

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

Підсумковий звіт



Альянс
громадського здоров'я

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



Київ 2016

УДК 000000000000000000000000
ББК 000000000000000000000000
000

Головні виконавці дослідження:

Середа Юлія, незалежний дослідник, консультант (1)
Чакало Юрія-Івана (Čacalo Jurja-Ivana), доктор медицини (2)
Пономаренко Андрій (3)
Єрмілов Дмитро (3)
Новак Юлія, Спеціаліст із використання і забезпечення якості даних (1)

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

000 **Регіональний проект з тріангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області. Підсумковий звіт.** –Середа Ю., Чакало Ю.-І., Пономаренко А., Єрмілов Д., Новак Ю. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2016. – 60 с.

ISBN 0000000000000000

У звіті представлено результати аналізу даних, які характеризують розвиток ВІЛ-інфекції у Черкаській області. Детально розглянуто питання щодо ключових груп, які є рушійними у поширенні епідемії ВІЛ/СНІДу, та проаналізовано ефективність програм догляду і підтримки ЛЖВ у Черкаській області. Відповіді на ці питання стануть у нагоді людям, які приймають рішення щодо планування та реалізації заходів з протидії ВІЛ-інфекції, керівникам закладів охорони здоров'я, епідеміологам та дослідникам, фахівцям з моніторингу й оцінки, співробітникам неурядових організацій, які надають послуги з профілактики ВІЛ-інфекції, представникам ключових груп населення та людям, які живуть з ВІЛ.

Автори висловлюють подяку регіональним партнерам у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області, зокрема головному лікарю Черкаського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом Левченку Петру Юрійовичу, за підтримку проекту тріангуляції у регіоні, а також іншим зацікавленим особам, які взяли участь у формуванні та виборі питань для регіонального проекту з тріангуляції 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» (METIDA), що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

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

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

УДК 000000000000000000000000
ББК 000000000000

ISBN 000000000000000000000000

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ.....	5
ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	7
Ключові результати	7
Прогалини у стратегічній інформації	8
Рекомендації національного рівня	9
Рекомендації обласного рівня	10
ВСТУП	11
МЕТОДОЛОГІЯ	13
ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА КОНТЕКСТ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ЧЕРКАСЬКІЙ ОБЛАСТІ	16
Загальна інформація про область.....	16
Епідемічна ситуація	19
Питання 1. ЯКА ГРУПА Є РУШІЙНОЮ У ПОШИРЕННІ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ В ЧЕРКАСЬКІЙ ОБЛАСТІ?	24
Гіпотези	24
Результати.....	24
Висновки	46
Питання 2. ЧИ Є ЕФЕКТИВНИМИ ПРОГРАМИ ДОГЛЯДУ І ПІДТРИМКИ ЛЖВ У ЧЕРКАСЬКІЙ ОБЛАСТІ?	48
Гіпотези	48
Результати.....	48
Висновки	56
РЕКОМЕНДАЦІЇ	57
Прогалини у стратегічній інформації:	57
Національний рівень	58
Обласний рівень	58
Малюнки	
Рис. 1. Карти Черкаської області: межуючі області та розподіл адміністративних районів	17
Рис. 2. Розподіл постійного населення області за статтю та віком	18
Рис. 3. Динаміка співвідношення шляхів передачі ВІЛ, %	20
Рис. 4. Динаміка вертикальної трансмісії ВІЛ, %	20
Рис. 5. Динаміка поширеності ВІЛ, СНІДу та смертності від СНІДу на 100 тис. населення	21
Рис. 6. Оцінка чисельності ЛВІН по районах області, осіб (2012)	22
Рис. 7. Динаміка поширеності ВІЛ на 100 тис. населення	25
Рис. 8. Динаміка поширеності ВІЛ-інфекції у порівнянні з динамікою поширеності СНІДу (на 100 тис. нас.)	26
Рис. 9. Середній темп приросту поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу (2006–2014 рр.)	27
Рис. 10. Райони з високими темпами приросту поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу (2006–2014 рр.)	27
Рис. 11. Динаміка співвідношення захворювань на СНІД серед вперше виявлених ВІЛ-інфікованих	28
Рис. 12. Відсоток вперше виявлених ВІЛ+ у IV клінічній стадії у 2014 р. за районами	29
Рис. 13. Райони з високими темпами приросту поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу, а також високим рівнем захворювання на СНІД серед вперше виявлених ВІЛ-інфікованих (2006-2014 рр.)	29
Рис. 14. Динаміка тестувань на ВІЛ на 100 тис. населення	30
Рис. 15. Динаміка охоплення населення тестуванням на ВІЛ, за даними СЕМ, у межах визначених кластерів районів, %	31

Рис. 16. Динаміка результатів сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних (КОД 109.1)	32
Рис. 17. Динаміка поширеності ВІЛ серед вагітних, за даними СЕМ	33
Рис. 18. Динаміка результатів сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних, за даними СЕМ	33
Рис. 19. Поширеність ВІЛ-інфекції / СНІДу у великих містах та районах області	34
Рис. 20. Динаміка тестувань на ВІЛ у великих містах та районах області	34
Рис. 21. Прогноз оціночної чисельності ЛЖВ за групами ризику (Spectrum)	35
Рис. 22. Прогноз динаміки захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед груп ризику (Spectrum)	36
Рис. 23. Розподіл районів відповідно до частки парентерального шляху передачі від загалу нових зареєстрованих випадків ВІЛ за районами (2009–2014 рр., населення у віці 15–49 років)	36
Рис. 24. Розподіл осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (незалежно від стадії захворювання) за статтю, віком та шляхами передачі інфекції	37
Рис. 25. Динаміка поширеності ВІЛ-інфекції серед вагітних за квантилями районів Черкаської області з найнижчим та найвищим відсотком парентерального шляху передачі серед загалу нових зареєстрованих випадків	37
Рис. 26. Розподіл осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (незалежно від стадії захворювання) за статтю, віком та шляхами передачі інфекції	38
Рис. 27. Прогноз захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 1 тис. населення за віком та статтю (Spectrum)	39
Рис. 28. Прогноз захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 1 тис. населення за віком та статтю (Spectrum)	39
Рис. 29. Динаміка виявлення ВІЛ-позитивних осіб з груп підвищеного ризику (СЕМ, за кодами 101.2 – «особи, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами», 102 – «особи, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин», 103 – «особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом», 105 – «особи з ризикованою статеву поведінкою», 105.2 – «особи, які надають сексуальні послуги за винагороду»)	40
Рис. 30. Динаміка виявлення ВІЛ-позитивних осіб з груп підвищеного ризику (СЕМ, за кодами 101.2 – «особи, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами», 102 – «особи, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин», 103 – «особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом», 105 – «особи з ризикованою статеву поведінкою», 105.2 – «особи, які надають сексуальні послуги за винагороду»)	40
Рис. 31. Поширеність ВІЛ серед груп ризику (Syrex)	41
Рис. 32. Поширеність ІПСШ, за даними програмного моніторингу (Syrex), %	41
Рис. 33. Поширеність ВІЛ серед груп ризику (ІБПД)	42
Рис. 34. Повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту, % (ІБПД)	42
Рис. 35. Повідомили про використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції, % (ІБПД)	43
Рис. 36. Протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та отримали його результат, % (ІБПД)	43
Рис. 37. Охоплення тестуванням на ВІЛ, за даними програмного моніторингу (Syrex), осіб	44
Рис. 38. Охоплення профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу (Syrex), осіб	45
Рис. 39. Охоплені профілактичними програмами, за даними ІБПД, %	45
Рис. 40. Охоплення послугами ДіП, за даними програмного моніторингу (Case ++), % ЛЖВ	49
Рис. 41. Охоплення послугами ДіП, за даними програмного моніторингу (Case ++), та оціночна чисельність ЛЖВ (Spectrum), осіб	49
Рис. 42. Каскад послуг для ЛЖВ у Черкаській області станом на 01.01.2015 р.	50
Рис. 43. Каскад послуг для ВІЛ-інфікованих ЛВІН у Черкаській області станом на 01.01.2015 р.	51
А. Сайти АРТ в Черкаській області	53
В. Сайти послуг ДіП для ЛЖВ	53
С. Рівень поширеності ВІЛ на 100 тис. населення	54
Рис. 44. Диференціація районів області за рівнем поширеності ВІЛ, наявністю сайтів АРТ та програм ДіП станом на 01.01.2015 р.	54

Таблиці

Таблиця 1. Етапи тріангуляції	13
Таблиця 2. Порівняння показників диспансеризації та смертності від СНІДу в районах, де наявні та відсутні програми ДіП (райони з подібним епідеміологічним профілем)	55

Список скорочень

5

PEPFAR	Надзвичайний план Президента США з боротьби зі СНІДом
UCSF	Університет Каліфорнії, Сан-Франциско, США
Альянс	Альянс громадського здоров'я
АРТ	Антиретровірусна терапія
ВГ	Вірусний гепатит
ВГС	Вірус гепатиту С, вірусний гепатит С
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГО	Громадські організації
ГР	Групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ
ДіП	Догляд і підтримка
ДУ	Державна установа
ЖКС	Жінки комерційного сексу
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
ІБПД	Інтегроване біоповедінкове дослідження
ІПСШ	Інфекції, які передаються статевим шляхом
ІФА	Імуноферментний аналіз
КД	Кабінет «Довіра»
КіТ	Консультавання і тестування (на ВІЛ)
ЛВІН	Люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
МБФ	Міжнародний благодійний фонд

Мережа	ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»
МіО	Моніторинг і оцінка
НУО	Неурядова організація
СД4	Клітини, вид лімфоцитів
СЕМ	Сероепідмоніторинг
СНІД	Синдром набутого імунodefіциту
ТБ	Туберкульоз
ЧСЧ	Чоловіки, які мають секс з чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

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

1. Яка група є рушійною у поширенні епідемії ВІЛ/СНІДу в Черкаській області?
2. Чи є ефективними програми догляду і підтримки ЛЖВ у Черкаській області?

Цей остаточний звіт підсумовує роботу, проведenu за період з травня по грудень 2015 року.

Ключові результати

- В адміністративно-територіальному вимірі **рушійними групами у поширенні епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області є мешканці великих міст, а також районів, наближених до областей з порівняно вищим рівнем епідемії**. За темпами розвитку епідемії можна виокремити три географічні кластери: центрально-східний (Городищенський, Звенигородський, Катеринопільський, Черкаський та Чорнобаївський райони), де спостерігається інтенсивне зростання кількості випадків СНІДу при середньому рівні поширеності ВІЛ; південно-східний (Чигиринський та Кам'янський райони) – кластер «нової епідемії», де швидко зростає кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, проте рівень поширення СНІДу є низьким у порівнянні з іншими районами області; західний (Жашківський район) – одночасно високі темпи приросту випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу.
- **ЛВІН залишаються основною групою ризику в Черкаській області**. За різними джерелами, серед ЛВІН зафіксовано найвищий рівень поширеності ВІЛ. Зменшення випадків з парентеральним шляхом передачі характерно, як правило, для молоді, а серед ЛВІН у віці від 25 років, згідно рутинного моніторингу, навпаки, є ознаки переважання парентерального шляху передачі ВІЛ-інфекції. Саме в цій досліджуваній категорії останніми роками спостерігається зниження рівня користування презервативами та рівня охоплення тестуванням на ВІЛ.
- Зростання гетеросексуального шляху передачі ВІЛ-інфекції переважає серед старшої вікової групи (25 років і старше). **Внесок ЖКС у гетеросексуальний шлях передачі є мінімальним**. Зважаючи на те, що спостерігається погіршення практик використання презервативів

серед ЛВІН, а моделювання епідемії демонструє збільшення оціночної чисельності ЛЖВ серед населення, яке не відноситься до груп ризику, можна припустити, що **роль такої групи-містка, як статеві партнери ЛВІН, посиляться.**

- Висхідні тенденції у прогнозі рівня інфікованості серед ЧСЧ та високий рівень поширеності ВІЛ серед осіб з ІПСШ, за даними СЕМ, свідчить: **зростання гетеросексуального шляху передачі ВІЛ-інфекції може пояснюватися також фактом помилкової класифікації випадків ЧСЧ як гетеросексуального шляху через стигму до цієї групи ризику.** Рівень охоплення тестуванням на ВІЛ серед ЧСЧ суттєво відрізняється у старшій та молодшій вікових групах: 90% серед ЧСЧ у віці від 25 років та 63% серед молодших ЧСЧ, за даними ІБПД 2013 року. У подальшій профілактичній роботі уваги потребує залучення саме молодих ЧСЧ.
- Аналіз каскадів послуг для ЛЖВ демонструє: **основні прогалини спостерігаються у виявленні ВІЛ-інфікованих та їх постановці на облік у центрі СНІДу.** Майже п'ята частина зареєстрованих ЛЖВ втрачається на етапі охоплення активною диспансеризацією. Серед усіх ЛЖВ в Черкаській області лише 8% осіб мають невизначальне вірусне навантаження. Серед ВІЛ-позитивних ЛВІН 2% осіб отримують ефективну АРТ (невизначальне вірусне навантаження).
- **Доступність ДіП для ЛЖВ в Черкаській області є надто обмеженою:** такі послуги є лише у трьох районах з двадцяти. На сьогодні 13% чоловіків та 16% жінок від загалу оціночної чисельності ЛЖВ в області охоплені послугами ДіП. Щодо ВІЛ-інфікованих ЛВІН, то рівні охоплення такими послугами ще нижчі: 6% чоловіків та 10% жінок від загалу оціночної чисельності ЛВІН-ЛЖВ. Разом з тим, наявні ознаки того, що програми ДіП є ефективними. **У районах Черкаської області, де діють програми ДіП, спостерігаються вищі рівні охоплення ЛЖВ загальною, своєчасною та активною диспансеризацією, а також нижчий рівень смертності від СНІДу.**

Прогалини у стратегічній інформації

- Відсутня статистична інформація щодо показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Нові випадки ВІЛ-інфекції є тільки новими у контексті їх реєстрації, проте не надають інформацію про недавнє інфікування.
- ІБПД серед ЖКС в Черкаській області у 2013 році не проводилося, отже, є лише дві точки у часі (2008/2009 та 2011 рр.), що ускладнює використання цього джерела даних для оцінки тенденцій. Незважаючи на низький рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ЖКС у Черкаській області, важливим є подальший моніторинг цієї групи.
- Дані рутинного епідагляду не дозволяють стратифікацію даних за шляхами передачі, віком та статтю нових випадків ВІЛ-інфекції у межах окремих адміністративно-територіальних пунктів області, що

ускладнює інтерпретацію районних відмінностей розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

- Доволі обмеженими є оціночні дані щодо груп ризику та уразливих груп на регіональному рівні. У 2015 році в Черкаській області вперше здійснювався розрахунок оціночної чисельності ВІЛ-інфікованих ЛВІН, ЖКС та ЧСЧ на базі Spectrum. Відсутня інформація щодо оціночної чисельності підлітків груп ризику, уразливих груп (вулична молодь, далекобійники тощо), а також груп-містків (статеві партнери ЛВІН, комерційні та некомерційні клієнти ЖКС).
- Окремої уваги потребує оцінка внеску гомосексуального шляху передачі серед нових випадків ВІЛ-інфекції. З цією метою має бути проведено дослідження наявності антитіл до ядерного антигену вірусного гепатиту В серед ВІЛ-позитивних чоловіків, контролюючи відсутність серологічних маркерів ВГС та досвіду споживання ін'єкційних наркотиків.
- Через відсутність системи персоніфікованого обліку пацієнтів страждає якість даних при побудові каскаду послуг та його інтерпретації. Наприклад, показник чисельності ЛВІН, які перебувають на медобліку, може бути розрахований на основі інформації про кількість випадків з парентеральним шляхом передачі. Проте показник «Кількість ЛВІН на АРТ» враховує тільки «активних ЛВІН» за методологією рутинної статистики УЦКС. Відповідно показник кількості ЛВІН на АРТ, за даними рутинного моніторингу, є лише мінімальною оцінкою. Важко оцінити кількість ЛЖВ з ефективною АРТ, оскільки на сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей.
- Аналіз епідемії серед ЛВІН ускладнюється тим, що категорія «споживач ін'єкційних наркотиків» має різну інтерпретацію для різних цілей. Для біоповедінкових досліджень (активні ЛВІН) – це особа віком 14 років і старше, яка мала досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом за останні 30 днів. У рамках рутинної статистики УЦКС до категорії активних ЛВІН відноситься особа, яка: (С3) – не заперечує епізодичного вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом; (С4) – не заперечує систематичного вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом; (С5) – перебуває у програмі замісної підтримувальної терапії.

Рекомендації національного рівня

- З метою моніторингу «істинної» захворюваності на ВІЛ запровадити використання лабораторних методів діагностики ВІЛ-інфекції для оцінки недавніх випадків інфікування (RITA) в рамках Загальнодержавної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні.
- Запровадити систему електронного персоніфікованого обліку ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що дозволить отримувати всі послуги у межах

догляду, підтримки та лікування, враховуючи соціально-демографічні характеристики та групу ризику.

- Розширити доступ ЛЖВ до АРТ через зміну національного клінічного протоколу: початок лікування, починаючи з рівня 500 CD4-клітин, призначення АРТ усім ВІЛ-позитивним особам у серодискордантних парах.
- Здійснювати дозорний епіднагляд серед груп-містків, у першу чергу статевих партнерів-ЛВІН.
- Затвердити та включити показники, необхідні для побудови каскадів ЛЖВ та ЛВІН-ЛЖВ, до національного плану МіО, розробити інструкції щодо збору та розрахунку значень цих показників.

Рекомендації обласного рівня

- Збільшити питому вагу обстежень на ВІЛ-інфекцію груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (у першу чергу серед ЛВІН та ЧСЧ, статевих партнерів осіб з груп ризику, пацієнтів з інфекціями, що передаються статевим шляхом).
- Посилити роботу щодо повноти та своєчасності охоплення ВІЛ-інфікованих диспансерним наглядом (не нижче 80%) шляхом забезпечення якісного КіТ на ВІЛ-інфекцію, ефективної переадресації ВІЛ-позитивних осіб від неурядових організацій, лікарів закладів охорони здоров'я до лікарів-інфекціоністів кабінетів «Довіра».
- Сприяти поширенню програм догляду і підтримки ЛЖВ в області, особливо у таких районах, як Городищенський, Звенигородський, Катеринопільський, Чорнобаївський, Чигиринський, Кам'янський та Жашківський.
- Посилити заходи щодо активізації та якості медичного нагляду за диспансерною групою.
- Звернути особливу увагу на захворюваність серед осіб віком 15–24 років та сприяти посиленню заходів з первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед підлітків і молоді.
- Забезпечити обстеження на маркери вірусних гепатитів В і С всіх ВІЛ-інфікованих осіб, які вперше взяті під медичний нагляд.
- Обговорити та затвердити розрахунки оціночної чисельності ЛЖВ, включаючи оцінки за різними групами ризику, з регіональними експертами та зацікавленими особами на Координаційній раді.
- З метою розширення доступу малих міст та селищ до тестування на ВІЛ-інфекцію забезпечити заклади первинної медичної допомоги районного та сільського рівнів швидкими тестами відповідно до реальних потреб, провести навчання персоналу з КіТ.

Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні має свої особливості у різних регіонах країни.¹ Відрізняються не лише рівні поширеності та захворюваності, а й ключові групи ризику, тренди у догляді, підтримці та лікуванні ЛЖВ, прогрес у профілактичних заходах.² Сьогодні в регіонах накопичено чималий масив інформації про різні аспекти епідемії ВІЛ-інфекції. Здійснюється епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІДом та хворобами, що мають високий рівень поширеності серед хворих на ВІЛ-інфекцію, регулярно реалізуються моніторингові біоповедінкові дослідження серед населення в цілому та у цільових групах, відстежуються результати впровадження профілактичних програм, програм/проектів. Регіональні Центри МіО посідають лідируючі позиції у здійсненні моніторингу та оцінки ефективності програмних заходів протидії ВІЛ-інфекції й захворюванню на туберкульоз, а також розповсюдження інформації щодо поширення епідемічного процесу з ВІЛ-інфекції/туберкульозу.

Разом з тим регулярне проведення поглибленого аналізу даних, систематизація та синтез декількох джерел інформації для удосконалення відповіді на епідемію є ключовою характеристикою епіднагляду другого покоління. Проте на практиці це стає викликом через брак кадрових та фінансових ресурсів. З метою подолання такої прогалини було започатковано регіональні проекти з триангуляції даних у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу в межах проекту «Технічна допомога в сфері МіО та ефективного використання даних» (Проект Метіда) за технічної підтримки Центру з контролю та профілактики захворювань США в рамках Надзвичайного плану Президента США з боротьби зі СНІДом (PEPFAR).

У Черкаській області проект передбачав збір та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції з метою відповіді на два ключові питання:

- 1. Яка група є рушійною у поширенні епідемії ВІЛ/СНІДу в Черкаській області?**
- 2. Чи є ефективними програми догляду і підтримки ЛЖВ у Черкаській області?**

¹ Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2013 р. // Міністерство охорони здоров'я України, Європейське бюро ВООЗ, ЮНЕЙДС Україна, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. – Київ, 2013. – 40 с.

² ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень / Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. – № 42. – К., 2015.

Такі питання було узгоджено на зустрічі партнерів, скликаній обласним центром профілактики та боротьби зі СНІДом за участю фахівців Центру, соціальних служб, пенітенціарної служби, надавачів послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, а також інших користувачів і власників наявних даних. Загалом розглянуто понад двадцять питань у трьох сферах протидії епідемії ВІЛ-інфекції: епідеміологія, профілактика, лікування і догляд.

У звіті викладено результати збору, аналізу та синтезу даних з різних джерел інформації у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області, зокрема епіднагляду, програмного моніторингу, результатів досліджень, підтверджених даними місцевих і національних партнерів. Результати допоможуть краще зрозуміти характер та динаміку епідемії ВІЛ-інфекції в області, отримати стратегічну інформацію для подальшого цільового планування та впровадження профілактичних програм. Кінцевою метою проекту є сприяння процесу прийняття управлінських рішень, зокрема у межах координаційних рад з питань протидії туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДу, національних та міжнародних конференцій, «круглих столів», робочих зустрічей тощо.

Поняття та процес тріангуляції. Тріангуляція – це процес розгляду, синтезу та інтерпретації вторинних даних з кількох джерел, що характеризують одне й те саме питання, спрямований на прийняття обґрунтованих рішень.³ Тріангуляція не виводить причинно-наслідкові зв'язки, а пропонує раціональне пояснення та інтерпретацію наявних даних, з використанням ефективних прийомів і методів їх збору – кількісних і якісних досліджень, експертних оцінок різних фахівців.

Проведення тріангуляції здійснюється у певній послідовності й включає три основні етапи: планування, аналіз та інформування про результати (табл. 1).

Таблиця 1. Етапи тріангуляції

Етапи	Пов'язані кроки
Планування	Крок 1: Визначити ключові питання
	Крок 2: Переконатися, що на питання буде знайдено відповіді та вжито 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: Занеобхідності 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

³ Rutherford GW, McFarland W, Spindler H, et al. Public health triangulation: approach and application to synthesizing data to understand national and local HIV epidemics. BMC Public Health. 2012; 10:447.

Незважаючи на наявність послідовності кроків, тріангуляція насправді є циклічним процесом, у якому повернення до попередньої дії є необхідним елементом. За появи нової інформації попередні кроки можуть повторюватися.

Участь зацікавлених сторін. Для забезпечення успішності тріангуляції всі основні етапи проекту здійснювалися у тісній співпраці з ключовими зацікавленими сторонами у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні. Зацікавлені сторони брали участь у визначенні пріоритетних питань, пошуку та збору даних, аналізі, інтерпретації та використанні отриманих результатів у межах робочих зустрічей та спеціальних консультацій. Склад зацікавлених сторін включав представників державних та неурядових організацій: Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Управління охорони здоров'я, Управління у справах сім'ї та молоді, Управління Державної пенітенціарної служби України, Управління освіти та науки, Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, БО «Від серця – до серця», БФ «Інсайт», ГО «Гей-альянс Черкаси», Обласне відділення ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВС».

Вибір питань для тріангуляції. Партнери та дослідники обрали потенційні питання для дослідження за такими критеріями:

- **Важливість:** Чи буде відповідь на питання значущою для кращого розуміння епідемії ВІЛ?
- **Практичність:** Можливість вживати заходів: чи можна використовувати результати процесу для забезпечення вдосконалення програм профілактики ВІЛ або лікування ВІЛ/СНІДу, заходів щодо догляду та підтримки?
- **Наявність даних:** Чи доступні хоча б три джерела вторинних даних, які можуть допомогти відповісти на питання?
- **Прийнятність:** Чи є тріангуляція прийнятним методом, щоб відповісти на питання? Чи можна краще відповісти на питання за допомогою іншого наукового дослідження? Чи вже досліджувалося дане питання?
- **Здійсненність:** Чи можна закінчити реалізацію проекту в прийнятні терміни? Чи достатньо доступних ресурсів для завершення аналізу?

Джерела даних. Для роботи було зібрано дані з опублікованих звітів, баз даних та інформацію, що знаходиться у відкритому доступі, агреговані дані у відкритому доступі та результати досліджень. Збір первинних даних не проводився, люди як суб'єкти дослідження не залучалися.

У тріангуляції даних в Черкаській області використовувалися такі джерела даних та інформації:

1. Центр СНІДу:

- нові зареєстровані випадки ВІЛ за шляхами передачі (найкраще у тому форматі, як це було на тренінгу з тріангуляції);
- результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції, включаючи розподіл серед вагітних за кодами 109 і 109.1 та груп підвищеного ризику за кодами 101.2, 102, 103, 104 та 105.2;

- результати епідеміологічного та клінічного моніторингу, включаючи дані щодо пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ/СНІД;
- результати регіонального моделювання епідемії у програмі Spectrum;

2. Протитуберкульозний диспансер:

- дані епідеміологічного та клінічного моніторингу щодо захворюваності, поширеності та смертності від усіх форм туберкульозу всіх категорій та ко-інфекції ТБ/ВІЛ;З)

3. Обласне відділення мережі ЛЖВ:

- кількість ЛЖВ, охоплених послугами мережі з догляду та підтримки;

4. МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»:

- результати програмного моніторингу в Черкаській обл.;
- дані інтегральних біоповедінкових досліджень серед груп ризику (ЛВІН, ЖКС, ЧСЧ).

Період аналізу даних: 2005–2014 рр.

Аналіз даних. У результаті збору вторинних даних було отримано різні форми даних: розподіл даних в Excel, масиви даних в SPSS, прогнозні дані у Spectrum. З метою приведення даних до єдиного зручного формату використання підготовлено зведений файл даних в Excel за різними напрямками заходів, територіями, цільовими групами тощо.

Отримані зведені дані використовувалися для побудови графіків та таблиць, які порівнювали або співставляли різні типи даних. Дані аналізувалися у географічному вимірі, за окремими соціально-демографічними групами (вік, стать) та часом. Для візуалізації географічних даних було побудовано карти з використанням онлайн-додатку Indiemapper.

Поширення. Результати проведеної роботи було презентовано на регіональній зустрічі партнерів, що проводилася 26 серпня 2015 року. Обговорення з партнерами та розуміння альтернативних пояснень досягнутих результатів стали основою для підготовки остаточного звіту.

Структура звіту. У звіті представлено коротку характеристику соціально-демографічного та епідеміологічного профілю Черкаської області. В наступних розділах аналізуються дані для відповіді на обрані питання. Для кожного питання сформульовано гіпотези, які під час аналізу підтвердилися, частково підтвердилися або були спростовані. Після аналізу, наведеного для перевірки кожної гіпотези, викладено короткі висновки. Звіт завершується загальними рекомендаціями стосовно впровадження програмних заходів та вдосконалення стратегічної інформації.

Основні характеристики та контекст розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Черкаській області

Загальна інформація про область⁴

Черкаська область розташована у центральній частині України, в басейні середньої течії Дніпра. На півночі межує з Київською, на сході – Полтавською, на півдні – Кіровоградською і на заході – Вінницькою областями (рис. 1). Всі ці області мають гірші рейтингові оцінки щодо інтенсивності епідемічного процесу відповідно до оцінок УЦКС (інформаційний бюлетень з ВІЛ/СНІД за 2014 р.⁵).

Площа Черкаської області становить 20,9 тис. кв. кілометрів, що складає 3,5% території країни (18-те місце в Україні).



⁴ Статистичні дані щодо соціально-демографічного профілю області систематизовано на основі Стратегії розвитку Черкаської області на період до 2020 р. (http://www.ck-oda.gov.ua/docs/2015/strategy_2020.pdf) та даних регіональної статистики Держкомстату України (<http://www.ukrstat.gov.ua>).

⁵ ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень / Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України», Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. – № 42. – К., 2015.

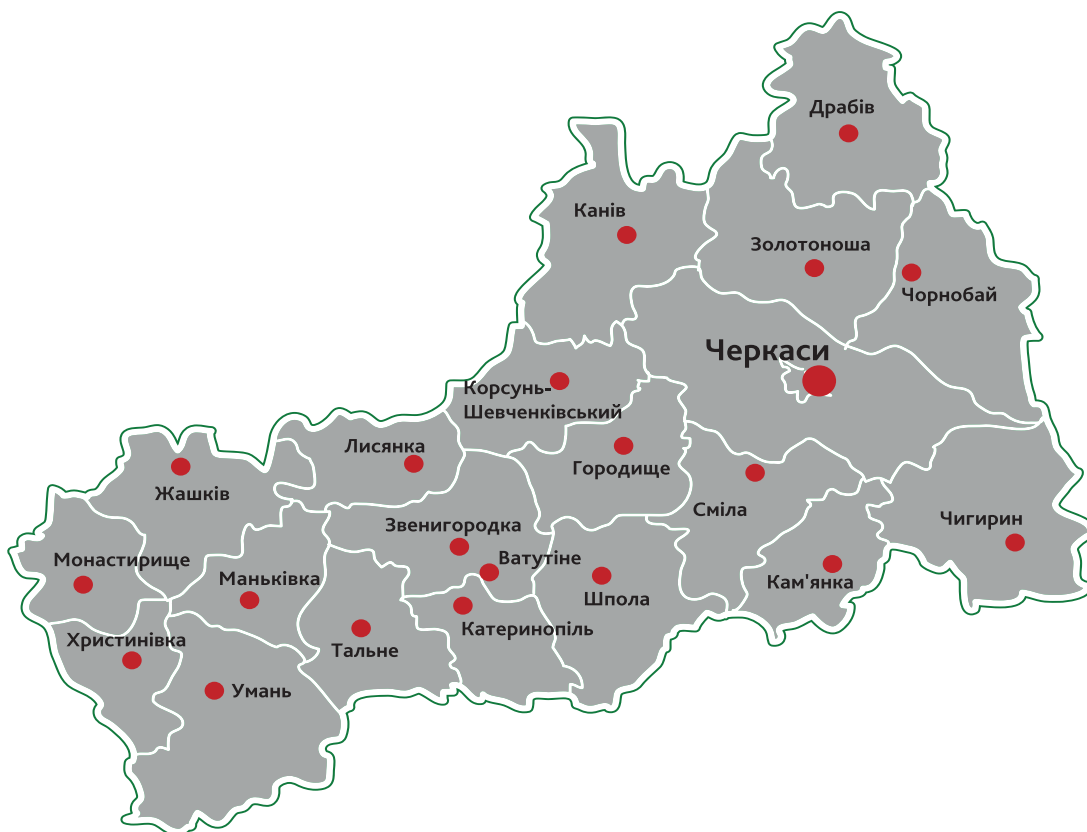


Рис. 1. Карти Черкаської області: межуючі області та розподіл адміністративних районів

Область розташована в географічному центрі України на перетині міжнародних і національних транспортних автомобільних коридорів та великих залізничних вузлів, поблизу головної річки країни – Дніпра. Територією області проходять міжнародні транспортні коридори: «Крїтський № 9», який збігається з автомобільною дорогою М-05 (Е-95) Київ – Одеса, а також коридор «Балтійське море – Чорне море», який збігається з автомобільними дорогами М-05 Київ – Одеса і М-12 Стрий – Тернопіль – Кіровоград – Знам'янка.

У складі області на 1 січня 2006 року – **20 районів**: Городищенський, Дубівський, Жашківський, Звенигородський, Золотоніський, Кам'янський, Канівський, Катеринопільський, Корсунь-Шевченківський, Лисянський, Маньківський, Монастирищенський, Смілянський, Тальнівський, Уманський, Христинівський, Черкаський, Чигиринський, Чорнобаївський, Шполянський; **6 міст обласного значення**: Черкаси, Ватутіне, Золотоноша, Канів, Сміла, Умань; 10 міст районного значення; 15 селищ міського типу та 824 сільські населені пункти. В обласному центрі (м. Черкаси) мешкає 23% населення області.

Частина населених пунктів області відноситься до зони радіоактивного забруднення внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, зокрема чотири населених пункти – віднесені до зони безумовного обов'язкового відселення, 99 – до зони гарантованого добровільного відселення.

Станом на 01.01.2014 року населення області становило 1 259,9 тис. осіб, з них 712,4 (56,5%) проживало в міських поселеннях та 547,5 (43,5%) – у сільській місцевості. За чисельністю населення область посідає **15-те місце в Україні**. Черкаська область належить до густонаселених регіонів. Щільність населення становить

60,3 чол./км². Близько 90% населення мешкає в правобережній частині області, 10% – у лівобережній. Статевий склад населення **характеризується перевагою жіночого населення**. Станом на 01.01.2014 року кількість жінок складала 681,9 тис. осіб (54,3% від загальної кількості постійного населення), чоловіків – 574,4 тис. (45,7%).

В області спостерігається **тенденція старіння населення та відтік молоді**. Середній вік – 42,1 року, що вище середнього віку по Україні (40,6 року). На 1 тис. жителів припадає 338 пенсіонерів.

Загальний рівень народжуваності (9,6‰) нижчий від середнього по Україні (11,1‰), а **рівень смертності – один з найвищих** (в області – 16,2‰, по Україні – 14,6‰).

Область є мононаціональною. Українці становлять 90,5% населення. Найчисельнішою національною меншиною є росіяни, за ними йдуть євреї, поляки, татари, вірмени, болгари.

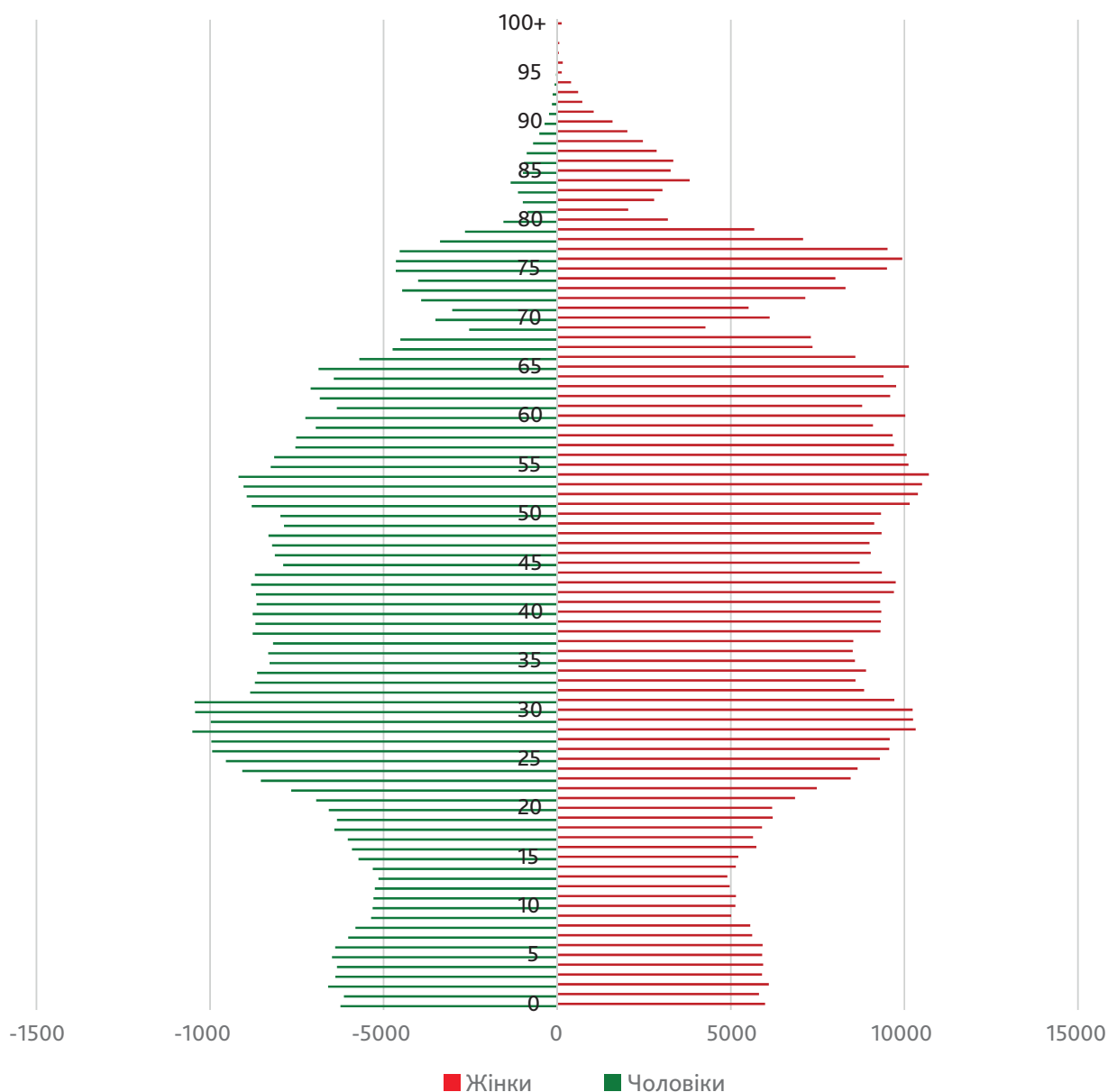


Рис. 2. Розподіл постійного населення області за статтю та віком

Щодо соціально-економічного розвитку, то **серед групи областей-сусідів** (Київська, Полтавська, Кіровоградська, Вінницька, Хмельницька, Житомирська) Черкаська область знаходиться **на 3-му місці за показником ВРП на душу населення після Київської та Вінницької областей**. Разом з тим існують значні диспропорції між районами за рівнем економічного розвитку. В області доволі високий рівень безробіття. У 2014 році кількість зареєстрованих безробітних громадян зросла на 18%.

Упродовж останніх двох років у Черкаську область прибуло понад 16 тис. осіб, які переміщуються з окупованих територій та районів проведення антитерористичної операції у Луганській та Донецькій областях. Проте область знаходиться лише **на 10-му місці за привабливістю для ВПО**, більшість переселенців обирає найближчі до зони бойових дій території. Станом на 01.01.2015 року на обліку в органах соціального захисту населення перебувало 5812 сім'ї, у складі яких 9619 осіб. Зареєстровано 4140 звернень за наданням медичної допомоги осіб, переміщених з АР Крим та східних областей України, з них 2049 дітей.

Епідемічна ситуація⁶

За період 1988–2014 рр. в області зареєстровано 6025 випадків ВІЛ-інфекції (серед них 1085 дітей), у тому числі 2080 випадків захворювань на СНІД (серед них 41 дитина) та 892 випадки смерті від захворювань, обумовлених СНІДом (у т. ч. 16 дітей).

Перші два випадки ВІЛ-інфекції були зареєстровані у 1988 році серед іноземців. У період з 1988 по 1995 рік виявлялися поодинокі випадки захворювання. Всього за цей період зареєстровано 17 ВІЛ-позитивних осіб, які інфікувалися гетеросексуальним шляхом, з них 70% – іноземці, які приїжджали на навчання, 30% – наші співвітчизники, які працювали за кордоном. **З 1996 року розпочинається перехід від початкової до концентрованої епідемії**. Кількість зареєстрованих випадків стала стрімко зростати, в основному за рахунок ЛВІН, і в 1996 році склала 225 осіб, з них 200 – ЛВІН (88,9%). Поширення хвороби набуло характеру епідемії. **З 2006 року статевий шлях передачі починає переважати над парентеральним**, що може свідчити про вихід епідемії у широкі верстви населення або про приховану епідемію.

Розподіл шляхів передачі ВІЛ-інфекції станом на 01.01.2015 року: статевий – 54,2%; парентеральний – 28,3%; від матері до дитини – 17,5%. У 2014 році відбувається зростання частки осіб, які були інфіковані парентеральним шляхом при вживанні наркотичних речовин, – з 24,5% в 2013 році до 28,3% за рахунок ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків, які перебувають в установах Державної пенітенціарної служби України в Черкаській області.

⁶ Систематизовано за даними центру МіО на базі Черкаського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

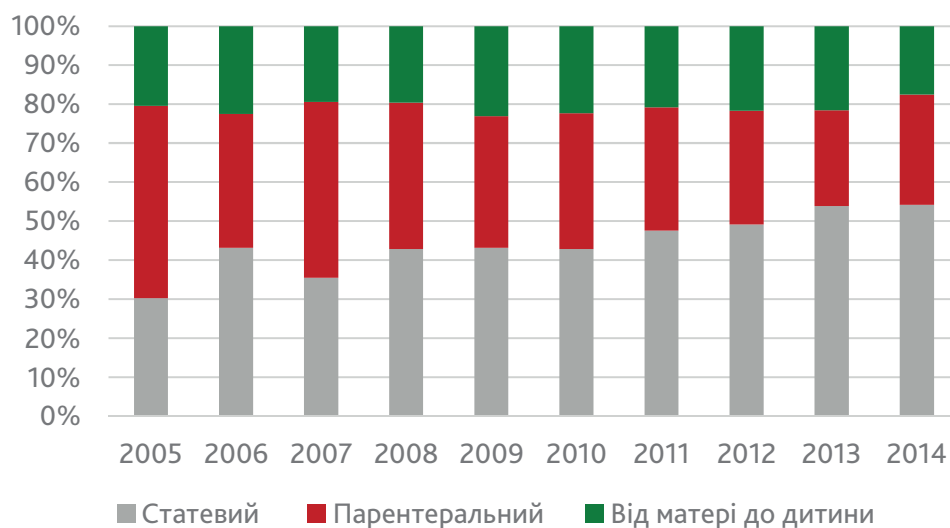


Рис. 3. Динаміка співвідношення шляхів передачі ВІЛ, %

Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини у 2014 році склав 4,1%. У 2013 році показник вертикальної трансмісії ВІЛ по області становив 5%, у 2012 – 4,0%.

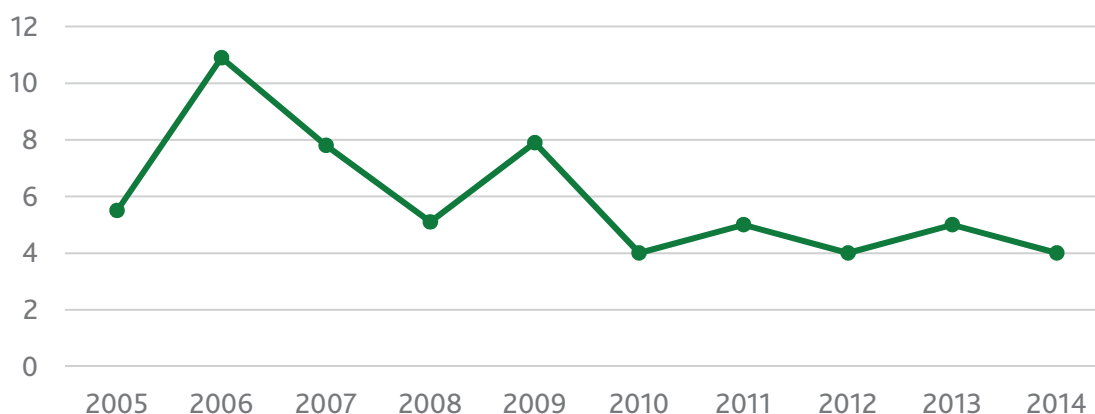


Рис. 4. Динаміка вертикальної трансмісії ВІЛ, %

Загальна кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під диспансерним наглядом в лікувально-профілактичних закладах області, станом на 01.01.2015 року складала 3121 особу, у т. ч. 255 дітей віком до 18 років (з них 88 зі встановленим діагнозом). З діагнозом СНІД на обліку перебуває 895 осіб, з них 24 дитини. Показник поширеності ВІЛ-інфекції за 2014 рік склав 248,4 на 100 тис. населення, СНІДу – 71,2.

Загальний рівень смертності ВІЛ-інфікованих становив 11,9 на 100 тис. населення (в 2013 р. – 11,3), смертність від захворювань, зумовлених СНІДом, – 5,3 (у 2013 р. – 6,5). Основною групою ризику щодо смертності серед ЛЖВ залишаються ЛВІН. Частка ВІЛ-інфікованих ЛВІН від загальної кількості померлих ВІЛ-інфікованих осіб у 2014 році становила 50,7%, з них лише 26,3% на момент смерті перебували на АРТ.

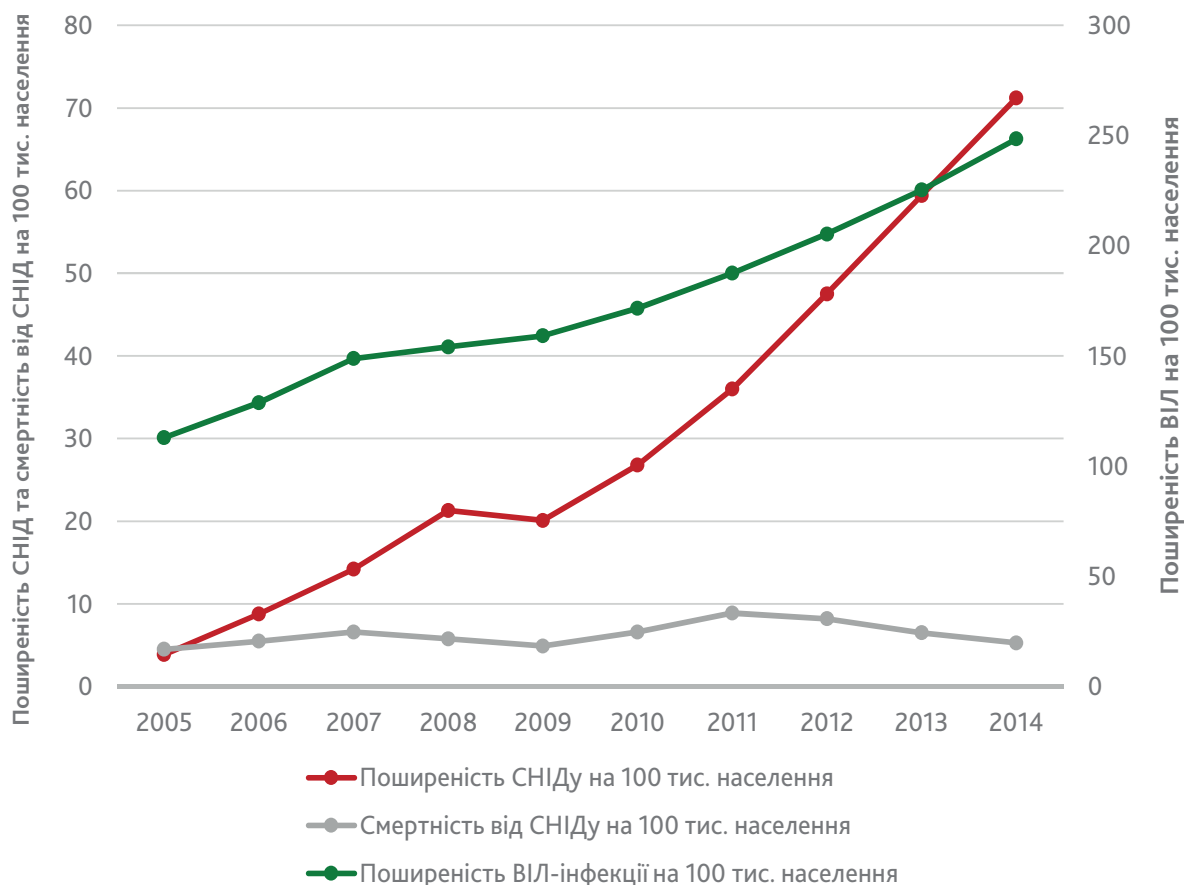


Рис. 5. Динаміка поширеності ВІЛ, СНІДу та смертності від СНІДу на 100 тис. населення

Спостерігаються ознаки «старіння епідемії». Із 605 ВІЛ-інфікованих, вперше зареєстрованих у 2014 році, 179 осіб (29,6%) звернулися за медичною допомогою до ЛПЗ області в IV клінічній стадії – СНІД, що свідчить про несвоєчасну диспансеризацію. В 2011–2014 рр. у віковій структурі нових випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію з'явилася тенденція до зниження у віковій групі 15–24 роки серед усіх вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (з 14,4% до 7,5%).

Епідемія охоплює переважно міське населення працездатного віку. Серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих, які знаходяться на диспансерному обліку, 70% осіб мешкають у містах. У 2014 році 73% нових випадків ВІЛ-інфекції виявлено серед жителів міст. Серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих мешканців області переважають особи віком 25–49 років (84%).

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в області залишається туберкульоз. У 2014 році з 284 нових випадків СНІДу в 153 пацієнтів виявлено ко-інфекцію ВІЛ/ТБ (53,9%). Кількість захворювань на поєднану патологію щороку збільшується (з 30,8% у 2011 до 53,9% в 2014 р.). Показник захворюваності на ко-інфекцію ВІЛ та туберкульоз по області складає 12,2 на 100 тис. населення проти 10,7 в 2013 році (на 14,0%).

Оціночна чисельність груп ризику в Черкаській області: 13 300 ЛВІН, 1900 ЖКС та 2600 ЧСЧ.

За даними СЕМ, показник охоплення обстеженням осіб з груп ризику (за кодами 101,2 – «особи, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами», 102 – «особи, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин», 103 – «особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом», 105 – «особи з ризикованою статеву поведінкою», 105,2 – «особи, які надають сексуальні послуги за винагороду») від загальної кількості обстежених (без донорів та вагітних) по області склав 6,7% у 2014 році. У 12 районах Черкаської області рівень охоплення тестуванням населення з груп ризику до ВІЛ становить менше 3%.

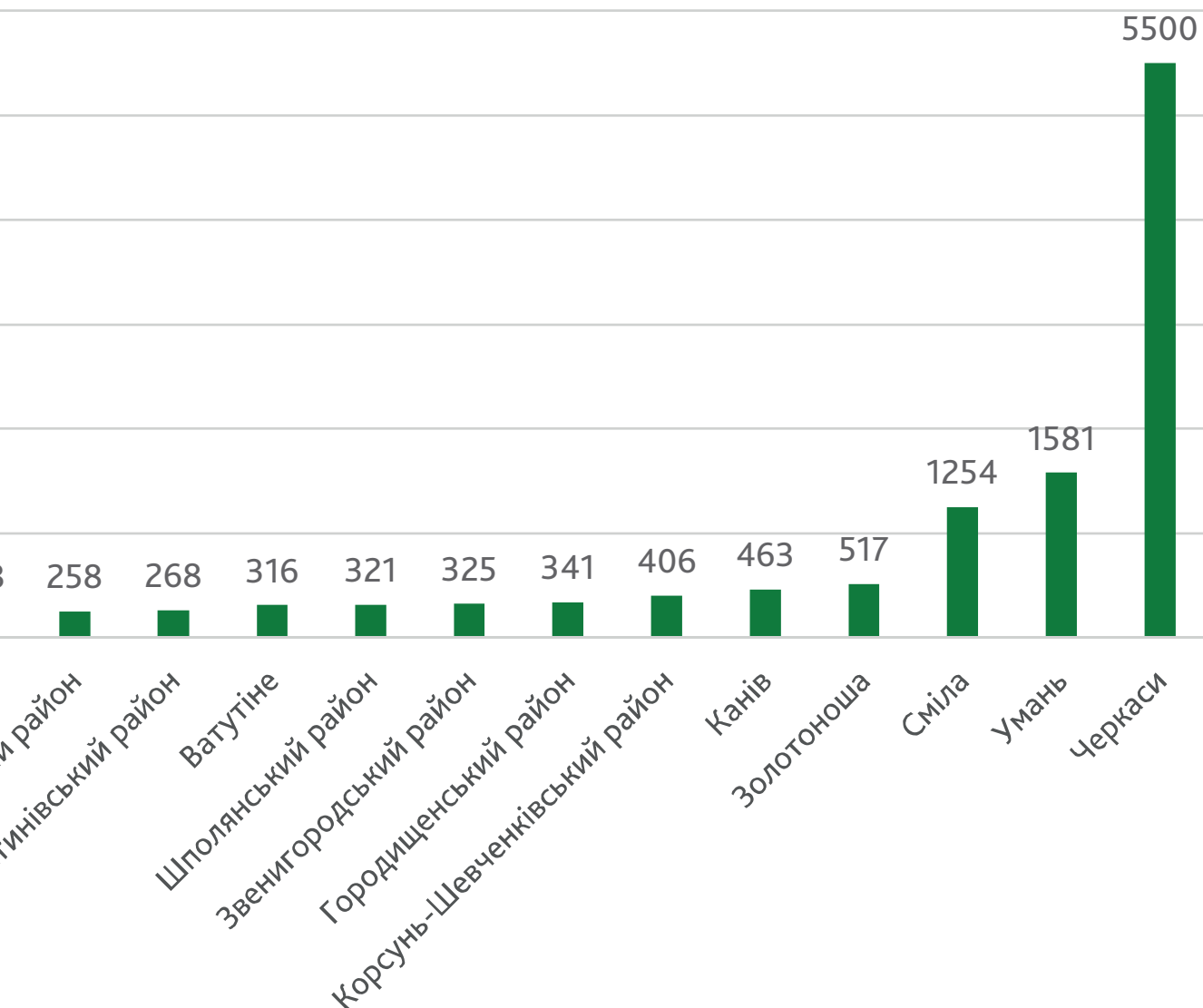
Упродовж 2013–2014 рр., за даними рутинного моніторингу УЦКС, **суттєво покращилося охоплення диспансеризацією ВІЛ-інфікованих**: частка поставлених на диспансерний облік від виявлених, за даними сероепідмоніторингу, зросла з 54,3% у 2013 до 83,0% у 2014 році.

В області функціонує 18 сайтів проведення АРТ. Станом на 01.01.2015 року отримують АРВ-терапію 1148 ВІЛ-інфікованих осіб (37% від загалу зареєстрованих ЛЖВ у центрі СНІДу, або 95% від загалу тих, хто потребує АРТ за національним протоколом).



Рис. 6. Оцінка чисельності ЛВІН по районах області, осіб (2012)

Щодо географічного виміру епідемії, то за підсумковим рангом епідеміологічних статистичних показників у 2014 році **найнесприятливіша епідемічна ситуація відзначається у Городищенському, Звенигородському, Кам'янському, Черкаському районах та м. Сміла**. Найвищі темпи приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію спостерігаються у Жашківському, Кам'янському, Монастирищенському, Лисянському та Смілянському районах, темпи приросту захворюваності на СНІД – у Смілянському, Лисянському, Кам'янському, Драбівському, Чорнобаївському. Високі рівні смертності від СНІДу зареєстровані в регіонах, де збільшується захворюваність на ВІЛ-інфекцію (Тальнівський, Канівський райони, м. Ватутіне) та в регіонах з високими темпами захворюваності на СНІД (м. Ватутіне, Звенигородський, Чорнобаївський райони). Стрімке поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення, за рейтингом показника інфікованості ВІЛ серед вагітних, спостерігається у Христинівському, Городищенському, Шполянському, Золотоніському, Маньківському районах та м. Сміла. **Епідемія концентрується у містах**. В обласному центрі (м. Черкаси) мешкає 43% хворих на ВІЛ/СНІД від загалу таких хворих в області. Серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих, які знаходяться на диспансерному обліку, 70% осіб мешкають у містах.



Питання 1. Яка група є рушійною у поширенні епідемії ВІЛ/СНІДу в Черкаській області?

Гіпотези

Гіпотеза 1. В адміністративно-територіальному вимірі рушійними групами поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області є мешканці великих міст, центральних районів області, а також районів, наближених до областей з вищим рівнем поширення епідемії:

- найбільш ураженими є центральні райони, де історично починала розвиватися епідемія;
- географічна наближеність до областей з вищим рівнем поширення ВІЛ є чинником зростання темпів поширення епідемії;
- великі міста обласного підпорядкування є більш ураженими епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу в порівнянні з районами області.

Гіпотеза 2. У вимірі груп ризику основною рушійною групою є ЛВІН. Зростає роль ЧСЧ. Внесок ЖКС та інших груп ризику в розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області є мінімальним.

Результати

Гіпотеза 1. В адміністративно-територіальному вимірі рушійними групами епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області є мешканці великих міст, центральних районів області, а також районів, наближених до областей з вищим рівнем поширення епідемії.

Рівень і динаміка поширеності ВІЛ-інфекції суттєво відрізняються у великих містах та районах області. Станом на 01.01.2015 року найбільш ураженими є міста Черкаси та Ватутіне, Канівський район. Місто Черкаси та Черкаський район відносяться до адміністративних пунктів області з найбільшою чисельністю населення, це центральні адміністративні пункти з розвинутою мережею послуг у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу. Канівський район має найменшу чисельність населення серед інших районів області; високий рівень поширення ВІЛ може пояснюватися тим, що цей район на півдні межує з Черкаським районом. Ватутіне – місто обласного підпорядкування, яке знаходиться за 86 км на південний захід від обласного центру, поблизу кордону з Кіровоградською областю. Цетрете за чисельністю населення місто, яке після закриття буровугільних підприємств вже тривалий час перебуває в депресивному соціально-економічному стані.

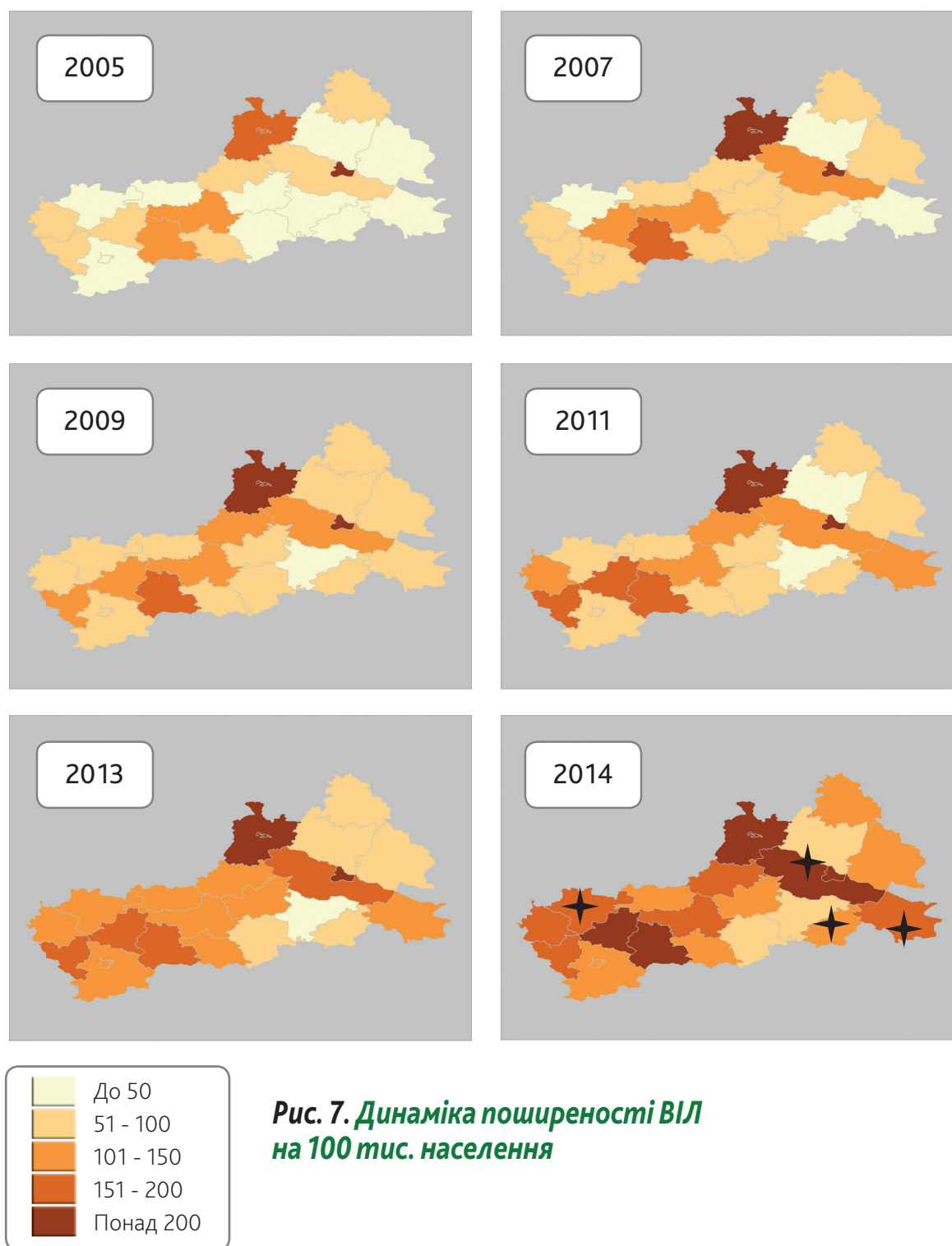
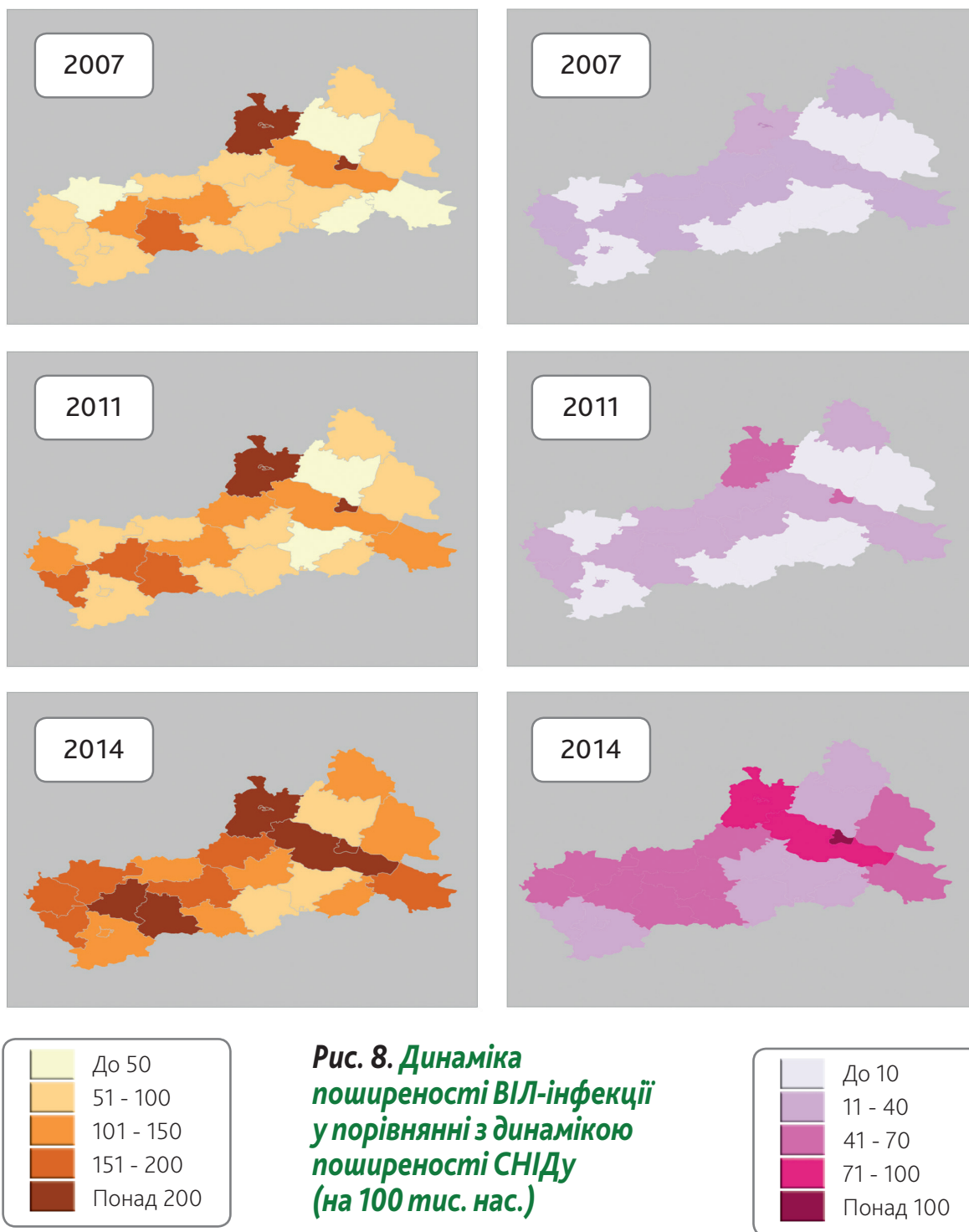


Рис. 7. Динаміка поширеності ВІЛ на 100 тис. населення

Упродовж 2005–2014 рр. найвищі темпи розвитку ВІЛ-інфекції спостерігалися у Жашківському, Золотоніському, Кам'янському та Чигиринському районах, які за останнє десятиліття перейшли з першого до другого терциля поширеності ВІЛ-інфекції. Жашківський район межує з Київською областю, яка найбільше уражена епідемією серед всіх межуючих областей. Кам'янський та Чигиринський райони межують з Кіровоградською областю. Через Золотоніський та Кам'янський райони проходить основна автомагістраль, яка зв'язує північ та південь країни, що створює широкі можливості для наркотрафіку й сприяє поширенню ВІЛ-інфекції.

Динаміка поширеності ВІЛ
на 100 тис. нас.Динаміка поширеності СНІД
на 100 тис. нас.

Динаміка поширеності ВІЛ-інфекції в окремих районах Черкаської області характеризується меншою інтенсивністю у порівнянні з динамікою поширеності СНІДу. Хоча за загальним рівнем поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу найбільш ураженими є одні й ті самі адміністративні пункти (м. Черкаси та м. Ватутіне, Канівський район), райони, у яких спостерігаються найвищі темпи приросту поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу, відрізняються. У Звенигородському, Катеринопільському, Жашківському та Городищенському районах з 2007 по 2014 рік відбулося зростання рівня поширеності СНІДу у понад 10 разів. Водночас рівень поширеності ВІЛ у цих районах збільшився у 1,5–2 рази впродовж 2007–2014 рр.

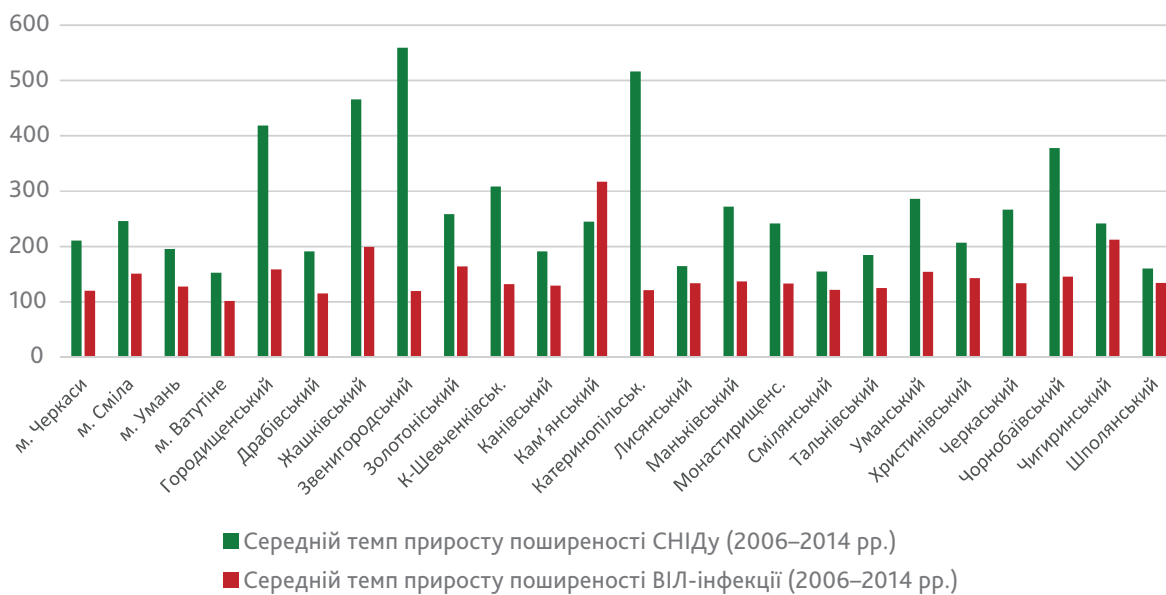


Рис. 9. Середній темп приросту поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу (2006–2014 рр.)

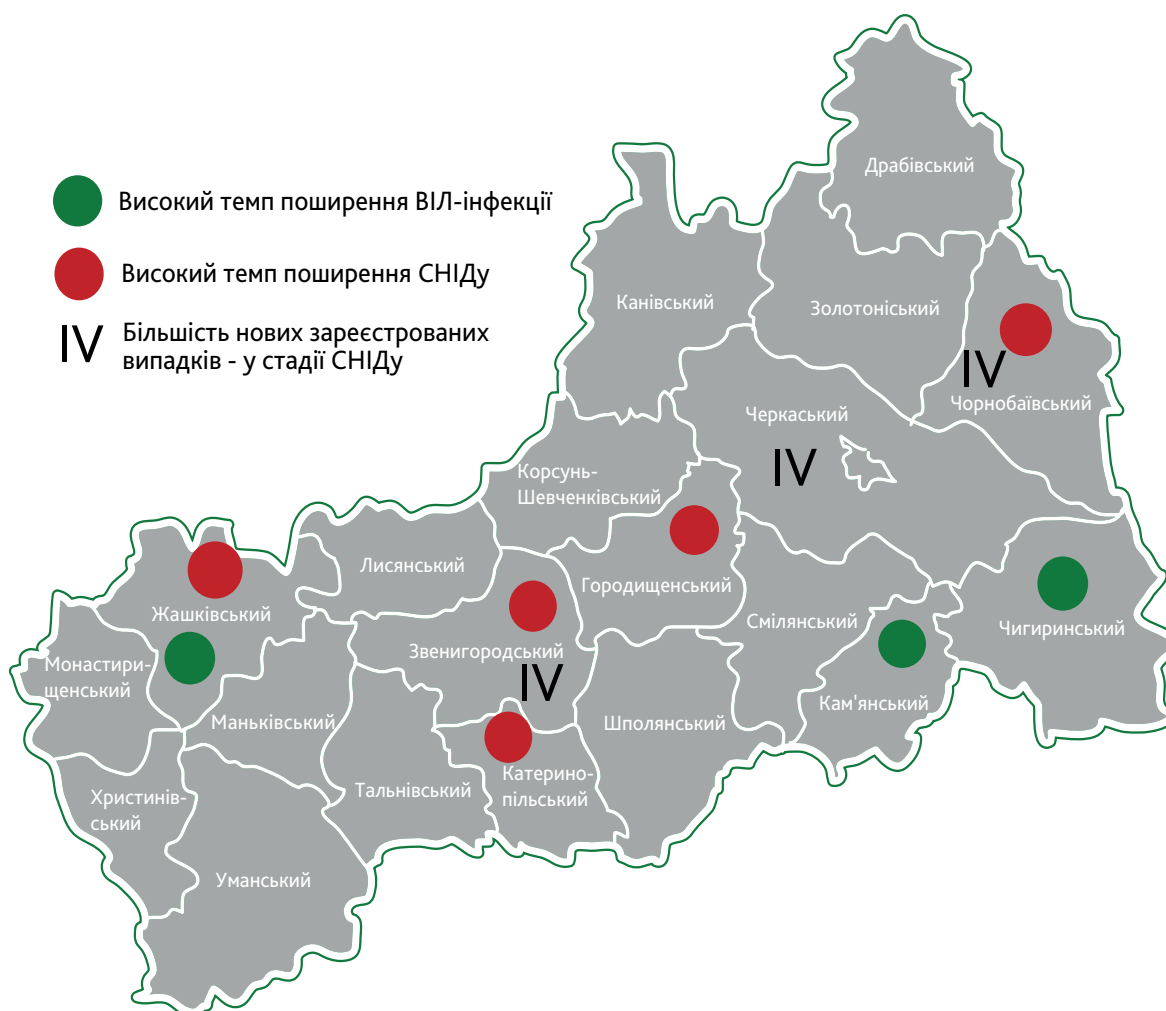


Рис. 10. Райони з високими темпами приросту поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу (2006–2014 рр.)

Загалом можна виділити три географічні кластери щодо динаміки поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу. Центральньо-східний кластер у складі Городищенського, Звенигородського та Катеринопільського районів, де спостерігається інтенсивне зростання кількості випадків СНІДу при середньому рівні поширеності ВІЛ. Подібна ситуація у Чорнобаївському районі. Вочевидь це райони, де розширення доступу до тестування привело до виявлення «старих» випадків. У Південно-східному кластері у складі Чигиринського та Кам'янського районів швидко зростає поширеність ВІЛ, проте рівень поширеності СНІДу є низьким у порівнянні з іншими районами області. Наявність районів з високим рівнем захворюваності на ВІЛ може бути ознакою «нової» епідемії. Особливої уваги потребує аналіз ситуації у Жашківському районі, де спостерігаються високі темпи поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу одночасно.

Динаміка співвідношення захворювань на СНІД серед вперше виявлених ВІЛ-інфікованих може свідчити на користь припущення про «постаріння» епідемії ВІЛ-інфекції. Із 605 ВІЛ-інфікованих, вперше зареєстрованих у 2014 році, 179 осіб (29,6%) звернулися за медичною допомогою до ЛПЗ області в IV клінічній стадії – СНІД, що свідчить про несвоєчасну диспансеризацію.

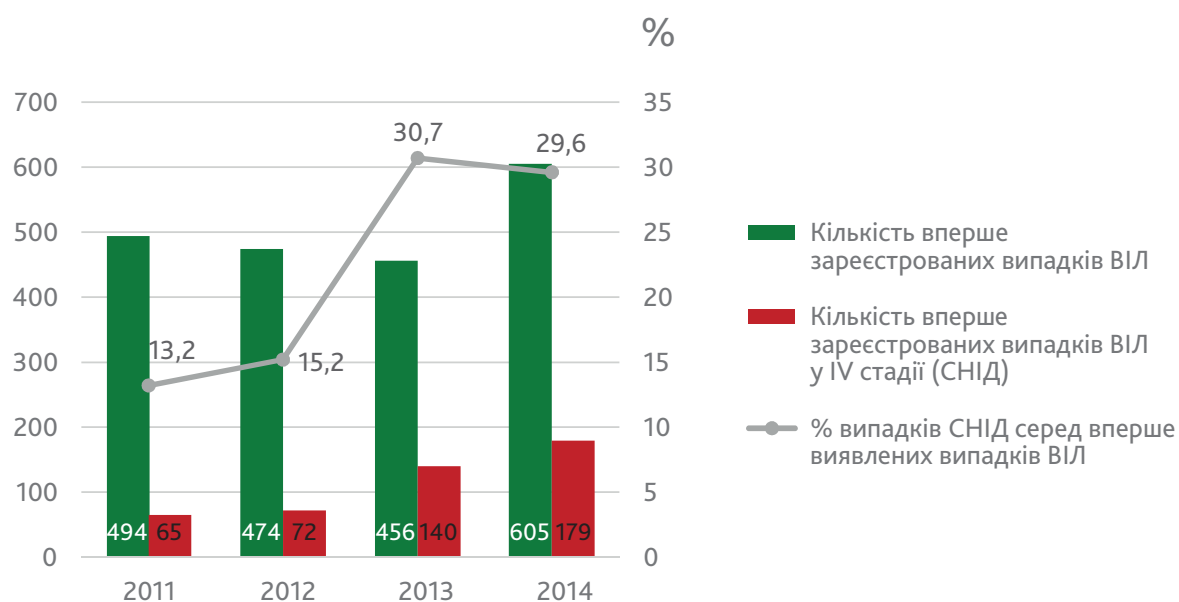


Рис. 11. Динаміка співвідношення захворювань на СНІД серед вперше виявлених ВІЛ-інфікованих

У 2014 році найгірші показники було виявлено у Чорнобаївському районі, де із дев'яти вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих сім (78%) знаходилися в стадії СНІДу; м. Ватутіне – сім із десяти (70%); Черкаському районі – 20 із 35 (57%); Смілянському та Драбівському районах – три із семи (42%).

Картування співвідношення захворювань на СНІД серед вперше виявлених ВІЛ-інфікованих демонструє, що райони, де більшість нових зареєстрованих випадків були у IV клінічній стадії у 2014 році, також є районами з найвищими темпами приросту поширеності СНІДу впродовж останніх десяти років.

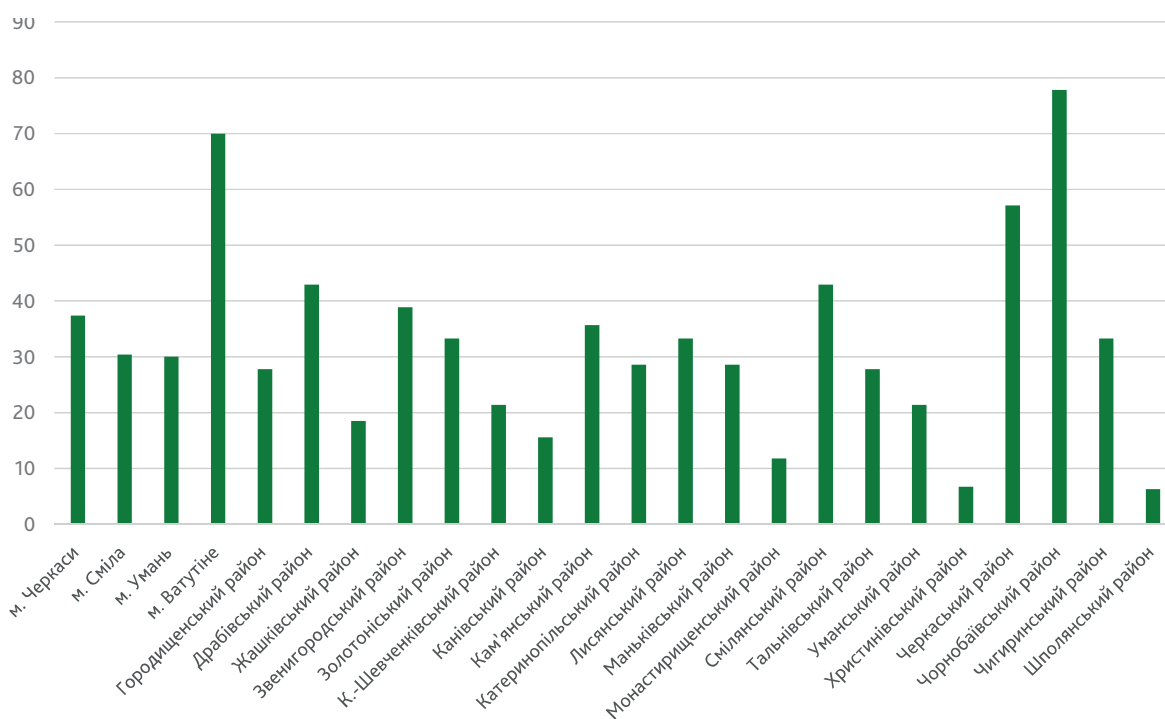


Рис. 12. Відсоток вперше виявлених ВІЛ+ у ІV клінічній стадії у 2014 р. за районами

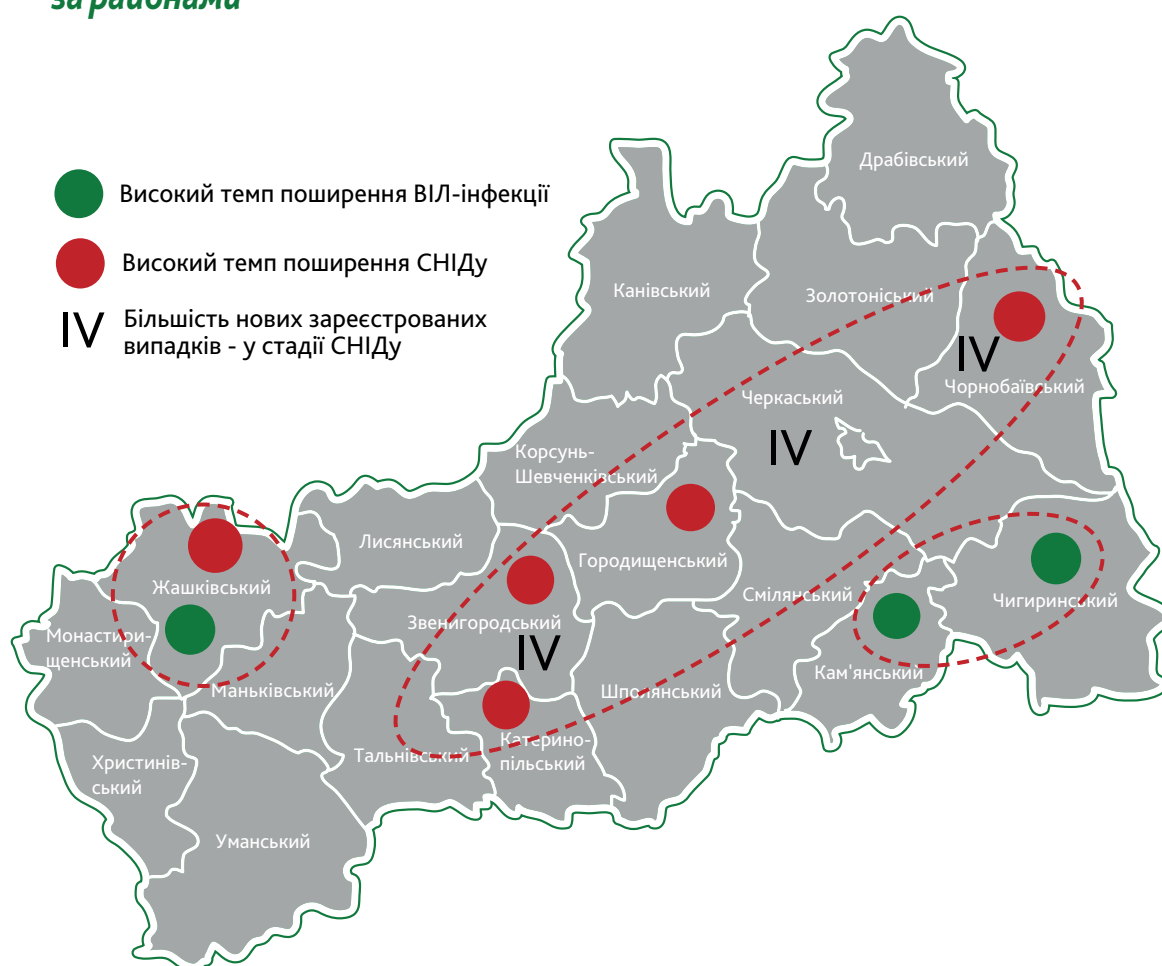


Рис. 13. Райони з високими темпами приросту поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу, а також високим рівнем захворювання на СНІД серед вперше виявлених ВІЛ-інфікованих (2006-2014 рр.)

Одна крапка = 100 тестувань

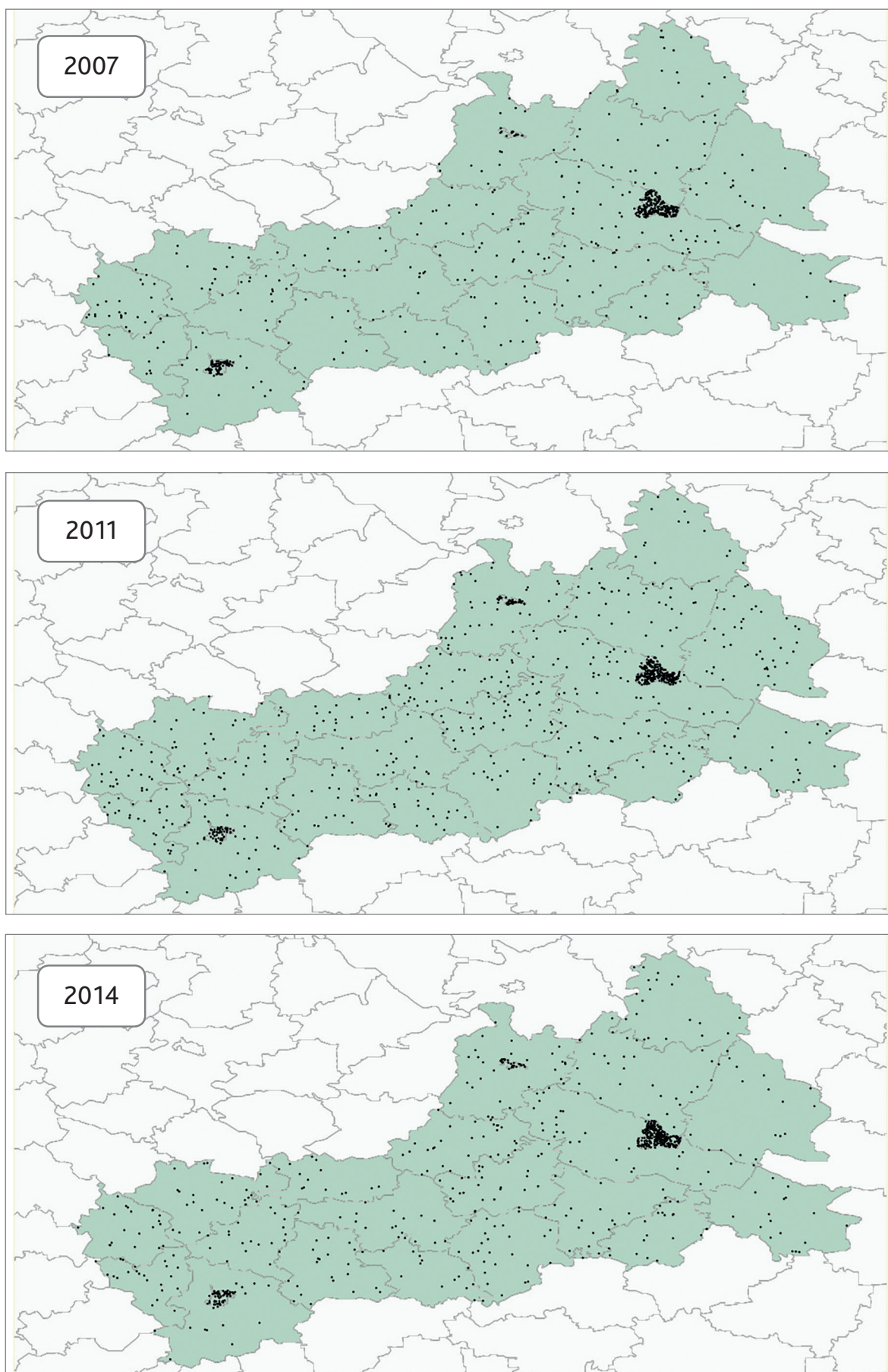


Рис. 14. Динаміка тестувань на ВІЛ на 100 тис. населення

Високі темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу можуть бути наслідком розширення доступу до КіТ у районах області. За даними сероепідмоніторингу, за 2014 рік на наявність антитіл до ВІЛ обстежено 81 003 особи (6,4% від загальної кількості населення області (2013 р. – 7,1%)). Найбільша кількість послуг з КіТ надавалася у Черкасах та Умані. У Звенигородському районі охоплено лише 2,8% населення, Золотоніському – 2,9%, Чорнобаївському – 3,2%, Черкаському – 3,6%, м. Сміла – 3,6%.

Аналіз динаміки тестувань у вимірі визначених кластерів розвитку епідемії в Черкаській області свідчить, що в усіх трьох кластерах рівень охоплення населення послугою КіТ зростав до 2009–2011 рр. (до 2009 р. – у Жашківському районі, до 2010 – Кам'янському та Чигиринському, до 2011 – у Городищенському, Катеринопільському, Черкаському та Чорнобаївському), проте надалі відсоток протестованого населення зменшувався з кожним роком. У Жашківському районі було проведено найбільшу кількість тестувань – у 2009 році майже кожний десятий мешканець пройшов тест на ВІЛ. Це може пояснити високі темпи приросту нових випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу в цьому районі.

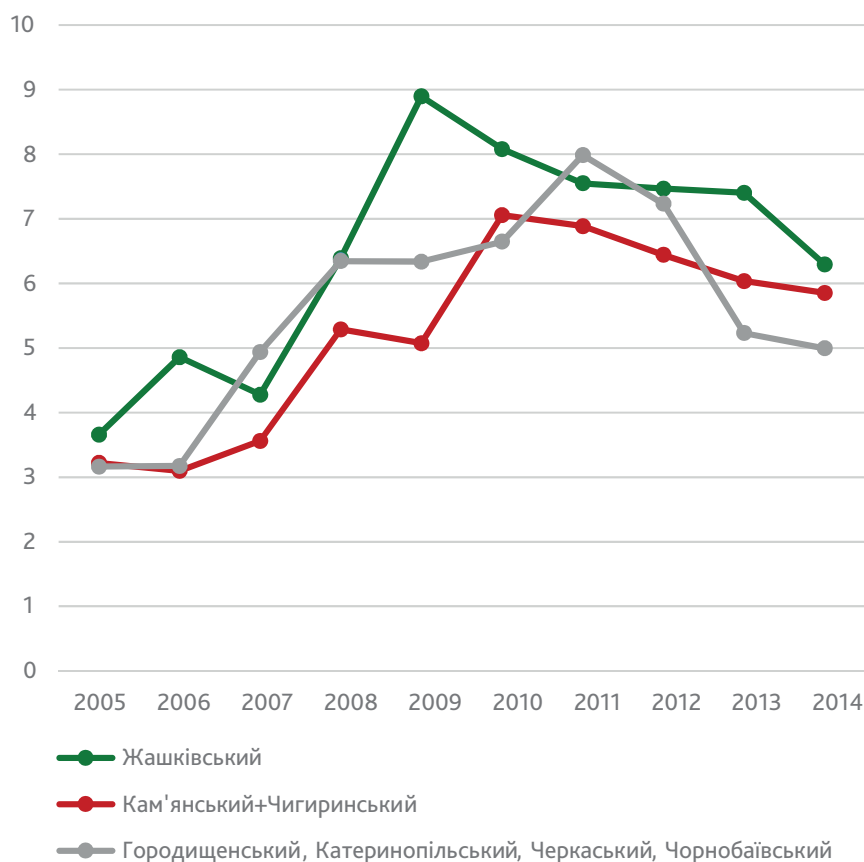


Рис. 15. Динаміка охоплення населення тестуванням на ВІЛ, за даними СЕМ, у межах визначених кластерів районів, %

У 2014 році поширеність ВІЛ серед вагітних перевищувала 1% у Городищенському (1,36%), Христинівському (1,39%) та Шполянському (1,14%) районах. У 2013 році цей показник перевищував 1% тільки у Христинівському районі (1,68%) та м. Ватутіне (1,57%). Загалом динаміка щодо поширеності ВІЛ-інфекції серед

вагітних у вимірі районів адміністративно-територіальних одиниць області є доволі неоднорідною. Це можна пояснити обмеженням даних – невеликими вибірками малонаселених районах.

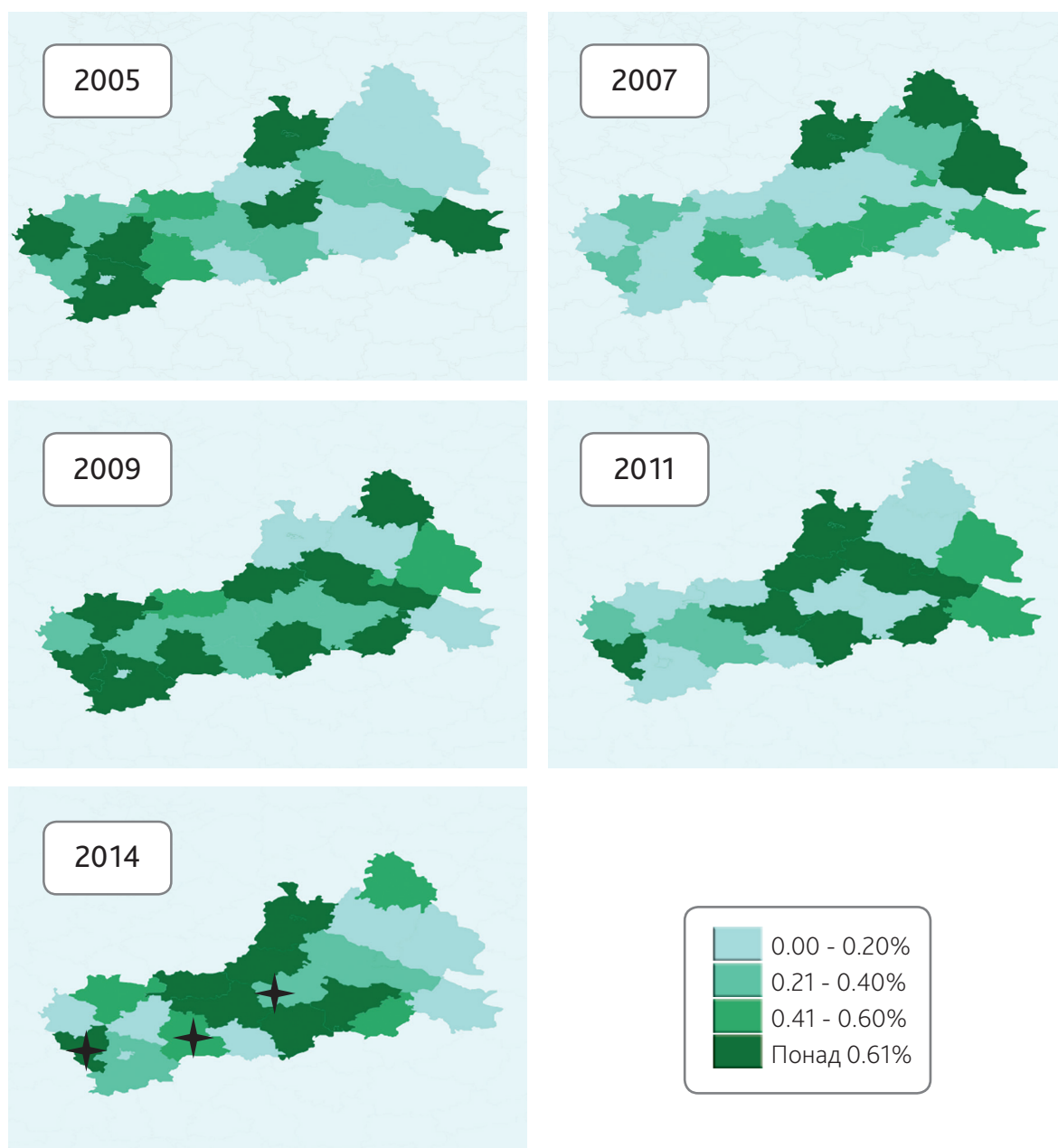


Рис. 16. Динаміка результатів сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних (КОД 109.1)

Динаміка поширеності ВІЛ серед вагітних як непрямий індикатор розвитку епідемії серед загалу населення демонструє зростання випадків до 2010 року та тенденцію до зменшення випадків після цього періоду, що не свідчить на користь генералізації епідемії. Проте у вимірі аналізу за районами видно, що у великих містах та районах різні тенденції поширеності ВІЛ серед вагітних після 2012 року: зниження у першому випадку та зростання – у другому.

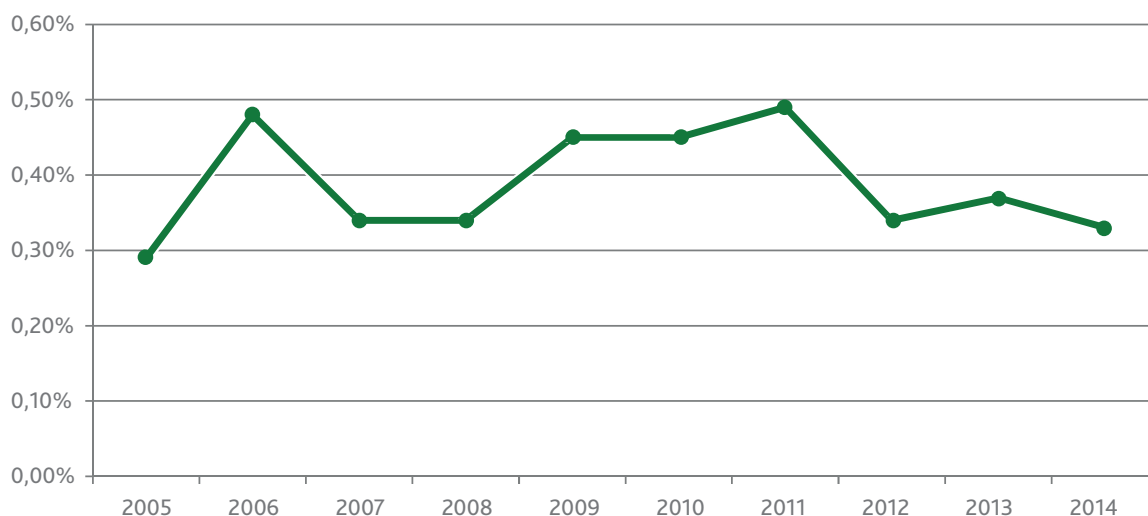


Рис. 17. Динаміка поширеності ВІЛ серед вагітних, за даними СЕМ

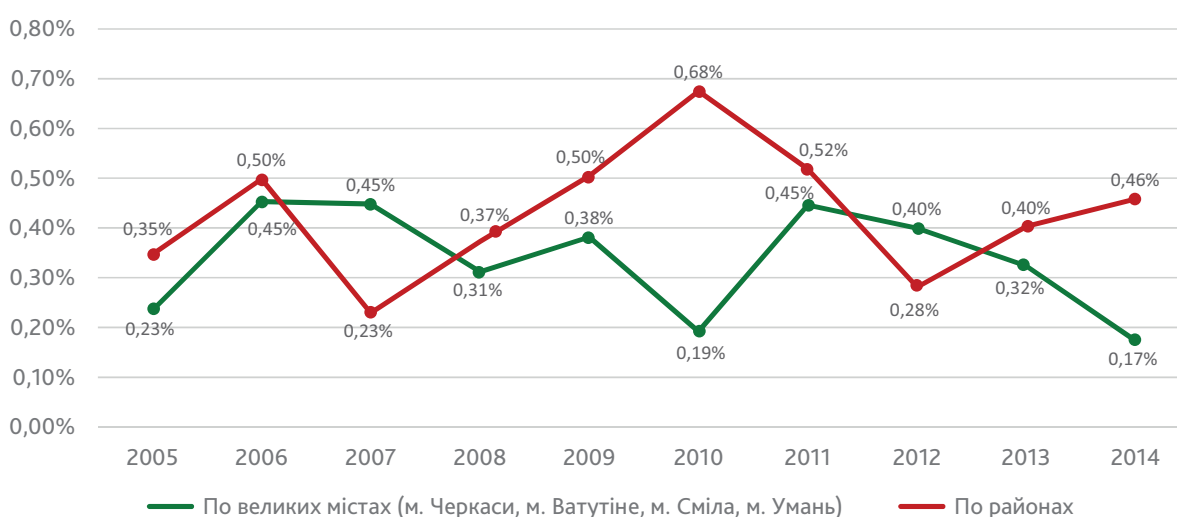


Рис. 18. Динаміка результатів сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних, за даними СЕМ

Слід зазначити, що у містах обласного значення рівень поширеності ВІЛ-інфекції понад вдвічі перевищує аналогічний показник у районах області. Водночас у великих містах більшим є розрив між поширеністю ВІЛ (362 на 100 тис. нас.) та поширеністю СНІДу (109 на 100 тис. нас.). У районах Черкаської області на 100 тис. населення у 2014 році припадало 165 ВІЛ-інфікованих та 47 ЛЖВ, які мають діагноз СНІДу. Зважаючи на висхідну динаміку поширеності ВІЛ/СНІДу в, зменшення розриву між двома показниками є ще одним аргументом на користь «старої» епідемії у районах.

З 2007 по 2011 рік у районах області стрімко зростала кількість населення, охопленого послугами КіТ, у той час як динаміка по великих містах залишалася відносно стабільною. Такі результати пояснюється впровадженням низки профілактичних проектів у цей період, спрямованих та популяризацію тестування на ВІЛ. У 2012–2014 рр. кількість КіТ у районах області скорочується на 20% (з 56 729 до 44 075).

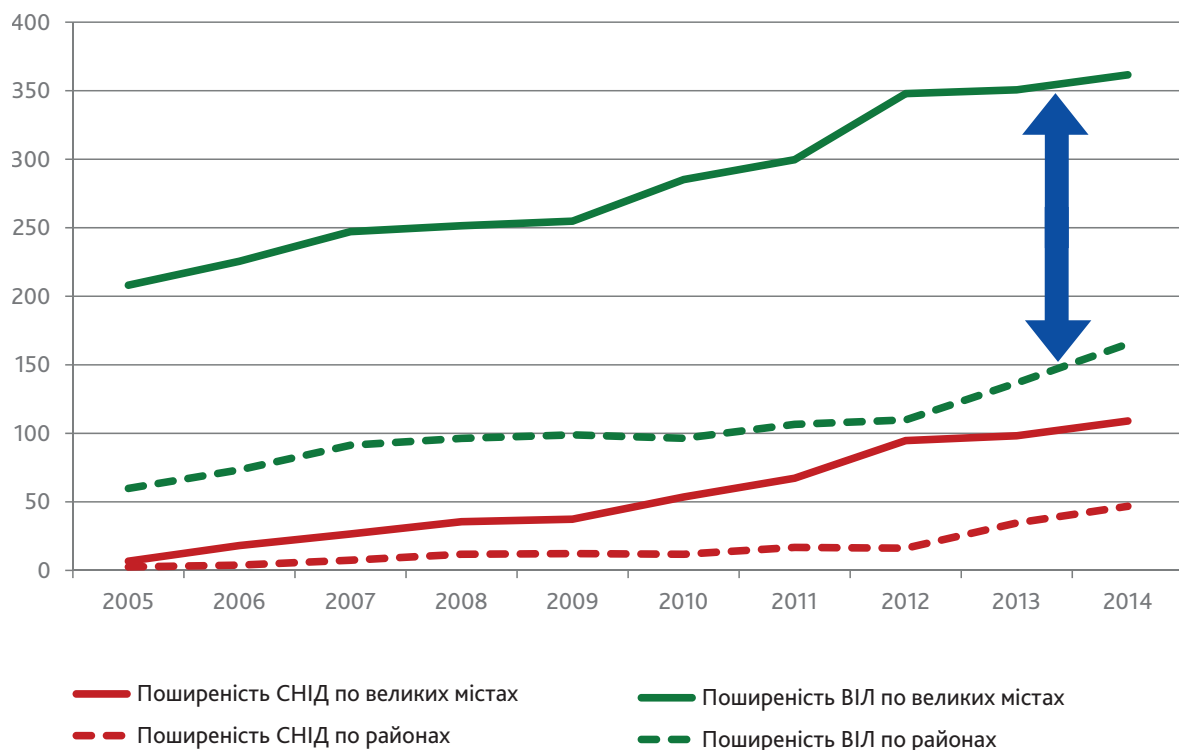


Рис. 19. Поширеність ВІЛ-інфекції / СНІДу у великих містах та районах області

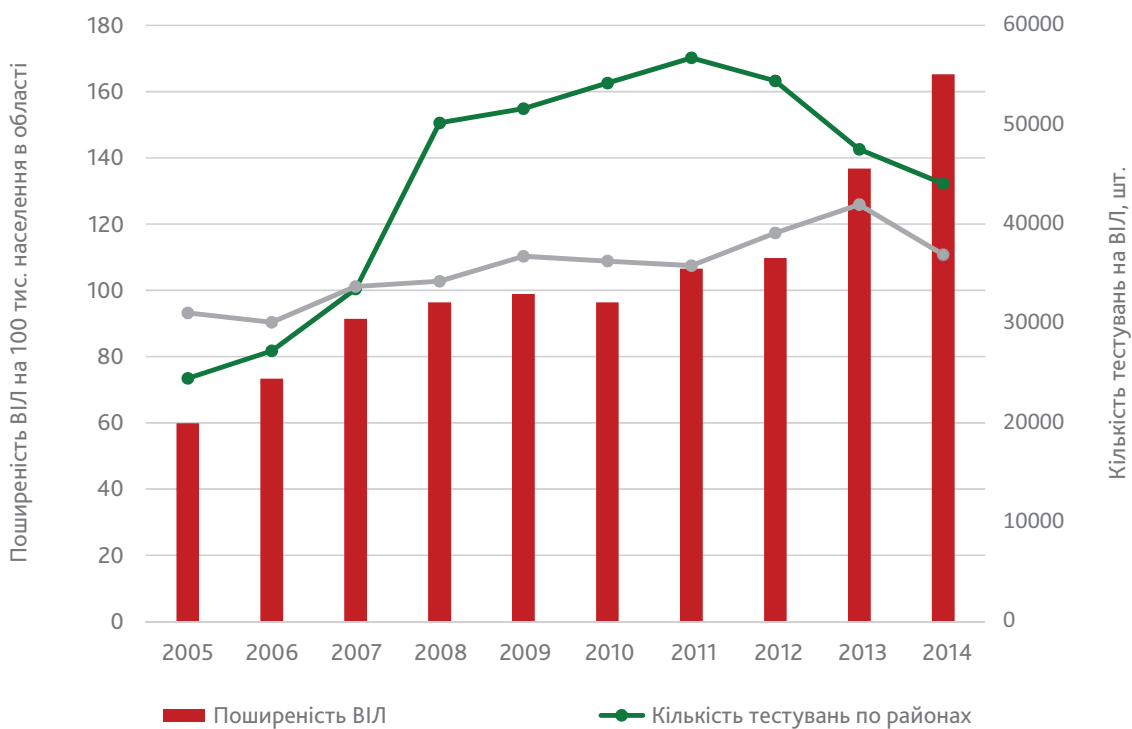


Рис. 20. Динаміка тестувань на ВІЛ у великих містах та районах області

Гіпотеза 2. У вимірі груп ризику основною рушійною групою є ЛВІН. Зростає роль ЧСЧ. Внесок ЖКС та інших груп ризику в розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області є мінімальним.

У Черкаській області, як і в цілому по країні, у структурі передачі ВІЛ зростає гетеросексуальний шлях (як серед жінок, так і чоловіків) за рахунок зменшення парентерального шляху. Гіпотеза, що ЛВІН залишається основною групою ризику, базується на тому, що до 2005 року включно парентеральний шлях передачі ВІЛ-інфекції був основним. До 2009 року включно відбувалося певне балансування: внесок гетеросексуального та парентерального шляхів був приблизно однаковим. З 2010 року гетеросексуальний шлях стає домінуючим. Відповідно до прогнозних даних (Spectrum) впродовж усього періоду розвитку епідемії ВІЛ-інфекції ЛВІН були основною за чисельністю групою серед загалу ЛЖВ. Спостерігається зменшення впливу на епідемію з боку ЖКС та їхніх клієнтів, проте з кожним роком збільшується чисельність ЧСЧ у структурі ЛЖВ. Загалом, відповідно до прогнозних даних, структура ЛЖВ за групами ризику станом на 01.01.2015 року виглядає так: групи ризику – 49% (40% ЛВІН, 2% ЖКС, 3% клієнтів ЖКС, 4% ЧСЧ), інші чоловіки складають 17%, а інші жінки – 34%. Очікується, що у 2020 році питома частка груп ризику серед загалу ЛЖВ не зміниться, проте частка ЧСЧ зростає до 9%, а частка ЛВІН скоротиться до 37%. На 1% зменшиться частка ЖКС та їхніх клієнтів.

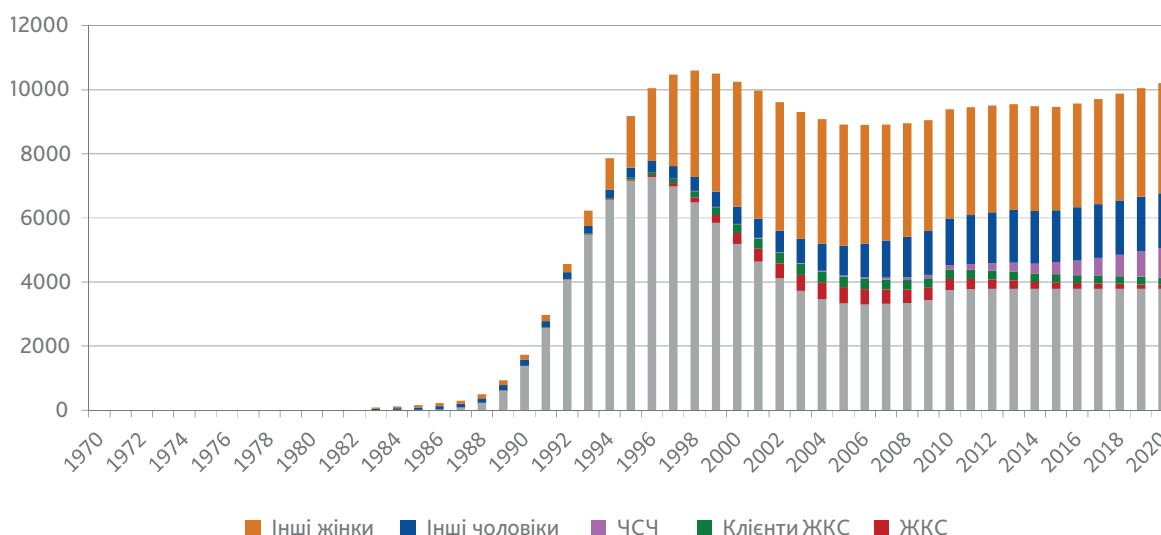


Рис. 21. Прогноз оціночної чисельності ЛЖВ за групами ризику (Spectrum)

У загальній структурі захворюваності на ВІЛ-інфекцію станом на 01.01.2015 року частка ЛВІН складає 59%. Згідно із прогнозом, у п'ятирічній перспективі, незважаючи на збільшення внеску з боку ЧСЧ та жінок і чоловіків, які не входять до груп ризику, частка ЛВІН складатиме більше половини від загалу нових випадків інфікування.

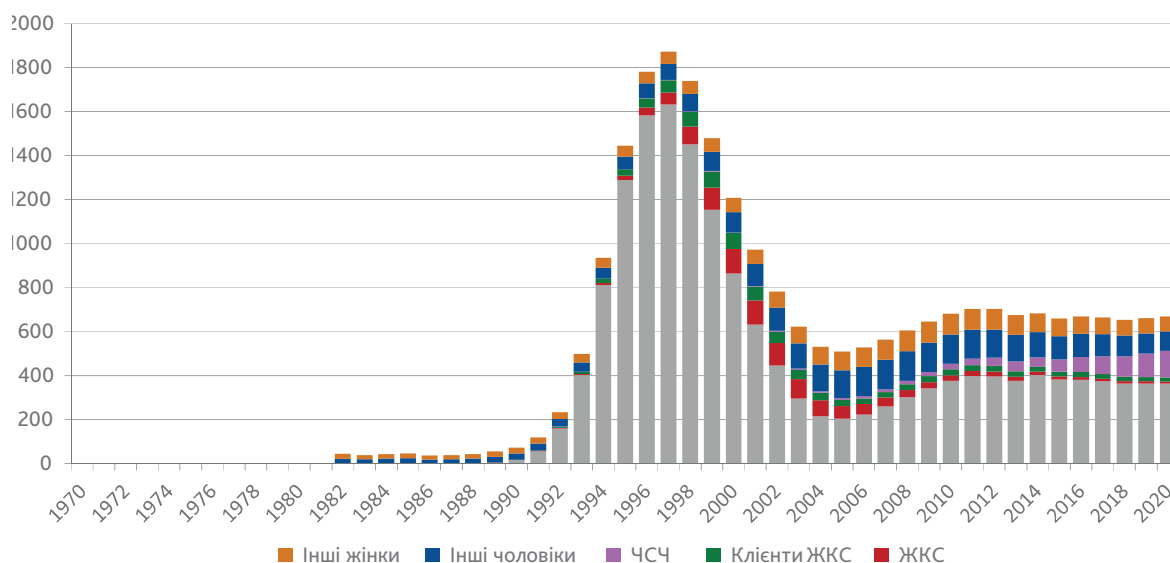


Рис. 22. Прогноз динаміки захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед груп ризику (Spectrum)

В окремих районах області до сьогодні зберігається домінування парентерального шляху (м. Умань, Уманський та Маньківський райони). У всіх містах обласного підпорядкування (міста Канів, Черкаси, Сміла, Ватутіне) та Звенигородському районі частка парентерального шляху передачі становить понад 40%.

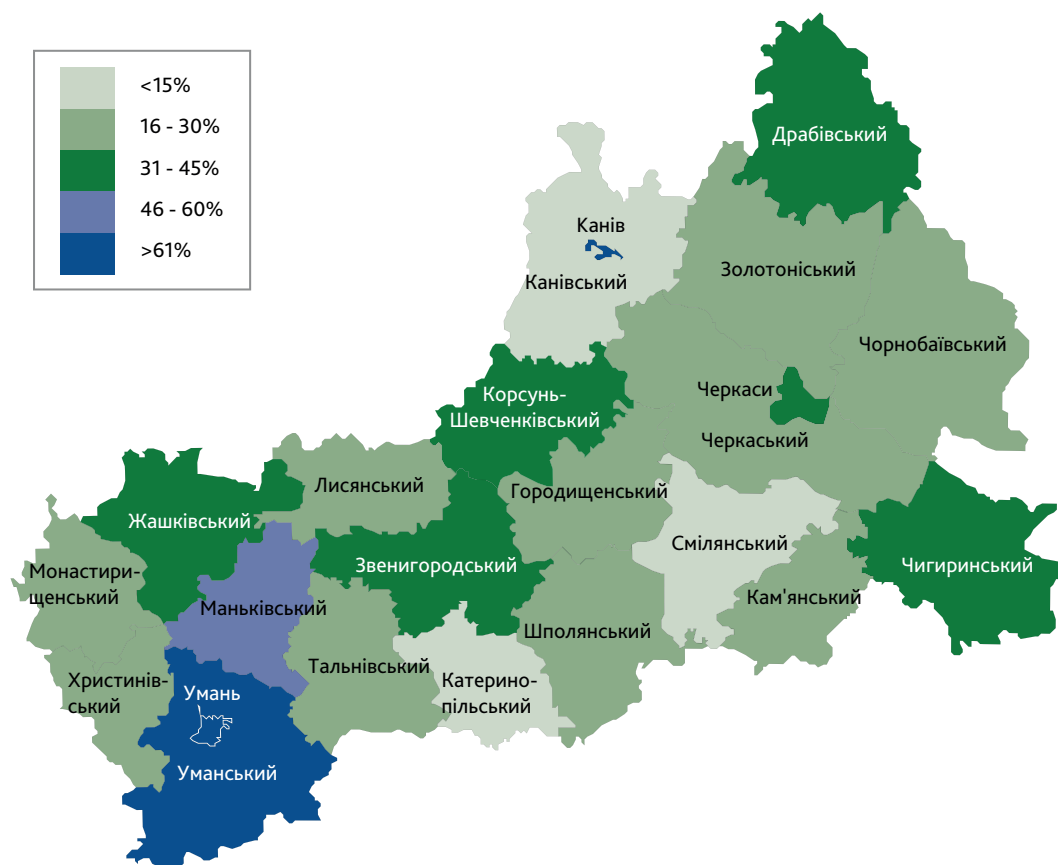


Рис.23. Розподіл районів відповідно до частки парентерального шляху передачі від загалу нових зареєстрованих випадків ВІЛ за районами (2009–2014 рр., населення у віці 15–49 років)

Якщо проаналізувати динаміку структури шляхів передачі за статтю, можна побачити, що частка ЛВІН-жінок залишається відносно стабільною з 2006 року. Скорочення парентерального шляху передачі відбувається, як правило, за рахунок ЛВІН-чоловіків. Динаміка зростання гетеросексуального шляху є більш інтенсивною серед жінок. Можна припустити, що це є індикатором внеску жінок – сексуальних партнерів ЛВІН.

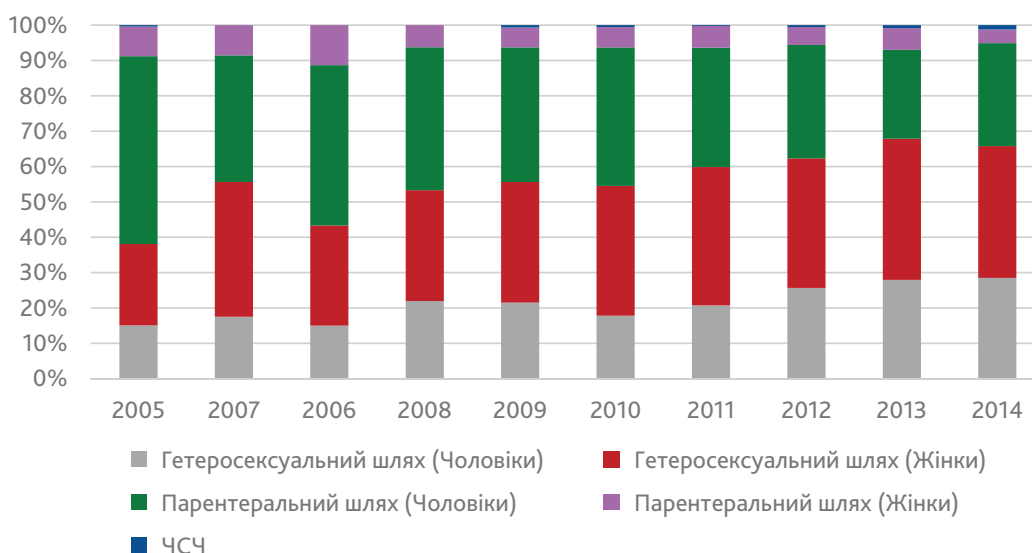


Рис. 24. Розподіл осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (незалежно від стадії захворювання) за статтю, віком та шляхами передачі інфекції

Для перевірки цього припущення була проаналізована динаміка поширеності ВІЛ серед вагітних, що є непрямим індикатором розвитку епідемії серед загального населення, у районах області, які найбільше (верхній кuartиль) та найменше (нижній кuartиль) уражені інфекцією серед ЛВІН. Верхній кuartиль включив Уманський, Звенигородський та Маньківський райони, а нижній – Кам'янський, Городищенський, Монастирищенський, Золотоніський, Канівський, Катеринопільський та Смілянський.



Рис. 25. Динаміка поширеності ВІЛ-інфекції серед вагітних за кuartілями районів Черкаської області з найнижчим та найвищим відсотком парентерального шляху передачі серед загалу нових зареєстрованих випадків

Виявилося, що впродовж 2008–2012 рр. поширеність ВІЛ серед вагітних була вищою у районах області, що є більш ураженими епідемією серед ЛВІН. Проте у 2006–2007 та 2013–2014 рр. такої тенденції не спостерігалось.

Подвійна стратифікація результатів медичного обліку ВІЛ-інфікованих за віком та статтю демонструє, що у зростанні гетеросексуального шляху передачі рушійною групою поширення епідемії є старша вікова група (25 років і старше). Це може свідчити на користь «постаріння» епідемії, пізньої реєстрації випадків. Серед молоді у віці до 24 років включно починаючи з 2005 року співвідношення часток гетеросексуального та парентерального шляхів суттєво не змінилося.

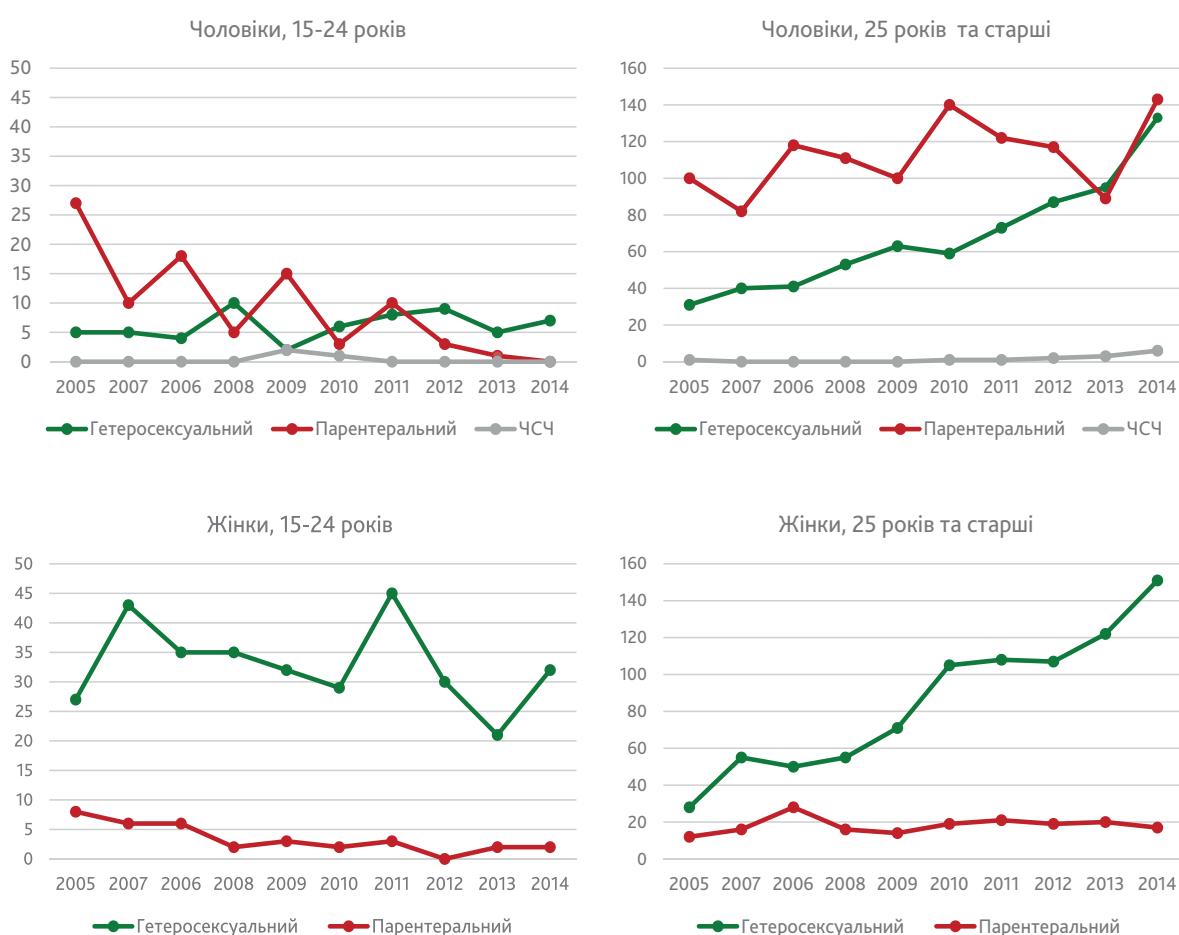


Рис.26. Розподіл осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (незалежно від стадії захворювання) за статтю, віком та шляхами передачі інфекції

Водночас, відповідно до прогнозних даних із Spectrum, жінки-підлітки у віці 15–19 років та чоловіки 20–24 роки будуть основним резервуаром нових випадків ВІЛ-інфекції у Черкаській області. Моделювання епідемії свідчить, що серед працездатного населення, яке найбільше уражено епідемією, оцінка захворюваності на ВІЛ-інфекцію у групі молодих жінок (15–24-річних) є вищою за середній рівень захворюваності жінок впродовж п'ятирічної перспективи. Натомість серед чоловіків ситуація діаметрально протилежна.

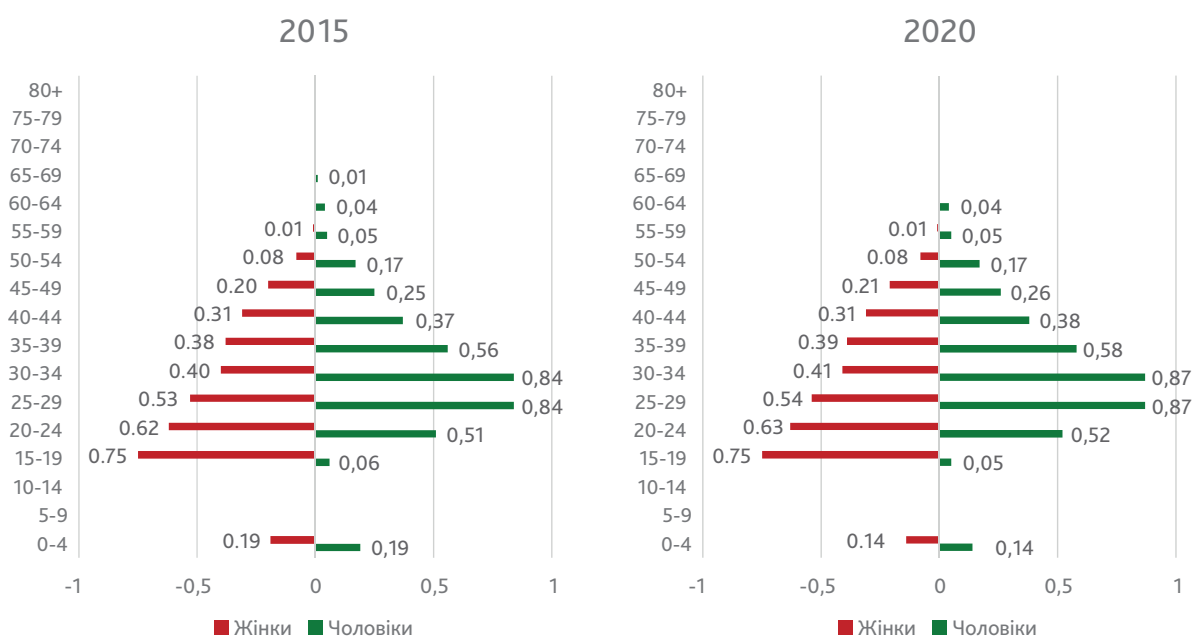


Рис. 27. Прогноз захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 1 тис. населення за віком та статтю (Spectrum)

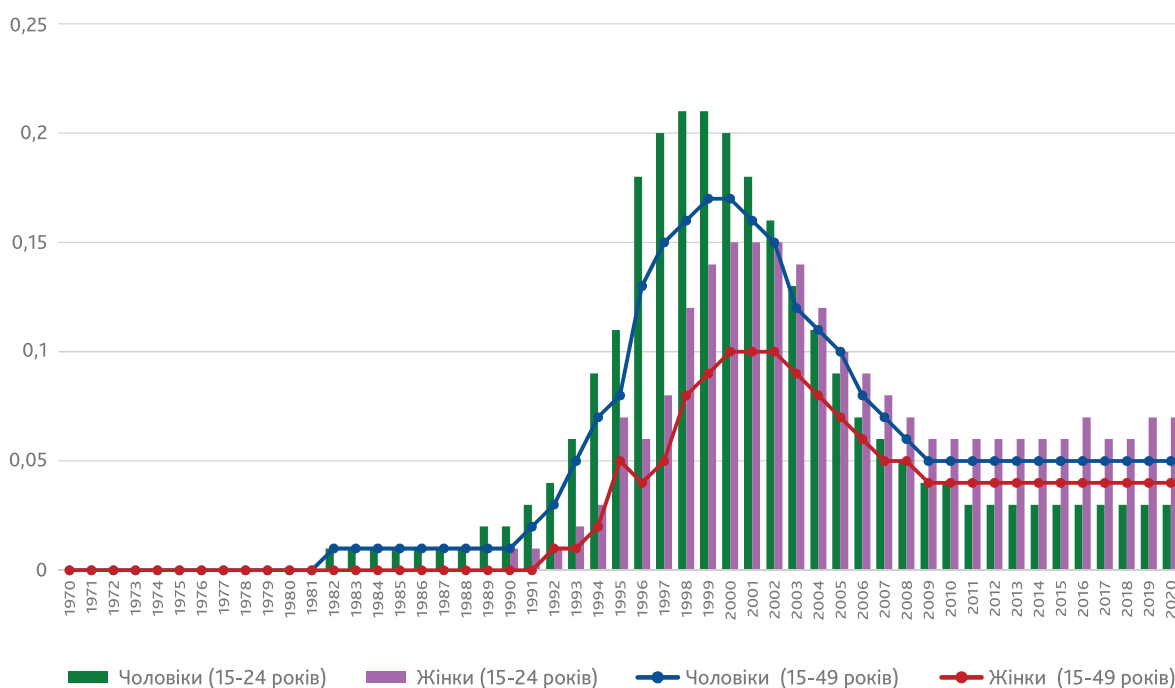


Рис. 28. Прогноз захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 1 тис. населення за віком та статтю (Spectrum)

Сероепідмоніторинг підтверджує зменшення поширеності ВІЛ серед ЛВІН та ЖКС. Існує ймовірність її зростання серед осіб з ІПСШ; ця категорія може бути резервуаром інформації про ЖКС та ЧСЧ, оскільки серед цих груп реєстрація випадків є більш проблематичною.

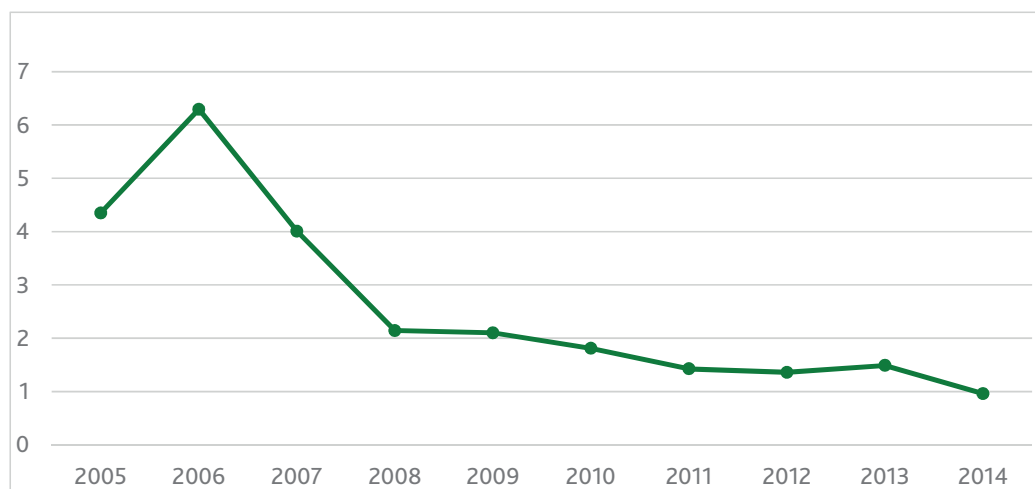


Рис. 29. Динаміка виявлення ВІЛ-позитивних осіб з груп підвищеного ризику (СЕМ, за кодами 101.2 – «особи, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами», 102 – «особи, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин», 103 – «особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом», 105 – «особи з ризикованою статевою поведінкою», 105.2 – «особи, які надають сексуальні послуги за винагороду»)

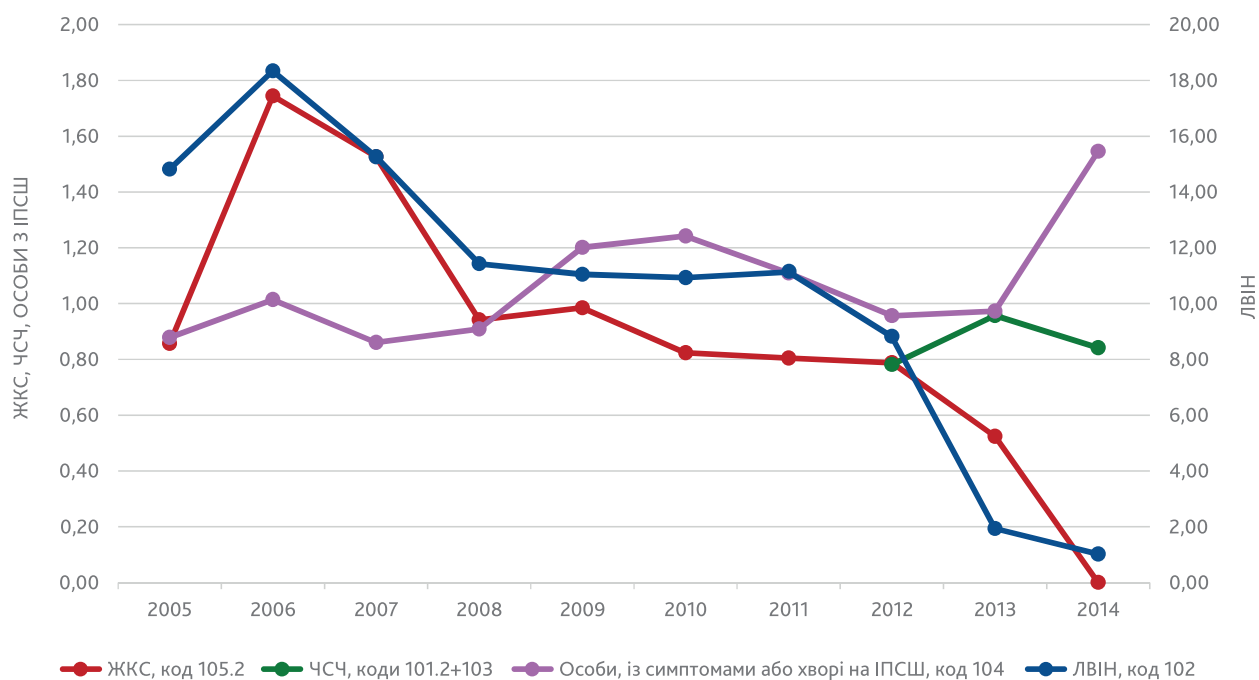


Рис.30. Динаміка виявлення ВІЛ-позитивних осіб з груп підвищеного ризику (СЕМ, за кодами 101.2 – «особи, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами», 102 – «особи, які є споживачами ін'єкційних наркотичних речовин», 103 – «особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом», 105 – «особи з ризикованою статевою поведінкою», 105.2 – «особи, які надають сексуальні послуги за винагороду»)

За програмним моніторингом SyRex, поширеність ВІЛ серед ЛВІН та ЖКС також зменшується, зафіксовано зниження поширеності ВІЛ і серед ЧСЧ. Відповідно до біоповедінкових досліджень поширеність ВІЛ серед ЛВІН зменшується переважно у старшій віковій групі, а серед ЖКС – в обох вікових групах; серед ЧСЧ – навпаки, спостерігається зростання.

Поширеність ВІЛ серед груп ризику за різними джерелами даних станом на 01.01.2015 р.:

ЛВІН: 1,2% (СЕМ, 2014) – 19,8% (ІБПД, 2013)

ЖКС: 0,0% (СЕМ, 2014) – 0,6% (SyRex, 2014)

ЧСЧ: 0,8% (СЕМ, 2014) – 10,9% (ІБПД, 2013)

Особи з ІПСШ: 1,6% (СЕМ, 2014)

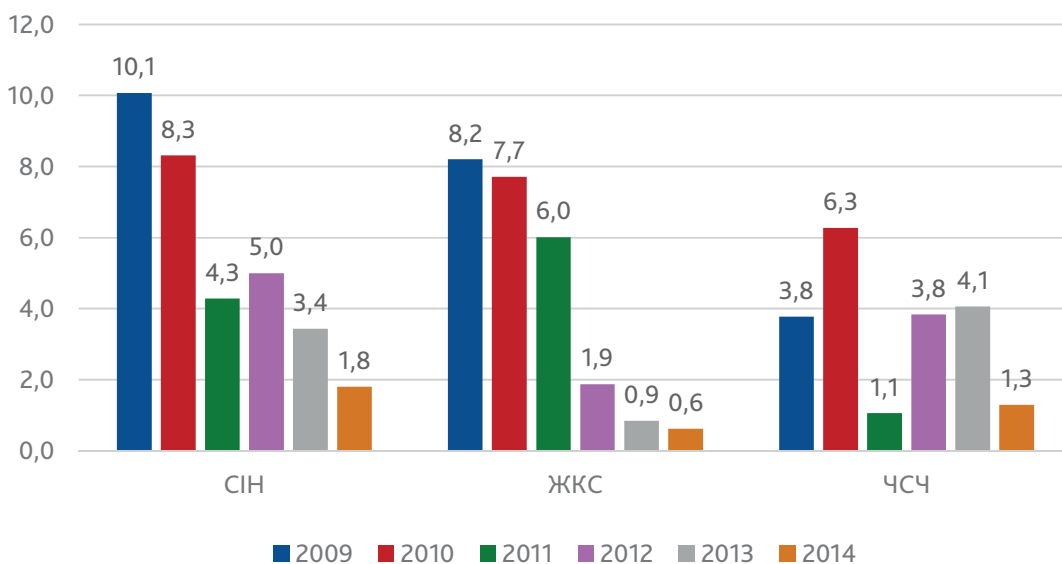


Рис. 31. Поширеність ВІЛ серед груп ризику (SyRex)

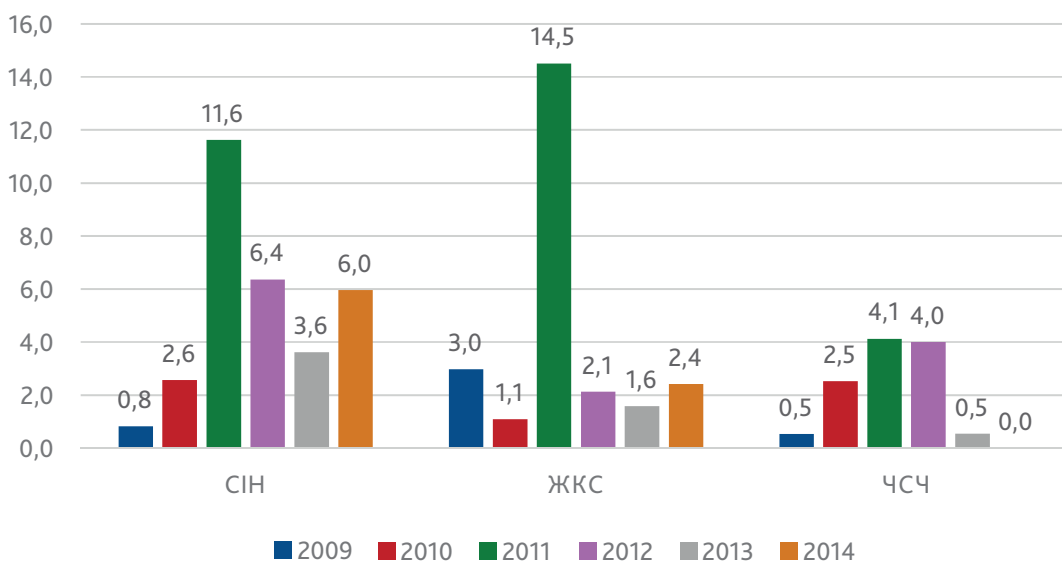


Рис. 32. Поширеність ІПСШ, за даними програмного моніторингу (Syrex), %

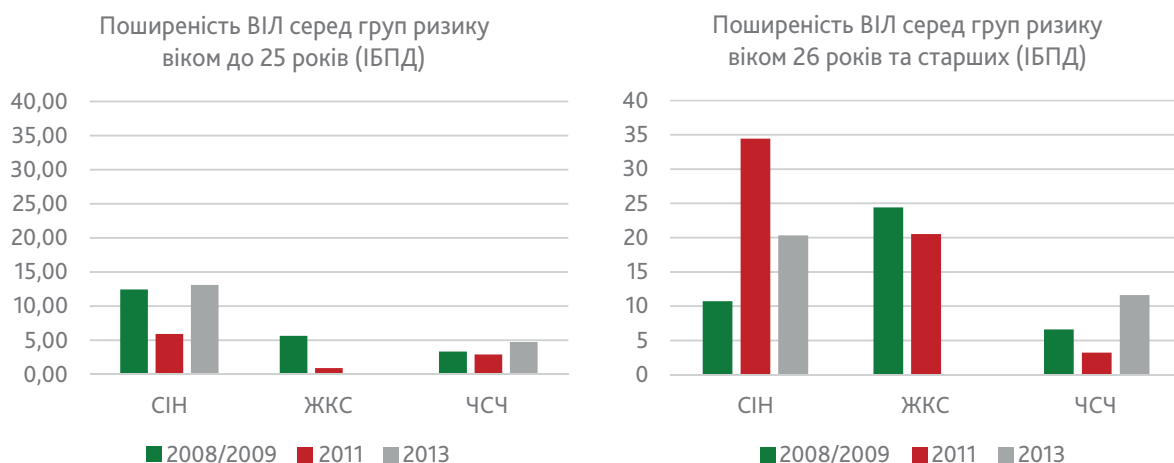


Рис. 33. Поширеність ВІЛ серед груп ризику (ІБПД)

Зменшення поширеності ВІЛ-інфекції, за різними джерелами, узгоджується з даними щодо покращення поведінкових практик та зростання рівня охоплення профілактичними програмами. За даними ІБПД, серед ЧСЧ як старшої, так і молодшої вікових груп суттєво збільшується частка осіб, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту. Серед ЖКС майже всі опитані повідомили про використання презерватива у 2011 році. Щодо ЛВІН ситуація протилежна. З 2011 по 2013 рік знижується рівень використання презервативу під час останнього сексуального контакту як серед дорослих, так і серед молоді. Разом з тим, серед ЛВІН спостерігається доволі високий рівень користування стерильним інструментарієм.

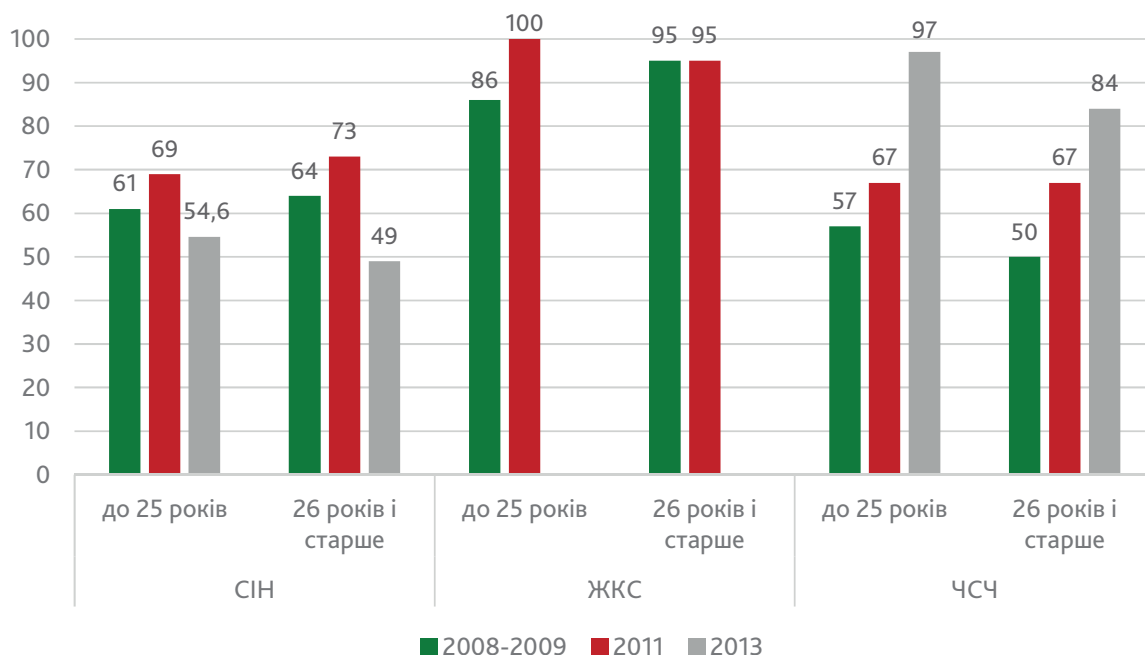


Рис. 34. Повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту, % (ІБПД)

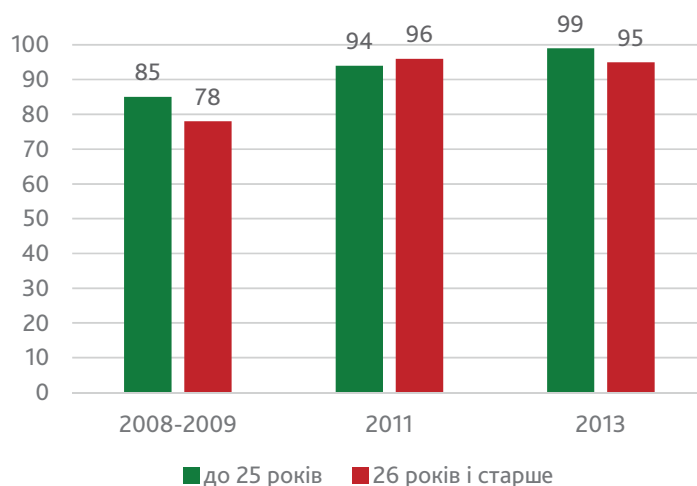


Рис. 35. Повідомили про використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції, % (ІБПД)

За даними ІБПД 2013 року, зростає охоплення послугою КіТ серед ЧСЧ. Серед групи ЛВІН у віці від 25 років зафіксовано зниження частки осіб, що пройшли тест на ВІЛ та отримали його результат, з 63 до 37%. Це навіть менше, ніж охоплення КіТ серед ЛВІН у віці до 24 років включно (41%). Серед ЖКС близько половини дорослих представників цієї групи та молоді охоплені послугою КіТ.

Програмний моніторинг (Syrex) демонструє схожі тенденції: зростання тестувань на ВІЛ серед ЧСЧ при скороченні частки осіб, охоплених послугами КіТ, серед ЛВІН та ЖКС.

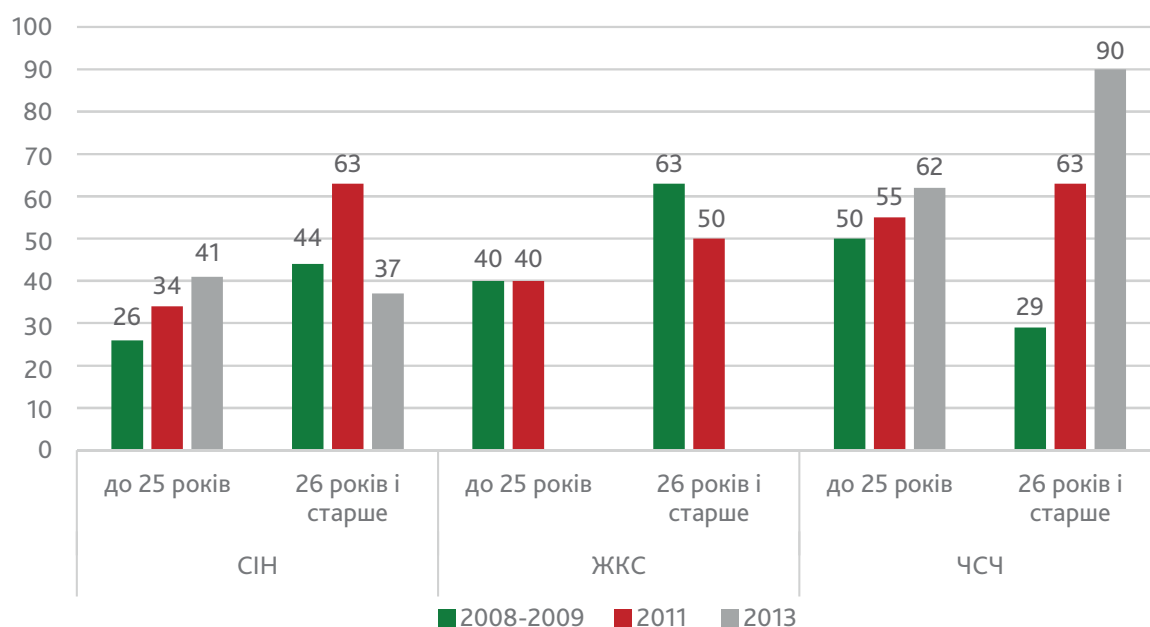


Рис. 36. Протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та отримали його результат, % (ІБПД)

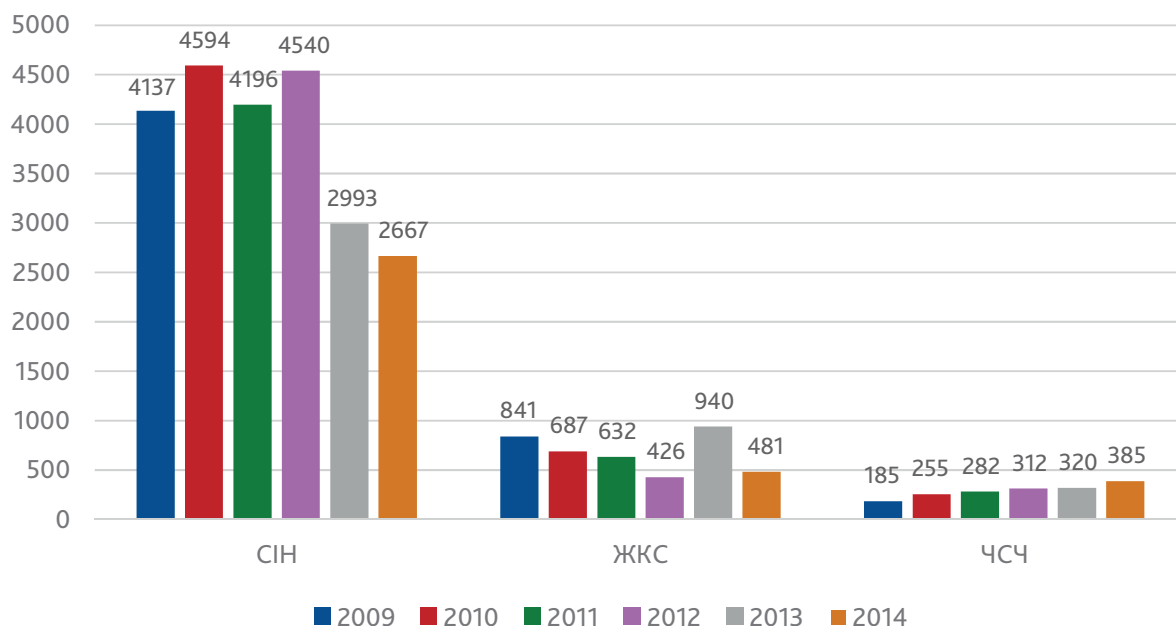


Рис. 37. Охоплення тестуванням на ВІЛ, за даними програмного моніторингу (Syrex), осіб

За даними програмного моніторингу (Syrex), збільшується рівень охоплення ЖКС програмами профілактики ВІЛ-інфекції⁷ відносно їх оціночної кількості (1900 осіб) – 92,9% (1768 осіб) проти 47,4% (947) у 2009 році. Подібна тенденція спостерігається і серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками (ЧСЧ), відносно їх оціночної кількості (2600 осіб) – 33% (859 осіб) проти 13,7% (355 осіб) у 2009 році. Аналіз показників свідчить про позитивну динаміку рівня охоплення ПКС та ЧСЧ профілактичними послугами. Рівень охоплення ЛВІН програмами профілактики ВІЛ-інфекції має тенденцію до зменшення. Так, у 2014 році він склав 50,4% (6697 осіб) проти 68,2% (9069) у 2011 році відносно їх оціночної кількості.

⁷ Тут і далі під охопленням програмами профілактики розуміється отримання принаймні однієї послуги на базі ГО, які працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу: зменшення шкоди, тестування швидкими тестами на ІПСШ, консультації спеціалістів тощо.

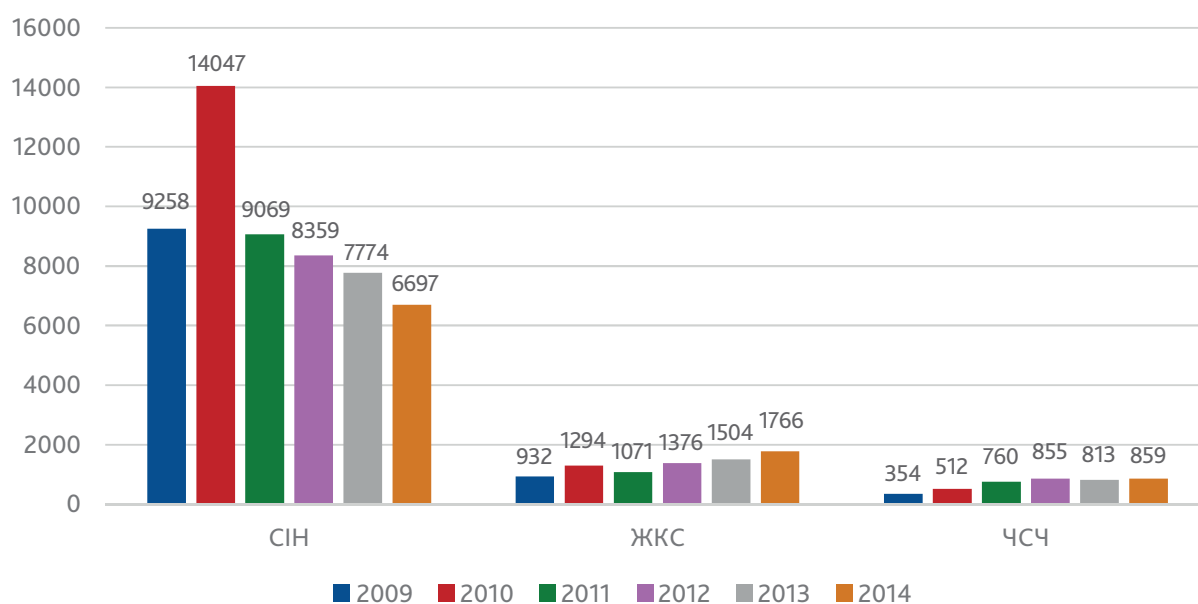


Рис. 38. Охоплення профілактичними програмами. за даними програмного моніторингу (Syrex), осіб

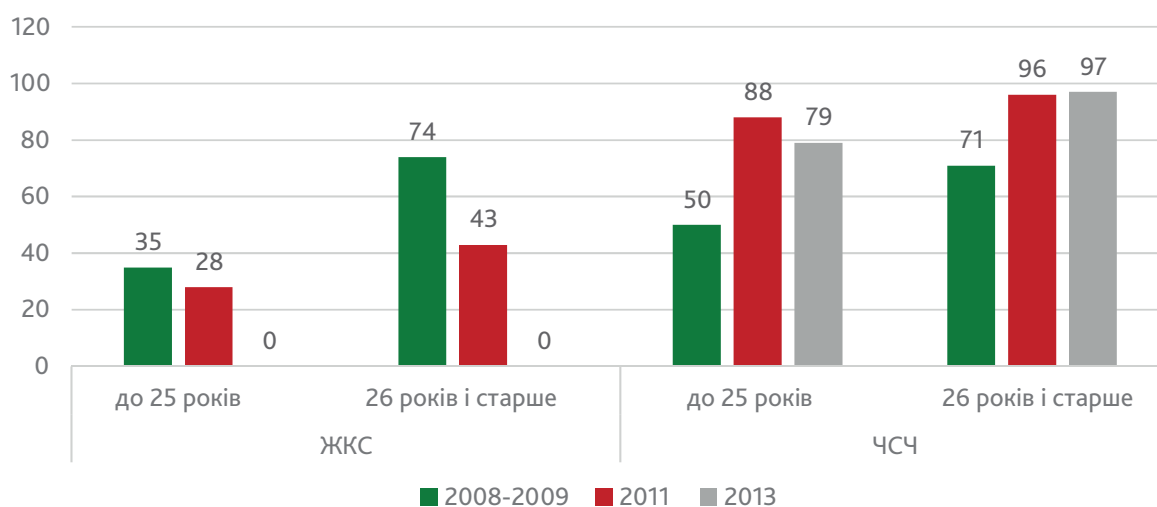


Рис. 39. Охоплені профілактичними програмами, за даними ІБПД, %

Частково підтверджується гіпотеза, що в адміністративно-територіальному вимірі рушійними групами епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області є мешканці великих міст, центральних районів області, а також районів, наближених до областей з вищим рівнем поширення епідемії. Дійсно, у місті Черкаси, Черкаському районі та містах обласного значення спостерігаються найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу. Проте якщо аналізувати темпи розвитку епідемії, можна говорити про три географічні кластери:

1. **Центрально-східний** (Городищенський, Звенигородський, Катеринопільський, Черкаський та Чорнобаївський райони), де спостерігається інтенсивне зростання кількості випадків СНІДу при середньому рівні поширеності ВІЛ.
2. **Південно-східний** (Чигиринський та Кам'янський райони) – кластер «нової епідемії», де швидко зростає кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, проте рівень поширення СНІДу є низьким у порівнянні з іншими районами області.
3. **Західний** (Жашківський район) – одночасно високі темпи приросту випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Підтверджується гіпотеза, що ЛВІН залишаються рушійною групою ризику в Черкаській області. В Уманському та Маньківському районах до сьогодні зберігається домінування парентерального шляху передачі ВІЛ-інфекції. За різними джерелами, серед ЛВІН зафіксовано найвищий рівень поширеності ВІЛ. Відповідно до моделювання епідемії, впродовж усього періоду розвитку епідемії ВІЛ-інфекції та у подальшій п'ятирічній перспективі ЛВІН будуть основною за чисельністю групою серед загалу ЛЖВ. Зменшення випадків з парентеральним шляхом передачі характерно переважно для молоді, а серед ЛВІН у віці від 25 років, навпаки, наявні ознаки переважання парентерального шляху передачі відповідно до рутинного моніторингу. Потребує уваги той факт, що, за даними досліджень, саме серед ЛВІН у віці від 25 років останніми роками спостерігається зниження рівня користування презервативами та рівня охоплення тестуванням на ВІЛ.

Переважає гетеросексуальний шлях передачі ВІЛ-інфекції відбувається серед старшої вікової групи (25 років і старше). Слід зазначити, що внесок ЖКС у цей шлях передачі є мінімальним. Різні джерела даних демонструють, що поширеність ВІЛ серед ЖКС є незначною. Зважаючи на те, що спостерігається погіршення практик використання презерватива серед ЛВІН, а моделювання епідемії показує збільшення оціночної чисельності ЛЖВ серед населення, яке не відноситься до груп ризику, можна припустити, що роль такої групи-містка, як статеві партнери ЛВІН, посилиться.

Висхідні тенденції у прогнозі рівня інфікованості серед ЧСЧ та високий рівень поширеності ВІЛ серед осіб з ІПСШ, за даними СЕМ, свідчить, що зростання гетеросексуального шляху передачі ВІЛ-інфекції може пояснюватися також фактом помилкової класифікації випадків ЧСЧ як гетеросексуального шляху через стигму до цієї групи ризику. Разом з тим дослідження демонструють зростання безпечної поведінки щодо ВІЛ та стабільне збільшення рівня охоплення профілактичними програмами серед ЧСЧ. Водночас рівень охоплення тестуванням на ВІЛ серед ЧСЧ суттєво відрізняється у старшій та молодшій вікових групах: 90% ЧСЧ у віці від 25 років та 63% молодших ЧСЧ, за даними ІБПД 2013 року. У подальшій профілактичній роботі уваги потребує залучення саме молодих ЧСЧ.

Питання 2. Чи є ефективними програми догляду і підтримки ЛЖВ у Черкаській області?

Гіпотези

Гіпотеза 1. Доступ до послуг догляду та підтримки для ЛЖВ, особливо серед груп ризику, є низьким.

Гіпотеза 2. Райони, де наявні програми догляду та підтримки для ЛЖВ, мають кращі показники диспансеризації та менший рівень смертності від СНІДу.

Результати

Гіпотеза 1. Доступ до послуг догляду та підтримки для ЛЖВ, особливо серед груп ризику, є низьким.

Програми догляду та підтримки (ДіП) ЛЖВ є елементом континууму допомоги. Точкою входження у континуум послуг є тестування на ВІЛ-інфекцію. У разі підтвердження позитивного тесту на ВІЛ людина в ідеалі потрапляє до системи ДіП і залишається у ній, маючи постійний доступ до профілактики, догляду та лікування. Щоб це відбувалося, має бути забезпечена координація між державними та приватними організаціями, групами підтримки ЛЖВ, громадськими організаціями, благодійними фондами та іншими зацікавленими сторонами, необхідний ефективний механізм «зв'язків» та переадресацій між ЛЖВ, спільнотою й установами у сфері охорони здоров'я. Важливим також є залучення самих ЛЖВ до всіх компонентів ДіП, розвиток «самодопомоги» у мережі ЛЖВ та їхніх сімей.

Основним виконавцем програм ДіП з боку громадського сектору в області є Черкаське обласне відділення ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ». Відповідно до програмного моніторингу Мережі (Case ++), впродовж останніх чотирьох – п'яти років залучення ЛЖВ до програм ДіП не було рівномірним. У 2012 році через фінансові складності в організації спостерігалось зменшення рівня охоплення послугами ДіП. У 2013 році вдалося вийти на попередній рівень серед дорослих, проте щодо дітей все ще залишається на рівні показників 2010–2011 рр.

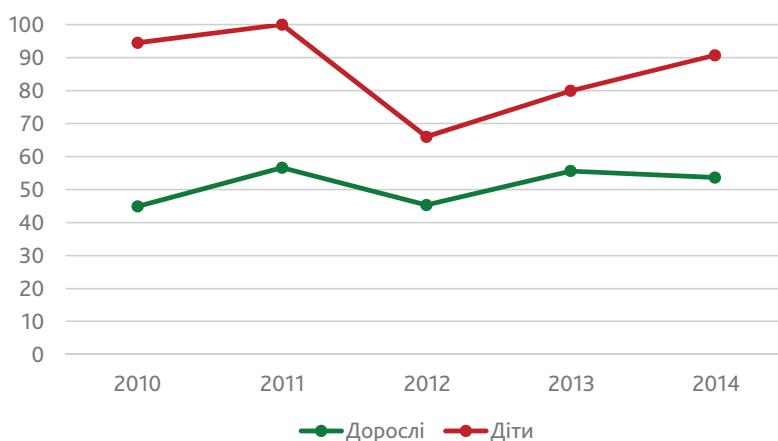


Рис. 40. Охоплення послугами ДіП, за даними програмного моніторингу (Case ++), % ЛЖВ

Поточна система послуг ДіП для ЛЖВ охоплює незначну частину ЛЖВ, якщо враховувати оціночну чисельність цієї групи. Особливо критичною є ситуація з програмами ДіП для ВІЛ-інфікованих ЛВІН. У 2013 році вдалося охопити послугами ДіП тільки 13% чоловіків-ЛЖВ та 16% жінок-ЛЖВ. Щодо ВІЛ-інфікованих ЛВІН, то 6% чоловіків та 10% жінок отримали такі послуги. Слід зазначити, що у попередні роки рівень охоплення ЛЖВ послугами ДіП був ще меншим.

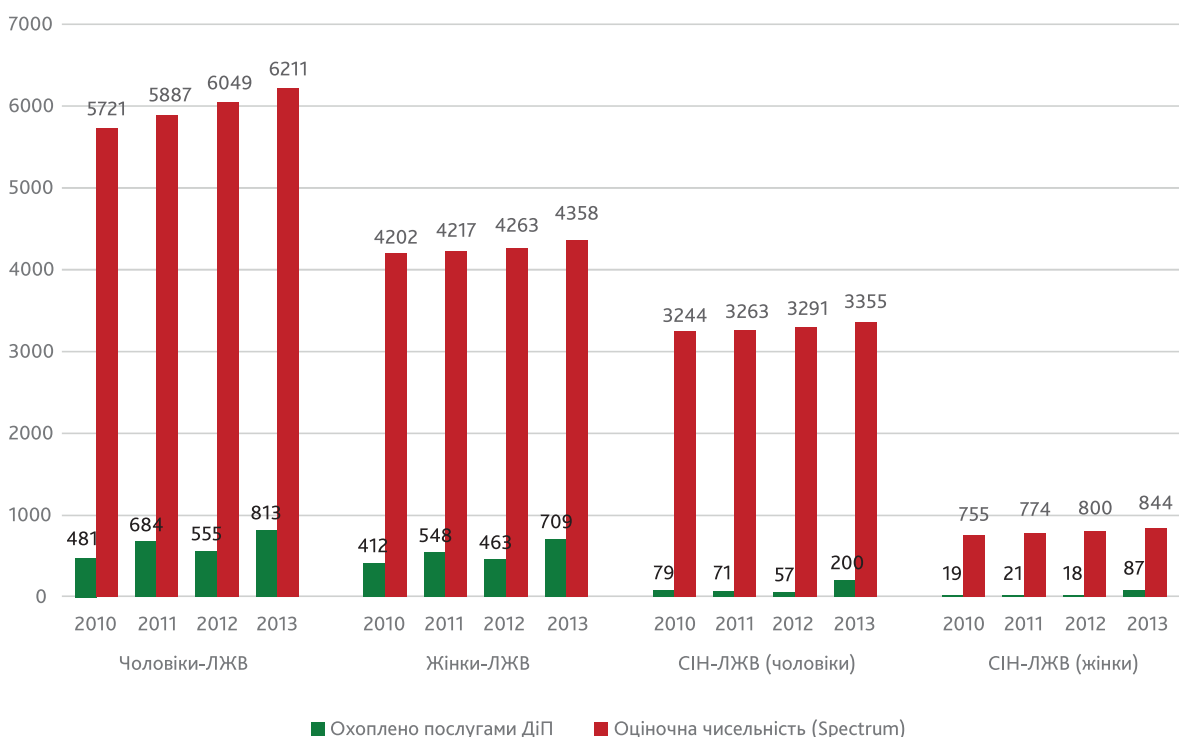


Рис. 41. Охоплення послугами ДіП, за даними програмного моніторингу (Case ++), та оціночна чисельність ЛЖВ (Spectrum), осіб

Ефективність ДіП для ЛЖВ можна оцінити методом каскадного аналізу, що охоплює заходи з профілактики, лікування та догляду. Побудова каскаду допомагає виявити та дослідити перешкоди в наданні медичної допомоги, які мають місце на різних етапах маршруту пацієнта: під час його тестування на наявність

ВІЛ-інфекції, залучення та утримання в системі медичного спостереження, ефективності антиретровірусного лікування. Для побудови каскаду послуг для ЛЖВ у Черкаській області застосовано крос-секційний підхід (виконання програм різних етапів каскадуодночасно).

У грудні 2013 року Координаційна рада програми ЮНЕІДС ініціювала консультації із зацікавленими сторонами на глобальному рівні щодо затвердження нових цільових індикаторів боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. В результаті було затверджено амбіційні показники – до 2020 року:

- 90% всіх людей, що живуть з ВІЛ, знають свій ВІЛ-статус;
- 90% всіх людей з діагнозом ВІЛ-інфекції отримуватимуть АРТ;
- 90% всіх людей, які отримують АРТ, матимуть пригнічення вірусного навантаження.

Вважається, що задосягнення таких показників епідемію ВІЛ-інфекції / СНІДу буде подолано.

Подальший каскадний аналіз враховує співвіднесення наявних показників з надання послуг для ЛЖВ у Черкаській області зі стратегічними цілями ЮНЕІДС.

Каскад демонструє прогалини у наданні послуг з ДіП для ЛЖВ на всіх етапах континууму допомоги. Кількість зареєстрованих ЛЖВ у центрі СНІДу станом на 01.01.2015 року становить менше третини (28%) від оціночної чисельності ЛЖВ у Черкаській області. 99% зареєстрованих ЛЖВ, які підлягають АРТ, отримують лікування, проте це тільки 11% від оціночної чисельності ЛЖВ в області. Із загалу ЛЖВ, які отримують АРТ, близько 77% мають невизначальне вірусне навантаження (922 із 1042). Таким чином, серед усіх ЛЖВ в Черкаській області лише 8% осіб отримують ефективну АРТ (невизначальне вірусне навантаження).

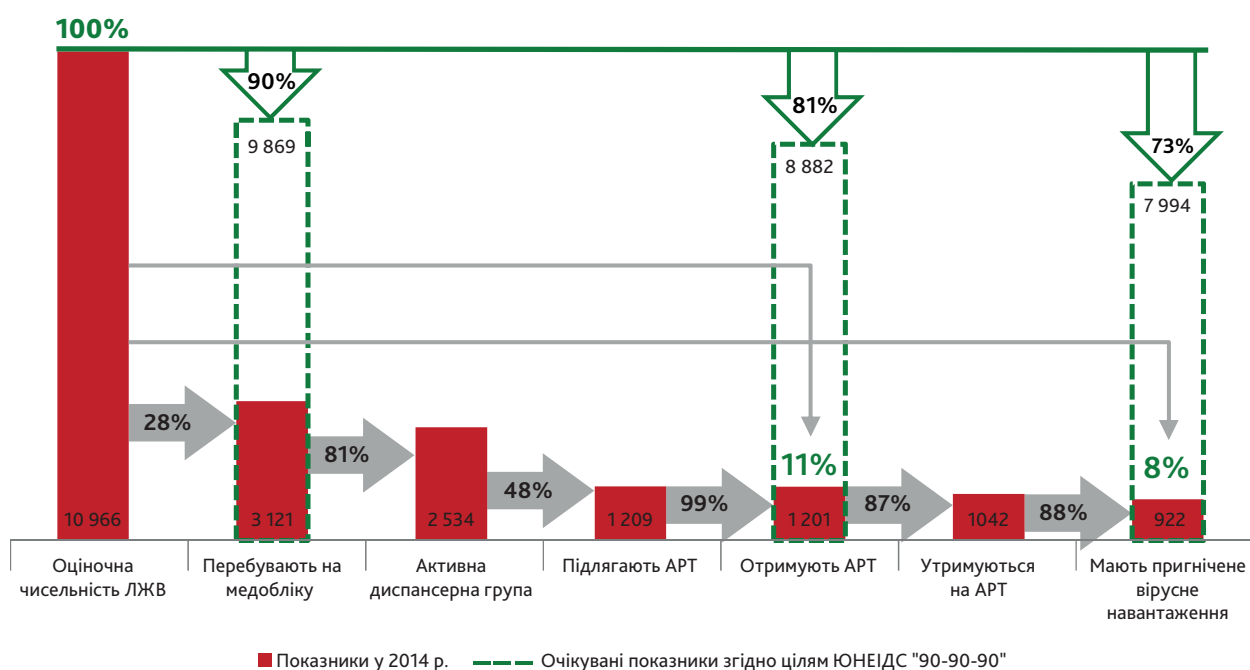


Рис. 42. Каскад послуг для ЛЖВ у Черкаській області станом на 01.01.2015 р.

Оціночна чисельність ЛЖВ: Spectrum 2015.

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість зареєстрованих ЛЖВ у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Активна диспансерна група: кількість зареєстрованих ЛЖВ, що становлять активну диспансерну групу: пройшли диспансерне обстеження принаймні раз на рік (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Підлягають АРТ: кількість зареєстрованих ЛЖВ, у яких рівень CD4 < 350 або є клінічні показання для прийому АРТ за національним протоколом (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Отримують АРТ: кількість зареєстрованих ЛЖВ, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Утримуються на АРТ: оціночні дані щодо кількості зареєстрованих ЛЖВ, які отримують АРТ через 12 місяців після початку лікування (за даними дослідження когорти).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ЛЖВ на АРТ з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей.

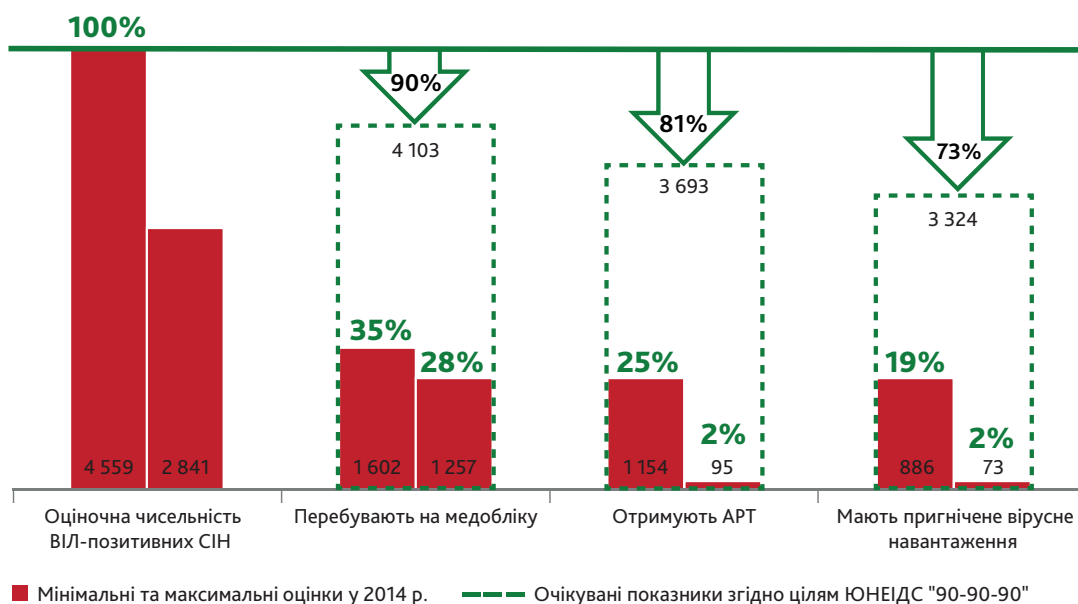


Рис. 43. Каскад послуг для ВІЛ-інфікованих ЛВІН у Черкаській області станом на 01.01.2015 р.

У наданні послуг з лікування для ВІЛ-позитивних ЛВІН в Черкаській області каскад також демонструє прогалини. Кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних ЛВІН у центрі СНІДу станом на 01.01.2015 року, за різними джерелами, оцінюється у 35–28% від загальної чисельності ВІЛ-позитивних ЛВІН в області. За даними рутинного моніторингу, 8% зареєстрованих ВІЛ-позитивних ЛВІН отримують АРТ, із загалу ВІЛ-позитивних ЛВІН, які отримують АРТ, близько 77% мають невизначальне вірусне навантаження. Отже, за даними рутинного моніторингу

УЦКС, серед усіх ВІЛ-позитивних ЛВІН у Черкаській області лише 2% осіб отримують ефективну АРТ (невизначальне вірусне навантаження). Якщо ж орієнтуватися на дані, розраховані в ІБПД, цей показник становить 19%.

Оціночна чисельність ЛЖВ-ЛВІН:

максимальна оцінка: Spectrum 2015;

мінімальна оцінка: відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН, за даними ІБПД, від оціночної чисельності ЛВІН в області.

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних ЛВІН у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Максимальна оцінка: кількість зареєстрованих ЛЖВ з парентеральним шляхом передачі у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних ЛВІН, які перебувають на медобліку, за даними ІБПД 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН, які повідомили, що зареєстровані у центрі СНІДу (51%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних ЛВІН).

Активна диспансерна група: дані не збираються.

Отримують АРТ:

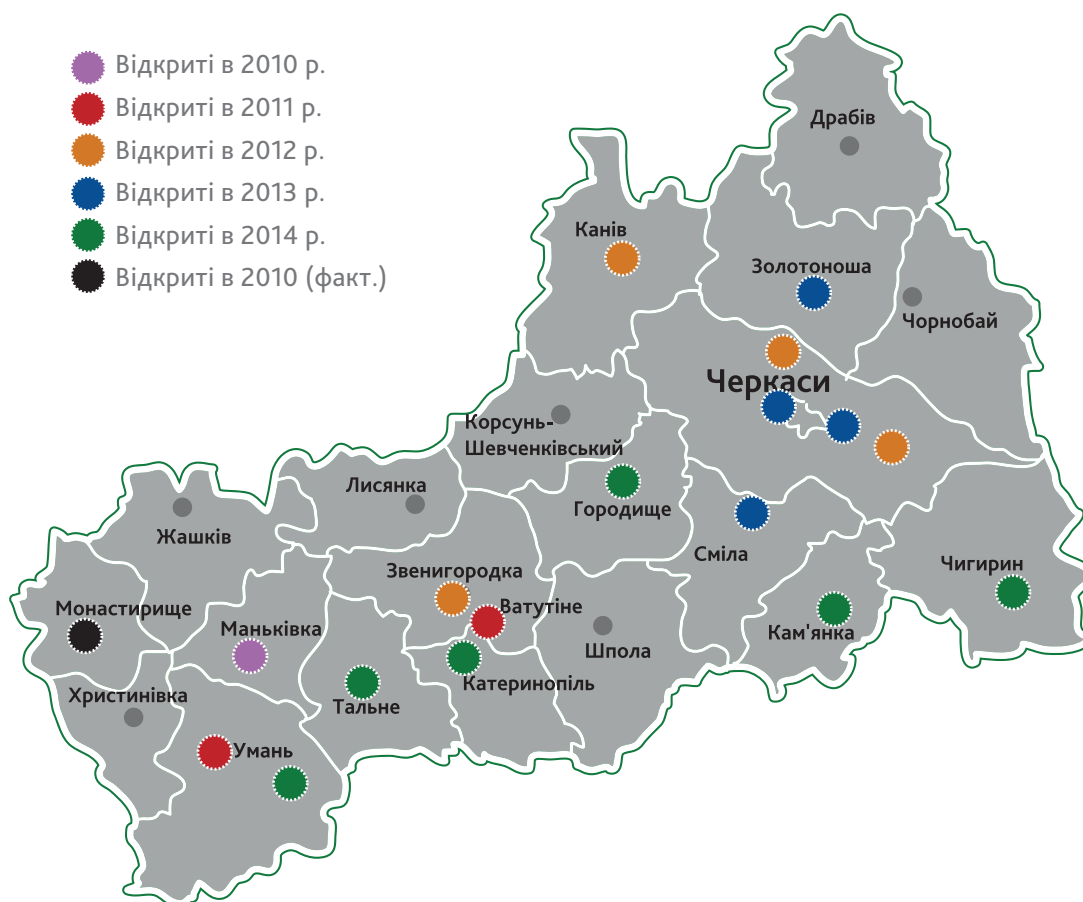
максимальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних ЛВІН на АРТ, за даними ІБПД 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН, які повідомили, що отримують АРТ, за даними дослідження, від оцінки чисельності зареєстрованих ВІЛ-позитивних ЛВІН);

мінімальна оцінка: кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних ЛВІН, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу УЦКС)

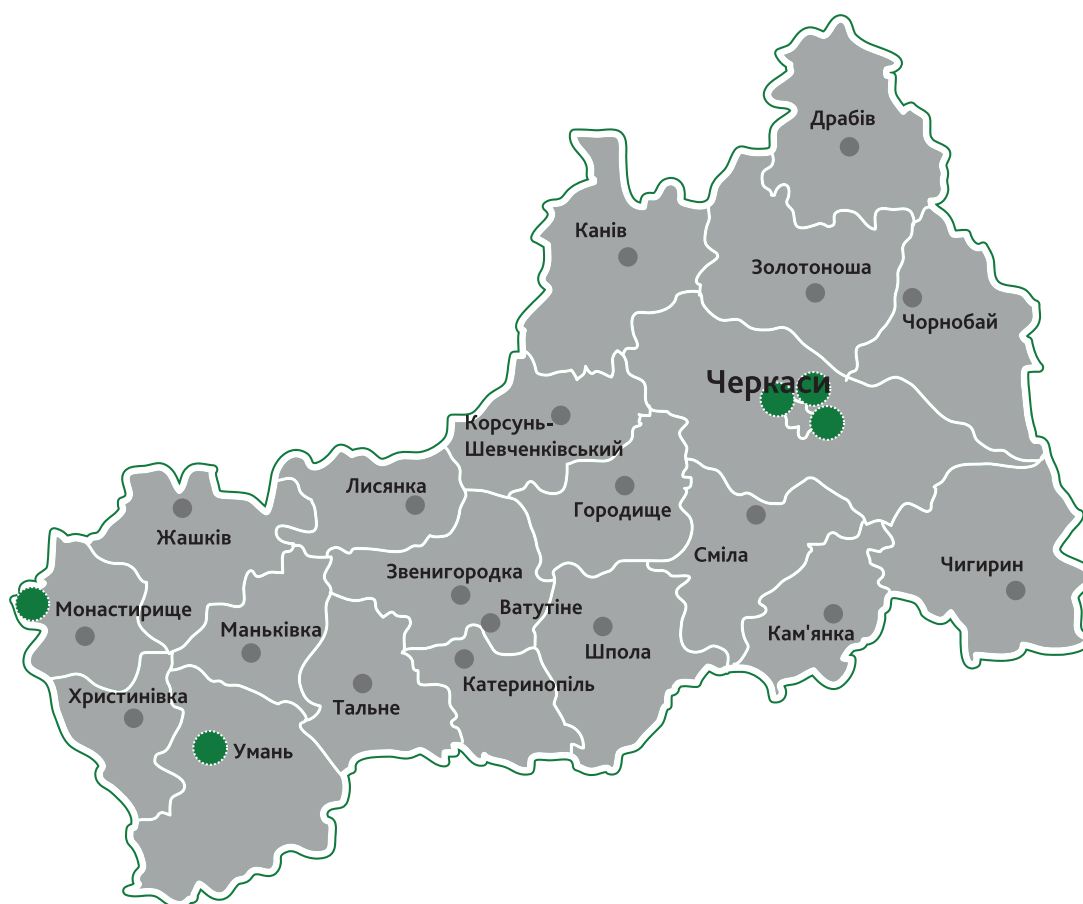
Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ВІЛ-позитивних ЛВІН з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей.

Гіпотеза 2. Райони, де наявні програми догляду та підтримки для ЛЖВ, мають кращі показники диспансеризації та менший рівень смертності.

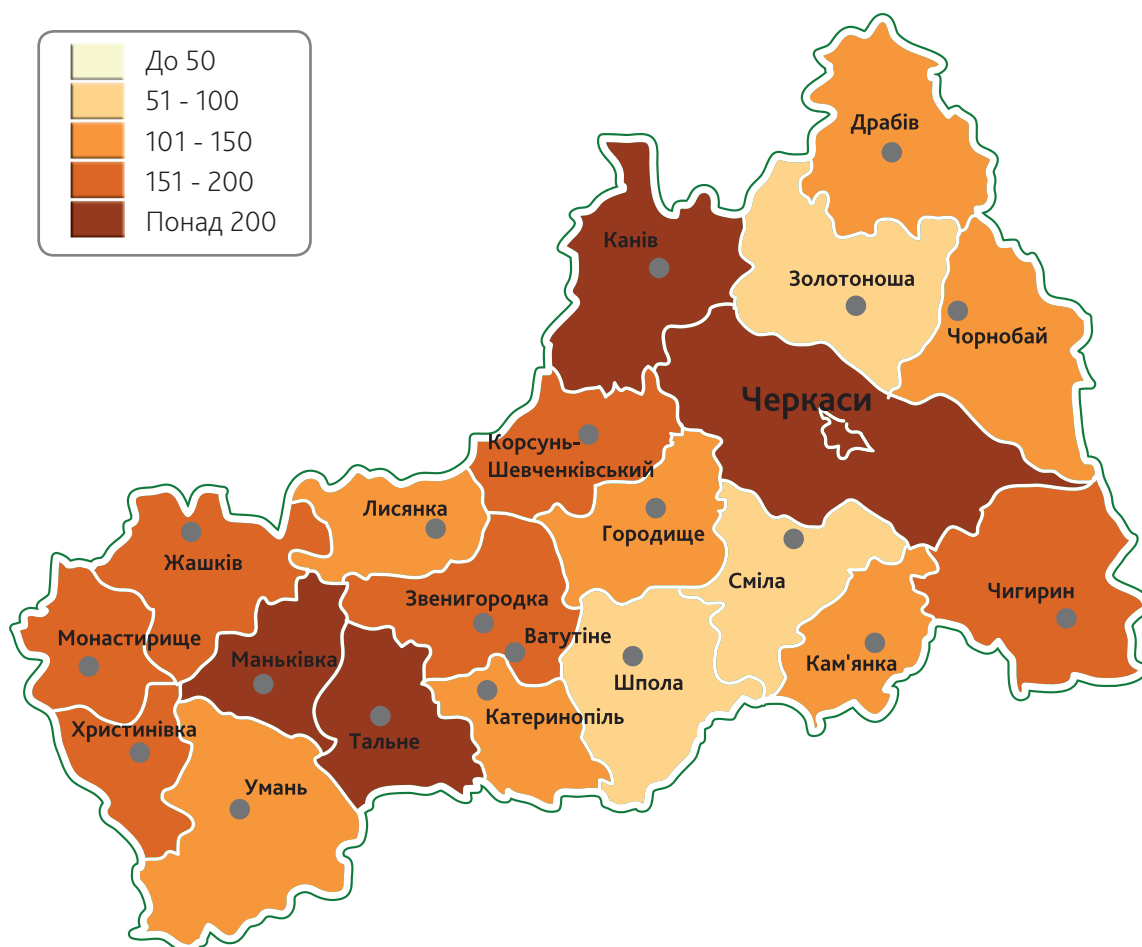
Низький рівень охоплення послугами ДіП пояснюється обмеженістю інфраструктури. Хоча в області доволі розвинута мережа сайтів АРТ, організації, які надають послуги ДіП, є лише у Черкасах, Черкаському, Уманському та Монастирищенському районах. Водночас у найбільш уражених епідемією районах, там, де спостерігаються високі темпи приросту нових випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу, програми ДіП відсутні.



А. Сайти АРТ в Черкаській області



В. Сайти послуг ДіП для ЛЖВ



С. Рівень поширеності ВІЛ на 100 тис. населення

Рис. 44. Диференціація районів області за рівнем поширеності ВІЛ, наявністю сайтів АРТ та програм ДіП станом на 01.01.2015 р.

Індикаторами доступу до діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію можуть бути показники щодо диспансеризації ЛЖВ та рівня смертності. Показник охоплення диспансеризацією ВІЛ-інфікованих (частка поставлених на «Д»-облік від виявлених, за даними СЕМ) зріс з 54,3% в 2013 до 83,0% в 2014 році. Разом з тим показник своєчасності взяття на «Д»-облік (лабораторно виявлені та поставлені під медичне спостереження) ВІЛ-інфікованих у Черкаській області все ще залишається низьким – 44% у 2014 році (2013 р. – 39%). Показник смертності від захворювань, обумовлених СНІДом, склав 5,3 на 100 тис. населення у 2014 році (2013 р. – 6,9). Основною причиною смерті хворих на СНІД залишається туберкульоз, хоча частка летальних випадків, обумовлена ко-інфекцією ВІЛ+ТБ, серед загальної кількості померлих від СНІДу зменшується (63% у 2014 проти 76,8% у 2013 р.).

Якщо порівняти подібні за рівнем поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу райони у контексті показників диспансеризації, можна помітити, що у районах, де діють програми ДіП, спостерігаються вищі рівні охоплення ЛЖВ загальною, своєчасною та активною диспансеризацією. У районах, де наявні сайти ДіП, також зафіксовано менший рівень смертності від СНІДу.

Таблиця 2. Порівняння показників диспансеризації та смертності від СНІДу в районах, де наявні та відсутні програми ДіП (райони з подібним епідеміологічним профілем)

		Епідеміологічний профіль		Індикатори ефективності ДіП			
		Поширеність ВІЛ-інфекції	Поширеність СНІДу	Охоплення загальною диспансеризацією	Охоплення своєчасною диспансеризацією	Охоплення активною диспансеризацією	Смертність від СНІДу
Є сайти ДіП	(1) Черкаський	202,0	96,4	114,3	75	83	4
	(2) Уманський	131,3	32,2	87	71,4	82	2,3
	(3) Монастирищенський	163,1	51,7	170	100	91	2,7
	<i>У трьох районах в середньому</i>	165,5	60,1	123,8	82,1	85,3	3,0
Подібні за епідеміологією райони, немає сайтів ДіП	(1) К.-Шевченківський	172,0	61,1	53,9	23,1	88	4,5
	(2) Катеринопільський	130,1	40,7	50	42,8	74	7,2
	(3) Звенигородський	180,2	46,1	78,3	47,8	87	8,9
	<i>У трьох районах в середньому</i>	160,8	49,3	60,7	37,9	83,0	6,9

Ефективність програм ДіП оцінювалася у вимірі доступності таких програм для ЛЖВ та їх дієвості стосовно забезпечення утримання у континуумі послуг з позитивної профілактики. Аналіз каскадів послуг для ЛЖВ демонструє, що основні прогалини спостерігаються щодо виявлення ВІЛ-інфікованих та їх постановки на облік у центрі СНІДу. Майже п'ята частина зареєстрованих ЛЖВ втрачаються на етапі охоплення активною диспансеризацією. Проблематичним є забезпечення доступу ВІЛ-інфікованих ЛВІН до програм АРТ. Серед усіх ЛЖВ в Черкаській області лише 8% осіб мають невизначальне вірусне навантаження. Серед основної рушійної групи епідемії в області – ЛВІН. За даними рутинного моніторингу УЦКС, серед усіх ВІЛ-позитивних ЛВІН лише 2% осіб отримують ефективну АРТ (невизначальне вірусне навантаження).

Доступність ДіП для ЛЖВ в Черкаській області є дуже обмеженою: такі послуги є тільки у трьох районах з двадцяти. Сьогодні лише 13% чоловіків та 16% жінок від загалу оціночної чисельності ЛЖВ в області охоплені послугами ДіП. Щодо ВІЛ-інфікованих ЛВІН, то рівні охоплення послугами ДіП ще нижчі: 6% чоловіків та 10% жінок від загалу оціночної чисельності ЛВІН-ЛЖВ. Разом з тим наявні ознаки того, що програми ДіП є ефективними. У районах області, де діють програми ДіП, спостерігаються вищі рівні охоплення ЛЖВ загальною, своєчасною та активною диспансеризацією, а також нижчий рівень смертності від СНІДу.

Прогалини у стратегічній інформації:

- Відсутня статистична інформація щодо показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Нові випадки ВІЛ-інфекції є лише новими у контексті їх реєстрації, проте не надають інформацію про недавнє інфікування.
- ІБПД серед ЖКС у Черкаській області не проводилося у 2013 році, таким чином є лише дві точки у часі (2008/2009 та 2011 рр.), що ускладнює використання цього джерела даних для оцінки тенденцій. Незважаючи на низький рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ЖКС в області, важливим є подальший моніторинг цієї групи.
- Дані рутинного епідагляду не дозволяють стратифікацію даних за шляхами передачі, віком та статтю нових випадків ВІЛ-інфекції у межах окремих адміністративно-територіальних пунктів області, що ускладнює інтерпретацію районних відмінностей розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
- Доволі обмеженими є оціночні дані щодо груп ризику та уразливих груп на регіональному рівні. У 2015 році в Черкаській області вперше здійснювався розрахунок оціночної чисельності ВІЛ-інфікованих ЛВІН, ЖКС та ЧСЧ на базі Spectrum. Відсутня інформація щодо оціночної чисельності підлітків груп ризику, уразливих груп (вулична молодь, далекобійники тощо), а також груп-містків (статеві партнери ЛВІН, комерційні та некомерційні клієнти ЖКС).
- Окремої уваги потребує оцінка внеску гомосексуального шляху передачі серед нових випадків ВІЛ-інфекції. З цією метою має бути проведено дослідження наявності антитіл до ядерного антигену вірусного гепатиту В серед ВІЛ-позитивних чоловіків, контролюючи відсутність серологічних маркерів ВГС та досвіду споживання ін'єкційних наркотиків.
- Через відсутність системи персоніфікованого обліку пацієнтів страждає якість даних при побудові каскаду послуг та його інтерпретації. Наприклад, показник чисельності ЛВІН, які перебувають на медобліку, може бути розрахований на основі інформації про кількість випадків з парентеральним шляхом передачі. Проте показник «Кількість ЛВІН на АРТ» враховує тільки «активних ЛВІН» за методологією рутинної статистики УЦКС. Відповідно показник кількості ЛВІН на АРТ, за даними рутинного моніторингу, є лише мінімальною оцінкою. Важко оцінити кількість ЛЖВ з ефективною АРТ, оскільки на сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей.

- Аналіз епідемії серед ЛВІН ускладнюється тим, що категорія «споживач ін'єкційних наркотиків» має різну інтерпретацію для різних цілей. Для біоповедінкових досліджень ЛВІН (активні ЛВІН) – це особа віком 14 років і старше, яка мала досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом за останні 30 днів. У рамках рутинної статистики УЦКС до категорії активних ЛВІН відноситься особа, яка: (С3) – не заперечує епізодичного вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом; (С4) – не заперечує систематичного вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом; (С5) – перебуває у програмі замісної підтримувальної терапії.

Національний рівень

- З метою моніторингу «істинної» захворюваності на ВІЛ запровадити використання лабораторних методів діагностики ВІЛ-інфекції для оцінки недавніх випадків інфікування (RITA) в рамках Загальнодержавної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні.
- Запровадити систему електронного персоніфікованого обліку ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що дозволить аналізувати всі отримані послуги у межах догляду, підтримки та лікування, враховуючи соціально-демографічні характеристики та групи ризику.
- Розширити доступ ЛЖВ до АРТ через зміну національного клінічного протоколу: початок лікування починаючи з 500 CD4-клітин, призначення АРТ усім ВІЛ-позитивним особам у серодискордантних парах.
- Здійснювати дозорний епіднагляд серед груп-містків, у першу чергу статевих партнерів-ЛВІН.
- Затвердити та включити показники, необхідні для побудови каскадів ЛЖВ та ЛВІН-ЛЖВ, до національного плану МіО, розробити інструкції щодо збору та розрахунку значень цих показників.

Обласний рівень

- Збільшити питому вагу обстежень на ВІЛ-інфекцію груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (у першу чергу серед ЛВІН та ЧСЧ, статевих партнерів осіб з груп ризику, пацієнтів з інфекціями, що передаються статевим шляхом).

- Посилити роботу щодо повноти та своєчасності охоплення ВІЛ-інфікованих диспансерним наглядом (не нижче 80%) шляхом забезпечення якісного КіТ на ВІЛ-інфекцію, ефективної переадресації ВІЛ-позитивних осіб від неурядових організацій, лікарів закладів охорони здоров'я до лікарів-інфекціоністів кабінетів «Довіра».
- Сприяти поширенню програм догляду і підтримки ЛЖВ в області, особливо в таких районах, як Городищенський, Звенигородський, Катеринопільський, Чорнобаївський, Чигиринський, Кам'янський та Жашківський.
- Посилити заходи щодо активізації та якості медичного нагляду за диспансерною групою.
- Звернути особливу увагу на захворюваність серед осіб віком 15–24 роки та сприяти посиленню заходів з первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед підлітків та молоді.
- Забезпечити обстеження на маркери вірусних гепатитів В і С всіх ВІЛ-інфікованих, які вперше взяті під медичний нагляд.
- Обговорити та затвердити розрахунки оціночної чисельності ЛЖВ, включаючи оцінки за різними групами ризику, з регіональними експертами та зацікавленими особами на Координаційній раді.
- З метою розширення доступу малих міст та селищ до тестування на ВІЛ-інфекцію забезпечити заклади первинної медичної допомоги районного та сільського рівнів швидкими тестами відповідно до реальних потреб, провести навчання персоналу з КіТ.

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

Підсумковий звіт

Головні виконавці дослідження:

Юлія Середа
Юрія-Івана Чакало
Андрій Пономаренко
Дмитро Єрмілов
Юлія Новак

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@aimsalliance.org.ua
www.aph.org.ua
www.facebook.com/AlliancePublicHealth

Розповсюджується безкоштовно.

Формат 60x90/8
Ум. друк. арк. 0,00.
Тираж 000 прим. Замовл. №00/0

Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство»Україна»
01054, м. Київ, вул. Гончара, 55
(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК №265 от 30.11.2000 р.)