитивних результатів СЕМ;
- охопленням проектів профілактики та рівнем захворюваності;
- кількістю позитивних результатів на ВІЛ серед ЛВІН у проектах та рівнем захворюваності, де був присутній парантеральний шлях інфікування.

Аналіз здійснювався у розрізі районів. Проте не вдалося встановити чіткі закономірності, аби дійти якихось висновків. Ускладнювало даний аналіз ще й те, що дані з профілактики у розрізі районів надавалися лише з 2012 року.

Крім проектів профілактики та ЗШ, з 2013 року в області почали працювати проекти кейс-менеджменту, основною метою яких є доведення ВІЛ-позитивного клієнта та постановка його на диспансерний облік у центрі СНІДу чи кабінеті довіри лікувально-профілактичного закладу. Але даних по цьому проекту так само поки що недостатньо для аналізу.

Отже, маючи тільки ті дані, що були використані у рамках цього дослідження, неможливо говорити про вплив проектів профілактики та ЗШ на рівень епідемії в області, так само як і про те, що дані проекти не мають такого впливу.

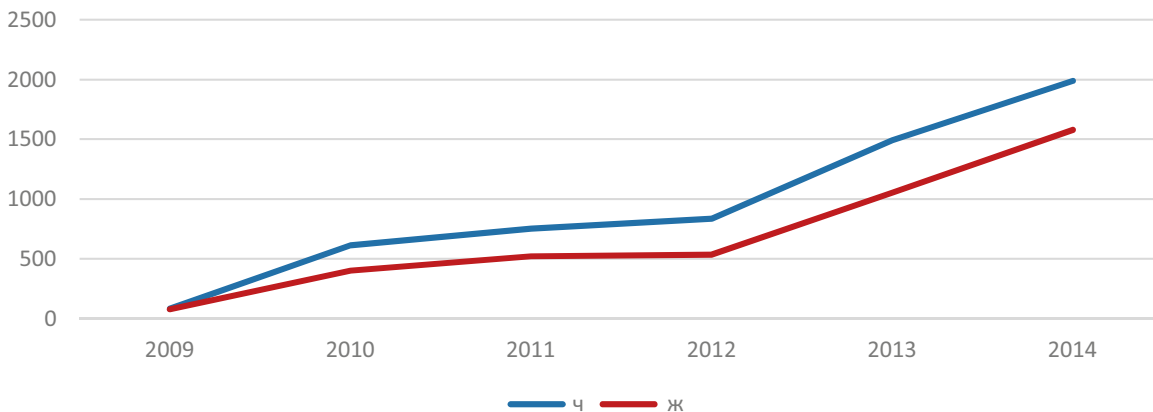
Рекомендація:

Необхідно провести додатково інтегроване дослідження, аби проаналізувати такий вплив.

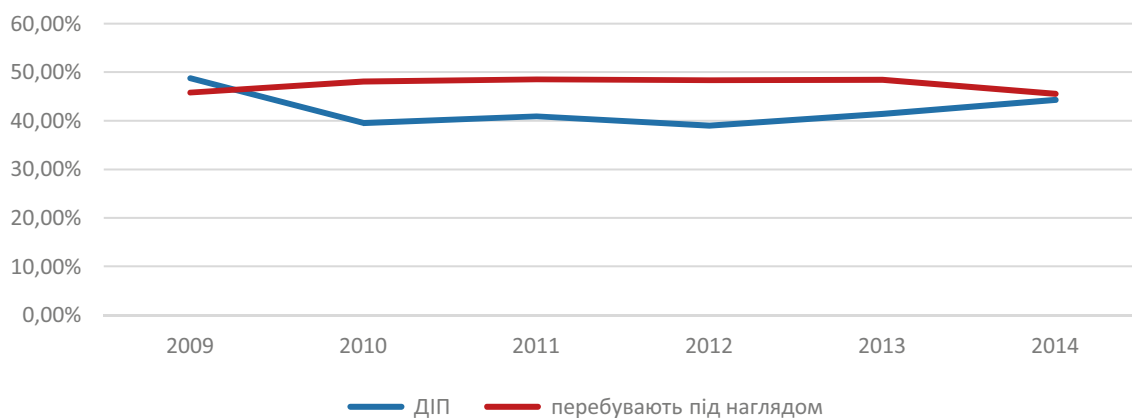
Щоб виявити, як впливають проекти з догляду та підтримки на розвиток епідемії ВІЛ у Київській області, необхідно зрозуміти, чи мають вони достатній вплив на якість життя ВІЛ-позитивних людей. Для початку було проведено аналіз даних у тих районах, де з 2009 по 2014 рік реалізовувалися такі проекти. За даний період проекти з догляду та підтримки працювали в 11 адміністративних одиницях області та з кожним роком нарощували кількість клієнтів (Діаграма 24). Варто відзначити, що з 11 проектів три почали роботу в 2013 та два в 2014 роках. Два проекти в 2014 році припинили своє існування.

Діаграма 24. Охоплення проектами ДІП

Важливим є те, що до програм ДІП залучена значна кількість жінок. Залежно від року частка жінок у програмах коливалася в межах 39–49% (Діаграма 25).

Діаграма 25. Догляд та підтримка: кількість чоловіків та жінок в програмі

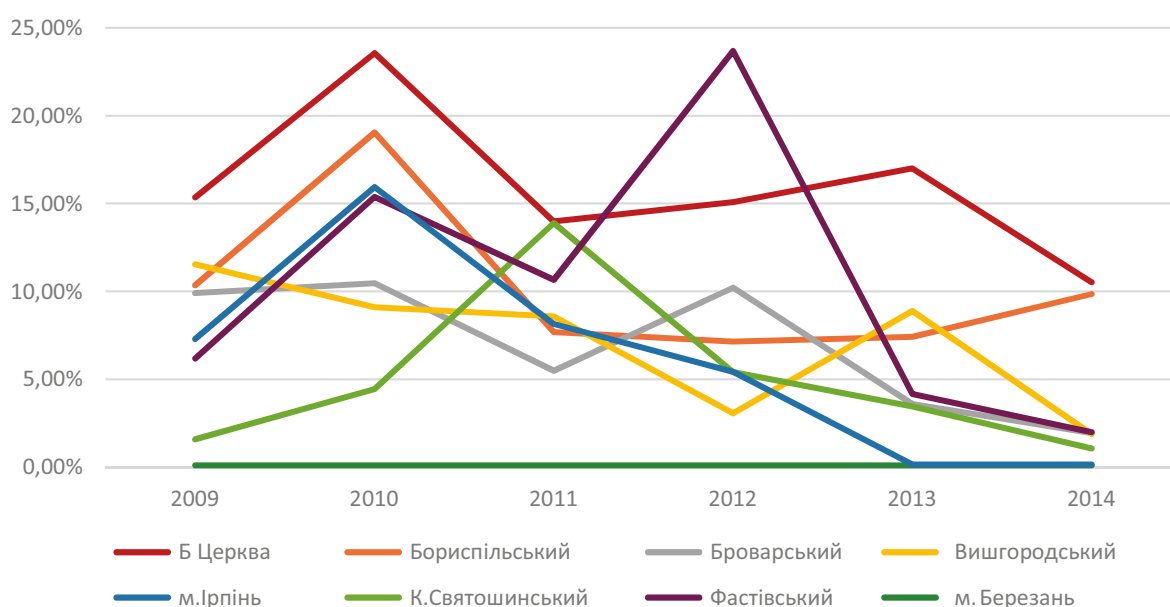
Варто відзначити, що частка жінок у програмах співвідноситься з часткою ВІЛ-інфікованих жінок, які перебувають під наглядом та є офіційно зареєстрованими (Діаграма 26).

Діаграма 26. Відсоток жінок в програмах ДІП та серед осіб, що перебувають під наглядом

Зважаючи на те, що проекти з догляду та підтримки впливають на якість життя ВІЛ-інфікованих людей, можемо стверджувати: так, вони опосередковано впливають на тривалість життя. Тому було прийнято рішення проаналізувати, як змінюється рівень смертності від ВІЛ у районах, де діють проекти ДІП, та порівняти рівень смертності від ВІЛ у цих районах Київської області та в районах, де таких проектів не започатковано.

Аналіз динаміки показника «відсоток тих, хто помер, від кількості офіційно зареєстрованих» у містах, де діють проекти з ДІП» (Діаграма 27) показав наявність загальної тенденції до зниження цього показника, але однозначно говорити про вплив проектів тільки за цими даними неможливо.

Діаграма 27. % померлих від зареєстрованих по районах де є проекти з ДІП



Разом з тим, є певні цікаві закономірності, які потребують додаткового аналізу. Так, наприклад, у Фастові проект ДІП з'явився лише в 2013 році. До того часу відсоток тих, хто помер, від кількості офіційно зареєстрованих зростав. Тільки з появою проекту з ДІП він почав спадати. У Борисполі відсоток тих, хто помер, від кількості офіційно зареєстрованих спадав і стабілізувався і лише в 2014 році, коли проект з ДІП припинив своє існування, цей показник збільшився з 7,41% у 2013 році до 9,86% у 2014 році.

В інших районах, де проекти з ДІП не працюють, також спостерігається спад показника «відсоток тих, хто помер, від кількості офіційно зареєстрованих», але разом з тим є низка районів, де він не лише не спадає, а й зростає, або істотно коливається з року в рік (табл. 8).

Таблиця 8. Відсоток тих, хто помер, від кількості офіційно зареєстрованих у районах області

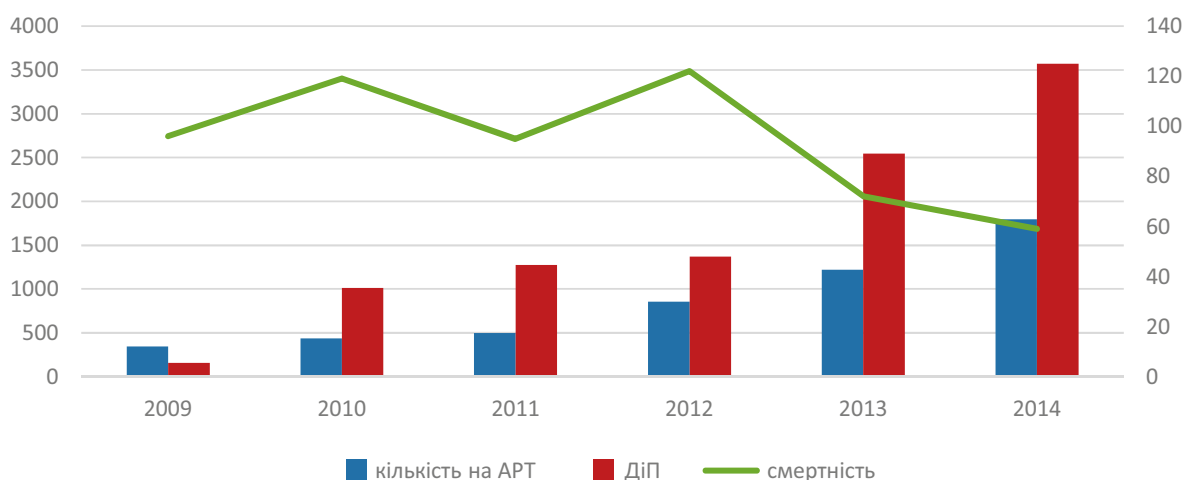
Район	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Баришівський	13,33%	6,25%	3,70%	0,00%	50,00%	10,53%
Білоцерківський	21,21%	33,33%	9,30%	31,82%	12,50%	50,00%
Богуславський	15,15%	0,00%	11,76%	14,29%	13,64%	12,50%
Бородянський	7,69%	9,30%	14,00%	18,37%	3,70%	10,26%
Кагарлицький	0,00%	25,00%	16,67%	0,00%	0,00%	11,11%
Миронівський	6,25%	5,80%	0,00%	42,86%	9,09%	0,00%
Сквирський	0,00%	11,11%	25,00%	11,76%	0,00%	50,00%
Ставищенський	7,69%	16,67%	16,67%	0,00%	7,70%	20,00%
Таращанський	11,11%	17,65%	0,00%	0,00%	11,11%	27,27%

Отже, виходить, що з 31 адміністративної одиниці області у дев'яти показник «відсоток тих, хто помер, від кількості офіційно зареєстрованих» зростає або не спадає, а в інших спостерігається загальна тенденція до спаду, в тому числі у містах, де працюють проекти з догляду та підтримки.

Таким чином, говорити про вплив проектів ДІП на рівень смертності ВІЛ-позитивних людей зарано, хоча спостерігається певна закономірність.

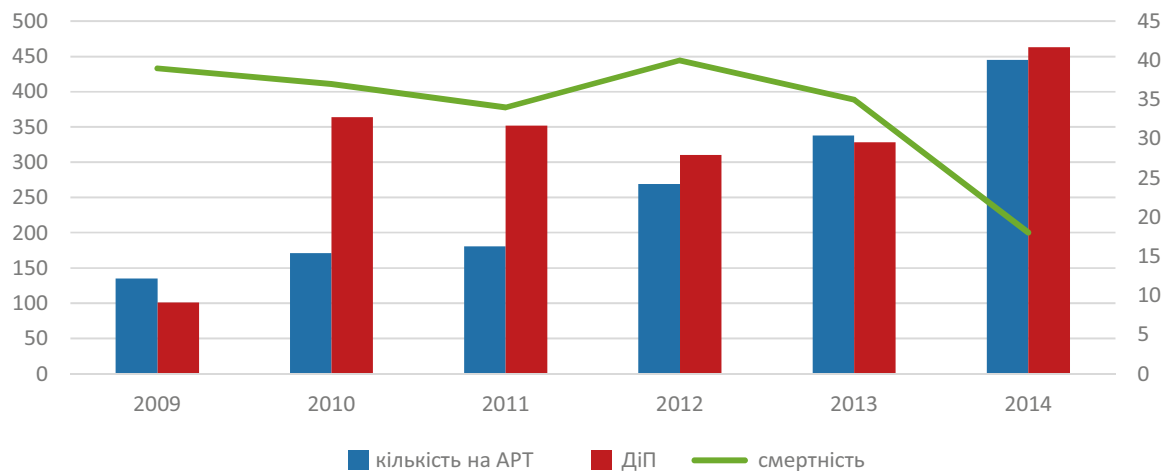
Разом з тим, додатково було розглянуто вплив проектів з ДІП у комбінації з АРТ на рівень смертності в області. Вочевидь, спостерігається позитивна динаміка: зі збільшенням охоплення проектів ДіП та кількості пацієнтів на АРТ рівень смертності спадає (Діаграма 28).

Діаграма 28. Динаміка росту послуг з ДІП та АРТ у порівнянні з рівнем смертності. Київська область

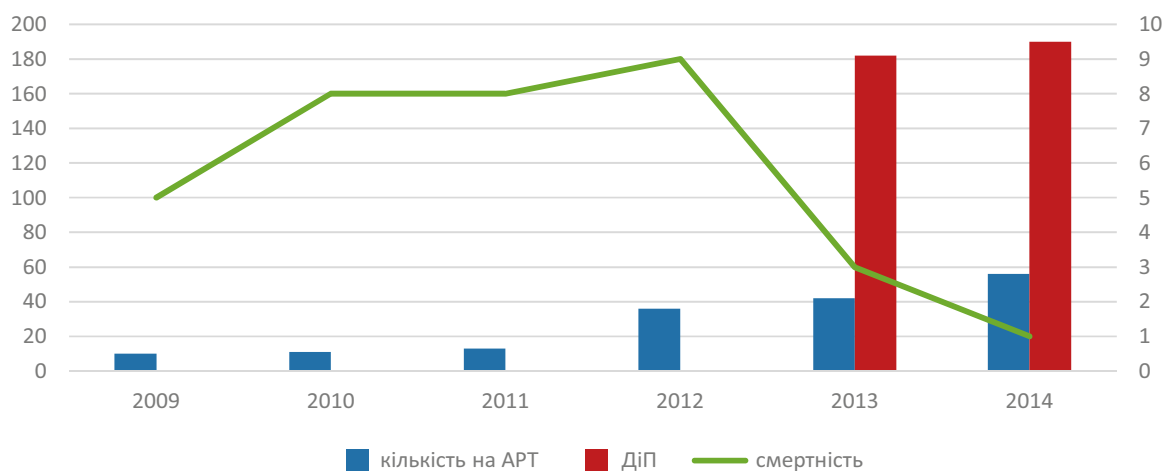


Якщо поглянути на рівень смертності у містах, де працюють проекти з догляду та підтримки та наявний доступ до АРТ, то стає очевидним, що у всіх чотирьох містах спостерігається спад смертності серед ВІЛ-інфікованих (Діаграми 29–32).

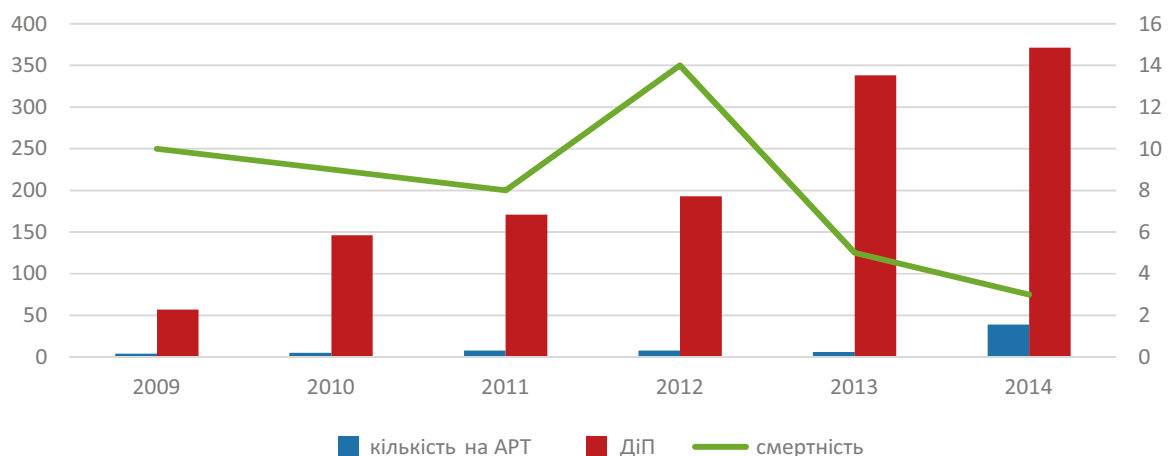
Діаграма 29. Біла Церква



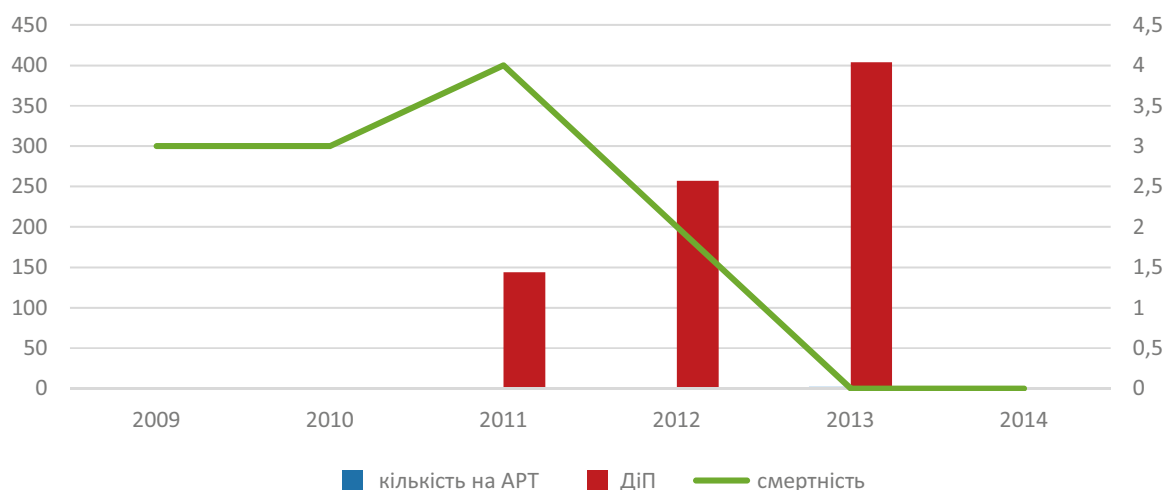
Діаграма 30. Фастів



Діаграма 31. Бровари



Діаграма 32. Ірпінь



Зокрема, аналіз даних по цих чотирьох містах свідчить про те, що тільки комбінація АРТ та програм ДіП впливає на рівень смертності серед ВІЛ-інфікованих. Тільки ця комбінація може продовжити життя людині та вплинути на його якість.

Висновки до гіпотези 2.2

- Недостатньо даних, аби зробити однозначні висновки про вплив окремо профілактичних програм, соціального супроводу, ДіП та лікування на розвиток епідемії ВІЛ в області.
- Наявність комплексу послуг проектів з ДіП та АРТ в районі впливають на смертність від ВІЛ, зменшуючи її.

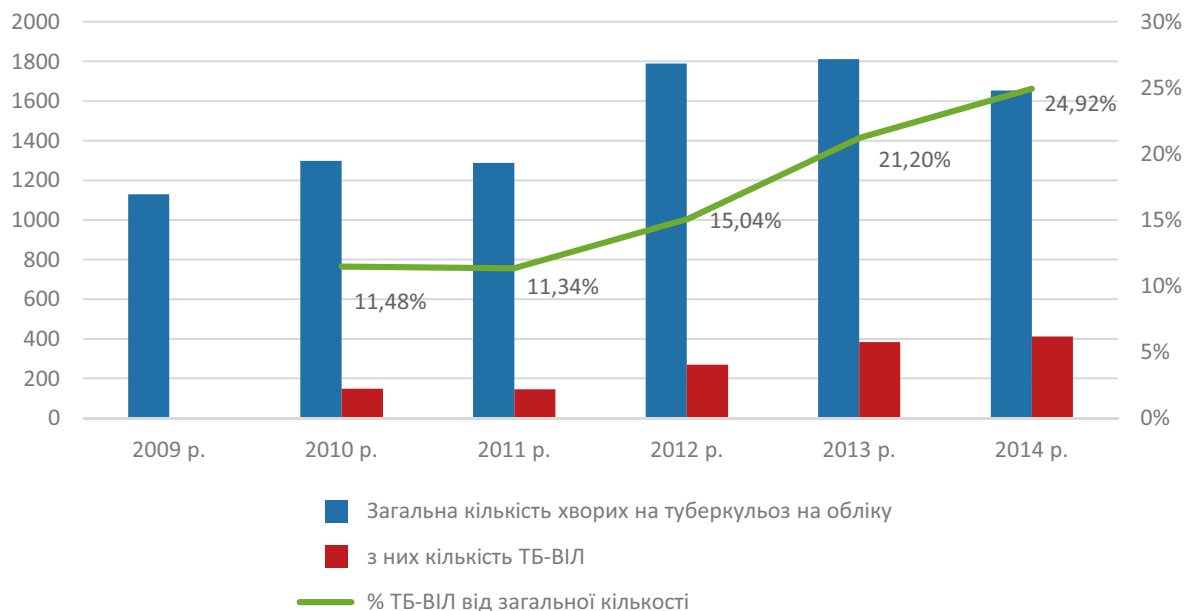
ЯКИМ ЧИНОМ ЕПІДЕМІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ВПЛИВАЄ НА ЕПІДЕМІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ОБЛАСТІ?

У сучасному світі епідемія туберкульозу тісно пов'язана з епідемією ВІЛ/СНІДу. Епідеміологічні прогнози у зв'язку з наростанням епідемії СНІДу досить несприятливі. Збільшення захворюваності на туберкульоз слід очікувати у тих регіонах світу, де імунітет населення серйозно підірваний поширенням ВІЛ-інфекції. Україна – не виняток, вона також потерпає від двох поєднаних епідемій: ВІЛ та туберкульозу.

Перевірка гіпотези 3.1: Розвиток епідемії туберкульозу в області пов'язаний з поширенням епідемії ВІЛ-інфекції.

З 2009 по 2014 рік у Київській області спостерігався приріст як загальної кількості хворих на туберкульоз, що перебувають на обліку (Діаграма 33), так і кількості хворих з уперше встановленим діагнозом активної фази туберкульозу. І лише у 2014 році відбувся спад по обох показниках. Проте кількість хворих на ко-інфекцію ВІЛ-ТБ продовжила зростати як у кількісному, так й у відсотковому значеннях.

Діаграма 33. Загальна кількість хворих туберкульозом та на ТБ-ВІЛ



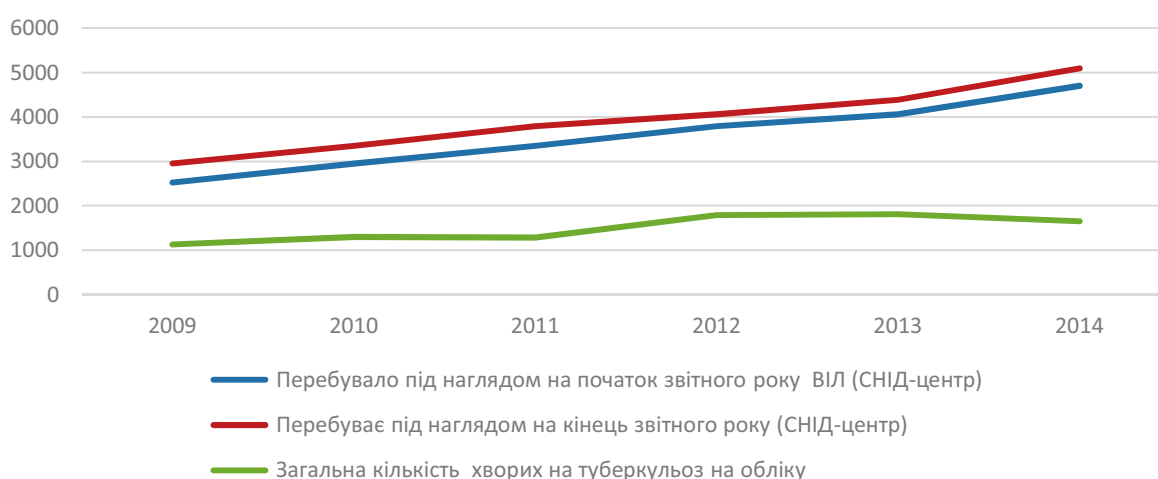
Частка людей з ВІЛ-інфекцією та СНІДом серед осіб з уперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ) залишається високою та має тенденцію до збільшення (Діаграма 34).

Діаграма 34. Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу та кількість ТБ-ВІЛ серед них



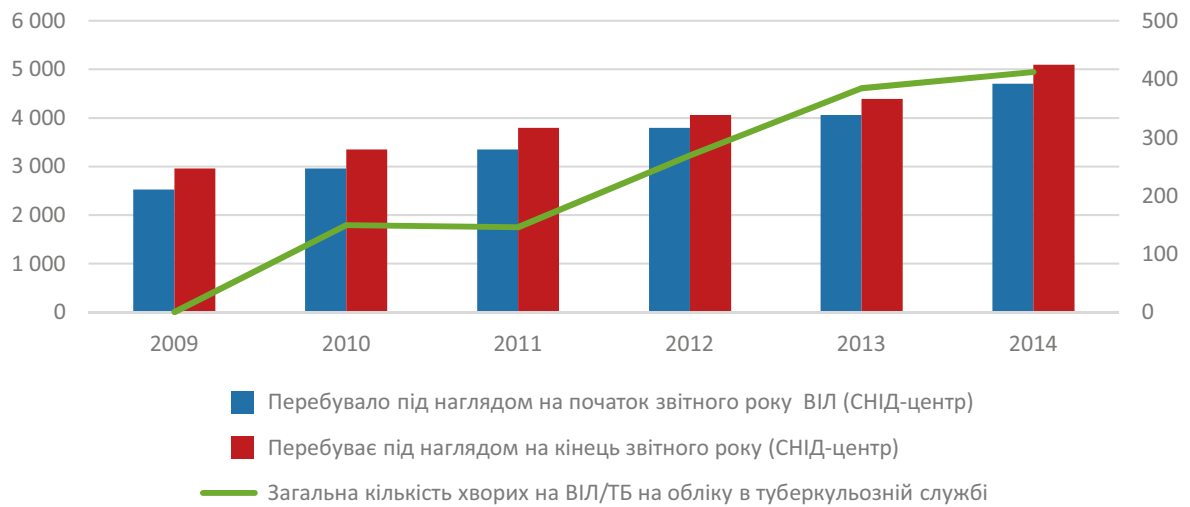
Кількість осіб, які перебувають під наглядом у СНІД-центрі, зростає з року в рік, така ж сама ситуація і з кількістю осіб, що перебувають на обліку в туберкульозній службі, за винятком 2014 року (Діаграма 35).

Діаграма 35. Загальна кількість хворих на ВІЛ та ТБ



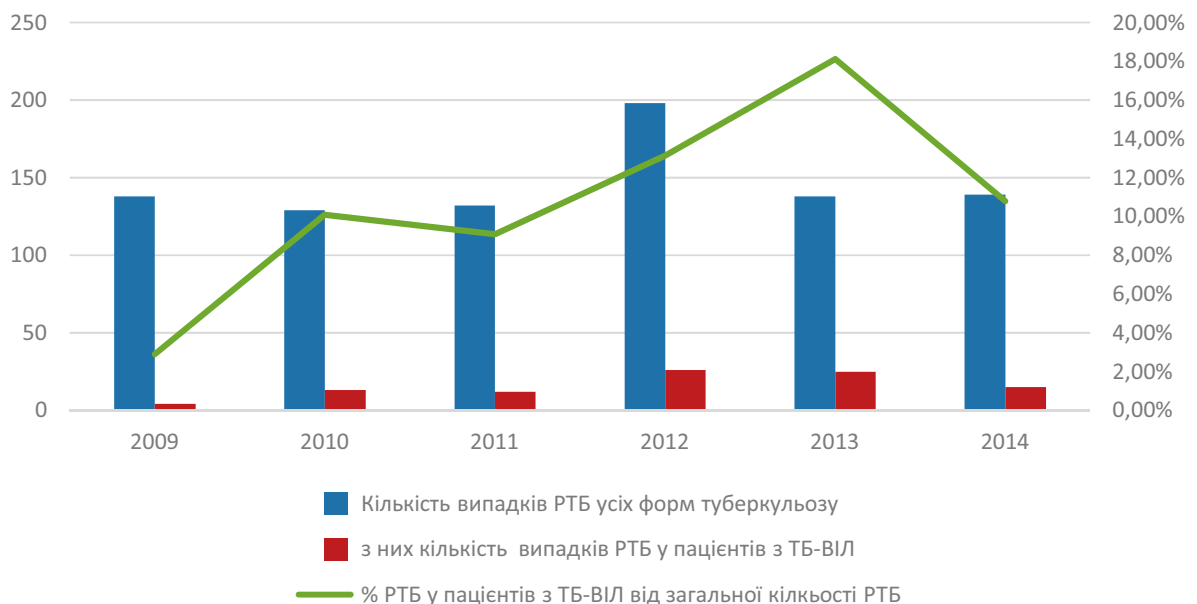
Паралельно було розглянуто зростання кількості хворих на ВІЛ, які перебувають під наглядом у СНІД-центрі, та кількості осіб з ВІЛ-ТБ, які знаходяться під наглядом туберкульозної служби (Діаграма 36). На фоні загального зростання кількості хворих на ВІЛ стрімко зростає кількість хворих на ВІЛ-ТБ, яких реєструє туберкульозна служба.

Діаграма 36. Загальна кількість хворих на ВІЛ (СНІД-центр) та ТБ-ВІЛ (в ТБ-службі)



Крім того, очевидно, що ко-інфекція ВІЛ-ТБ впливає на рецидив туберкульозу. До 2013 року частка РТБ у групі ВІЛ-ТБ пацієнтів постійно зростала, але знову спостерігався спад у 2014 році (Діаграма 37).

Діаграма 37. Кількість випадків РТБ загалом та у ВІЛ-ТБ пацієнтів

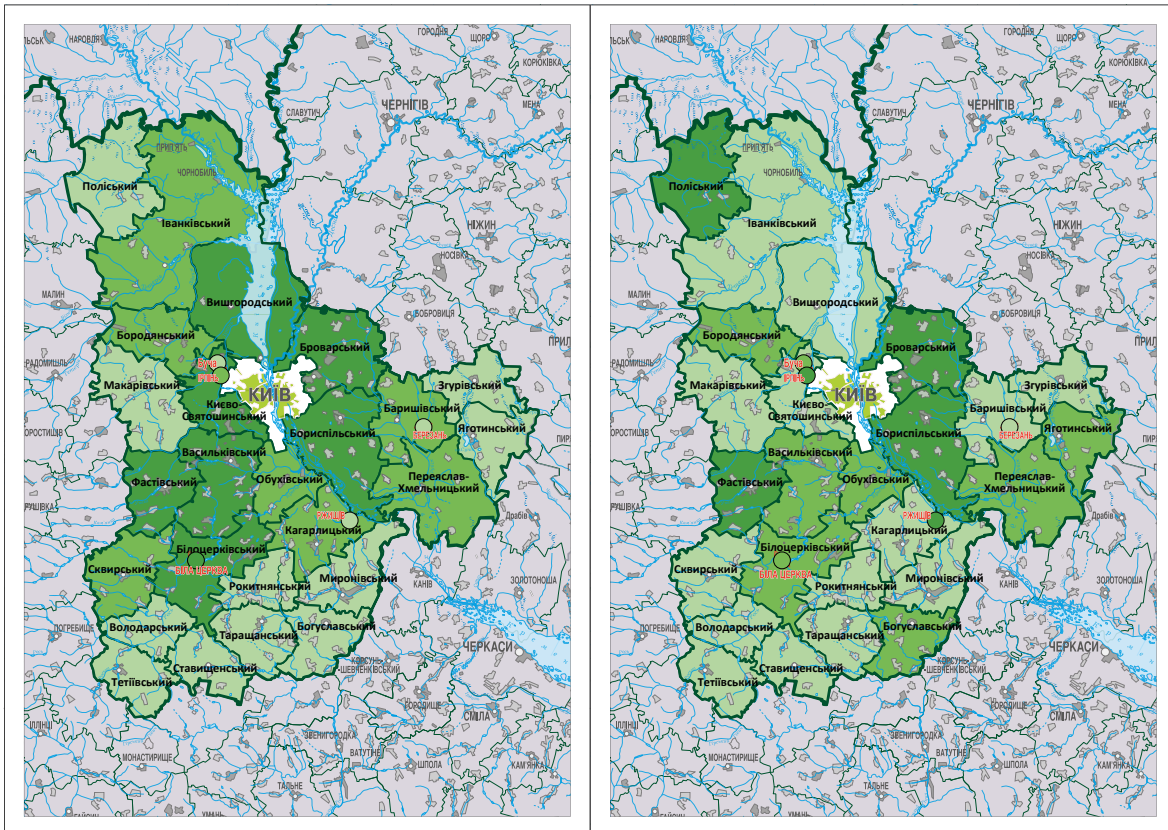


Додатково було здійснено аналіз географічного розташування районів за середнім рівнем захворюваності на туберкульоз. Всі райони було розподілено на три основні групи (Діаграма 38):

- **ПЕРША** – високий рівень захворюваності на ТБ (де в середньому більше 100 осіб, хворих на туберкульоз, на обліку щороку);
- **ДРУГА** – середній рівень захворюваності на ТБ (де в середньому 56–99 осіб, хворих на туберкульоз, на обліку щороку);
- **ТРЕТЯ** – з найнижчим рівнем захворюваності на ТБ (де в середньому 0–55 осіб, хворих на туберкульоз, на обліку щороку).

Діаграма 38. Карта середнього рівня захворюваності на ТБ, 2009-2014р.р.

Діаграма 39. Карта середнього рівня захворюваності на ВІЛ, 2009-2014р.р.



- 0–55 осіб, хворих на ТБ, на обліку щороку
- 56–99 осіб, хворих на ТБ, на обліку щороку
- > 100 осіб, хворих на ТБ, на обліку щороку
- 0–39 ВІЛ+ осіб на 100 тис. населення
- 40–75 ВІЛ+ осіб на 100 тис. населення
- 76–150 ВІЛ+ осіб на 100 тис. населення

Якщо порівняти карту за середнім рівнем захворюваності на туберкульоз з картою районів у контексті захворюваності на ВІЛ (Діаграми 38, 39), то стає очевидним, що райони, яким притаманний середній та високий рівень захворюваності на ВІЛ, також більше уражені захворюваністю на ТБ. Крім того, можна відзначити основні територіальні кластери області, для яких характерний середній та високий рівень захворюваності на ВІЛ і ТБ: навколо Києва та вздовж ключових автомагістралей області.

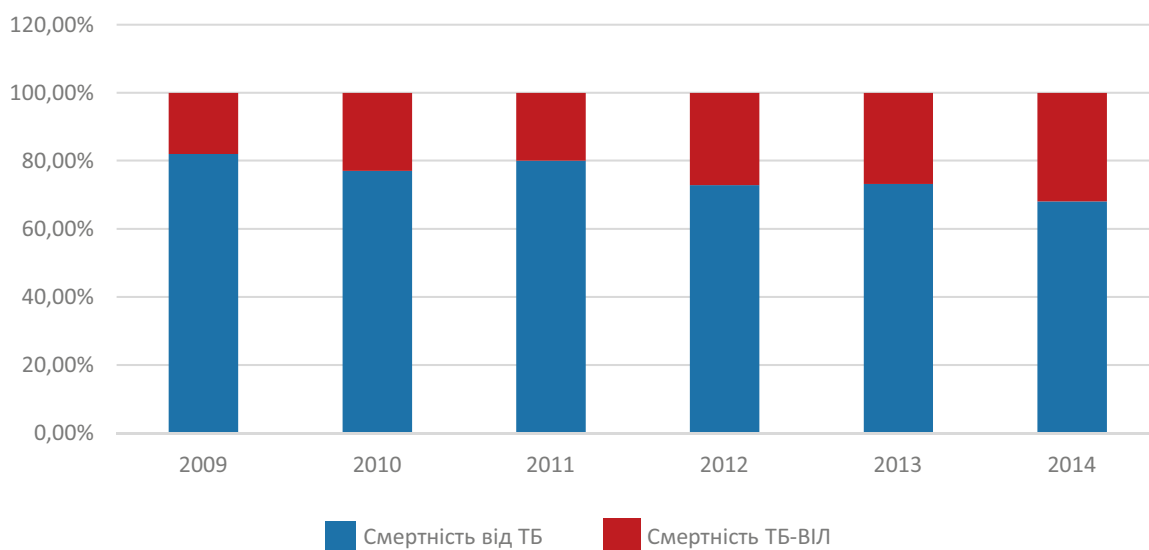
Отже, гіпотеза, що розвиток епідемії туберкульозу в області пов'язаний з поширенням епідемії ВІЛ-інфекції, підтверджується.

Висновки до гіпотези 3.1

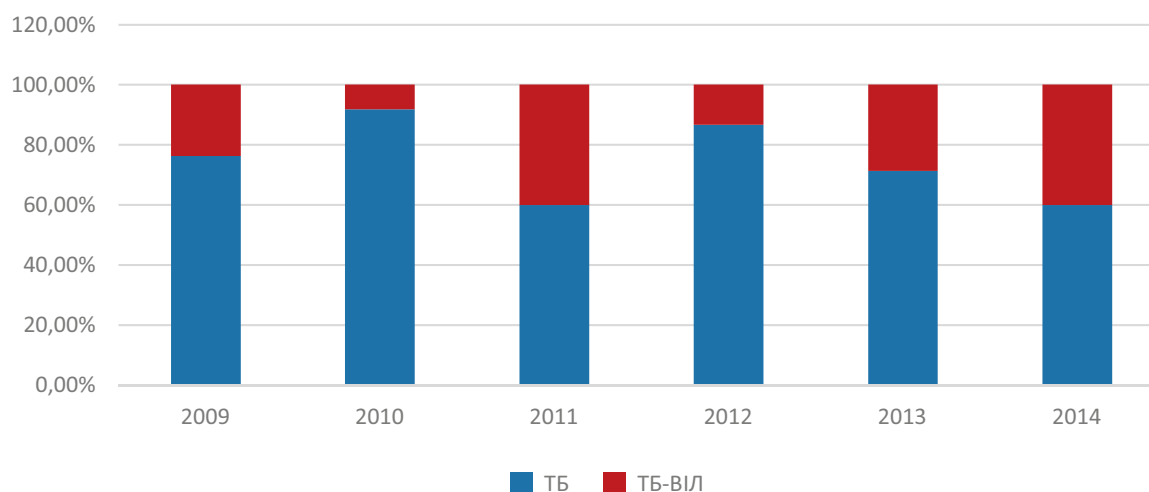
- Розвиток епідемії туберкульозу в області пов'язаний з поширенням епідемії ВІЛ-інфекції.
- Райони області, яким притаманний середній та високий рівень захворюваності на ВІЛ і ТБ, зосереджені навколо Києва та вздовж ключових автомагістралей області.

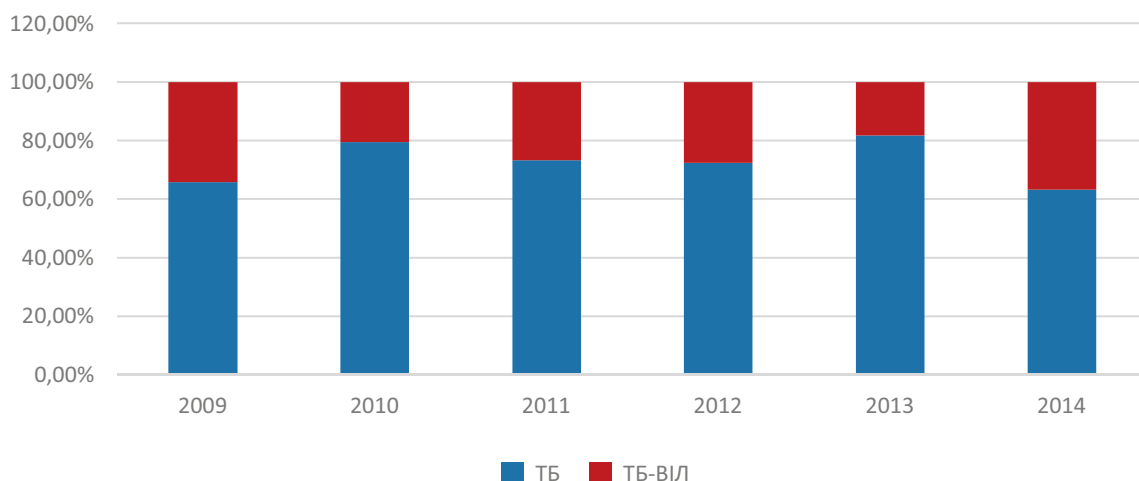
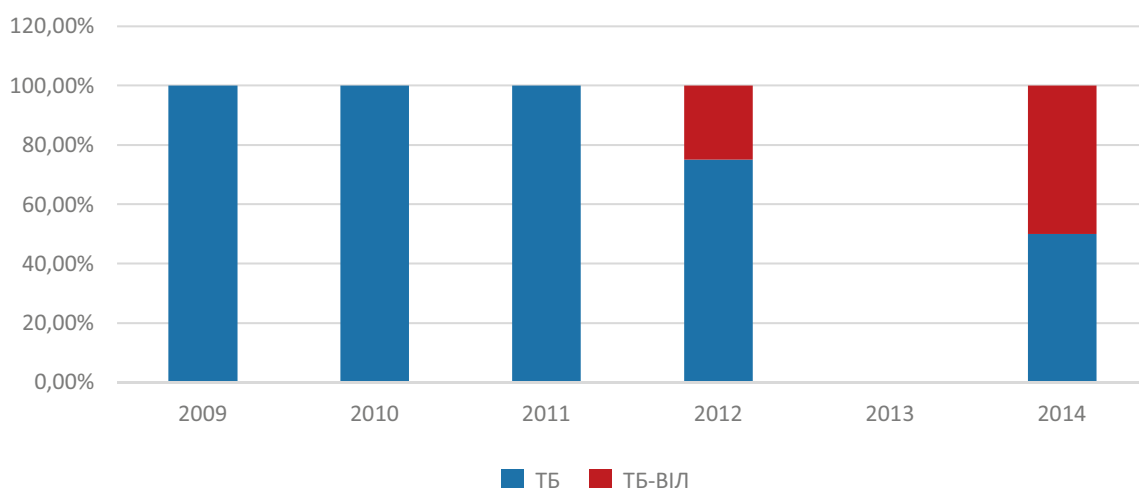
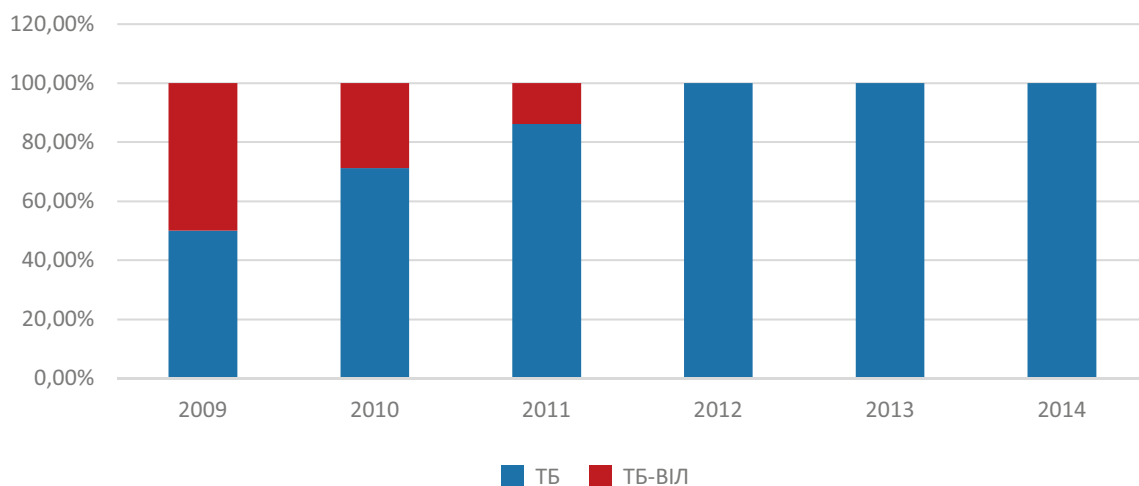
Перевірка гіпотези 3.2: Ко-інфекція ВІЛ-ТБ є основною причиною смерті як ВІЛ-інфікованих, так і хворих на ТБ.

Показник смертності від туберкульозу в Київській області починаючи з 2009 року поступово спадав. Так, у 2009 році смертність від ТБ становила 17,0 на 100 тис. населення, а в 2014 – 11,2 на 100 тис. населення. Чого не скажеш про тенденцію смертності від ВІЛ-ТБ, яка постійно коливається і з року в рік поступово зростає. Так, у 2009 році смертність від ВІЛ-ТБ становила 3,7 на 100 тис. населення, а в 2014 – 5,2 на 100 тис. населення. Частка смертей від ВІЛ-ТБ серед усіх смертей хворих на туберкульоз також зростає (Діаграма 40).

Діаграма 40. Смертність від ТБ та ТБ-ВІЛ

Якщо поглянути на показник смертності серед усіх хворих на туберкульоз у розрізі районів, то можна констатувати різну динаміку цього показника. Так, райони, які входять до групи, що характеризується високим рівнем захворюваності на ВІЛ, а відповідно, і вищим рівнем захворюваності на ТБ (Діаграми 41, 42), демонструють вищий відсоток смертності від ВІЛ-ТБ, ніж райони з низьким рівнем захворюваності на ВІЛ (Діаграми 43, 44).

Діаграма 41. Смертність від ТБ та ТБ-ВІЛ (Бориспільський р-н)

Діаграма 42. Смертність від ТБ та ТБ-ВІЛ (Броварський р-н)**Діаграма 43. Смертність від ТБ та ТБ-ВІЛ (Тетіївський р-н)****Діаграма 44. Смертність від ТБ та ТБ-ВІЛ (Ставищанський р-н)**

На щастя, на даному етапі кількісні показники смертності від ТБ та ВІЛ-ТБ у розрізі районів не надто високі, тому в більшості районів спостерігаються значні коливання частки смертей від ко-інфекції ВІЛ-ТБ та смертей від ТБ, а отже, говорити про динаміку смертності в районах досить складно. Тому даний аналіз проводився у розрізі області.

Ко-інфекція ВІЛ-ТБ залишається однією з ключових причин смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб у Київській області (дані за 2013 та 2014 рр.). Так, у 2013 році частка тих, хто помер внаслідок ко-інфекції ТБ-ВІЛ, серед тих, хто помер з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, складала 44,44%, а в 2014 році – 55,93%.

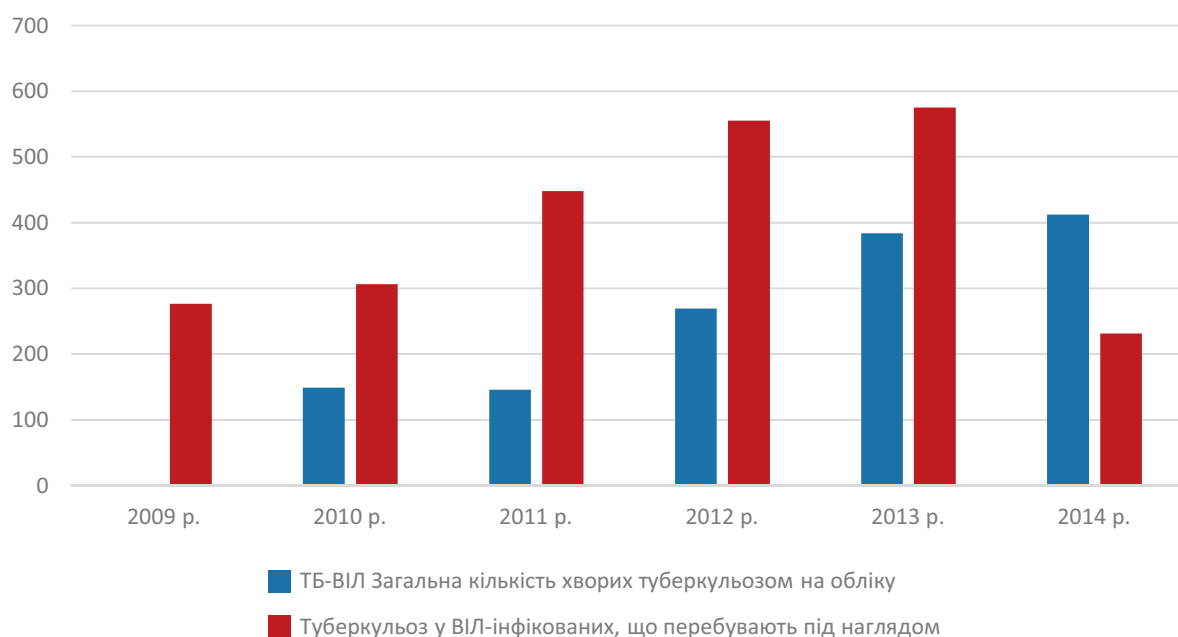
Крім того, значна частина тих, хто помирає від ко-інфекції ВІЛ-ТБ, потребувала АРТ-терапії, але не отримувала її (Діаграма 45).

Діаграма 45. Відсоток смертей внаслідок ко-інфекції ВІЛ-ТБ залежно від того, отримували АРТ чи ні



Було проведено порівняльний аналіз офіційних даних, отриманих з різних джерел. За результатами цього аналізу, загальна кількість хворих на ТБ-ВІЛ по роках, отримана за звітами туберкульозної служби (дані за 2009 рік відсутні), нижча, ніж кількість ВІЛ-інфікованих, які перебувають під наглядом та мають ту чи іншу форму туберкульозу. Виключення складає тільки 2014 рік (Діаграма 46).

Діаграма 46. Кількість хворих на ТБ-ВІЛ

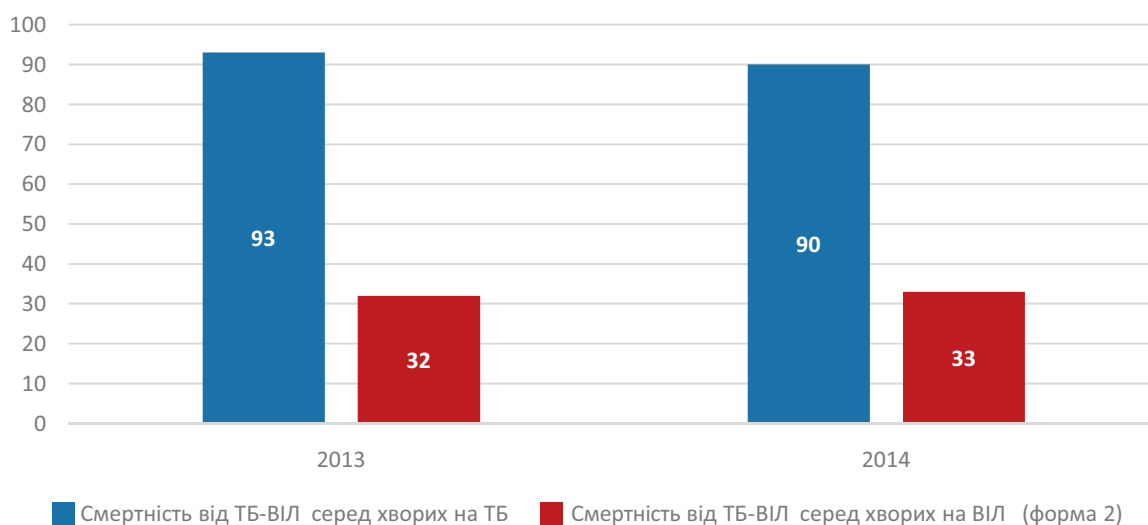


Ці дані свідчать про такі два аспекти в роботі туберкульозної служби:

- районні фтизіатри не передають дані про діагностування ВІЛ без погодження з пацієнтом на регіональний рівень, що в свою чергу впливає на отримання своєчасного лікування – АРТ;
- у закладах протитуберкульозної служби відбувається недовиявлення пацієнтів з ВІЛ-ТБ, що може свідчити про неефективність окремих етапів процедури ДКТ чи недостатній рівень кваліфікаційної підготовки спеціалістів з питань ДКТ в цих закладах.

Додатковим свідченням на користь твердження про те, що фтизіатри не передають дані про діагностування ВІЛ без погодження з пацієнтом, є порівняльний аналіз кількісних показників випадків смертей від ВІЛ-ТБ, взятих з різних джерел туберкульозної служби та СНІД-центру (Діаграма 47).

Діаграма 47. Випадки смерті від ТБ-ВІЛ



Ці дані продовжують демонструвати все ще існуючу розрізненість в зусиллях та підходах до подолання епідемій туберкульозу та ВІЛ/СНІД, які мають очевидний взаємозв'язок в епідеміологічному розумінні. Ці дані ще раз доводять необхідність комплексного підходу та координування зусиль, спрямованих на подолання епідемій на обласному рівні.

Вочевидь, ко-інфекція ВІЛ-ТБ є основною причиною смертності у хворих на СНІД, так само як і в хворих на туберкульоз. Крім того, її доля серед загальної кількості смертей хворих на туберкульоз постійно зростає.

Висновки до гіпотези 3.2

- Існує розрізненість у зусиллях та підходах до подолання епідемій туберкульозу та ВІЛ/СНІД, які мають очевидний взаємозв'язок в епідеміологічному розумінні.
- Ко-інфекція ВІЛ-ТБ є однією з основних причин смертності як серед хворих на ВІЛ, так і хворих на ТБ.

Ключові висновки проведеного аналізу:

- У Київській області є райони, де рівень поширеності ВІЛ-інфекції та захворюваності на ВІЛ залишається високим та має тенденцію до зростання, що не дає змоги говорити про стабілізацію епідемії, а навпаки, свідчить про її зростання.
- Вищий рівень епідемії притаманний центральним районам області, що знаходяться поблизу Києва.
- Групи підвищеного ризику (ЛВІН, ЖКС, ЧСЧ) мають значний вплив на поширення ВІЛ-інфекції в області. Крім того, масштаб епідемії ВІЛ серед ГПР, за офіційними даними, недооцінено.
- Спостерігаються чіткі тенденції до зміщення епідемії у напрямку домінування статевого шляху передачі ВІЛ: статевий шлях передачі випереджає парентеральний, один із найвищих рівнів поширеності ВІЛ серед вагітних (вище за середній по Україні), зростання і домінування статевого (гетеросексуального) шляху передачі ВІЛ серед загального населення, статевого (гетеросексуального) шляху передачі ВІЛ серед чоловіків, поширеності ВІЛ серед підгрупи протестованих за клінічними показниками.
- Існує висока ймовірність, що роль ЧСЧ в епідемічному процесі в області недооцінено; їх роль у поширенні ВІЛ-інфекції як реципієнтів та як джерела ВІЛ поступово зростатиме.
- Жінки, які інфікувалися статевим шляхом, мали статевий контакт з ВІЛ-інфікованим партнером, і більшість цих партнерів – ЛВІН.
- Існує необхідність розширення доступу до тестування на ВІЛ серед ГПР з метою скорочення кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, що пізно діагностуються.
- Існує розрізненість в зусиллях та підходах до подолання епідемій туберкульозу та ВІЛ/СНІД, які мають очевидний взаємозв'язок в епідеміологічному розумінні.
- Ко-інфекція ВІЛ-ТБ є однією з основних причин смертності як серед хворих на ВІЛ, так і серед хворих на ТБ.
- Існує необхідність ранньої діагностики і лікування ВІЛ-інфекції та ко-інфекцій, зокрема туберкульозу, з метою зниження рівня смертності серед хворих на ВІЛ.

1. Rutherford GW, McFarland W, Spindler H, White K, Patel SV, Aberle-Grasse J et. al: Public health triangulation: approach and application to synthesizing data to understand national and local HIV epidemics. BMC Public Health 2012; 10:447.
2. За даними Головного управління статистики у Київській області
<http://kievobl.ukrstat.gov.ua/>
3. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні», № 43.
<http://ucdc.lestrottest.com/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>
4. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційні бюлетені № 31, 33, 35, 37, 39, 43.
http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv_aids/monitoring/information-bulletins
5. Дані Головного управління статистики у Київській області
<http://kievobl.ukrstat.gov.ua/>
6. 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
7. 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
8. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Балакірева О.М., Бондар Т.В. 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>
9. МОНИТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРНОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року) /

Балакірева О.М., Бондар Т.В. 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>

10. 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 / Балакірева О.М., Бондар Т.В., Серета Ю.В. 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>
11. 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 / Большов Є.С., Касянчук М.Г., Трофіменко Л.В. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – 96 с.

Для нотаток

67

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

Підсумковий звіт

Головні виконавці дослідження:

Мирослава Дебелюк

Івана Бозісевич

Юлія Новак

Оксана Харчук

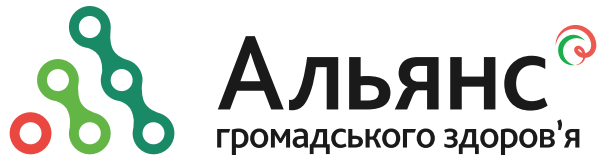
Дмитро Вусик

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. 3,96.

Тираж 100 прим. Замовл. №10/06

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

