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

Підсумковий звіт

Київ 2017

УДК 000000000000000000000000
ББК 000000000000000000000000
000

Головні виконавці дослідження:
Юлія Новак (1), магістр громадського здоров'я
Андрій Сороколіт (2), лікар-епідеміолог
Оксана Кутинська (2), керівник центру МіО
Олександр Недужко (3), науковий співробітник

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

000 **Регіональний проект з тріангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області. Підсумковий звіт.** – Новак Ю., Сороколіт А., Кутинська О., Недужко О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство»Україна» 2017. – 64 с.

ISBN 000000000000000

У звіті представлено результати регіонального проекту з тріангуляції даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції у Львівській області. Визначення характеристик епідемії ВІЛ/СНІДу та оцінка профілактичних заходів в регіоні дозволило надати рекомендації для впровадження протиепідемічних заходів. Результати та рекомендації, які представлені в цьому звіті, будуть корисні організаторам охорони здоров'я, медичним працівникам, представникам неурядових організацій та усім, хто працює у напрямку протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Автори публікації висловлюють подяку головному лікарю КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» Служинській Марьяні Богданівні за сприяння реалізації проекту з тріангуляції даних.

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

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

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

УДК 0000000000000000000
ББК 000000000000

ISBN 00000000000000000000

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ 6

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ. 7

ВСТУП 9

МЕТОДИ 10

ЗАГАЛЬНИЙ ПІДХІД 10
ЗАЛУЧЕНІ ПАРТНЕРИ.....11
ДОСЛІДНИЦЬКІ ПИТАННЯ ТА ГІПОТЕЗИ 11
ОСНОВНІ ДЖЕРЕЛА ДАНИХ, ЯКІ ЗАСТОСОВУВАЛИСЯ ДЛЯ ТРІАНГУЛЯЦІЇ, ТА ЇХ ОБМЕЖЕННЯ.....12

ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА КОНТЕКСТ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ 15

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЛАСТІ 15
КОНТЕКСТ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ 16

РЕЗУЛЬТАТИ 18

ПИТАННЯ 1.
ЯКИМИ Є ТЕРИТОРІАЛЬНІ ТА ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ?.....18

ПИТАННЯ 2.
НАСКІЛЬКИ ЕФЕКТИВНИМИ Є ПРОФІЛАКТИЧНІ ПРОГРАМИ СЕРЕД КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ ТА МОЛОДІ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ? 32

РЕКОМЕНДАЦІЇ 58

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПРОГРАМНИХ ЗАХОДІВ..... 58
РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗБОРУ ТА ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ..... 58

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ 59

СПИСОК РИСУНКІВ

Рис. 1. *Захворюваність на ВІЛ-інфекцію у Львівській області, всі вікові групи, РЕН 1990– 2015 рр.* 16

Рис. 2. *Розподіл осіб залежно від шляху передачі (статевий та парентеральний), яких було взято під медичний нагляд у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, РЕН 2005–2015 рр.* 17

Рис. 3. *Кількість осіб з позитивним результатом підтверджувального неанонімного тестування на ВІЛ-інфекцію, СЕМ 2009–2015 рр.* 22

Рис. 4. *Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб віком 15+, за статтю, РЕН 2008–2015 рр* 22

Рис. 5. *Розподіл нових випадків ВІЛ-інфекції за статтю серед осіб віком 15+, АЕМ 2008–2020 рр.* 23

Рис. 6. *Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб віком 15+, за статтю та віковими групами, РЕН 2010–2015 рр.* 24

Рис. 7. *Особи з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком 15+, за клінічними стадіями ВІЛ-інфекції, РЕН 2009–2015 рр.* 25

Рис. 8. *Кількість осіб віком від 15 років, яким одночасно було встановлено діагнози ВІЛ- інфекції та СНІДу, і частка таких осіб від нових випадків СНІДу, РЕН 2009–2015 рр.* 26

Рис. 9. *Розподіл за типом поселень осіб, яких було взято під медичний нагляд з діагнозом СНІДу, РЕН 2009–2015 рр.* 27

Рис. 10. *Частка хворих на туберкульоз серед нових випадків СНІДу в Львівській області та Україні, РЕН 2009–2015 рр.* 27

Рис. 11. *Кількість ЛЖВ віком 15+, яких було знято з медичного обліку у зв'язку зі смертю, в т.ч. померлих від ко-інфекції ТБ/ВІЛ, РЕН 2009–2015 рр.* 28

Рис. 12. *Картограма смертності від СНІДу в Львівській області, РЕН 2009-2015 рр. (на 100 тис. населення)* 29

Рис. 13. *Смертність серед ЛЖВ Львівської області віком 15+ за даними моделювання у АЕМ, 2009–2015 рр.* 30

Рис. 14. *Захворюваність на розлади психіки внаслідок споживання наркотичних речовин, 2009–2015 рр.* 32

Рис. 15. *Кількість ЛВІН з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції і частка молодих ЛВІН (15–24 роки), РЕН 2007–2015 рр.* 33

Рис. 16. *Картограма внеску ЛВІН до загальної кількості ВІЛ-позитивних осіб, узятих під медичний нагляд, за адміністративно-територіальними одиницями Львівської області, РЕН 2005, 2015 рр.* 35

Рис. 17. *Характеристика дозорних груп ЛВІН за статтю, IBBS 2011–2015 рр.* 36

Рис. 18. *Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН у м. Львові та в середньому по Україні, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.* 37

Рис. 19. *Відсоток ЛВІН, які упродовж останніх 12 міс. пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.* 38

Рис. 20. *Відсоток ЛВІН, які за останні 12 міс. отримували презервативи, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.* 38

Рис. 21. *Охоплення ЛВІН мінімальним пакетом профілактичних послуг у Львівській області та Україні, 2010–2015 рр.* 39

Рис. 22. *Поширеність ВІЛ-інфекції серед РКС у м. Львові та Україні, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.* 41

Рис. 23. *Відсоток РКС, які пройшли тестування на ВІЛ упродовж останніх 12 міс. та одержали його результат, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.* 42

Рис. 24. *Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ м. Львова та в середньому по Україні, IBBS 2011, 2013, 2015 рр..* 43

Рис. 25. *Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту чоловіком, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.* 44

Рис. 26. *Охоплення ЧСЧ мінімальним пакетом профілактичних послуг у Львівській області та в Україні, 2012–2015 рр.* 45

Рис. 27. *Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ та їх відсоток від загальної кількості обстежених на ВІЛ-інфекцію, СЕМ 2009–2015 рр..* 46

Рис. 28. *Результати СЕМ поширення ВІЛ за результатами серологічної діагностики у Львівській області серед первинних донорів та вагітних при первинному обстеженні, 2009–2015 рр.* 47

Рис. 29. *Результати СЕМ поширення ВІЛ за результатами серологічної діагностики у Львівській області (без урахування вагітних та донорів), 2009–2015 рр.* 47

Рис. 30. *Загальна кількість обстежень на ВІЛ-інфекцію та кількість тестувань за кодами 102, 103 та 105, СЕМ 2009–2015 рр.*

Рис. 31. *Картограма відсотка осіб з КГН від загальної кількості осіб, обстежених на ВІЛ-інфекцію, СЕМ 2009, 2015 рр..* 50

Рис. 32. *Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед дорослого населення Львівської області, РЕН 2011–2015 рр.* 52

Рис. 33. *Нові випадки ВІЛ-інфекції серед КГН, АЕМ 2010–2020 рр.* 52

СПИСОК ТАБЛИЦЬ

Таблиця 1. *Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за територіями Львівської області, всі вікові групи, РЕН 2011–2015 рр.* 18

Таблиця 2. *Результати СЕМ поширення ВІЛ-інфекції за кодами 102, 103 та 105, 2009–2015 рр.* 51

Таблиця 3. *Обізнаність підлітків про ВІЛ/СНІД (Чи ти коли-небудь чув (ла) про ВІЛ) або хворобу, що називається СНІД?), HBSC 2010, 2014 рр.** 54

Таблиця 4. *Обізнаність підлітків щодо шляхів профілактики інфікування ВІЛ, HBSC 2010, 2014 рр.** 54

Таблиця 5. *Результати дослідження HBSC щодо обізнаності школярів про шляхи передачі ВІЛ.** 56

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

Альянс	МБФ «Альянс громадського здоров'я»
АРТ	Антиретровірусна терапія
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
КГН	Ключові групи населення
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
ЛВІН	Люди, які вживають ін'єкційні наркотики
МН	Медичний нагляд
РЕН	Рутинний епіднагляд
РКС	Робітники комерційного сексу
СЕМ	Сероепідеміологічний моніторинг
ТБ	Туберкульоз
ЧСЧ	Чоловіки, які мають секс з чоловіками
AEM	AIDS Epidemic Model (програма для побудови прогнозів епідемії ВІЛ-інфекції)
HBSC	Health Behavior in School-aged Children
CD4	Т-лімфоцити, що несуть на своїй поверхні рецептори CD4
IBBS	Інтегровані біоповедінкові дослідження

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

ПЕРЕДУМОВИ

Україна зіткнулася з однією із наймасштабніших епідемій в Європі: починаючи з 1987 року в країні виявлено майже 300 тис. випадків захворювання на ВІЛ-інфекцію [1]. Львівська область є стратегічно важливим регіоном, привабливим місцем відпочинку для українців та іноземців. Львів розташований на перетині багатьох автомобільних, залізничних та повітряних шляхів, виконуючи функцію транзитного міста. Близьке сусідство з такою країною Європейського Союзу, як Польща, та надання Україні безвізового режиму з ЄС з 12 червня 2017 року зумовлює постійні міграційні рухи. За таких умов розуміння тенденцій епідемічного процесу ВІЛ-інфекції має враховувати територіальні та популяційні особливості регіону. Тріангуляційний аналіз може стати корисним інструментом для поглибленого вивчення найбільш актуальних викликів епідемії в області та планування заходів щодо контролю за нею.

МЕТОДИ

Для аналізу епідемічної ситуації в регіоні було застосовано метод тріангуляції – синтез різних джерел вторинних даних та їх аналіз з метою підтвердження чи спростування дослідницьких гіпотез. Сформульовані гіпотези стосувалися питань демографічних та територіальних особливостей розвитку епідемії ВІЛ-інфекції й оцінки ефективності профілактичних програм серед ключових груп населення та молоді. Серед джерел даних, які використовувалися для аналізу – офіційні статистичні дані, результати спеціальних досліджень, дані програмного моніторингу та моделювання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу й інші.

РЕЗУЛЬТАТИ

У Львівській області спостерігалося уповільнення розвитку епідемії, її територіальна та демографічна нерівномірність, а також «старіння». Упродовж 2010–2015 рр. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію демонстрував стабільні значення. Більшу частку зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції складали мешканці міст, особи старших вікових груп (від 30 років), переважно чоловічої статі, з III–IV стадіями ВІЛ-інфекції, які інфікувалися задовго до взяття їх під медичний нагляд. Щороку кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед молоді (15–24 роки) зменшується, що у комплексі з даними інших джерел свідчить про зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед молодших вікових груп.

Епідемічний процес за показниками захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед робітників комерційного сексу та людей, які вживають ін'єкційні наркотики, має ознаки стабілізації, що свідчить про ефективність профілактичних програм, започаткованих у регіоні. Водночас люди, які вживають ін'єкційні наркотики, продовжують суттєво впливати на показники зареєстрованої захворюваності , складаючи від 55% у 2009 р. до 29,1% у 2015 р. серед нових випадків ВІЛ-інфекції. Проте це відбувається на тлі зменшення кількості нових інфікувань серед цієї категорії осіб та більшою мірою пов'язано з їх несвоєчасним взяттям під медичний нагляд. Результати тріангуляції свідчать про можливість прихованої епідемії серед чоловіків, які мають секс з чоловіками, яка поки що не знаходить свого відображення в рутинному моніторингу (15 випадків у 2013 р.; 16 – у 2014 р.; 21 – у 2015 р.).

РЕКОМЕНДАЦІЇ

З метою своєчасного виявлення ВІЛ-інфекції необхідно й надалі розширювати доступ до тестування на ВІЛ цільових груп населення та забезпечувати ефективний зв'язок з медичними послугами для осіб з позитивним результатом тестування. Значна частка ко-інфекції ВІЛ-інфекція/туберкульоз серед уперше зареєстрованих пацієнтів з ВІЛ-інфекцією обумовлює необхідність покращення співпраці між фтизіатричною службою та службою СНІДу.

Для забезпечення подальшої стабілізації епідемії ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення необхідно розширити охоплення профілактичними програмами чоловіків, які практикують секс з чоловіками, та осіб, що вживають ін'єкційні наркотики (включаючи замісну підтримувальну терапію), а також зберегти рівень охоплення цими програмами робітників комерційного сексу.

Особливу увагу необхідно зосередити на залученні до профілактичних програм партнерів чоловіків, які мають секс з чоловіками, розширюючи охоплення тестуванням на ВІЛ та консультуванням серед цієї групи, включаючи стратегію самотестування.

ВСТУП

Тріангуляція даних у Львівській області – це процес збору та узагальнення накопичених даних щодо епідемії ВІЛ-інфекції з метою отримання відповідей на найбільш актуальні питання розвитку та протидії їй , які можуть бути корисними для прийняття управлінських рішень на регіональному рівні. Використання методу тріангуляції даних дає змогу отримати об'єктивні відповіді на поставлені питання, розглядаючи різні джерела інформації з урахуванням їх якості та обмежень.

На установчій зустрічі регіональних партнерів у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції, що відбулася у березні 2015 р., було визначено питання тріангуляції та шляхи їх вивчення. Серед присутніх на зустрічі були представники КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом», пенітенціарної та протитуберкульозної служб, неурядових організацій, які працюють у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом, та інші зацікавлені сторони. Всі порушені питання оцінювалися в контексті їх важливості, практичності, доцільності та з урахуванням доступності інформації з різних джерел стосовно кожного питання, а також можливості проведення аналізу у визначені терміни. За результатами зустрічі було обрано два дослідницьких питання:

Питання 1: *Якими є територіальні та демографічні особливості розвитку епідемії ВІЛ- інфекції у Львівській області?*

Питання 2. *Наскільки ефективними є профілактичні програми серед ключових груп населення та молоді Львівської області?*

У звіті наведено відповіді на дані питання у контексті основних гіпотез. Для цього було складено орієнтовний план збору й аналізу даних та окреслено коло осіб-представників партнерських організацій, які могли б сприяти ефективному їх збору та залучатися на різних етапах здійснення аналізу, включаючи побудову, підтвердження чи спростування гіпотез. Залучення широкого кола партнерів, які працюють у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом, до Проекту з тріангуляції не є випадковим і має на меті підвищення потенціалу регіональних партнерів і надавачів послуг в аналізі та використанні даних для представлення стратегічної інформації й прийняття управлінських рішень доказової сили.

МЕТОДИ

ЗАГАЛЬНИЙ ПІДХІД

Метод тріангуляції детально описано Джорджем Разерфордом та його колегами [2].

Процес тріангуляції даних включає три етапи: планування, аналіз даних та поширення результатів, які в свою чергу розподіляються на 12 кроків:

ЕТАП ПЛАНУВАННЯ
1. Визначити ключові питання.
2. Переконатися, що на ці питання можна знайти відповіді, та вжити заходів у відповідь.
3. Визначити джерела даних та зібрати довідкову інформацію.
4. Уточнити питання дослідження.
ЕТАП АНАЛІЗУ ДАНИХ
5. Зібрати дані.
6. Провести спостереження щодо кожного набору даних.
7. Визначити тенденції в різних наборах даних і побудувати гіпотези.
8. Уточнити гіпотези.
9. За необхідності визначити додаткові дані та повернутися до кроку 5.
10. Узагальнити результати та зробити висновки.
ЕТАП ПОШИРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ
11. Поінформувати про результати та рекомендації.
12. Визначити наступні кроки.

ЗАЛУЧЕНІ ПАРТНЕРИ

Партнерами у зборі, узагальненні та поширенні даних щодо епідемії ВІЛ-інфекції у Львівській області стали МБФ «Альянс громадського здоров'я» (далі – Альянс), КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» (далі – обласний центр СНІДу), ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», представництво центрів контролю та профілактики захворювань США в м. Києві, а також інші державні та неурядові організації, які працюють у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції у Львівській області.

ДОСЛІДНИЦЬКІ ПИТАННЯ ТА ГІПОТЕЗИ

Питання 1: *Якими є територіальні та демографічні особливості розвитку епідемії ВІЛ- інфекції у Львівській області?*

ЗАПРОПОНОВАНІ ГІПОТЕЗИ:

1.1. Спостерігається територіальна нерівномірність поширення епідемії ВІЛ-інфекції.

1.2. Спостерігається процес «старіння» епідемії ВІЛ-інфекції.

Питання 2. *Наскільки ефективними є профілактичні програми серед ключових груп населення та молоді Львівської області?*

ЗАПРОПОНОВАНІ ГІПОТЕЗИ:

1.1. Профілактика інфікування ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), є ефективною.

1.2. Профілактика інфікування ВІЛ серед робітників комерційного сексу (РКС) є ефективною.

1.3. Профілактика інфікування ВІЛ серед чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), є недостатньою.

1.4. Загальний внесок ключових груп населення в епідемію ВІЛ-інфекції зменшується. 2.5. Профілактика інфікування ВІЛ серед молоді є ефективною.

ОСНОВНІ ДЖЕРЕЛА ДАНИХ, ЯКІ ЗАСТОСОВУВАЛИСЯ ДЛЯ ТРІАНГУЛЯЦІЇ, ТА ЇХ ОБМЕЖЕННЯ

	Назва джерела даних	Опис	Обмеження
1	Аналітичні звіти за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень (IBBS) 2011, 2013, 2015 рр.	Дані моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ серед ЛВІН, РКС, ЧСЧ та їхніх партнерів.	Різні підходи до рекрутингу представників дозорних груп в різні роки проведення IBBS могли призвести до розбіжностей в отриманих показниках ризикованої поведінки, що пов'язано не зі змінами у поведінці (та іншими характеристиками ключових груп населення (КГН)), а обумовлено відмінностями у вибірці між роками.
2	Державна служба статистики України.	Дані щодо чисельності населення, кількості та характеристик адміністративно-територіальних одиниць.	Після 2001 р. (останній перепис населення відбувся 5 грудня 2001 р.) дані щодо чисельності населення є оціночними.
3	Соціологічне опитування в межах міжнародного проекту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» ("Health Behavior in School-aged Children" – HBSC), 2010, 2014 рр.	Дані щодо поведінки підлітків стосовно здоров'я та вплив соціального оточення на стан здоров'я учнівської молоді.	Результати дослідження розраховувалися з використанням національної вибірки, до якої увійшли підлітки з усіх регіонів України. Обсяг вибірки в областях проведення дослідження не дозволяє розрахувати валідні дані для кожного регіону.

	Назва джерела даних	Опис	Обмеження
4	Моделювання в програмі AIDS Epidemic Model (AEM).	Оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), серед загального населення та ключових груп, оціночна щорічна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції, оціночна смертність серед ЛЖВ та ін.	Прогнози AEM ґрунтуються на даних IBBS та інших даних, тому можуть мати певні обмеження, пов'язані з недоліками вхідних даних. Деякі припущення, закладені у модель, мають недостатній рівень об'єктивності.
5	Дані сероепіде-міологічного моніторингу (СЕМ) та рутинного епіднагляду (РЕН) в Україні та Львівській області.	Дані форм звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ- інфекції та лікування ВІЛ-інфікованих осіб (накази МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180 та від 21.03.2012 р. № 182) щодо результатів тестування на ВІЛ, кількості пацієнтів, яких було взято під медичний нагляд (МН) у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та знято з нього (з дезагрегацією за імовірним шляхом інфікування, стадією захворювання, рівнем клітин CD4, віком, статтю та ін.), дані про пацієнтів, які отримують антиретровірусну терапію (АРТ), у різній дезагрегації.	Існуюча система СЕМ не має законодавчо закріплених інструментів (персональне повідомлення про позитивний результат тестування, персональний реєстр позитивних результатів тестування тощо) для виключення дублювання при звітуванні за агрегованими показниками тестування на ВІЛ. До 2012 р. в межах СЕМ розраховувалися дані про кількість тестувань, після 2012 р. – подаються дані про кількість протестованих осіб. Водночас це не виключає обрахунок осіб з повторними тестуваннями, в т.ч. тих, хто на момент отримання позитивного результату вже знаходився під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. РЕН не містить інформації про осіб, які отримали позитивний результат тестування та не були взяті під МН. Деякі показники форми первинної облікової документації № 502-1/о мають недостатній ступінь достовірності (наприклад – «гомосексуальний шлях інфікування», «активне вживання наркотичних

	Назва джерела даних	Опис	Обмеження
			речовин ін'єкційним шляхом на момент взяття під медичний нагляд у ЗОЗ» тощо). Підходи до формування когорт лікування можуть відрізнятися залежно від суб'єктивного розуміння цього процесу лікарями, що призводить до відповідних обмежень в агрегованих даних. Існує імовірність одночасного отримання ВІЛ-позитивним пацієнтом медичних послуг на різних сайтах у межах області або одночасного знаходження під медичним наглядом у різних областях.
6	Офіційні статистичні звіти Львівського обласного державного клінічного наркологічного диспансеру.	Захворюваність та поширеність розладів психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин.	Обмеження, пов'язані з неповним офіційним обліком осіб, які є споживачами психоактивних речовин.
7	Річні звіти Альянсу за 2010–2015 рр.	Результати програмної діяльності Альянсу, зокрема,охоплення ключових груп профілактичними послугами.	До 2012 р. доступні дані щодо наданих послуг, починаючи з 2012 р. ведеться обрахунок кількості унікальних клієнтів.

ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА КОНТЕКСТ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-інфекції У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЛАСТІ

ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСТЬ розташована на заході України й межує з Волинською, Рівненською, Тернопільською, Івано-Франківською та Закарпатською областями, а також має спільний кордон з Республікою Польща. Через територію регіону проходять автомобільні та залізничні шляхи міжнародного і національного значення: Львів – Краків, Львів – Люблін, Київ – Чоп, Одеса – Львів. Розгалужена мережа магістралей та близьке сусідство з країнами Східної Європи сприяє постійному руху заробітчан через кордон та міграції.

За даними державної служби статистики України, станом на 1 січня 2016 р. загальна чисельність населення Львівської області складала 2 млн. 534 тис. осіб, серед них більшість (близько 1 млн. 545 тис.) – міськіжителі. Усього в області налічується 20 районів, 44 міста, 34 селища міського типу та 1850 сільських населених пунктів,що є найвищим показником кількості сільських населених пунктів серед усіх регіонів України. Зважаючи на це, актуальним є питання доступності медичної допомоги, в тому числі ВІЛ-послуг, для сільського населення.

Упродовж 1995–2016 рр. чисельність населення області скоротилася на 236 тис. осіб (–8,5 %). Скорочення відбувається приблизно рівномірносеред міських та сільських жителів. Як наслідок, зменшується представництво населення молодого віку, старшого віку – збільшується, зростає середній вік населення.

КОНТЕКСТ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Перші випадки ВІЛ-інфекції у Львівській області зареєстровано в 1989 р., коли було започатковано проведенняскринінгові лабораторні дослідження населення для визначення антитіл до ВІЛ. Тоді виявили шість ВІЛ-інфікованих студентів іноземців з Африканського континенту (два – із Замбії, два – з Ефіопії, два – з Уганди), які, згідно чинного тоді законодавства, підлягали депортації.

Перший випадок ВІЛ-інфекції серед мешканців Львівської області зареєстровано в 1990 р. у дитини п'яти років, яка лікувалася в дитячій лікарні м. Ростова-на-Дону (на той час – СРСР). Дитину виявили за епідеміологічними показаннями, оскільки в цьому закладі були зареєстровані випадки внутрішньолікарняного інфікування ВІЛ серед дітей.

У початковий період розвитку епідемії (з 1990 по 1996 р.) в області реєструвалися поодинокі випадки ВІЛ-інфекції з гетеросексуальним шляхом інфікування. Усього за цей час було виявлено 25 ВІЛ-інфікованих мешканців Львівської області, в тому числі за 1990–1995 рр. – 9 випадків, за 1996 р. – 16 (Рис. 1). Серед виявлених ВІЛ-позитивних переважали особи віком 20–39 років. Співвідношення чоловіків та жінок було майже однаковим.

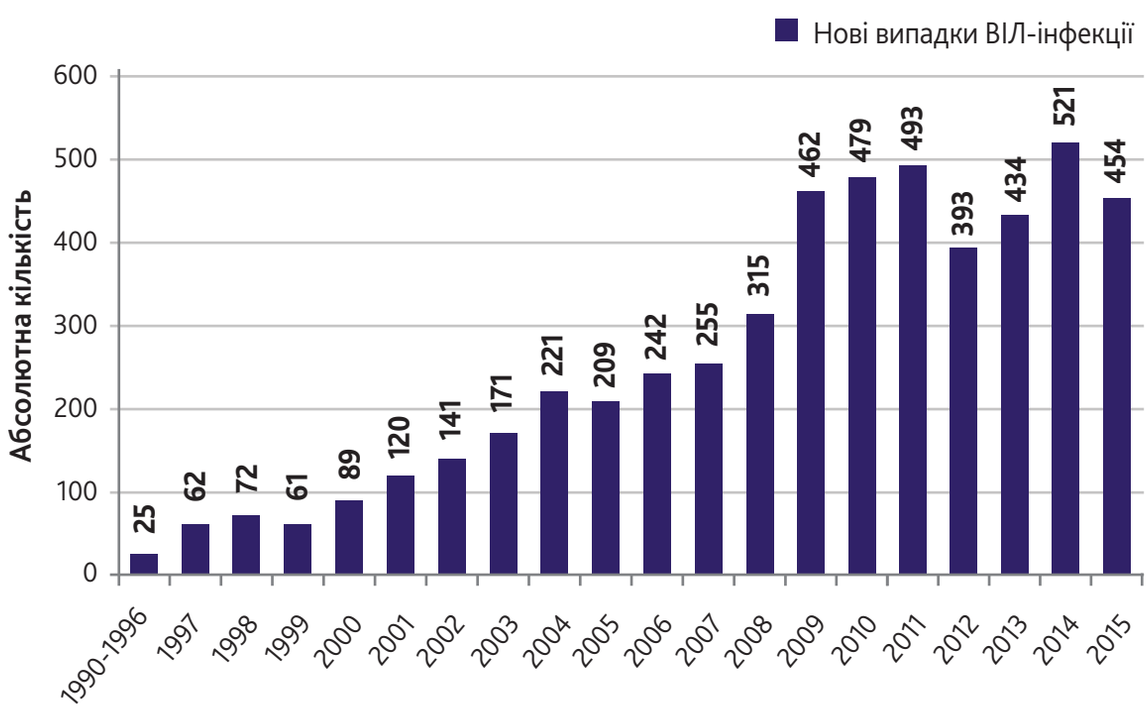


Рис. 1. *Захворюваність на ВІЛ-інфекцію у Львівській області, всі вікові групи, РЕН 1990– 2015 рр.*

Спалах захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області припав на 1997 рік, коли офіційно було зареєстровано 62 нові випадки інфікування. З них 51 (82,3%) випадок склали ЛВІН. Більшість випадків зафіксовано серед мешканців Червоноградської зони (містах Червоноград та Соснівка, смт Гірник) та міста Львова. Тому 1997 рік можна вважати початком активного поширення епідемії ВІЛ-інфекції у середовищі ЛВІН. У подальшому кількість зареєстрованих ВІЛ-інфікованих ЛВІН швидкозростала, і більшість з них складали особи чоловічої статі. Парентеральний шлях інфікування, зумовлений спільним використанням шприців, голок та обладнання для приготування наркотиків, був домінуючим в області до 2011 р. включно.

Доля статевого шляху інфікування ВІЛ була вищою, ніж парентерального, у 2012, 2014 та 2015 роках (Рис. 2). При цьому упродовж останніх семи років (2009–2015 рр.) загальна щорічна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в області є відносно стабільною.

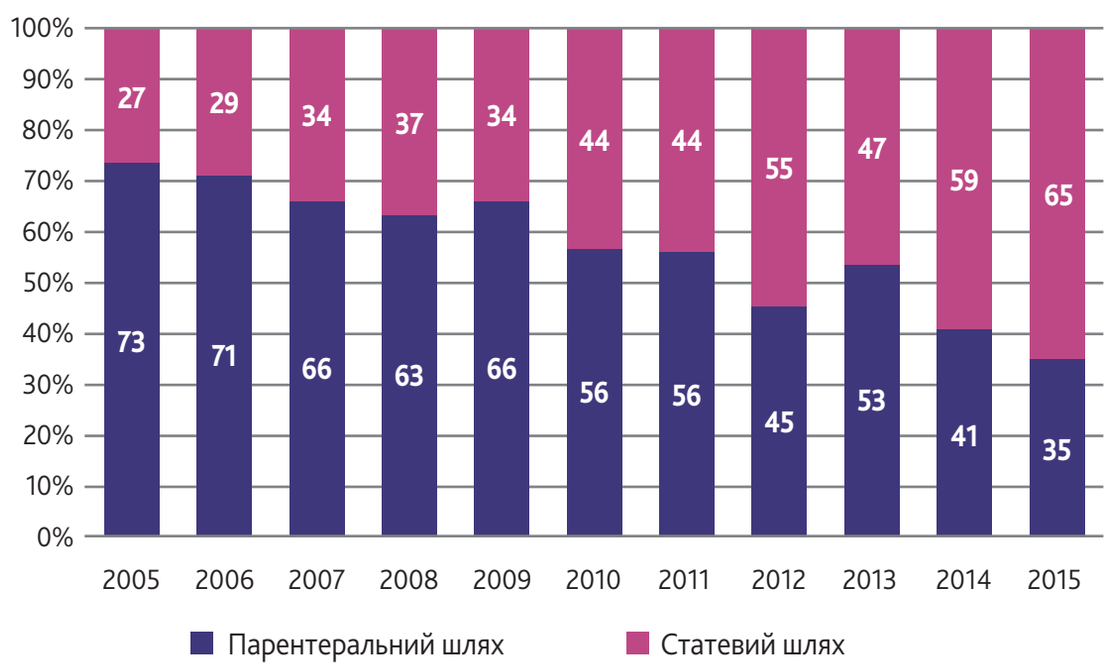


Рис. 2. *Розподіл осіб залежно від шляху передачі (статевий та парентеральний), яких було взято під медичний нагляд у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, РЕН 2005–2015 рр.*

Станом на 1 січня 2016 р. під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією в області перебувало 2993 хворих. При цьому частка осіб, які інфікувалися статевим шляхом, складала 47,0%, а частка пацієнтів з парентеральним шляхом – 43,7%, решта – діти, народжені ВІЛ-позитивними матерями, та особи з не визначеним шляхом інфікування. За підсумковою територіальною рейтинговою оцінкою інтенсивності епідемічного процесу, яку було проведено у 2015 р., Львівську область віднесено до третьої групи (тобто групи з низькою інтенсивністю розвитку епідемії), де вона посіла шосте місце з десяти можливих.Отже, дані офіційної статистики свідчать про стабілізацію епідемії ВІЛ-інфекції у Львівській області.

РЕЗУЛЬТАТИ

ПИТАННЯ 1.
Якими є територіальні та демографічні особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у Львівській області?

ПЕРЕВІРКА ГІПОТЕЗИ 1.1.
Спостерігається територіальна нерівномірність поширення епідемії ВІЛ-інфекції.

Реєстрація нових випадків ВІЛ-інфекції у різних адміністративно-територіальних одиницях Львівської області є нерівномірною. Упродовж 2011–2015 рр. кумулятивно найбільшу кількість таких випадків було виявлено в містах – 60,4% (1374 випадки), значно менше в районах – 26,7% (608) та 12,8% (293) в інших відомчих службах (Табл. 1).

Таблиця 1. *Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за територіями Львівської області, всі вікові групи, РЕН 2011–2015 рр.*

Місто/район	Одиниця виміру	*Кількість зареєстрованих випадків*					Середньорічний показник	Разом	Розподіл випадків, %
		2011	2012	2013	2014	2015			
Бродівський район	*абс.*	6	4	3	4	0	3,4	17	0,7
	на 100 тис.	9,9	6,7	5,0	6,7	0	5,7		
Буський район	*абс.*	3	2	4	7	1	3,4	17	0,7
	на 100 тис.	6,5	4,3	8,6	15,1	2,1	7,3		
Городоцький район	*абс.*	15	12	9	11	15	12,4	62	2,7
	на 100 тис.	21,6	17,3	13,0	16,0	21,7	17,9		
Дрогобицький район	*абс.*	4	4	1	6	6	4,2	21	0,9
	на 100 тис.	5,4	5,4	1,3	8,0	8,0	5,6		

Місто/район	Одиниця виміру	Кількість зареєстрованих випадків					Середньорічний показник	Разом	Розподіл випадків, %
		2011	2012	2013	2014	2015			
Жидачівський район	*абс.*	5	9	12	6	9	8,2	41	1,8
	на 100 тис.	7,0	12,8	17,2	8,6	12,9	11,7		
Жовківський район	*абс.*	12	14	11	21	13	14,2	71	3,1
	на 100 тис.	11,0	12,8	10,0	19,0	11,7	12,9		
Золочівський район	*абс.*	6	4	7	8	10	7,0	35	1,5
	на 100 тис.	8,5	5,7	10,0	11,5	14,3	10		
Кам'янка-Бузький район	*абс.*	6	2	3	6	7	4,8	24	1,1
	на 100 тис.	10,4	3,5	5,2	10,5	12,2	8,4		
Миколаївський район	*абс.*	9	1	4	4	3	4,2	21	0,9
	на 100 тис.	14,2	1,6	6,3	6,3	4,76	6,6		
Мостиський район	*абс.*	5	2	1	7	2	3,4	17	0,7
	на 100 тис.	8,7	3,5	1,7	12,2	3,5	5,9		
Перемишлянський район	*абс.*	4	4	2	3	2	3,0	15	0,6
	на 100 тис.	9,9	10,1	5,1	7,6	5,1	7,6		
Пустомитівський район	*абс.*	15	23	9	14	18	15,8	79	3,5
	на 100 тис.	13,3	20,2	7,9	12,2	15,6	13,8		
Радехівський район	*абс.*	2	3	2	4	6	3,4	17	0,7
	на 100 тис.	4,1	6,2	4,1	8,3	12,5	7		
Самбірський район	*абс.*	5	6	3	5	9	5,6	28	1,2
	на 100 тис.	7,2	8,7	4,3	7,2	13,1	8,1		
Сколівський район	*абс.*	2	1	1	3	2	1,8	9	0,4
	на 100 тис.	4,2	2,1	2,1	6,3	4,2	3,8		
Сокальський район	*абс.*	5	12	5	10	8	8,0	40	1,8
	на 100 тис.	5,3	12,8	5,4	10,7	8,6	8,6		
Старосамбірський район	*абс.*	6	4	7	3	6	5,2	26	1,1
	на 100 тис.	7,7	5,1	8,9	3,8	7,7	6,6		
Стрийський район	*абс.*	8	3	1	7	3	4,4	22	1,0
	на 100 тис.	12,9	4,8	1,6	11,3	4,8	7,1		
Турківський район	*абс.*	2	0	3	1	4	2,0	10	0,4
	на 100 тис.	4,0	0,0	6,0	2,0	8,0	4		
Яворівський район	*абс.*	10	13	4	4	5	7,2	36	1,6
	на 100 тис.	8,1	10,5	3,2	3,2	4,0	5,8		
Райони в цілому	**абс.**	130	123	92	134	129	121,6	608	26,7
	на 100 тис.	9,0	8,5	6,3	9,3	8,7	8,4		

Місто/район	Одиниця виміру	Кількість зареєстрованих випадків					Середньорічний показник	Разом	Розподіл випадків, %
		2011	2012	2013	2014	2015			
м. Львів	*абс.*	164	135	154	204	185	168,4	842	37,0
	на 100 тис.	21,6	17,8	20,3	27,2	24,6	22,3		
м. Борислав	*абс.*	7	9	19	23	8	13,2	66	2,9
	на 100 тис.	18,8	24,2	51,2	61,7	21,4	35,5		
м. Дрогобич	*абс.*	28	27	11	17	16	19,8	99	4,4
	на 100 тис.	28,4	27,5	11,2	17,8	16,7	20,3		
м. Моршин	*абс.*	3	3	0	0	0	1,2	6	0,3
	на 100 тис.	49,2	50,0	0	22,2	0	24,3		
м. Новий Розділ	*абс.*	11	8	4	4	1	5,6	28	1,2
	на 100 тис.	38,6	27,8	13,8	13,7	3,4	19,5		
м. Самбір	*абс.*	8	2	4	6	7	5,4	27	1,1
	на 100 тис.	22,9	5,7	11,5	17,3	19,9	15,5		
м. Стрий	*абс.*	17	20	16	13	15	16,2	81	3,6
	на 100 тис.	28,2	33,3	26,8	21,9	25,3	27,1		
м. Трускавець	*абс.*	1	3	2	3	3	2,4	12	0,5
	на 100 тис.	3,4	10,2	6,8	14,4	14,4	9,8		
м. Червоноград	*абс.*	67	29	39	36	42	42,6	213	9,4
	на 100 тис.	80,9	35,2	47,4	43,9	51,3	51,7		
Усього по містах	*абс.*	306	236	249	306	277	274,8	1 374	60,4
	на 100 тис.	32,4	25,7	21,0	26,7	19,7	25,1		
Інші відомчі служби	*абс.*	72	42	81	50	48	58,6	293	12,8
Область	*абс.*	508	405	418	490	454	455	2 275	100
	на 100 тис.	20,0	15,9	16,5	19,4	18,0	18,0		

Серед міст області найбільшу кількість нових випадків ВІЛ-інфекції було виявлено у Львові – 37% (842 випадки), Червонограді – 9,4% (213) та Дрогобичі – 4,4% (99), що складає близько половини всіх випадків в області. Серед районів найбільшу кількість нових випадків інфікування виявлено у Пустомитівському районі – 3,5% (79 випадків), Жовківському – 3,1% (71) та Городоцькому – 2,7% (62), що становить лише 9,3% від загальності кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, зареєстрованих в області упродовж останніх п'яти років. Внесок інших районів до показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію був значно меншим.

Станом на 2015 рік значення відносного показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію в цілому у Львівській області становило 18,0 на 100 тис. населення та було суттєво вище у містах – 19,7 на 100 тис. проти 8,7 на 100 тис. у районах області. При порівнянні показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. міського та сільського населення відзначається їх стабільність серед сільського населення та поступове зменшення серед населення міст.

Питання територіальної гетерогенності поширення ВІЛ-інфекції у регіоні також визначається в аналітичних звітах обласного центру СНІДу [3]. Так, у 2016 р. показники поширеності ВІЛ-інфекції у містах Червоноград (375,7 на 100 тис. населення), Борислав (321,9), Львів (202,5), Стрий (186,2), Дрогобич (162,4) та Самбор (126,7) суттєво перевищували значення відповідного показника в цілому по області (129,7), що, на думку фахівців, обумовлено значною кількістюосіб, які вживають ін'єкційні наркотики, в містах, часткою працівників комерційного сексу (в т. ч. приїжджих) і чоловіків, що мають секс з чоловіками, а також більшою міграцією населення.

Отже, можна підтвердити гіпотезу про територіальну нерівномірність поширення епідемії ВІЛ-інфекції в області з переважним залученням населення міст.

ПЕРЕВІРКА ГІПОТЕЗИ 1.2. Спостерігається процес «старіння» епідемії ВІЛ-інфекції.

Суть гіпотези полягає у припущенні щодо збільшення чисельності старших вікових груп в структурі поширеності ВІЛ-інфекції. За даними РЕН, упродовж 2010–2015 рр. відсоток осіб віком 25–49 років, які знаходилися під медичним наглядом на кінець звітного року, поступово збільшується – з 66,3 % у 2010 р. до 69,2% у 2015 р. Водночас представництво вікової групи старше 50 років за аналогічний період збільшилося лише на 1% (з 2,5 % у 2010 р. до 3,5 % у 2015 р.).

Чинниками, які можуть привести до «старіння» епідемії, є: (а) зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед молодших вікових груп (до 25 років), (б) збільшення кількості інфікувань ВІЛ серед представників старших вікових груп та (в) вплив АРТ на збільшення тривалості життя ЛЖВ [4]. «Старіння» епідемії може відбуватися під впливом усіх вищезазначених чинників або окремих з них. Крім того, враховуючи відмінності у показниках ризикованої поведінки серед чоловіків та жінок, відмінності в їх залученні до епідемічного процесу та різний рівень охоплення АРТ, більшість даних мають розглядатися зі стратифікацією за статтю.

За даними відділення лабораторної діагностики обласного центру СНІДу, частка осіб віком 15–24 роки, які мали позитивний результат підтверджувального неанонімного тестування на ВІЛ, щороку зменшується, що відбувається на тлі стабілізації загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування (Рис. 3).

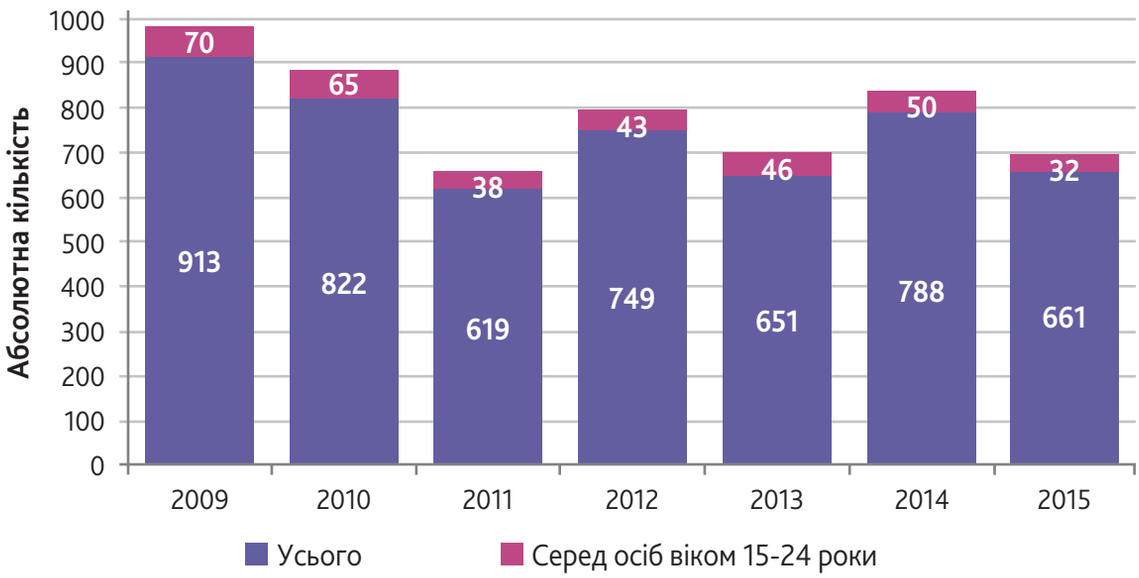


Рис. 3. *Кількість осіб з позитивним результатом підтверджувального неанонімного тестування на ВІЛ-інфекцію, СЕМ 2009–2015 рр.*

Упродовж останніх восьми років (крім 2013 р.) у віковій групі від 15 років спостерігається відносно стабільна кількість вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції як серед чоловіків, так і серед жінок (Рис. 4). Різке збільшення кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у 2013 р. можна пояснити введенням у штат міжобласної лікарні при Львівському слідчому ізоляторі № 19 посади лікаря-інфекціоніста, що надало можливість більш повної реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції серед ув'язнених. При цьому упродовж 2008–2015 рр. питома вага чоловіків серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком від 15 років і старше була значно вищою, ніж жінок, та коливалася у межах 62,3–72,2% (жінки відповідно – 27,8–37,7%). Серед усіх пацієнтів, які перебували під медичним наглядом на кінець 2015 р., переважали чоловіки – 61,9%, частка жінок становила 38,1%.

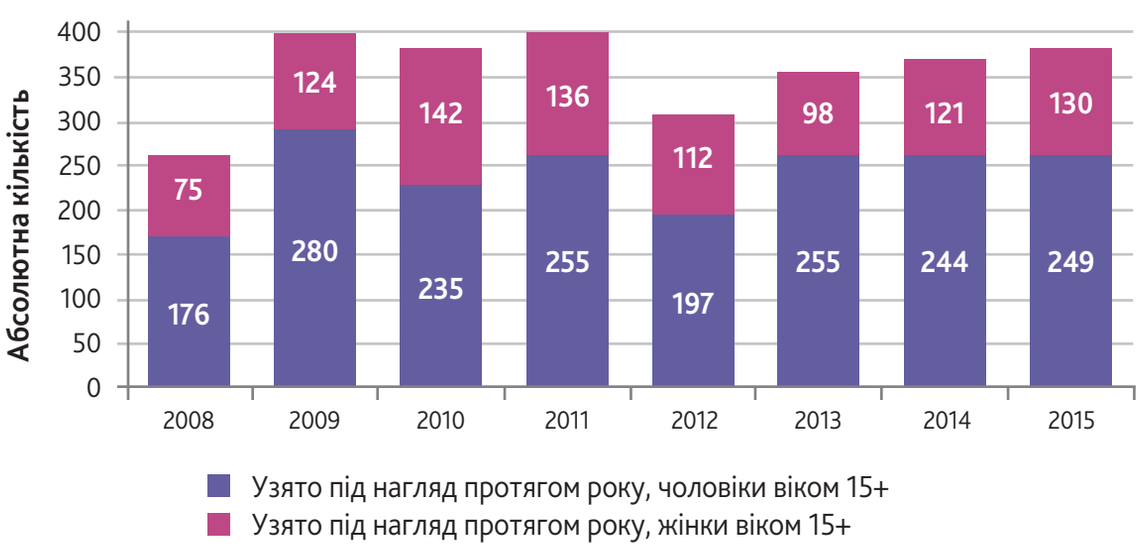


Рис. 4. *Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб віком 15+, за статтю, РЕН 2008–2015 рр*

Результати моделювання в АЕМ серед осіб віком 15+, на відміну від стабільних показників РЕН, демонструють тенденцію зменшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції (оціночної кількості осіб, які інфікувалися ВІЛ упродовж року) як серед чоловіків, так і серед жінок (Рис. 5). При цьому упродовж 2008–2015 рр. частка чоловіків віком 15 років і старше серед нових випадків ВІЛ-інфекції, як і за даними РЕН, була значно вищою, ніж жінок, але з меншими коливаннями між роками – 64,4–67,7% (жінки відповідно – 32,3–35,6%).

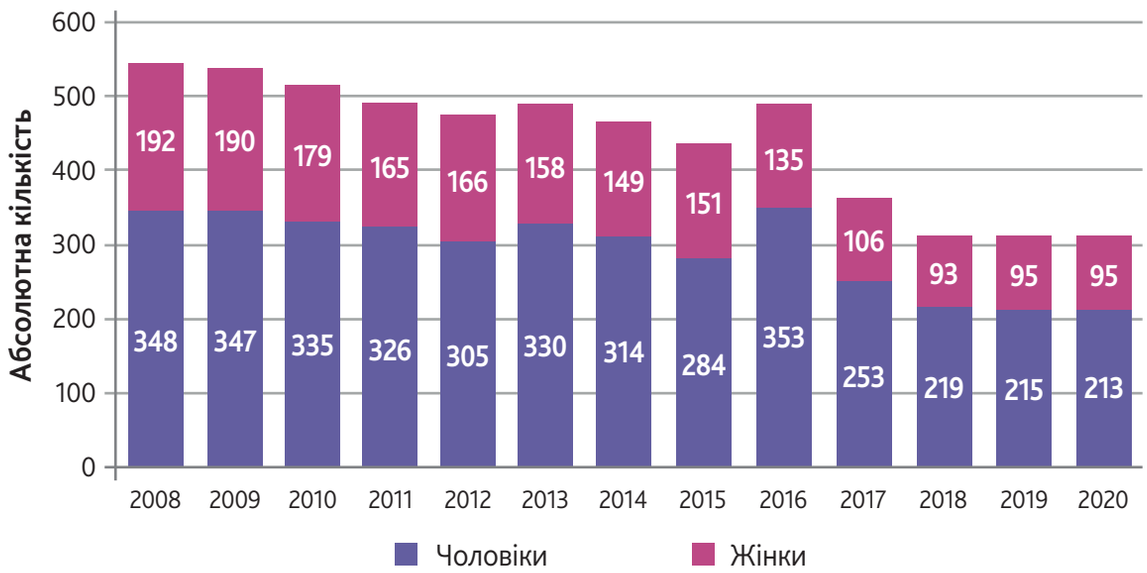


Рис. 5. *Розподіл нових випадків ВІЛ-інфекції за статтю серед осіб віком 15+, АЕМ 2008–2020 рр.*

Якщо розглядати статево-вікову структуру серед уперше зареєстрованих пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, то, за даними РЕН, упродовж 2010–2015 рр. серед жінок питома вага молодих осіб (до 30 років) є приблизно такою самою, як і жінок старшого віку. Разом з тим частка чоловіків старших вікових груп була суттєво вищою, ніж молодших (Рис. 6). Таким чином, дані РЕН 2011–2015 рр. щодо відносно низької питомої ваги чоловіків молодших вікових груп серед зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції у комплексі з даними СЕМ щодо зменшення долі осіб віком 15–24 роки, які мали позитивний результат підтверджувального неанонімного тестування на ВІЛ, є вагомим аргументом на користь можливого зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед молодих чоловіків. Водночас дані РЕН не дозволяють зробити таке припущення щодо молодих жінок.

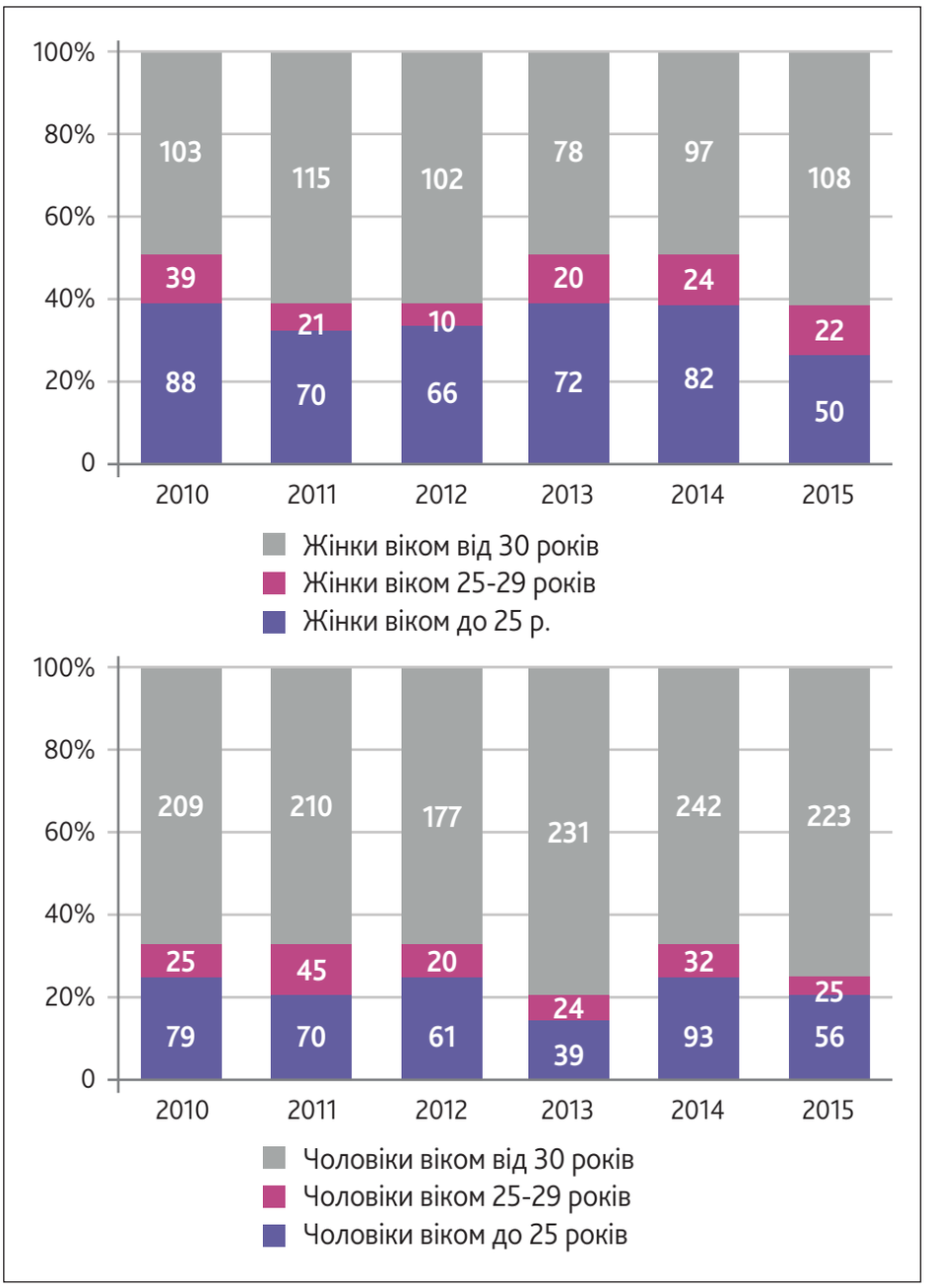


Рис. 6. *Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб віком 15+, за статтю та віковими групами, РЕН 2010–2015 рр.*

За даними СЕМ та РЕН, в області спостерігається стабільність показників охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних осіб – відсотка вперше зареєстрованих випадків ВІЛ- інфекції від кількості ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторного дослідження. Закономірно поступово збільшується кількість ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом. Станом на 1 січня 2016 р. під медичним наглядом перебувало 2743 ЛЖВ віком від 15 років, а їх оціночна кількість, за даними програми АЕМ, становила 5177 осіб. За даними моделювання з використанням програми SPECTRUM, аналогічний показник оціночної кількості ЛЖВ становив 4500 осіб (результати затверджено Львівською обласною координаційною радою з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально-

небезпечним хворобам, рішення від 28 березня 2017 р., Протокол №1/2017). Співвідношення між показником перебування під медичним наглядом та оціночними даними поширеності ВІЛ-інфекції становить 1:1,9 (АЕМ) та 1:1,6 (SPECTRUM), що свідчить про неповний медичний нагляд ЛЖВ та відповідні обмеження даних РЕН щодо поширеності ВІЛ-інфекції (2743 особи (РЕН), 4500 (SPECTRUM) та 5177 (АЕМ)).

Упродовж останніх семи років (2009–2015 рр.) частка осіб, яких було взято на облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, від загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, є доволі високою та має значні коливання: 33–64% (Рис. 7). Проблема пізнього звернення та взяття під медичний нагляд також підтверджується результатами обстеження на визначення кількості CD4. Так, у 2015 р. серед осіб віком 15 років і старше, які були взяті під медичний нагляд у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, у 46,6% обстежених кількість CD4 не перевищувала 349 кл/мкл [1].

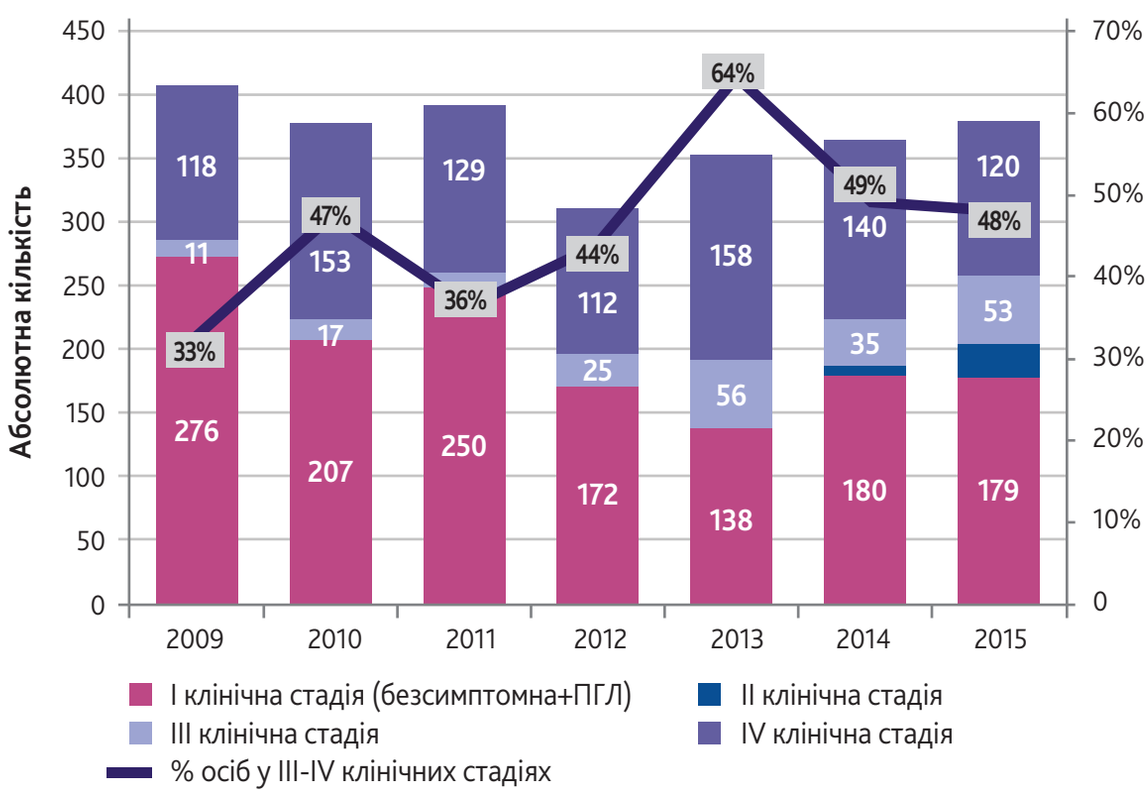


Рис. 7. *Особи з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком 15+, за клінічними стадіями ВІЛ-інфекції, РЕН 2009–2015 рр.*

Упродовж 2009–2015 рр. кількість осіб, яким одночасно було встановлено діагнози ВІЛ-інфекції та СНІДу, має вкрай високі значення: 94–158 випадків, що складало 61–81% від загальної кількості нових випадків СНІДу (Рис. 8).

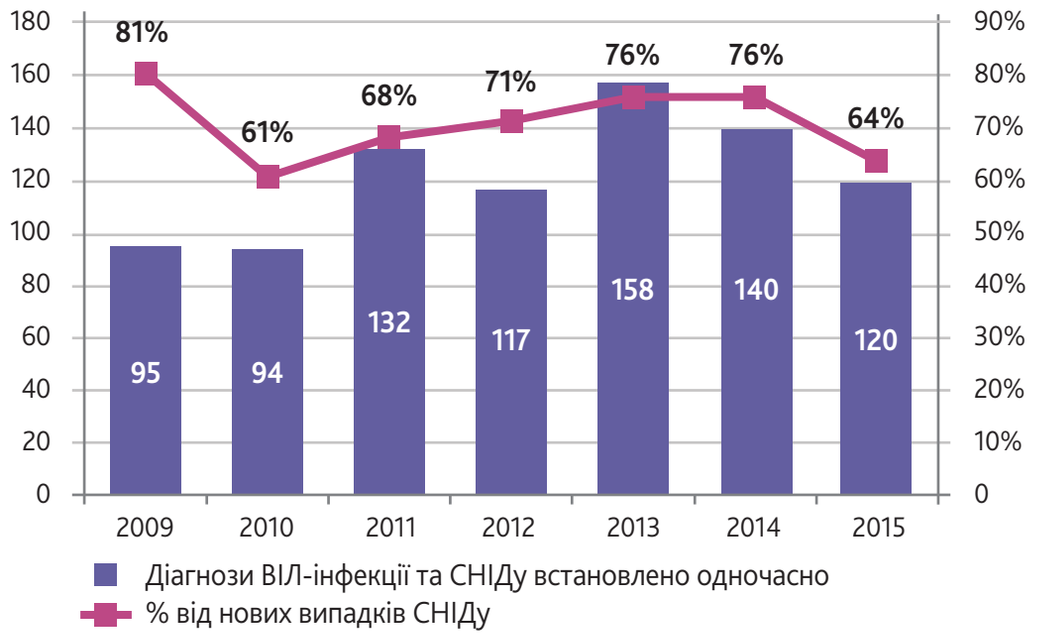


Рис. 8. *Кількість осіб віком від 15 років, яким одночасно було встановлено діагнози ВІЛ- інфекції та СНІДу, і частка таких осіб від нових випадків СНІДу, РЕН 2009–2015 рр.*

Таким чином, дані РЕН свідчать про зростання кількості осіб, яких було несвоєчасно взято під медичний нагляд (інфікування ВІЛ мало місце за декілька років до взяття під медичний нагляд). На підставі цих даних, а також враховуючи: (а) стабільні показники зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію (дані РЕН), (б) зменшення істинної захворюваності на ВІЛ- інфекцію (оціночні дані АЕМ), (в) зменшення частки осіб віком 15–24 роки, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (СЕМ), можна стверджувати, що «старіння» епідемії відбувається переважно за рахунок зменшення захворюваності серед молодших вікових груп (насамперед чоловіків). Хоча старші вікові групи роблять суттєвий внесок щодо показників зареєстрованої захворюваності (дані РЕН), результати моделювання АЕМ (зменшення істинної захворюваності) та високий відсоток осіб, яким при реєстрації взяття під медичний нагляд діагностуються III–IV клінічні стадії ВІЛ-інфекції, дозволяють говорити про несуттєву кількість представників старших вікових груп, які останніми роками інфікувалися ВІЛ.

Третім чинником, що може мати вплив на «старіння» епідемії через збільшення тривалості життя ЛЖВ, є АРТ. За офіційними даними, упродовж 2007–2016 рр. кількість осіб, які отримують АРТ, зросла з 16 до 1395. Водночас існує ціла низка чинників, які можуть перешкоджати досягненню бажаного впливу АРТ на стан здоров'я ЛЖВ та збільшення тривалості їхнього життя. Так, упродовж 2009–2015 рр. збільшувалася щорічна кількість пацієнтів, які були взяті під медичний нагляд з діагнозом СНІДу (Рис. 9). Кількість випадків СНІДу серед міського населення значно перевищувала кількість випадків СНІДу серед сільського населення. Це вочевидь пов'язано як з більш раннім, так і з більш високим рівнем долучення населення міст до розвитку епідемії ВІЛ-інфекції.

Рис. 9. *Розподіл за типом поселень осіб, яких було взято під медичний нагляд з діагнозом СНІДу, РЕН 2009–2015 рр.*

Як і загалом по Україні, туберкульоз (ТБ) є найбільш поширеним опортуністичним захворюванням серед ВІЛ-позитивних, питома вага якого у 2015 р. склала 72% від усіх нових випадків СНІДу в області, що суттєво перевищує середнє значення цього показника в Україні у цьому році (52,8%) (Рис. 10). Збільшення відсотка хворих на ТБ серед нових випадків СНІДу у Львівській області та перевищення значення цього показника у порівнянні з середнім по Україні є характерним для останніх трьох років.

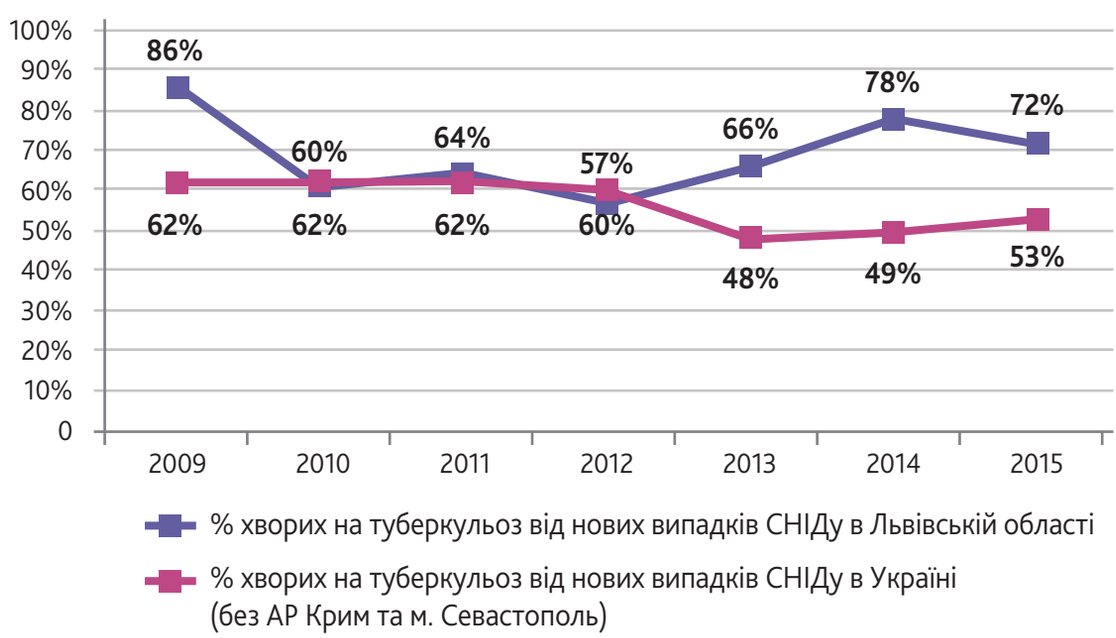


Рис. 10. *Частка хворих на туберкульоз серед нових випадків СНІДу в Львівській області та Україні, РЕН 2009–2015 рр.*

За даними РЕН, на кінець 2015 р. під медичним наглядом в області перебувало 918 осіб, хворих на СНІД. Частка хворих на туберкульоз серед осіб з діагнозом СНІДу, які перебували під медичним наглядом у 2015 р., також була дуже високою як у порівнянні з іншими регіонами, так і в співставленні з середнім значенням по Україні (74,8% у Львівській області проти 36,9% по Україні). У 2015 році з медичного обліку у зв'язку зі смертю було знято 93 ЛЖВ, 56 (60,2%) з них мали ко-інфекцію ТБ/ВІЛ (Рис. 11).

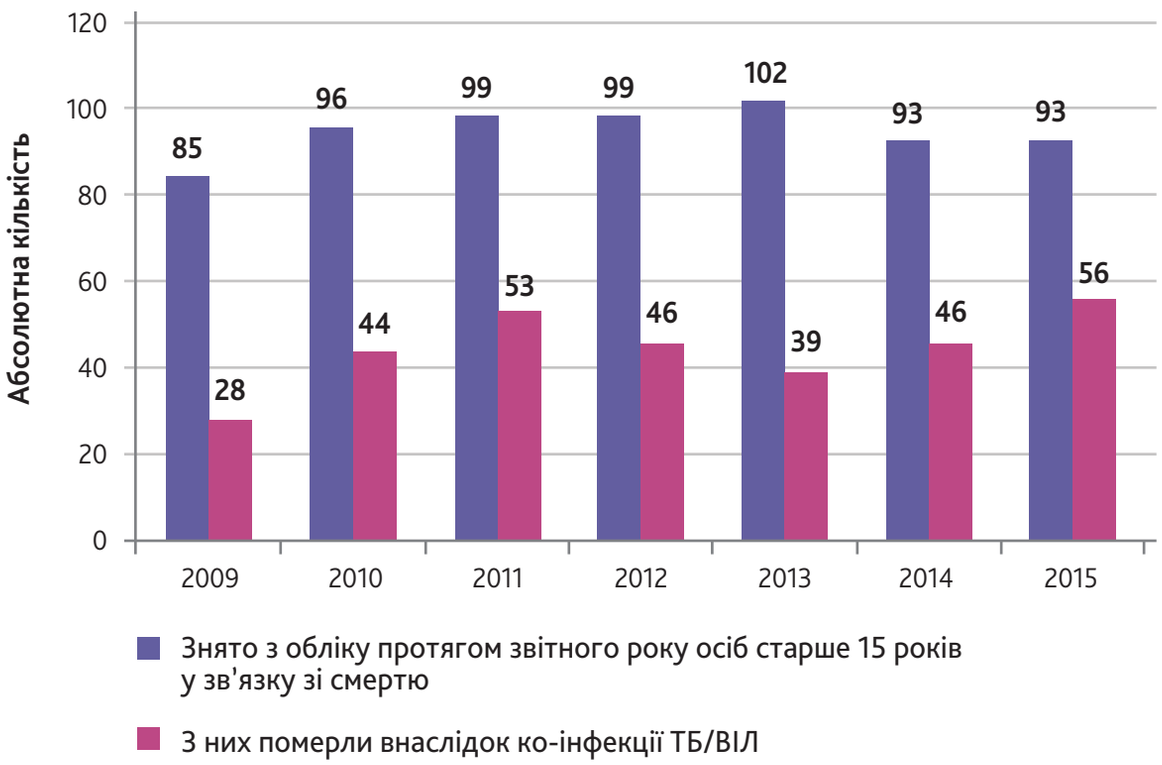


Рис. 11. *Кількість ЛЖВ віком 15+, яких було знято з медичного обліку у зв'язку зі смертю, в т.ч. померлих від ко-інфекції ТБ/ВІЛ, РЕН 2009–2015 рр.*

За даними РЕН, у більшості районів та міст області темп приросту смертності від СНІДу є від'ємним, середнє значення по області – (-6,3%). Виняток складають міста Львів (+38,5%), Борислав (+20%) та декілька районів області. На Рис. 12 графічно зображено приріст смертності від СНІДу в Львівській області на 100 тис. населення у розрізі адміністративно-територіальних одиниць. Показник розраховувався відповідно до Методичних рекомендацій для лікарів-епідеміологів центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом*. Розглядаючи карту, варто мати на увазі, що в деяких районах області щорічна кількість смертей, пов'язаних зі СНІДом, може складати поодинокі значення, тому відносні показники цих територій слід розглядати у комплексі з відповідними абсолютними показниками.

* *Міністерство охорони здоров'я України, Український центр з профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика від 9 квітня 2006 року.*

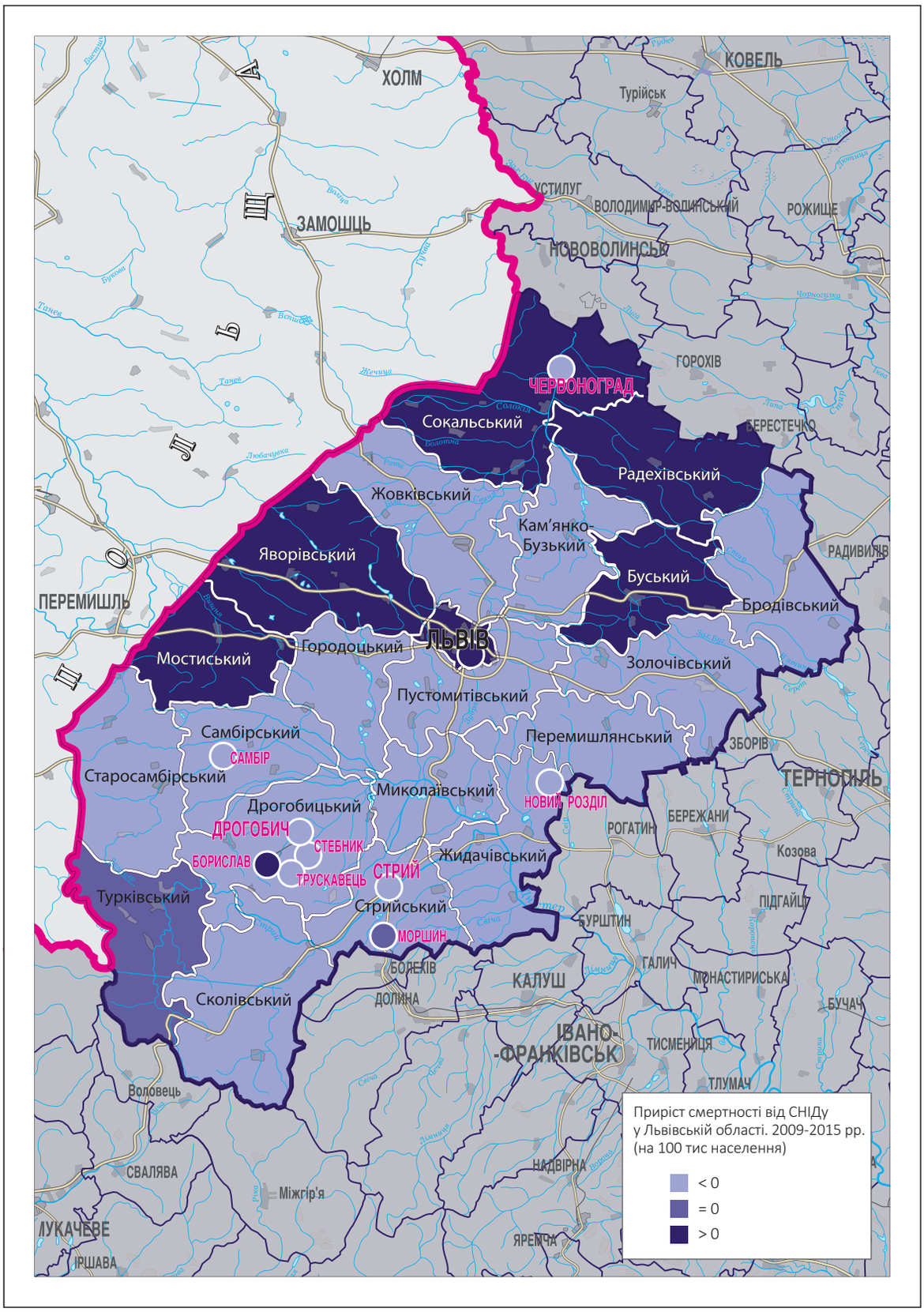


Рис. 12. *Картограма смертності від СНІДу в Львівській області, РЕН 2009-2015 рр. (на 100 тис. населення)*

У багатьох випадках інформація про смерть осіб, які знаходилися під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, не потрапляє до центру СНІДу, а отже, не відображається у даних офіційної статистики смертності ЛЖВ. Крім того, значна кількість ЛЖВ помирає так і не будучи зареєстрованими у центрі СНІДу. Так, за результатами моделювання епідемії ВІЛ- інфекції в програмі АЕМ, загальна кількість смертей серед ЛЖВ дуже повільно зменшується (Рис 13). У 2015 р. значення цього показника складало 319, що в 3,4 раза перевищує кількість осіб, яких упродовж 2015 р., за даними РЕН, було знято з медичного обліку у зв'язку зі смертю. За даними моделювання в програмі АЕМ, щорічна кількість смертей серед ЛЖВ-ЛВІН залишається на майже однаковому рівні – 88–100 померлих.

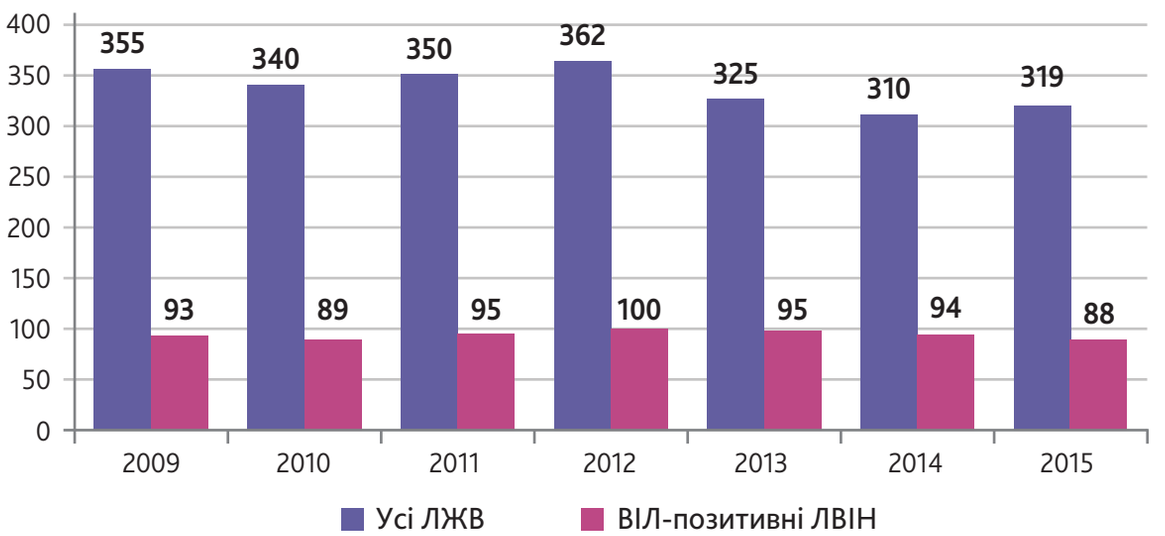


Рис. 13. *Смертність серед ЛЖВ Львівської області віком 15+ за даними моделювання у АЕМ, 2009–2015 рр.*

За даними РЕН, у 2015 р. із 78 випадків смерті з причин, безпосередньо пов`язаних з ВІЛ-інфекцією, чоловіки складали більшість – 63 особи (81%). Серед 45 осіб, які померли від ВІЛ-асоційованого туберкульозу в 2016 р., лише 27 (60,0%) отримували АРТ і 8 – АРТ більше 12 місяців [3]. В цілому лише 81,6% ВІЛ-позитивних пацієнтів з ТБ у 2015 р. отримували АРТ під час лікування туберкульозу. Станом на 1 січня 2016 р. охоплення АРТ серед ЛЖВ, які знаходилися під медичним наглядом, становило лише 46,6%. Аналогічний показник, розрахований від оціночної кількості ЛЖВ за даними АЕМ, становив 26,9% (1395 із 5177), а за даними SPECTRUM – 31,0% (1395 із 4500). Таким чином, багато померлих ЛЖВ взагалі не починають АРТ або починають її запізно, майже 19% переривають лікування упродовж першого ж року, а 7% помирають.

Отже, наведені дані: (а) недостатній рівень охоплення ЛЖВ ВІЛ-послугами та АРТ за даними СЕМ, РЕН та АЕМ; (б) зростання захворюваності на СНІД за даними РЕН; (в) високі показники смертності серед ЛЖВ від СНІДу, зокрема, за даними РЕН та АЕМ; (г) високі показники смертності серед ЛЖВ на АРТ за даними РЕН; (д) стабільна питома вага ЛЖВ віком 50+ у структурі поширеності ВІЛ-інфекції, за даними РЕН, не дозволяють стверджувати про вплив АРТ на збільшення тривалості життя ЛЖВ.

Таким чином, за результатами тріангуляції даних гіпотеза про «старіння» епідемії ВІЛ-інфекції у Львівській області підтверджується. Цей процес відбувається на тлі зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед молодших вікових груп, без ознак збільшення рівня інфікування представників старших вікових груп та впливу АРТ на тривалість життя ЛЖВ.

Висновки до ПИТАННЯ 1:

- Епідемія ВІЛ-інфекції найбільше уражає населення міст. При цьому у містах спостерігається поступове зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію, а в сільській місцевості – стабілізація цього показника.
- Чоловіки продовжують складати найбільшу кількість у структурі захворюваності на ВІЛ-інфекцію.
- Епідемія ВІЛ-інфекції у Львівській області демонструє ознаки «старіння» з поступовим збільшенням частки старших вікових груп у структурі поширеності, що відбувається переважно за рахунок зменшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед молодих людей (15–24 роки).
- ЛЖВ віком від 30 років складають найбільшу частку в структурі зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Водночас реєстрація більшості нових випадків ВІЛ- інфекції серед представників старших вікових груп пов'язана не з високим рівнем щорічного інфікування цих осіб, а з їх несвоєчасним зверненням для взяття під медичний нагляд (часто у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції), після багатьох років з моменту інфікування ВІЛ.
- АРТ поки що не має очевидного впливу на збільшення тривалості життя ЛЖВ, що опосередковано підтверджується високими показниками захворюваності та поширеності СНІДу й напряму відображається у показниках смертності серед ЛЖВ за даними РЕН та моделювання.

ПИТАННЯ 2.
Наскільки ефективними є профілактичні програми серед ключових груп населення та молоді Львівської області?

ПЕРЕВІРКА ГІПОТЕЗИ 2.1.
Профілактика інфікування ВІЛ серед ЛВІН є ефективною.

За даними ОКЗ Львівської обласної ради «Львівський обласний державний клінічний наркологічний диспансер», у 2015 р. частка зареєстрованих хворих на розлади психіки та поведінки внаслідок споживання психоактивних речовин склала 1,6% від загальної чисельності населення області. Станом на 1 січня 2015 р. на обліку в наркологічних закладах області перебувало 37 183 хворих, з них 1413 (3,8%) – з розладами психіки через споживання наркотичних речовин (наркоманії).

Упродовж останніх семи років спостерігається тенденція до зменшення кількості нових випадків наркоманії в області в цілому, в тому числі серед населення молодшого віку (15–35 років) (Рис. 14). При цьому частка нових випадків серед сільського населення є незначною (7–11% від загальної кількості залежно від року) та відносно стабільною. Отже, зменшення кількості нових випадків наркоманії відбувається переважно за рахунок міського населення.

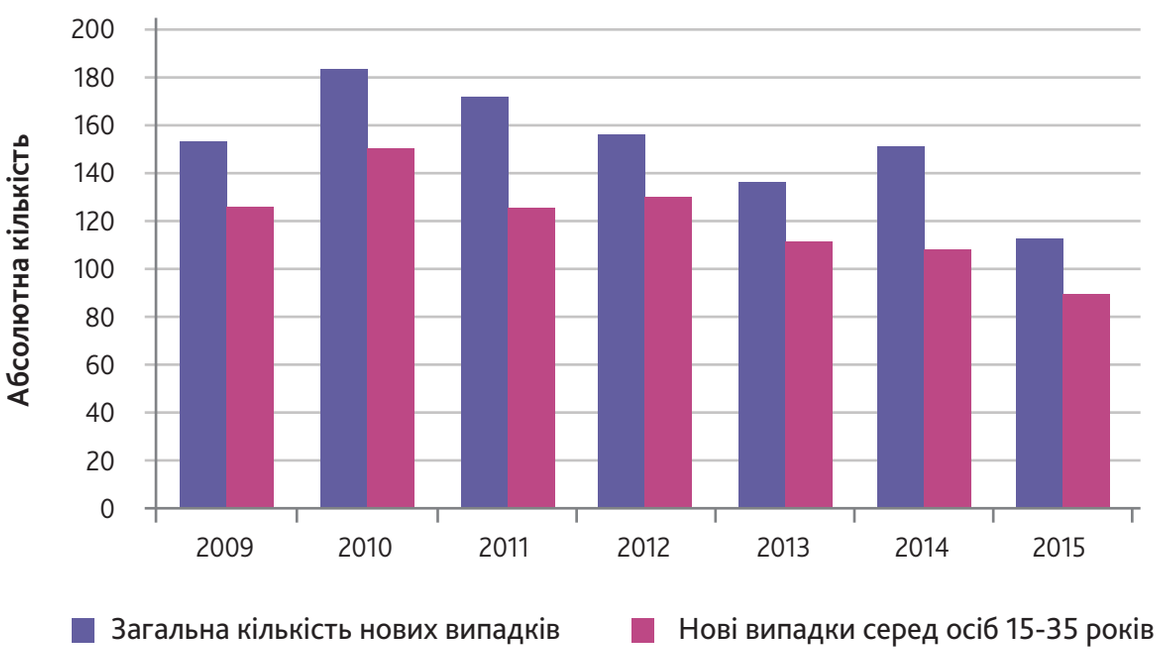


Рис. 14. *Захворюваність на розлади психіки внаслідок споживання наркотичних речовин, 2009–2015 рр.*

Водночас дані офіційної статистики суттєво недооцінюють кількість ЛВІН в області. Так, за даними моделювання SPECTRUM, оціночна кількість ЛВІН у 2012, 2013 та 2015 роках склала відповідно 11 000, 11 200 та 11 000 осіб. Тобто у 2015 р. лише 12,8% від оціночної чисельності ЛВІН були представлені у даних офіційної звітності.

За даними СЕМ, щороку зменшується кількість осіб, які мають позитивний результат тестування на ВІЛ за кодом 102 (споживачі ін'єкційних наркотичних речовин). Наприклад, у 2015 р. лише 69 ЛВІН мали позитивний результат тестування на ВІЛ.

Упродовж 2009–2015 рр. захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН зменшилася з 254 до 132 випадків (–48,0%) (Рис. 15). Спостерігається певна стабілізація питомої ваги парентерального шляху передачі у структурі шляхів передачі ВІЛ-інфекції (29,1% у 2015 р. проти 35,1% у 2012 р.). Частка осіб віком 15–24 роки серед ЛВІН зменшилася з 9,6% у 2007 р. до 4,5% у 2015 р. Співвідношення чоловіків та жінок серед нових випадків ВІЛ-інфекціх серед ЛВІН є досить стабільним: упродовж 2010–2015 рр.

Частка жінок знаходиться в межах 6–14% залежно від року.

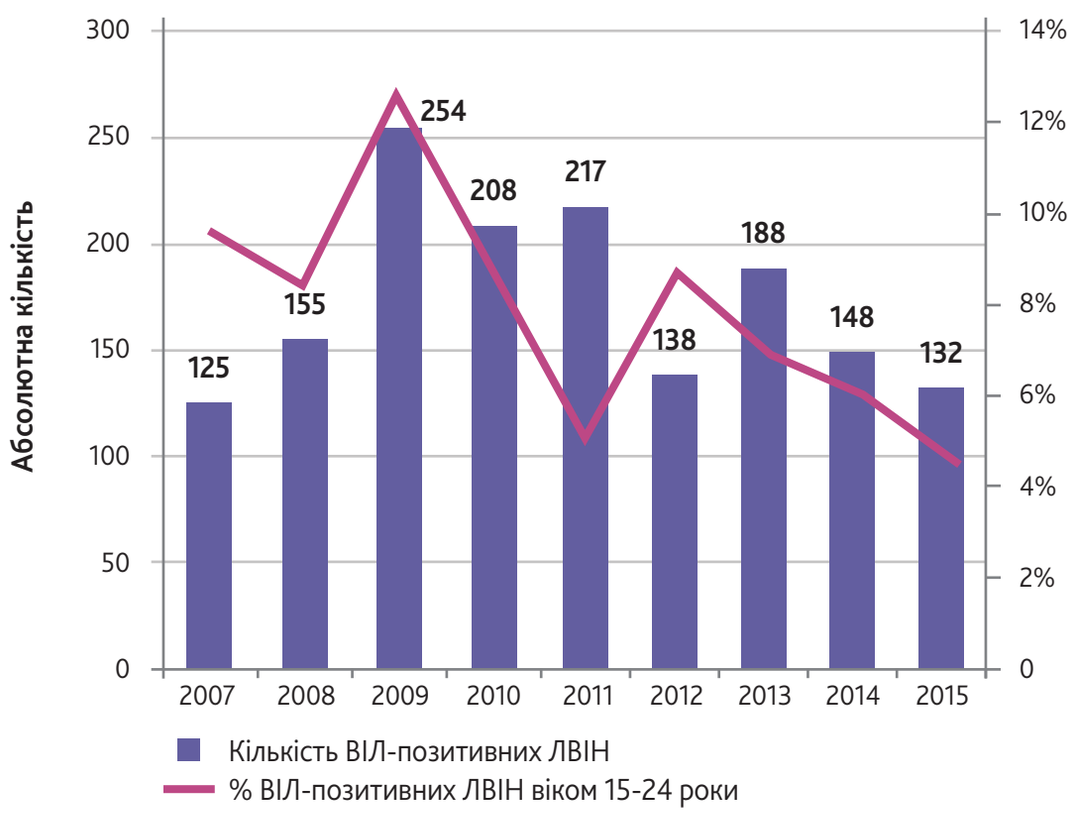
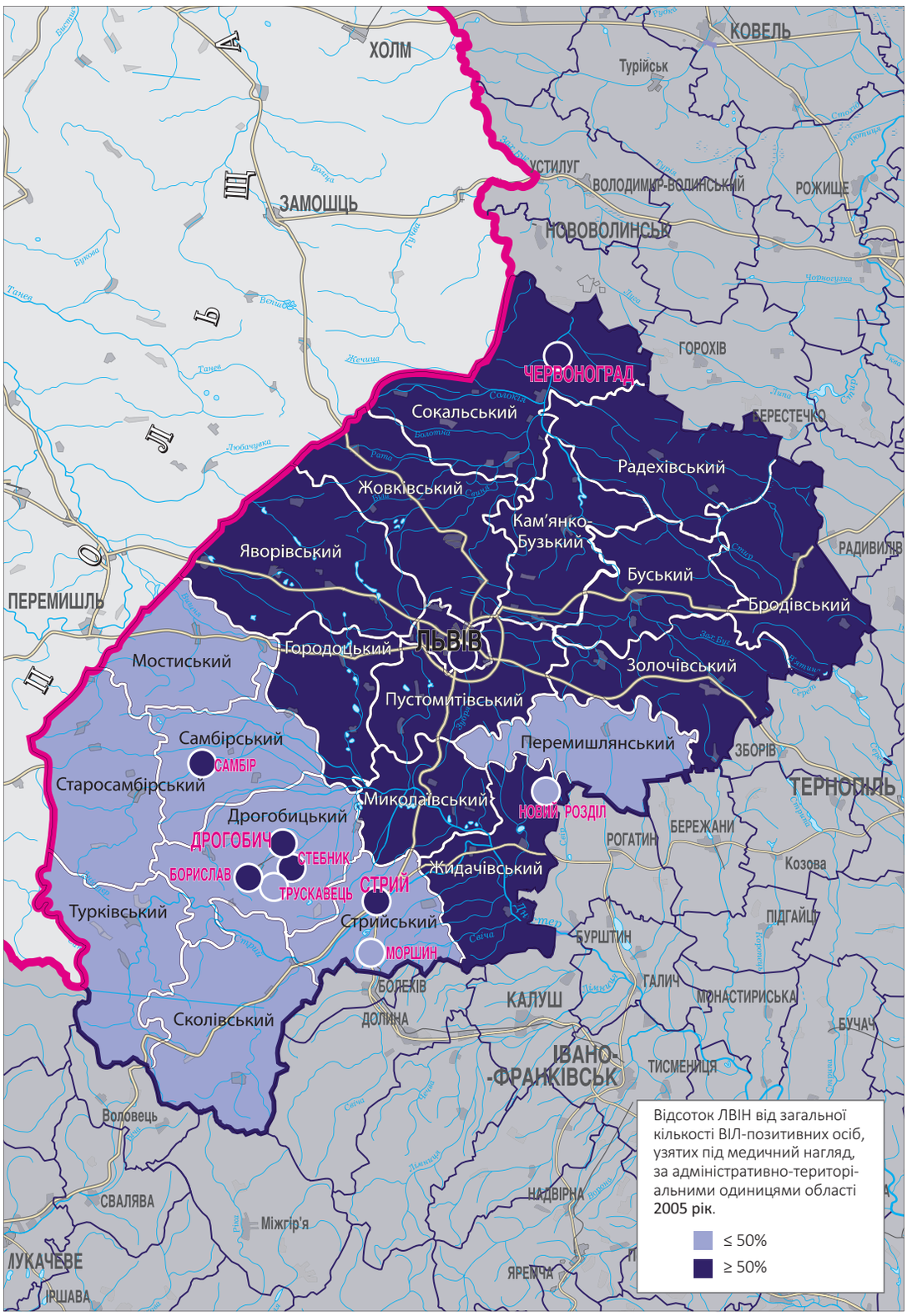


Рис. 15. *Кількість ЛВІН з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції і частка молодих ЛВІН (15–24 роки), РЕН 2007–2015 рр.*

Тенденція до зменшення частки ЛВІН серед загальної кількості нових випадків ВІЛ- інфекції характерна для всіх районів області. Так, у 2005 р. зареєстровано 18 районів, де ця частка дорівнювала або перевищувала 50%, в той час як у 2015 р. таких районів вже не було (Рис. 16).


ЛЬВІВСЬКА
ХОЛМ
КОВЕЛЬ
Турійськ
УСТИЛУГ
ВОЛОДИМИР-ВОЛИНСЬКИЙ
РОЖИЩЕ
ЗАМОЩЦЬ
НОВОВОЛИНСЬК
ГОРОХІВ
ЧЕРВОНОГРАД
Сокальський
БЕРЕСТЕЧКО
Радехівський
Жовківський
Кам'янко-Бузький
Яворівський
РАДИВИЛІВ
Буський
ПЕРЕМИШЛЬ
Бродівський
Городоцький
ЛЬВІВ
Мостиський
Золочівський
Пустомитівський
Самбірський
САМБІР
Перемишлянський
ЗБОРІВ
Старосамбірський
ТЕРНОПІЛЬ
Миколаївський
НОВИЙ РОЗДІЛ
Дрогобицький
БЕРЕЖАНИ
РОГАТИН
ДРОГОБИЧ
СТЕБНИК
Козова
БОРИСЛАВ
ТРУСКАВЕЦЬ
СТРИЙ
Жидачівський
Турківський
Стрийський
ПІДГАЙЦІ
БУРШТИН
МОРШИН
БОЛЕХІВ
ГАЛИЧ
МОНАСТИРИСЬКА
КАЛУШ
Сколівський
ДОЛИНА
БУЧАЧ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬК
ТИСМЕНИЦЯ
Воловець
СВАЛЯВА
Міжгір'я
НАДВІРНА
ЛУКАЧЕВЕ
ІРШАВА
ЯРЕМЧА
Відсоток ЛВІН від загальної кількості ВІЛ-позитивних осіб, узятих під медичний нагляд, за адміністративно-територіальними одиницями області 2005 рік.
≤ 50%
≥ 50%

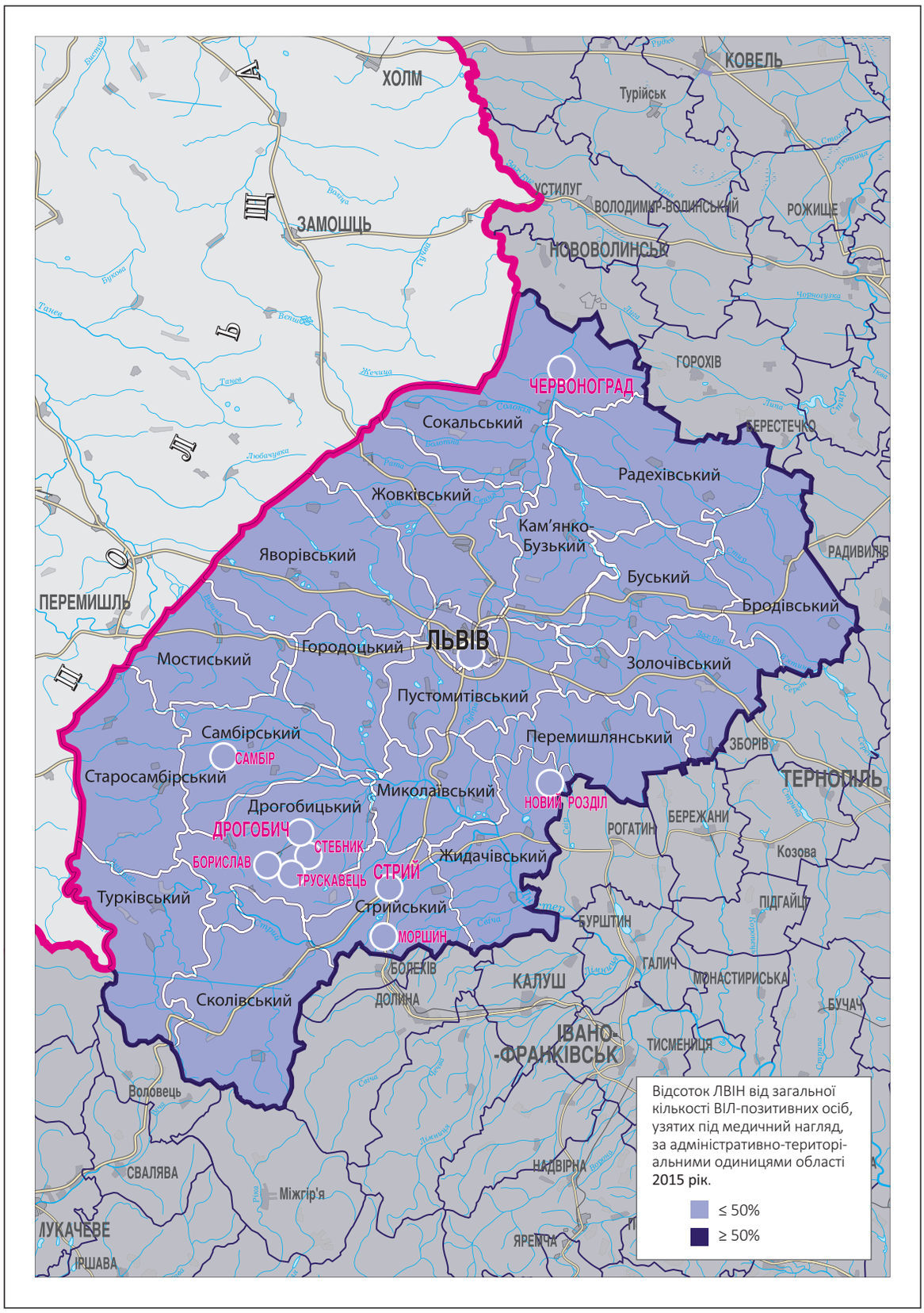


Рис. 16. *Картограма внеску ЛВІН до загальної кількості ВІЛ-позитивних осіб, узятих під медичний нагляд, за адміністративно-територіальними одиницями Львівської області, РЕН 2005, 2015 рр.*

Частка ЛВІН серед узятих на облік хворих у стадії СНІДу постійно зменшується – з 61,2% у 2012 р. до 40% у 2016 р., що у комплексі з наведеними даними щодо зменшення зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію свідчить про зменшення внеску ЛВІН до показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію РЕН.

За результатами моделювання з використанням програми АЕМ, максимум показника істинної захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН чоловічої статі було досягнуто у 2002 р. – 271 випадок, до 2015 р. цей показник зменшився до 191 випадку (–29,5%). Аналогічний максимум істинної захворюваності серед ЛВІН жіночої статі спостерігався у 1999 р. – 130 випадків, а у 2015 р. значення цього показника становило 29 випадків (–77,7%). Таким чином, у 2015 р. істинна захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН складала 220 випадків, що більше, ніж кількість осіб з позитивним результатом тестування за кодом 102 СЕМ 2015 р. (споживачі ін'єкційних наркотичних речовин) – 69 осіб та значення показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН 2015 р. – 132 випадки. Ці розбіжності можна пояснити недостатнім охопленням ЛВІН тестуванням на ВІЛ, тестуванням ЛВІН з використанням інших ніж 102 кодів, неповною реєстрацією ВІЛ-позитивних ЛВІН у центрі СНІДу, взяттям певної частки ЛВІН під медичний нагляд із зазначенням статевого шляху інфікування та іншими чинниками. Дані РЕН демонструють, що з 2007 по 2015 рік в області кумулятивно офіційно зареєстровано 1565 ВІЛ-інфікованих ЛВІН, з них переважна більшість – чоловіки (89%).

За результатами IBBS, у 2011, 2013, 2015 роках було отримано соціально-демографічну характеристику групи ЛВІН Львівської області, яка дещо змінилася за цей період [5, 6, 7]. Зокрема, у статевій структурі частка жінок суттєво зменшилася (з 29,3% у 2011 р. до 6,2% у 2015 р.) (Рис. 17).

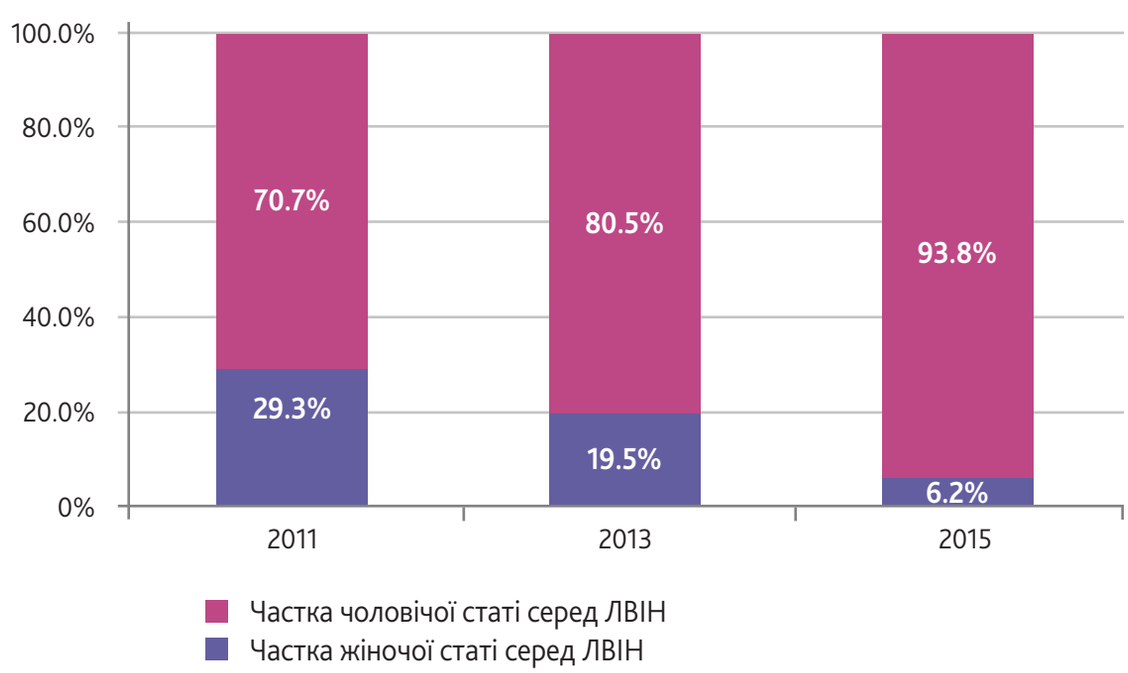


Рис. 17. *Характеристика дозорних груп ЛВІН за статтю, IBBS 2011–2015 рр.*

За даними IBBS 2015 р., відсоток молодих ЛВІН (14–19 років) у дозорній групі м. Львова є значновищим, ніж в середньому по Україні: 12,1% проти 2%. Результати досліджень IBBS 2011–2015 рр. також демонструють, що середній вік початку вживання ін'єкційних наркотиків за ці роки практично не змінився (22,4-22,5 роки). Середнє значення стажу вживання коливається залежно від року проведення дослідження: 12,4 роки у 2011 р., 16,7 у 2013 р. та 11,3 у 2015 р. Для порівняння: середнє значення стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у 2015 р. в Україні було дещо більшим та склало 14,2 роки.

У 2011, 2013, 2015 роках, за даними IBBS, поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН у м. Львові постійно зменшувалася, водночас у 2011, 2013 роках вона була вищою, ніж в цілому по Україні. У 2015 р., на тлі зменшення поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВІН м. Львова та зростання відповідного показника в цілому поУкраїні, інфікованість ВІЛ серед ЛВІН у Львові та в цілому в Україні майже збігаються (21,4% та 21,9% відповідно) (Рис. 18). Широкі довірчі інтервали показника поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВІН у м. Львові у 2011, 2013, 2015 роках обумовлюють певні обмеження показника інфікованості ВІЛ за даними IBBS.

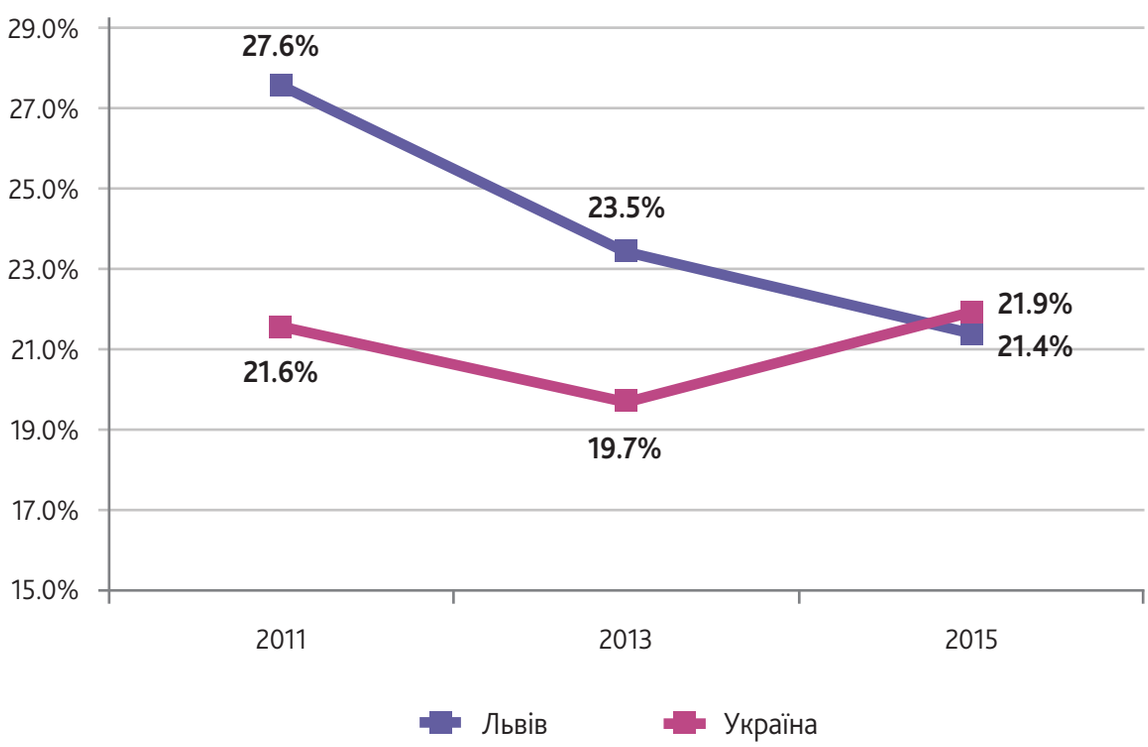


Рис. 18. *Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН у м. Львові та в середньому по Україні, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.*

За результатами IBBS, значення показника охоплення тестуванням на ВІЛ та обізнаності про ВІЛ статус у м. Львові у 2011 та 2015 роках було нижчим, ніж в середньому в Україні, а в 2013 р. – майже тотожним (42,0% – Львів, 42,8% – Україна) (Рис. 19).

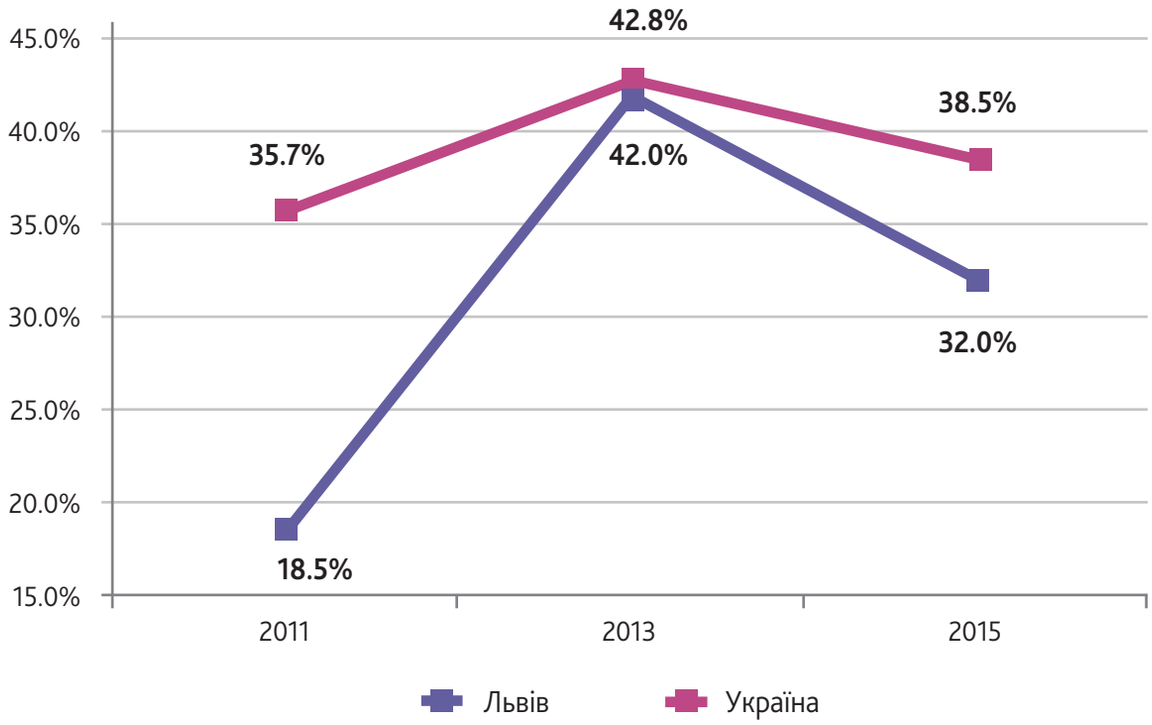


Рис. 19. *Відсоток ЛВІН, які упродовж останніх 12 міс. пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.*

Рівень розповсюдження презервативів серед ЛВІН упродовж 2011–2015 рр. мав позитивну динаміку, але зрівнявся зі значенням відповідного показника в цілому по Україні лише у 2015 р. (35,2%) (Рис. 20).

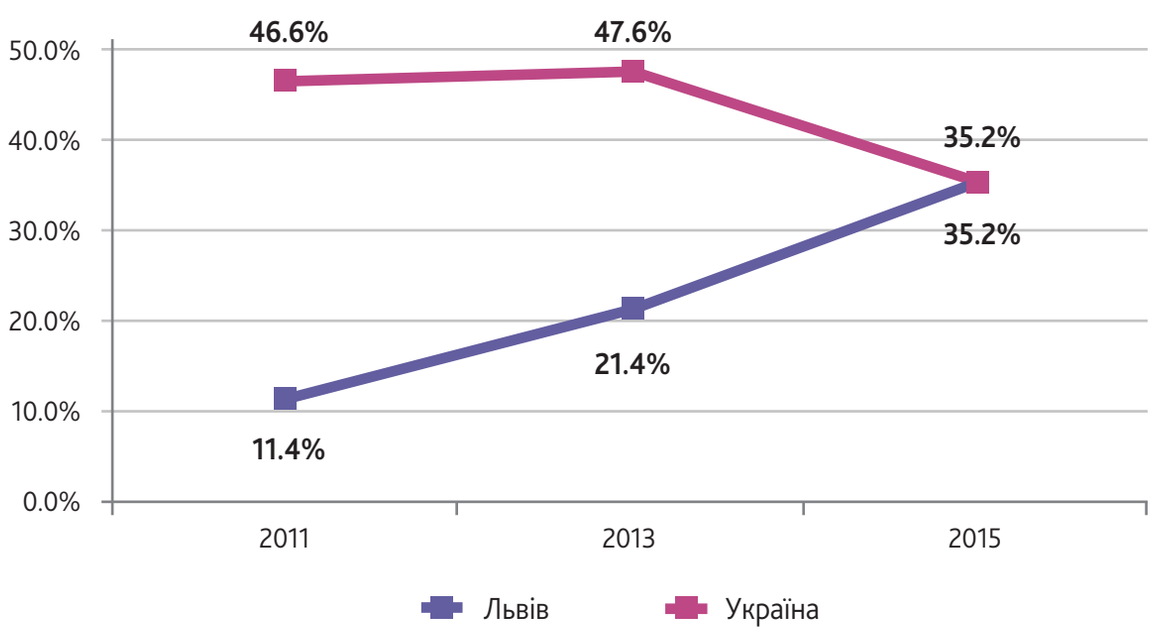


Рис. 20. *Відсоток ЛВІН, які за останні 12 міс. отримували презервативи, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.*

За даними IBBS, рівень розповсюдження шприців серед цієї ключової групи зріс з 16,1% у 2011 р. до 24,7% у 2015 р. За даними програмного моніторингу Альянсу, охоплення ЛВІН розданими шприцами починаючи з 2013 р. також щороку зростало.

За даними програмного моніторингу Альянсу (бази даних SyrEx), упродовж 2013–2015 рр. кумулятивна кількість клієнтів програм замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) серед клієнтів профілактичних програм постійно збільшувалася: 63 клієнти у 2013 р., 81 клієнт у 2014 р. та 343 клієнти у 2015 р. За даними офіційної статистики, станом на 1 січня 2016 р. ЗПТ отримували 259 осіб, більше половини з них – 137 (52,9%) мали ВІЛ-негативний статус [1].

За даними програмного моніторингу Альянсу щодо кількості ЛВІН, які отримали профілактичні послуги, та даними SPECTRUM (оціночна кількість ЛВІН в Україні), а також даними АЕМ (оціночна кількість ЛВІН у Львівській області), охоплення ЛВІН профілактичними послугами включно з тестуванням на ВІЛ зростає, але є нижчим, ніж в середньому по Україні (Рис. 21).

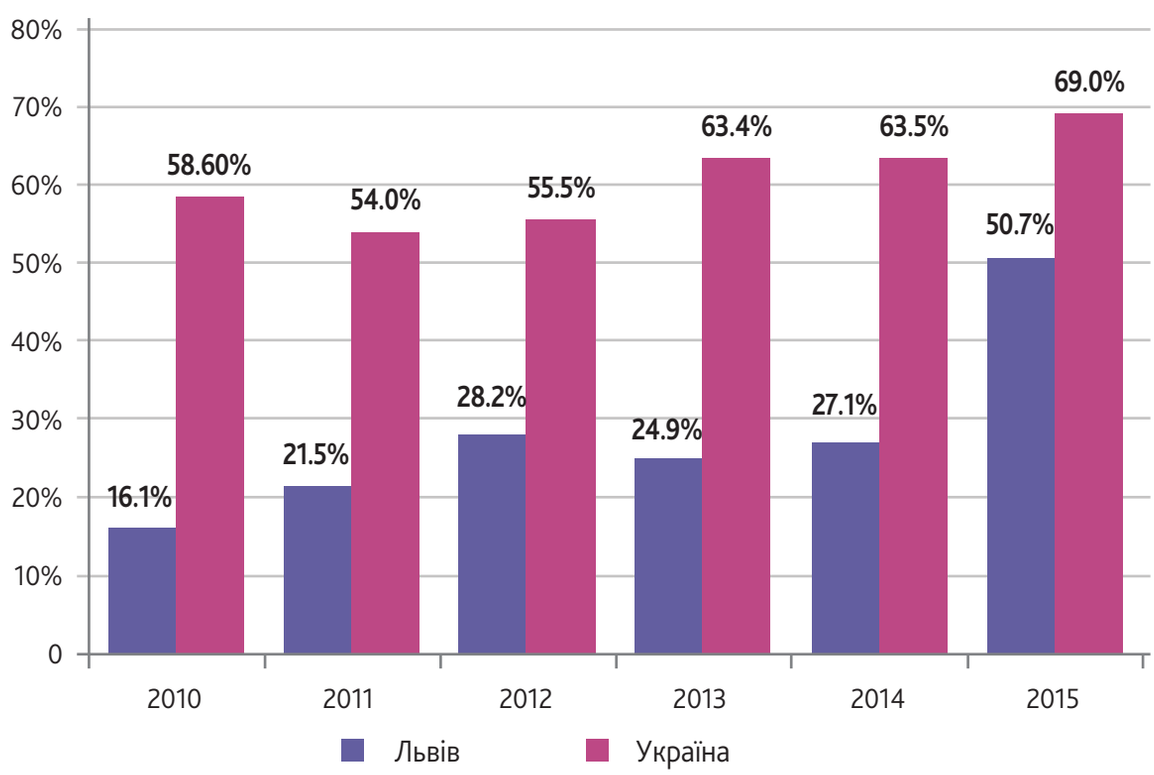


Рис. 21. *Охоплення ЛВІН мінімальним пакетом профілактичних послуг у Львівській області та Україні, 2010–2015 рр.*

Дані програмного моніторингу демонструють більш високі, ніж IBBS, показники охоплення ЛВІН профілактичними заходами.Так, у 2015 р. охоплення ЛВІН профілактичними послугами, за даними програмного моніторингу Альянсу, становило 50,7%, а за даними IBBS у тому ж році серед представників дозорної групи у м. Львові охоплення тестуванням на ВІЛ складало 32,0%, шприци отриму-

вали 24,7%, а презервативи 35,2% осіб. Ці розбіжності можуть бути пов'язані з тим, що дослідникам вдалося вийти на більш ризиковану групу, далеко не всі представники якої були клієнтами профілактичних програм.

У цілому стандартний профілактичний пакет для ключових груп скоротився, що пов'язано із зменшенням фінансування профілактичних програм грантами міжнародних організацій. Починаючи з 2015 р. зі стандартного профілактичного пакету було виключено розповсюдження інформаційно-освітніх матеріалів для всіх ключових груп. Скоротився і спектр інфекцій, на які можна пройти обстеження. Так, для ЛВІН з 2015 р. було доступним лише тестування на ВІЛ та гепатит С. А із стандартного пакету обстежень для РКС було виключено тестування на гепатит С.

Таким чином, завдяки впровадженню комплексу профілактичних заходів досягнуто зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН, що підтверджується даними: (а) СЕМ щодо зменшення кількості ЛВІН з позитивним результатом тестування на ВІЛ, (б) даними РЕН щодо зменшення зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН та молодих ЛВІН зокрема, (в) даних АЕМ щодо зменшення оціночних показників істинної захворюваності серед ЛВІН, (г) даних IBBS щодо зменшення поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВІН. Водночас внесок ЛВІН, переважно чоловіків, до показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію (істинної та зареєстрованої) залишається доволі високим.

ПЕРЕВІРКА ГІПОТЕЗИ 2.2. Профілактика інфікування ВІЛ серед РКС є ефективною.

Упродовж 2013–2015 рр. за кодом 105.2 СЕМ «особи, які надають сексуальні послуги за винагороду» було виявлено лише три ВІЛ-позитивні особи. Водночас ці дані є суттєво обмеженими, тому що більшість РКС проходять тестування на ВІЛ у ЗОЗ за іншими ніж 105.2 кодами. Дані РЕН щодо показників зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію також не відображають реальної ситуації щодо кількості нових випадків інфікування серед РКС.

За даними IBBS, упродовж останніх п'яти років спостерігається зменшення поширеності ВІЛ-інфекції серед РКС, що відповідає загальнонаціональній тенденції серед цієї КГН (м. Львів – з 5,7% у 2011 р. до 1,4% у 2015 р., Україна – з 10,3% у 2011 р. до 6,9% у 2015 р.) (Рис. 22) [8, 9, 10]. Оскільки довірчі інтервали значення показника поширеності ВІЛ-інфекції за результатами всіх трьох досліджень є доволі широкими, твердження щодо його зменшення має відповідні обмеження.

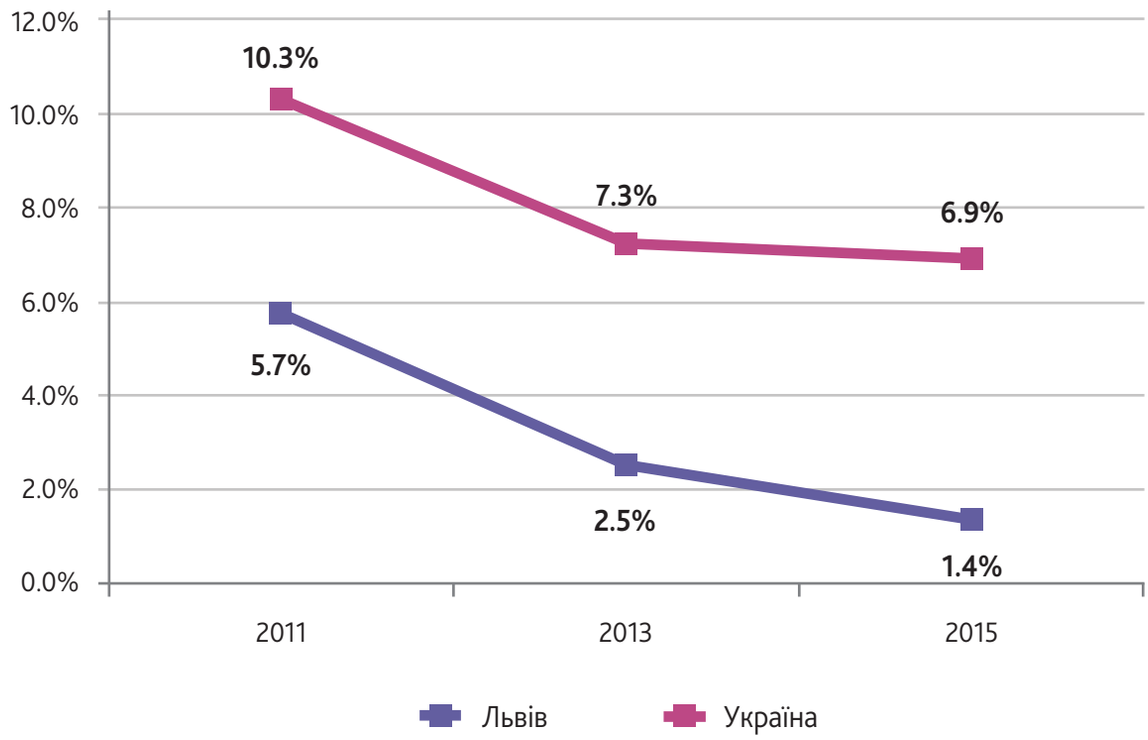


Рис. 22. *Поширеність ВІЛ-інфекції серед РКС у м. Львові та Україні, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.*

Дані моделювання АЕМ демонструють низький рівень залучення РКС до епідемічного процесу за показником захворюваності. Так, упродовж 2013–2015 рр., за оціночними даними АЕМ, загальна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед РКС становила лише 25 осіб.

Згідно даних IBBS, упродовж 2011–2015 рр. зменшилася частка РКС віком 14–19 років, а середній вік РКС дозорних груп зріс з 26,8 року у 2011 р. до 32 років у 2015 р. (Україна – 28,9 років в 2015 р.). Це може бути однією з ознак зменшення залучення осіб молодшого віку до секс-бізнесу в Львівській області. Упродовж 2012–2015 рр. охоплення тестуванням на ВІЛ серед РКС у м. Львові демонструє доволі високі значення, водночас значення цього показника зменшується з 93,1% у 2011 р. до 61,9% у 2015 р. (Рис. 23). Охоплення тестуванням на ВІЛ серед РКС м. Львова упродовж 2011–2015 рр. залишалося вищим, ніж в середньому по Україні.

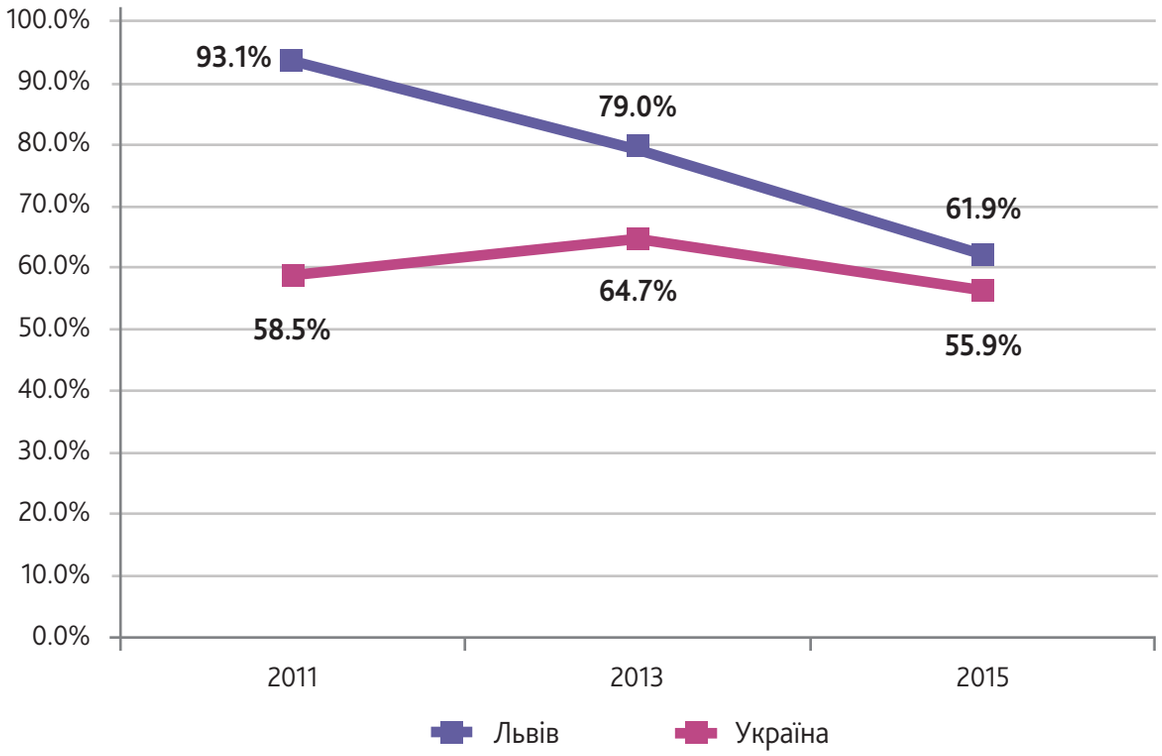


Рис. 23. *Відсоток РКС, які пройшли тестування на ВІЛ упродовж останніх 12 міс. та одержали його результат, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.*

За даними IBBS, відсоток РКС, які упродовж останніх 12 міс. отримували презервативи, дещо зменшився – з 99,5% у 2011 р. до 85,3% у 2015 р. Це може бути пов'язано з тим, що у більш пізніх хвилях IBBS залучалося більше респондентів, які не були клієнтами неурядових організацій.

За даними програмного моніторингу Альянсу (бази даних SyrEx), кількість РКС, охоплених профілактичним пакетом послуг упродовж останніх шести років, мала суттєві коливання і в 2015 р. становила 1645 осіб (65,8% від оціночної кількості РКС, затвердженої на рівні області). Дані IBBS 2015 р. щодо охоплення тестуванням на ВІЛ (61,9%) співставні з показниками охоплення РКС мінімальним пакетом послуг (65,6%), за даними програмного моніторингу Альянсу 2015 р. Наведені дані ще раз підкреслюють важливість формування репрезентативної дозорної групи та вказують на досить високе охоплення профілактичними програмами РКС Львівської області.

Таким чином, дані IBBS – зниження поширеності ВІЛ-інфекції серед РКС, результати моделювання АЕМ – незначна оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед РКС та показники СЕМ – поодинокі випадки виявлення ВІЛ-позитивних РКС підтверджують гіпотезу щодо ефективності профілактики інфікування ВІЛ серед РКС. Водночас, незважаючи на очевидний успіх, продовження профілактичної роботи з РКС є вкрай важливим. Так, за даними IBBS 2015 р., майже кожна десята РКС у Львівській області мала досвід тимчасової міграції з метою секс-бізнесу. Як уже йшлося вище, географічне розташування Львівської області є сприятливим для розвитку секс-бізнесу та сезонних міграційних процесів із залученням іноземних громадян.

ПЕРЕВІРКА ГІПОТЕЗИ 2.3. Профілактика інфікування ВІЛ серед ЧСЧ є недостатньою.

За даними СЕМ, упродовж 2013–2015 рр. кумулятивно було виявлено лише 23 ЧСЧ з позитивним результатом тестування на ВІЛ (код 103). Водночас, як і серед РКС, це пов'язано з тестуванням із використанням інших кодів СЕМ. Дані РЕН також не відображають реальної ситуації щодо захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ.

За даними моделювання в АЕМ, епідеміологічна ситуація в групі ЧСЧ у Львівськійобласті є відносно стабільною: за прогнозами упродовж 2011–2020 рр. кількість нових випадків ВІЛ-інфекції перебуватиме на рівні 26–36 за рік, або 6,0–8,5% від загальної кількості нових випадків.

Співробітниками БО «Український інститут політики громадського здоров'я», базуючись на даних SyrEx Альянсу, було розраховано рівень «істинної» захворюваності (incidence rate) на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ-клієнтів НУО за п'ять років (2011–2015 рр.) [11]. Результати розрахунків показали, що рівень захворюваності серед ЧСЧ у Львівській області становить 2,157 на 100 людино-років. Для порівняння: середнє значення по Україні – 0,48 на 100 людино-років.

У 2011 р., за даними IBBS, поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ у м. Львові майже збігалася зі значенням показника в цілому по Україні (6,8% – м. Львів проти 6,4% в цілому по Україні) (Рис. 24) [12]. Результати IBBS 2013 та 2015 років демонструють нижчий рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ м. Львова у порівнянні з даними в цілому по Україні (2,6% проти 5,9% (2013 р.) та 5,1% проти 8,5% (2015 р.)) [13, 14]. Наведені дані не демонструють очевидних тенденцій.

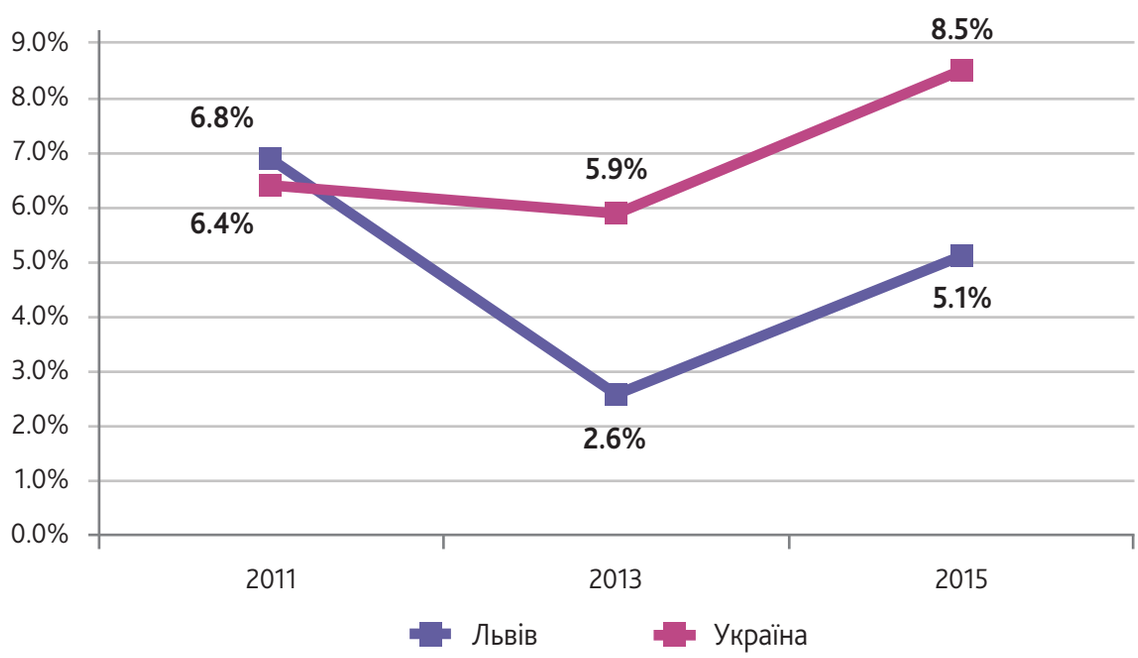


Рис. 24. *Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ м. Львова та в середньому по Україні, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.*

Згідно із результатами IBBS, частка ЧСЧ, які упродовж останнього року пройшли тест на ВІЛ та одержали його результат, має суттєві відмінності за роками: у 2011 р. – 34%, у 2013 – 44%, у 2015 – 38%. На тлі стабільних значень показника використання презерватива серед ЧСЧ в цілому по Україні (71–72%) значення його серед ЧСЧ м. Львова упродовж 2011–2015 рр., навпаки, зменшується (з 81% до 66%) (Рис. 25).

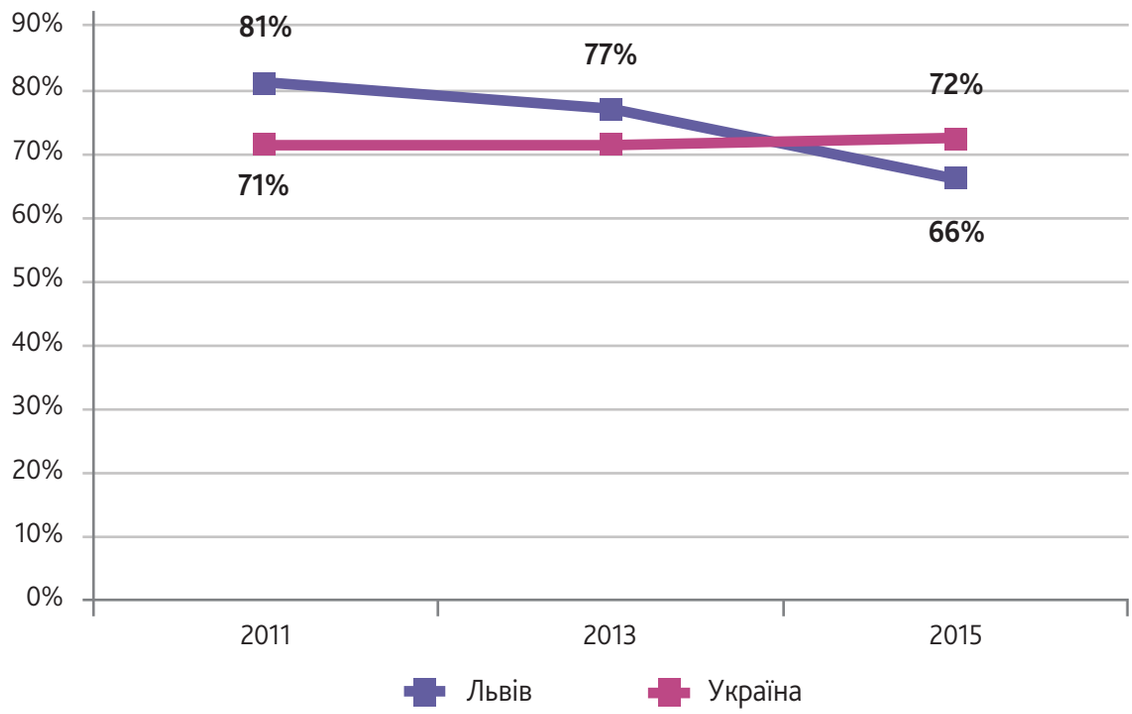


Рис. 25. *Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту чоловіком, IBBS 2011, 2013, 2015 рр.*

За даними програмного моніторингу Альянсу (електронна база даних SyrEx) щодо кількості ЧСЧ, які упродовж 2012–2015 рр. отримали профілактичні послуги, та даних SPECTRUM (оціночна кількість ЧСЧ в Україні) і AEM (оціночна кількість ЧСЧ у Львівській області), охоплення ЧСЧ профілактичними послугами включно з тестуванням на ВІЛ зростає (з 8,2% до 13,2%), але є нижчим, ніж в середньому по Україні (Рис. 26).

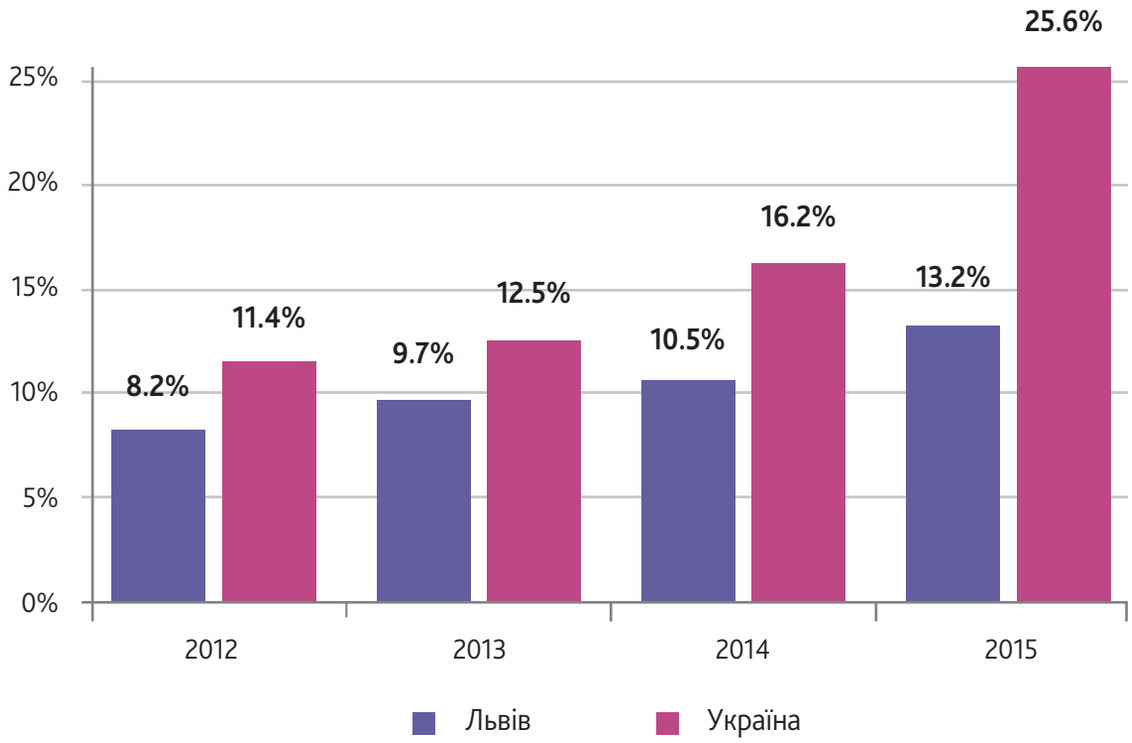


Рис. 26. *Охоплення ЧСЧ мінімальним пакетом профілактичних послуг у Львівській області та в Україні, 2012–2015 рр.*

У 2015 р. охоплення ЧСЧ Львівської області профілактичними послугами, за даними програмного моніторингу, становило лише 13,2%, а за даними IBBS серед ЧСЧ у тому ж році клієнтами профілактичних програм були 22% представників дозорної групи м. Львова, безкоштовно отримували презервативи 22%, а проходили тестування упродовж останніх 12 міс. 20% осіб. Ці дані вказують на дуже низьке охоплення профілактичними програмами ЧСЧ у Львівській області та відносно добру репрезентативність дозорної групи до загальної сукупності ЧСЧ.

Отже, наведені дані не дозволяють зробити об'єктивних висновків щодо ефективності програм профілактики серед ЧСЧ. Ця група є найбільш закритою та стигматизованою, тому отримання об'єктивніших результатів потребує спеціальних досліджень.

ПЕРЕВІРКА ГІПОТЕЗИ 2.4.
Загальний внесок ключових груп населення до показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію зменшується.

Результати аналізу рівня інфікованості ВІЛ, за даними СЕМ, демонструють: упродовж останніх п'яти років кількість осіб з позитивним результатом тестування коливалася у межах 661–838 (Рис. 27). Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ від загальної кількості обстежених становила 0,57–0,75%.

Рис. 27. *Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ та їх відсоток від загальної кількості обстежених на ВІЛ-інфекцію, СЕМ 2009–2015 рр.*

Як і в інших областях України, найбільша кількість обстежень на ВІЛ у межах СЕМ у Львівській області припадає на донорів та вагітних (коди 108 та 109 СЕМ). Показники інфікованості серед первинних донорів та вперше обстежених вагітних є нижчими у порівнянні з відповідними показниками в цілому по Україні. На тлі суттєвих коливань значень показника у 2012–2014 рр. в цілому рівень інфікованості ВІЛ серед первинно обстежених вагітних зменшується – 0,25% у 2009 р. проти 0,11% у 2015 р. (Рис. 28). Результати тестування первинних донорів демонструють стабільне зниження рівня інфікованості у цій групі з 0,14% у 2009 р. до 0,05% у 2015 р.

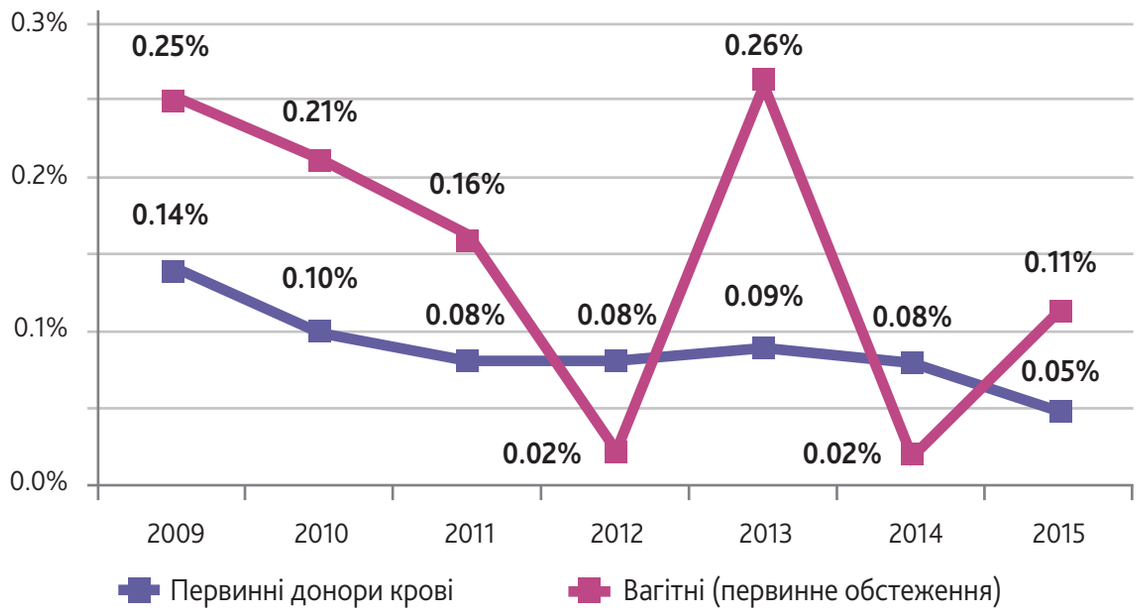


Рис. 28. *Результати СЕМ поширення ВІЛ за результатами серологічної діагностики у Львівській області серед первинних донорів та вагітних при первинному обстеженні, 2009–2015 рр.*

Без урахування донорів та вагітних рівень інфікованості ВІЛ зменшився з 3,4% у 2009 р. до 1,2% у 2015 р., водночас значення цього показника було вищим порівняно із загальним рівнем інфікованості СЕМ (за усіма кодами тестування) (Рис. 29).

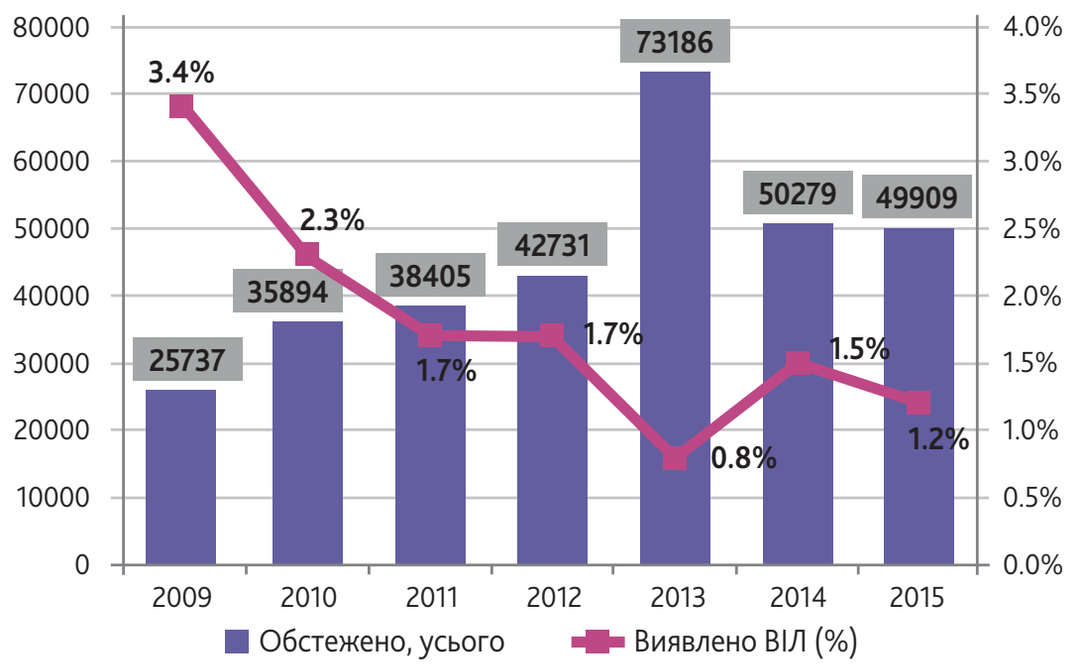


Рис. 29. *Результати СЕМ поширення ВІЛ за результатами серологічної діагностики у Львівській області (без урахування вагітних та донорів), 2009–2015 рр.*

Упродовж останніх семи років у Львівській області поступово зростала кількість обстежень на ВІЛ серед представників ключових груп (код 102 – споживачі ін'єкційних наркотичних речовин; код 103 – особи, які мали гомосексуальні контакти; код 105 – особи з ризикованою статевою поведінкою). На Рис. 30 можна побачити поступове збільшення частки тестувань серед груп ризику відносно загальної кількості проведених обстежень на ВІЛ, що особливо помітно впродовж 2013–2015 рр.

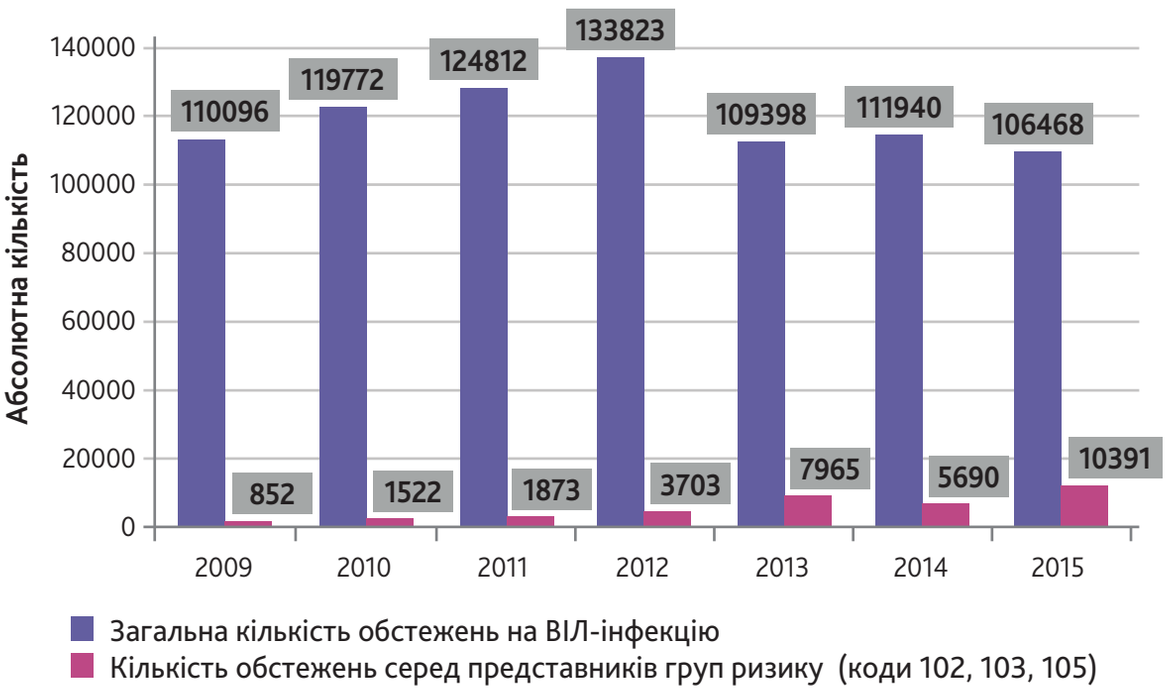
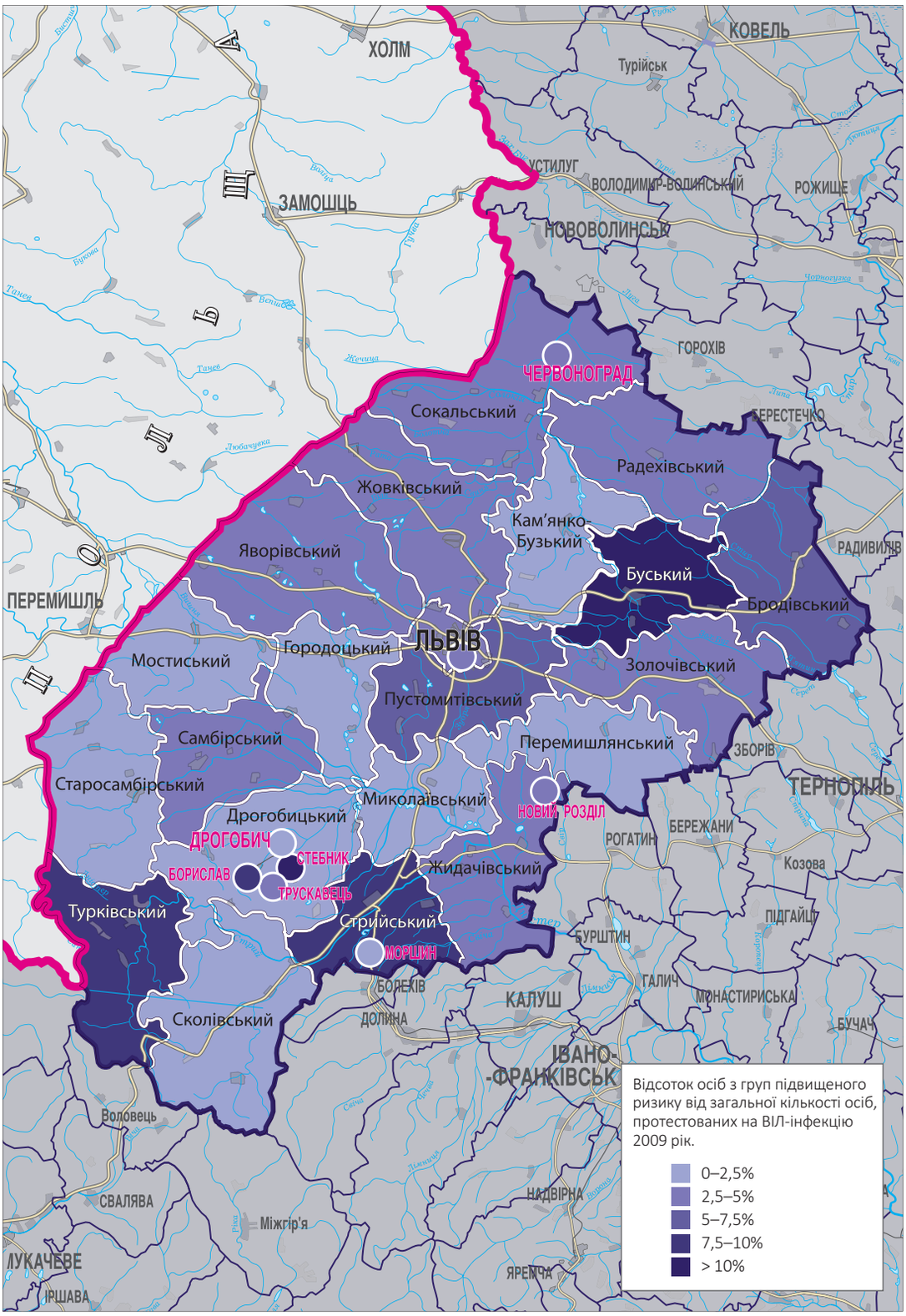


Рис. 30. *Загальна кількість обстежень на ВІЛ-інфекцію та кількість тестувань за кодами 102, 103 та 105, СЕМ 2009–2015 рр.*

При порівнянні охоплення тестуванням на ВІЛ населення різних адміністративно- територіальних одиниць області спостерігається тенденція до збільшення охоплення КГН у районах (Рис. 31).


ХОЛМ
КОВЕЛЬ
Турійськ
УСТИЛУГ
ВОЛОДИМИР-ВОЛИНСЬКИЙ
РОЖИЩЕ
ЗАМОШЦЬ
НОВОВОЛИНСЬК
ГОРОХІВ
ЧЕРВОНОГРАД
Сокальський
БЕРЕСТЕЧКО
Радехівський
Жовківський
Кам'янко-Бузький
РАДИВИЛІВ
Яворівський
Буський
ПЕРЕМИШЛЬ
Бродівський
Городоцький
ЛЬВІВ
Мостиський
Золочівський
Пустомитівський
Самбірський
Перемишлянський
ЗБОРІВ
ТЕРНОПІЛЬ
Старосамбірський
Миколаївський
НОВИЙ РОЗДІЛ
Дрогобицький
БЕРЕЖАНИ
РОГАТИН
ДРОГОБИЧ
СТЕБНИК
Козова
БОРИСЛАВ
Жидачівський
ТРУСКАВЕЦЬ
Турківський
Стрийський
ПІДГАЙЦІ
БУРШТИН
МОРШИН
ГАЛИЧ
БОЛЕХІВ
КАЛУШ
МОНАСТИРИСЬКА
Сколівський
ДОЛИНА
БУЧАЧ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬК
Воловець
СВАЛЯВА
НАДВІРНА
Міжгір'я
ЛУКАЧЕВЕ
ЯРЕМЧА
ІРШАВА
Відсоток осіб з груп підвищеного ризику від загальної кількості осіб, протестованих на ВІЛ-інфекцію 2009 рік.
0–2,5%
2,5–5%
5–7,5%
7,5–10%
> 10%

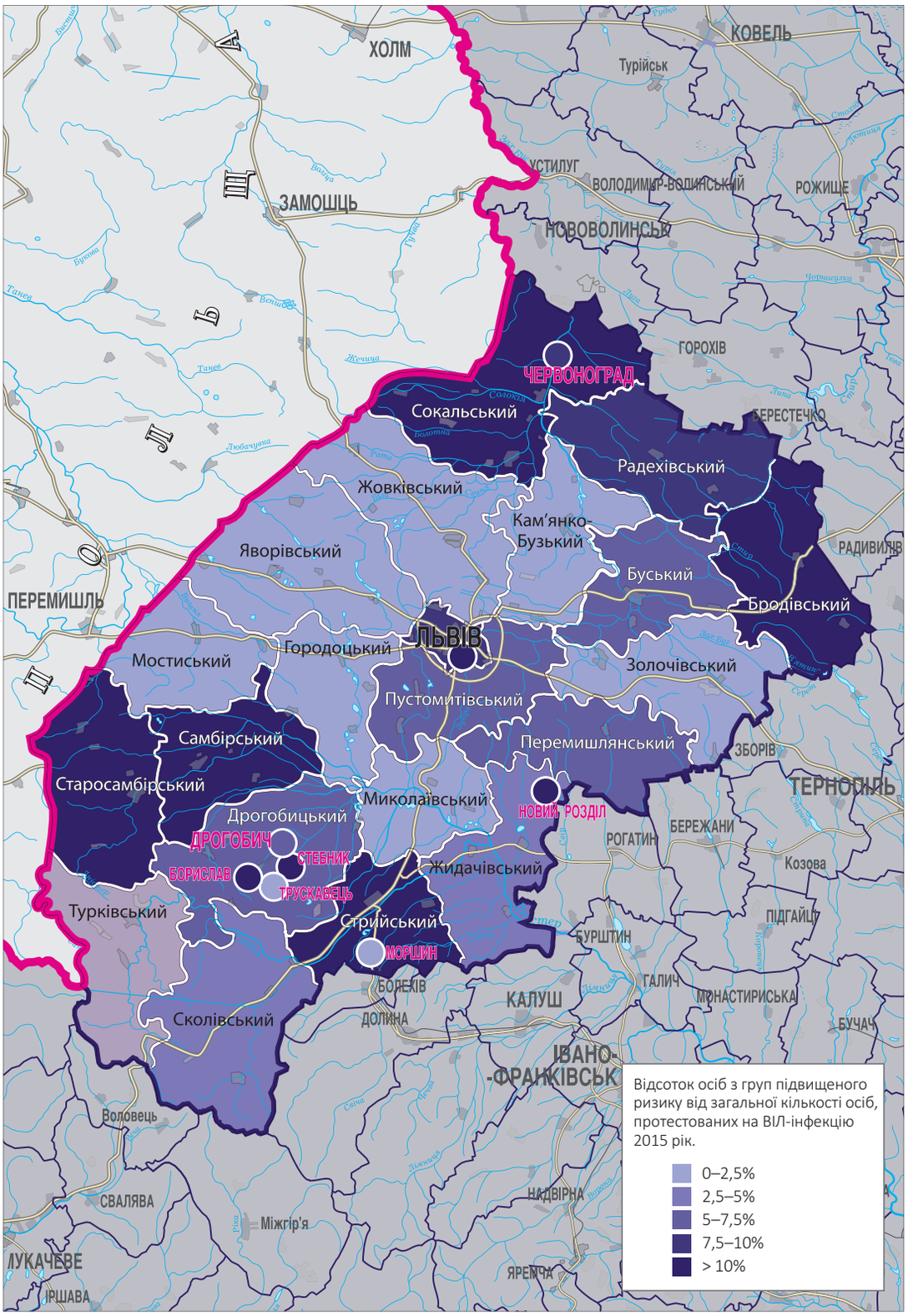


Рис. 31. *Картограма відсотка осіб з КГН від загальної кількості осіб, обстежених на ВІЛ-інфекцію, СЕМ 2009, 2015 рр.*

Водночас на тлі збільшення охоплення тестуванням на ВІЛ окремих КГН та територій їх проживання, частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ упродовж останніх семи років впевнено зменшується – з 16% у 2009 р. до 1% у 2015 р. Більш детальну інформацію щодо результатів СЕМ поширення ВІЛ-інфекції за кодами 102, 103 та 105 представлено у Табл. 2. Дані таблиці наочно демонструють зменшення рівня інфікування за кодами 102, 103 та 105, навіть при зростанні кількості проведених за цими кодами тестувань.

Таблиця 2. *Результати СЕМ поширення ВІЛ-інфекції за кодами 102, 103 та 105, 2009–2015 рр.*

Роки	Код 102		Код 103		Код 105	
	кількість обстежених	частка виявлених ВІЛ-позитивних	кількість обстежених	частка виявлених ВІЛ- позитивних	кількість обстежених	частка виявлених ВІЛ-позитивних
2009	469	27,9%	11	0	372	1,6%
2010	680	18,5%	23	8,7%	819	1,8%
2011	683	12,3%	3	33,3%	1187	1,8%
2012	778	10,3%	43	11,6%	2882	1,3%
2013	2199	3,0%	623	1,1%	5143	1,0%
2014	1748	4,7%	443	2,5%	3499	1,3%
2015	5708	1,2%	1178	0,42%	3505	0,86%

Таким чином, дані СЕМ демонструють зменшення рівня інфікованості ВІЛ КГН в цілому та окремих груп. Водночас обмеження СЕМ (тестування представників КГН за кодами СЕМ, не пов'язаними з КГН; неповне охоплення тестуванням КГН тощо) не дозволяють стверджувати про стабілізацію захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед КГН лише за даними СЕМ.

За даними РЕН, після 2011 р. кількість вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих в області залишалася відносно стабільною (311–398 випадків за рік) (Рис. 32). Водночас кількість ЛВІН серед нових випадків ВІЛ-інфекції за аналогічний період зменшилася з 217 до 132 випадків. Дані про справжню кількість РКС та ЧСЧ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, є суттєво обмеженими.

Рис. 32. *Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед дорослого населення Львівської області, РЕН 2011–2015 рр.*

Результати моделювання АЕМ демонструють навіть зменшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих – з 491 у 2011 р. до 435 у 2015 р. Щодо КГН, то, за даними моделювання, сумарна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, РКС та ЧСЧ упродовж 2011–2020 рр. стабільно зменшується (Рис. 33). Це відбувається переважно за рахунок зменшення кількості ЛВІН-чоловіків, які мають найбільший внесок до показників змодельованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

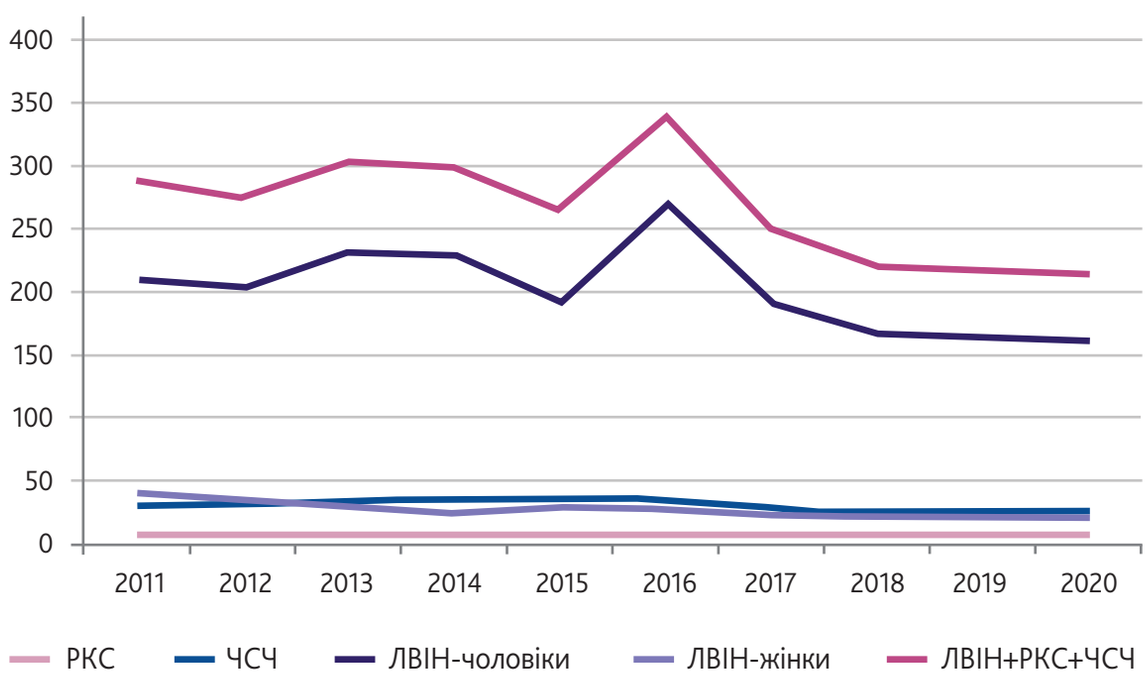


Рис. 33. *Нові випадки ВІЛ-інфекції серед КГН, АЕМ 2010–2020 рр.*

Отже, на підставі даних: (а) СЕМ щодо зменшення загального рівня інфікованості (за усіма кодами тестування) та кодами обстеження КГН (102, 103 та 105), (б) РЕН щодо стабілізації зареєстрованої захворюваності серед дорослого населення та зменшення кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, (в) моделювання АЕМ щодо зменшення істинної захворюваності серед представників КГН можна підтвердити гіпотезу про зменшення внеску КГН до показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Водночас цей процес відбувається переважно за рахунок зменшення захворюваності серед ЛВІН-чоловіків, внесок інших КГН є набагато меншим, наявні дані не дозволяють впевнено стверджувати про зменшення внеску ЧСЧ.

ПЕРЕВІРКА ГІПОТЕЗИ 2.5. Профілактика інфікування ВІЛ серед молоді є ефективною.

Як уже йшлося вище, дані СЕМ демонструють зменшення частки осіб віком 15–24 роки у структурі позитивних результатів підтверджувального тестування в межах СЕМ. Відсоток вагітних віком 15–24 роки з позитивним результатом тестування за кодом 109.1.1 (обстежені вперше упродовж вагітності незалежно від терміну вагітності) в 2015 р. склав у Львівській області 0,10% (Україна 0,27%). За даними РЕН, упродовж 2013–2015 рр. стабільно зменшується відсоток осіб віком 15–24 роки серед загальної кількості осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції: 11,0%, 10,2%, 7,0% відповідно.

Значення показника № 17 «Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і упродовж останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ (за типом поселення)» Національного плану МіО у 2015 р. становив 78,8%.

За результатами дослідження проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC) [15], в цілому обізнаність молоді віком 13–17 років про ВІЛ та СНІД покращилася. Так, упродовж 2010–2014 рр. частка школярів Львівської області, які коли-небудь чули про ВІЛ/СНІД, збільшилася з 43,5% до 91,5% (Україна 2010 р. – 94,4%, 2014 р. –93,0%) (Табл. 3).

Таблиця 3. *Обізнаність підлітків про ВІЛ/СНІД (Чи ти коли-небудь чув (ла) про ВІЛ) або хворобу, що називається СНІД?), HBSC 2010, 2014 рр.**

	2010						2014					
	Львівська область			Україна			Львівська область			Україна		
	хлопці	дівчата	всі	хлопці	дівчата	всі	хлопці	дівчата	всі	хлопці	двчата	всі
Так	38,6	48,7	43,5	93,0	95,6	94,4	87,3	95,1	91,5	90,8	94,8	93,0

**Вибірка дослідження розраховувалася для національного рівня. Інтерпретація регіональних результатів є обмеженою, оскільки може бути не в повній мірі репрезентативною для регіону.*

Проте обізнаність щодо засобів профілактики серед цієї вікової групи суттєво не змінилася (залежно від поставлених запитань), а за деякими пунктами навіть погіршилася (Табл. 4).

Таблиця 4. *Обізнаність підлітків щодо шляхів профілактики інфікування ВІЛ, HBSC 2010, 2014 рр.**

Як ти вважаєш, чи можна захистити себе від ураження ВІЛ-інфекцією, якщо:				
	Львівська область		Україна	
	2010	2014	2010	2014
Зробити щеплення				
Так	26,1%	33,8%	25,5%	32,2%
Ні	35,1%	31,8%	43,1%	36,1%
Не знаю	38,8%	34,4%	31,4%	31,7%
Використовувати презерватив при кожному статевому контакті				
Так	62,5%	57,7%	73,8%	68,1%
Ні	12,2%	11,3%	8,1%	10,2%
Не знаю	25,3%	30,9%	16,1%	21,7%

Як ти вважаєш, чи можна захистити себе від ураження ВІЛ-інфекцією, якщо:				
	Львівська область		Україна	
	2010	2014	2010	2014
Відкласти початок статевого життя				
Так	39,2%	41,4%	42,5%	46%
Ні	24,1%	19%	29,3%	21,6%
Не знаю	36,6%	39,7%	28,2%	32,4%
Обмежити кількість статевих партнерів				
Так	53,7%	55,1%	68,2%	64,8%
Ні	16,1%	11,3%	11,8%	9,9%
Не знаю	30,2%	33,6%	20%	25,4%
Не використовувати голки та шприци, якими користувалися інші люди				
Так	64,3%	74,9%	78,5%	79,8%
Ні	14,6%	6,8%	10,1%	5%
Не знаю	21,1%	18,3%	11,4%	15,2%

**Вибірка дослідження розраховувалася для національного рівня. Інтерпретація регіональних результатів є обмеженою, оскільки може бути не в повній мірі репрезентативною для регіону.*

Якщо порівняти деякі запитання щодо знання шляхів передачі ВІЛ, то ситуація, залежно від запитання, також є різною. Наприклад, менше підлітків стали визначати спільне використання ін'єкційного інструментарію як можливий шлях передачі ВІЛ (Табл. 5). Поінформованість щодо інших шляхів передачі досить складно порівняти за результатами 2010 та 2014 років, оскільки питання анкет відрізнялися.

Львівський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти здійснює впровадження програм з формування здорового способу життя серед учителів основ здоров'я. Щороку близько двохсот педагогів загальноосвітніх навчальних закладів проходять таку підготовку. У 2016–2018 рр. в рамках виконання Загальнодержавної програми заплановано забезпечити методичними матеріалами 400 учнів та педагогів навчальних закладів області, до кінця 2018 р. – 1200 учнів, студентів і педагогів шкіл та вищих навчальних закладів.

***Таблиця 5**. Результати дослідження HBSC щодо обізнаності школярів про шляхи передачі ВІЛ.**

	Львівська область		Україна	
	2010	**2014**	**2010**	**2014**
Чи можна заразитися ВІЛ через укус комара?				
Так	35%	21%	41%	21%
Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною?				
Так	15%	13%	15%	12%
Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію (шприци, голки) з ВІЛ-інфікованою людиною?				
Так	76%	72%	89%	76%

**Вибірка дослідження розраховувалася для національного рівня. Інтерпретація регіональних результатів є обмеженою, оскільки може бути не в повній мірі репрезентативною для регіону.*

Щороку до 1 грудня – Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом та толерантного ставлення до людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, та в третю неділю травня – Дня пам'яті померлих від СНІДу з метою інформування населення про шляхи поширення ВІЛ-інфекції, подолання стигми та дискримінації щодо людей з ВІЛ-статусом і привернення уваги суспільства до цієї проблеми проводяться акції, тренінги, бесіди, лекції, конкурси, «круглі столи», тематичні виставки, відеолекторії, розповсюджуються інформаційно-просвітницькі матеріали на теми:

1. **«ПРОТИДІЯ ВІЛ/СНІДУ»**
2. **«ВІЛ – ЦЕ СТОСУЄТЬСЯ КОЖНОГО ТА СКАЖИ НАРКОТИКУ – НІ!»**
3. **«СКАЖИ «НІ» АЛКОГОЛЮ, ТЮТЮНУ ТА НАРКОТИКАМ»**
4. **«Я ОБИРАЮ ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ»**
5. **«ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ: ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ТА НА СІМ'Ю»**
6. **«НАСЛІДКИ НАРКОМАНІЇ»**
7. **«ВЕДЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ»**

Обласний центр СНІДу співпрацює з місцевими, національними та міжнародними партнерами з метою підвищення рівня обізнаності молоді щодо ВІЛ/СНІДУ. У 2015 р. за підтримки партнерських організацій (ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», Німецьке товариство міжнародного співробітництва (GIZ) GmbH в Україні, Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІД та ін.) відбулися масові заходи та акції, спрямовані на залучення молоді до тестування на ВІЛ та надання інформації про захищену статеву поведінку.

Можна припустити, що ці заходи мають певний вплив, адже за результатами біоповедінкових досліджень 2015 р. у Львові – один з найвищих показників середнього віку початку вживання ін'єкційних наркотиків (22,4 року при 19,8 в Україні) та середнього віку початку статевого життя серед РКС (17 років при 16 в Україні). Крім того, як було показано вище, кількість нових виявлених випадків ВІЛ серед молоді щороку зменшується. Знання школярів про ВІЛ/СНІД покращуються, але обізнаність щодо засобів профілактики є недостатньою, тому необхідно продовжувати профілактичну роботу в цьому напрямку.

Висновки до ПИТАННЯ 2.

- Профілактика інфікування ВІЛ серед ЛВІН є ефективною, що підтверджується комплексом даних СЕМ, РЕН, моделювання АЕМ та IBBS. Водночас внесок ЛВІН, переважно чоловіків, до показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію (істинної та зареєстрованої) залишається доволі значним.
- Завдяки профілактичним заходам вдалося мінімізувати залучення РКС до розвитку епідемічного процесу. Територіальні особливості області обумовлюють потребу подальшого вивчення особливостей поширення ВІЛ-інфекції серед РКС та їхніх клієнтів.
- Профілактика інфікування ВІЛ серед ЧСЧ є недостатньою. Потенційний внесок ЧСЧ в розвиток епідемічного процесу є меншим у порівнянні з ЛВІН, але закритість цієї групи, стигматизація її в суспільстві та суттєві обмеження даних щодо ролі в епідемічному процесі потребують додаткових досліджень.
- Загальний внесок КГН до показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію зменшується. Цей процес відбувається переважно за рахунок зменшення ролі ЛВІН. Водночас КГН можуть залишатися «містками» для передачі інфекції статевим шляхом до загального населення.
- Є певні ознаки ефективності профілактики поширення ВІЛ серед молоді.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПРОГРАМНИХ ЗАХОДІВ

- Сфокусувати профілактичні та лікувальні заходи на територіях, найбільш уражених епідемією ВІЛ-інфекції, приділяючи особливу увагу ранньому виявленню ЛЖВ, своєчасному взяттю під медичний нагляд та негайному початку АРТ.
- Посилити співпрацю між протитуберкульозною службою та службою СНІДу для покращення надання послуг лікування й підтримки пацієнтів із ко-інфекцією ВІЛ/ТБ.
- Розширити охоплення профілактичними програмами серед ЛВІН (особливо ЗПТ), ЧСЧ, а також зберегти рівень охоплення для РКС.
- Зосередити зусилля на підходах до залучення статевих партнерів ЛЖВ, ЛВІН та ЧСЧ до профілактичних програм, розширюючи охоплення тестуванням на ВІЛ та консультуванням серед цієї групи, включаючи стратегію самотестування.
- Удосконалити підходи до проведення профілактичної роботи серед школярів, приділяючи особливу увагу покращенню обізнаності щодо засобів профілактики інфікування ВІЛ.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗБОРУ ТА ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

- Забезпечити ведення персонального електронного інструменту епідеміологічного й клінічного моніторингу для дезагрегації даних та розширення можливостей аналізу даних епідеміологічного і клінічного моніторингу, включаючи побудову крос-секційних та когортних каскадів лікування.
- Удосконалити систему і процес реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції: покращити підходи та навички медичних працівників щодо використання окремих кодів СЕМ, визначення імовірного шляху інфікування й приналежності до окремих КГН.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1 ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень. Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров›я України», Державна установа «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – №45, 2016.

Режим доступу: http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/965cf18b2c7ecaa8c430e6965a0846cb.pdf

2 **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. 2010;10:447. doi:10.1186/1471-2458-10-447.

Режим доступу: https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920890/pdf/1471-2458-10-447.pdf 447.pdf

3 Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області за 2016 рік: інформаційний бюлетень. КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом». 2017.

Режим доступу: http://www.health-loda.gov.ua/files/infbul2016.pdf.

4 HIV and aging: a special supplement to the UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. UNAIDS, 2013.

Режим доступу: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20131101_JC2563_hiv-and- aging_en_0.pdf

5 Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління:аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року / **Балакірєва О.М., Бондар Т.В.** та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 120 с.

Режим доступу: http://aph.org.ua/uk/resursy/vydannya-alyansu

6 Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / **Балакірєва О.М., Бондар Т.В.** та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – 181 с.

Режим доступу: http://aph.org.ua/uk/resursy/vydannya-alyansu

7 Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів / **Барська Ю. Г., Сазонова Я. О.** – К.: МБФ «Альянс громадського здоров›я», 2016. – 130 с.

Режим доступу: http://aph.org.ua/uk/resursy/vydannya-alyansu

8 Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління:аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року / **А. Грушецький.** – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 120 с.

Режим доступу: http://aph.org.ua/uk/resursy/vydannya-alyansu

9 Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед жінок, які надають сексуальні послуги за винагороду, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / **Балакірєва О.М., Бондар Т.В., Середа Ю.В.** та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – 144 с.

Режим доступу: http://aph.org.ua/uk/resursy/vydannya-alyansu

10 Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду / **Середа Ю.В., Сазонова Я.О.** – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. – 188 с.

Режим доступу: http://aph.org.ua/uk/resursy/vydannya-alyansu

11 **Думчев К., Сазонова Я., Варецька О.,** Смирнов П. Тренди захворюваності на ВІЛ серед клієнтів профілактичних програм для ЛВІН, ЧСЧ та ПКС. БО «Український інститут політики громадського здоров'я». МБФ «Альянс громадського здоров'я». CROI 2017.

Режим доступу: http://www.croiconference.org/sites/default/files/posters-2017/884_Dumchev.pdf

12 Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління:аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року / **Большов Є.С, Касянчук М.Г.** та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 104 с.

Режим доступу: http://aph.org.ua/uk/resursy/vydannya-alyansu

13 Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний 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.

Режим доступу: http://aph.org.ua/uk/resursy/vydannya-alyansu

14 Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками / **М. Касянчук, О. Трофименко, Є. Білоус, Я. Сазонова.** — К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. – 276 с.

Режим доступу: http://aph.org.ua/uk/resursy/vydannya-alyansu

15 Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків: монографія / **О.М. Балакірєва, Т.В. Бондар, Д.М. Павлова та ін.; наук. ред. О.М. Балакірєва.** – К.: ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка, 2014. – 156 с.

Режим доступу: http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/Analitical_report_HBSC_2015_fin_UA.pdf

Для нотаток

Для нотаток

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

Підсумковий звіт

Головні виконавці дослідження:
Юлія Новак
Андрій Сороколіт
Оксана Кутинська
Олександр Недужко

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

Розповсюджується безкоштовно.

Формат 60х90/8
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.)