



Український центр контролю за
соціально небезпечними хворобами
Міністерства охорони здоров'я України

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»

ВІЛ-інфекція в Україні

Інформаційний бюлетень

№ 45

(виходить з 1991 р.)

Київ – 2016

Авторський колектив:

Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»:

директор, д-р. мед. наук., проф. Н.М. Нізова;
заступник директора з питань профілактичної діяльності, досліджень та ресурсного розвитку, д-р. мед. наук., проф. А.М. Щербінська;
заступник директора з питань організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим
Л.І. Гетьман.

Центр моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

завідувач центру І.В. Кузін;
лікар-епідеміолог, ст.н.с. ДУ «ІЕІХ НАМН України», к.мед.н. В.А. Марциновська;
лікар-епідеміолог, спеціаліст з рутинного ЕН А.І. Алексеєва;
медичний статистик, н.с. ДУ «ІЕІХ НАМН України» І.В. Нгуєн;
спеціаліст з розвитку регіональної системи моніторингу та оцінки у сфері
ВІЛ-інфекції/СНІДу В.Б. Яцик;
інженер-програміст, спеціаліст з баз даних Л.О. Цибульська.

Відділ планування та організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам

завідувач відділу Я.В. Соболева;
лікар-інфекціоніст С.В. Рябоконь;
координатор з розбудови спроможності О.Л. Міщенко;
спеціаліст з координації програм лікування в пенітенціарній службі Т.М. Стариченко.

Відділ розвитку профілактичних послуг

спеціаліст з координації програм замісної підтримувальної терапії, к. псих. наук
І. О. Іванчук.

Референс-лабораторія діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу з відділами імунології ВІЛ-інфекції, вірусології ВІЛ-інфекції, серології ВІЛ-інфекції

завідувач лабораторії І.В. Андріанова;
лікар-лаборант, ст.н.с. ДУ «ІЕІХ НАМН України», к.мед.н. М.Г. Люльчук;
мікробіолог, ст.н.с. ДУ «ІЕІХ НАМН України», к.б.н. Н.О. Бабій;
лікар-лаборант Л.О. Найчук.

Державна установа «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Національної академії медичних наук України»:

заступник директора з наукової роботи, д-р. мед. наук Т.А. Сергеева;
пров.н.с., к.мед.н. Ю.В. Круглов;
ст.н.с., к.б.н. О.В. Максименко;
н.с. О.М. Кислих.

В рамках дотримання Закону України № 3792-ХІІ від 23.12.1993 «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів інформаційного бюлетеню є можливим за умови посилання на авторство Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» та зазначення джерела публікації.

Зміст

Перелік умовних скорочень.....	4
Розділ 1. Глобальні стратегії та державна політика України у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.....	6
Розділ 2. Епідемія ВІЛ-інфекції у світі та Європейському регіоні ВООЗ	12
Розділ 3. Оцінка системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні	16
Розділ 4. Сучасні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.....	19
Розділ 5. Каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ, станом на 01.01.2016 р.	36
Розділ 6. Оціночні дані щодо ВІЛ/СНІДу на початок 2016 року.....	38
Розділ 7. Послуги з тестування на ВІЛ та зв'язок зі службою надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам.....	39
Розділ 8. Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД	43
Розділ 9. Стан впровадження замісної підтримувальної терапії.....	48
Розділ 10. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні ...	54
Розділ 11. Аналіз діяльності лабораторної служби регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.....	60
Розділ 12. Рекомендації щодо посилення служби профілактики та боротьби зі СНІДом за результатами прийому річних звітів.....	66
Розділ 13. Використання методики Clinical Assessment for System Strengthening (CLASS) для моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я	74
Додаток 1. Таблиці № 1-36.....	77
Додаток 2. Територіальна рейтингова оцінка у 2015 році	118
Перелік посилань.....	129

Перелік умовних скорочень

АРТ	антиретровірусна терапія
АРВП	антиретровірусні препарати
АТО	антитерористична операція
ВДТБ	вперше діагностований туберкульоз
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВГ	вірусний гепатит
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГПР	групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДБ	державний бюджет
ДПтСУ	Державна пенітенціарна служба України
ЕН	епідеміологічний нагляд
ЄС	Європейський Союз
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІЕІХ НАМН України	ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»
ІФА	імуноферментний аналіз
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
МА/МП	мобільні амбулаторії/мобільні пункти
МіО	моніторинг і оцінка
МН	медичний нагляд
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МЦПБС	міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом
НУО	неурядові організації
ОІ	опортуністичні інфекції
ООН	Організація Об'єднаних Націй

ОСБ	особи, які надають сексуальні послуги за винагороду
ОЦПБС	обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
ПТС	протитуберкульозна служба
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РЦ СНІД	регіональний центр профілактики та боротьби зі СНІДом
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СМСЧ	спеціалізована медично-санітарна частина
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТБ	туберкульоз
ТМО	територіальне медичне об'єднання
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
УЦКС	Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України»
МЛ	міська лікарня
ЦРЛ	Центральна районна лікарня
ЦРТ	Цілі Розвитку Тисячоліття
ЦСР	Цілі Сталого Розвитку
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД
CD4	CD4 лімфоцити
CLASS	Clinical Assessment for Systems Strengthening
ECDC	Європейський центр з контролю та профілактики захворюваності

Розділ 1. Глобальні стратегії та державна політика України у сфері протидії ВІЛ/СНІДу

Державну політику України у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу неможливо відокремити від певних міжнародних зобов'язань та рекомендацій. Ключову роль у процесі формування глобальних стратегій боротьби з пандемією ВІЛ-інфекції відіграє Генеральна Асамблея ООН, що заснована у 1945 році в рамках Хартії Об'єднаних Націй та є головним дорадчим, представницьким органом, що формує політику. Україна є однією з країн-засновниць ООН з 1945 року. Після проголошення незалежності України у 1991 році участь країни у діяльності ООН була визначена одним з пріоритетних напрямів зовнішньої політики держави.

У червні 2001 року Генеральна Асамблея ООН скликала спеціальну сесію з ВІЛ/СНІДу у зв'язку з тим фактом, що епідемія ВІЛ-інфекції на той час вже спричинила страждання людей та мала глобальні негативні наслідки в усьому світі. Під час цієї зустрічі глави держав і представники Урядів підписали Декларацію відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІД (2001 р.), що встановила низку глобальних цілей і дій, спрямованих на призупинення поширення ВІЛ.

У 2005 році лідери країн «Великої вісімки» у співпраці з ВООЗ, ЮНЕЙДС та іншими міжнародними організаціями погодили розробку та впровадження в усьому світі широкомасштабних дій щодо значного розширення відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції. Ця стратегія була згодом ухвалена всіма державами-членами ООН під час Саміту Тисячоліття 2005 року, в якому Україна взяла активну участь і була представлена на найвищому рівні Президентом України. У Політичній декларації з ВІЛ/СНІД 2006 року країни зобов'язалися до 2010 року надати універсальний доступ до послуг з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки всім, хто їх потребує.

Після прийняття Декларації 2006 р. розпочався процес встановлення державами-членами ООН цілей та цільових показників на національному рівні. Більшість країн інтегрували встановлені цілі до своїх стратегічних планів через національні стратегії та законодавство, а також включили їх до планів мобілізації ресурсів.

В Україні вперше у 2009 році було прийнято Верховною Радою Загальнодержавну програму з протидії ВІЛ/СНІДу як Закон України, а МОЗ України затвердило низку національних індикаторів для здійснення МіО заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

У червні 2011 року світові лідери країн зібралися на Засідання Генеральної Асамблеї ООН високого рівня з питань ВІЛ/СНІДу у штаб-квартирі ООН у Нью-Йорку (США). З історичної точки зору, 2011 рік визначив 30 років з моменту виявлення першого випадку СНІД, 10 років після знакової Спеціальної Сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу і 5 років після Зустрічі високого рівня 2006 року, де було прийняте зобов'язання щодо універсального доступу.

Напередодні Засідання високого рівня 2011 року Рада Безпеки ООН прийняла Резолюцію 1983 (S/RES/1983), яка ще раз підтвердила значення епідемії ВІЛ-інфекції у контексті глобальної безпеки та визнала внесок миротворчих операцій ООН до відповіді на поширення ВІЛ. Резолюція мала на меті посилення впровадження програм щодо підвищення обізнаності та профілактики ВІЛ-інфекції для військового й цивільного персоналу миротворчих місій і громад, яким цей персонал служить, а також закликала до узгодження профілактичних заходів серед силових структур із зусиллями щодо припинення сексуального насильства під час збройного конфлікту та після нього.

На Засіданні високого рівня 2011 року державами - членами ООН було одностайно прийнято нову Політичну декларацію з ВІЛ/СНІД, що встановила амбіційні цілі та закликала держави до 2015 року подвоїти зусилля із забезпечення універсального доступу, з наміром досягти Цілі Розвитку Тисячоліття 6 (ЦРТ).

У 2014 році стратегія ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track) запропонувала нові цільові показники прогресу у припиненні глобальної пандемії ВІЛ-інфекції після 2015 року: 90-90-90 (до 2020 року) та 95-95-90 (до 2030 року). Це означає, якщо 90/95% ЛЖВ, будуть знати про свій ВІЛ-позитивний статус, і якщо 90/95% людей, які знають свій ВІЛ-позитивний статус, отримуватимуть АРТ, то у 90/95% людей, які отримують відповідне лікування, рівень вірусного навантаження ВІЛ буде невизначуваним, що суттєво зменшить ймовірність передачі ВІЛ та подальше поширення збудника.

Застосування підходу ЮНЕЙДС дозволить попередити до 2030 р. приблизно 28 млн. нових випадків ВІЛ-інфекції, 21 млн. смертей, обумовлених СНІДом, уникнути додаткових витрат у зв'язку з ВІЛ у розмірі 24 млрд. доларів США та взагалі ліквідувати глобальну пандемію ВІЛ-інфекції.

У контексті забезпечення глобальних цілей у протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Європейському регіоні до 2030 року ВООЗ розробив Європейський план дій з профілактики і контролю за ВІЛ-інфекцією/СНІДом на 2016-2021 роки, що відповідає положенням Цілям Сталого Розвитку (ЦСР), Глобальної стратегії сектора охорони здоров'я з боротьби з вірусним гепатитом та інфекціями, що передаються статевим шляхом, Європейської програми «Здоров'я-2020», Стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу до 2035 року.

Виключну можливість щодо забезпечення глобальної прихильності до поставлених у рамках прискореного досягнення цілей стратегії ЮНЕЙДС надало Засідання високого рівня Генеральної Асамблеї ООН, що відбулося 8-10 червня 2016 року у штаб-квартирі ООН у Нью-Йорку (США). У Засіданні Асамблеї офіційно прийняли участь 192 країни. У складі делегації від України були представники МОЗ України, УЦКС, Постійного представництва України при ООН, МБФ «Альянс громадського здоров'я», ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ».

На Засіданні високого рівня було підкреслено, що зусилля охорони здоров'я у протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на світовому рівні призвели до вражаючих успіхів в напрямку намічених цілей Глобальної Стратегії ЮНЕЙДС на 2011-2015 роки, більш відомою як Стратегія «Прямування до Нуля»: Нуль нових випадків інфікування; Нуль смертей, пов'язаних зі СНІДом; Нуль дискримінації.

Проте, ВІЛ-інфекція продовжує негативно впливати на рівні народжуваності і смертності, вікову та статеву структуру населення планети. СНІД залишається однією з провідних причин смерті серед жінок репродуктивного віку та підлітків в усьому світі. За глобальними оцінками ЮНЕЙДС: кожен день інфікуються близько 6 тис. осіб; серед 36,9 млн. людей, які живуть з ВІЛ – 19,8 млн. осіб не знають про свій ВІЛ-позитивний статус; 22 млн. ЛЖВ залишаються без АРТ; близько 14 млн. дітей стали сиротами внаслідок епідемії.

Регіон Східної Європи і Центральної Азії, до якого відноситься Україна, – єдиний регіон у світі, який не досяг ЦРТ 6, де кожна п'ята ВІЛ-позитивна людина живе за межею бідності та тільки 20% ЛЖВ отримують АРВП. На сьогодні для країн Східної Європи і Центральної Азії актуальними залишаються такі проблемні питання як низький рівень охоплення послугами з профілактики та лікування для ГПР через існуючі стигму та дискримінацію, обмеження політичних зобов'язань держави внаслідок зменшення державного бюджету і донорського фінансування, висока вартість АРВП.

Новим стратегічним документом, прийнятим на Засіданні високого рівня, стане Декларація з ВІЛ/СНІД 2016 року: Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року.

Основна мета Декларації 2016 року полягає у підтримці прихильності глав держав-членів ООН до припинення епідемії СНІДу до 2030 року шляхом впровадження термінових заходів за умови глобальної солідарності та спільної відповідальності, з урахуванням стратегії Fast Track.

Ключові напрями Декларації з ВІЛ/СНІД 2016 року безпосередньо підтримуватимуть глобальні зусилля щодо прогресу в досягненні стратегічних ЦСР, пов'язаних з ВІЛ:

- Забезпечення доступу до послуг з тестування на ВІЛ та лікування (ЦСР 3 – забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх в будь-якому віці).

- Інвестування в заходи, що трансформуються у відповідь на СНІД (ЦСР 5 – забезпечення гендерної рівності та розширення прав і можливостей всіх жінок і дівчаток).

- Забезпечення прав усіх людей до доступу до високо - якісних послуг у зв'язку з ВІЛ (ЦСР 10 – зниження рівня нерівності всередині країн і між ними).

- Усунення законів, політик і практик, які блокують доступ до послуг у зв'язку з ВІЛ, та ліквідація стигми та дискримінації (ЦСР 16 – сприяння побудові миролюбних і відкритих громад).

- Залучення та підтримка людей, які живуть з ВІЛ, та яких торкнулася епідемія ВІЛ-інфекції, а також інших ключових партнерів у протидії СНІДу (ЦСР 17 – зміцнення засобів досягнення сталого розвитку та активізація механізмів глобального партнерства).

Законодавче регулювання національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні бере свій початок у 1991 році, коли Верховна Рада України прийняла перший державний Закон у сфері ВІЛ/СНІДу – «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення». Цей закон був одним з перших нормативних актів, прийнятих у незалежній Україні, що став проривом у законодавчому регулюванні питань, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, на національному рівні.

На сьогодні, Україна має оновлену національну стратегію щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції, яка затверджена на законодавчому рівні та є обов'язковою для виконання для усіх органів державної влади, стосується як всього суспільства, так і кожного громадянина зокрема. Діяльність у даному напрямі здійснюється державою у тісній співпраці з громадськими та міжнародними організаціями.

Основною метою Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки стала: активізація профілактики ВІЛ-інфекції, забезпечення лікуванням ВІЛ-позитивних пацієнтів, дотримання прав людей, які живуть з ВІЛ, формування толерантного ставлення до них у суспільстві та, як наслідок, зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності від СНІДу, що врешті призведе до стабілізації епідемічної ситуації в країні.

В Україні продовжують надаватися основні послуги з лікування та профілактики ВІЛ-інфекції, які дозволяють зберігати досягнення та позитивні тенденції в боротьбі з ВІЛ/СНІДом. Так, за період 2006-2015 рр. кількість осіб, які отримують АРТ, збільшилась майже в 20 разів, частка закупівель АРВП за кошти ДБ зросла у 13 разів, за 12 років рівень передачі ВІЛ від матері до дитини знизився у 7 разів. Проте, незважаючи на загальну стабілізацію у кількості випадків смертей, пов'язаних зі СНІДом, більше 50% нових випадків ВІЛ-інфекції діагностуються разом зі СНІДом, що обумовлено пізнім зверненням за медичною допомогою, відкладає надання ВІЛ-послуг. Високий рівень стигматизації та дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом є одним з факторів, що сприяє поширенню епідемії ВІЛ-інфекції у країні.

Соціально-економічна криза та військові дії на сході країни, що почалися наприкінці 2013 року, змінили політичні та економічні пріоритети в Україні. Військові дії відбуваються на територіях, де проживає 5,2 млн. населення, включно з територією Донецької області, яка є найбільш уражена ВІЛ та ТБ. В результаті збройного конфлікту 40% ЛЖВ, які перебували під медичним наглядом, та до 50% ЛЖВ, які отримували АРТ, опинилися на території, що не підконтрольна органам державної влади України.

Для досягнення мети Стратегії ЮНЕЙДС до 2030 року було розпочато перегляд існуючих стратегій та політик щодо організації відповіді на епідемію

ВІЛ-інфекції. На сучасному етапі Україна проводить ряд реформ в системі управління, бюджетування, охорони здоров'я та інших галузях, що мають вплив на модель та якість надання послуг у сфері ВІЛ/СНІДу. У березні 2015 року прийнято Закон України про механізм закупівель через міжнародні організації (№ 269-VIII), що сприяв уникненню дефіциту та безперебійному забезпеченню лікарськими засобами і виробами медичного призначення на тлі дефіциту бюджетних коштів в умовах гуманітарної кризи і бойових дій на Сході України.

Для збереження досягнутих результатів була організована Міжвідомча робоча група МОЗ України з питань забезпечення сталої відповіді епідеміям туберкульозу та ВІЛ/СНІДу в умовах закінчення програм ГФ. За технічної підтримки ООН, донорів та інших партнерів група розробила проект «Стратегії забезпечення сталої відповіді епідеміям туберкульозу, у тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації», що передбачає оптимізацію послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки, з метою припинення СНІДу як загрози суспільної охорони здоров'я до 2030 року.

З метою розробки загального протоколу з надання допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, за ініціативи МОЗ України, УЦКС та підтримки Бюро ВООЗ в Україні була організована Міжвідомча робоча група з питань організації лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, затверджена наказом МОЗ України від 11.11.2015 р. №74-Адм. Загальний протокол включатиме усі етапи залучення різних груп населення до послуг у зв'язку з ВІЛ на різних організаційних рівнях надання медичної допомоги (первинному, вторинному та третинному) – від тестування на ВІЛ-інфекцію до паліативної допомоги ЛЖВ, а також, передбачає удосконалення чинної нормативно-правової бази. У грудні 2015 року адаптовано рекомендації ВООЗ щодо раннього початку АРТ та наказом МОЗ України від 22.12.2015 року № 887 внесені зміни до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії у дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 12.07.2010 року №551.

У Нью-Йорку, в рамках Засідання високого рівня Генеральної Асамблеї ООН (червень 2016 року), відбулась міжнародна конференція з ВІЛ/СНІДу «Fast Track Cities: Ending The AIDS Epidemic». У заході взяв участь мер Києва Віталій Кличко, який представив загальну стратегію впровадження Fast Track Cities Initiative в Києві.

Таблиця 1. Основні статистичні дані з ВІЛ/СНІДу в Україні
Громадяни України

Показники	станом на 01.01.2014	станом на 01.01.2015³	станом на 01.01.2016³
Кумулятивна кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, з 1987 р. ¹	245 216	264 489 ³	280 358 ³
Кумулятивна кількість випадків захворювань, обумовлених СНІДом, з 1987 р.	65 733	75 577 ³	84 045 ³
Кумулятивна кількість випадків смертей від захворювань, обумовлених СНІДом, з 1987 р.	31 999	35 425 ³	38 457 ³
Кількість ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я, всього ²	132 658	131 268 ³	120 921 ³
з них:			
<i>ВІЛ-інфіковані діти 0-14 років включно</i>	2 975	2 764 ³	2 546 ³
<i>ВІЛ-інфіковані підлітки 15-17 років включно</i>	312	390 ³	380 ³
Кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я, всього ¹	10 044	9 738 ³	8 540 ³
з них:			
<i>діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено</i>	3 129	3 036 ³	2 857 ³
<i>діагноз ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження</i>	6 915	6 702 ³	5 683 ³
Кількість ЛЖВ, які отримують АРТ	55 784	66 409	60 753
з них:			
<i>кількість осіб, які отримують АРТ у закладах охорони здоров'я ДПтСУ</i>	2 621	2 004	1 995
Кількість ЛЖВ з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, всього ²	2013	2014³	2015³
	17 857	15 795	12 985
з них: <i>кількість осіб 15-24 років включно</i>	1 534	1 298	909
Кількість ЛЖВ з уперше в житті встановленим діагнозом СНІД	9 362	9 844	8 468
Кількість померлих ЛЖВ, всього ¹	6 374	5 893	4 990
з них: <i>кількість померлих осіб від СНІДу</i>	3 514	3 426	3 032

Іноземні громадяни

Показники	станом на 01.01.2014	станом на 01.01.2015³	станом на 01.01.2016³
Кумулятивна кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції з 1987 р. ¹	509	542	565
Кількість ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я ¹	142	137	155
Кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції ¹	2013	2014	2015
	29	33	23

¹ включно діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом

² за виключенням дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом

³ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 року та частини території проведення АТО у 2015 році

Розділ 2. Епідемія ВІЛ-інфекції у світі та Європейському регіоні ВООЗ

За оцінками ЮНЕЙДС, з початку епідемії ВІЛ-інфекції у світі інфікувалися ВІЛ 78 млн. осіб та 35 млн. осіб померли від захворювань, зумовлених СНІДом. На кінець 2015 року на планеті проживало 36,7 млн. ЛЖВ.

У 2015 році в порівнянні з 2010 роком, загальна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у світі скоротилась на 6% та становила 2,1 млн. осіб, а кількість таких випадків серед дітей зменшилась на 50% і дорівнювала 150 тисяч. У 85 країнах нові випадки зараження ВІЛ дітей були ліквідовані до рівня менше 50 дітей на рік. У 2015 році Куба стала першою країною світу, яка отримала сертифікат ВООЗ за досягнення подвійної елімінації - передачі від матері дитини ВІЛ і сифілісу.

Підтвердженням результативності консолідованих зусиль у протидії ВІЛ/СНІДу стало дострокове досягнення глобальної мети – надання доступу до лікування 15 млн. ЛЖВ до кінця 2015 року. Так, у 2010 році 7,5 млн. ВІЛ-позитивних людей мали доступ до АРТ, у червні 2015 року ця кількість становила 15,8 млн. осіб, а у грудні 2015 року – 17 млн. осіб. Рівень охоплення антиретровірусним лікуванням за цей період зріс серед дорослих з 23% до 46%, серед дітей, які живуть з ВІЛ, – з 21% до 49%. На кінець 2015 року у світі 77% ВІЛ-інфікованих вагітних мали доступ до АРВП.



ЮНЕЙДС 2016 ГЛОБАЛЬНИЙ ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЮЛЕТЕНЬ

▪ *Люди, які живуть з ВІЛ*

На кінець 2015 р. у світі жили 36,7 [34,0-39,8] млн. ЛЖВ, з них 70% ВІЛ-позитивних осіб проживали в країнах Африки.

▪ *Нові випадки ВІЛ-інфекції*

У світі в 2015 р. 2,1 [1,8-2,4] млн. людей інфікувалися ВІЛ. Число нових випадків ВІЛ-інфекції скоротилося на 6% у порівнянні з 2010 р., серед дітей зменшилося на 50%, у порівнянні з 2010 р.

▪ *Смерті, обумовлені СНІДом*

Протягом 2015 р. у світі 1,1 [0,94-1,3] млн. людей померли від СНІДу. Число смертей, обумовлених СНІДом, знизилося на 45% у порівнянні з показником 2005 р.

Туберкульоз залишається основною причиною смертності серед ЛЖВ. Число смертей, обумовлених туберкульозом, серед ЛЖВ знизилося на 32% у порівнянні з 2004 р.

▪ *Антиретровірусна терапія*

У 2015 р. 17 млн. ЛЖВ мали доступ до АРТ - це становить 46% [43%-50%] від всіх людей, які живуть з ВІЛ.

За розрахунковими даними, у світі 40-50% дорослих, які були інфіковані ВІЛ в 2015 році, асоціюються з ключовими групами населення – споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (ОСБ), чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ) та їх статевими партнерами. Серед 12,7 млн. людей у світі, які вживають ін'єкційні наркотики, 13% мають ВІЛ-позитивний статус. Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ у 19 разів вище, ніж серед загальної популяції, серед ОСБ – в 12 разів.

Люди у віці 15-24 роки, що становлять лише чверть населення у світі, складають 34% від усіх нових випадків інфікування ВІЛ серед дорослих. СНІД є першою основною причиною смерті серед осіб у віці 10-19 років в країнах Африки та другою причиною смерті серед підлітків у всьому світі.

На сьогоднішній день у світі близько 4,2 млн. людей у віці 50 років і старше живуть з ВІЛ, а щороку 120 тис. нових осіб з цієї вікової групи інфікуються ВІЛ. На жаль, питанням профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб старшого віку до цього часу не приділяється достатньої уваги.

На початок 2015 р. більше 70% ВІЛ-позитивних осіб у світі проживали в країнах Африки, де оціночна кількість ЛЖВ досягла 25,6 млн., наступним за чисельністю ЛЖВ є Азіатсько-Тихоокеанський регіон - 5,1 млн. ЛЖВ. Хоча оцінене число ВІЛ-інфікованих осіб в країнах Східної Європи і Центральної Азії відносно невелике, темпи зростання нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у цьому регіоні є одними з найвищих у світі - за останні 10 років число таких випадків збільшилася в 20 разів і склало 1,5 млн. осіб (табл.2).

Таблиця 2. Регіональні дані з ВІЛ/СНІДу за оцінками ЮНЕЙДС

Регіони	ЛЖВ, на кінець 2015 р., всього	Нові випадки ВІЛ-інфекції, 2015 р.		Нові випадки смерті від СНІДу, 2015 р., всього	Кількість ЛЖВ, які отримують АРТ на кінець 2015 р.
		всього	Діти 0-14 років		
Східна і південна Африка	19,0 млн.	960 000	56 000	470 000	10,3 млн.
Західна і Центральна Африка	6,5 млн.	410 000	66 200	330 000	1,8 млн.
Азіатсько-Тихоокеанський регіон	5,1 млн.	300 000	19 000	180 000	2,1 млн.
Латинська Америка і Карибський басейн	2,0 млн.	100 000	2 100	50 000	1,1 млн.
Східна Європа та Центральна Азія	1,5 млн.	150 000	<1000	47 000	320 000
Близький Схід і Північна Африка	230 000	21 000	2100	12 000	38 000
Західна і Центральна Європа, Північна Америка	2,4 млн.	91 000	<1000	22 000	1,4 млн.

З 2010 по 2015 роки 84 з 121 країн з низьким і середнім рівнем доходів збільшили внутрішні витрати на протидію ВІЛ/СНІДу. Серед них – 46 країн вказали на те, що обсяг таких коштів зріс більш ніж на 50%, 35 країн – більш ніж на 100%. За останніми оновленими оцінками ЮНЕЙДС, в 2020 році на глобальні заходи протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу буде потрібно 26,2 млрд. доларів США, в 2030 році – 23,9 млрд. доларів США.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Європейському регіоні ВООЗ

ВІЛ-інфекція залишається головною проблемою громадської охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ (Регіон)¹, а в східній його частині епідемія розвивається найбільш стрімкими темпами в світі.

За даними ECDC і Європейського регіонального бюро ВООЗ, у 2014 році в Регіоні було зареєстровано понад 142 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції², з них 77% випадків зареєстровано на Сході Регіону (43,2 на 100 тис. нас.), 19% - на Заході (6,4 на 100 тис. нас.) і тільки 3% - у Центрі (2,6 на 100 тис. нас.). Серед осіб з вперше діагностованою ВІЛ-інфекцією 69% – це чоловіки, 36% – особи у віці 30-39 років, 10% - особи у віці 15-24 роки.

Показники нових діагностованих випадків ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення значно коливаються у Регіоні. Серед країн, що подали звітність, найвищі показники було зареєстровано в Україні (36,9), Естонії (22,1), Молдові (20,4), Латвії (17,3), Білорусі (16,4), Казахстані (13,5), Грузії (13,3), Люксембурзі (12,6), Таджикистані (11,9) та Киргизстані (10,9), а найнижчі - в Македонії (1,4), Сербії (1,4), Словаччині (1,6), Хорватії (2,2), Чеській Республіці (2,2) і Словенії (2,4). У Росії цей показник складав 58,4 на 100 тис. населення.

До країн Східної Європи і Центральної Азії з важкими епідеміями ВІЛ-інфекції серед СІН віднесені Російська Федерація, Україна, Узбекистан та Білорусія. Серед пріоритетних міст, що зумовили значний внесок у поширення національної епідемії ВІЛ-інфекції в своїх країнах, а також є територіями з високою часткою ГПР та ЛЖВ, визначені Москва і Казань (Росія), Київ (Україна), Алмати (Казахстан), Ташкент (Узбекистан), Мінськ (Білорусь), Кишинів (Молдова).

Тенденції, що спостерігаються в структурі шляхів передачі ВІЛ в Європейському регіоні ВООЗ, свідчать, що у порівнянні з 2005 р кількість людей, інфікованих ВІЛ внаслідок гетеросексуальних контактів, збільшилася на 25%, статевих контактів між чоловіками - на 28%, а кількість випадків

¹ Географічні зони Європейського регіону ВООЗ (53 країни):

Захід: Андорра, Австрія, Бельгія, Данія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Греція, Ісландія, Ірландія, Ізраїль, Італія, Люксембург, Мальта, Монако, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Сан-Марино, Іспанія, Швеція, Швейцарія, Великобританія.

Центр: Албанія, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Хорватія, Кіпр, Чехія, Угорщина, Македонія, Чорногорія, Польща, Румунія, Сербія, Словаччина, Словенія, Туреччина.

Схід: Вірменія, Азербайджан, Білорусія, Естонія, Грузія, Казахстан, Киргизія, Латвія, Литва, Молдавія, Російська Федерація, Таджикистан, Туркменія, Україна, Узбекистан.

² У 2014 році дані з ВІЛ/СНІДу були отримані з 48 країн Європейського регіону ВООЗ, за винятком Боснії і Герцеговини, Росії, Сан-Марино, Туркменістану та Узбекистану.

інфікування в результаті СНІ знизилась на 22%. Співвідношення випадків інфікування ВІЛ різними шляхами в 3-х географічних зонах Регіону неоднакове (рис. 1).

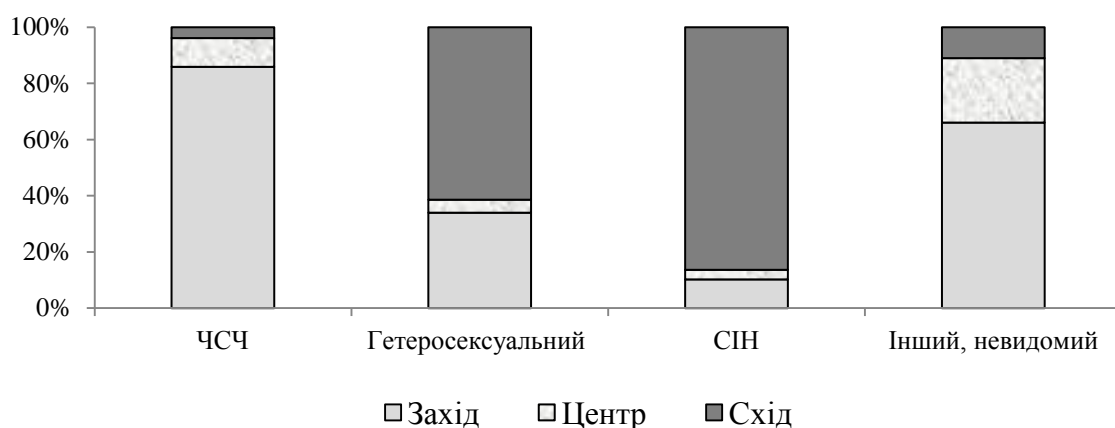


Рисунок 1. Структура шляхів передачі серед нових випадків ВІЛ-інфекції у різних географічних зонах Європейського регіону ВООЗ в 2014 р.

У східній частині Регіону основними шляхами поширення ВІЛ-інфекції є гетеросексуальні контакти і споживання ін'єкційних наркотиків (66% і 28% нових випадків, відповідно), а рівень поширення ВІЛ серед ЧСЧ залишається дуже низьким (2% випадків). У центральній та західній частинах Регіону статеві контакти між чоловіками залишаються основним шляхом передачі ВІЛ-інфекції (28% і 44% від нових випадків, відповідно), гетеросексуальний шлях інфікування складав 24% і 33%, відповідно.

У цілому в Європейського регіону ВООЗ у 48% ЛЖВ ВІЛ-інфекція діагностується на пізніх стадіях з рівнем CD4 нижче 350 клітин/мм³, з них у 28% осіб рівень імуносупресії був нижче 200 клітин/мм³. У 19% осіб з вперше зареєстрованою ВІЛ-інфекцією рівень клітин CD4 знаходився у діапазоні 350-500 клітин/мм³, у 30% - 500 клітин/мм³ і більше.

Існують фактичні дані, що дозволяють припустити про значна частина мігрантів інфікуються ВІЛ після їх прибуття в Європу. Є також повідомлення про те, що багато випадків інфікування ВІЛ мають місце серед мешканців країн Європи, які перебувають за кордоном. Переміщені особи та постраждалі від гуманітарних надзвичайних ситуацій стикаються з численними проблемами, включаючи підвищений ризик зараження ВІЛ і обмеження доступу до якісної медичної допомоги.

За даними ECDC, в 2014 році 31% нових випадків ВІЛ-інфекції у Регіоні було зареєстровано серед мігрантів: 22% серед неєвропейських мігрантів (людей, які народилися за межами Європи) і 9% серед європейських мігрантів (людей, які народилися в Європі, але не в країні, що надає звітність). Важливо відзначити, що в період з 2005 по 2014 роки кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед неєвропейських мігрантів зменшилася на 41%, а серед європейських мігрантів зросла на 48%.

Розділ 3. Оцінка системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні

Україна є пріоритетною країною - партнером у рамках Європейської політики сусідства та Східного партнерства.

Законодавчими основою та рамками цих стосунків стала Нова Угода про асоціацію між Україною та ЄС (Угода), що була підписана обома сторонами у 2014 році, та започаткувала нову фазу розвитку стосунків між Україною та ЄС, метою яких є політичне об'єднання та економічна інтеграція. Окрім того, Угода закликає обидві сторони розвивати співпрацю у сфері громадського здоров'я, зокрема, поступово наближаючи українське законодавство та політику до нормативно-правової бази, стандартів і найкращих практичних підходів ЄС у сфері громадського здоров'я.

У рамках впровадження Угоди Генеральний директорат Європейської комісії з охорони здоров'я і безпеки харчових продуктів (DG SANTE) дійшов згоди з МОЗ України щодо проведення оцінки систем України у сфері профілактики та контролю за інфекційними захворюваннями (Оцінка).

Таку Оцінку на рівні країни було проведено у період з 5 по 9 жовтня 2015 р. на національному рівні та у 6 регіонах України – Дніпропетровська, Житомирська, Львівська, Одеська, Рівненська області та м. Київ, відповідно до наказу МОЗ України від 29.07.2015 р. № 472.

Оціночна місія здійснювалася за участю представників Європейської Комісії, експертів ECDC та за технічної підтримки ECDC. Оцінка проводилась за методологією ECDC, відповідно до діючих міжнародних стандартів і стандартів ЄС у галузі боротьби з інфекційними захворюваннями.

Загальні цілі Оцінки країни – визначити досягнення та прогалини поточної системи України з ЕН, профілактики та контролю за інфекційними захворюваннями з метою стимулювання її розвитку; зробити внесок у заплановану в Україні реформу у сфері громадського здоров'я; підтримати впровадження Угоди про асоціацію між Україною та ЄС.

У рамках цього заходу були визначені сильні сторони існуючої системи ЕН та контролю за інфекційними захворюваннями, її організації та функцій для подальшого вдосконалення, оцінено потенціальний розвиток національного плану дій щодо виявлених потреб за основними компонентами системи:

1. Управління охороною здоров'я (включаючи інституційну сталість).
2. Розвиток потенціалу людських ресурсів.
3. Епіднагляд.
4. Готовність і відповідні дії щодо громадських надзвичайних ситуацій, включаючи великі спалахи інфекційних захворювань.
5. Національна система мікробіологічних лабораторій громадського здоров'я.
6. Програми боротьби із захворюваннями.

За матеріалами звіту з технічної оцінки України «Оцінка розвитку потенціалу, організації управління у сфері охорони здоров'я, епідеміологічного нагляду, готовності та реагування у сфері інфекційних захворювань» (Звіт з технічної оцінки), було визначено, що поточна система ЕН та контролю за інфекційними захворюваннями в Україні має серйозні проблеми на законодавчому, організаційному рівнях та рівні технічного впровадження.

Національне лідерство у сфері громадського здоров'я є нечітким, державне фінансування в основному використовується для фінансування інфраструктури, у тому числі й персоналу, а ключові послуги, у тому числі й вакцинація, залежать від зовнішнього фінансування, яке не є сталим. Епідеміологічні служби є застарілими та неефективними. Ключові концепції, що лежать в основі системи ЕН та контролю за інфекційними захворюваннями в Україні, відрізняються від таких концепцій в ЄС.

Проте, кілька ключових елементів, наявних в Україні, можна використати для побудови нової сучасної системи профілактики та контролю за інфекційними захворюваннями, зокрема: системи ЕН за ВІЛ-інфекцією та туберкульозом, низку добре обладнаних лабораторій, а також, потужну національну мережу закладів первинної медико-санітарної допомоги.

У Звіті з технічної оцінки було зазначено, що система ЕН за ВІЛ/СНІДом в Україні є сильною та потужною, надає комплексну інформацію, орієнтовану на діяльність, а ключові функції поточної системи можна використати як модель для розробки більш інтегрованих систем для інших інфекційних захворювань. Також було підкреслено, що статистична звітність з питань ВІЛ/СНІДу відповідає стандартам добре налагодженої роботи у сфері громадського здоров'я, доступ до якої необмежений. Кожні півроку на національному та регіональному рівнях готуються інформаційні бюлетені «ВІЛ-інфекція в Україні», регулярно здійснюється звітування до міжнародних організацій.

ЕН за ВІЛ/СНІДом в Україні залишається основним інструментом для визначення ключових індикаторів єдиної системи МіО відповіді на епідемію та оптимізації державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції. За даними моніторингу епідемічної ситуації, у рамках Оцінки, були відмічені позитивні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, а саме: зменшення випадків інфікування ВІЛ серед молоді, зниження рівнів передачі від матері до дитини, смертності серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів, поширеності ВІЛ серед ОСБ та СІН. На момент здійснення Оцінки охоплення АРТ серед тих, хто її потребує, та рівень утримання пацієнтів у програмах лікування і догляду знаходились на достатньо високому рівні. Вражаючим є низка громадських організацій, що працюють саме у сфері профілактики, догляду та підтримки ключових груп ризику, однак усі вони фінансуються за рахунок донорських коштів.

У якості суттєвого недоліку системи ЕН за ВІЛ-інфекцією/СНІДом визначено відсутність електронного реєстру ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що обмежує проведення аналізу даних та подання інформації до бази даних TESSy (ECDC).

За результатами проведеної Оцінки у сфері епіднагляду за ВІЛ-інфекцією були надані рекомендації (табл. 3).

Таблиця 3. Рекомендації щодо посилення системи епіднагляду за ВІЛ/СНІДом в Україні за результатами Оцінки

Недоліки системи нагляду	Рекомендації
<p><i>Брак стандартів сталої профілактики ВІЛ</i></p> <p>Бракує стандартів у сфері громадського здоров'я щодо профілактики або стратегії сталих профілактичних послуг, які зараз надаються великою кількістю НУО за рахунок ГФ.</p>	<p>Упродовж наступних п'яти років Уряд має визначити шляхи прямого фінансування ключових програм профілактики ВІЛ після закінчення їх фінансування ГФ; в іншому випадку, цілком можливо, що поступ, зроблений за останні кілька років, буде знищено новою епідемією серед СН. Необхідно вирішити питання браку стандартів у сфері громадського здоров'я щодо профілактики.</p>
<p><i>Розширення програми АРТ</i></p> <p>Плани розширити АРТ до порогової точки CD4 500 означає, що число осіб, які отримують лікування, подвоїться.</p>	<p>Уряду потрібно спланувати те, як збільшити бюджет на лікування для того, щоби змогти відреагувати на зростання кількості осіб, які потребують АРТ, у той самий час виділивши прийнятне фінансування на профілактичну діяльність.</p>
<p><i>Вибір цільових груп для тестування на ВІЛ</i></p> <p>Спрямування поточної політики тестування на ВІЛ не є ідеальним, воно призводить до втрати можливостей, а також, може призводити до пізнього виявлення, з яким країна стикнулася при реєстрації нових випадків.</p>	<p>Необхідно переглянути підходи до тестування на ВІЛ-інфекцію з метою залучення до обстеження осіб, які мають найбільшим ризик інфікування ВІЛ, та на більш ранніх стадіях ВІЛ-інфекції.</p>
<p><i>Законодавча підтримка роботи з групами ризику</i></p> <p>Нещодавнє рішення уряду посилити покарання за зберігання наркотиків для власного вжитку, що є, принаймні для людини із наркотичною залежністю призводить до зворотних результатів.</p>	<p>Уряду потрібно розглянути можливість впровадження міжсекторальної політики, яка вирішуватиме проблему ін'єкційного споживання наркотиків більш комплексно. Обмежувальні закони мають негативний вплив на заходи попередження поширення ВІЛ та вірусних гепатитів шляхом зниження шкоди (у тому числі й програм ЗПТ).</p>
<p><i>Безпека крові та внутрішньолікарняне зараження</i></p> <p>Усе ще не вирішені проблемні питання щодо безпеки крові та внутрішньолікарняних заражень</p>	<p>Необхідно переглянути та консолідувати стратегії забезпечення безпеки крові, а далі - прискіпливо відстежувати чи вони впроваджуються належним чином.</p>
<p><i>Інтеграція програм контролю за ІПСШ та інфекціями, які передаються через кров</i></p> <p>Зусилля Уряду, спрямовані на встановлення контролю за хронічними гепатитами В і С, ІПСШ, ВІЛ і ТБ, провадяться як окремі паралельні програми, які практично не взаємодіють, а отже, і не досягають синергії.</p>	<p>Програми, спрямовані на встановлення контролю за хронічними гепатитами В і С, ІПСШ, ВІЛ і ТБ, необхідно інтегрувати, що дасть можливість зменшити зайве витрачання й так обмежених ресурсів, особливо за умови, що вони меншою мірою розглядатимуться як паралельні програми.</p>

Розділ 4. Сучасні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні

Сучасна епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні поки що не дає підстав стверджувати про суттєве зниження тягаря епідемії ВІЛ-інфекції в країні – масштаби епідемії ВІЛ-інфекції в Україні продовжують поширюватися серед загального населення за рахунок збільшення епідемічної значимості статевого шляху передачі ВІЛ та повідної ролі у поширенні збудника представників груп підвищеного ризику, зокрема споживачів ін'єкційних наркотиків, осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, чоловіків, які мають секс із чоловіками, та їх партнери. Прогнозування подальшого розвитку епідемічного процесу в масштабах країни в короточасні терміни набуває все більшої складності через кризові соціально-економічні явища і ускладнення ситуації в східних регіонах України.

За період 1987 - 2015 рр. в Україні отримано **479 358** ВІЛ-позитивних результатів за даними лабораторних досліджень, офіційно зареєстровано **280 358** випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі **84 045** випадків захворювання на СНІД та **38 457** випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Станом на 01.01.2016 р. на обліку у ЗОЗ перебувало **126 604** ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 297,2 на 100 тис. нас.), у тому числі **34 016** хворих на СНІД (показник 79,8 на 100 тис. нас.). Південні регіони України, Дніпропетровська, Київська області та м. Київ залишаються територіями з високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, західні області - з низьким рівнем. Більше половини (55%) усіх ВІЛ-інфікованих, які офіційно перебувають під медичним наглядом, проживають на територіях Дніпропетровської, Донецької, Одеської областей та м. Київ (табл.19 Додатку 1).

Зменшення значень показників, що характеризують поточну епідемічну ситуацію в країні останні два роки, переважно пов'язане з відсутністю статистичних даних з тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополь (з 2014 р.) та частини зони проведення АТО (з 2015 р.).

Результати сероепідеміологічного моніторингу за поширенням ВІЛ

Серологічні обстеження на наявність антитіл до ВІЛ здійснюють в межах так званих скринінгових досліджень, які носять багатоетапний характер (первинні та підтверджуючі) і можуть бути спрямовані не тільки на виявлення випадку інфікування ВІЛ, але й для оперативного прогнозування поширення ВІЛ.

У рамках скринінгових досліджень розраховується показник, що відображає відсоток осіб, у яких виявлені серологічні маркери ВІЛ при проведенні підтверджувальних досліджень серед осіб, які були обстежені при скринінгових дослідженнях на ВІЛ-інфекцію методами серологічної діагностики, за окремими контингентами обстежуваних осіб.

У 2015 р. обстежено на ВІЛ-інфекцію 2 344 741 громадян України проти 2 608 063 у 2014 р. та 2 758 309 у 2013 р. Кількість позитивних результатів обстеження у 2015 р. зменшилась до 23 193 проти 27 236 у 2014 р. та 29 932 у 2013 р. Поширеність ВІЛ за кодом 100 (громадяни України) також знижувалась та склала у 2015 р. 0,99% проти 1,04% у 2014 р. та 1,09% у 2013 р. (рис. 2, табл.1 Додатку 1).

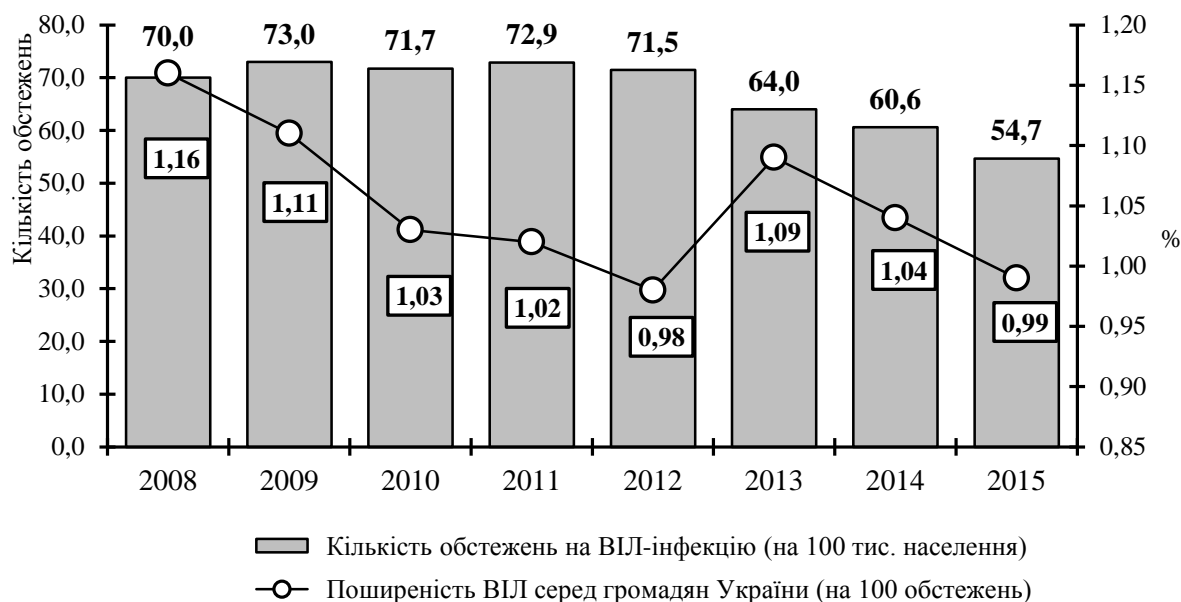


Рисунок 2. Динаміка поширеності ВІЛ (код 100), та кількості обстежень на ВІЛ-інфекцію (на 100 тис. населення) в Україні

У 2015 р. поширеність ВІЛ за більшістю кодів обліку знизилась або залишилась на рівні відповідних показників минулого року. Відбулось несуттєве збільшення поширеності ВІЛ серед осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими (код 101 - 14,6% у 2015 р., 13,1% у 2014 р., 14,5% у 2013 р.), серед осіб, обстежених за епідеміологічними показаннями (код 107 – 1,4% у 2015 р., 1,36% у 2014 р., 1,15% у 2013 р.) серед призовників (код 106 – 0,3% у 2015 р., 0,11% у 2014 р., 0,4% у 2013 р.) та серед засуджених (код 112 – 5,6% у 2015 р., 4,53% у 2014 р., 5,6% у 2013 р.).

Як і в попередні роки, у 2015 р. найвищий рівень поширеності ВІЛ виявлено при обстеженні осіб за кодами 101 (особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими; 14,6%), 119 (померлі особи; 7,8%) та кодом 112 (особи, які перебувають в місцях позбавлення волі, у тому числі слідчих ізоляторах; 5,6%).

У структурі позитивних результатів тестування на ВІЛ-інфекцію у 2015 р., як і в попередні роки, найбільша частка припадає на осіб, виявлених за такими кодами (причинами) обстеження на наявність антитіл до ВІЛ:

- код 113 - особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою в ЗОЗ (24,6%);

- код 116 - обстежені за власною ініціативою (12,1%);
- код 102 - споживачі ін'єкційних наркотичних речовин (10,2%);
- код 101 - особи, які мали статеві (гетеро-, гомо-) контакти з ВІЛ-інфікованими (6,4%);
- код 105 - особи з ризикованою статевою поведінкою (6,1%).

Аналіз результатів обстеження на наявність антитіл до ВІЛ, здійснених за допомогою швидких тестів (ШТ), показав, що найбільша частка осіб, яких обстежено та серед яких виявлено маркери інфікування ВІЛ, належала до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (табл.2 Додатку 1).

У 2015 р. поширеність ВІЛ серед первинних донорів (код 108.1) в Україні склала 0,13% (у 508 потенційних донорів, які отримали передтестове консультування, при лабораторному обстеженні були виявлені антитіла до ВІЛ). Як і у попередні роки, найвищий рівень поширеності ВІЛ серед первинних донорів зареєстрована у Донецькій (0,28%), Чернігівській (0,28%), Миколаївській (0,25%), Житомирській (0,23%), Одеській (0,22%), Дніпропетровській (0,21%), Херсонській (0,2%), Кіровоградській (0,18%) областях (рис. 3, табл. 3 Додатку 1).

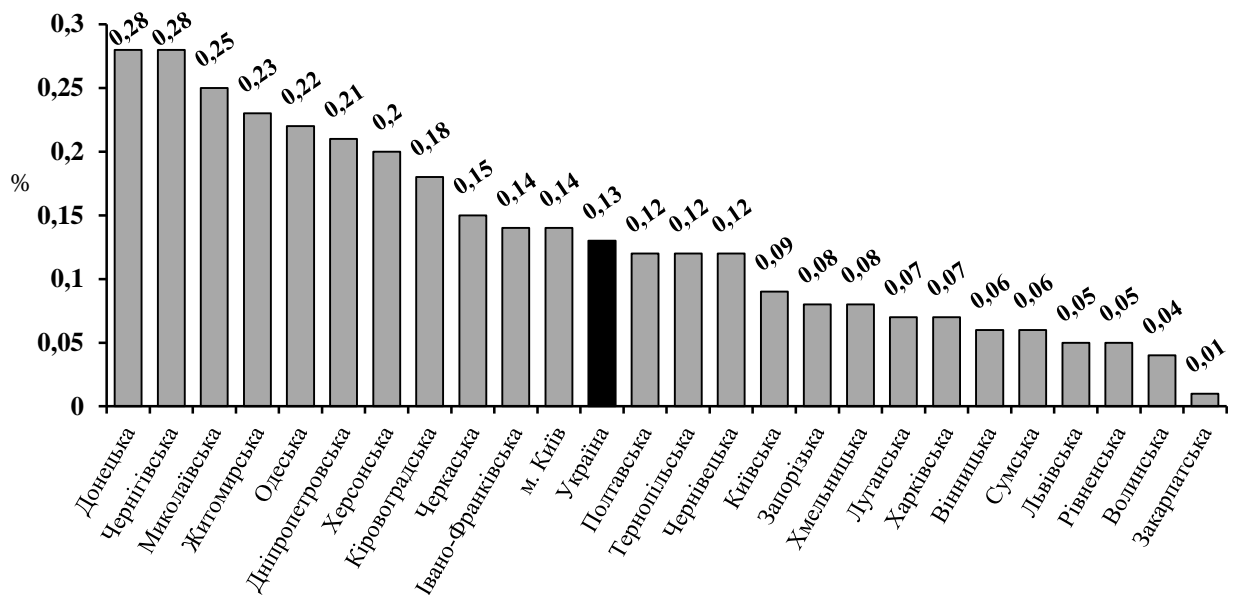


Рисунок 3. Поширеність ВІЛ серед первинних донорів (код 108.1) по регіонах України у 2015 р.

За останні роки (2009 - 2015 рр.) в Україні спостерігається позитивна тенденція до зниження частки вперше виявлених ВІЛ-позитивних вагітних за результатами первинного тестування (код 109.1) – з 0,55% у 2009 р. до 0,33% у 2015 р. Даний показник серед молодих вагітних 15-24 років (коди 109.1.1+109.1.2) дорівнював 0,33% у 2013 р., 0,32% у 2014 р., 0,27% у 2015 р. та був найвищим у минулому році у Донецькій (0,9%), Одеській (0,71%), Чернігівській (0,67%), Дніпропетровській (0,57%) областях та м. Київ (0,48%) (рис. 4, табл.4 Додатку 1).

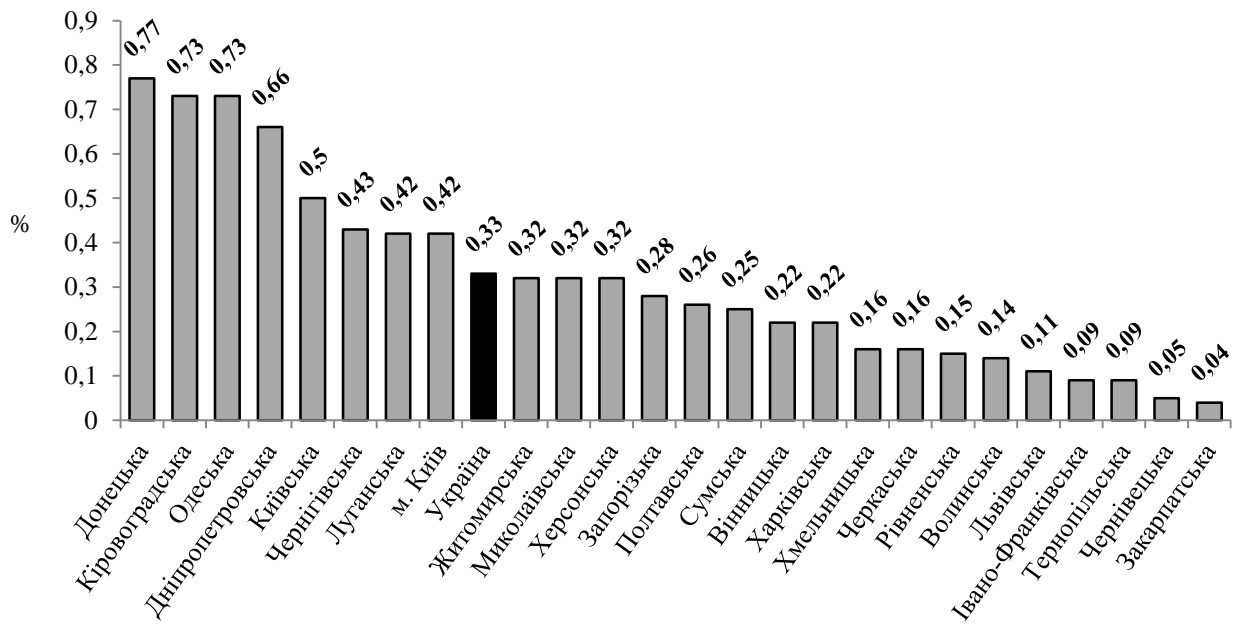


Рисунок 4. Поширеність ВІЛ серед вагітних за результатами першого обстеження (код 109.1) по регіонах України у 2015 р.

Забезпечення вільного доступу до безоплатного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, насамперед для ГПР, на сьогодні залишається одним з пріоритетних завдань протидії поширенню епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Частка обстежених осіб з ГПР (коди 101.2, 103 (особи, які мали гомосексуальні контакти), 102 (споживачі наркотичних речовин ін'єкційним шляхом), 104 (особи, в яких виявлені хвороби, що передаються статевим шляхом), 105.2 (особи, які надають сексуальні послуги за винагороду) від загальної кількості обстежених (за виключенням донорів та вагітних) зросла у 2015 р. та склала 17,4%, переважно за рахунок розширення тестування швидкими тестами. Для порівняння, у 2013 та 2014 рр. цей показник складав 11,2% та 11,3%, відповідно. У різних регіонах країни у 2015 р. даний показник коливався від 3,9% у Закарпатській області до 36,1% у м. Київ (табл.5, 6 Додатку 1).

Найнижча питома вага обстежених осіб з ГПР від загальної кількості обстежених (за виключенням донорів та вагітних) зареєстрована у Закарпатській, Івано-Франківській, Волинській, Рівненській, Тернопільській, Полтавській, Чернігівській, Кіровоградській, Вінницькій та Київській областях, що, з одного боку, може бути проявом обмеженої доступності до тестування на ВІЛ осіб з ГПР, а з іншого – про відносно невелику кількість представників цих груп у зазначених регіонах.

Сьогодні актуальним залишається удосконалення системи СЕМ у контексті визначення «випадку ВІЛ-інфекції» відповідно до міжнародних рекомендацій ВООЗ. Досвід багатьох країн дозволяє вирішити цю проблему шляхом реєстрації випадку захворювання на ВІЛ-інфекцію на момент підтвердження позитивного результату тестування.

Дані медичного обліку за ВІЛ-інфікованими особами (офіційно зареєстровані випадки ВІЛ/СНІДу)

У 2015 р. в Україні відмічається зниження кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб – під медичний нагляд узято **15 869 осіб** проти 19 273 у 2014 р. та 21 631 у 2013 р.; показник захворюваності склав 37,0 на 100 тис. нас. проти 44,8 та 47,6, у відповідні роки. Значне зниження захворюваності, що реєструється (темпи зниження: 2014 р. -5%, 2015 р. – 17,7%), на наш погляд, передусім пов'язане з відсутністю даних щодо взятих під медичний нагляд ВІЛ-інфікованих осіб з тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополь з 2014 року та частини зони проведення антитерористичної операції з 2015 року (рис. 5, табл. 7 Додатку 1).

Разом з тим, у 6 регіонах країни відмічається зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію – Волинська, Житомирська, Кіровоградська, Полтавська, Сумська, Тернопільська області.

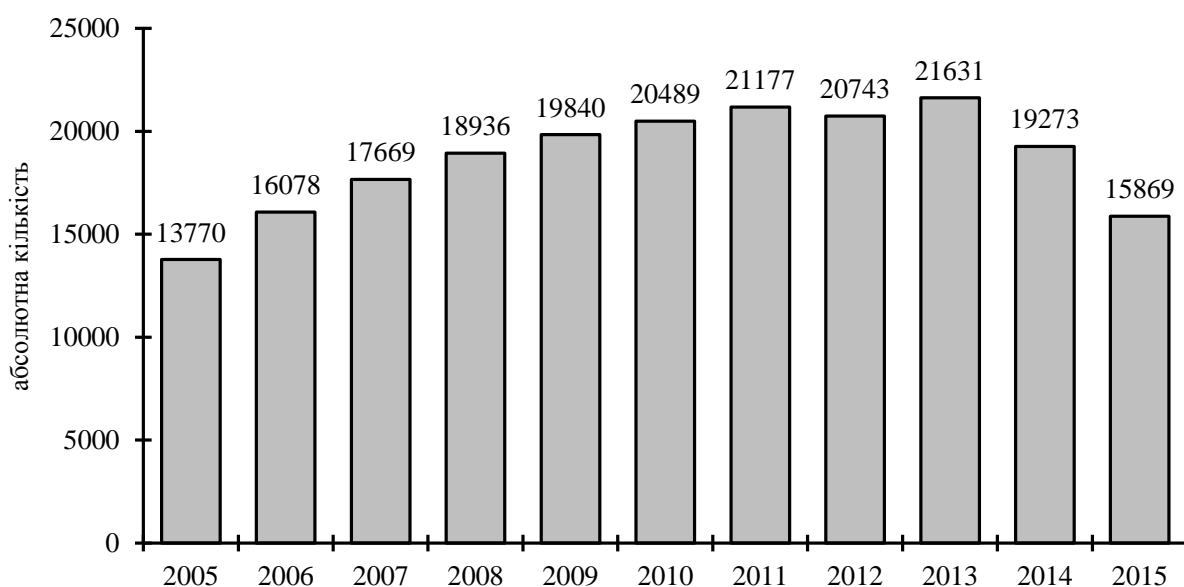


Рисунок 5. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України по роках за період 2005 – 2015 рр.

Оцінити розвиток епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції в Україні на підставі кількості нових випадків інфікування ВІЛ за даними офіційної статистики досить важко, оскільки в останні роки все більше ВІЛ-інфікованих виявляють на пізніх стадіях хвороби, відповідно вважати це новими випадками інфікування можливо лише умовно.

Серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні у 2013 – 2015 рр. переважала та поступово зростала питома вага чоловіків з 55,3% у 2013 р. до 56,9% у 2015 р., питома вага жінок знижувалась з 44,7% у 2013 р. до 43,1% у 2015 р. Жителі міста хворіли частіше (більш ніж 70%), проте, протягом останніх років, відмічалось збільшення питомої ваги жителів села серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб (табл. 4).

У віковій структурі вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні протягом 2013 – 2015 рр. переважає питома вага осіб віком 25 – 49 років (67-68%).

Таблиця 4. Розподіл по статі та місцю проживання вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні

Роки	чоловіки		жінки		місто		село	
	абс.чис.	%	абс.чис.	%	абс.чис.	%	абс.чис.	%
2013	11966	55,3	9665	44,7	16643	76,9	4988	23,1
2014	10765	55,9	8508	44,1	14563	75,6	4710	24,4
2015	9023	56,9	6846	43,1	11652	73,4	4217	26,6

У 2015 р. було взято на облік у ЗОЗ служби СНІДу 3 011 дітей віком 0-18 років, включно дітей з невизначеним ВІЛ-статусом; зареєстровано 52 нових випадків СНІДу, 57 дітей померло від хвороб, зумовлених ВІЛ-інфекцією. Станом на 01.01.2016 р. на обліку перебували 8 609 дітей віком 0-18 років, включно дітей з невизначеним ВІЛ-статусом, з них 809 – хворих на СНІД (табл. 20 Додатку).

Переважаюча кількість дітей на обліку – це діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками. Станом на 01.01.2016 р. під медичним наглядом перебувало 2 857 ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у тому числі 74 дитини, хворих на СНІД; ще у 5 683 дітей діагноз знаходився у стадії підтвердження; знято з обліку у зв'язку з відсутністю ВІЛ-інфекції 2 932 дитини (табл. 21 Додатку).

Незважаючи на збільшення показника охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних осіб у ЗОЗ служби СНІДу з 54,5% до 68,4%, третина ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних досліджень, не звертається до медичних закладів для взяття на облік у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Найнижчі рівні охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним наглядом у 2015 р. встановлені у м. Київ (46,1%), Івано-Франківській (57,7%), Хмельницькій (60,1%), Чернівецькій (61,3%), Донецькій (62,8%), Дніпропетровській (67,7%) областях.

Показник активної диспансеризації залишився на рівні 2014 р. – 77,7% та коливався від 65,8% у Чернівецькій області до 90,5% у Тернопільській області (табл. 13 Додатку 1).

Аналіз статеві-вікової структури осіб з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції дозволив встановити, що жінки залучаються у епідемію в більш ранньому віці, ніж чоловіки. Так, частка осіб 15-29 років серед ВІЛ-позитивних жінок репродуктивного віку (15-49 років) становила 33,7%, а серед ВІЛ-позитивних чоловіків 15-49 років – 18,6%. Взагалі, в Україні

спостерігається збільшення частки осіб старше 30 років серед ВІЛ-інфікованих осіб 15 років і старше – з 50,5% у 2005 р. до 77,9% у 2015 р.

За рекомендаціями ЮНЕЙДС і ВООЗ, визначення інфікованості ВІЛ серед осіб молодших вікових груп (15-19 років, 20-24 років) дає змогу отримати більш реалістичну картину щодо тенденцій розвитку епідемії. Так, у 2015 р. частка осіб у віковій групі 15-24 років серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції становила 5,7% проти 6,7% та 7,1% у попередні роки, та має сталу тенденцію до зниження (рис. 6, табл. 9 Додатку 1).

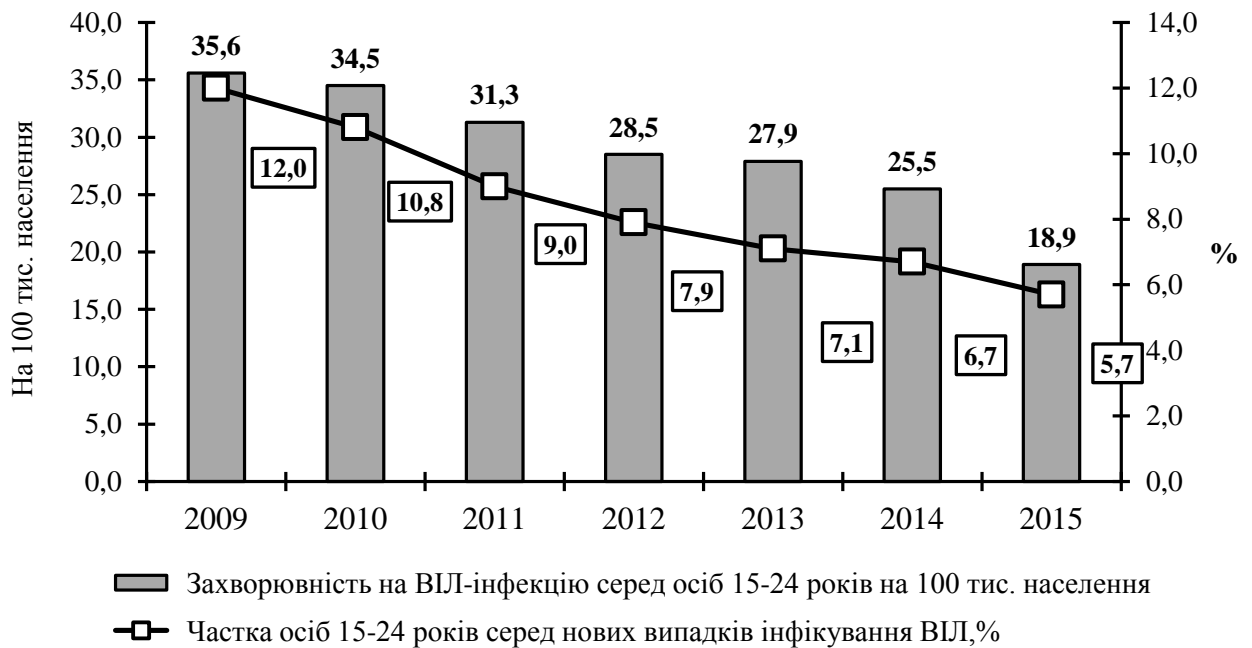


Рисунок 6. *Питома вага осіб віком 15 – 24 років серед нових випадків інфікування ВІЛ та захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед осіб цієї вікової групи.*

У 2008 р. в Україні відбулась зміна домінуючих шляхів передачі збудника ВІЛ-інфекції зі штучного парентерального при вживанні ін'єкційних наркотиків на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах, який продовжує набувати все більш суттєвого епідемічного значення. У структурі шляхів передачі ВІЛ (з урахуванням показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини) питома вага статевого шляху передачі ВІЛ невпинно зростала та у 2015 р. становила 72,5% (рис. 7, табл. 10 Додатку 1).

Незважаючи на багаторічну тенденцію до зниження, актуальність парентерального шляху передачі при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів залишається високою (26,6% з врахуванням показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини, 21,7% - без виключення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями). Частка зазначеного шляху у структурі шляхів передачі у 2015 р. зросла у 7 регіонах (Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Кіровоградська, Полтавська, Чернігівська області) (табл.11 Додатку 1).

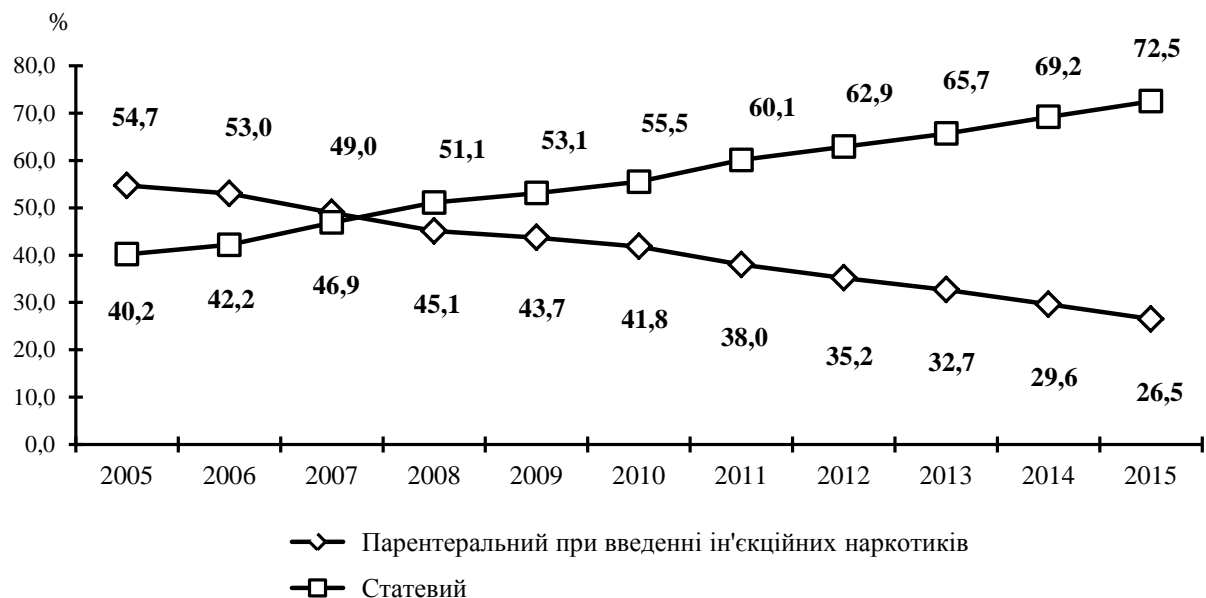


Рисунок 7. Структура шляхів передачі ВІЛ вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, з урахуванням рівнів передачі ВІЛ від матері до дитини, в Україні, %

Все більшу епідемічну значимість набуває ГПР – чоловіки, які мають секс із чоловіками. В країні щорічно зростає кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи – з 20 осіб у 2005 р. до 262 у 2013 р., у 2014 р. зареєстровано 277 таких випадків, у 2015 р. – 368 (рис. 8). На нашу думку, на сьогодні спостерігається суттєве недо врахування випадків інфікування ВІЛ, пов’язаних із статевими стосунками між чоловіками, оскільки ЧСЧ зазвичай приховують свою сексуальну орієнтацію. Головним бар’єром до користування послугами з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ЛЖВ до цього часу залишається стигматизація ЧСЧ.

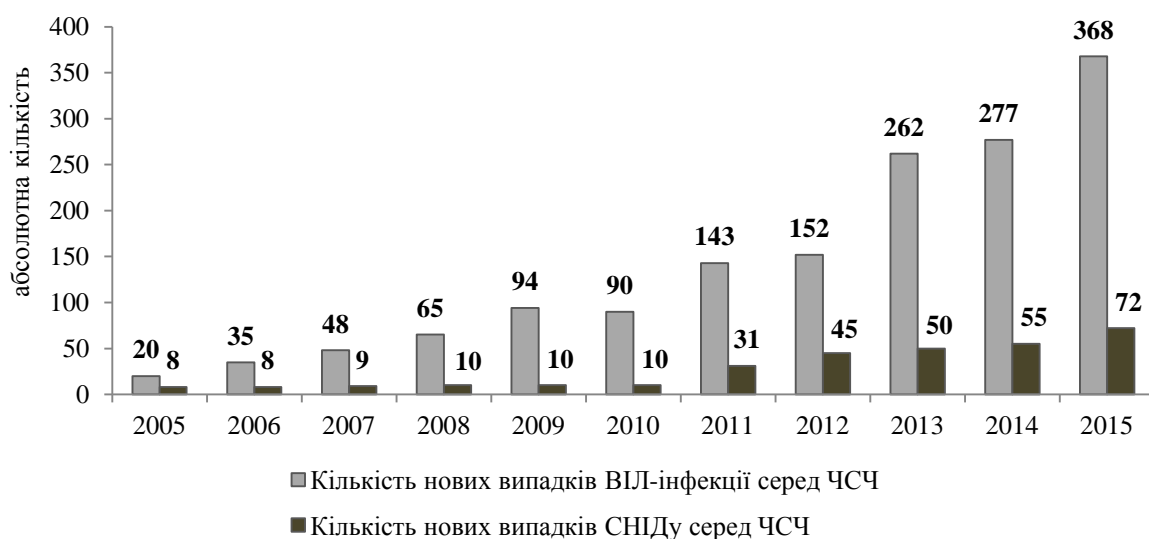


Рисунок 8. Динаміка кількості нових випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу серед ЧСЧ в Україні

У 2015 р. 76,8% осіб серед пацієнтів з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком 15 років і старше були обстежені на наявність маркерів гепатиту В та 75,4% осіб – на наявність маркерів гепатиту С. За результатами досліджень у 8,4% осіб були виявлені маркери гепатиту В, у 36,3% осіб – маркери гепатиту С. На наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, обстежено 80,1% осіб, з них 18,8% мали позитивні результати, виявлено 89 осіб з маркерами збудника сифілісу (табл. 13 Додатку).

За статистичними даними 2015 р. відсоток вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб 15 років і старше, які за клінічними показаннями відповідали І клінічній стадії, становив 33,3%, ІІ стадії – 11,6%, ІІІ стадії – 18,2%, ІV стадії – 36,9% (N = 12 893).

Охоплення дослідженням на CD4 вперше зареєстрованих осіб віком 15 років і старше у 2015 р. дорівнювало 86,9% (N = 11 198). Частка осіб, які мали рівень CD4-лімфоцитів більше 500 кл/мкл на момент взяття на облік у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, становила 24,7%, 350-499 кл/мкл – 17,8%, 200-349 кл/мкл – 24,0%, нижче 200 кл/мкл – 33,5%.

Розподіл 118 375 ЛЖВ 15 років і старше, які перебували на обліку на кінець 2015 р., за клінічними стадіями був наступний: І клінічна стадія – 40,6%, ІІ стадія – 10,0%, ІІІ стадії – 21,2%, ІV стадії – 28,2%; за ступеню імуносупресії: більше 500 кл/мкл CD4 стадії – 34,0%, 350-499 кл/мкл CD4 – 21,3%, 200-349 кл/мкл CD4 – 24,9%, <200 кл/мкл – 19,8%. Охоплення дослідженням на CD4 осіб віком 15 років і старше, які перебували під медичним наглядом, дорівнювало 73,5% (N = 87 046).

У 2015 р. на облік було взято 92 ВІЛ-інфіковані дитини 0-14 років, з них 52 дитини мали ІІІ-ІV клінічні стадії ВІЛ-інфекції. Станом на 01.01.2015 р. під медичним наглядом перебувало 2 546 дітей 0-14 років – з них 1 352 мали ІІІ-ІV клінічні стадії ВІЛ-інфекції.

У 2015 р. діагностовано 8 468 випадків СНІДу проти 9 844 у 2014 р. та 9362 у 2013 р., показник захворюваності на СНІД склав 19,8 на 100 тис. нас. проти 22,9 у 2014 р. та 20,9 у 2013 р. (рис. 9, табл.14 Додатку 1).

Темп зниження показника захворюваності на СНІД по країні у 2015 р. склав - 14%, проте приріст захворюваності на СНІД зареєстровано у 11 регіонах (Житомирська, Закарпатська, Київська, Кіровоградська, Львівська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Херсонська, Чернівецька, Чернігівська області).

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні, як і раніше, залишається туберкульоз. За статистичними даними, в 2015 р. ТБ виявлено у 4 470 випадках з 8 468 осіб, у яких виявлено СНІД, та у 12 566 випадках серед 34 016 хворих на СНІД, які перебувають на обліку в ЗОЗ служби СНІДу станом на 01.01.2016 р. Питома вага хворих з діагнозом ТБ серед нових випадків СНІДу у 2015 р. зросла та склала 52,8% проти 49,3% у 2014 р. Протягом минулого року зареєстровано зниження питомої ваги хворих на ТБ серед хворих на СНІД, які перебувають під наглядом на кінець року з 44,1% (2014р.) до 36,9% (2015 р.) (табл.15, 16 Додатку 1).

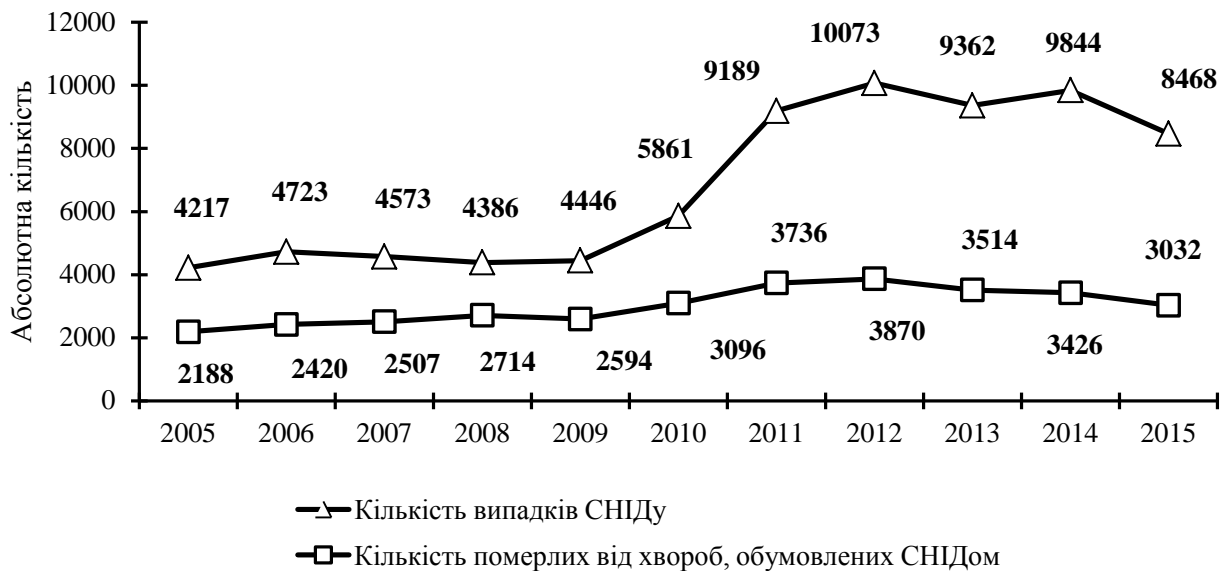


Рисунок 9. Кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, обумовлених СНІДом, серед громадян України.

У 2015 р. померло від СНІДу **3 032** особи проти 3 426 у 2014р. та 3 514 у 2013 р.; рівень смертності від СНІДу мав тенденцію до зниження (7,1 на 100 тис. нас. (2015 р.) проти 8,0 (2014 р.) та 7,8 (2013 р.)). Хоча темп зниження цього показника в цілому по країні у 2015 р. склав - 11,5%, приріст смертності від СНІДу зареєстровано у 13 регіонах, найвищі показники смертності зареєстровано у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Миколаївській та Одеській областях (рис. 10, табл.17 Додатку 1).

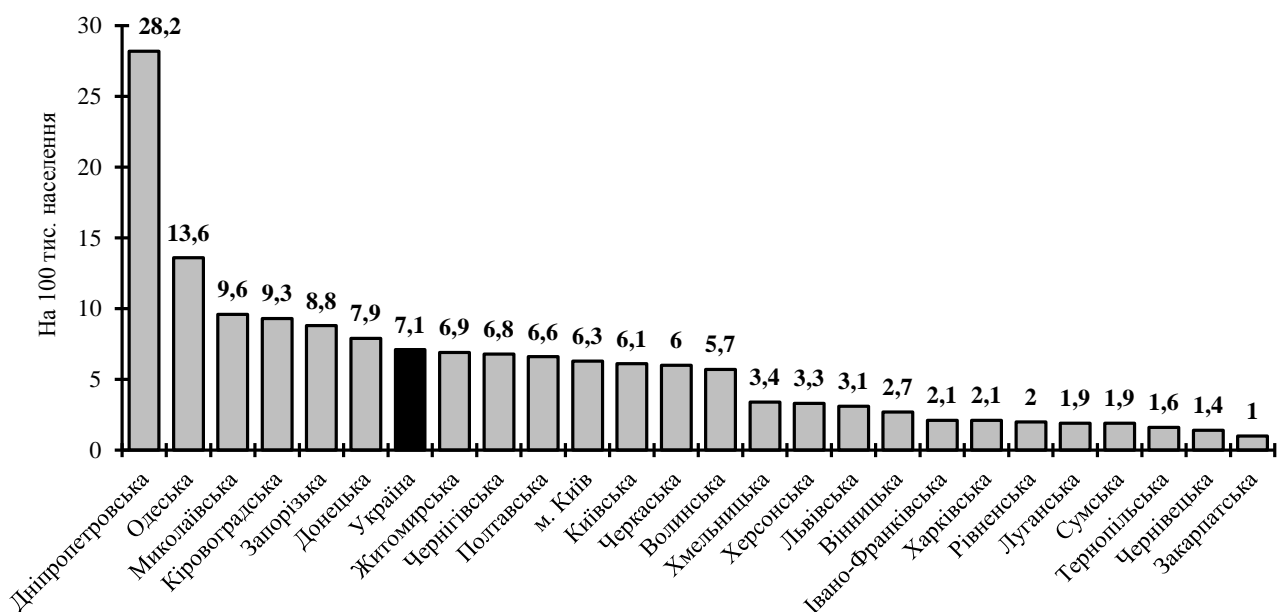


Рисунок 8. Територіальний розподіл регіонів України за показником смертності від СНІДу у 2015 році

Показник смертності від СНІДу залишається важливим індикатором доступу до діагностики, лікування, догляду та підтримки ЛЖВ, ефективності заходів з пом'якшення наслідків епідемії та оцінки їх ефективності, складання прогнозів та визначення соціально-економічних наслідків впливу епідемії ВІЛ-інфекції на суспільство. Тенденції числа смертей від СНІДу повторюють тенденції кількості захворювань на СНІД та залежать, в основному, від рівня охоплення медичними послугами, пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, насамперед, антиретровірусним лікуванням, ступенем прихильності до цих послуг та наявності якісного соціального супроводу.

Встановлено, що у 2015 р. структура причин смерті ВІЛ-інфікованих майже повторювала структуру попередніх років. Причина смерті 63,2 % осіб була безпосередньо пов'язана з ВІЛ-інфекцією та в 36,8 % випадків - не пов'язана з ВІЛ-інфекцією або залишилась невідомою. Основною причиною смерті, безпосередньо пов'язаною з ВІЛ-інфекцією, в Україні залишається ТБ (55% серед осіб, померлих від СНІДу). Пізнє виявлення та несвоєчасне залучення до медичного нагляду ВІЛ-позитивних осіб, недостатньо значні темпи охоплення АРТ в подальшому сприятимуть зростанню показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу в Україні (табл.18 Додатку 1).

Облік ВІЛ-інфікованих осіб, які були переміщені з АР Крим, Донецької та Луганської областей в інші регіони України

Сьогодні в Україні дуже гостро постає проблема погіршення ситуації з ВІЛ/СНІДу через складну гуманітарну ситуацію, бойові дії на Сході країни та збільшення кількості вимушених переселенців з Донецької та Луганської областей, адже ці регіони є одними з найбільш ураженими епідемією.

Надання медичної допомоги ЛЖВ східного регіону або АР Крим в цілому по Україні здійснюється в штатному режимі. Відповідно до наказу МОЗ України від 18.02.2015 № 75 "Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру» керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій доручено здійснити низку відповідних заходів.

За статистичними даними УЦКС, протягом 2013-2015 рр. спостерігалось зменшення зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції в Донецькій (3 648, 3 043, 1 023 осіб, відповідно) та Луганській областях (910, 518, 183 осіб, відповідно). Це пов'язано, насамперед, з політичною та економічною кризою в умовах воєнних дій, що ускладнює доступ населення на цих територіях до послугу зв'язку з ВІЛ та скорочує кількість звернень до медичних закладів.

Як наслідок ситуації, що склалась на Сході країни, стало збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які були зняті з обліку ЗОЗ служби СНІДу за причиною «зміна місця проживання». У 2015 р. диспансерна група, у порівнянні з 2014 р. у Донецькій областях зменшилась на 56% (з 28 776 до 12 656 осіб), у Луганській області – на 44% (з 4 459 до 1971 осіб) (табл. 5).

Таблиця 5. Облік ВІЛ-інфікованих осіб, які мешкали у Донецькій та Луганській областях у 2013 - 2015 рр.

№	Показники обліку ВІЛ-інфікованих осіб (включно діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками з невизначеним статусом)	Донецька область			Луганська область		
		2013	2014	2015 ¹	2013	2014	2015 ¹
1	Перебувало під наглядом на початок звітного року	26 492	27 933	12 520	4 148	4 569	2 000
2	Узято під нагляд протягом звітного року	3 740	3 069	1 521	992	538	267
	<i>з них: з уперше в житті встановленим діагнозом</i>	3 648	3 043	1 023	910	518	183
3	Знято з обліку протягом звітного року	2 299	2 226	1 385	571	648	296
	<i>у тому числі у зв'язку: з відсутністю ВІЛ-інфекції у дитини</i>	652	508	284	102	92	54
	зі зміною місця проживання	194	486	406²	232	358	141
	<i>зі смертю</i>	<i>1 451</i>	<i>1 231</i>	<i>531</i>	<i>237</i>	<i>198</i>	<i>99</i>
	<i>з іншої причини</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>164</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>
4	Перебувають під наглядом на кінець звітного року	27 933	28 776	12 656	4 569	4 459	1 971
	<i>з них: активна диспансерна група</i>	<i>20 949</i>	<i>21 582</i>	<i>8 872</i>	<i>3 785</i>	<i>3 434</i>	<i>1 604</i>

¹ без урахування даних частини зони проведення антитерористичної операції

² включено кількість осіб, які змінили місце проживання в межах регіону

Облік осіб, які перебували під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу Донецької і Луганської областей та звернулися за медичною допомогою в інші регіони України, здійснюється на підставі облікових форм 502-1/о, 502-2/о. Частина ВІЛ-інфікованих мешканців Донецької та Луганської областей звертаються за медичною допомогою у декілька ЗОЗ різних регіонів з метою отримання АРВ-препаратів, проведення профілактики і лікування ОІ, клініко-лабораторного обстеження тощо та по факту залишаються на обліку у своєму регіоні.

За даними РЦ СНІД інших регіонів у 2015 р. взято на облік 572 ЛЖВ з Донецької області, 127 ЛЖВ з Луганської області та 32 ЛЖВ з АР Крим (табл. 8 Додатку 1).

Станом на 01.01.2016 р. у ЗОЗ служби СНІДу інших регіонів під медичним наглядом перебувало 1 153 ВІЛ-інфіковані особи з невідконтрольних Уряду України територій, з них – 824 особи (71,4%) були переміщені з Донецької області, 236 осіб (20,5%) – з Луганської області та 93 осіб (8,0%) – з АР Крим та м. Севастополь (табл. 6).

Таблиця 6. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які прибули з Донецької та Луганської областей, АР Крим та перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу в інших регіонах, станом на 01.01.2016 року

Регіони	Кількість осіб	У тому числі з зони АТО		АР Крим та м. Севастополь
		Донецька обл.	Луганська обл.	
Україна	1 153	824	236	93
Вінницька	31	26	2	3
Волинська	4	1	0	3
Дніпропетровська	205	161	31	13
Житомирська	15	10	3	2
Закарпатська	11	9	1	1
Запорізька	145	124	13	8
Івано-Франківська	8	7	-	1
Київська	61	47	13	1
Кіровоградська	22	14	5	3
Луганська*	40	4	36	-
Львівська	27	15	5	7
Миколаївська	27	12	7	8
Одеська	96	73	18	5
Полтавська	50	41	7	2
Рівненська	3	2	1	-
Сумська	26	20	6	-
Тернопільська	7	7	-	-
Харківська	70	43	20	7
Херсонська	18	14	2	2
Хмельницька	19	16	3	-
Черкаська	3	2	1	-
Чернівецька	20	15	4	1
Чернігівська	13	10	2	1
м. Київ	232	151	56	25

**підконтрольна територія*

Серед 1 153 ВІЛ-інфікованих осіб – 575 жінок (49,9%) та 578 чоловіків (50,1%). За віковими групами ці особи розподілялися наступним чином: 92 дитини до 14 років включно (8,0%), 19 підлітків віком 15-17 років включно (1,6%), 28 осіб віком 18-24 років включно (2,4%), 1 014 осіб віком 25 років і старше (88,0%).

Кількість ВІЛ-інфікованих СІН становила 370 осіб (32,1% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які були переміщені з окупованих територій), з них – 238 СІН з Донецької області, 86 СІН з Луганської області та 46 СІН з АР Крим та м. Севастополь.

Станом на 01.01.2016 р. під медичним наглядом перебувало 26 ВІЛ-інфікованих вагітних, 110 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з них – 58 дітей з встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, які прибули з непідконтрольних Уряду України територіях у ЗОЗ служби СНІДу інших регіонів.

Результати біоповедінкових досліджень груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ

У 2015 р. на замовлення МБФ «Альянсу громадського здоров'я» та УЦКС проводився черговий раунд біоповедінкових досліджень серед СІН, ОСБ та ЧСЧ - груп, які мають найвищий ризик інфікування ВІЛ. Попередження інфікування ВІЛ та зниження поширеності ВІЛ у цих групах є одним з основних завдань відповіді країни на епідемію.

Виконавці дослідження серед СІН – ТОВ «Альянс Україна Консалтансі», серед ОСБ – ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка», серед ЧСЧ – ДП «Центр соціальних експертиз» Інституту соціології НАН України.

СІН. Показник поширеності ВІЛ серед СІН розраховували на підставі результатів обстеження ШТ 9 405 учасників дослідження з усіх регіонів країни та у 2015 р. збільшився до 21,9% проти 19,7% у 2013 р., всупереч тенденції до зниження останніх років (2008/2009 рр. - 22,9%, 2011 р. – 21,5 %).

До міст з високими показниками поширеності ВІЛ серед СІН відносяться Дніпропетровськ (39,7%), Черкаси (36,3%), Донецьк (33,5%), Чернігів (32,4%), Сімферополь (32,3%), Біла Церква (29,9%), Полтава (29,7%), Миколаїв (28,8%), Одеса (27,5%) (табл. 7).

Таблиця 7. Поширеність ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, по регіонах України, 2013-2015 роки

Місто	2013 рік, %	2015 рік, %	Місто	2013 рік, %	2015 рік, %
Сімферополь	22,5	32,3	Миколаїв	31,8	27,8
Вінниця	12,7	9,7	Одеса	30,2	27,5
Луцьк	20,3	20,1	Полтава	2,6	29,7
Дніпропетровськ	34,7	39,7	Рівне	24,5	6,6
Донецьк	26,5	33,5	Суми	5,1	10,2
Житомир	18,9	15,9	Тернопіль	18,0	6,3
Ужгород	1,8	1,4	Харків	10,3	13,1
Запоріжжя	2,2	8,7	Херсон	22,6	21,2
Ів.-Франківськ	17,0	17,8	Хмельницький	28,2	20,8
Біла Церква	19,7	29,9	Черкаси	19,8	36,3
Васильків	5,7	8,2	Чернівці	2,2	16,2
Фастів	21,7	25,5	Чернігів	18,6	32,4
Кіровоград	15,0	19,4	Київ	20,1	20,4
Луганськ	3,2	7,5	Севастополь	21,3	11,9
Львів	23,5	21,4			

Як і в попередні роки, найбільш ураженою ВІЛ залишається старша група: серед СІН віком 25 років і старше показник склав 24% та зріс проти відповідного показника 2013 р. (21,7%), серед молодшої групи показник склав 4,1% та зменшився проти відповідного показника 2013 р. (6,4%).

Жінки залишаються більш уразливими до інфікування ВІЛ, поширеність ВІЛ серед них становить 27,6%, серед чоловіків – 20,5%. За результатами біоповедінкового дослідження 2015 р. зафіксовано зростання поширеності ВІЛ серед СІН обох статей (відповідні показники 2013 р. – 22,4% серед жінок, 18,8% серед чоловіків).

З метою виявлення тенденції щодо поширення ВІЛ серед СІН рекомендовано також розраховувати даний показник для осіб зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків до 3-х років. За даними 2015 р. поширеність ВІЛ у СІН даної групи становила 3,7% та майже не відрізнялася від показника 2013 р. (3,5%).

ОСБ. Визначення показника поширеності ВІЛ серед ОСБ у 2015 р. здійснювали на підставі результатів обстеження за допомогою ШТ – загалом протестовано 4300 осіб з 27 територіальних одиниць країни. В результаті проведених досліджень підтверджено тенденцію до поступового зниження цього показника в цілому – з 12,9% у 2009 р. до 7,0% у 2015 р., проте в 11 регіонах зафіксовано його зростання. Найбільш ураженими ВІЛ виявились ОСБ у Черкасах, Донецьку, Івано-Франківську, Білій Церкві, Одесі, Полтаві, Вінниці, найменше – у Житомирі, Харкові, Львові та Чернівцях (табл. 8).

Таблиця 8. Поширеність ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, по регіонах України, 2013-2015 роки

Місто	2013 рік, %	2015 рік, %	Місто	2013 рік, %	2015 рік, %
Сімферополь	6,6	3,4	Одеса	10,3	9,5
Вінниця	8	7,6	Полтава	13,4	8,9
Луцьк	4,7	3,8	Рівне	0,9	6,1
Дніпропетровськ	6,7	2,2	Суми	1	1,7
Донецьк	10,5	17	Тернопіль	4	4,3
Житомир	3,1	0,7	Харків	1,2	0,9
Ужгород	0	2,1	Херсон	7,8	7,2
Запоріжжя	7,2	7,1	Хмельницький	8,7	6,1
Ів.-Франківськ	13,8	16,2	Черкаси	-*	18,6
Біла Церква	9,7	11,7	Чернівці	0	1,5
Кіровоград	6	6,5	Чернігів	-*	2,9
Луганськ	0	2,7	Київ	2	1,9
Львів	2,5	1,4	Севастополь	4,2	4,3
Миколаїв	3,9	5,8			

* Дослідження не проводилось

Як і в попередні роки, більш ураженою ВІЛ залишається старша група: серед ОСБ віком 25 років і старше показник сягає 9,9%, серед ОСБ молодшої групи – 0,7% (у 2013 році відповідні показники становили 9,5% та 2,3%). Найуразливішою залишається підгрупа ОСБ, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, де поширеність ВІЛ-інфекції залишається традиційно найвищою – 30,3%. В попередні роки цей показник становив: 27,6% у 2013 р., 45,5% у 2011 р. та 42,2% в 2008/2009 рр. Серед підгрупи ОСБ, яка повідомила,

що не вживає наркотики ін'єкційним шляхом, показник склав 4,2% та з 2008 року знизився вдвічі (на 50%) (8,5% у 2008/2009 рр., 5,8% у 2013 р.).

ЧСЧ. Показник поширеності ВІЛ серед обстежених ЧСЧ визначали на підставі результатів тестування ШТ 4550 учасників дослідження у 26 містах країни. Згідно отриманих результатів біоповедінкового дослідження, у 2015 р. поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ становила 8,5% і збільшилась проти показника 2013 року (5,9%). За даними раніше проведених досліджень відповідні показники склали 6,4% (2011 р.) та 8,6% (2009 р.).

Найвищий рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ зафіксована у містах Донецьк, Севастополь, Черкаси, Київ, Одеса, Херсон та Дніпропетровськ, найнижча – у Тернополі, Полтаві, Чернігові та Ужгороді (табл. 9).

Таблиця 9. Поширеність ВІЛ серед чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, по регіонах України, 2013-2015 роки

Місто	2013 рік, %	2015 рік, %	Місто	2013 рік, %	2015 рік, %
Сімферополь	5,9	8,5	Одеса	7,6	12,3
Вінниця	1,8	5,3	Полтава	3,5	0,6
Луцьк	4,2	3,3	Рівне	7,3	3,2
Дніпропетровськ	1	3,8	Суми	3,4	2,3
Донецьк	7,8	8,9	Тернопіль	0,9	0,5
Житомир	14,6	18,8	Харків	1,4	2,3
Ужгород	5,2	4,8	Херсон	6,1	9
Запоріжжя	2,6	1,4	Хмельницький	3,8	2,9
Ів. Франківськ	4,6	4,6	Черкаси	10,9	15,6
Біла Церква	7,3	4,2	Чернівці	1,6	6
Кіровоград	2,4	4,5	Чернігів	0,5	1
Луганськ	8,6	3,3	Київ	16,9	15,3
Львів	2,3	-*	Севастополь	16,6	17,7
Миколаїв	2,6	5,1			

* Дослідження не проводилось

Як і в попередні роки, більш ураженою ВІЛ була старша вікова група - серед ЧСЧ віком 25 років і старше показник у 2015 р. досяг 10,4% проти 7,7% у 2013 р. Зростала поширеність хвороби й у молодшій групі (4,8% у 2015 р. проти 3,0% у 2013 р.).

Таким чином, відповідно до викладеного вище, поточний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні характеризується наступним:

- За даними СЕМ, в Україні відмічаються ознаки уповільнення епідемічного процесу з ВІЛ-інфекції, поширеність ВІЛ за більшістю кодів обліку знизилась у 2015 р. За період 2009-2015 рр. спостерігалось зниження загальних рівнів поширеності ВІЛ серед донорів (з 0,14% до 0,09%) та вагітних (з 0,55% до 0,33%), протягом 2013-2015 рр. – серед вагітних 15-24 років (з 0,33% до 0,27%).
- За даними РЕН 2015 р., серед нових випадків інфікування ВІЛ переважають чоловіки (56,8%) та особи 15-49 років (71,1%). Відмічається

- чітка тенденція до зниження частки молодих людей у віці 15-24 років – з 12,0% у 2009 р. до 5,7% у 2015 р.
- Спостерігається розширення вікових меж епідемії ВІЛ-інфекції в сторону осіб старшого віку. За період 2005-2015 рр. зафіксовано збільшення кількості випадків ВІЛ-інфекції у віковій групі 30-39 років – з 28,8% до 34,5%, в групі 40-49 років – з 10,5% до 19,6%, в групі 50 років і старші – з 1,9% до 9,2%.
 - Епідемія ВІЛ-інфекції повільно поширюється серед сільського населення країни. Відсоток осіб, які проживають у сільській місцевості, від загальної кількості вперше зареєстрованих хворих на ВІЛ-інфекцію, протягом 2005 - 2015 рр. збільшився з 17,1% до 26,6%.
 - Епідемія ВІЛ-інфекції продовжує поширюватися серед загального населення за рахунок активізації статевого шляху передачі ВІЛ, питома вага якого сягнула в 2015 р. 72,5%.
 - Все більшого епідеміологічного значення набуває поширення ВІЛ-інфекції у групі ЧСЧ. У 2015 р. взято на облік 27,0% (368 осіб) від усіх ВІЛ-інфікованих ЧСЧ, які перебували під медичним наглядом станом на 01.01.2016 р. (1 368 осіб).
 - За даними біоповедінкових досліджень, найбільш уразливими епідемією ВІЛ-інфекції є СІН. Показник поширеності ВІЛ серед СІН у 2015 р. залишається на високому рівні та збільшився до 21,9% проти 19,7% у 2013 р. Зростає поширеність ВІЛ серед ЧСЧ (5,9% у 2013 р., 8,5% у 2015 р.), у т.ч. серед осіб молодшій групі 15-24 років (3,0% і 4,8%, відповідно).
 - Розвиток в країні соціально-економічної кризи та військові дії на Сході країни прогнозовано матимуть негативний вплив на стан справ у сфері протидії поширенню ВІЛ-інфекції на територіях, що тимчасово не контролюються урядом України та в Україні в цілому. Серед загальної кількості ЛЖВ, які були переміщені з окупованих територій в інші регіони України, 32,1% складають СІН.
 - Сучасний стан розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні характеризується високою активністю прихованого компонента епідемічного процесу, який формується за рахунок недиагностованих хворих на ВІЛ-інфекцію. Більше 30% ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних досліджень, в цілому по Україні, і до 50% по окремих регіонах, залишаються поза медичного спостереження з різних причин.
 - Відмічається зростання числа осіб, виявлених в III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції – з 31,9% у 2005 р. до 45,1% у 2015 р. (усі вікові групи).
 - Аналіз епідемічної ситуації свідчить, що контроль епідемії здійснюється ще не в повній мір. Пізнє виявлення захворювань, обумовлених СНІДом, та поєднаних форм ВІЛ-інфекція та туберкульоз обумовлює ще високі рівні захворюваності на СНІД (у 2015 р. – 19,8, у 2014 р. – 22,9 на 100 тис. нас.) та смертності від СНІДу (у 2015 р. – 7,1, у 2014 р. – 8,0 на 100 тис. нас.) в Україні.

Розділ 5. Каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ, станом на 01.01.2016 р.

Відповідно до міжнародних зобов'язань країни та з урахуванням рекомендацій ВООЗ та ЮНЕЙДС, обов'язковими вихідними параметрами інтегрованого епідеміологічного нагляду та аналізу забезпеченості безперервності надання медичної допомоги є каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ. Побудова каскаду має важливе значення для оцінки ступеню досягнення цілей, що відповідають зниженню захворюваності та смертності, включаючи стратегічні цілі ЮНЕЙДС 90-90-90.

Аналіз каскадних даних відображає послідовність наданих послуг у зв'язку з ВІЛ та поступове скорочення кількості осіб, які отримують такі послуги. Побудова каскаду дає змогу визначити обсяги скорочень кількості ЛЖВ та привернути увагу до основних перешкод на шляху забезпечення універсального доступу до АРТ у масштабах, необхідних для здійснення контролю за епідемією ВІЛ-інфекції.

Крос-секційний каскад в Україні, що відображає виконання профілактичних та лікувальних програм станом на 01.01.2016 р., побудовано з урахуванням всіх дорослих та дітей, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу, ґрунтується на показниках моніторингу тестування, лікування, лабораторного супроводу та на оціночних, статистичних та розрахункових даних (рис. 11).

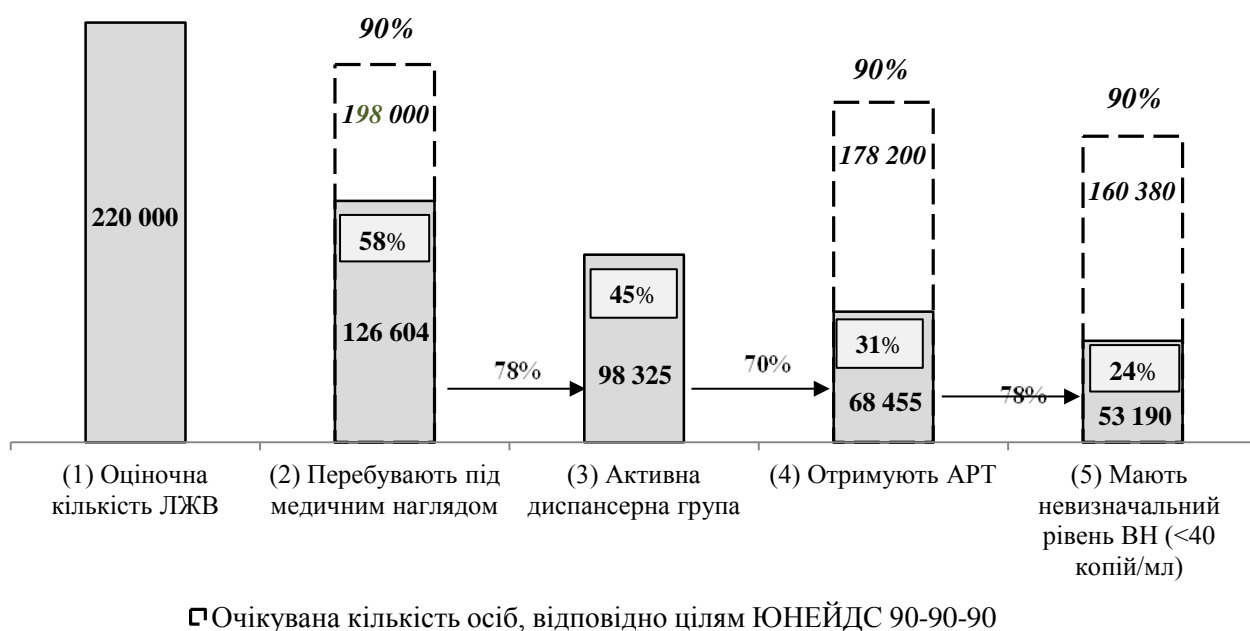


Рисунок 11. Каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ, в Україні, станом на 01.01.2016 р

Основні дані каскаду послуг для ЛЖВ:

(1) **220 000 ЛЖВ** - Оціночна кількість ЛЖВ в Україні на початок 2016 р. (усі вікові категорії).

Оціночні дані отримано за допомогою програмного забезпечення Spectrum/ERP, включають дані АР Крим, м. Севастополь та території проведення антитерористичної операції.

(2) **126 604 ЛЖВ** (58% від оціночної кількості ЛЖВ) - кількість осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус та перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу в Україні станом на 01.01.2016 р.

Для досягнення перших 90% стратегії Fast-track до 2020 року необхідно виявити та взяти під медичний нагляд ще 198 000 людей, які живуть з ВІЛ.

Дані щодо кількості ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом станом на 01.01.2016 р., отримані та узагальнені за результатами офіційної статистичної звітності 25 регіонів України, за винятком неконтрольованих територій Донецької та Луганської областей, та не враховують кумулятивну кількість померлих ВІЛ-інфікованих осіб.

(3) **98 325 ЛЖВ** (45% від оціночної кількості ЛЖВ) – активна диспансерна група, а саме кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які пройшли медичне обстеження не менше, ніж один раз у 2015 році.

На кінець 2015 р. активна диспансерна група становила 78,6% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебували під медичним наглядом станом на 01.01.2016 р.

Дані отримані за результатами офіційної статистичної звітності 25 регіонів України, за винятком неконтрольованих територій Донецької та Луганської областей, та не враховують кумулятивну кількість померлих ВІЛ-інфікованих осіб.

(4) **68 455 ЛЖВ** (31% від оціночної кількості ЛЖВ) – кількість осіб, які отримують АРТ станом на 01.01.2016 р.

Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast-track до 2020 року необхідно залучити до антиретровірусної терапії ще 178 200 людей, які живуть з ВІЛ.

Дані отримані за результатами офіційної статистичної звітності 25 регіонів України, включаючи наявні дані території проведення антитерористичної операції.

(5) **53 190 ЛЖВ** (24% від оціночної кількості ЛЖВ) – розрахункова кількість осіб, які отримували АРТ, та станом на 01.01.2016 р. досягли невизначуваного рівня вірусного навантаження ВІЛ.

Для досягнення третьої цілі 90% стратегії Fast-track необхідно, щоб до 2020 року ще у 160 380 людей, які живуть з ВІЛ та отримують АРТ, рівень вірусного навантаження був невизначуваний.

Розрахункові дані отримано на підставі результатів досліджень щодо вірусологічної ефективності АРТ за 2015 рік. Зокрема, встановлено, що особи з рівнем ВН <40 РНК копій/мл склали 78% серед усіх обстежених осіб, які отримують АРТ 6 місяців та більше.

Розділ 6. Оціночні дані щодо ВІЛ/СНІДу на початок 2016 року

Загально визнано, що офіційні дані не відображають реального масштабу епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, зокрема, дійсної кількості людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Оціночна чисельність ЛЖВ є важливим стратегічним інструментом планування заходів протидії ВІД-інфекції/СНІДу, а саме: оцінки тенденцій та прогнозу епідемічного процесу; оцінки впливу реалізації профілактичних та лікувальних програм; оцінки рівня охоплення цільових груп профілактичними інтервенціями, тощо.

Розробники оцінок та прогнозів рекомендують використовувати наведені оцінки вкрай обережно та наголошують, що порівняння між собою даних щодо ситуації з ВІЛ/СНІДу, що були отримані в попередніх раундах, є некоректним через значну різницю методів розрахунку даних та використання різних версій програмного забезпечення. Також некоректним є порівняння оціночних даних ситуації з ВІЛ/СНІДу, отриманих у попередні роки з даними оцінки станом на початок 2016 р. Також, наведені розрахунки НЕ ПОВИННІ інтерпретуватися як числова чи відсоткова зміна у порівнянні з попередніми оцінками.

Згідно з оновленою оцінкою, на початок 2016 р. в Україні мешкало 220 000 ЛЖВ всіх вікових категорій. Рівень поширеності ВІЛ у віковій групі 15-49 років оцінюється у 0,9%. За даними офіційної статистики, станом на 01.01.2016р. під медичним наглядом у закладах служби профілактики та боротьби зі СНІДом перебувало 126 604 громадян України. Співвідношення між оціночними та фактичними даними щодо кількості ЛЖВ складає 1,74:1, тобто практично кожна друга особа із числа ЛЖВ в Україні звернулася за медичною допомогою та перебуває на обліку у закладі, що здійснює медичний нагляд за ВІЛ-позитивними особами. На підставі розрахунків у програмі Spectrum/ERP 5.4, що є системою моделювання політики, були отримані наступні результати оновленої оцінки щодо ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні (табл. 10).

Таблиця 10. Оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2016 року

Оціночні показники	На початок 2016 р.
Загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ, абс. ч. (усі вікові категорії)	220 000
Рівень поширеності ВІЛ, % (дорослі 15-49 років)	0,9 %
Оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції, абс. ч. (усі вікові групи)	16 000
Оціночна кількість смертей від СНІДу, абс. ч. (дорослі 15 + років)	7 900
Оціночне охоплення АРТ, % (усі вікові групи)	27 %

Результати оцінки щодо чисельності ЛЖВ на початок 2016 року, були отримані з врахуванням території АР Крим та зони проведення АТО.

Розділ 7. Послуги з тестування на ВІЛ та зв'язок зі службою надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам

Збільшення доступу та масштабів тестування для встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції для тих, у кого він залишається невідомим, особливо для груп населення, які зазнають високого ризику інфікування ВІЛ є пріоритетними профілактичними заходами, спрямованими на подолання негативних наслідків епідемії ВІЛ-інфекції в світі.

Згідно з новими глобальними цілями ЮНЕЙДС, «90–90–90», в період до 2020 року необхідно досягти першого показника «90», що означає, що 90% людей, які живуть з ВІЛ, знають про свій діагноз. Цей перший показник «90» вкрай важливий для досягнення другого «90» – початку АРТ у ВІЛ-інфікованих осіб – і, як наслідок, для забезпечення виконання третього «90» – зниження вірусного навантаження в осіб, які отримують АРТ, до невизначуваного рівня.

Під час глобальних нарад і консультацій ВООЗ, що пройшли протягом 2015 р., розглянуто доцільність заміни терміну «тестування та консультування на ВІЛ» (HIV testing and counselling) іншим терміном, який відображає надання повного спектру медико-соціальних послуг – «послуги з тестування на ВІЛ» (HIV testing services).

За визначенням ВООЗ, термін *«послуги з тестування на ВІЛ»* (ПТВ) вживається для позначення всієї сукупності послуг, які надаються разом з тестуванням на ВІЛ, таких як консультування (дотестове інформування та післятестове консультування); прив'язка клієнтів до необхідних послуг профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ та до інших клінічних і допоміжних послуг; координація з лабораторною службою для забезпечення отримання результатів гарантованої якості, оскільки тестування на ВІЛ – це ключ до профілактики, лікування, догляду та інших заходів підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією.

Національна система ПТВ є одним з найбільш розвинених компонентів національних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Нормативно – правова база забезпечує здійснення усіх етапів ПТВ та базується на принципах добровільності, конфіденційності, безоплатності, анонімності, надання правильних результатів, забезпечення зв'язку з послугами профілактики, лікування та догляду.

Разом з тим, за даними статистичної звітності, на національному та регіональному рівнях важко оцінити континуум надання медичних послуг для ЛЖВ, оскільки моніторинг етапів «маршруту» пацієнта визначається різними нормативно-правовими документами, не узгодженими між собою:

- 1) Виконання компоненту «консультування» відстежується за формою №3-ВІЛ/СНІД (квартальна) „Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію”, затвердженої наказом МОЗ України від 11.05.2010 р. № 388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції», та базується на дезагрегації даних про консультування на ВІЛ-інфекцію у різних ЗОЗ, установах, тобто «точок» входження пацієнтів до закладу.

- 2) Компонент «тестування» у рамках сероепідеміологічного моніторингу є досить потужним та потенційно спроможним забезпечити високий інформаційний рівень оцінки епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції за результатами обстеження *різного контингенту населення*; відстежується за даними форм №1-ВІЛ/СНІД (квартальна) та №2-ВІЛ/СНІД (річна) „Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)”, затверджені наказом МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення».

Даними наказами МОЗ України регламентовані різні по своїй суті процеси – 1) консультивання, що відбувається у закладах охорони здоров'я різних профілів та підпорядкування, громадських організацій, проводиться за різними сценаріями (індивідуальне, групове) та 2) тестування із зазначенням кодів обліку обстеження на ВІЛ-інфекцію, що відображають групи ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ, ув'язнені, тощо) або заклади охорони здоров'я (протитуберкульозної, наркологічної, інфекційної, дерматовенерологічної, акушерсько-гінекологічної, патологоанатомічної, пенітенціарної служб, служби крові) або види тестування (анонімне, конфіденційне).

Тому порівнювати та співставляти результати тестування за окремими кодами з даними щодо кількості проведених консультивань на ВІЛ-інфекцію не коректно.

У 2015 р. в Україні загальна кількість осіб, які отримали дотестове консультивання становила 2 579 720 (2 473 828 індивідуальних та 105 892 групових); кількість осіб, які пройшли обстеження на ВІЛ – 2 347 915 (громадяни України, іноземні громадяни); кількість осіб, які отримали післятестове консультивання – 2 055 491 (79,7% від кількості осіб, які отримали дотестове консультивання).

Загальні «втрати» осіб на етапах консультивання та тестування становили 524,2 тис. осіб, а саме: *231,8 тис. осіб (9,0%)* втрачено між дотестовим консультиванням і лабораторним обстеженням та *292,4 тис. осіб (12,5%)* – між лабораторним обстеженням і післятестовим консультиванням. Для цих осіб у минулому році були втрачені можливості пройти повноцінну процедуру ПТВ, знати свій ВІЛ-статус, та у випадку ВІЛ-позитивного результату тестування – отримати антиретровірусне лікування та інші ВІЛ-сервісні послуги.

Загальна кількість проведених консультивань у порівнянні з 2014 роком зменшилась на 16%, що обумовлено неможливістю отримати звітність за формою №3-ВІЛ/СНІД від Донецької області та наявністю форми №3 Луганської області лише за друге півріччя 2015 року. СЕМ у звітності за формою №2-ВІЛ/СНІД не враховує дані АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції.

Встановлено, що у 4-х регіонах України кількість дотестових консультивань значно менша кількості осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ, та відображені у СЕМ: у Луганській області – на 9 819 осіб, у

Миколаївській області – на 2 681, у Одеській області – на 5296 та у м. Києві – на 28 293 (табл.11).

Виявлені розбіжності у представлених даних можуть свідчать про недостовірність даних щодо кількості проведених дотестових консультувань або про те, що значна кількість осіб, які пройшли тестування, не отримали обов'язкове дотестове консультування, або пацієнти пройшли анонімне тестування. Отже, фахівці ЗОЗ, які проводять консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію в зазначених регіонах, потребують додаткового навчання. Існує необхідність широкомасштабного запровадження супервізії з питань ПТВ на регіональному рівні.

Таблиця 11. Кількість дотестових консультувань, осіб, які пройшли тестування на ВІЛ, та післятестових консультувань у розрізі регіонів України у 2015 році*

Регіони	Кількість дотестових консультувань (індивідуальних та групових)	Кількість осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ	Різниця між кількістю дотестових консультувань та кількістю осіб які пройшли тестування	Кількість післятестових консультувань (всього)
Вінницька	86 877	65 726	21 151	70 220
Волинська	120 118	108 258	11 860	113 498
Дніпропетровська	307 284	246 416	60868	255 545
Житомирська	75 326	65 056	10 270	69 482
Закарпатська	93 393	78 382	15 011	71 689
Запорізька	161 966	127 226	34 740	90 502
Івано-Франківська	73 713	68 697	5 016	67 755
Київська	91 786	78 735	13 051	59 510
Кіровоградська	47 677	38 403	9 274	43 098
Львівська	138 932	106 468	32 464	94 047
Луганська	21 902	31 721	-9 819	8 431
Миколаївська	97 282	99 963	-2 681	77 983
Одеська	148 595	153 891	-5 296	137 591
Полтавська	84 623	63 203	21 420	58 181
Рівненська	99 895	84 680	15 215	74 431
Сумська	86 604	72 031	14 573	73 198
Тернопільська	61 864	44 780	17 084	52 343
Харківська	190 553	153 432	37 121	131 919
Херсонська	61 637	60 759	878	61 404
Хмельницька	101 778	90 868	10 910	81 033
Черкаська	94 571	89 654	4 917	80 280
Чернівецька	70 588	61 246	9 342	64 512
Чернігівська	93 965	75 719	18 246	70 940
м. Київ	168 791	197 084	-28 293	147 899

* Відсутні дані щодо кількості консультувань від Донецької області за 2015 рік, від Луганської області - за I півріччя 2015 року, дані щодо кількості тестувань на ВІЛ у 2015 році не враховують дані АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції.

Тестування та отримання інформації про ВІЛ-позитивний статус без прив'язки до лікування та догляду має обмежену цінність. За визначенням ВООЗ, *прив'язка* – це сукупність заходів з надання підтримки особам, які проходять тестування на ВІЛ і в яких виявлено ВІЛ-інфекцію, щодо залучення до послуг профілактики, лікування та догляду; включає період з моменту встановлення ВІЛ-позитивного статусу до моменту реєстрації в системі медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ.

Порядок встановлення на облік людей, які живуть з ВІЛ, та медичний нагляд за ними в Україні здійснюються відповідно до наказу МОЗ України від 10.07.2013 р. № 585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ». Метою обліку ЛЖВ є проведення епідагляду за ВІЛ-інфекцією та медичного нагляду за такими особами. Медичний нагляд за пацієнтами розпочинається з дати встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, здійснюється систематично і триває протягом усього життя пацієнта.

У рамках статистичної звітності медичний нагляд за ЛЖВ включає кумулятивний збір даних з різних «точок» входження пацієнтів до ЗОЗ служби СНІДу. Тому оцінити масштаби «втрат» при переадресації ВІЛ-позитивних пацієнтів із ЗОЗ різних служб до ЗОЗ служби СНІДу неможливо.

Впродовж останніх років в Україні намітилась тенденція до збільшення частки осіб з ВІЛ-позитивним результатом тестування, які звертаються до ЗОЗ служби СНІДу для подальшого медичного спостереження – показник охоплення диспансеризацією у 2015 р. становив 68,4%. Проте, офіційні дані свідчать, що понад 30% ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних досліджень, в цілому по Україні, та до 55% по окремим регіонам, залишаються поза медичним спостереженням. Отже, ефективність і якість надання послуг з ПТВ в Україні все ще залишаються недостатніми для того, щоб забезпечити своєчасне залучення осіб з позитивним ВІЛ-статусом до медичного нагляду.

Моніторинг безперервності та якості надання ПТВ є надзвичайно важливим для визначення ключових факторів у досягненні універсального доступу до АРТ та подоланні епідемії ВІЛ-інфекції, тому потребує удосконалення напрямку розробки заходів з посилення контролю за доходженням ВІЛ-позитивних осіб до ЗОЗ служби СНІДу.

З огляду на реформування системи охорони здоров'я країни не менш важливим є також розробка моделі ефективної системи спостереження за ВІЛ-інфікованими хворими та використання потенціалу ЗОЗ різного профілю у наданні послуг, пов'язаних з ВІЛ, на різних рівнях надання медичної допомоги – від первинної медико-санітарної до високоспеціалізованої. У цьому контексті ключовим у перебудові та вдосконаленні системи надання медичної допомоги є детальне розуміння «точок входу» пацієнтів.

Розділ 8. Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД

Антиретровірусна терапія

АРТ в Україні надається згідно з Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженим наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551 та Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям «ВІЛ-інфекція», затвердженим наказом МОЗ України від 24.02.2015 р. № 92.

Станом на 01.01.2016 року, АРТ надається в 235 закладах охорони здоров'я країни (табл. 24 Додатку 1), з них:

- 2 заклади національного рівня;
- 24 РЦ СНІД;
- 12 МЦПБС;
- 177 сайтів АРТ, розташованих на базі ЦРЛ, МЛ, поліклініки, ТМО, включно з шістьма кабінетами Одеського МЦПБС та двома кабінетами Київського МЦПБС;
- 15 сайтів АРТ, розташованих на базі протитуберкульозних закладів;
- 5 сайтів АРТ, розташованих на базі шкірно-венерологічних, наркологічних та психоневрологічних диспансерів.

Впродовж 2015 року відкрито 45 нових сайтів надання АРТ.

У звіті за 2015 рік не враховано сайти АРТ АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення АТО.

Станом на 01.01.2016 року, в Україні АРТ отримувало 60 753 пацієнтів (за кошти ДБ – 42 458, за кошти ГФ – 18 295). З наведеної загальної кількості осіб, станом на 01.01.2016 року, 1 995 осіб отримували АРТ в закладах пенітенціарної служби України за кошти ГФ (табл. 25 Додатку 1).

Діти (віком 0 – 17 років включно) отримували АРТ за рахунок коштів ДБ. На кінець 2015 року їх кількість становила 2761 осіб, що складало 4,5% від загальної кількості осіб, які отримували АРТ.

За 2015 рік кількість осіб, які отримували АРТ в ЗОЗ МОЗ України та НАМН України, зросла на 6816 осіб (на 13%). Даний показник у кількісному вимірі коливався від 27 осіб (збільшення на 3,2%) у Волинській області до 1195 осіб (збільшення на 13,7%) у Дніпропетровській області та 1174 (17,4%) в Одеській області. У відсотковому показнику найбільше зростання спостерігалось в Закарпатській області – 32 (35,6%) (табл. 26 Додатку 1).

Серед осіб, які отримували АРТ, дорослі (18 років і старше) склали 95,2% (57 992), з них 30 891 - чоловіки (53,3%), 27 101 - жінки (46,7%). У загальній потребі в АРТ частка осіб чоловічої статі складала 53,3% (33 306 осіб), жіночої – 46,7% (29 080 осіб), що свідчить про рівний доступ чоловіків та жінок до АРТ (табл. 27 Додатку 1).

Серед дорослих віком від 18 років і старше схеми АРТ I ряду отримували 93,8% пацієнтів, II ряду – 5,7%, III ряду – 0,4% пацієнтів. Серед дітей віком до 17 років включно схеми АРТ I ряду отримувало 85,5% пацієнтів, II ряду – 13,9%, III ряду – 0,5% пацієнтів.

Оцінка ефективності лікування здійснювалась шляхом когортного аналізу через 6, 12, 24, 36 і т.д. місяців від початку лікування (за формою № 57). Когорта – це група ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, які розпочали АРТ протягом одного місяця (наприклад, січень 2006, червень 2012, тощо).

Утримання на АРТ протягом 12 місяців від початку лікування для осіб, які розпочали терапію протягом 2014 року (когорта 2014), становило 85,52%. Менше 75% даний показник був у Кіровоградській, Запорізькій, Чернівецькій областях. З усіх осіб, які розпочали АРТ протягом 2014 року, через 12 місяців від початку терапії 6,22% померли, 8,26% припинили АРТ з різних причин (табл. 28 Додатку 1).

Утримання на АРТ протягом 24 місяців від початку лікування для осіб, які розпочали терапію протягом 2013 року (когорта 2013), становило 78,31%.

Утримання на АРТ протягом 60 місяців від початку лікування для осіб, які розпочали терапію протягом 2010 року (когорта 2010), становило 73,51%.

Найбільше вибуття з АРТ спостерігалось протягом перших 12 місяців від початку лікування (15% серед усіх, хто розпочинав АРТ в період з 08.2004 р. по 12.2014 р.). Основними причинами вибуття були пізній початок АРТ та низька прихильність до лікування. Надалі зростання цього показника суттєво уповільнюється. Через 10 років лікування 64% осіб, які розпочали АРТ у 2004-2005 рр., залишаються живими і продовжують отримувати АРТ (рис. 12).

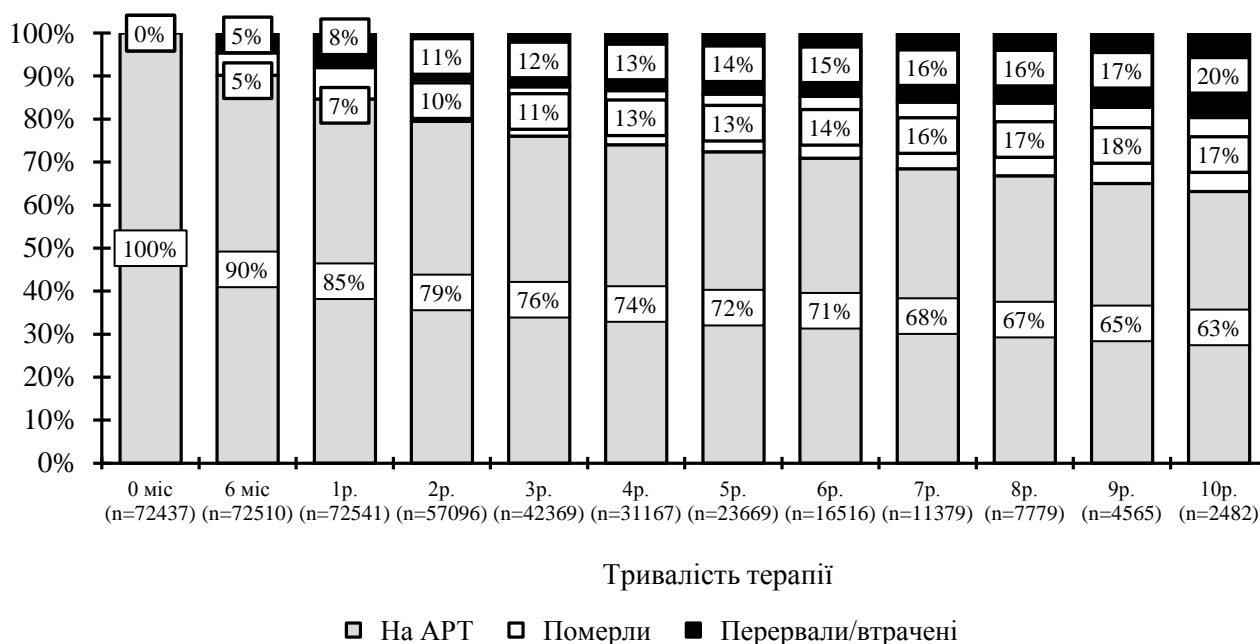


Рисунок 12. Структура утримання на АРТ (агреговані дані всіх когорт за період 08.2004 – 12.2014 рр.) (без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення АТО)

За результатами узагальнених даних когортного аналізу в період з серпня 2004 р. по грудень 2014 р. через 12 місяців лікування схеми АРТ 1-го ряду продовжували отримувати 98% осіб; серед тих, хто продовжував прийом АРТ в когорті через 12 місяців, схеми АРТ 2-го ряду – 2%, схеми порятунку – 0,04%. Динаміка зміни розподілу схем АРТ за рядами представлена на рис. 13.

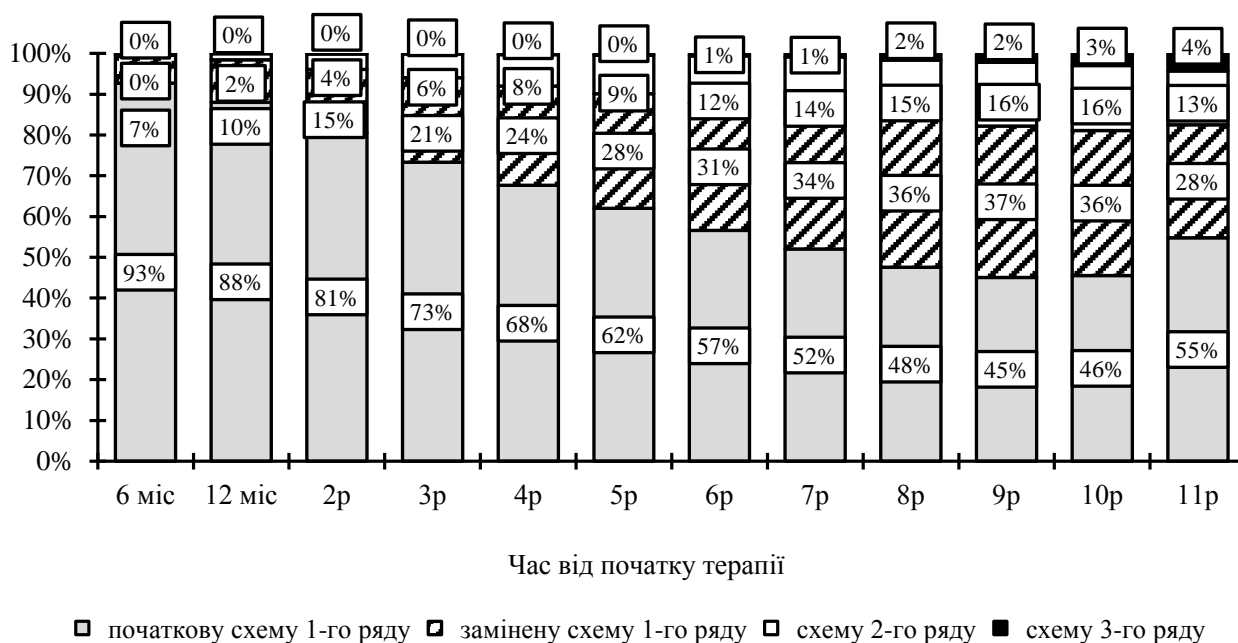


Рисунок 13. Розподіл схем АРТ за рядами серед осіб когорти, які отримують терапію (агреговані дані всіх когорт за період 08.2004 – 31.2014 рр.) (без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення АТО)

Інформація щодо роботи стаціонарних відділень Центрів СНІДу за 2015 рік надана у табл. 29 Додатку 1.

Лікування ОІ, супутніх станів та захворювань

За даними РЦ СНІД та НДСЛ «ОХМАТДИТ», у 2015 році ВІЛ-інфіковані пацієнти отримали 34 239 курсів профілактики та 27 245 курсів лікування ОІ, з них – 53,45% курсів лікування та профілактики ОІ здійснювалося за рахунок коштів ГФ; 19,17% – за рахунок коштів місцевих бюджетів, 20,17% – за рахунок власних коштів пацієнта, 5,26% – за рахунок благодійного фонду АНФ (AIDS Healthcare Foundation) та 1,95% – за рахунок інших благодійних організацій.

Серед усіх випадків ОІ, які лікувалися протягом 2015 року, 44,59% склали орофарингіальний кандидоз; 31,65% – бактеріальні інфекції (в тому числі 10,97% – бактеріальні пневмонії); 7,27% – місцеві форми інфекцій, викликаних ВПГ-1 та ВПГ-2; 3,17% – системний кандидоз; 2,81% – пневмоцистна пневмонія; 2,94% – токсоплазмоз. Профілактика ОІ була проведена у 64,4% випадках хворим на пневмоцистну пневмонію; 12,8% –

токсоплазмоз; 9,26% – орофарингеальний кандидоз; 4,41% – нетуберкульозну мікобактеріальну інфекцію.

Також в 2015 році ВІЛ-інфіковані пацієнти отримали 2 424 курси профілактики та 12 904 курсів лікування інших супутніх станів та захворювань, з них – 61,12% курсів здійснювалося за рахунок власних коштів пацієнта, 32,11% – за рахунок коштів місцевих бюджетів, 4,23% – за рахунок АНФ, 0,77% – за рахунок коштів ГФ та 1,77% – за рахунок інших благодійних організацій.

Серед усіх випадків лікування інших супутніх станів та захворювань в 2015 році 43,08% складала ураження печінки, 16,20% – анемія, 14,58% – розлади ШКТ та 10,31% – алергічні прояви. Профілактика побічних реакцій була проведена у 48,51% випадках хворим з ураженням печінки, 21,29% – розладами ШКТ, 11,67% – гепатитом С.

Кількість ВІЛ-інфікованих осіб з активним гепатитом С, які потребували лікування на кінець 2015 року, становила 4755 осіб, отримують/отримали лікування ВГС протягом року – 352 особи. Загальна кількість ВІЛ-інфікованих осіб, про яких відомо, що вони інфіковані вірусом гепатиту С на кінець 2015 року становила 30 535 осіб.

УЦКС у партнерстві з МБФ «Альянс громадського здоров'я», в рамках реалізації проекту «Розширення доступу до ефективного лікування гепатиту С через моделі лікування на рівні громад для уразливих груп населення в умовах обмежених ресурсів України» з червня 2015 року розпочато лікування пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС препаратом софусбувір в комбінації з пегільованим інтерфероном та рибавірином у Вінницькому, Дніпропетровському, Миколаївському, Полтавському, Івано-Франківському, Харківському ОЦПБС, Київському МЦПБС та ДУ «ІЕІХ НАМН України», у грудні 2015 року до проекту долучилися Київський ОЦПБС та Сумська обласна інфекційна лікарня. Даний проект є інноваційним в сфері лікування ВГС у представників груп ризику, оскільки дозволяє більш раціонально використовувати ресурси Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів від 29.04. 2013 року № 637, за рахунок скорочення термінів лікування ВГ С до 12 тижнів, замість 24-48 тижнів.

У період з червня по грудень 2015 року розпочато лікування 320 пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС, які знаходились на диспансерному обліку у РЦ СНІД, до програми були залучені хворі на моноінфекцію ВГС з груп ризику (табл. 5).

З червня по грудень 2015 року на лікуванні знаходилось 303 (94,7%) ВІЛ-позитивних пацієнта з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС, з яких 292 (96,4%) особи отримували АРТ та 12 (3,8%) пацієнтів з моноінфекцією ВГС. Передчасно припинили лікування внаслідок виражених побічних дій препаратів 3 (0,9%) пацієнта та 2 (0,6%) пацієнти відмовились від лікування.

На кінець 2015 року завершили лікування 154 особи (48,1%) з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС. В трьох випадках відмічалась неефективність лікування

ВГС, про що свідчили показники вірусного навантаження ВГС в процесі лікування.

За статевими ознаками 72% пацієнтів з ко-інфекцією, які отримують лікування, склали чоловіки та 28% жінки.

Більшість пацієнтів, яким призначено лікування, а саме 80,8%, мали досвід ін'єкційного споживання наркотичних речовин, з них 7,5% - активні СН. За звітний період на ЗПТ знаходилося 20 осіб (6,4%), які отримували комбіновану протівірусну терапію ВГС.

3 лютого 2016 розпочалась друга хвиля лікування 500 пацієнтів - представників уразливих груп населення (СН, ОСБ, ЧСЧ) з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС або моноінфекцією ВГС (табл. 12).

Таблиця 12. Стан лікування вірусного гепатиту С у регіональних центрах профілактики та боротьби зі СНІДом

№	Заклад охорони здоров'я	Загальна кількість пацієнтів, яким розпочато лікування, червень - грудень	Загальна кількість пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС, які отримують АРТ	Проліковано пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС
1.	Київська міська клінічна лікарня № 5	49	42	20
2.	ДУ «ІЕІХ НАМН України»	114	108	58
3.	Вінницький ОЦПБС	35	31	20
4.	Дніпропетровський ОЦПБС	28	27	16
5.	Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня - ОЦПБС	40	32	24
6.	Миколаївський ОЦПБС	7	7	2
7.	Полтавський ОЦПБС	22	20	9
8.	Київський ОЦПБС	5	5	
9.	Сумська обласна інфекційна лікарня	2	2	
10.	Харківський ОЦПБС	18	18	5
11.	Загалом	320	292 (91,2%)	154 (48,1%)

Розділ 9. Стан впровадження замісної підтримувальної терапії

Розлади психіки і поведінки через вживання опіоїдів (поширеність), станом на 01.01.2016 р., найчастіше зустрічаються у Миколаївській (207,0 на 100 тис. населення), Одеській (186,5), Запорізькій (166,9), Донецькій (150), Дніпропетровській (144,8), Чернігівській (125,6) Черкаській (124,3) Херсонській (121,3), Полтавській (117,8), Хмельницькій (112) областях та м. Києві (208,6). Виходячи з зазначених даних, відмічені області є пріоритетними в плані розширення ЗПТ як одного з найбільш ефективних методів лікування опіоїдної залежності, профілактики ВІЛ-інфекції та залучення ВІЛ позитивних СІН до системи медичних послуг, зокрема, формування прихильності до АРТ.

Найменші показники поширеності розладів психіки і поведінки внаслідок вживання опіоїдів у Закарпатській (14 на 100 тис. населення), Львівській (39,4), Тернопільській (43,1), Вінницькій (50), Чернівецькій (48,4) областях.

Всього під наркологічним наглядом, станом на 01.01.2016 р., перебуває 58 319 осіб з розладами психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин, з них 68% (39 664 особи) - внаслідок вживання опіоїдів. Серед усіх наркозалежних осіб, які перебувають на обліку, частка хворих внаслідок вживання опіоїдів відрізняється залежно від регіону. Найбільша частка залежних від опіоїдів у Волинській (95,7%), Житомирській (85,4%), Івано-Франківській (89,4%), Рівненській (81,4%), Тернопільській (89%), Хмельницькій (85,2%), Черкаській (86,8%) областях. Найменша - у Донецькій (51%), Запорізькій (45,6%), Київській (45,2%), Харківській (47,2%) областях. Зазначені відмінності питомої ваги залежних від опіоїдів серед усіх наркозалежних можуть пояснюватись регіональними особливостями наркосцени та потребують подальшого вивчення, з метою розробки та впровадження ефективних програм профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ та наркозалежністю.

Порівняно з даними станом на 01.01.2015 р., кількість осіб, які стоять на обліку в результаті вживання опіоїдів, зменшилась на 7 804 особи (з 47 468 до 39 664 осіб), що в першу чергу пов'язано з відсутністю статистичних даних частини території проведення АТО, а не з загальним зменшенням диспансерної групи.

Станом на 01.01.2016 р., послуги ЗПТ отримує 8 512 осіб, 7 306 пацієнтів отримують метадон таблетований, 298 – метадон рідкий, 908 – бупренорфін (табл. 13).

В цілому по Україні за 2015 рік було вперше поставлено на диспансерний облік внаслідок вживання психоактивних речовин 3 648 осіб, 2 279 з яких - через уживання опіоїдів (62%). Зазначена група вперше виявлених осіб із залежністю від опіоїдів є пріоритетною групою для їх залучення до програм лікування з використанням препаратів ЗПТ, профілактичних програм, діагностики та лікування супутніх захворювань.

Таблиця 13. Кількість пацієнтів ЗПТ станом на 01.01.2016 року

№ п/п	Регіон	Препарати ЗПТ	Кількість пацієнтів	Кількість пацієнтів з ВІЛ-інфекцією	Кількість пацієнтів з гепатитом В	Кількість пацієнтів з гепатитом С	Кількість пацієнтів на АРТ
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Вінницька область	Бупренорфін	61	25	3	54	24
		Метадон	301	77	16	199	56
		Всього	362	102	19	253	80
2	Волинська область	Бупренорфін	22	4	3	9	2
		Метадон	129	46	12	67	17
		Всього	151	50	15	76	19
3	Дніпропетровська область	Бупренорфін	71	34	14	23	20
		Метадон (рідкий)	92	49	14	15	18
		Метадон	1260	728	265	777	440
		Всього	1423	811	293	815	478
4	Донецька область	Бупренорфін	29	11	4	10	5
		Метадон	349	192	84	141	81
		Всього	378	203	88	151	86
5	Житомирська область	Бупренорфін	45	18	25	40	17
		Метадон	283	102	90	172	53
		Всього	328	120	115	212	70
6	Закарпатська область	Бупренорфін	11	1	1	11	1
		Метадон	27	1	3	24	0
		Всього	38	2	4	35	1
7	Запорізька область	Бупренорфін	49	25	8	40	23
		Метадон	277	93	57	192	64
		Всього	326	118	65	232	87
8	Івано-Франківська область	Бупренорфін	46	21	18	19	20
		Метадон	214	86	83	111	66
		Всього	260	107	101	130	86
9	м. Київ	Бупренорфін	214	97	26	115	74
		Метадон (рідкий)	206	75	34	140	43
		Метадон	409	153	61	263	97
		Всього	829	325	121	518	214
10	Київська область	Бупренорфін	14	8	1	4	6
		Метадон	152	61	37	71	43
		Всього	166	69	38	75	49
11	Кіровоградська область	Бупренорфін	21	6	2	14	2
		Метадон	266	84	34	116	18
		Всього	287	90	36	130	20

1	2	3	4	5	6	7	8
12	Луганська область	Бупренорфін	х	х	х	х	х
		Метадон	183	61	14	122	40
		Всього	183	61	14	122	40
13	Львівська область	Бупренорфін	19	5	0	9	2
		Метадон	240	117	44	96	52
		Всього	259	122	44	105	54
14	Миколаївська обл.	Бупренорфін	57	39	31	30	31
		Метадон	646	282	156	288	197
		Всього	703	321	187	318	228
15	Одеська область	Бупренорфін	53	35	8	43	32
		Метадон	250	129	62	178	102
		Всього	303	164	70	221	134
16	Полтавська область	Бупренорфін	35	14	0	26	13
		Метадон	568	162	18	315	105
		Всього	603	176	18	341	118
17	Рівненська область	Бупренорфін	16	8	0	6	4
		Метадон	137	55	10	75	28
		Всього	153	63	10	81	32
18	Сумська область	Бупренорфін	36	17	5	29	10
		Метадон	311	68	29	176	35
		Всього	347	85	34	205	45
19	Тернопільська область	Бупренорфін	18	3	1	9	3
		Метадон	99	35	6	79	13
		Всього	117	38	7	88	16
20	Харківська область	Бупренорфін	8	2	0	3	2
		Метадон	283	72	25	138	47
		Всього	291	74	25	141	49
21	Херсонська область	Бупренорфін	30	11	22	22	9
		Метадон	218	89	98	101	52
		Всього	248	100	120	123	61
22	Хмельницька область	Бупренорфін	х	х	х	х	х
		Метадон	319	113	58	99	57
		Всього	319	113	58	99	57
23	Черкаська область	Бупренорфін	21	10	0	14	5
		Метадон	168	99	21	126	54
		Всього	189	109	21	140	59
24	Чернівецька область	Бупренорфін	19	8	4	15	7
		Метадон	57	13	4	41	9
		Всього	76	21	8	56	16
25	Чернігівська область	Бупренорфін	13	9	2	9	8
		Метадон	160	103	19	51	51
		Всього	173	112	21	60	59
Всього		Бупренорфін	908	411	178	554	320
		Метадон (рідкий)	298	124	48	155	61
		Метадон	7306	3021	1306	4018	1777
		Всього	8512	3556	1532	4727	2158

Доступ до програми ЗПТ суттєво відрізняється в різних регіонах та в цілому є незадовільним. Так, відсоток осіб з опіоїдною залежністю охоплених послугами ЗПТ, відносно осіб, що перебувають на обліку, по Україні в середньому становить 21,5%, порівняно з рекомендованими 35%, і варіює залежно від регіону від 44,1% у Вінницькій і до 6,8% у Одеській областях.

Найбільший відсоток охоплення осіб з опіоїдною залежністю послугами ЗПТ в наступних областях: Житомирська (43,3%), Сумська (41,5%), Полтавська (35,5%), Вінницька (44,1%), Миколаївська (37,4%). В зазначених областях рівень охоплення послугами ЗПТ відповідає або наближується до рекомендованого.

Найменше охоплення послугами ЗПТ у Запорізькій (11,1%), Волинській (11,2%), Черкаській (12,2%), Чернігівській (13,2%), Одеській (6,8%) областях. Ці області потребують особливої уваги в плані розширення програми з метою наближення до рекомендованого охоплення послугами ЗПТ СІН. На жаль, на сьогоднішній день потреба в ЗПТ, що озвучується на регіональному рівні, часто не є об'єктивною та залежить від політичної волі осіб, які приймають рішення щодо її впровадження.

Аналіз соціально-демографічних характеристик пацієнтів ЗПТ показав, що 81% з учасників програми – чоловіки, 19% - жінки. За звітний період у жінок з числа учасниць програми відбулося 53 пологів.

Питання доступу жінок СІН до ЗПТ досі залишається надзвичайно актуальним. Ціла низка бар'єрів системного (недостатнє розуміння гендерних відмінностей, обмежений доступ жінок до формування політики та прийняття рішень щодо розподілу ресурсів), структурного (підходи та практики до надання послуг), соціального, культурного та особистісного характеру обмежують доступ жінок до наркологічного лікування.

При впровадженні програм ЗПТ необхідно враховувати особливі потреби наркозалежних жінок щодо питань, пов'язаних з вагітністю та пологами, доглядом за дитиною, репродуктивним здоров'ям, тощо.

Важливим компонентом розвитку програми на сьогоднішній день є розвиток взаємодії з акушерсько-гінекологічною службою щодо інформування наркозалежних вагітних жінок стосовно ЗПТ, її переваг в плані зниження чисельних ризиків для здоров'я дитини порівняно з продовженням вживання нелегальних наркотиків, а також проведення інформаційно-освітніх заходів з дільничними акушер-гінекологами щодо основ програми та роботи з наркозалежними жінками. Особлива увага, в свою чергу, повинна бути спрямована на забезпечення безперешкодного доступу ВІЛ позитивних СІН до послуг програми ЗПТ.

Середній вік учасників програми ЗПТ становить 37-38 років. Середній стаж вживання наркотичних речовин складає 16 років. Відтак, більшість пацієнтів програми - це особи середнього віку, які до вступу на програму мали тривалий стаж вживання наркотичних речовин та відповідно до даних анамнезу чисельні невдалі спроби лікування.

Встановлений ВІЛ-позитивний діагноз мають 3 556 (41,7 %) пацієнтів ЗПТ, 60,6 % з них приймають АРТ (2 158 осіб від загальної кількості осіб, хворих на ВІЛ-інфекцію). Особливе занепокоєння викликають дані щодо охоплення АРТ пацієнтів ЗПТ з діагнозом СНІД (71,1%). Найнижче охоплення АРТ пацієнтів програми з діагнозом СНІД у наступних областях: Волинській (42,3%), Дніпропетровській (50,2%), Житомирській (57,1%), Сумській (45,1%), Харківській (68,8%) областях.

Протягом 2015 року з програми вибуло 2 158 осіб, з них:

- успішно завершили програму – 245 (11,3% від усіх осіб, які вибули),
- покинули програму за власним бажанням – 799 (37%),
- адміністративна виписка – 520 (24%),
- померли – 368 (17%),
- були притягнуті до кримінальної відповідальності – 226 (10,5%).

Як можна побачити з отриманих даних, найчастіше пацієнти покидають програму за власним бажанням, що потребує подальшого уточнення.

Станом на 01.01.2016 р., послуги ЗПТ надавались на базі 172 лікувально-профілактичних закладів; 10 сайтів ЗПТ було відкрито протягом поточного року. Серед РЦ СНІД послуги ЗПТ надаються на базі 9, а саме: Вінницького, Запорізького, Івано-Франківського, Львівського, Одеського, Рівненського, Тернопільського, Харківського та м. Києва. Протягом 2015 року відкрито сайт на базі Одеського МЦПБС.

Всього на базі РЦ СНІД послуги ЗПТ отримує 748 пацієнтів, що становить 8,7% від загальної кількості пацієнтів ЗПТ. Переважна більшість учасників (більше 40%) отримують послуги ЗПТ на базі наркологічних диспансерів, які перевантажені і в більшості вичерпали свою спроможність щодо розширення. Відтак гостро стоїть питання відкриття нових сайтів ЗПТ, зокрема, через розширення мережі центрів первинної медико-санітарної допомоги, що надають послуги ЗПТ.

Протягом звітного року було досягнуто значного прогресу щодо впровадження рецептурної форми видачі препаратів ЗПТ, організації стаціонару на дому для пацієнтів, які за станом здоров'я не можуть щоденно відвідувати лікувальний заклад. Станом на 01.01.2016 р., 334 пацієнти у 14 областях країни отримують препарат за рецептом. На зазначений період для 155 пацієнтів було створено стаціонар на дому.

У 5 регіонах України (Вінницька, Житомирська, Львівська, Сумська, м. Київ), пацієнти мають можливість купувати препарат ЗПТ за власні кошти. Всього, станом на 01.01.2016 р., 93 пацієнти (у 5 областях) використовують зазначену можливість.

За ініціативи УЦКС, з метою подальшого розширення доступу до програми ЗПТ, підвищення якості послуг, спільно з Управлінням фармацевтичної діяльності та якості фармацевтичної продукції МОЗ України було ініційовано внесення змін до наказу МОЗ України від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на

лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень» у частині дозволу рецептурної видачі метадону таблетованої форми з встановленням гранично допустимої кількості на один рецепт. Наказом

МОЗ України від 07.08.2015 р. № 496 «Про внесення змін до Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу медичного призначення» було внесено зазначені зміни.

Також, було розроблено та прийнято наказ МОЗ України від 17 грудня 2015 р. № 863 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200». Наказ було зареєстровано Міністерством юстиції України від 13.01.2016 р. за №№45/28175, 46/28176, 47/28177, 48/28178.

В рамках прийняття зазначеного наказу було внесено наступні ключові зміни:

- виключено комісію з доцільності призначення препаратів ЗПТ з наданням права призначення препаратів ЗПТ лікарю-наркологу;
- надана можливість придбання препаратів ЗПТ за кошти різних джерел, а саме ГФ, ДБ, кошти пацієнтів, благодійні внески, тощо;
- надана можливість видачі препаратів ЗПТ для самостійного прийому поза межами ЛПЗ через рецептурну форму видачі або безпосередньо з ЛПЗ для стабільних пацієнтів та пацієнтів, які за станом здоров'я не можуть щоденно відвідувати сайт ЗПТ;
- прописано методи контролю за цільовим використанням препаратів ЗПТ для пацієнтів, які отримують його для самостійного прийому;
- виключено принижуючий людську гідність метод контролю за прийомом препарату пацієнтом, шляхом огляду його ротової порожнини;
- вдосконалено механізм забезпечення безперервності лікування пацієнтів програми у випадках планової (екстреної) госпіталізації, відрядження, відпочинку, тощо;
- до обов'язків лікаря включено необхідність проведення регулярних тестів сечі у пацієнтів на вживання інших психоактивних речовин, крім тих, що призначені лікарем, з переглядом лікувальної тактики (замість виключення з програми як у попередній версії наказу) у випадку позитивного результату тесту;
- серед причин виключення пацієнтів з програми видалено вживання інших психоактивних речовин;
- у випадку виключення пацієнта з програми обов'язкове проведення курсу детоксикації.

Прийняття зазначених наказів відповідає сучасним світовим підходам та рекомендаціям ВООЗ стосовно забезпечення збалансованого контролю за препаратами суворого обігу та їх доступністю для медичних цілей, з метою покращення доступу до лікування та забезпечення високого рівня прихильності до препаратів у пацієнтів.

Розділ 10. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні

Глобальний план щодо елімінації нових випадків ВІЛ-інфекції до 2015 року став одним із пріоритетів систем громадського здоров'я усіх країн світу. Прогрес в зниженні частоти передачі ВІЛ від матері до дитини до 2-1% (ЧПМД) було відзначено за останнє десятиліття у багатьох країнах Європи та Центральної Азії.

У рамках здійснення нових глобальних цілей у протидії ВІЛ/СНІДу ВООЗ продовжує підтримувати країни Європейського регіону ВООЗ в їх зусиллях щодо елімінації ВІЛ-інфекції від матері дитини до 2030 року. Цілі елімінації визначені як менш, ніж 2% передачі ВІЛ серед дітей, які не вигодовуються грудним молоком, і менше 5% – серед дітей, які вигодовуються грудним молоком матері.

У червні 2016 року Білорусія, Вірменія, Молдова і Таїланд слідом за Кубою (у 2015 році) отримали офіційні сертифікати ВООЗ, що підтверджують їх успіхи в запобіганні нових випадків інфікування ВІЛ серед дітей. Таїланд став першою країною з найінтенсивнішою епідемією (450 000 ЛЖВ), що отримала такий сертифікат, демонструючи, що елімінація можлива лише за умови забезпечення загального доступу до послуг з профілактики, лікування і допомоги у зв'язку з ВІЛ-інфекцією для всіх людей з дотриманням їх прав.

На сьогодні в Україні впровадження заходів програми запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини також надало змогу досягти значних успіхів. На законодавчому рівні держава гарантує забезпечення вільного доступу до послуг з профілактики передачі ВІЛ від ВІЛ-інфікованих вагітних їхнім новонародженим дітям. З 2003 року, рівень охоплення добровільним тестуванням на ВІЛ серед вагітних жінок постійно перевищує 97%. Рівень охоплення профілактичним антиретровірусним лікуванням жінок, у яких під час вагітності було діагностовано ВІЛ-інфекцію, збільшився з 9% у 1999 році до 95,0 % у 2015 році. **Результатом цієї діяльності стало суттєве – майже у 6 разів – зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини: з 27,8% у 2001 році до 3,91% у 2013 році.**

Проте, цільовим значенням ЧПМД у рамках Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки є 1%. Задля досягнення цього показника необхідно усунення низки перешкод на рівнях системи охорони здоров'я, громади та особистості, а саме – відсутність ефективної програми громадського здоров'я; проблеми державних процедур закупівлі лікарських засобів і виробів медичного призначення; дефіцит бюджетних коштів в умовах гуманітарної кризи і бойових дій на Сході України; недостатнє охоплення жінок репродуктивного віку, у тому числі ВІЛ-позитивних, послугами з планування сім'ї; стигма з боку медичних працівників щодо ВІЛ-інфікованих і соціально маргінальних жінок та слабка міжсекторальна інтеграція служб охорони здоров'я, освіти, соціальної політики, юстиції і міграції.

Значним кроком для досягнення міжнародних та національних цілей у сфері профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) стало затвердження наказом МОЗ України від 16.05.2016 р. № 449 медико-технологічної документації:

- Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» (ГСТ2016-449-1а);
- Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» (ГСТ2016-449-1у) (УКПМД).

Оновлена нормативно – правова документація з питань ППМД враховує сучасний контекст розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та ґрунтується на найновіших знаннях та доказових даних, сучасних рекомендаціях щодо оптимізації клінічної тактики та впровадження ефективних методів ліквідації нових випадків ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. Основною стратегією ППМД для України визначено Опцію «В+». Це підхід, при якому всі вагітні жінки, які живуть з ВІЛ, незалежно від кількості CD4 або клінічної стадії ВІЛ-інфекції, отримують 3-компонентну АРТ, як профілактику не тільки під час вагітності, але далі впродовж всього життя, як додатковий спосіб запобігання подальшого поширення ВІЛ та власне як АРТ.

За останніми даними в Україні кількість дітей з остаточно встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції серед загального числа дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками становила 111 дітей (когорта звітного 2013 року і ті, які пройшли через повний цикл діагностичних процедур відповідно до існуючих нормативних документів МОЗ України, а саме 2 837 дітей за винятком тих, статус яких через 18 місяців спостереження залишився на стадії підтвердження, померлих з невідомим ВІЛ-статусом та мертвнонароджених). Найбільша кількість таких дітей народились у Дніпропетровській (28), Одеській (18), Донецькій (10), Миколаївській (7) областях та м. Києві (6), тобто територіях з високим рівнем поширення ВІЛ серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини у 2013 р. перевищує загальнодержавний (3,91%) у Кіровоградській (8,9%), Дніпропетровській (5,9%), Київській (5,8%), Луганській (5,1%), Одеській (4,9%), Черкаській (4,3%), Чернігівській (4,1%), Донецькій (4,0%), Івано-франківській (4,0%) областях. Така ситуація потребує додаткових організаційних заходів щодо забезпечення профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ на основі комплексного підходу (рис. 14, табл. 22 Додатку 1).

У цілому слід зазначити, що рівень вертикальної трансмісії ВІЛ істотно залежить від застосування різних комбінацій комплексних заходів програми ППМД. За умови проведення повного курсу АРВ-профілактики ВІЛ-позитивним вагітним та їх дітям, а також виключення грудного вигодовування, ЧПМД у 2013 р. в Україні могла бути знижена до 1,5%. За умови отримання ВІЛ-позитивною вагітною АРВ-профілактики тільки у пологах, ЧПМД становить 16,0%, без отримання відповідної профілактики – 23,8%.

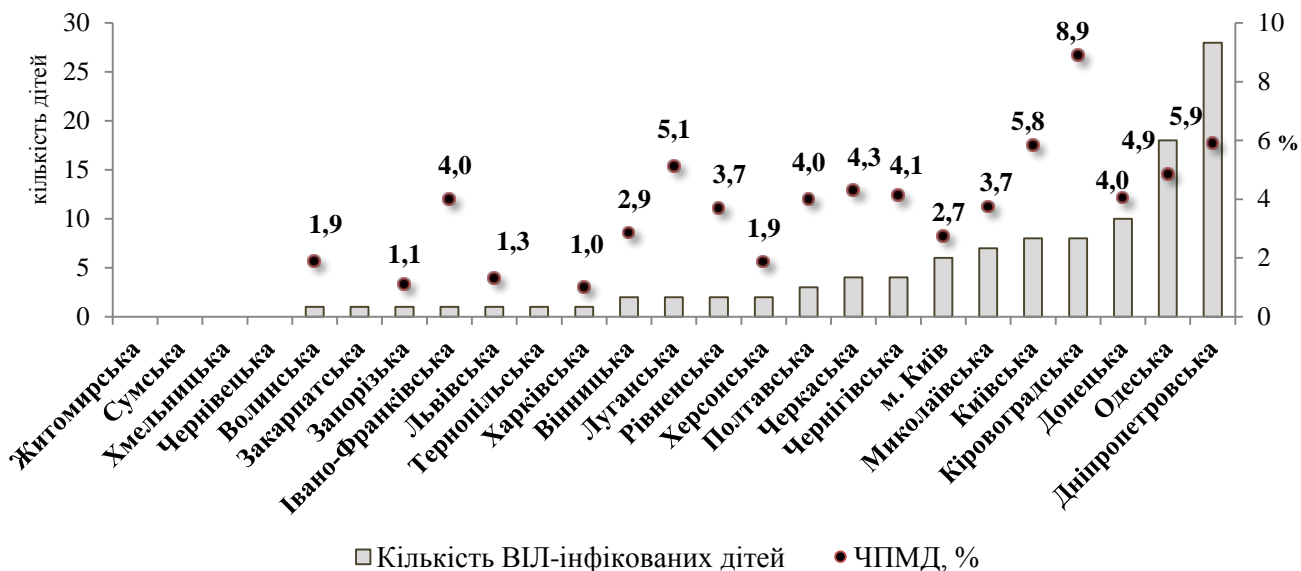


Рисунок 14. Кількість ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками та показник ЧПМД у 2013 році по регіонах України

Група СІН, як і раніше, продовжує відігравати значну роль у сфері профілактики передачі ВІЛ від матері дитині. Сучасний аналіз стану програми ППМД свідчить, що саме у групі наркозалежних вагітних рівень передачі ВІЛ новонародженим значно вище національного і сягає 6,9% у порівнянні з національним 3,9% у 2013 році. Це визначає необхідність інтегрованого підходу до впровадження профілактичних програм серед вагітних цієї групи ризику, що включає, окрім спрямованих медичних інтервенцій, покращення соціального супроводу та заходів із зниження шкоди, в першу чергу програм замісної підтримуючої терапії.

З метою виявлення та перенаправлення наркозалежних вагітних до відповідних сервісних закладів, де їм будуть надані медичні та соціальні послуги, у рамках нового УКПМД ППМД в практику закладів охорони здоров'я, що здійснюють антенатальне спостереження за вагітними, впроваджений інструмент «АССИСТ», що являє собою опитувальник для скринінгу вагітних на вживання наркотичних речовин. Впровадження інструменту «АССИСТ» буде сприятиме удосконаленню заходів ППМД серед вагітних, які мають залежності, в тому числі є СІН, та в підсумку досягненню міжнародних цілей щодо елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини в національному масштабі.

З метою отримання більш достовірного індикатора рівня передачі ВІЛ від матері до дитини, особливо у регіонах з малим числом спостережень, де протягом тривалого часу не завжди виявляється чітка тенденція, був розрахований середній показник ЧПМД. Рівень середньої ЧПМД в Україні має тенденцію до зниження – 4,44% (2009-2011 рр.), 4,36% (2010-2012 рр.), 4,11% (2011-2013 рр.). Проте показник ЧПМД залишається ще на високому рівні у 2013 році в Вінницькій (6,8%), Кіровоградській (6,7%), Дніпропетровській (5,6%), Донецькій (5,5%), Одеській (5,0%), Сумській (4,6%), Чернігівській (4,3%) та Київській (4,3%) областях.

Стан виконання програми ППМД в Україні у 2015 році

Показники моніторингу та оцінки програми ППМД у 2015 році залишилися на достатньо високому рівні, як в цілому в Україні, так й по регіонах (рис. 15, табл. 23 Додатку 1). Проте, деякі показники 2015 року мали тенденцію до зниження у порівнянні з попередніми роками. Це обумовлено, насамперед, неможливістю здійснення та отримання результатів лабораторних досліджень за причини затримки у забезпеченні за рахунок державного бюджету регіонів тест-системами та витратними матеріалами для проведення планової серологічної діагностики ВІЛ-інфекції у вагітних та ранньої та серологічної діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Також у статистиці 2015 року на національному рівні не враховувались дані АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції, що є територіями з високим рівнем поширення ВІЛ серед вагітних.

Забезпечення родопомічних закладів швидкими тестами дозволяє охопити тестуванням на ВІЛ-інфекцію майже 100% вагітних жінок в Україні. Послуги з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію у 2015 році отримали 97,6% вагітних (99,3% у 2014 р., 99,2% у 2013 р.).

У 2015 році у 2 962 ВІЛ-інфікованих жінок вагітність завершилася пологами (3 573 у 2014 р., 3886 у 2013 р.), що складає 0,7% від загальної кількості пологів в Україні. У 218 ВІЛ-інфікованих жінок вагітність завершилась перериванням (284 у 2014 р., 435 у 2013 р.).

Протягом 2015 року в Україні АРВ-профілактикою було охоплено 95,0% ВІЛ-інфікованих вагітних (95,6% у 2014 р., 96,2% у 2013 р.) та 97,3% дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками (97,2% у 2014 р. 98,7% у 2013 р.). Майже всі діти знаходилися на штучному вигодовуванні.

Відсоток ВІЛ-позитивних вагітних жінок, які є СІН та отримували АРВ-профілактику для зменшення ризику передачі від матері дитині під час вагітності становив у 2015 р. 92,3% (89,3% у 2014 р., 90,7 % у 2013 р.).

В Україні зростає застосування потрібної АРВ-профілактики під час вагітності. Частка ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали у 2015 році профілактику трьома АРВ-препаратами становила 96% (94,6% у 2014 р., 90,4% у 2013 р.), з них 46,8% жінок отримали АРТ за станом здоров'я (47,3% у 2014 р., 40,8% у 2013 р.), 53% жінок, які народили, продовжили АРТ після пологів (52% у 2014 р., 47% у 2013 р.).

Майже половина ВІЛ-позитивних вагітних (48,2%) у 2015 році знали про свій ВІЛ-позитивний статус ще до вагітності. Із числа жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час звернення у жіночу консультацію, діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений у термін вагітності до 12 тижнів – у 32,1% жінок, протягом 12 – 26 тижнів – 45,5%, після 26 тижня – 16,0% та під час та після пологів – 6,4%.

Таким чином, 22,4% (18,1% у 2014 р., 16,2 % у 2013 р.) жінок з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції дізналися про свій ВІЛ-позитивний

статус тільки у III триместрі вагітності або не знали взагалі про нього під час вагітності, відповідно не отримали комплекс медичних послуг щодо профілактики вертикальної передачі ВІЛ та мали високий ризик інфікувати ВІЛ своєю дитину.

Згідно сучасної стратегії профілактики вертикальної передачі ВІЛ, операція елективний кесарів розтин є одним з ефективних методів ППМД. У 2013 році 32,9% ВІЛ інфікованих жінок народили дітей за допомогою планового кесаревого розтину (31% у 2014 р. і 2013 р.).

У зв'язку з дефіцитом витратних матеріалів для здійснення досліджень з діагностики ВІЛ-інфекції показник охоплення ранньою ПЛР ДНК діагностикою дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, в останні 2 роки залишається на рівні 82-84% проти 94,0% у 2013 р.

В рамках оновленої стратегії профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, ВООЗ розглядає широке використання методу сухої краплі крові (СКК) для діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, як один з основних профілактичних напрямків у попередженні вертикальної трансмісії ВІЛ. Доцільність тестування дітей з використанням методу СКК є наразі обґрунтованою та дозволяє виявляти ВІЛ-інфекцію у дітей у перші 48 годин життя під час їх перебування у родопомічних закладах, що забезпечує своєчасне призначення АРТ дитині та подальше медичне спостереження її за місцем проживання.

Сьогодні метод СКК є стандартом медичної допомоги в Україні та регламентований нормативно-правовими документами. На етапі впровадження технології СКК в Україні, наказом МОЗ України від 07.08.2015 р. № 497 були визначені пілотні регіони, де зареєстрована найбільша кількість ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками – Дніпропетровська, Миколаївська, Одеська області та м. Київ. За результатами реалізації цього проекту буде накопичено та проаналізовано досвід, що дозволить поширити використання технології СКК на всю територію України. Реалізація пілотного проекту здійснюється за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).

Актуальність впровадження в Україні методу ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у новонароджених з використанням СКК зумовлена також поточною ситуацією гуманітарної кризи в країні. Переміщення людей із зон конфлікту у Донецькій та Луганській областях, у тому числі вагітних, та послаблення зв'язків жінок - переселенок з закладами охорони здоров'я призводить до несвоєчасного виявлення ВІЛ-інфекції у вагітних та підвищення ризику передачі вірусу новонародженому.

Аби знизити показник вертикальної передачі ВІЛ в Україні до рівня європейських країн – 2-1% потрібно зробити ще багато. Шлях до виконання поставлених міжнародних цілей потребує вирішення цілої низки актуальних питань як на національному так і регіональному рівнях, що по-справжньому забезпечить універсальний доступ до заходів з ППМД для всіх ВІЛ-позитивних вагітних, передусім, жінок, які належать до особливо уразливих та соціально ізольованих груп населення.

Крім того, без нових альтернативних заходів у сфері ППМД, а саме - інтегрованої допомоги жінкам у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та інших ІПСШ в рамках комплексного пакету послуг з охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї на основі прав людини, підвищення рівня підготовки персоналу ЗОЗ служби охорони материнства та дитинства з питань ППМД та обґрунтованої системи моніторингу та оцінки ефективності заходів ППМД, не можливо сьогодні ефективно впливати на проблему повного викорінення випадків передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні.

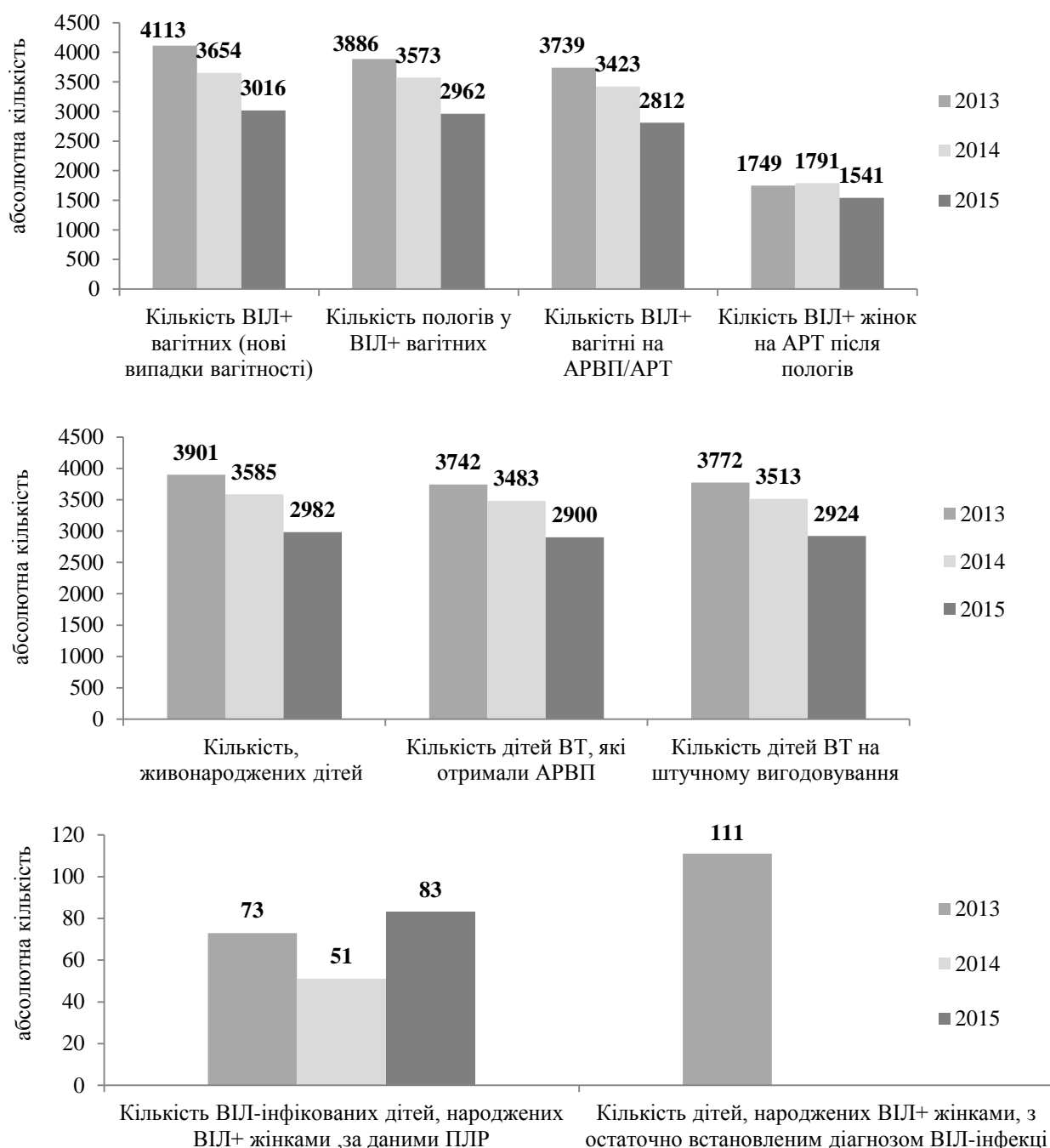


Рисунок 15. Основні показники програми ППМД у 2013 р., 2014 р., 2015 р. (без урахування даних тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополь з 2014 року та частини зони проведення АТО з 2015 року)

Розділ 11. Аналіз діяльності лабораторної служби регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом

За даними паспортних анкет, наданих головними лікарями РЦ СНІД, в Україні у 2015 році функціонувало 112 лабораторій, що здійснювали скринінгові дослідження з виявлення серологічних маркерів ВІЛ. Серед них:

- 26 лабораторій обласних та міських центрів СНІДу;
- 34 лабораторії обласних та міських центрів крові, станцій переливання крові;
- 6 лабораторій лабораторних центрів Держсанепідслужби України;
- 3 лабораторії шкірно-венерологічних диспансерів, лікарень;
- 17 лабораторій відомчих закладів;
- 5 лабораторій інститутів НАМН України;
- 20 лабораторій обласних, районних, міських лікарень;
- 1 приватна лабораторія «INVITRO», м. Дніпропетровськ.

Зміни, що відбулися у складі скринінгових лабораторій протягом 2015 року:

- 14 лабораторій (6 лабораторій Донецької області та 8 лабораторій Луганської області) знаходяться на територіях, що непідконтрольні органам державної влади України;
- 2 нові лабораторії приєдналися: лабораторія клінічної імунології ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України", приватна лабораторія «INVITRO», м. Дніпропетровськ.

З усіх 112 лабораторій 111 атестовані на право проведення вимірювань з визначення серологічних маркерів ВІЛ; не пройшла атестацію лабораторія профілактики СНІДу та СНІД-асоційованих інфекцій в службі крові – ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України».

У 2015 році був проведений об'єднаний етап четвертого раунду Програми МПР «Антитіла до ВІЛ» (зовнішня оцінка якості діагностики ВІЛ-інфекції), в якому прийняли участь 108 лабораторій. Всі 26 лабораторій обласних та міських центрів СНІДу, а також 34 лабораторії закладів служби крові отримали задовільні результати (100 %).

Матеріально-технічне забезпечення лабораторій

Перелік лабораторного обладнання, яким мають бути оснащені лабораторії центрів СНІДу, затверджено наказом МОЗ України від 19.07.2010р. № 590 «Про затвердження рекомендованих табелів оснащення виробами медичного призначення спеціалізованих закладів охорони здоров'я та структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які здійснюють клініко-діагностичні дослідження та надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД».

Слід зазначити, що з 2008 року фінансування на закупівлю лабораторного обладнання для лабораторій РЦ СНІД на виконання заходів Загальнодержавних

програм з ВІЛ-інфекції/СНІДу (на 2009-2013 рр. та 2014-2018 рр.) не виділялися, що призвело до технічного зносу приладів, неможливості вчасно оновлювати парк обладнання та закуповувати новий тип приладів для розширення спектру лабораторних досліджень з метою забезпечення розширення доступу ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД пацієнтів до якісної медичної допомоги. Не дивлячись на це, в рамках реалізації Проекту міжнародної технічної допомоги №2692-02 «Підтримка системи моніторингу й оцінки Міністерства охорони здоров'я України» у 2014 році для 21 лабораторій РЦ СНІД придбано лабораторне обладнання - біохімічні аналізатори (13 одиниць), комплекти обладнання ІФА (9 одиниць), проточні лазерні цитометри (3 одиниці), станом на 01.01.2016 року терміново потребують оновлення засоби вимірювальної техніки та допоміжного обладнання для лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції закладів охорони здоров'я наступних областей:

- *Вінницька область* - обласна станція переливання крові (рідер 1996 року випуску (далі – р.в.) та 2004 р.в.), обласний лабораторний центр СЕС (термошейкер відсутній), Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону (рідер ІФА 2003 р.в.);

- *Волинська область* - Володимир-Волинська станція переливання крові (спектрофотометр 2002 р.в., дозатори 2000 р.в.);

- *Дніпропетровська область* - Дніпропетровський МЦПБС (рідер, термостат 2000 р.в.), Криворізький шкірно-венерологічний диспансер (комплект ІФА 2004 р.в.), Дніпропетровська клінічна лікарня на залізничному транспорті (комплект ІФА 1991-1998 р.в.), ДЗ “Спеціалізована багатопрофільна лікарня № 1 МОЗ України”(комплект ІФА 2002 р.в., відсутній термошейкер), Новомосковська ЦРЛ (рідер – 2002 р.в., термошейкер відсутній), Нікопольська міська лікарня № 4 (відсутній термошейкер);

- *Житомирська область* - Новоград-Волинське ТМО (обладнання для ІФА 1997 року випуску);

- *Закарпатська область* - відділ профілактики та лабораторної діагностики СНІДу та інших інфекцій, що передаються трансфузійним шляхом, обласної станції переливання крові (рідер-спектрофотометр 2004 р.в., термошейкери 1997-1999 р.в.);

- *Запорізька область* - Мелітопольська станція переливання крові (рідер 2005 р.в.), Бердянська станція переливання крові (термошейкер 1995 р.в.), Токмацька станція переливання крові (термошейкер відсутній);

- *Івано-Франківська область* - Коломийська ЦРБ (рідер-спектрофотометр 2001 р.в., термошейкер та вошер відсутні);

- *Київська область* - ДЗ СМСЧ № 5 м. Славутич (рідер ІФА 1987 р.в., дозатори 1992 р.в., вошер, термошейкер відсутні);

- *Миколаївська область* - Первомайська центральна міська багатопрофільна лікарня (відсутній в комплекті для ІФА вошер);

- Львівська область - Військово-медичний клінічний центр Західного регіону" (спектрофотометр 2005 р.в.), Львівський відокремлений підрозділ ДУ "Лабораторний центр на залізничному транспорті Держсанепідслужби України" (спектрофотометр 1993 р.в.);

- Одеська область - ДУ «Одеський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України» (термошейкер, вошер, дозатори 2000-2005 р.в.), Ізмаїльська міжрайонна лабораторія (рідер 1997 р.в., термошейкер відсутній), Любашівська міжрайонна лабораторія (комплект ІФА 1995 р.в.), Саратовська міжрайонна лабораторія (рідер 1997 р.в.), Білгород-Дністровська міжрайонна лабораторія (термошейкер відсутній);

- Полтавська область – відділ діагностики СНІДу та ВГ Лубенської ОСПК (рідер 1998 р.в.), Лохвицька ЦРЛ (вошер, термостат відсутні), Комсомольська міська лікарня (термошейкер відсутній);

- Харківська область - поліклініка Військово-медичного закладу головного управління МВС України (комплект ІФА 1993 р.в.), Дорожня клінічна лікарня (комплект для ІФА 2000 р.в., термошейкер відсутній);

- Чернівецька область - обласний центр служби крові (комплект ІФА 2004 р.в.);

- м. Київ - Київська міська клінічна шкірно-венерологічна лікарня (комплект ІФА 1999 р.в., вошер відсутній), Дорожня станція переливання крові Південно-Західної залізниці (комплект ІФА 2003 р.в., термошейкер відсутній).

Таким чином, потребують переоснащення 33 лабораторії, що здійснюють скринінгові дослідження на ВІЛ-інфекцію в країні, що становить 29,5% від їх загальної кількості.

Важливо, що до цього переліку входять також 9 лабораторій ЗОЗ служби крові, що викликає серйозне занепокоєння, оскільки для діагностики гемотрансмісивних інфекцій у донорів крові використовується або неповний комплект обладнання, або таке, що експлуатується вже більше 10 років.

Така ситуація є неприпустимою з огляду на те, що безпека донорської крові та її компонентів є важливою складовою національної безпеки країни, проте, в умовах неналежного матеріально-технічного забезпечення лабораторій закладів служби крові гарантувати якість та достовірність отриманих результатів досліджень практично неможливо.

Кадровий потенціал

Відповідно до наданих регіонами паспортних анкет здійснено аналіз кадрового потенціалу лабораторій обласних та міських центрів СНІДу. В цілому, в порівнянні з 2014 роком, кількість фахівців, які працюють в цих закладах охорони здоров'я, зменшилась на 65 осіб, оскільки 4 лабораторії залишились на територіях, що не підконтрольні органам державної влади України (з яких 2 – лабораторії Донецької та 2 – Луганської областей).

В лабораторіях обласних та міських центрів СНІДу, відповідно до зайнятих посад, у 2015 році працювали 128 спеціалістів з вищою освітою (табл. 14).

Таблиця 14. Кадровий потенціал лабораторій обласних та міських центрів СНІДу, станом на 01.01.2016 року

Спеціалізація	Кількість осіб	Відсоток від загальної кількості
Лікарів – лаборантів – імунологів (біологів)	10	7,8
Лікарів – лаборантів - вірусологів (мікробіологів)	33	25,8
Лікарів-лаборантів (біологів) (клінічна лабораторна діагностика)	72	56,3
Лікарів-лаборантів (біологів) (клінічна біохімія)	3	2,3
Біологів (без спеціалізації)	4	3,1
Бактеріологів	6	4,7
Всього	128	100

Як видно з представлених даних, переважна більшість (56,3%) фахівців з вищою освітою є спеціалістами з клінічної лабораторної діагностики. Співставлення даних про фаховий склад лабораторій центрів СНІДу свідчить про значну диспропорцію між спеціалізацією персоналу. Враховуючи, що потреба у серологічних, імунологічних та молекулярно-генетичних дослідженнях матиме у найближчі роки стрімку динаміку зростання, основну увагу слід зосередити на підготовці лабораторних фахівців саме за цими напрямками.

Аналіз кадрового складу лабораторій, які здійснюють молекулярно-генетичні дослідження, виявив, що у 4 центрах СНІДу (Дніпропетровський та Рівненський ОЦПБС, Криворізький та Маріупольський МЦПБС) порушуються вимоги наказу МОЗ України від 24.01.2008 р. N 26 «Про затвердження державних санітарних норм і правил "Організація роботи лабораторій при дослідженні матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I-IV груп патогенності молекулярно-генетичними методами", а саме, вказані заклади не укомплектовані фахівцями необхідних спеціальностей для виконання зазначених досліджень.

Серед лабораторних спеціалістів з середньою спеціальною освітою (лаборанти та фельдшери-лаборанти) в лабораторіях обласних та міських центрів СНІДу у 2015 році працювало 180 фахівців: з них 136 мають категорію (75,6%), у 44 лаборантів (24,4%) категорія відсутня.

Серед лікарів-лаборантів за спеціальностями “Лабораторна імунологія”, «Вірусологія», «Бактеріологія», «Клінічна лабораторна діагностика» кваліфікаційні категорії мають 87 фахівців (68%):

- вищу кваліфікаційну категорію - 44 фахівця,
- першу –15 фахівців,
- другу –28 фахівців.

Лабораторні дослідження

Проведення підтверджуючих досліджень на наявність антитіл до ВІЛ повинно здійснюватися в кожній області. Так, лабораторії 23 адміністративних центрів України, окрім Хмельницької та Київської областей, вже виконують верифікацію ВІЛ-інфекції. До МОЗ України у січні 2016 року подано клопотання про включення Київського та Хмельницького ОЦПБС до переліку установ, що проводять підтверджуючі дослідження на ВІЛ-інфекцію.

Окрім діагностики ВІЛ-інфекції, для забезпечення лабораторного супроводу за ВІЛ-інфекцією та моніторингу ефективності АРТ лабораторії центрів СНІДу здійснюють інші види досліджень, основними з яких є:

- діагностика опортуністичних інфекцій, ВГ та ПСШ
- загально-клінічні, гематологічні, біохімічні дослідження
- бактеріологічні дослідження
- імунологічні дослідження (визначення кількості CD4 лімфоцитів)
- вірусологічні дослідження (визначення рівня ВН, провірусної ДНК)

Для проведення імунологічних досліджень 24 лабораторії ЗОЗ забезпечені проточними цитометрами, у тому числі, центрів СНІДу, для проведення вірусологічних досліджень - 16 лабораторій центрів СНІДу мають відповідне обладнання; 6 лабораторій центрів СНІДу забезпечені обладнанням для проведення досліджень з визначення провірусної ДНК ВІЛ-1 для ранньої діагностики ВІЛ - інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками.

Крім того, Референс - лабораторія УЦКС оснащена обладнанням для виявлення мутацій резистентності ВІЛ до АРВП у пацієнтів з вірусологічно неефективністю.

З метою наближення послуги з визначення кількості CD4 до представників ГПР, забезпечення раннього їх взяття під медичний нагляд, розширення доступу до АРТ на засадах децентралізації надання медичних послуг у січні 2015 року заклади охорони здоров'я та пенітенціарної служби України отримали у користування 30 портативних аналізаторів Alere PIMA, закуплених за кошти Глобального Фонду. З них 18 приладів було розподілено в

обласні, міські центри СНІДу та Референс-лабораторію УЦКС, 8 – в інші ЗОЗ (спеціалізовані диспансери, лікарні, кабінети «Довіра»), 4 – в заклади ДПтСУ.

УЦКС проаналізував ефективність використання портативних аналізаторів Alere PIMA за 2015 рік. За цей час проведено обстеження 11125 осіб, з яких:

- 2770 осіб – на момент обстеження не перебували під МН (24,9%);
- 8355 осіб – перебували на момент обстеження під МН (75,1%);
- 2450 осіб – пацієнти, які отримували АРТ (29,3% від кількості обстежених, які перебували під МН).

Після обстеження з визначення кількості CD4 під МН стали лише 62,3% обстежених. При цьому, за даними 3-4 кварталів 2015 року, у центрах СНІДу стали під МН 60% ВІЛ-інфікованих осіб, у той час як у інших ЗОЗ, де використовуються портативні аналізатори – 74% таких пацієнтів.

Серед обстежених осіб, які на момент обстеження не перебували під МН, за результатами роботи у 2015 році встановлено: у 59% кількість CD4 становила менше 350 клітин/мкл крові, що свідчить про пізнє виявлення ВІЛ-інфекції (3-4 стадії захворювання) та необхідність призначення їм АРТ. Проте, лише 23% з усіх обстежених протягом 3-4 кварталів 2015 року осіб почали отримувати АРТ (дані за 1-2 квартали не збирались).

Референс - лабораторія УЦКС у 2015 році за підтримки МБФ «Альянс громадського здоров'я», Американського товариства мікробіологів, CDC США провела програму зовнішньої оцінки якості досліджень з визначення кількості CD4 методом проточної лазерної цитометрії та з використанням портативного аналізатора Alere PIMA, в якій прийняли участь 44 лабораторії (29 обласних та міських центрів СНІДу, 11 інших ЗОЗ, 4 ДПтСУ). Отримано 90,6% задовільних результатів, з яких лабораторії центрів СНІДу отримали 94,1%, інші ЗОЗ – 100%, ДПтСУ - 50% правильних відповідей.

Інформація щодо діагностики ВІЛ-інфекції та лабораторного супроводу пацієнтів, які знаходяться на обліку у ЗОЗ, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, надана у таблицях 30 – 36 Додатку 1.

Розділ 12. Рекомендації щодо посилення служби профілактики та боротьби зі СНІДом за результатами прийому річних звітів

В рамках реалізації статутних положень і завдань УЦКС щодо здійснення методичного керівництва і загального контролю діяльності РЦ СНІД, затверджених наказом МОЗ України від 12.12.2012 р. № 277-о, та на виконання вимог наказу МОЗ України від 21.10.2015 р. № 689 «Про подання установами і закладами охорони здоров'я України статистичних звітів за 2015 рік та утворення робочих груп з прийому цих звітів» фахівцями УЦКС впродовж 19 - 29 січня 2015 року було здійснено прийом звітності та службової інформації за підсумками діяльності у 2015 році від 25 РЦ СНІД (*без даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення АТО*).

За підсумками проведеної роботи визначені чинники, що незадовільно впливають на ефективність заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції в кожному з регіонів та розроблені загальні рекомендації щодо посилення розвитку служби профілактики та боротьби зі СНІДом на національному та регіональному рівнях.

На національному рівні – ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» рекомендовано:

- Розробити єдиний нормативно-правовий документ, що регламентує порядок звітності та зворотного зв'язку між НУО/МА/МП, що здійснюють КіТ за допомогою ШТ, та закладами служби СНІДу, з метою створення чіткої системи переадресації людей з ВІЛ-позитивним результатом тестування та своєчасної постановки їх під МН.
- Розробити проект наказу МОЗ «Про моніторинг епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції» відповідно до вимог міжнародних стандартів та національних потреб.
- Переглянути наказ МОЗ України від № 12.03.2012 р. № 182 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфікованих осіб та інструкцій щодо їх заповнення» з метою вдосконалення звітності щодо надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам та подати його на затвердження в МОЗ України.
- Розглянути питання перегляду наказу МОЗ України від 11.05.2010 р. № 388 через складність та низький рівень подачі інформації.
- Сприяти розробці Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширеності ВІЛ-інфекції, електронної системи обліку позитивних і негативних результатів СЕМ, з метою раціонального використання ресурсів.
- Продовжувати роботу з керівниками ПТС, ДПтСУ щодо покращення співпраці між службами з питань удосконалення системи верифікації та обміну даними у сфері ЕН за ВІЛ-інфекцією/СНІДом, переадресації ВІЛ-інфікованих осіб в межах медичних установ.

- Продовжити надання організаційно-методичної допомоги з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції шляхом здійснення моніторингових візитів до РЦ СНІД.
- Організувати навчання фахівців РЦ СНІД з питань удосконалення ЕН за ВІЛ-інфекцією/СНІДом, відповідно до міжнародних стандартів та національних потреб.
- Докласти зусиль до забезпечення сталого фінансування потреб країни на закупівлю лабораторного обладнання та виробів медичного призначення, необхідних для якісного та надійного здійснення досліджень на ВІЛ-інфекцію.
- Розробити навчальні програми та тренінги, орієнтовані на фахівців, які працюють у сфері ВІЛ/СНІДу, з метою вдосконалення взаємодії між урядовими організаціями та НУО з питань перенаправлення пацієнтів в ЗОЗ для взяття їх під МН, а також з питань забезпечення біологічної безпеки при роботі з потенційно інфікованим біологічним матеріалом.
- Удосконалити механізми міжвідомчої та міжсекторальної координації в управлінні якістю лабораторних досліджень у сфері ВІЛ/СНІДу.

На регіональному рівні:

I. Департаментам (управлінням) охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій

- Сприяти налагодженню та покращенню взаємодії між регіональною службою СНІДу та іншими службами різного профілю (фтизіатрична, наркологічна, дерматовенерологічна, трансфузіологічна, патологоанатомічна та ін.), недержавним сектором, пенітенціарною системою шляхом розробки на рівні регіону відповідних нормативних документів, проведення нарад, робочих зустрічей щодо поліпшення якості та повноти регіональних даних у сфері ВІЛ/СНІДу, своєчасності взяття ВІЛ-інфікованих осіб під МН у регіоні.
- Здійснювати контроль за достовірністю даних та об'єктивну оцінку показників, що характеризують епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції у регіоні.
- Забезпечити фінансування витрат на закупівлю тест-систем для обстежень осіб контингенту з ГПР (СІН, ОСБ, ЧСЧ, статеві партнери осіб з груп ризику, пацієнти з ІПСШ).
- Сприяти запровадженню у практику діяльності донорської служби крові ефективних методів відбору донорів, з метою вилучення з їх числа осіб з факторами ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ.
- У випадку інфікування ВІЛ осіб через компоненти або препарати донорської крові терміново надавати позачергове повідомлення до МОЗ України, відповідно до чинного законодавства.
- Посилити роботу регіональних груп МіО. Забезпечити проведення навчальних заходів для тих категорій фахівців, які задіяні у розвитку регіональної системи МіО.

- Запровадити широкомасштабну супервізію з питань КіТ на регіональному рівні. Організувати додаткові навчання з питань КіТ для фахівців ЗОЗ, які проводять КіТ на ВІЛ-інфекцію.
- Забезпечити координацію та міжвідомчу взаємодію між ЗОЗ, центром СНІДу, протитуберкульозним диспансером та іншими державними відомствами і структурами, які здійснюють медичний та психосоціальний супровід клієнтів ЗПТ. Налагодити співпрацю з НУО області, сприяти інтеграції послуг для клієнтів ЗПТ, з метою подальшого розвитку ЗПТ в області, підвищення ефективності впровадження ЗПТ для хворих на опіодну залежність.
- Забезпечити подальший процес децентралізації послуг з АРТ на вторинний рівень надання медичної допомоги та їх інтеграцію в протитуберкульозну та наркологічну служби.
- Здійснювати постійний контроль за цільовим та раціональним використанням АРВП, своєчасно (не менш ніж за 4-6 місяців при потребі передати препарат за умови неможливості його використання до закінчення терміну придатності, чи потребі в препараті за умови його недостатньої кількості) повідомляти УЦКС про потребу в їх перерозподілах.
- З метою розширення доступу представників ГПР до АРТ в умовах децентралізації надання медичних послуг, налагодити ефективну комунікацію та організаційні взаємозв'язки між ЗОЗ, де проводяться дослідження з визначення кількості CD4 з використанням портативних аналізаторів Alere Pima™, та НУО, у тому числі МА.
- Забезпечити систематичне підвищення професійної підготовки фахівців, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, шляхом їх участі у навчальних семінарах-тренінгах, проходження ними стажування на робочому місці. Відпрацювати ефективні шляхи співпраці із закладами до- та післядипломної освіти для лікарів та середнього медичного персоналу.

II. Регіональним центрам профілактики та боротьби зі СНІДом

Епідеміологічний нагляд

- посилити заходи з верифікації даних та покращити якість даних, що подаються на національний рівень (*усі РЦ СНІД*);
- забезпечити дотримання вимог нормативно-правових актів щодо захисту інформації про результати тестування на виявлення ВІЛ, дотримання заходів належного зберігання конфіденційної інформації та захисту від розголошення даних, які становлять лікарську таємницю (*усі РЦ СНІД*);
- збільшити питому вагу обстежених на ВІЛ-інфекцію осіб контингенту ГПР (СІН, ОСБ, ЧСЧ, особи з ризикованою статевою поведінкою та з ПСШ) серед загальної кількості тестувань за рахунок місцевого бюджету як груп, які відіграють вирішальну роль у визначенні подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції (*РЦ СНІД Вінницької, Волинської,*

Закарпатської, Київської, Кіровоградської, Полтавської, Рівненської, Тернопільської, Чернівецької областей);

- проводити роботу щодо залучення осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими, до обстеження на ВІЛ-інфекцію з профілактичною метою (*усі РЦ СНІД*). Звернути увагу на високий рівень поширеності ВІЛ за кодом 101, у порівнянні з аналогічним середнім показником по країні (понад 14,6%), проаналізувати показники на субрегіональному рівні та посилити заходи щодо попередження інфікування ВІЛ статевим шляхом (*РЦ СНІД Дніпропетровської, Донецької, Закарпатської, Кіровоградської, Львівської, Одеської, Рівненської, Тернопільської, Чернігівської областей та м. Києва*);
- сприяти запровадженню у практику діяльності донорської служби ефективних методів відбору донорів з метою вилучення з їх числа осіб з факторами ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ (*усі РЦ СНІД*). Проаналізувати високі регіональні показники інфікованості ВІЛ первинних донорів крові та її компонентів (код 108.1) та причини перевищення ними середнього рівня по країні (понад 0,14%) (*РЦ СНІД Дніпропетровської, Донецької, Житомирської, Кіровоградської, Миколаївської, Одеської, Херсонської, Черкаської, Чернігівської областей*);
- у випадку інфікування ВІЛ осіб через компоненти або препарати донорської крові подавати до УЦКС копію термінового позачергового повідомлення, що було надіслано до МОЗ України. Аналізувати випадки виявлення позитивних результатів обстеження на ВІЛ серед кадрових донорів по територіях регіону, посилити заходи щодо контролю за утилізацією карантинізованої потенційно ВІЛ-інфікованої плазми крові (*усі РЦ СНІД*);
- проводити ревізію усіх випадків виявлення ВІЛ-позитивних вагітних жінок при повторному обстеженні на наявність ВІЛ-інфекції (код 109.2) та посилити профілактичні заходи спільно з акушерсько-гінекологічною службою щодо попередження інфікування ВІЛ жінок під час вагітності (*усі РЦ СНІД*);
- ініціювати обстеження на ВІЛ-інфекцію усіх медичних працівників, у яких була зареєстрована аварійна ситуація на робочому місці. Забезпечити повний облік таких випадків та здійснювати нагляд за медичними працівниками, які мали контакт з потенційним джерелом інфікування ВІЛ, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, згідно з вимогами наказу МОЗ України від 22.05.13 р. № 410 (*усі РЦ СНІД*);
- посилити роботу щодо повноти реєстрації нових випадків інфікування ВІЛ та здійснювати заходи стосовно підвищення охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком (не нижче 70%), шляхом забезпечення проведення якісного КіТ на ВІЛ-інфекцію, ефективної переадресації ВІЛ-позитивних осіб від НУО/МА/МП до закладів служби СНІДу (*РЦ СНІД Дніпропетровської, Донецької, Івано-Франківської,*

Кіровоградської, Львівської, Харківської, Хмельницької, Чернівецької областей та м. Києва);

- здійснювати заходи щодо своєчасного взяття під МН ВІЛ-інфікованих осіб та попередження випадків пізнього виявлення ВІЛ-інфікованих осіб. Звернути увагу на високу частку осіб з III-IV клінічними стадіями ВІЛ-інфекції серед нових випадків ВІЛ-інфекції (понад 50%) (*РЦ СНІД Дніпропетровської, Івано-Франківської, Київської, Одеської областей*);
- посилити заходи щодо активізації та якості МН за ВІЛ-інфікованими особами; звернути увагу на низьку частку осіб група АМН серед ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під наглядом (нижче 80%) (*РЦ СНІД Дніпропетровської, Донецької, Запорізької, Київської, Кіровоградської, Львівської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської, Черкаської, Чернівецької областей*);
- звернути увагу на високу частку осіб віком 15-24 років серед нових випадків інфікування ВІЛ, у порівнянні з відповідним середнім показником по Україні (понад 6,0%) та сприяти посиленню заходів з первинної профілактики ВІЛ-інфекції, спрямованих на зміну ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки серед підлітків та молоді (*РЦ СНІД Вінницької, Волинської, Житомирської, Запорізької, Львівської, Одеської, Рівненської, Сумської, Харківської, Чернівецької областей*);
- посилити роботу з первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед сільського населення на субрегіональному рівні. Звернути увагу на збільшення частки нових випадків ВІЛ-інфекції серед мешканців села (*РЦ СНІД Вінницької, Дніпропетровської, Луганської, Львівської, Миколаївської, Рівненської, Харківської, Херсонської, Хмельницької областей та м. Києва*);
- мінімізувати кількість випадків ВІЛ-інфекції з невизначеним шляхом передачі ВІЛ через забезпечення покращення якості післятестових консультувань та підвищення ефективності епідеміологічних розслідувань, в т.ч. щодо випадків офіційної реєстрації ВІЛ-інфікованих осіб після смерті (*РЦ СНІД Дніпропетровської, Донецької, Житомирської, Закарпатської, Запорізької, Сумської, Хмельницької областей та м. Києва*);
- забезпечити систематичний аналіз станів та хвороб у ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під МН, та подачу достовірних регіональних звітних даних на національний рівень (*усі РЦ СНІД*);
- проводити систематично протягом року роботу з верифікації та обміну даними між службою СНІДу та ПТС. Звернути увагу на обґрунтування виявлених розбіжностей між звітними даними двох служб серед вперше зареєстрованих випадків ко-інфекції ВІЛ/ТБ та ВДТБ у регіональних звітах (*усі РЦ СНІД*);
- спрямувати роботу обох служб на раннє виявлення ВІЛ-позитивного статусу та ТБ, своєчасне призначення лікування обох хвороб, зменшення смертності від ТБ/ВІЛ та на ефективну профілактику поширення зазначених інфекцій серед загальної популяції. Забезпечити широке

інформування та мотивування пацієнтів до обстеження на наявність антитіл до ВІЛ та проведення скринінгу на ТБ у ЗОЗ обох служб, у комплексі з наданням якісних консультаційних послуг (усі РЦ СНІД);

- забезпечити обстеження ВІЛ-інфікованих осіб віком 15 років та старше, які вперше у житті взяті під МН, на визначення абсолютної або відносної кількості CD4 (не менше 90%), маркери ВГ (не менше 80%) та достовірність відповідних даних (усі РЦ СНІД);
- надавати пояснення про ВІЛ-інфікованих дітей, які виявлені за епідеміологічними та клінічними показами, а також про летальні випадки серед дітей до УЦКС (усі РЦ СНІД);
- не допускати несвоєчасну постановку на облік та зняття з обліку дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Проводити розбір кожного випадку встановлення негативного результату обстеження на ВІЛ-інфекцію у дитини одразу після народження від ВІЛ-інфікованої матері (усі РЦ СНІД);
- забезпечити залучення усіх дітей віком до 14 років, які перебувають під МН з приводу ВІЛ-інфекції, до медичного обстеження хоча б один раз у звітному році та включення їх до групи АМН у звітності з рутинного ЕН за ВІЛ-інфекцією (РЦ СНІД Вінницької, Волинської, Житомирської, Івано-Франківської, Київської, Кіровоградської, Луганської, Миколаївської, Херсонської, Хмельницької, Чернігівської областей та м. Києва);
- проводити звірку даних обліку та звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу з територіальними органами управління ДПтСУ протягом року систематично та забезпечити формування звітних даних ДПтСУ відповідно до вимог наказу МОЗ України № 180 від 05.03.13р. (усі РЦ СНІД);
- посилити координуючу роль РЦ СНІД у налагодженні в установах ДПтСУ вчасного охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком, своєчасного обміну інформацією з іншими регіонами щодо таких ВІЛ-інфікованих осіб, які вибувають з установ ДПтСУ та змінюють місце проживання, з урахуванням вимог нормативної бази, з метою попередження подвійного обліку ВІЛ-інфікованих осіб (усі РЦ СНІД);
- здійснювати контроль за дотриманням вимог наказу МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення», наказу МОЗ України від 03.12.2015 р. № 816 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 05 березня 2013 р. № 180» та систематично аналізувати причини зняття з обліку на регіональному (локальному) рівні (усі РЦ СНІД);
- не поширювати практику необґрунтованого зняття з під нагляду ВІЛ-інфікованих осіб, з метою повноти охоплення ВІЛ-інфікованих осіб МН та отримання більш реальної оцінки показників поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу за даними ЕН (усі РЦ СНІД);

- покращити якість медичного спостереження та ЕН за ВІЛ-інфікованими особами, розробити на субрегіональному рівні заходи щодо попередження зняття з-під нагляду ВІЛ-інфікованих осіб по причині невідомого місцеперебування (*РЦ СНІД Донецької, Закарпатської, Івано-Франківської, Київської, Кіровоградської, Херсонської, Черкаської областей та м. Києва*);
- включати у звітну форму дані про прибулих з інших регіонів, країн та вибулих за межі області, відповідно до вимог наказу МОЗ України від 05.03.13 р. № 180. Не враховувати в регіональний звіт міграцію ВІЛ-інфікованих осіб у межах області. Надавати уточнюючу інформацію про кількість засуджених, які мігрували протягом звітного року у межах області та яких було включено у регіональний звіт (графа 6 таблиць 2000 та 2001 форми № 2-ВІЛ/СНІД) (*усі РЦ СНІД*);
- забезпечити дотримання Алгоритму дій при переведенні під нагляд ВІЛ-інфікованого пацієнта між центрами СНІДу різних регіонів та Алгоритму дій при постановці на облік особи з раніше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції за особистим зверненням пацієнта в ЗОЗ служби СНІДу іншого регіону, направлених листом УЦКС від 06 липня 2015 р. № 1331 (Додатки 3, 4 до листа) (*усі РЦ СНІД*);
- посилити взаємодію з фтизіатричною, патологоанатомічною службами та судово-медичною експертизою по обміну та верифікації даних щодо причин смерті ВІЛ-інфікованих осіб, зокрема, прийняття спільного рішення про встановлення причини смерті від ко-інфекції ВІЛ/ТБ або безпосередньо від ТБ (*усі РЦ СНІД*);
- вживати заходи до мінімізації кількості випадків смерті з невстановленими причинами, забезпечити наявність копій форм облікової медичної документації (остаточне свідоцтво про смерть (форми № 106/0, № 106-1/0, № 106-2/0) або/та Протокол патолого-анатомічного дослідження (форма № 013/о), витяг з Висновку експерта, Акт судово-медичного дослідження (форма № 171/о)), що підтверджують хворобу (патологічний стан), яка стала безпосередньою причиною смерті та зазначена у формі № 502-2/о (*усі РЦ СНІД*).

Проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію

- забезпечити участь фахівців РЦ СНІД при впровадженні широкомасштабної супервізії з питань КіТ та проведенні додаткових навчань з питань КіТ для фахівців ЗОЗ, які проводять КіТ на ВІЛ-інфекцію.

Надання медичної допомоги та моніторинг лікування

- забезпечити впровадження анкетування щодо скринінгу на ТБ в усіх закладах, де знаходяться під МН ВІЛ-інфіковані пацієнти, відповідно до вимог «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз.» (*усі РЦ СНІД*);

- забезпечити співпрацю з фтизіатричною службою з метою своєчасного надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ та з метою вдосконалення обліку таких пацієнтів (*усі РЦ СНІД*);
- посилити роботу щодо раннього тестування на ВІЛ та пришвидшення постановки під МН осіб, яким встановлений діагноз ТБ для вчасного призначення АРТ (*усі РЦ СНІД*);
- посилити увагу до відстеження і моніторингу пацієнтів диспансерної групи, які не отримують АРТ, та подання у звітах (звітна форма № 56) актуальної інформації про кількість осіб, які потребують, але не отримують АРТ, з урахуванням змін до Клінічного протоколу щодо АРТ, затверджених наказом МОЗ України від 22.12.2015 р. № 887 (*усі РЦ СНІД*);
- забезпечити постійний моніторинг схем АРТ, які використовуються в межах регіону, в т. ч. доцільності призначення та використання схем АРТ з потенційно низькою вірусологічною ефективністю та дотримання критеріїв віднесення схем АРТ до схем 2-го та 3-го ряду (*усі РЦ СНІД*);
- забезпечити подальшу співпрацю з НУО з формування прихильності АРТ та соціального супроводу пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, в тому числі на місцевому рівні (*усі РЦ СНІД*);
- забезпечити супровід ВІЛ-інфікованих матерів та народжених ними дітей (РЦ СНІД *Херсонської області*).

Лабораторний моніторинг

- керівникам Дніпропетровського та Рівненського ОЦПБС, Криворізького та Маріупольського МЦПБС терміново вирішити питання щодо забезпечення лабораторій ЗОЗ фахівцями необхідної спеціалізації для виконання молекулярно-генетичних досліджень;
- керівникам ЗОЗ, лабораторії яких не пройшли атестацію на право проведення вимірювань з визначення серологічних маркерів ВІЛ, терміново вирішити це питання;
- підсилити методичну, навчальну та контрольню-аналітичну функцію лабораторій РЦ СНІД.

Розвиток регіональної системи МіО

- Забезпечити механізм ефективного розповсюдження інформації у сфері МіО за допомогою регулярного розміщення інформації на веб-сайтах РЦ СНІД, а також оприлюднення звітів, довідок, презентацій, аналітичної інформації для прийняття управлінських рішень щодо посилення відповіді регіонів на епідемію ВІЛ-інфекції.

Розділ 13. Використання методики Clinical Assessment for System Strengthening (CLASS) для моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я

На сьогодні, для досягнення якісних послуг для людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) потрібне грамотне управління та, за можливості, проведення попередньої експертизи спроможності закладів охорони здоров'я.

Клінічна оцінка для посилення систем (Clinical Assessment for Systems Strengthening, CLASS) є методикою якісної оцінки закладу, основна мета якої – визначення успішних практик, досягнень і наявних можливостей закладу, оцінка його потреб щодо посилення власного потенціалу та пошук шляхів і ресурсів для забезпечення сталого та безперервного процесу надання якісних послуг (<http://www.classtoolkit.org>). На відміну від традиційних підходів, методика CLASS не є інструментом контролю та передбачає участь в даному процесі як експертів, які здійснюють оцінку, так і представників закладу, що оцінюється.

Методика CLASS розроблена в рамках співпраці Американської адміністрації з ресурсів і послуг у сфері охорони здоров'я (Health Resources and Services Administration – HRSA) з Міжнародним центром підготовки та освіти з питань охорони здоров'я департаменту глобального здоров'я університету штату Вашингтон (The International Training and Education Center for Health, Department of Global Health, University of Washington, I-TECH/UW) з метою сприяння довгостроковій стійкості та державній підтримці програм профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу.

I-TECH відіграв вирішальну роль в адаптації даної методики до українського контексту за фінансової підтримки федеральної агенції США «Центри контролю та профілактики захворювань» (CDC) та адміністрації з ресурсів і послуг у сфері охорони здоров'я (HRSA) в рамках реалізації заходів Надзвичайного плану президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом (PEPFAR) в Україні.

Інструментарій CLASS складається з модулів, що являють собою тематичні керівництва для здійснення якісної оцінки закладів шляхом глибинних групових та індивідуальних інтерв'ю, розгляду потрібної документації та верифікації отриманої інформації. З 2009 року модулі CLASS активно використовуються в США, країнах Азії, Африки, Східної Європи, а з 2012 року – в Україні.

Національним координатором здійснення оцінки за методикою CLASS в Україні є УЦКС, на регіональному рівні – обласні та Київський міський центри профілактики і боротьби зі СНІДом.

Проведення оцінки закладів за методикою CLASS включає:

- проведення детального та глибокого аналізу адміністративних, фінансових, кадрових і технічних можливостей закладів, що впроваджують програми профілактики, діагностики, лікування, догляду

та підтримки ЛЖВ, за кошти державного/місцевого бюджетів або за підтримки проектів міжнародної технічної допомоги;

- визначення у закладах напрямів діяльності, які потребують посилення та/або технічної допомоги для забезпечення сталості, безперервності й відповідної якості надаваних послуг;
- надання рекомендацій щодо посилення потенціалу закладів;
- активне планування представниками закладів практичних заходів щодо підсилення системи надання медико-соціальних послуг для ЛЖВ та розроблення кроків для реалізації таких заходів;
- надання інформації всім зацікавленим партнерам щодо наявних потреб у технічній допомозі, визначення місцевих ресурсів для задоволення цих потреб та планування технічної допомоги стосовно посилення потенціалу та підвищення якості надаваних послуг;
- інформування заходів з розвитку та впровадження системи безперервного підвищення якості послуг у закладі чи організації.

До проведення оцінки залучаються лише спеціалісти, які пройшли відповідне навчання та мають сертифікат експерта з оцінки за методикою CLASS. На сьогодні, загальна кількість національних сертифікованих експертів CLASS в Україні - 11.

Для оцінки використовують такий перелік модулів, адаптованих в Україні:

1. Модуль «Адміністративна діяльність» – призначено для здійснення оцінки адміністративного потенціалу закладу та якості управління програмами чи ресурсами.

2. Модуль «Фінансова діяльність» – призначено для оцінки фінансової стабільності діяльності закладу та впроваджуваних програм, а також системи фінансового управління.

3. Модуль «Консультування і тестування на ВІЛ» – призначено для оцінки системи контролю й забезпечення якості послуг із консультування та тестування серед загального населення та представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ.

4. Модуль «Медична допомога» – призначено для оцінки кадрового потенціалу, спектра, якості, повноти, сталості та безперервності надання медичних послуг із профілактики, діагностики й лікування ВІЛ-інфекції.

Після завершення оцінки за кожним модулем розробляється план подальшої роботи щодо пошуку відповідних джерел надання допомоги для посилення потенціалу. Базуючись на результатах, отриманих під час оцінки, керівництво установи або закладу отримує можливість розробити та впровадити необхідні процедури для постійного поліпшення якості надання медичної допомоги. Інформація, отримана в результаті проведення оцінки CLASS, є достатньою підставою для обґрунтування закладом потреби посилення свого потенціалу, отриманні технічної та іншої допомоги для

забезпечення сталості розвитку й ефективності впровадження програм протидії ВІЛ/СНІДу.

Звертає увагу той факт, що запропонований універсальний інструмент CLASS є особливо актуальним у період реформування системи охорони здоров'я, пошуку економічно ефективних рішень, підвищення вимог до сертифікації медичних закладів, а також якості медичних та соціальних послуг. У відповідності до методичних рекомендацій «Використання методики Clinical Assessment for Systems Strengthening (CLASS) для моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я України за напрямком протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу», які 28 січня 2016 р. були затверджені МОЗ України (реєстраційний номер 177.15/04/16), *«Проведення пропонованої оцінки та отримання результатів CLASS є бажаним до початку державної акредитації закладу охорони здоров'я на вищу кваліфікаційну категорію, особливо медичних закладів другого і третього рівнів надання медичної допомоги. Та обов'язковою сертифікації на відповідність вимогам національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000, а також ДСТУ ISO серії 9001 щодо наявності й ефективності систем управління якістю».*

З 2012 р. по травень 2016 р. були зроблені наступні кроки щодо впровадження методики CLASS в Україні:

- Проведено адаптацію чотирьох модулів CLASS відповідно до українського контексту епідемії ВІЛ-інфекції та вимог нормативно-правової бази. Завершено розробку двох нових модулів "Лабораторія" і "Надання інтегрованих послуг ЛЖВ з ко-інфекції ТБ/ВІЛ".
- Організовано та проведено низку тренінгів для представників команди рецензентів щодо використання методики CLASS.
- Якісну оцінку закладів за методикою CLASS здійснено у семи регіонах України – Дніпропетровська (міста Дніпропетровськ і Кривий Ріг), Запорізька, Київська, Львівська, Одеська, Черкаська та Чернівецька області. Загальна кількість закладів, що були оцінені – 14, в тому числі 8 регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, 4 кабінети Довіра, 2 ГО.
- Розроблені та затверджені наказом МОЗ України методичні рекомендації «Використання методики Clinical Assessment for System Strengthening (CLASS) для моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я України в напрямку протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу».
- Підготовлено план розвитку та впровадження методики CLASS в Україні у 2016 році.

На сьогоднішній день, завдяки тісній співпраці УЦКС з I-TECH, Україна стала першою країною серед партнерів I-TECH, в якій державна установа самостійно впроваджує та поширює досвід системи якісної оцінки закладів охорони здоров'я.

Таблиця 1. Результати сероепідмоніторингу поширення ВІЛ за результатами серологічної діагностики в Україні у 2015 році¹

Коди	Контингенти осіб, які обстежені на ВІЛ-інфекцію	Обстежено ² осіб	Виявлено ³ ВІЛ+ осіб	%
100	Громадяни України - всього, в т.ч. за окремими кодами:	2 344 741	23 193	0,99
101	особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими	10 111	1 477	14,6
102	споживачі ін'єкційних наркотичних речовин	129 278	2 162	1,7
103	особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом	25 416	255	1,0
104	особи із симптомами або хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом	43 413	438	1,0
105	особи з ризикованою статевою поведінкою	119 301	1 602	1,3
106	призовники, абітурієнти військових закладів	100 052	268	0,3
107	особи з інших груп ризику щодо інфікування ВІЛ, обстежені за епідеміологічними показаннями	43 817	598	1,4
108	донори	617 815	531	0,1
109.1	вагітні	442 766	1 482	0,3
111	діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, обстежені з метою остаточного встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції у віці 18 місяців і старші	3 048	30	1,0
112	особи, які перебувають у місцях позбавлення волі	17 099	957	5,6
113	особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою в заклад охорони здоров'я	271 324	6 080	2,2
114	особи, обстежені анонімно	31 000	1 227	4,0
115	особи, які мають ризик інфікування ВІЛ унаслідок медичних маніпуляцій за епідеміологічними показаннями	1 149	1	0,1
116	особи, обстежені за власною ініціативою	485 346	3 063	0,6
119	померлі особи	882	69	7,8

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

² кількість осіб, які були обстежені при скринінгових дослідженнях на антитіла до ВІЛ методами серологічної діагностики протягом звітного періоду (ІФА, ШТ)

³ кількість осіб, у яких виявлені серологічні маркери ВІЛ при проведенні підтверджувальних досліджень методами серологічної діагностики (ІФА, ІБ), у т.ч. верифікаційні дослідження з використанням 2-х ШТ в окремих випадках відповідно до наказу МОЗ України від 21.12. 2010 р. № 1141, а саме: у закладах охорони здоров'я, що надають послуги консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію; у пологових будинках при обстеженні жінок з невідомим ВІЛ-статусом з метою призначення АРВ-профілактики; при обстеженні осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, з метою встановлення ВІЛ-статусу

**Таблиця 2. Результати сероепідмоніторингу поширення ВІЛ
за результатами обстежень за допомогою швидких тестів (ШТ) в Україні у 2015 році¹**

Коди	Контингенти осіб, які обстежені на ВІЛ-інфекцію	Обстежено ² осіб	структура тестування за контингентами обстеження, %	% від загальної кількості обстежених осіб за відповідним кодом
100	Громадяни України - всього, в т.ч. за окремими кодами	293 822 ³	100	12,5
101	особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими	3 398	1,2	33,6
102	споживачі ін'єкційних наркотичних речовин	112 552	38,3	87,1
103	особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом	24 822	8,4	97,7
104	особи із симптомами або хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом	6 576	2,2	15,1
105	особи з ризикованою статевою поведінкою	46 503	15,8	39,0
107	особи з інших груп ризику щодо інфікування ВІЛ, обстежені за епідеміологічними показаннями	7 528	2,6	17,2
109.1	вагітні, обстежені вперше протягом вагітності незалежно від терміну вагітності	8 305	2,8	1,9
109.2	вагітні, обстежені повторно протягом вагітності при ВІЛ-негативному результаті за кодом 109.1	5 732	2,0	1,6
112	особи, які перебувають у місцях позбавлення волі	8 749	3,0	51,2
113	особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою в заклад охорони здоров'я, всього у тому числі обстежені у:	29 772	10,1	11,0
113/тбц	ЗОЗ, що надають допомогу хворим на туберкульоз	10 376	3,5	24,2
113/інф	ЗОЗ інфекційного профілю	4 259	1,4	16,4
113/ін	ЗОЗ інших профілів	15 137	5,2	7,5
114	особи, обстежені анонімно	4 154	1,4	13,4
116	особи, обстежені за власною ініціативою	33 794	11,5	7,0

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

² кількість осіб, які були обстежені за допомогою швидких тестів у громадських організаціях, закладах охорони здоров'я, місцях позбавлення волі, у рамках біоповедінкових досліджень

³ за повним переліком СЕМ

Коди	Контингенти осіб, які обстежені на ВІЛ-інфекцію	Виявлено ⁴ ВІЛ+ осіб	структура позитивних результатів за контингентами обстеження, %	% від загальної кількості виявлених ВІЛ+ осіб за відповідним кодом
100	Громадяни України - всього, в т.ч. за окремими кодами	2 665 ⁵	100	11,5
101	особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими	323	12,1	21,9
102	споживачі ін'єкційних наркотичних речовин	534	20,0	24,7
103	особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом	82	3,1	32,2
104	особи із симптомами або хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом	46	1,7	10,5
105	особи з ризикованою статевою поведінкою	324	12,2	20,2
107	особи з інших груп ризику щодо інфікування ВІЛ, обстежені за епідеміологічними показаннями	52	2,0	8,7
109.1	вагітні, обстежені вперше протягом вагітності незалежно від терміну вагітності	84	3,2	5,7
109.2	вагітні, обстежені повторно протягом вагітності при ВІЛ-негативному результаті за кодом 109.1	1	0,04	3,4
112	особи, які перебувають у місцях позбавлення волі	96	3,6	10,0
113	особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою в заклад охорони здоров'я, всього	865	32,5	14,2
	у тому числі обстежені у:			
113/тбц	ЗОЗ, що надають допомогу хворим на туберкульоз	240	9,0	16,9
113/інф	ЗОЗ інфекційного профілю	156	5,9	18,2
113/ін	ЗОЗ інших профілів	469	17,6	12,3
114	особи, обстежені анонімно	51	1,9	4,2
116	особи, обстежені за власною ініціативою	183	6,9	6,0

⁴ кількість осіб, у яких виявлені серологічні маркери ВІЛ при проведенні підтверджувальних досліджень за допомогою 2-х ШТ відповідно до наказу МОЗ України від 21.12.2010 р. № 1141

⁵ за повним переліком СЕМ

Таблиця 3. Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції серед донорів у 2015 році¹

Регіони	Донори, всього код 108			Первинні (разові) донори код 108.1		
	обстеження	позитивні	%	обстеження	позитивні	%
Україна	617 815	531	0,09	397 529	508	0,13
Вінницька	17 889	9	0,05	15 506	9	0,06
Волинська	26 364	10	0,04	24 169	10	0,04
Дніпропетровська	64 630	84	0,13	38 757	81	0,21
Донецька	27 808	43	0,15	15 042	42	0,28
Житомирська	15 541	23	0,15	9 710	22	0,23
Закарпатська	13 929	2	0,01	13 422	2	0,01
Запорізька	43 184	17	0,04	20 466	16	0,08
Івано-Франківська	18 151	20	0,11	13 812	20	0,14
Київська	23 266	16	0,07	17 189	16	0,09
Кіровоградська	11 174	14	0,13	7 968	14	0,18
Луганська	12 572	6	0,05	7 178	5	0,07
Львівська	27 483	13	0,05	26 472	13	0,05
Миколаївська	25 701	40	0,16	14 646	37	0,25
Одеська	32 249	50	0,16	23 159	50	0,22
Полтавська	20 365	12	0,06	10 419	12	0,12
Рівненська	14 072	4	0,03	7 402	4	0,05
Сумська	38 872	8	0,02	10 230	6	0,06
Тернопільська	13 970	12	0,09	5 785	7	0,12
Харківська	31 143	20	0,06	28 987	20	0,07
Херсонська	11 506	11	0,10	5 567	11	0,20
Хмельницька	34 131	19	0,06	24 711	19	0,08
Черкаська	15 763	17	0,11	10 330	16	0,15
Чернівецька	10 892	5	0,05	4 136	5	0,12
Чернігівська	16 010	23	0,14	8 319	23	0,28
м. Київ	51 150	53	0,10	34 147	48	0,14

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 4. Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних у 2015 році¹

Регіони	Вагітні (первинне обстеження) код 109.1			Вагітні 15-24 років коди 109.1.1 + 109.1.2			Вагітні (друге обстеження) код 109.2		
	обстежено	позитивні	%	обстежено	позитивні	%	обстежено	позитивні	%
Україна	442 766	1 482	0,33	135 587	363	0,27	366 226	29	0,01
Вінницька	17 494	38	0,22	5 640	14	0,25	14 821	0	0,00
Волинська	14 452	20	0,14	5 592	4	0,07	12 027	0	0,00
Дніпропетровська	38 896	257	0,66	13 083	75	0,57	29 625	13	0,04
Донецька	16 182	124	0,77	2 889	26	0,90	12 784	4	0,03
Житомирська	14 206	45	0,32	4 822	11	0,23	12 125	1	0,01
Закарпатська	18 813	7	0,04	4 976	3	0,06	11 934	0	0,00
Запорізька	18 403	51	0,28	4 706	8	0,17	15 517	0	0,00
Івано-Франківська	17 206	16	0,09	7 191	1	0,01	4 837	0	0,00
Київська	19 048	95	0,50	7 428	22	0,30	19 071	2	0,01
Кіровоградська	8 120	59	0,73	2 995	1	0,03	6 243	0	0,00
Луганська	4 744	20	0,42	2 696	1	0,04	3 956	0	0,00
Львівська	29 076	32	0,11	10 307	10	0,10	26 112	0	0,00
Миколаївська	12 701	41	0,32	3 769	10	0,27	10 693	0	0,00
Одеська	30 516	222	0,73	9 815	70	0,71	25 660	4	0,02
Полтавська	14 865	38	0,26	4 619	11	0,24	13 695	1	0,01
Рівненська	17 096	25	0,15	3 529	8	0,23	15 865	1	0,01
Сумська	10 903	27	0,25	3 497	9	0,26	9 290	1	0,01
Тернопільська	11 016	10	0,09	5 116	1	0,02	9 929	0	0,00
Харківська	28 823	63	0,22	8 787	13	0,15	22 356	0	0,00
Херсонська	12 749	41	0,32	4 477	12	0,27	10 637	0	0,00
Хмельницька	14 773	24	0,16	5 304	5	0,09	12 754	0	0,00
Черкаська	12 975	21	0,16	3 888	6	0,15	9 949	2	0,02
Чернівецька	11 959	6	0,05	2 564	0	0,00	10 464	0	0,00
Чернігівська	9 779	42	0,43	2 236	15	0,67	8 161	0	0,00
м. Київ	37 971	158	0,42	5 661	27	0,48	37 721	0	0,00

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 5. Відсоток обстежених на ВІЛ-інфекцію та виявлених ВІЛ-позитивних осіб з груп підвищеного ризику (ГПР) за кодами 101.2, 102, 103, 104 та 105.2 від загальної кількості обстежених та виявлених ВІЛ-позитивних осіб (за виключенням донорів та вагітних) у 2015 році¹

Регіони	Обстежені особи на ВІЛ-інфекцію			Виявлені ВІЛ-позитивні особи		
	Кількість обстежених осіб (за винятком донорів та вагітних)	З них - кількість обстежених осіб з ГПР	%	Кількість виявлених осіб (за винятком донорів та вагітних)	З них - кількість виявлених осіб з ГПР	%
Україна	1 284 160	224 002	17,4	21 151	2 931	13,9
Вінницька	29 832	3 745	12,6	290	25	8,6
Волинська	67 434	3 296	4,9	295	26	8,8
Дніпропетровська	142 777	27 196	19,0	3 902	480	12,3
Донецька	51 516	12 164	23,6	1 459	148	10,1
Житомирська	35 300	4 766	13,5	590	67	11,4
Закарпатська	45 607	1 789	3,9	87	5	5,7
Запорізька	65 444	9 064	13,9	652	103	15,8
Івано-Франківська	33 229	1 595	4,8	276	55	19,9
Київська	36 290	4 628	12,8	1 262	271	21,5
Кіровоградська	19 109	2 307	12,1	681	122	17,9
Луганська	14 402	4 739	32,9	172	28	16,3
Львівська	49 837	9 621	19,3	616	90	14,6
Миколаївська	61 518	12 795	20,8	1 152	188	16,3
Одеська	90 816	17 878	19,7	3 138	246	7,8
Полтавська	27 926	2 867	10,3	481	53	11,0
Рівненська	53 501	3 938	7,4	274	19	6,9
Сумська	22 238	6 467	29,1	237	41	17,3
Тернопільська	19 752	1 622	8,2	99	7	7,1
Харківська	92 865	20 262	21,8	690	69	10,0
Херсонська	36 460	7 052	19,3	606	47	7,8
Хмельницька	31 957	6 312	19,8	280	26	9,3
Черкаська	60 881	10 568	17,4	577	84	14,6
Чернівецька	38 378	5 165	13,5	149	18	12,1
Чернігівська	49 928	5 526	11,1	555	81	14,6
м. Київ	107 163	38 640	36,1	2 631	632	24,0

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 6. Результати сероепідмоніторингу поширення ВІЛ серед осіб з груп підвищеного ризику (ГПР) у 2015 р.¹

Регіони	Споживачі ін'єкційних наркотичних речовин, код 102				Особи, які надають сексуальні послуги за винагороду, код 105.2			
	обстежено осіб		виявлено	%	обстежено осіб		виявлено	%
	всього	у т.ч. за допомогою ШТ			всього	у т.ч. за допомогою ШТ		
Україна	129 278	112 552	2 162	1,7	25 627	23 999	58	0,2
Вінницька	2 583	1 982	17	0,7	341	341	0	0,0
Волинська	1 163	966	14	1,2	403	387	0	0,0
Дніпропетровська	15 357	12 274	374	2,4	2 240	2 234	3	0,1
Донецька	9 315	8 320	113	1,2	531	497	7	1,3
Житомирська	2 934	2 517	49	1,7	719	716	0	0,0
Закарпатська	521	472	2	0,4	165	153	0	0,0
Запорізька	4 952	3 992	78	1,6	524	428	5	1,0
Івано-Франківська	479	122	46	9,6	0	0	0	0
Київська	2 923	2 416	237	8,1	290	140	0	0,0
Кіровоградська	479	330	92	19,2	1 065	361	18	1,7
Луганська	4 099	4 099	16	0,4	374	374	8	2,1
Львівська	5 708	4 246	69	1,2	1 371	1 371	0	0,0
Миколаївська	6 907	5 808	160	2,3	1 930	1 902	2	0,1
Одеська	11 013	10 343	118	1,1	2 772	2 765	6	0,2
Полтавська	1 541	474	47	3,0	190	0	0	0,0
Рівненська	2 404	2 292	10	0,4	401	396	2	0,5
Сумська	3 487	2 996	30	0,9	970	969	1	0,1
Тернопільська	762	431	2	0,3	117	116	0	0,0
Харківська	9 922	9 339	44	0,4	3 290	3 290	0	0,0
Херсонська	4 972	4 353	32	0,6	397	397	0	0,0
Хмельницька	3 208	2 923	17	0,5	765	764	0	0,0
Черкаська	7 596	7 203	64	0,8	810	777	0	0,0
Чернівецька	3 716	2 908	8	0,2	444	441	1	0,2
Чернігівська	2 502	1 939	73	2,9	310	11	1	0,3
м. Київ	20 735	19 807	450	2,2	5 208	5 169	4	0,1

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

Регіони	Особи, які мали гомосексуальні контакти, коди 101.2+103				особи із симптомами або хворі на ПСШ, код 104			
	обстежено осіб		виявлено	%	обстежено осіб		виявлено	%
	всього	у т.ч. за допомогою ШТ			всього	у т.ч. за допомогою ШТ		
Україна	25 684	25 019	273	1,1	43 413	6 576	438	1,0
Вінницька	412	385	5	1,2	409	24	3	0,7
Волинська	359	298	4	1,1	1 371	0	8	0,6
Дніпропетровська	820	798	4	0,5	8 779	1 806	99	1,1
Донецька	1 179	1 161	5	0,4	1 139	1	23	2,0
Житомирська	178	169	5	2,8	935	337	13	1,4
Закарпатська	16	2	1	6,3	1 087	456	2	0,2
Запорізька	1 444	1 410	9	0,6	2 144	110	11	0,5
Івано-Франківська	9	3	3	33,3	1 107	52	6	0,5
Київська	296	283	16	5,4	1 119	738	18	1,6
Кіровоградська	7	3	3	42,9	756	12	9	1,2
Луганська	10	10	1	10,0	256	256	3	1,2
Львівська	1 178	1 078	5	0,4	1 364	0	16	1,2
Миколаївська	1 662	1 640	5	0,3	2 296	788	21	0,9
Одеська	1 074	1 034	28	2,6	3 019	741	94	3,1
Полтавська	17	9	1	5,9	1 119	306	5	0,4
Рівненська	398	394	0	0,0	735	0	7	1,0
Сумська	413	407	0	0,0	1 597	75	10	0,6
Тернопільська	3	0	3	100,0	740	330	2	0,3
Харківська	1 490	1 468	7	0,5	5 560	215	18	0,3
Херсонська	506	501	4	0,8	1 177	86	11	0,9
Хмельницька	3	0	2	66,7	2 336	0	7	0,3
Черкаська	740	721	4	0,5	1 422	0	16	1,1
Чернівецька	811	793	7	0,9	194	0	2	1,0
Чернігівська	904	896	1	0,1	1 810	28	6	0,3
м. Київ	11 755	11 556	150	1,3	942	215	28	3,0

Таблиця 7. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в Україні в 2013-2015 рр.¹

Регіони	2013 р.			2014 р.			2015 р.		
	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %
Україна²	20 294	47,1	+5,0	19 273	44,8	-5,0	15869	37,0	-17,4
Україна (включно АР Крим та м. Севастополь)	21 631	47,6	+4,6						
АР Крим	1 087	55,3	-1,5						
Вінницька	313	19,3	-4,4	392	24,3	+25,2	303	18,9	-22,3
Волинська	267	25,6	-3,8	264	25,3	-1,1	277	26,6	+4,9
Дніпропетровська	3 450	104,7	+1,3	3 184	96,9	-7,7	2 881	88,2	-9,0
Донецька	3 648	83,9	-1,7	3 043	70,4	-16,2	1 023	23,9	-66,1
Житомирська	423	33,5	+6,4	403	32,0	-4,7	462	36,9	+15,3
Закарпатська	81	6,4	-1,6	83	6,6	+2,5	71	5,6	-14,5
Запорізька	605	34,0	+16,9	612	34,5	+1,2	573	32,6	-5,8
Івано-Франківська	159	11,5	-7,7	184	13,3	+15,7	180	13,0	-2,2
Київська	727	42,1	+4,2	983	56,9	+35,2	973	56,2	-1,2
Кіровоградська	345	34,9	-4,4	458	46,5	+32,7	519	53,1	+14,2
Луганська	910	40,6	+24,7	518	23,2	-43,0	183	8,3	-64,4
Львівська	418	16,5	+6,4	490	19,3	+17,3	454	17,9	-7,3
Миколаївська	1 081	92,5	-3,6	1 086	93,1	+0,5	863	74,3	-20,2
Одеська	2 751	114,8	+19,3	2 622	109,4	-4,7	2 382	99,5	-9,0
Полтавська	508	34,8	+15,3	419	28,8	-17,5	449	31,1	+7,9
Рівненська	254	21,9	+4,3	258	22,2	+1,6	249	21,4	-3,6
Сумська	206	18,2	+22,8	202	17,9	-1,9	224	20,0	+11,9
Тернопільська	132	12,3	+13,4	106	9,9	-19,6	116	10,9	+9,8
Харківська	646	23,6	+9,5	537	19,6	-16,9	526	19,3	-1,7
Херсонська	557	51,9	-0,7	531	49,6	-4,7	521	48,9	-1,4
Хмельницька	334	25,5	+9,6	285	21,8	-14,7	194	14,9	-31,6
Черкаська	456	36,2	-2,8	605	48,2	+32,6	541	43,4	-10,0
Чернівецька	108	11,9	-1,2	114	12,5	+5,6	98	10,8	-14,1
Чернігівська	510	47,8	+2,1	511	48,1	+0,2	498	47,4	-1,5
м. Київ	1 405	49,0	+6,3	1 383	48,1	-1,6	1 309	45,2	-6,0
м. Севастополь	250	64,8	+7,2						

¹ включно діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом

² без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 року, частини території проведення антитерористичної операції - у 2015 році, для порівняння відповідних даних виключено дані АР Крим, м. Севастополь у 2013 році

Таблиця 8. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які прибули з Донецької та Луганської областей, АР Крим та були взяті під медичний нагляд у ЗОЗ служби СНІДу в інших регіонах протягом 2014-2015 рр.

Регіони	2014 р.				2015 р.			
	Всього взято під нагляд осіб	у тому числі прибули з			Всього взято під нагляд осіб	у тому числі прибули з		
		Донецької області	Луганської області	АР Крим		Донецької області	Луганської області	АР Крим
Україна	360	216	94	50	731	572	127	32
Вінницька	18	17		1	15	11	4	0
Волинська	7	4	0	3	2	2	0	0
Дніпропетровська	13	9	3	1	109	93	16	0
Донецька	дані відсутні				дані відсутні			
Житомирська	3	1	1	1	15	11	2	2
Закарпатська	7	5	1	1	6	5	0	1
Запорізька	16	12	1	3	118	107	8	3
Івано-Франківська	1	0	0	1	11	10	0	1
Київська	0	0	0	0	35	26	9	0
Кіровоградська	3	2	0	1	13	8	3	2
Луганська ¹	дані відсутні				23	2	21	
Львівська	13	5	4	4	22	16	3	3
Миколаївська	16	4	7	5	4	2	2	0
Одеська	56	35	16	5	45	40	4	1
Полтавська	9	5	3	1	50	45	4	1
Рівненська	2	2	0	0	4	4	0	0
Сумська	20	16	3	1	25	19	6	0
Тернопільська	6	5	1	0	8	7	1	0
Харківська	11	4	6	1	47	29	13	5
Херсонська	5	2	2	1	12	10	0	2
Хмельницька	7	5	2	0	20	17	3	0
Черкаська	0	0	0	0	0	0	0	0
Чернівецька	14	8	3	3	0	0	0	0
Чернігівська	3	0	2	1	11	9	2	0
м. Київ	130	75	39	16	136	99	26	11

¹ без урахування даних частини зони проведення антитерористичної операції

Таблиця 9. Особи з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком 15-24 років у 2013-2015 рр.

Регіони	2013 р.		2014 р.		2015 р.	
	у т.ч. особи 15-24 років	% від нових випадків ВІЛ-інфекції	у т.ч. особи 15-24 років	% від нових випадків ВІЛ-інфекції	у т.ч. особи 15-24 років	% від нових випадків ВІЛ-інфекції
Україна¹	1 466	7,2	1 298	6,7	909	5,7
Україна (включно з АР Крим та м. Севастополь)	1 534	7,1				
АР Крим	55	5,1				
Вінницька	38	12,1	28	7,1	22	7,3
Волинська	20	7,5	20	7,6	21	7,6
Дніпропетровська	161	4,7	143	4,5	128	4,4
Донецька	229	6,3	242	8,0	56	5,5
Житомирська	47	11,1	31	7,7	31	6,7
Закарпатська	16	19,8	4	4,8	3	4,2
Запорізька	39	6,4	38	6,2	38	6,6
Івано-Франківська	10	6,3	22	12,0	8	4,4
Київська	72	9,9	74	7,5	54	5,5
Кіровоградська	21	6,1	28	6,1	19	3,7
Луганська	88	9,7	42	8,1	6	3,3
Львівська	46	11,0	50	10,2	32	7,0
Миколаївська	65	6,0	32	2,9	42	4,9
Одеська	245	8,9	207	7,9	149	6,3
Полтавська	51	10,0	32	7,6	24	5,3
Рівненська	28	11,0	22	8,5	20	8,0
Сумська	19	9,2	17	8,4	17	7,6
Тернопільська	11	8,3	8	7,5	2	1,7
Харківська	34	5,3	41	7,6	41	7,8
Херсонська	44	7,9	26	4,9	26	5,0
Хмельницька	14	4,2	18	6,3	11	5,7
Черкаська	34	7,5	55	9,1	30	5,5
Чернівецька	9	8,3	9	7,9	6	6,1
Чернігівська	32	6,3	32	6,3	20	4,0
м. Київ	93	6,6	77	5,6	103	7,9
м. Севастополь	13	5,2				

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 року, частини території проведення антитерористичної операції - у 2015 році, для порівняння відповідних даних виключено дані АР Крим, м. Севастополь у 2013 році

Таблиця 10. Структура шляхів передачі ВІЛ серед громадян України¹

Назва шляху передачі ВІЛ	Взято під нагляд протягом звітного року осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції			Перебуває під наглядом на кінець звітного року осіб з діагнозом ВІЛ-інфекції		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Усього інфікованих, кількість осіб	21 631	19 273	15 869	139 573	137 970	126 604
у тому числі:						
інфіковані статевим шляхом	11 734	10 925	9 411	70 341	72 561	69 054
з них:						
<i>гомосексуальним</i>	262	277	368	884	1 221	1 368
<i>гетеросексуальним</i>	11 472	10 648	9 043	69 457	71 340	67 686
інфіковані парентеральним шляхом	5 849	4 674	3 450	56 940	53 976	47 826
з них унаслідок:						
<i>вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом</i>	5 847	4 670	3 449	56 886	53 920	47 776
<i>переливання препаратів або компонентів крові</i>	0	0	0	14	13	11
<i>трансплантації донорських органів, клітин, тканин, біологічних рідин</i>	0	0	0	0	0	0
<i>інших медичних маніпуляцій</i>	1	0	0	9	10	8
<i>професійного інфікування</i>	0	0	0	2	1	1
<i>інших немедичних втручань</i>	1	4	1	29	32	30
діти, народжені ВІЛ-інфікованою жінкою	3 898	3 600	2 967	10 058	9 738	8 540
з них:						
<i>діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено</i>	127	122	83	3 147	3 036	2 857
<i>діагноз ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження</i>	3 771	3 478	2 884	6 911	6 702	5 683
шлях інфікування не визначено	150	74	41	2 234	1 695	1 184

¹ без урахування даних тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополь з 2014 року, частини території проведення антитерористичної операції - у 2015 році

Таблиця 11. Офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) та їх частка від загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції

Регіони	1997 рік ¹		2008 рік ²		2015 рік ³	
	СІН	%	СІН	%	СІН	%
Україна (без АР Крим та м. Севастополя)	6 966	84,3	6 558	36,9	3449	21,7
Україна (включно з АР Крим та м. Севастополь)	7 448	83,6	7 009	37,0		
АР Крим	376	71,9	354	35,3		
Вінницька	37	72,5	98	31,5	33	10,9
Волинська	90	94,7	71	29,1	29	10,5
Дніпропетровська	2 042	93,1	1 316	42,7	757	26,3
Донецька	1 710	81,8	1 295	32,4	152	14,9
Житомирська	50	89,3	134	39,4	101	21,9
Закарпатська	21	75,0	3	7,1	5	7,0
Запорізька	264	89,2	188	35,7	142	24,8
Івано-Франківська	18	90,0	51	30,7	30	16,7
Київська	71	89,9	236	33,7	310	31,9
Кіровоградська	16	76,2	53	22,2	98	18,9
Луганська	147	86,0	295	43,5	35	19,1
Львівська	51	82,3	155	49,2	132	29,1
Миколаївська	268	85,6	454	38,2	182	21,1
Одеська	769	67,3	431	27,7	319	13,4
Полтавська	213	93,0	152	40,2	156	34,7
Рівненська	13	68,4	102	47,2	36	14,5
Сумська	19	82,6	55	29,9	52	23,2
Тернопільська	30	85,7	68	52,7	11	9,5
Харківська	205	74,0	218	42,2	119	22,6
Херсонська	64	71,9	233	39,6	114	21,9
Хмельницька	40	81,6	77	38,3	20	10,3
Черкаська	188	82,5	134	37,5	142	26,2
Чернівецька	80	94,1	19	21,1	12	12,2
Чернігівська	102	94,4	123	28,1	138	27,7
м. Київ	458	90,7	597	47,5	324	24,8
м. Севастополь	106	85,5	97	43,7		

¹ рік, коли було зареєстровано максимальне число ВІЛ-інфікованих СІН за весь період епідеміологічного спостереження за ВІЛ-інфекцією в Україні

² рік, коли в Україні відбулася зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ – з штучного парентерального при вживанні ін'єкційних наркотиків на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах

³ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

**Таблиця 12. Супутні патології та стани у осіб
з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції
(незалежно від стадії захворювання) віком 15 років і старше,
яких взято під нагляд в Україні протягом 2015 р.¹**

Назва показника	Абсолютна кількість	Питома вага, %
Усього кількість ВІЛ-інфікованих осіб, віком 15 років і старше,	12 893	
у тому числі:		
1. Обстежені на наявність маркерів гепатиту В,	9 902	76,8
з них – виявлені маркери гепатиту В	835	8,4
2. Обстежені на наявність маркерів гепатиту С,	9 720	75,4
з них – виявлені маркери гепатиту С	3 525	36,3
3. Обстежені на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ),	10 331	80,1
з них:		
з наявністю ІПСШ	1 947	18,8
кількість осіб з наявністю сифілісу	89	0,9
4. Особи з наявними даними щодо алкогольної та наркотичної залежності,	3 872	30,0
з них:		
з алкогольною залежністю	1 972	50,9
з залежністю від неін'єкційних наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів	1 093	28,2
активні СІН	1 140	29,4
5. Питома вага активних СІН серед осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, що інфікувались парентеральним шляхом унаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом		33,1

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 13. Показники своєчасності взяття ВІЛ-інфікованих осіб під медичний нагляд та регулярність здійснення медичного нагляду у 2015 р.

Регіони	Охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком від кількості виявлених за даними СЕМ, %	ВІЛ-інфіковані особи, віком 15 років і старше (нові випадки)			Група активного медичного нагляду ^{1,2} , %
		% осіб, які були взяті під медичний нагляд		Охоплення осіб дослідженням щодо визначення абсолютної або відносної кількості CD4 ¹ , %	
		у III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції	зі ступеню імуносупресії 200-349 кл/мкл та < 200 кл/мкл CD4		
Україна	68,4	55,1	49,9	70,3	78,6
Вінницька	89,9	48,9	49,8	84,1	85,3
Волинська	85,2	45,6	48,4	89,6	90,3
Дніпропетровська	67,7	60,2	57,1	73,3	77,4
Донецька	62,8	59,9	41,0	49,5	70,1
Житомирська	70,1	49,5	49,7	73,3	85,1
Закарпатська	74,0	52,5	47,5	76,4	83,8
Запорізька	79,6	49,3	51,3	68,6	78,3
Івано-Франківська	57,7	68,3	44,1	84,3 ³	83,2
Київська	70,8	60,6	57,3	71,9	74,1
Кіровоградська	68,8	50,8	46,3	75,4	86,1
Луганська	92,4	48,0	41,9	80,3	81,4
Львівська	68,7	45,8	46,6	68,7	77,1
Миколаївська	70,0	51,1	54,5	71,7	73,4
Одеська	69,8	68,5	46,5	56,7	79,3
Полтавська	84,4	47,9	51,6	72,2	74,7
Рівненська	81,9	35,4	46,4	88,3	89,3
Сумська	82,1	42,2	47,6	71,4	77,6
Тернопільська	95,9	40,9	17,2	100,0 ³	95,7
Харківська	68,0	55,0	44,0	78,8	81,0
Херсонська	79,2	51,9	43,2	81,3	82,6
Хмельницька	60,1	57,3	45,5	82,8	89,4
Черкаська	87,7	53,5	49,3	73,8	78,1
Чернівецька	61,3	45,0	53,8	78,3	81,8
Чернігівська	79,2	45,0	45,2	81,9	83,0
м. Київ	46,1	42,9	53,5	78,5	81,0

¹ дані відкориговано за результатами верифікації на регіональному рівні та за інформаціями регіональних центрів СНІДу

² група активного медичного нагляду - особи, які пройшли медичне обстеження не менше, ніж один раз у звітному році

³ дані потребують уточнення

Таблиця 14. Захворюваність на СНІД в Україні в 2013-2015 рр.

Регіони	2013 р.			2014 р.			2015 р.		
	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %
Україна¹	8 945	20,8	-7,3	9 844	22,9	+10,1	8468	19,8	-13,7
Україна (включно з АР Крим та м. Севастополь)	9 362	20,6	-6,7						
АР Крим	291	14,8	+34,5						
Вінницька	171	10,6	-5,8	223	13,8	+30,4	183	11,4	-17,5
Волинська	110	10,6	-24,3	144	13,8	+30,8	128	12,3	-11,2
Дніпропетровська	2 071	62,9	+9,5	2 120	64,5	+2,4	2 047	62,7	-2,9
Донецька	1 973	45,4	-15,5	1 882	43,5	-4,6	645	15,1	-65,4
Житомирська	202	16,0	+1,2	185	14,7	-8,1	216	17,3	+17,5
Закарпатська	35	2,8	+9,0	38	3,0	+8,4	52	4,1	+36,7
Запорізька	387	21,8	-4,5	386	21,8	-0,3	376	21,4	-2,0
Івано-Франківська	122	8,8	+96,5	113	8,2	-7,3	85	6,1	-24,8
Київська	327	19,0	-18,4	325	18,8	-0,6	408	23,6	+25,3
Кіровоградська	75	7,6	+13,2	134	13,6	+78,7	230	23,5	+72,9
Луганська	361	16,1	+15,5	204	9,1	-43,5	102	4,6	-49,6
Львівська	209	8,2	+26,8	184	7,2	-12,0	189	7,5	+2,8
Миколаївська	286	24,5	+16,1	463	39,7	+61,9	371	31,9	-19,5
Одеська	619	25,8	-47,1	1 433	59,8	+131,5	1 407	58,8	-1,7
Полтавська	241	16,5	-12,1	201	13,8	-16,6	255	17,7	+27,7
Рівненська	68	5,9	+9,4	78	6,7	+14,7	86	7,4	+10,1
Сумська	92	8,1	+66,4	96	8,5	+4,3	99	8,8	+4,0
Тернопільська	43	4,0	+44,1	54	5,0	+25,6	41	3,8	-23,8
Харківська	287	10,5	+1,6	212	7,8	-26,1	204	7,5	-3,4
Херсонська	177	16,5	-9,9	174	16,3	-1,7	187	17,6	+8,0
Хмельницька	137	10,5	-20,7	157	12,0	+14,6	128	9,9	-18,1
Черкаська	258	20,5	-10,4	284	22,6	+10,1	261	20,9	-7,5
Чернівецька	30	3,3	-3,5	28	3,1	-6,7	50	5,5	+78,4
Чернігівська	194	18,2	+11,9	227	21,4	+17,0	238	22,6	+5,9
м. Київ	470	16,4	+1,5	499	17,3	+6,2	480	16,6	-4,4
м. Севастополь	126	32,7	-25,3						

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 року, частини території проведення антитерористичної операції - у 2015 році, для порівняння відповідних даних виключено дані АР Крим, м. Севастополь у 2013 році

Таблиця 15. Хворі на туберкульоз серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом СНІД в Україні в 2014-2015 рр.

Регіони	2014 рік			2015 рік		
	Кількість хворих на СНІД з діагнозом ТБ	% від нових випадків СНІДу	% ВДТБ серед осіб з діагнозом ТБ/ВІЛ	Кількість хворих на СНІД з діагнозом ТБ	% від нових випадків СНІДу	% ВДТБ серед осіб з діагнозом ТБ/ВІЛ
Україна¹	4 849	49,3	74,4	4 470	52,8	83,1
Вінницька	70	31,4	80,0	51	27,9	82,4
Волинська	34	23,6	85,3	30	23,4	76,7
Дніпропетровська	1 053	49,7	66,4	846	41,3	80,9
Донецька	280	14,9	100,0	236	36,6	88,1
Житомирська	107	57,8	80,4	123	56,9	87,0
Закарпатська	17	44,7	88,2	23	44,2	95,7
Запорізька	249	64,5	57,8	194	51,6	49,5
Івано-Франківська	23	20,4	100,0	62	72,9	75,8
Київська	132	40,6	95,5	171	41,9	94,2
Кіровоградська	85	63,4	100,0	71	30,9	100,0
Луганська	82	40,2	72,0	53	52,0	90,6
Львівська	143	77,7	100,0	136	72,0	100,0
Миколаївська	379	81,9	60,9	368	99,2	56,3
Одеська	947	66,1	60,3	976	69,4	88,0
Полтавська	100	49,8	76,0	71	27,8	84,5
Рівненська	47	60,3	93,6	42	48,8	100,0
Сумська	73	76,0	69,9	73	73,7	80,8
Тернопільська	13	24,1	53,8	22	53,7	100,0
Харківська	128	60,4	93,8	110	53,9	82,7
Херсонська	156	89,7	100,0	136	72,7	97,8
Хмельницька	88	56,1	86,4	70	54,7	98,6
Черкаська	153	53,9	100,0	137	52,5	97,8
Чернівецька	24	85,7	66,7	45	90,0	91,1
Чернігівська	102	44,9	100,0	96	40,3	93,8
м. Київ	364	72,9	70,9	328	68,3	79,6

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 року, частини території проведення антитерористичної операції - у 2015 році

Таблиця 16. Хворі на туберкульоз серед осіб з діагнозом СНІД, які перебувають під медичним наглядом

Регіони	на 01.01.2015 р.			на 01.01.2016 р.		
	Кількість хворих на СНІД з діагнозом ТБ	% від випадків СНІДу	% ВДТБ серед осіб з діагнозом ТБ/ВІЛ	Кількість хворих на СНІД з діагнозом ТБ	% від випадків СНІДу	% ВДТБ серед осіб з діагнозом ТБ/ВІЛ
Україна¹	14 688	44,1	28,7	12 566	36,9	28,5
Вінницька	291	33,4	20,3	360	36,4	18,1
Волинська	65	13,3	53,8	53	9,6	41,5
Дніпропетровська	3 440	55,9	18,0	3 211	45,0	24,0
Донецька	2 806	37,4	24,8	1 371	33,2	20,3
Житомирська	412	63,7	20,9	479	62,9	22,3
Закарпатська	26	29,9	76,9	30	24,2	83,3
Запорізька	167	14,8	44,3	271	20,5	31,7
Івано-Франківська	43	13,9	60,5	50	13,9	40,0
Київська	231	15,5	65,8	511	28,2	46,4
Кіровоградська	284	96,3	100,0	308	71,1	37,0
Луганська	373	44,6	28,4	180	45,2	27,2
Львівська	628	77,6	22,8	687	74,8	19,8
Миколаївська	417	40,0	37,9	374	30,1	52,7
Одеська	2 275	50,6	33,5	1 054	19,3	49,0
Полтавська	144	18,3	34,7	111	11,7	38,7
Рівненська	171	70,7	25,7	194	64,5	21,6
Сумська	78	24,1	21,8	74	19,2	37,8
Тернопільська	16	11,5	50,0	55	35,3	100,0
Харківська	204	35,9	57,4	205	29,8	42,0
Херсонська	236	33,5	52,5	225	28,0	23,1
Хмельницька	229	43,2	16,2	262	42,8	21,4
Черкаська	595	66,5	25,7	628	62,5	19,4
Чернівецька	96	49,5	12,5	152	63,9	25,0
Чернігівська	148	22,8	62,2	177	21,4	48,0
м. Київ	1 313	62,6	25,7	1 544	64,5	22,9

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 року, частини території проведення антитерористичної операції - у 2015 році

Таблиця 17. Смертність від СНІД в Україні в 2013-2015 рр.

Регіони	2013 р.			2014 р.			2015 р.		
	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %
Україна¹	3 367	7,8	-8,9	3 426	8,0	+1,8	3 032	7,1	-11,2
Україна (з АР Крим та м. Севастополь)	3 514	7,7	-8,9						
АР Крим	107	5,4	+1,7						
Вінницька	56	3,5	+0,8	52	3,2	-7,1	44	2,7	-15,0
Волинська	62	6,0	+19,0	49	4,7	-21,0	59	5,7	+20,3
Дніпропетровська	930	28,2	-1,7	928	28,2	-0,2	920	28,2	-0,3
Донецька	648	14,9	-23,1	719	16,6	+11,0	337	7,9	-52,7
Житомирська	82	6,5	-12,2	83	6,6	+1,2	87	6,9	+5,4
Закарпатська	12	1,0	-14,6	10	0,8	-16,7	12	1,0	+19,9
Запорізька	121	6,8	-10,4	130	7,3	+7,4	155	8,8	+20,0
Івано-Франківська	41	3,0	+115,5	32	2,3	-22,0	29	2,1	-9,4
Київська	64	3,7	-48,5	56	3,2	-12,5	106	6,1	+88,9
Кіровоградська	63	6,4	+99,1	65	6,6	+3,2	91	9,3	+41,0
Луганська	143	6,4	+19,5	108	4,8	-24,5	41	1,9	-61,7
Львівська	79	3,1	+1,4	75	3,0	-5,1	78	3,1	+4,1
Миколаївська	118	10,1	+6,0	131	11,2	+11,0	112	9,6	-14,1
Одеська	290	12,1	-8,2	366	15,3	+26,2	326	13,6	-10,8
Полтавська	80	5,5	-41,9	87	6,0	+8,8	95	6,6	+9,9
Рівненська	17	1,5	-15,2	20	1,7	+17,6	23	2,0	+14,9
Сумська	19	1,7	+60,4	14	1,2	-26,3	21	1,9	+51,3
Тернопільська	16	1,5	+0,5	23	2,1	+43,8	17	1,6	-25,8
Харківська	77	2,8	-6,0	34	1,2	-55,8	58	2,1	+71,2
Херсонська	37	3,4	+28,6	33	3,1	-10,8	35	3,3	+6,6
Хмельницька	48	3,7	-13,6	55	4,2	+14,6	44	3,4	-19,6
Черкаська	82	6,5	-21,1	67	5,3	-18,3	75	6,0	+12,7
Чернівецька	13	1,4	-7,4	16	1,8	+23,1	13	1,4	-18,8
Чернігівська	77	7,2	11,7	74	7,0	-3,9	71	6,8	-3,0
м. Київ	192	6,7	-11,2	199	6,9	+3,6	183	6,3	-8,6
м. Севастополь	40	10,4	-25,2						

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 року, частини території проведення антитерористичної операції - у 2015 році, для порівняння відповідних даних виключено дані АР Крим, м. Севастополь у 2013 році

Таблиця 18. Причини смерті ВІЛ-інфікованих осіб в Україні в 2014-2015 рр.¹

Нові випадки смерті	2014 рік			2015 рік		
	Усього	отримували АРТ		Усього	отримували АРТ	
		усього	% від потребуючих		усього	% від потребуючих
Усього померлих осіб, з них:	5 893	2 318	46,2	4 990	1 976	45,3
безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією	3 742	1 680	44,9	3 154	1 278	40,5
з них:						
у III клінічній стадії ВІЛ-інфекції	316	161	50,9	122	29	23,8
у IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції	3 426	1 519	44,3	3 032	1 249	41,2
у тому числі внаслідок: ко-інфекції ТБ/ВІЛ	2 183	1 077	49,3	1 675	799	47,7
не пов'язані з ВІЛ-інфекцією	2 127	635	50,4	1 821	694	57,8
у тому числі внаслідок: туберкульозу	165	54	41,2	114	42	44,2
вірусного гепатиту В і/або С, цирозу печінки вірусної етіології	461	132	49,6	373	140	53,2
інших захворювань	1 198	342	48,6	1 068	397	59,1
інших причин	303	107	67,3	266	115	67,6
причина смерті невідома	24	3	25,0	15	4	57,1
Відсоток померлих споживачів ін'єкційних наркотиків	45,7			45,2		

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь з 2014 року, частини території проведення антитерористичної операції – у 2015 році

Таблиця 19. Поширеність ВІЛ-інфекції та СНІДу серед громадян України на 01.01.2016 р. (за даними медичного обліку, в показниках на 100 тис. населення)

Регіони	ВІЛ-інфіковані	Поширеність ВІЛ-інфекції	Хворі на СНІД	Поширеність СНІДу
Україна	126 604	297,2	34 016	79,8
Вінницька	2 471	154,8	988	61,9
Волинська	1 914	184,0	552	53,1
Дніпропетровська	25 181	774,0	7 142	219,5
Донецька ¹	12 656	297,5	4 128	97,0
Житомирська	2 854	228,5	761	60,9
Закарпатська	421	33,5	124	9,9
Запорізька	4 051	231,0	1 323	75,4
Івано-Франківська	892	64,6	359	26,0
Київська	5 712	330,9	1 811	104,9
Кіровоградська	2 420	250,2	433	44,8
Луганська ¹	1 971	89,5	398	18,1
Львівська	2 993	118,9	918	36,5
Миколаївська	7 832	676,2	1 244	107,4
Одеська	19 550	821,5	5 474	230,0
Полтавська	3 188	222,6	950	66,3
Рівненська	1 651	142,2	301	25,9
Сумська	1 293	116,3	386	34,7
Тернопільська	912	85,8	156	14,7
Харківська	3 300	122,1	689	25,5
Херсонська	4 021	378,8	803	75,6
Хмельницька	2 033	157,3	612	47,4
Черкаська	3 279	264,4	1 004	81,0
Чернівецька	833	91,8	238	26,2
Чернігівська	3 522	339,5	828	79,8
м. Київ	11 654	407,0	2 394	83,6

¹ без урахування даних частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 20. Облік дітей віком 0-18 років у закладах охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, у 2015 році

Регіони	Нові випадки у 2015 р.					Перебувають під медичним наглядом станом на 01.01.2016 р.			
	ВІЛ-інфекції ¹			СНІДу	Смертей	ВІЛ-інфіковані діти ¹			у т.ч. хворі на СНІД
	0-18 років	у тому числі				0-18 років	у тому числі		
		0-14 років	15-17 років				0-14 років	15-17 років	
Україна	3 011	2 976	35	52	57	8 609	8 229	380	809
Вінницька	84	84	0	2	2	188	183	5	30
Волинська	62	62	0	1	1	130	127	3	11
Дніпропетровська	517	506	11	15	5	1 476	1 383	93	166
Донецька ²	241	238	3	2	9	681	655	26	60
Житомирська	92	92	0	0	2	226	223	3	27
Закарпатська	12	12	0	0	1	45	44	1	5
Запорізька	81	80	1	0	1	204	191	13	23
Івано-Франківська	19	19	0	0	1	59	56	3	13
Київська	190	189	1	2	0	471	449	22	80
Кіровоградська	119	119	0	3	5	329	328	1	19
Луганська ²	35	35	0	1	1	116	109	7	5
Львівська	75	74	1	0	1	253	250	3	12
Миколаївська	154	151	3	1	5	499	454	45	20
Одеська	458	451	7	9	14	1 646	1 571	75	81
Полтавська	77	75	2	2	3	207	191	16	15
Рівненська	58	57	1	0	1	110	108	2	7
Сумська	39	39	0	2	0	99	96	3	5
Тернопільська	23	23	0	2	0	39	39	0	5
Харківська	109	108	1	0	2	254	245	9	11
Херсонська	109	109	0	2	1	289	281	8	16
Хмельницька	51	51	0	1	1	169	162	7	46
Черкаська	82	81	1	1	1	233	219	14	25
Чернівецька	18	18	0	0	0	133	133	0	54
Чернігівська	79	78	1	0	0	221	213	8	15
м. Київ	227	225	2	6	0	532	519	13	58

¹ включно діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом

² без урахування даних частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 21. Облік дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у закладах охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, в 2015 році

Регіони	Нові випадки у 2015 р.		Знято з обліку у зв'язку з відсутністю ВІЛ-інфекції	Перебувають під медичним наглядом станом на 01.01.2016 р.		
	Діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками ¹	СНІДу		ВІЛ-інфіковані діти	у т.ч. хворі на СНІД	діти з діагнозом ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження
Україна	2 967	48	2 932	2 857	794	5 683
Вінницька	84	2	63	46	31	143
Волинська	62	1	47	41	11	89
Дніпропетровська	506	15	508	623	179	868
Донецька ²	237	1	284	247	58	413
Житомирська	91	0	74	51	23	166
Закарпатська	12	0	12	9	3	34
Запорізька	80	0	109	61	21	140
Івано-Франківська	19	0	20	23	11	34
Київська	188	1	148	120	68	319
Кіровоградська	118	3	78	107	15	222
Луганська ²	35	1	54	43	5	73
Львівська	75	0	101	48	11	203
Миколаївська	150	1	197	188	19	303
Одеська	450	10	345	477	88	1 177
Полтавська	75	2	78	70	15	137
Рівненська	57	0	66	22	7	86
Сумська	38	1	38	30	4	67
Тернопільська	22	1	19	5	4	33
Харківська	108	0	85	57	11	194
Херсонська	109	2	105	92	16	197
Хмельницька	51	1	57	50	46	119
Черкаська	81	1	98	87	25	143
Чернівецька	18	0	20	96	54	37
Чернігівська	77	0	87	87	16	132
м. Київ	224	5	239	177	53	354

¹ включно діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом

² без урахування даних частини території проведення антитерористичної операції

**Таблиця 22. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД)
(за результатами спостереження когорт 2011, 2012, 2013 років)¹**

Регіони	2011 рік		2012 рік		2013 рік		ЧПМД ср ² %
	ВІЛ- інфіковані діти	ВІЛ- інфіковані діти	ВІЛ- інфіковані діти	ЧПМД, %	ВІЛ- інфіковані діти	ЧПМД, %	
Україна	132	3,82	149	4,31	111	3,91	4,11
АР Крим	4	2,13	х	х	х	х	х
Вінницька	3	5,08	8	13,11	2	2,86	6,78
Волинська	4	8,51	1	1,89	1	1,89	4,08
Дніпропетровська	21	4,17	33	5,96	28	5,89	5,65
Донецька	33	5,0	37	6,01	10	4,05	5,54
Житомирська	2	1,89	3	2,83	0	0,0	1,7
Закарпатська	0	0,0	0	0,0	1	10,0	3,03
Запорізька	2	2,35	4	4,08	1	1,1	2,62
Івано-Франківська	1	4,17	0	0,0	1	4,0	2,6
Київська	6	3,55	4	2,96	8	5,84	4,26
Кіровоградська	4	4,35	5	5,62	8	8,89	6,69
Луганська	2	1,98	2	1,47	2	5,13	2,22
Львівська	1	1,28	0	0,0	1	1,32	0,89
Миколаївська	8	3,59	8	3,67	7	3,74	3,8
Одеська	21	4,87	21	4,64	18	4,85	5,02
Полтавська	4	4,26	1	1,52	3	4,0	3,52
Рівненська	0	0,0	3	6,25	2	3,7	3,38
Сумська	1	2,63	4	10,81	0	0,0	4,59
Тернопільська	0	0,0	0	0,0	1	7,14	2,38
Харківська	1	1,12	0	0,0	1	1,01	0,7
Херсонська	2	2,13	1	0,98	2	1,87	1,68
Хмельницька	2	3,51	1	1,75	0	0,0	1,71
Черкаська	5	5,0	4	4,08	4	4,3	3,96
Чернівецька	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1,92
Чернігівська	3	3,45	4	4,82	4	4,12	4,3
м. Київ	5	2,25	5	2,46	6	2,74	2,55
м. Севастополь	0	0,0	х	х			

¹ без урахування даних звітної форми №63-1 АР Крим, м. Севастополь у 2014 року, частини території проведення антитерористичної операції – у 2015 році

² ЧПМД – середня розрахована методом укрупнення інтервалів, з урахуванням кількості дітей з встановленим ВІЛ-статусом та ВІЛ-інфікованих дітей за 2011-2013 роки по кожному регіону та Україні в цілому. Даний метод використовується для спостережень, які протягом тривалого часу не завжди дають можливість виявити чітку тенденцію в динаміці певного явища.

Таблиця 23. Показники стану виконання програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини по регіонах України в 2015 році

Регіони	Показники стану виконання програми ППМД у 2015 р.													
	Відсоток вагітних, які охоплені тестуванням на ВІЛ вагітних	Відсоток вагітних, у яких ВІЛ-позитивний статус був встановлений після 26 тижнів, у пологах, після пологів (серед нових випадків ВІЛ-інфекції)	Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали антиретровірусні препарати	Кількість пологів у ВІЛ-інфікованих жінок	Відсоток ВІЛ-інфікованих, які доставлені в акушерський стаціонар до пологів	Відсоток ВІЛ-інфікованих, у яких розродження здійснилося шляхом кесаревого розтинну	Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних, які продовжують АРТ після пологів	Кількість живонароджених дітей, народжених ВІЛ-інфікованою жінкою	Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованою жінкою, які отримали АРВ-профілактику	Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованою жінкою, які знаходяться на штучному вигодовуванні	Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованою жінкою, які охоплені ранньою діагностикою у звітному році (ПІР ДНК)	Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у дітей народжених ВІЛ-інфікованою жінкою, у 2015 році (за даними ПІР ДНК, РНК діагностики)	Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у 2015 році, за результатами ПІР	Кількість та відсоток ВІЛ-інфікованих дітей віком до 18 років, які перебувають під медичним наглядом та проживають у сім'ях (з батьками, родичами, усиновлені)
<i>A</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
Україна	97,6	22,4	95,0	2 962	62,3	32,9	54,8	2 982	97,3	98,1	84,3	54	2,1	2927/93%
Вінницька	97,0	26,1	97,6	82	54,9	17,1	58,8	83	100,0	100,0	97,3	2	2,4	41 / 91%
Волинська	97,3	25,0	95,1	61	60,7	47,5	65,5	61	98,4	98,4	61,1	1	1,7	36 / 88%
Дніпропетровська	96,3	25,6	93,2	511	71,6	25,0	23,5	516	97,9	99,6	76,4	17	3,8	565 / 93%
Донецька	96,9	35,3	91,7	240	67,5	27,9	46,8	246	97,2	98,4	47,6	3	1,2	236 / 88%
Житомирська	97,5	11,8	100,0	86	51,2	46,5	68,6	88	100,0	100,0	98,9	2	2,4	54 / 90%

<i>A</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
Закарпатська	98,5	28,6	100,0	11	0,0	9,1	90,9	12	91,7	100,0	84,2	2	x	8 / 73%
Запорізька	91,8	16,3	92,9	85	47,1	42,4	54,4	83	98,8	98,8	97,0	1	1,5	61 / 95%
Івано-Франківська	99,0	12,5	100,0	16	56,3	43,8	100,0	17	100,0	100,0	100,0	0	0,0	24 / 95%
Київська	97,3	24,7	98,4	186	52,7	22,0	83,1	186	97,8	99,5	82,0	0	0,0	136 / 89%
Кіровоградська	98,0	21,3	93,9	98	76,5	19,4	26,1	96	95,8	99,0	75,6	4	4,2	98 / 92%
Луганська	98,4	15,4	91,7	36	55,6	25,0	100,0	35	100,0	100,0	97,8	0	0,0	40 / 93%
Львівська	98,9	28,1	92,5	67	52,2	52,2	100,0	69	98,6	98,6	80,0	3	4,1	47 / 94%
Миколаївська	97,8	12,2	99,3	150	39,3	26,7	83,9	151	99,3	99,3	94,2	2	1,4	185 / 94%
Одеська	98,8	27,1	96,2	423	70,0	52,7	72,7	422	99,5	99,8	92,5	8	2,3	420 / 90%
Полтавська	96,5	11,4	98,7	75	88,0	18,7	59,5	73	98,6	98,6	80,5	1	1,6	68 / 97%
Рівненська	97,9	16,0	94,7	57	63,2	36,8	29,6	56	100,0	100,0	98,4	0	0,0	24 / 100%
Сумська	98,1	10,7	100,0	34	88,2	50,0	60,6	34	100,0	100,0	100,0	0	0,0	26 / 81%
Тернопільська	98,1	0,0	100,0	20	75,0	15,0	70,0	20	100,0	100,0	94,7	0	0,0	5 / 83%
Харківська	96,7	26,1	98,1	104	64,4	21,2	55,9	108	98,1	99,1	90,6	0	0,0	58 / 97%
Херсонська	97,6	4,9	97,2	106	50,0	34,0	72,8	107	98,1	98,1	93,9	2	2,0	89 / 97%
Хмельницька	98,6	25,0	98,0	50	98,0	56,0	42,9	50	98,0	100,0	98,3	1	2,1	50 / 98%
Черкаська	97,1	26,1	97,5	79	54,4	34,2	50,6	78	100,0	100,0	93,6	0	0,0	84 / 93%
Чернівецька	97,7	0,0	100,0	17	76,5	47,1	58,8	18	100,0	100,0	90,0	2	x	96 / 100%
Чернігівська	97,9	14,3	94,6	74	31,1	20,3	67,1	72	97,2	100,0	95,7	0	0,0	87 / 98%
м. Київ*	99,4	15,7	88,8	294	56,1	32,3	29,9	301	86,4	86,4	96,8	3	1,6	172 / 97%

Таблиця 24. Інформація про установи та організації, які проводять АРТ хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД по регіонах України

Регіон	станом на 01.01.2014 р.	станом на 01.01.2015 р.	станом на 01.01.2016 р.
Україна	197	216	235
Вінницька	5	5	6
Волинська	2	2	4
Дніпропетровська	30	32	37
Донецька	43	43	21 ³
Житомирська	2	3	5
Закарпатська	1	1	1
Запорізька	5	6	7
Івано-Франківська	1	1	1
Київська	6	6	11
Кіровоградська	1	2	2
Луганська	9	9	5 ³
Львівська	5	7	8
Миколаївська	9	9	9
Одеська	21 ¹	23 ¹	34 ¹
Полтавська	9	9	12
Рівненська	3	3	7
Сумська	3	5	5
Тернопільська	3	3	3
Харківська	7	7	11
Херсонська	7	7	10
Хмельницька	4	6	7
Черкаська	13	19	20
Чернівецька	1	1	1
Чернігівська	2	2	3
м. Київ	3 ²	3 ²	3 ²
Заклади національного рівня	2	2	2

Інформація наведена без даних АР Крим та м. Севастополь

¹враховано 7 пунктів надання АРТ Одеського міського центру СНІДу

²враховано 3 пункти надання АРТ Київського міського центру СНІДу

³ без урахування даних частини території проведення антитерористичної операції

**Таблиця 25. Загальна кількість хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД,
які отримують АРТ станом на 01.01.2016 року¹**

Регіон/ Організація	Заклади охорони здоров'я МОЗ та НАМН України				Заклади охорони здоров'я ДПтСУ	Разом
	Дорослі		Діти	Всього, ЗОЗ МОЗ та НАМН України	Дорослі	
	Держ- бюджет	Глобальний фонд 10-й раунд	Держ- бюджет		Глобальний фонд 10-й раунд	
Усього	39 697	16 300	2 761	58 758	1 995	60 753
Вінницька	875	363	39	1 277	41	1 318
Волинська	601	234	39	874	24	898
Дніпропетровська	6 008	3 388	544	9 940	336	10 276
Донецька	3 581	1 101	233	4 915	54	4 969
Житомирська	804	366	55	1 225	65	1 290
Закарпатська	168	20	10	198	0	198
Запорізька	1 342	516	65	1 923	100	2 023
Івано- Франківська	522	75	21	618	5	623
Київська	1 383	813	142	2 338	166	2 504
Кіровоградська	669	255	82	1 006	28	1 034
Луганська	980	217	41	1 238	9	1 247
Львівська	862	360	46	1 268	127	1 395
Миколаївська	3 542	1 057	184	4 783	181	4 964
Одеська	5 197	2 322	399	7 918	152	8 070
Полтавська	1 147	411	65	1 623	92	1 715
Рівненська	450	178	20	648	55	703
Сумська	422	148	32	602	24	626
Тернопільська	444	84	3	531	41	572
Харківська	1 057	633	53	1 743	176	1 919
Херсонська	1 263	500	89	1 852	177	2 029
Хмельницька	552	274	48	874	42	916
Черкаська	806	500	81	1 387	64	1 451
Чернівецька	231	100	92	423	2	425
Чернігівська	1 131	418	80	1 629	34	1 663
м. Київ	3 620	1 233	168	5 021	-	5 021
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	79	10	130	219	-	219
ДУ «ІЕІХ НАМН України»	1 961	724	0	2 685	-	2 685

¹без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 26. Порівняльна таблиця кількості осіб, які отримували АРТ в закладах охорони здоров'я МОЗ України та НАМН України станом на 01.01.2015 р. та 01.01.2016 р.¹

Регіон/ Організація	Кількість осіб, які отримували АРТ		приріст за рік (абс.)	приріст за рік
	станом на 01.01.2015 р.	станом на 01.01.2016 р.		
Усього	53 937	60 753	6 816	13,0%
Вінницька	1 187	1 318	131	11,4%
Волинська	869	898	27	3,2%
Дніпропетровська	9 047	10 276	1 195	13,7%
Донецька	4 541	4 969	425	9,5%
Житомирська	1 128	1 290	147	13,6%
Закарпатська	146	198	52	35,6%
Запорізька	1 782	2 023	207	12,1%
Івано-Франківська	555	623	66	12,0%
Київська	1 950	2 504	540	30,0%
Кіровоградська	854	1 034	183	22,2%
Луганська	1 244	1 247	86	7,5%
Львівська	1 279	1 395	119	10,4%
Миколаївська	4 646	4 964	324	7,3%
Одеська	6 895	8 070	1 174	17,4%
Полтавська	1 547	1 715	164	11,2%
Рівненська	662	703	34	5,5%
Сумська	554	626	76	14,4%
Тернопільська	528	572	48	9,9%
Харківська	1 796	1 919	118	7,3%
Херсонська	1 844	2 029	164	9,7%
Хмельницька	793	916	122	16,2%
Черкаська	1 201	1 451	239	20,8%
Чернівецька	378	425	50	13,4%
Чернігівська	1 475	1 663	188	13,0%
м. Київ	4 499	5 021	522	11,6%
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	209	219	10	4,8%
ДУ «ІЕІХ НАМН України»	2 328	2 685	357	15,3%

¹ без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

**Таблиця 27. Загальна кількість ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД,
які отримують та потребують АРТ в закладах охорони здоров'я
МОЗ та НАМН України, станом на 01.01.2016 р.¹
(за даними звітної форм № 56)***

Найменування	Кількість осіб, які отримують АРТ	Кількість осіб, які потребують АРТ (не отримують)	Кількість осіб, які потребують АРТ (у т.ч. отримують)
Усього, у тому числі:	60 753	4 438	65 191
дорослі від 18 років і старші, усього:	57 992	4 394	62 386
з них: чоловіки	30 891	2 415	33 306
жінки	27 101	1 979	29 080
діти віком 0-18 років, усього:	2 761	44	2 805
з них: чоловіки	1 321	22	1 343
жінки	1 440	22	1 462
<i>у тому числі:</i> <i>діти віком 0-3 років</i> <i>включно,</i>	374	х	374
<i>діти віком 4-10 років</i> <i>включно</i>	1 293	х	1 293
<i>діти віком 11-14 років</i> <i>включно</i>	748	х	748
<i>діти віком 15-18 років</i>	346	х	346
Кількість осіб зі статусом активний туберкульоз	5 273	909	6 182
Кількість осіб зі статусом активний СН	6 575	988	7 563

¹без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 28. Характеристика когорти пацієнтів, які розпочали АРТ у 2014 р., через 12 місяців після початку АРТ (за даними звітної форм № 57)¹

Регіон/ Організація	Відсоток осіб, які отримують АРТ через 12 міс. після початку терапії	Відсоток осіб, які вибули з причини смерті протягом 12 міс.	Відсоток осіб, які перервали АРТ протягом 12 міс., загалом
Усього	85,52%	6,2%	8,3%
Вінницька	81,97%	6,9%	11,2%
Волинська	88,31%	6,5%	5,2%
Дніпропетровська	89,21%	6,0%	4,8%
Донецька	-	-	-
Житомирська	82,39%	7,0%	10,6%
Закарпатська	82,26%	16,1%	1,6%
Запорізька	73,89%	10,5%	15,6%
Івано-Франківська	83,57%	4,3%	12,1%
Київська	82,89%	6,7%	10,4%
Кіровоградська	68,75%	7,8%	23,4%
Луганська	-	-	-
Львівська	81,27%	7,0%	11,7%
Миколаївська	77,91%	10,1%	12,0%
Одеська	93,82%	3,6%	2,5%
Полтавська	82,58%	5,9%	11,5%
Рівненська	86,05%	6,4%	7,6%
Сумська	85,92%	2,1%	12,0%
Тернопільська	89,47%	7,9%	2,6%
Харківська	76,80%	2,9%	20,3%
Херсонська	82,82%	6,0%	11,2%
Хмельницька	80,10%	13,1%	6,8%
Черкаська	86,76%	5,1%	8,1%
Чернівецька	70,24%	7,1%	22,6%
Чернігівська	89,07%	5,3%	5,6%
м. Київ	89,42%	5,9%	4,6%
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	100,00%	0,0%	0,0%
ДУ «ІЕІХ НАМН України»	91,13%	3,2%	5,6%

¹без урахування даних АР Крим, м. Севастополь та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 29. Інформація щодо роботи стаціонарних відділень Центрів СНІДу за 2015 рік

Формула обчислення	Регіональні ЦПБС									Міські ЦПБС
	Вінницький обласний	Дніпропетровський обласний	Запорізький обласний	Івано-Франківський обласний	Одеський обласний	Миколаївський обласний	Полтавський обласний	Хмельницький обласний	Київський міський	Дніпропетровський міський
	Загалом (всі ліжка)									
Загальне число ліжок в стаціонарі на кінець 2015 р.	20	30	30	35	50	3 01.08.15 р. 30	26	30	45	30
Число зайнятих посад лікарів x 100 % /Число штатних посад лікарів	100%	100%	100%	100%	100%	100%	89,6%	89,5%	100%	100%
Кількість хворих, що поступили до стаціонарного відділення протягом 2015 р.	521	646	314	227	845	709	247	345	768	522
Кількість хворих, що виписані з відділення протягом 2015 року (включаючи переведених в інші стаціонари)	508	646	298	242	798	705	220	320	715	513
Кількість хворих, що померли у відділенні протягом 2015 року	14	1	16	18	50	13	25	19	78	26
Число померлих у стаціонарі x 100% /Число вибулих хворих (виписаних і померлих)	2,7%	0,15%	5,1%	6,4%	0,6%	1,8%	10%	5,6%	9,8%	3,8%
Число ліжко-днів, проведених хворими в стаціонарі /Число вибулих хворих	19	15,1	25,5	19,6	20,7	21,8	21,6	20,99	14,4	14,6
Число пролікованих хворих /Середньорічне число ліжок	26	21,5	10,5	7,8	16,9	15	9,4	11,3	17,3	22,9
Число ліжко-днів, фактично проведених хворими в стаціонарі середньорічне число ліжок	437	326,5	267	153,1	349	325,9	203,2	223,97	249	334,2

Таблиця 30. Лабораторні дослідження у центрах СНІДу в 2015 році

№	Найменування області/закладу	CD4, кількість лабораторій у регіоні/одиниць обладнання у закладі	ВН, кількість лабораторій у регіоні/одиниць обладнання у закладі	Провірусна ДНК	Підтверджу-вальні дослідження на ВІЛ
1	Вінницька	1	1	0 - обстеження здійснюється у Київському МЦПБС	так
2	Волинська	1 - обстеження здійснюється на базі обласної дитячої лікарні та Рівненського ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється у Рівненському ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	так
3	Дніпропетровська	3	2	1	так, 2 лабораторії: Дніпропетровський ОЦПБС та Криворізький МЦПБС
4	Донецька	1	1	0 обстеження здійснюється УЦКС	так, 2 лабораторії: Слов'янський МЦПБС та Маріупольський МЦПБС
5	Житомирська	0 - обстеження здійснюється у Київському МЦПБС	0 - обстеження здійснюється у Київському МЦПБС	0 - обстеження здійснюється у Київському МЦПБС	так
6	Закарпатська	1	1	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	так
7	Запорізька	1	1	0 - обстеження здійснюється УЦКС	так
8	Івано-Франківська	1	1	1	так
9	Київська	1 - на базі обласної лікарні	0 - обстеження здійснюється УЦКС	0 - обстеження здійснюється УЦКС	ні обстеження здійснює ІЕІХ
10	Кіровоградська	0 - обстеження здійснюється в Одеському ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється в Одеському ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється в Одеському ОЦПБС	так
11	Луганська	0 - обстеження здійснюється в Харківському ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється в Харківському ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється УЦКС	0 - обстеження здійснюється в Харківському ОЦПБС
12	Львівська	1	1	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	так

№	Найменування області/закладу	CD4, кількість лабораторій у регіоні/одиниць обладнання у закладі	ВН, кількість лабораторій у регіоні/одиниць обладнання у закладі	Провірусна ДНК	Підтверджу-вальні дослідження на ВІЛ
13	Миколаївська	1	1	0 - обстеження здійснюється в Одеському ОЦПБС	так
14	Одеська	2	1	1	так (на базі ДУ "Одеський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України")
15	Полтавська	1	1	1	так
16	Рівненська	1	1	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	так
18	Тернопільська	1	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	так
20	Херсонська	1	1	0 - обстеження здійснюється в Одеському ОЦПБС	так
21	Хмельницька	1	0 - обстеження здійснюється у Вінницькому ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	ні - обстеження здійснюється у Вінницькому ОЦПБС
22	Черкаська	1	0 - обстеження здійснюється у Київському МЦПБС	0 - обстеження здійснюється у Київському МЦПБС	так
23	Чернівецька	0 - обстеження здійснюється в Тернопільському ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється в Закарпатському ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	так
24	Чернігівська	1	0 - обстеження здійснюється УЦКС	0 - обстеження здійснюється УЦКС	так
25	м. Київ	2	1	1	так
26	УЦКС	2	1	1	ні
27	ІЕІХ	1	1	0	так (для Київської області)
Всього		26	16	6	23

Таблиця 31. Охоплення тестуванням з визначення кількості CD4 лімфоцитів для ВІЛ-інфікованих осіб в регіонах України у 2015 році

Регіони/ Організація	Диспансерна група (не отримують АРТ)	Кількість пацієнтів на АРТ (на 01.01.2015)	Кількість пацієнтів на АРТ (на 01.01.2016)	Пацієнти на АРТ	% охоплення тестуванням (АРТ*2+Нові АРТ*1)	Пацієнти без АРТ	% охоплення тестуванням (ДГ*2)
				Кількість досліджень з визначення CD4-лімфоцитів		Кількість досліджень з визначення CD4-лімфоцитів	
Україна	86 570	53 937	60 753	92 867	80,97	41 881	24,19
Вінницька	1 120	1 187	1 318	3 228	128,86	1 051	46,92
Волинська	907	869	898	1760	99,60	968	53,36
Дніпропетровська	15 078	9 047	10 276	16 595	85,88	10 280	34,09
Донецька	24 235	4 541	4 969	6 750	70,98	2 874	5,93
Житомирська	1 473	1 128	1 290	1 462	60,46	541	18,36
Закарпатська	224	146	198	523	152,03	167	37,28
Запорізька	2 076	1 782	2 023	4 003	105,20	2 225	53,59
Івано-Франківська	260	555	623	951	80,73	119	22,88
Київська	3 146	1 950	2 504	3 270	73,42	2 659	42,26
Кіровоградська	1 249	854	1 034	985	52,17	289	11,57
Луганська	3 215	1 244	1 247	1 045	41,95	254	3,95
Львівська	1 451	1 279	1 395	1 815	67,88	1 129	38,90
Миколаївська	2 929	4 646	4 964	4 318	44,93	885	15,11
Одеська	11 207	6 895	8 070	8 730	58,34	4 518	20,16
Полтавська	1 372	1 547	1 715	2 997	91,88	1 112	40,52
Рівненська	884	662	703	1 282	93,92	1 042	58,94
Сумська	595	554	626	1 434	1 21,53	747	62,77
Тернопільська	311	528	572	668	60,73	351	56,43
Харківська	1 214	1 796	1 919	5 090	137,01	1 639	67,50
Херсонська	1 984	1 844	2 029	4 077	105,27	1 695	42,72
Хмельницька	1 234	793	916	916	53,60	486	19,69
Черкаська	1 920	1 201	1 451	3 587	135,26	1 016	26,46
Чернівецька	383	378	425	1 007	125,40	297	38,77
Чернігівська	1 727	1 475	1 663	3 594	114,53	1 517	43,92
м. Київ	6 376	4 499	5 021	11 007	115,62	3 633	28,49
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	0	209	219	445	103,97	75	0
ДУ «ІЕІХ НАМН України» ¹	0	2 328	2 685	1 328	26,49	312	0

¹дані за I квартал 2015 року

Таблиця 32. Охоплення тестуванням з визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ для ВІЛ-інфікованих осіб в регіонах України у 2015 році

Регіони/ Організація	Диспансер на група (не отримують АРТ)	Кількість пацієнтів на АРТ (на 01.01.2015)	Кількість пацієнтів на АРТ (на 01.01.2016)	Пацієнти на АРТ	% охоплення тестуванням (АРТ*2+Нові АРТ*1)	Пацієнти без АРТ	% охоплення тестуванням (ДГ*2)
				Кількість досліджень з визначення ВН ВІЛ-1		Кількість досліджень з визначення ВН ВІЛ-1	
Україна	86 570	53 937	60 753	37 741	32,9	8 674	5,0
Вінницька	1 120	1 187	1 318	915	36,5	175	7,8
Волинська	907	869	898	444	25,1	167	9,2
Дніпропетровськ	15 078	9 047	10 276	6 494	33,6	3 078	10,2
Донецька	24 235	4 541	4 969	1 484	15,6	518	1,1
Житомирська	1 473	1 128	1 290	983	40,7	97	3,3
Закарпатська	224	146	198	127	36,9	21	4,7
Запорізька	2 076	1 782	2 023	1 639	43,1	143	3,4
Івано-Франківська	260	555	623	578	49,1	19	3,7
Київська	3 146	1 950	2 504	1 444	32,4	324	5,1
Кіровоградська	1 249	854	1 034	364	19,3	34	1,4
Луганська	3 215	1 244	1 247	591	23,7	14	0,2
Львівська	1 451	1 279	1 395	1 149	43,0	573	19,7
Миколаївська	2 929	4 646	4 964	2 542	26,5	929	15,9
Одеська	11 207	6 895	8 070	4 163	27,8	509	2,3
Полтавська	1 372	1 547	1 715	1 042	31,9	192	7,0
Рівненська	884	662	703	499	36,6	151	8,5
Сумська	595	554	626	281	23,8	25	2,1
Тернопільська	311	528	572	119	10,8	80	12,9
Харківська	1 214	1 796	1 919	1 478	39,8	548	22,6
Херсонська	1 984	1 844	2 029	1 948	50,3	157	4,0
Хмельницька	1 234	793	916	435	25,5	101	4,1
Черкаська	1 920	1 201	1 451	971	36,6	106	2,8
Чернівецька	383	378	425	282	35,1	73	9,5
Чернігівська	1 727	1 475	1 663	1 276	40,7	157	4,5
м. Київ	6 376	4 499	5 021	5 185	54,5	282	2,2
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	0	209	219	170	39,7	7	0
ДУ «ІЕІХ НАМН України»	0	2 328	2 685	1 138	22,7	194	0

Таблиця 33. Інформація про кількість та результати обстежень в 2015 р. представників ГПР на антитіла до ВІЛ 1/2, що були здійснені методом ІФА з використанням тест-систем, закуплених за кошти ГФ

Регіони/ місто	Загальна кількість досліджень (у тому числі з урахуванням контролів та повторів)	Кількість обстежених осіб	Кількість осіб, у яких виявлено та підтверджено наявність антитіл до ВІЛ	% виявлених ВІЛ- позитивних осіб
Вінницька	0	0	0	0,00
Волинська	1 632	1 489	19	1,28
Дніпропетровська	7 296	6 340	328	5,17
Донецька ¹	4 941	4 208	208	4,94
Житомирська	1 920	1 694	68	4,01
Закарпатська	112	102	0	0,00
Запорізька	4 512	4 037	83	2,06
Івано-Франківська	1 540	1 404	26	1,85
Київська	2 304	2 111	177	8,38
Кіровоградська	3 168	2 421	434	17,93
Луганська ²	-	-	-	-
Львівська	11 687	11 181	207	1,85
Миколаївська	4 224	3 866	114	2,95
Одеська	4 440	3 125	380	12,16
Полтавська	2 545	1 978	155	7,84
Рівненська	1 920	1 810	23	0,00
Сумська	4 393	4 107	84	2,05
Тернопільська	1 123	1 036	16	1,54
Харківська	9 600	8 608	246	2,86
Херсонська	3 168	2 745	144	5,25
Хмельницька	1 341	1 267	2	0,16
Черкаська	1 928	1 756	36	2,05
Чернівецька	1 440	1 363	6	0,44
Чернігівська	2 112	2 002	31	1,55
м. Київ	10 733	9 815	844	8,60
ВСЬОГО	88 079	78 465	3 631	4,63

¹ інформація за I кв. надавалась Донецьким ОЦПБС, за II-IV кв. - Слов'янським МЦПБС

² інформація не надана

Таблиця 34. Зведені дані щодо вірусологічної ефективності АРТ за 2015 рік

Регіони/ Організація	Всього обстежено осіб	У тому числі з рівнем ВН (РНК копій/мл)					
		Ефективність		«Бліпи»		Неефективність	
	абс.ч.	ВН <40 копій/мл		ВН від 40-1000 копій/мл		ВН >1000 копій/мл	
		абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Україна	38 447	29 882	77,7	4 482	11,7	4 083	10,6
Вінницька	851	621	73,0	107	12,6	123	14,5
Волинська	436	309	70,9	71	16,3	56	12,8
Дніпропетровська	2 819	2 414	85,6	196	7,0	209	7,4
Донецька ¹	441	355	80,5	34	7,7	52	11,8
Житомирська	788	581	73,7	119	15,1	88	11,2
Запорізька	1 690	1 318	78,0	173	10,2	199	11,8
Івано-Франківська	738	516	69,9	158	21,4	64	8,7
Кіровоградська	386	274	71,0	55	14,2	57	14,8
Київська	1 311	1 053	80,3	122	9,3	136	10,4
Луганська ²	-	-	-	-	-	-	-
Львівська	1 503	985	65,5	227	15,1	291	19,4
Миколаївська	2 510	1 930	76,9	253	10,1	327	13,0
Одеська	5 819	4 549	78,2	656	11,3	614	10,6
Полтавська	1 082	862	79,7	127	11,7	93	8,6
Рівненська	481	319	66,3	84	17,5	78	16,2
Сумська	423	347	82,0	34	8,0	42	9,9
Тернопільська	143	86	60,1	37	25,9	20	14,0
Харківська	2 614	1 985	75,9	304	11,6	325	12,4
Херсонська	1 725	1 453	84,2	91	5,3	181	10,5
Хмельницька	395	310	78,5	42	10,6	43	10,9
Черкаська	1 185	899	75,9	162	13,7	124	10,5
Чернігівська	1 163	948	81,5	96	8,3	119	10,2
м. Київ	5 306	4 408	83,1	563	10,6	335	6,3
Чернівецька	238	192	80,7	18	7,6	28	11,8
м. Кривий Ріг	2 049	1 471	71,8	293	14,30	285	13,9
Закарпаття	198	142	71,7	31	15,7	25	12,6
м. Маріуполь	1 106	732	66,2	254	23,0	120	10,8
НДСЛ « ОХМАТДИТ»	186	156	83,9	20	10,8	10	5,4
ДУ"ІЕІХ" ім. Л.В. Громашевського	861	667	77,5	155	18,0	39	4,5

¹дані за I квартал 2015 року ²інформація не надана

Таблиця 35. Звіт про обстеження дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, на наявність провірусної ДНК ВІЛ-1 (за 2015 рік)

Регіони	Всього обстежено дітей	Позитивні результати	Діти, народжені в 2013-2014 рр.			Діти, народжені в 2015 році		
			всього	обстежено двічі	Позитивні результати	всього	обстежено двічі	Позитивні результати
Вінницька	67	2	1	1	0	66	16	2
Волинська	44	1	11	0	0	33	0	1
Дніпропетровська	510	16+8 ¹	118	29	3+1 ¹	392	110	13+7 ¹
Донецька ²								
Житомирська	105	2	30	22	1	75	56	1
Закарпатська	19	2	12	5	0	7	4	2
Запорізька	98	4	33	2	3	65	22	1
Івано-Франківська	17	0	1	0	0	16	9	0
Київська	121	5	18	0	2	103	2	3
Кіровоградська	90	5	18	1	1	72	1	4
Луганська	41	0+1 ¹	17	7	0+1 ¹	24	20	0
Львівська	74	0	15	5	0	59	23	0
Миколаївська	146	4	33	1	1	113	1	3
Одеська	397	11+1 ¹	97	9	1	300	79	10+1 ¹
Полтавська	66	1	16	1	0	50	7	1
Рівненська	59	1	10	0	0	49	2	1
Сумська	38	0	13	0	0	25	0	0
Тернопільська	18	0	0	0	0	18	0	0
Харківська	104	1	27	3	0	77	19	1
Херсонська	127	3+1 ¹	32	0	1+1 ¹	69	0	2
Хмельницька	58	1	12	0	0	46	0	1
Черкаська	89	0	27	8	0	62	17	0
Чернівецька	13	1	0	0	0	13	0	1
Чернігівська	89	0	28	10	0	61	15	0
м. Київ	249	7	61	21	3	188	50	4
Всього	2639	67+11¹	630	125	16+3¹	1983	453	51+8¹

¹ дискордантний результат, що потребує уточнення

² дані не отримано

Таблиця 36. Визначення мутацій резистентності ВІЛ до АРТ у 2015 р.

Регион/ Організація	квота	Всього надіслано	не тестувалися ¹		всього протестовано		є мутації		мутацій немає		негативні в ПЛР	
			абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Вінницька	7	21			21	100%	16	76,2%	3	14,3%	2	9,5%
Волинська	5	4			4	100%	3	75%			1	25%
Дніпропетровська	34	40	3	7,5%	37	92,5%	12	32,4%	21	56,8%	4	10,8%
Донецька	45	33	5	15,2%	28	84,8%	14	50%	5	17,9%	9	32,1%
Житомирська	8	19	5	26,3%	14	73,7%	13	92,9%	1	7,1%		
Закарпатська	2	3			3	100%			3	100%		
Запорізька	15	17	1	5,9%	16	94,1%	4	25%	11	68,8%	1	6,3%
Івано-Франківська	10	14	1	7,1%	13	92,9%	3	23,1%	6	46,2%	4	30,8%
Київська	15	36	2	5,6%	34	94,4%	18	52,9%	10	29,4%	6	17,6%
Кіровоградська	8	7	1	14,3%	6	85,7%	3	50%	3	50%		
Луганська	20	13	3	23,1%	10	76,9%	8	80%	2	20%		
Львівська	23	8	1	12,5%	7	87,5%	5	71,4%	2	28,6%		
Миколаївська	30	29			29	100%	18	62,1%	8	27,6%	3	10,3%
Одеська	41	57	1	1,8%	56	98,2%	44	78,6%	9	16,1%	3	5,4%
Полтавська	9	9	2	22,2%	7	77,8%	3	42,9%	4	57,1%		
Рівненська	8	8			8	100%	8	100%				

¹ причини відмови у тестуванні на наявність мутацій резистентності ВІЛ, а саме:

1 - дані щодо рівня ВН ВІЛ застарілі (рівень ВН визначався півроку тому та більше);

2 - взагалі немає даних щодо рівня ВН ВІЛ;

3 - забір крові зроблено через 1 місяць після заміни схеми АРТ (повинно пройти мінімум півроку після заміни);

4 - недостатній рівень ВН ВІЛ (<2000 РНК-копій/мл);

5 - кров відібрано у пробірку без антикоагулянту ЕДТА;

6 - код пацієнта на пробірці та на направленні не співпадають;

7 - на момент обстеження пацієнт не приймав АРТ;

8 - при транспортуванні плазмою крові контаміновано весь матеріал та направлення.

Регіон/ Організація	квота	Всього надіслано	не тестувалися ¹		всього протестовано		є мутації		мутацій немає		негативні в ПЛР	
			абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сумська	1	2			2	100%	2	100%				
Тернопільська	1	0			0							
Харківська	25	6			6	100%	5	83,3%	1	16,7%		
Херсонська	14	9			9	100%	3	33,3%	6	66,7%		
Хмельницька	6	12	4	33,3%	8	66,7%	6	75%	2	25%		
Черкаська	17	22			22	100%	12	54,5%	8	36,4%	2	9,1%
Чернівецька	3	2			2	100%	1	50%	1	50%		
Чернігівська	9	16			16	100%	6	37,5%	5	31,3%	5	31,3%
ІЕІХ	10	7			7	100%	3	42,9%	3	42,9%	1	14,3%
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	10	9	3	33,3%	6	66,7%	4	66,7%	2	33,3%		
Всього	414	445	32	7,2%	413	92,8%	246	59,6%	124	30%	43	10,4%

¹ причини відмови у тестуванні на наявність мутацій резистентності ВІЛ, а саме:

3 - забір крові зроблено через 1 місяць після заміни схеми АРТ (повинно пройти мінімум півроку після заміни);

4 - недостатній рівень ВН ВІЛ (<2000 РНК-копій/мл).

Територіальна рейтингова оцінка за статистичними показниками у 2015 р.

Рейтингова оцінка інтенсивності епідемічного процесу з ВІЛ-інфекції здійснюється методом ранжування показників з урахуванням тенденцій рівнів показників (П) за три/два попередні роки та їх темпів росту (Т) (Методичні рекомендації для лікарів-епідеміологів центрів з профілактики та боротьби зі СНІД «Аналіз епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІД за статистичними показниками, МОЗ України, 2006 р.).

Регіони були розподілені на три групи за рівнями зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію на підставі розрахунку середнього квадратичного відхилення (σ) значення показника захворюваності за 2015 р.

До регіонів I групи з високим рівнем захворюваності відносили області зі значеннями вище 2σ (**> 50,5** на 100 тис. нас.); **до регіонів II групи** з середнім рівнем захворюваності – зі значенням від 1σ до 2σ (**від 25,2 до 50,5** на 100 тис. нас.); **до регіонів III групи** з низьким рівнем захворюваності – зі значенням 1σ та менше (**$\leq 25,2$** на 100 тис. нас.).

Для кожної групи регіонів – з низьким, середнім, високим рівнями захворюваності на ВІЛ-інфекцію – розраховувався рейтинг територій за інтенсивністю епідемічного процесу, що базувався на ранжуванні рівнів (П) та середніх темпів росту (Т) восьми статистичних показників, отриманих за даними офіційної звітності протягом 2013 – 2015 рр.:

- захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб віком 15 років і старше (за даними РЕН) – P_1, T_1 ;
- захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб 15-24 років (за даними РЕН) – (P_2, T_2);
- поширеність ВІЛ серед вагітних (за даними звітних форм №21, №63, показник враховує загальну кількість ВІЛ-позитивних вагітних незалежно від моменту встановлення ВІЛ-позитивного статусу) – P_3, T_3 ;
- інфікованість ВІЛ серед вагітних 15-24 років (за даними СЕМ, показник враховує нові випадки інфікування ВІЛ серед вагітних молодшої групи) – P_4, T_4 ;
- інфікованість ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків (за даними СЕМ) – P_5, T_5 ;
- інфікованість ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду (за даними СЕМ) – P_6, T_6 ;
- інфікованість ВІЛ серед чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (за даними СЕМ) – P_7, T_7 ;
- смертність, пов'язана з ВІЛ-інфекцією (за даними РЕН) – P_8, T_8 .

Перші рангові місця показників П1 – П8 присвоювалися територіям з найменшими значеннями рівнів показників та їх темпів росту. Сумарний ранг (SR) дорівнює сумі рангів показника (rП) і темпу росту показника (rТ).

Загальні критерії відбору показників

№	Критерії	Пояснення
1	Доступність	Можливість отримання значення показника по кожній території, переважно за даними офіційної статистики.
2	Динамічність	Показник розраховується у часі та має кількісну тенденцію.
3	Релевантність стадії епідемії	Показник відображає стан реалізації заходів протидії серед осіб з ГПР.
4	Достовірність та надійність	Джерела даних та методологія розрахунку показника є надійними, складові показника – верифікованими.

За рейтинговою оцінкою показників інтенсивності епідемічного процесу у 2015 р. перше (найкраще) рангове місце посідає серед регіонів I групи – Миколаївська область, серед регіонів II групи – Черкаська область, серед регіонів III групи – Чернівецька область.

Найбільш несприятлива епідемічна ситуація відмічається серед регіонів I групи – у Одеській області, серед регіонів II групи – у Запорізькій області, серед регіонів III групи – у Сумській області.

Розрахунки рейтингової оцінки³

1. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб 15 років і старше⁴ (P_1, T_1).

I група регіонів

Регіони	P_1 (середня 2012-2014) на 100 тис. нас.	P_1 (2015), на 100 тис. нас.	T_1 , %	rP_1 (2015)	rT_1
Дніпропетровська	99,1	85,2	-14,0	4	2
Київська	43,7	54,0	23,7	2	4
Кіровоградська	33,5	48,2	43,8	1	5
Миколаївська	89,0	72,1	-18,9	2	1
Одеська	103,9	96,5	0,0	5	3

II група регіонів

Регіони	P_1 (середня 2012-2014) на 100 тис. нас.	P_1 (2015), на 100 тис. нас.	T_1 , %	rP_1 (2015)	rT_1
Волинська	26,1	25,7	-1,8	1	3
Житомирська	28,9	35,2	21,7	4	8
Запорізька	30,5	32,5	6,7	3	6
Полтавська	29,7	30,1	1,2	2	4
Херсонська	48,1	45,8	-4,8	7	1
Черкаська	37,4	42,7	14,2	5	7
Чернігівська	44,0	46,3	5,0	8	5
м. Київ	46,7	44,8	-4,0	6	2

III група регіонів

Регіони	P_1 (середня 2012-2014) на 100 тис. нас.	P_1 (2015), на 100 тис. нас.	T_1 , %	rP_1 (2015)	rT_1
Вінницька	19,9	16,1	-19,0	6	2
Закарпатська	6,2	5,8	-5,7	1	6
Івано-Франківська	12,2	14,1	15,3	5	9
Львівська	16,1	18,0	11,6	8	8
Рівненська	21,3	20,7	-2,7	10	7
Сумська	15,1	19,0	25,5	9	10
Тернопільська	11,1	10,4	-6,8	2	5
Харківська	20,6	17,7	-14,0	7	3
Хмельницька	21,7	13,0	-40,0	4	1
Чернівецька	11,4	10,6	-6,9	3	4

³ У рейтингу не враховані показники Донецької та Луганської області.

⁴ За даними РЕН – кількість осіб з вперше житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком 15 років і старше на 100 тисяч відповідного населення

2. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб віком 15-24 років⁵ (P_2, T_2).

I група регіонів

Регіони	P_2 (середня 2012-2014) на 100 тис. нас.	P_2 (2015), на 100 тис. нас.	T_2 , %	rP_2 (2015)	rT_2
Дніпропетровська	44,2	37,3	-15,7	4	3
Київська	32,8	29,3	-10,7	2	5
Кіровоградська	21,3	17,5	-17,9	1	2
Миколаївська	38,4	32,5	-15,4	3	4
Одеська	67,9	53,1	-21,8	5	1

II група регіонів

Регіони	P_2 (середня 2012-2014) на 100 тис. нас.	P_2 (2015), на 100 тис. нас.	T_2 , %	rP_2 (2015)	rT_2
Волинська	16,7	16,0	-4,2	2	6
Житомирська	23,7	20,6	-13,0	4	5
Запорізька	19,5	21,0	7,7	5	7
Полтавська	22,9	15,5	-32,3	1	1
Херсонська	26,7	21,6	-19,1	7	4
Черкаська	30,7	22,1	-27,8	6	2
Чернігівська	26,0	18,9	-27,1	3	3
м. Київ	22,0	31,3	42,3	8	8

III група регіонів

Регіони	P_2 (середня 2012-2014) на 100 тис. нас.	P_2 (2015), на 100 тис. нас.	T_2 , %	rP_2 (2015)	rT_2
Вінницька	15,5	11,7	-24,8	7	7
Закарпатська	6,3	1,8	-71,3	2	2
Івано-Франківська	9,5	4,5	-53,0	3	3
Львівська	13,5	10,1	-25,3	6	6
Рівненська	16,1	13,0	-19,3	8	8
Сумська	14,5	14,4	-0,6	10	9
Тернопільська	6,7	1,5	-77,6	1	1
Харківська	11,7	13,3	14,3	9	10
Хмельницька	10,8	7,4	-31,6	5	4
Чернівецька	6,8	5,0	-26,9	4	5

⁵ За даними РЕН – кількість осіб з вперше житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком 15 – 24 років на 100 тисяч відповідного населення

3. Поширеність ВІЛ серед вагітних⁶ (P_3, T_3).

I група регіонів

Регіони	P_3 (середня 2012-2014) %	P_3 (2015), %	T_3 , %	rP_3 (2015)	rT_3
Дніпропетровська	1,62	1,48	-8,3	4	2
Київська	0,78	1,00	28,5	2	5
Кіровоградська	0,97	0,97	0,0	1	3
Миколаївська	1,62	1,37	-15,3	3	1
Одеська	1,45	1,69	16,0	5	4

II група регіонів

Регіони	P_3 (середня 2012-2014) %	P_3 (2015), %	T_3 , %	rP_3 (2015)	rT_3
Волинська	0,33	0,42	27,3	1	8
Житомирська	0,65	0,65	0,0	5	5
Запорізька	0,62	0,64	4,5	4	6
Полтавська	0,56	0,54	-4,5	2	4
Херсонська	0,99	1,09	10,4	8	7
Черкаська	0,85	0,58	-32,0	3	1
Чернігівська	1,04	0,95	-8,9	7	3
м. Київ	0,79	0,70	-11,3	6	2

III група регіонів

Регіони	P_3 (середня 2012-2014) %	P_3 (2015), %	T_3 , %	rP_3 (2015)	rT_3
Вінницька	0,47	0,52	12,0	10	8
Закарпатська	0,11	0,09	-13,4	1	5
Івано-Франківська	0,17	0,14	-20,0	2	3
Львівська	0,29	0,24	-15,3	5	4
Сумська	0,37	0,47	27,7	8	10
Рівненська	0,32	0,36	11,1	6	7
Тернопільська	0,17	0,18	7,1	4	6
Харківська	0,43	0,50	18,2	9	9
Хмельницька	0,49	0,38	-21,9	7	2
Чернівецька	0,21	0,15	-29,0	3	1

⁶ За даними звітних форм №21, №63, показник враховує загальну кількість ВІЛ-позитивних вагітних незалежно від моменту встановлення ВІЛ-позитивного статусу

4. Інфікованість ВІЛ серед вагітних серед вагітних 15-24 років⁷
(P_4, T_4).

I група регіонів

Регіони	P_4 (середня 2013-2014) %	P_4 (2015), %	T_4 , %	rP_4 (2015)	rT_4
Дніпропетровська	0,51	0,57		4	
Київська	0,57	0,30		3	
Кіровоградська	2,25	0,03		1	
Миколаївська	0,56	0,27		2	
Одеська	0,67	0,71		5	

II група регіонів

Регіони	P_4 (середня 2013-2014) %	P_4 (2015), %	T_4 , %	rP_4 (2015)	rT_4
Волинська	0,14	0,07		1	
Житомирська	0,34	0,23		4	
Запорізька	0,14	0,17		3	
Полтавська	0,32	0,24		5	
Херсонська	0,39	0,27		6	
Черкаська	0,24	0,15		2	
Чернігівська	0,28	0,67		8	
м. Київ	0,45	0,48		7	

III група регіонів

Регіони	P_4 (середня 2013-2014) %	P_4 (2015), %	T_4 , %	rP_4 (2015)	rT_4
Вінницька	0,32	0,25		9	
Закарпатська	0,045	0,06		4	
Івано-Франківська	0,09	0,01		2	
Львівська	0,24	0,10		6	
Рівненська	0,46	0,23		8	
Сумська	0,23	0,26		10	
Тернопільська	0,05	0,02		3	
Харківська	0,145	0,15		7	
Хмельницька	0,26	0,09		5	
Чернівецька	0,21	0,00		1	

⁷ Дані для розрахунку показника збираються з 2013 року у рамках СЕМ (код 109.1.1+109.1.2). Темп приросту показника не розраховувався внаслідок нестаточної кількості спостережень у роках.

5. Інфікованість ВЛЛ серед СІН⁸ (Π_5, T_5).

I група регіонів

Регіони	Π_5 (середня 2013-2014) %	Π_5 (2015), %	T_5 , %	$r\Pi_5$ (2015)	rT_5
Дніпропетровська	4,0	2,4		2	
Київська	10,1	8,1		4	
Кіровоградська	12,5	19,2		5	
Миколаївська	4,1	2,3		3	
Одеська	12,8	1,1		1	

II група регіонів

Регіони	Π_5 (середня 2013-2014) %	Π_5 (2015), %	T_5 , %	$r\Pi_5$ (2015)	rT_5
Волинська	1,6	1,2		3	
Житомирська	4,0	1,7		5	
Запорізька	2,5	1,6		4	
Полтавська	3,4	3,0		8	
Херсонська	1,3	0,6		1	
Черкаська	1,5	0,8		2	
Чернігівська	5,6	2,9		7	
м. Київ	6,4	2,2		6	

III група регіонів

Регіони	Π_5 (середня 2013-2014) %	Π_5 (2015), %	T_5 , %	$r\Pi_5$ (2015)	rT_5
Вінницька	5,6	0,7		7	
Закарпатська	0,2	0,4		3	
Івано-Франківська	3,2	9,6		10	
Львівська	3,9	1,2		9	
Рівненська	1,6	0,4		5	
Сумська	1,5	0,9		8	
Тернопільська	0,4	0,3		2	
Харківська	1,4	0,4		4	
Хмельницька	1,6	0,5		6	
Чернівецька	0,7	0,2		1	

⁸ Дані для розрахунку показника збираються у рамках СЕМ (код 102). Темп приросту показника не розраховувався внаслідок включення у СЕМ з 2013 року кількості та результатів досліджень за допомогою ШТ. Для визначення рейтингу при однакових значень Π_5 (2015) у декількох регіонах враховувалося значення Π_5 (середня 2013-2014)

6. Інфікованість ВІЛ серед ОСБ⁹ (P_6, T_6).

I група регіонів

Регіони	P_6 (середня 2013-2014) %	P_6 (2015), %	T_6 , %	rP_6 (2015)	rT_6
Дніпропетровська	0,1	0,1		2	
Київська	1,6	0,0		1	
Кіровоградська	0,0	1,7		5	
Миколаївська	1,0	0,1		3	
Одеська	0,0	0,2		4	

II група регіонів

Регіони	P_6 (середня 2013-2014) %	P_6 (2015), %	T_6 , %	rP_6 (2015)	rT_6
Волинська	0,0	0,0		1	
Житомирська	0,0	0,0		1	
Запорізька	1,0	1,0		7	
Полтавська	1,9	0,0		4	
Херсонська	0,5	0,0		3	
Черкаська	0,3	0,0		2	
Чернігівська	0,0	0,3		6	
м. Київ	0,5	0,1		5	

III група регіонів

Регіони	P_6 (середня 2013-2014) %	P_6 (2015), %	T_6 , %	rP_6 (2015)	rT_6
Вінницька	25,0	0,0		3	
Закарпатська	0,2	0,0		2	
Івано-Франківська	0,2	0,0		2	
Львівська	0,2	0,0		2	
Рівненська	0,6	0,5		5	
Сумська	0,0	0,1		3	
Тернопільська	0,0	0,0		1	
Харківська	0,0	0,0		1	
Хмельницька	0,0	0,0		1	
Чернівецька	0,1	0,2		4	

⁹ Дані для розрахунку показника збираються з 2013 року у рамках СЕМ (код 105.2). Темп приросту показника не розраховувався внаслідок нестаточної кількості спостережень у роках. Для визначення рейтингу при однакових значень P_6 (2015) у декількох регіонах враховувалося значення P_6 (середня 2013-2014) та темп приросту. У випадку відсутності виявлених ВІЛ-позитивних осіб протягом 2013-2015 рр. присвоювалося перше рейтингове місце.

7. Інфікованість ВІЛ серед ЧСЧ¹⁰ (Π_7, T_7).

I група регіонів

Регіони	Π_7 (середня 2013-2014) %	Π_7 (2015), %	T_7 , %	$r\Pi_7$ (2015)	rT_7
Дніпропетровська	0,8	0,5		2	
Київська	21,0	5,4		4	
Кіровоградська	0,0	42,9		5	
Миколаївська	0,2	0,3		1	
Одеська	37,8	2,6		3	

II група регіонів

Регіони	Π_7 (середня 2013-2014) %	Π_7 (2015), %	T_7 , %	$r\Pi_7$ (2015)	rT_7
Волинська	13,1	1,1		5	
Житомирська	38,4	2,8		7	
Запорізька	1,1	0,6		3	
Полтавська	18,8	5,9		8	
Херсонська	0,8	0,8		4	
Черкаська	0,9	0,5		2	
Чернігівська	1,8	0,1		1	
м. Київ	11,2	1,3		6	

III група регіонів

Регіони	Π_7 (середня 2013-2014) %	Π_7 (2015), %	T_7 , %	$r\Pi_7$ (2015)	rT_7
Вінницька	9,9	1,2		6	
Закарпатська	3,3	6,3		7	
Івано-Франківська	10,2	33,3		8	
Львівська	1,9	0,4		3	
Рівненська	0,0	0,0		1	
Сумська	26,0	0,0		2	
Тернопільська	4,3	100,0		10	
Харківська	2,4	0,5		4	
Хмельницька	18,4	66,7		9	
Чернівецька	0,6	0,9		5	

¹⁰ Дані для розрахунку показника збираються з 2013 року у рамках СЕМ (коди 101.2+103).

Темп приросту показника не розраховувався внаслідок нестаточної кількості спостережень у роках. Для визначення рейтингу при однакових значень Π_7 (2015) у декількох регіонах враховувалося значення Π_7 (середня 2013-2014) та темп приросту. У випадку відсутності виявлених ВІЛ-позитивних осіб протягом 2013-2015 рр. присвоювалося перше рейтингове місце.

8. Смертність, пов'язана з ВІЛ-інфекцією¹¹ (P_8, T_8).

I група регіонів

Регіони	P_8 (середня 2012-2014) на 100 тис. нас.	P_8 (2015), на 100 тис. нас.	T_8 , %	rP_8 (2015)	rT_8
Дніпропетровська	29,8	29,9	0,4	5	3
Київська	5,3	6,2	17,1	1	4
Кіровоградська	5,7	9,3	63,7	2	5
Миколаївська	10,3	9,8	-4,5	3	1
Одеська	14,6	15,4	0,0	4	2

II група регіонів

Регіони	P_8 (середня 2012-2014) на 100 тис. нас.	P_8 (2015), на 100 тис. нас.	T_8 , %	rP_8 (2015)	rT_8
Волинська	5,4	5,7	5,1	1	7
Житомирська	6,8	7,0	1,9	7	6
Запорізька	7,2	8,8	21,5	8	8
Полтавська	7,0	6,6	-5,5	4	3
Херсонська	7,1	6,6	-5,4	5	4
Черкаська	6,7	6,0	-10,1	2	2
Чернігівська	6,9	6,8	-1,6	6	5
м. Київ	7,1	6,3	-10,5	3	1

III група регіонів

Регіони	P_8 (середня 2012-2014) на 100 тис. нас.	P_8 (2015), на 100 тис. нас.	T_8 , %	rP_8 (2015)	rT_8
Вінницька	3,4	2,7	-18,7	8	2
Закарпатська	1,0	1,0	2,3	1	8
Івано-Франківська	2,5	2,2	-11,5	7	4
Львівська	3,3	3,1	-6,3	9	7
Сумська	1,3	1,9	42,4	4	10
Рівненська	1,8	2,1	17,7	5	9
Тернопільська	1,7	1,6	-6,7	3	6
Харківська	2,4	2,1	-10,7	6	5
Хмельницька	4,1	3,4	-17,7	10	3
Чернівецька	1,8	1,4	-18,9	2	1

¹¹ Дані для розрахунку показника збираються у рамках РЕН - – кількість осіб, які померли від хвороб, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (2013-2015 рр.) та померлих від СНІДу (2012 р.) на 100 тисяч населення. Для визначення рейтингу при однакових значень P_8 (2015) у декількох регіонах враховувалося значення P_8 (середня 2012-2014) та темп приросту.

**Підсумкова територіальна рейтингова оцінка
за показниками інтенсивністю епідемічного процесу у 2015 році**

I група регіонів

Регіони	SR ₁	SR ₂	SR ₃	SR ₄	SR ₅	SR ₆	SR ₇	SR ₈	SR ₁₋₈	Підсумковий ранг 2015 р.
Дніпропетровська	6	7	6	4	2	2	2	8	37	4
Київська	6	7	7	3	4	1	4	5	37	3
Кіровоградська	6	3	4	1	5	5	5	7	36	2
Миколаївська	3	7	4	2	3	3	1	4	27	1
Одеська	8	6	9	5	1	4	3	6	42	5

II група регіонів

Регіони	SR ₁	SR ₂	SR ₃	SR ₄	SR ₅	SR ₆	SR ₇	SR ₈	SR ₁₋₈	Підсумковий ранг 2015 р.
Волинська	4	8	9	1	3	1	5	8	39	2
Житомирська	12	9	10	4	5	1	7	13	61	6
Запорізька	9	12	10	3	4	7	3	16	64	8
Полтавська	6	2	6	5	8	4	8	7	46	3
Херсонська	8	11	15	6	1	3	4	9	57	4
Черкаська	12	8	4	2	2	2	2	4	36	1
Чернігівська	13	6	10	8	7	6	1	11	62	7
м. Київ	8	16	8	7	6	5	6	4	60	5

III група регіонів

Регіони	SR ₁	SR ₂	SR ₃	SR ₄	SR ₅	SR ₆	SR ₇	SR ₈	SR ₁₋₈	Підсумковий ранг 2015 р.
Вінницька	8	14	18	9	7	3	6	10	75	8
Закарпатська	7	4	6	4	3	2	7	9	42	2
Івано-Франківська	14	6	5	2	10	2	8	11	58	5
Львівська	16	12	9	6	9	2	3	16	73	6
Сумська	19	19	18	10	8	3	2	14	93	10
Рівненська	17	16	13	8	5	5	1	14	79	9
Тернопільська	7	2	10	3	2	1	10	9	44	3
Харківська	10	19	18	7	4	1	4	11	74	7
Хмельницька	5	9	9	5	6	1	9	13	57	4
Чернівецька	7	9	4	1	1	4	5	3	34	1

Перші рангові місця присвоюються територіям з найменшим значенням підсумкового рангу. Для визначення підсумкового рангу при однакових значеннях загального підсумка враховувалися рівень та темп приросту комплексного показника – смертність від СНІДу.

Перелік посилань

1. Аналіз епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІД за статистичними показниками / А.М. Щербінська, М.В. Голубчиков, Ю.В. Круглов, В.А. Марциновська та ін. // Методичні рекомендації. – К., 2006. – 50 с.
2. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галант, П. Фал – М.: Р. Валент, 2012. – 528 с.
3. Брико Н.И. Глобализация и эпидемический процесс /Н.И.Брико, В.И.Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. - №4. – С.4-10.
4. Використання методики Clinical Assessment for System Strengthening (CIASS) для моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я України в напрямку протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу/ С.Коллінз, І.Кузін, Дж.Пеннер// Методичні рекомендації. - К.: КІМ, 2016. – 136 с.
5. В направлении цели «ноль». Стратегия на 2011–2015 годы. / ЮНЭЙДС, 2010. – 64 с.
6. Глобальный информационный бюллетень / ЮНЭЙДС, 2016. – 9 с.
7. Зведене керівництво з використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції. Рекомендації з позиції охорони здоров'я/ВООЗ, 2013. – 273 с.
8. Здоровье -21: Здоровье для всех в 21-ом столетии: Введение /Европейская серия «Здоровье для всех», №5.-Копенгаген : ВОЗ; ЕРБ, 2012. – 44 с.
9. К ликвидации эпидемии СПИДа ускоренными темпами: Совещание высокого уровня Генеральной ассамблеи ООН, 8–10 июня 2016 г., Нью-Йорк.- ЮНЕЙДС,2016. – 16 с.
- 10.План действий по профилактике и контролю ВИЧ-инфекции/СПИДа в Европейском регионе ВОЗ на 2016-2021 гг. : Отчет о втором совещании, 26–27 ноября 2015 г., Париж, Франция.- ВОЗ, 2016. – 34 с.
- 11.Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году: Проект резолюции, представленный Председателем Генеральной Ассамблеи ООН /Организация Объединенных Наций, 2016. – 35 с.
- 12.Определение новых целей для достижения универсального доступа к лечению ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы и Центральной Азии: Доклад об итогах консультативного совещания, 28-29 апреля 2014 г., Стамбул, Турция. – ЮНЕЙДС, 2014. – 39 с.
- 13.Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД в 2016 году. Мониторинг выполнения Политической декларации Организации Объединенных Наций по ВИЧ и СПИДу 2011 года / ЮНЭЙДС, 2016. – 243 с.

14. Ускорение: в направлении цели «ноль». Стратегия ЮНЭЙДС на 2016–2021 гг. Проект для рассмотрения / ЮНЭЙДС, 2015. – 65 с.
15. Ускорение мер для прекращения эпидемии СПИДа. Стратегия ЮНЭЙДС на 2016–2021 гг. / ЮНЭЙДС, 2015. – 140 с.
16. Цели развития тысячелетия: доклад за 2015 год/ Организация Объединенных Наций, 2015. – 75 с.
17. Consolidated guidelines on HIV Testing services: 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct results and Connection/WHO, 2015. – 192 p.
18. Fast – Track: ending the AIDS epidemic by 2030 / UNAIDS, 2015. – 36 p.
19. Fast-Track strategy to end the AIDS epidemic by 2030. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http:// http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/World-AIDS-Day-Report-2014](http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/World-AIDS-Day-Report-2014)
20. Global health 2035: a world converging within a generation/ D.T. Jamison, L.H. Summers, G. Alleyne, K.J. Arrow [et al.] // Lancet. - 2013.-V. 382.- P. 1898–1955.
21. Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic / World Health Organization, 2013. – 72 p.
22. HIV/AIDS surveillance in Europe 2014 /European Centre for Disease Prevention and Control WHO, Regional Office for Europe. - Stockholm, 2015. – 75 p.
23. Policy brief: Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection-What’s new/WHO, 2015. – 20 p.
24. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Last updated: August 6, 2015. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/perinatagl.pdf>