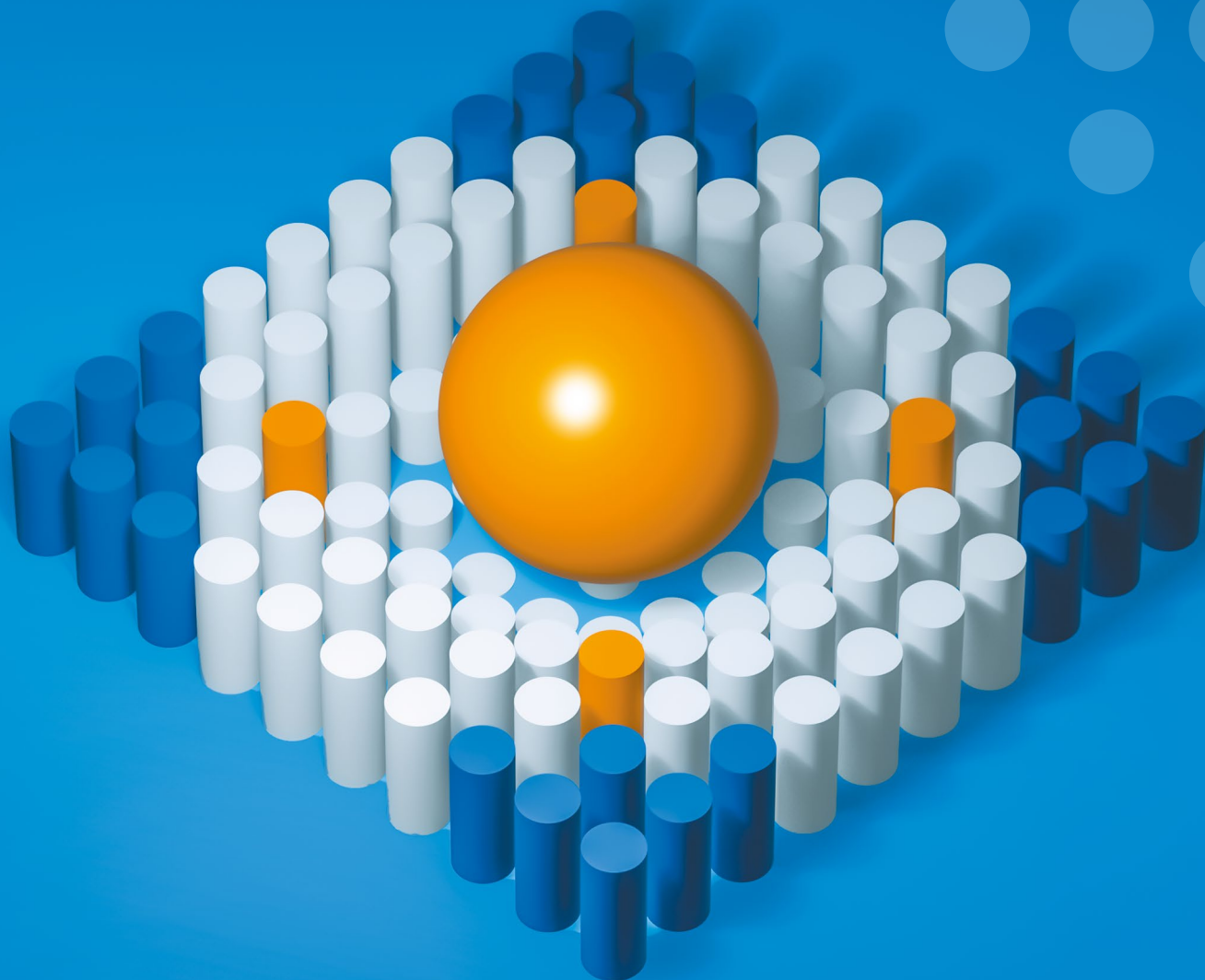




ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ В УКРАЇНІ

ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЮЛЕТЕНЬ

N°56

виходить з 1991 р.

КИЇВ 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	2
1. Епідагляд за ВІЛ-інфекцією	6
1.1 Каскад тестування і лікування ВІЛ (Антоненко Ж.В., Біловодченко С.С.) ...	6
Загальний огляд	6
Ситуація в Україні	7
1.2 Обсяги і контингенти тестування на ВІЛ (Антоненко Ж.В., Зубко М.В.)	9
Показники в рамках глобального моніторингу ВІЛ (GAM)	9
Результати сероепідмоніторингу поширення ВІЛ в Україні	10
1.3 Надання послуг з тестування на ВІЛ-інфекцію (ПТВ) та залучення до медичного нагляду вперше виявлених людей, які живуть з ВІЛ (Троценко А.В.)	16
1.4 Реєстрація нових випадків ВІЛ (Антоненко Ж.В., Зубко М.В.)	18
1.5 Епідагляд за нещодавною ВІЛ-інфекцією (Марциновська В.А.)	23
1.6 Своєчасність діагностики ВІЛ-інфекції та реєстрація випадків СНІД (Антоненко Ж.В., Зубко М.В., Ісаєнкова К.А.)	25
Визначення рівня CD4 клітин у осіб з вперше діагностованою ВІЛ-інфекцією	25
Реєстрація випадків СНІД	26
Смертність від хвороб, зумовлених СНІД	27
1.7 Епідагляд за випадками смерті, зумовлених ВІЛ - результати дослідження (Балтіна С.В.)	28
1.8 Інтегрований епідагляд (Бугаєнко Н.С.)	30
1.9 Ко-інфекція ВІЛ/Туберкульоз (Самсонова О.М.)	43
2. Комбінована профілактика для всіх	48
2.1 Програмний моніторинг заходів з профілактики серед ключових груп (Антоненко Ж.В.)	48
2.2 Державне фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед ключових груп (Легкоступ Л.М., Запольська Н.О.)	53
2.3 Огляд за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень (Нестерова О.Є., Тітар І.О., Трофименко Є.М., Огороднік С.В., Мошура М.А., Думчев К.В. (консультант))	59
2.4 Доконтактна профілактика (PrEP) (Шевченко Д.О.)	66
2.5 Замісна підтримувальна терапія (Коваленко І.М.)	69
2.6 Постконтактна профілактика (Климова О.А.)	73
2.7 На шляху до елімінації передачі від матері до дитини ВІЛ-інфекції, сифілісу та гепатиту В (Марциновська В.А., Риженко Н.І.)	75
3. Медична допомога при ВІЛ-інфекції	78
3.1 Організація надання АРТ в Україні (Рябоконь С.В.)	78
3.2 Державні програми послуг з догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ (Легкоступ Л.М., Кріцина І.О.)	80
3.3 Забезпечення якості тестування та лабораторного супроводу при ВІЛ-інфекції (Шейко О.А., Андріанова І.В.)	83
3.4 Результати досліджень пацієнт-орієнтованого циклічного моніторингу набутої медикаментозної резистентності ВІЛ в Україні (Люльчук М.Г., Кучерова І.М.)	87
Додаток 1 • Таблиці	94
Додаток 2 • Значення показників Національного звіту про досягнутий прогрес у здійсненні глобальних заходів у відповідь на СНІД у 2019-2024 роках (GAM)	120

ВСТУП

У 2024 році в Україні зареєстровано 10 038 випадків ВІЛ-інфекції, з них 3 127 випадків захворювання на СНІД, 1 169 випадків смерті від хвороб, зумовлених СНІДом. В країні спостерігається концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції з ознаками змішаного типу в окремих регіонах та від'ємним темпом приросту основних показників.

Таблиця 1. Основні епідемічні показники з ВІЛ-інфекції в Україні, 2023–2024 рр.¹

Показник	2023	2024	Т _{пр.} (%)
Кількість осіб, обстежених на ВІЛ-інфекцію, за даними СЕМ	2 250 660	2 587 184	15,0
Рівень серопревалентності ВІЛ за даними СЕМ серед осіб, обстежених на ВІЛ-інфекцію	0,63	0,48	-23,8
Кількість осіб, у яких виявлено серологічні маркери ВІЛ, за даними СЕМ ²	14 176	12 381	-12,7
Охоплення медичним наглядом осіб, у яких виявлено серологічні маркери ВІЛ (%)	90,3	90,1	-0,2
Кількість вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за рік	11 658	10 038	-13,9
Загальна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на кінець року	157 435	137 780	-12,5
Кількість ВІЛ-експонованих дітей на обліку	3 653	2 969	-18,7
Кількість вперше зареєстрованих випадків СНІДу	3 351	3 127	-6,7
Кількість людей, померлих від СНІДу	1 474	1 169	-20,7
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію (на 100 000 нас.)	28,4	24,5	-13,9
Поширеність ВІЛ-інфекції (на 100 000 нас.)	384,0	336,1	-12,5
Смертність від СНІДу (на 100 000 нас.)	3,6	2,8	-20,7

¹ У зв'язку з масштабними міграційними процесами, тимчасовою окупацією частини території України та іншими наслідками збройної агресії Російської Федерації, на сьогодні відсутні актуалізовані офіційні демографічні дані, що ускладнює об'єктивну оцінку ряду медико-статистичних показників у розрахунку на 100 000 населення. За інформацією Державної служби статистики України, останні оприлюднені дані щодо чисельності наявного населення наводяться станом на кінець 2021 року та становлять 41,2 млн осіб. За оцінками Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, станом на липень 2024 року загальна чисельність населення України скоротилась до 35,8 млн осіб, зокрема на територіях, підконтрольних органам державної влади України, — до 31,1 млн осіб. У зв'язку з цим інтенсивні показники, розраховані за офіційними даними Держстату, мають винятково орієнтовний характер.

² Включно з ВІЛ-експонованими дітьми для моніторингу до визначення остаточного діагнозу та іноземними громадянами.

Поширеність ВІЛ-інфекції за даними диспансерного обліку людей, які живуть з ВІЛ, продовжує зменшуватися і становить 336,1 на 100 000 населення (без врахування демографічних змін). Внаслідок масштабного вторгнення у лютому 2022 року, частина важливих демографічних даних стали недоступні, що суттєво ускладнює оцінку та порівняння інтенсивних показників здоров'я населення у динаміці та у регіонах. З урахуванням інформації щодо зменшення загальної чисельності населення в Україні³, показник поширеності ВІЛ-інфекції продовжує поступово зростати і може становити близько 440,0 на 100 000 населення на кінець 2024 року, що має логічне пояснення. За національною оцінкою тягаря ВІЛ-інфекції в Україні⁴, у прогнозованому періоді очікувалося повільне зростання кількості людей, які живуть з ВІЛ, пов'язане, в першу чергу, зі збільшенням тривалості їх життя. Відповідно, показник поширеності ВІЛ-інфекції, який спирається на фактичну кількість зареєстрованих осіб, у яких виявлено ВІЛ-інфекцію (137 780 на кінець 2024 року), теж має поступово зростати, завдяки реалізації програм, спрямованих на збільшення людей з відомим ВІЛ-позитивним статусом та зменшення смертності серед них при своєчасному отриманні антиретровірусної терапії.

З урахуванням демографічних змін та стану епідемії, найвищий рівень поширеності ВІЛ-інфекції, як і раніше, спостерігається у південно-східних регіонах країни: Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Одеській та Херсонській областях.

В контексті оцінок поширеності ВІЛ-інфекції, необхідно врахувати вплив спільних заходів, що були реалізовані у 2024 році ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та ЦКПХ, з покращення якості даних ІС СЗХ щодо обліку осіб, які перебувають під медичним наглядом у зв'язку із ВІЛ-інфекцією у ЗОЗ на підконтрольних Уряду територіях. Оскільки саме ІС СЗХ є джерелом даних для розрахунку показника поширеності ВІЛ-інфекції, у результаті перегляду облікових даних, 26 тисяч осіб, які вибули за межі країни, або з якими був втрачений зв'язок, були зняті з обліку. Відповідно, загальна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в Україні зменшилась на 12,5% порівняно з 2023 роком.

За даними СЕМ у 2024 році серед 2,6 млн. осіб, які були обстежені на ВІЛ-інфекцію, у 12,4 тис. осіб були виявлені серологічні маркери ВІЛ, що на 12,7% менше, ніж у попередньому році, хоча кількість тестувань на ВІЛ-інфекцію збільшилась на 15%. Таким чином, рівень серопревалентності ВІЛ серед осіб, обстежених на ВІЛ-інфекцію, знизився з 0,63% до 0,48%, а найвищі показники зареєстровані в Одеській (0,93%), Донецькій (0,9%), Харківській (0,82%), Дніпропетровській (0,75%) та Миколаївській (0,7%) областях.

Здебільшого від'ємний темп приросту основних показників епіднагляду за ВІЛ-інфекцією пояснюється змінами в обсягах і структурі СЕМ. Зокрема це стосується суттєвого зменшення/припинення тестувань на ВІЛ-інфекцію на тимчасово окупованих південно-східних територіях країни з високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, та, навпаки, значного збільшення кількості тестувань у центральній та північно-західній частині, де поширеність ВІЛ-інфекції є набагато меншою. Також після 2021 року збільшився обсяг тестувань серед контингентів населення із низьким рівнем поширеності ВІЛ (при зверненні за медичною допомогою, серед донорів, призовників тощо), що відображається на зменшенні загального показника серопревалентності.

Завдяки високому рівню охоплення медичним наглядом осіб, у яких виявлено

3 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-2024-%D1%80#Text>

4 <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/monitoring-i-ocinyuvannya>

серологічні маркери ВІЛ (90,1%), у 2024 році було вперше зареєстровано 10 038 випадків ВІЛ-інфекції, що на 13,9% менше, ніж у попередньому році.

Статеві-вікова характеристика випадків залишається відносно стабільною з ознаками формування певних трендів. У переважній більшості зареєстрованих випадків ймовірним шляхом інфікування ВІЛ є статевий (80,1%), що підкреслює сталість тенденції щодо його актуалізації (74,5% у 2023 році). Частіше ВІЛ-інфекцію виявляють серед чоловіків, частка яких становила 65,5% від зареєстрованих у 2024 році осіб. У віковій структурі вперше зареєстрованих випадків також спостерігаються певні закономірності з формуванням тенденції щодо поступового збільшення частки осіб віком 50 років і старше (21,9%). При цьому більшість осіб (74,7%) належать до вікової групи 25 – 49 років.

Важливим елементом епідагляду є моніторинг поширення ВІЛ-інфекції серед осіб віком 15-24 років, зокрема це стосується визначення рівня серопревалентності ВІЛ за результатами первинного обстеження вагітних жінок цього віку. Попри загальну тенденцію щодо повільного зменшення загального показника до 0,16% у 2024 році, виділяються дві області з небезпечно високими показниками: Херсонська (2,5%) та Одеська (1,1%). Порівняно з 2023 роком кількість осіб віком 15-24 років, взятих на облік з вперше діагностованою ВІЛ-інфекцією, дещо зменшилась (з 308 до 288) із незначним збільшенням їхньої частки у віковій структурі зареєстрованих випадків (з 2,6% до 2,9%).

У 2024 році показник захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію за даними офіційної реєстрації випадків має від'ємний темп приросту (-13,9%) і становить 24,5 на 100 000 населення (без врахування демографічних змін). З урахуванням оцінок чисельності населення в Україні⁵, показник має сталу тенденцію щодо повільного зменшення і може становити у 2024 році близько 32,0 на 100 000 населення з найвищими показниками у Донецькій, Херсонській, Одеській, Дніпропетровській та Миколаївській областях. Порівняно з 2021 роком (до початку масштабного вторгнення), на відміну від загальнонаціонального тренду, значний позитивний темп приросту показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію (фактично – збільшення виявлених випадків) характерний для таких регіонів як Сумська, Донецька, Вінницька, Тернопільська, Хмельницька, Волинська, Харківська і Херсонська області.

Як і для Європейського регіону ВООЗ, залишається актуальним питання пізньої діагностики ВІЛ-інфекції. Оцінці своєчасності виявлення ВІЛ-інфекції в Україні сприяє високий рівень охоплення обстеженням на CD4 осіб при взятті їх під медичний нагляд (91,2% у 2024 році). Динаміка показників результатів обстежень має стійкий тренд щодо повільного збільшення частки осіб з високим рівнем імуносупресії на момент встановлення діагнозу, що свідчить про давність інфікування: майже у 2/3 випадків (64,7%) виявлено пізню стадію з кількістю CD4-клітин <350 кл/мм³, у тому числі у 41,7% випадків – з просунутими стадіями ВІЛ-інфекції (кількість CD4-клітин <200 кл/мм³). Пізня діагностика призводить до збільшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію та ризику смерті від СНІДу, що спонукає до прийняття відповідних рішень щодо оптимізації програм з виявлення осіб, інфікованих ВІЛ⁶.

В контексті питання своєчасної діагностики ВІЛ-інфекції актуальним є моніторинг захворюваності на СНІД та смертності серед людей, які живуть з ВІЛ,

5 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-2024-%D1%80#Text>

6 Як зазначено в опублікованому звіті «HIV/AIDS surveillance in Europe 2024 – 2023 data», більш ніж у половині випадків (52,4%) відзначалася постановка діагнозу на пізньої стадії, з кількістю CD4-клітин <350 кл/мм³, у тому числі у 31,6% випадків – з просунутими стадіями ВІЛ-інфекції (кількість CD4-клітин <200 кл/мм³)

внаслідок СНІДу. Впродовж останніх років в Україні відмічається стала тенденція щодо повільного покращення ситуації, що є результатом втручань з виявлення осіб, інфікованих ВІЛ, та розширення програм з лікування ВІЛ-інфекції.

У 2024 році захворюваність на СНІД зменшилась з 8,2 до 7,6 на 100 000 населення (без урахування актуалізованих демографічних даних). Водночас, беручи до уваги інформацію щодо скорочення чисельності населення в Україні⁷, цей показник може становити 10,0 на 100 000 населення, з найвищими значеннями в Одеській, Донецькій, Дніпропетровській, Миколаївській та Житомирській областях. Аналогічна тенденція має місце і в динаміці показника смертності внаслідок СНІДу. За офіційними даними, він становить 2,9 на 100 000 населення, але за оцінками – близько 3,8 на 100 000 населення. Проте, погіршення ситуації із обліком випадків смертей в країні (від будь-яких причин) на тлі складної гуманітарної кризи, скоріш за все занижує кількість зареєстрованих випадків, зокрема пов'язаних зі СНІДом, що слід врахувати при аналізі поточної ситуації.

Реалізація державою заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції, не зважаючи на поточні проблеми, дозволяє у повному обсязі втілювати програми профілактики, діагностики та лікування. Зокрема, вдалось утримати на високому рівні охоплення ВІЛ-позитивних вагітних жінок заходами з профілактики - 97,3% з них отримали антиретровірусні препарати для зниження ризику вертикальної передачі ВІЛ. Не дивлячись на географічні обмеження, кількість осіб, які отримали замісну підтримувальну терапію, збільшилась з 29 517 до 30 768 осіб, а кількість осіб, які хоча б раз впродовж року отримали доконтактну профілактику ВІЛ (PrEP), збільшилась з 13 147 до 13 762. Успішно триває розширення доступу до лікування: на кінець 2024 року загалом 118 701 людей, які живуть з ВІЛ, отримували антиретровірусну терапію (далі АРТ), з них 14 137 - вперше у житті. Найбільший темп приросту обсягів лікування, порівняно з 2021 роком, спостерігається на заході країни: у Рівненській, Тернопільській, Львівській, Закарпатській та Чернівецькій областях. Таким чином Україна наблизилась до цільового показника охоплення АРТ людей, які знають свій ВІЛ-позитивний статус (95%), і досягла рівня 86%. При цьому ефективність лікування становить 96% (на підставі результатів обстеження на вірусне навантаження 82,6% осіб, які отримують АРТ).

⁷ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-2024-%D1%80#Text>

I. ЕПІДНАГЛЯД ЗА ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

1.1. КАСКАД ТЕСТУВАННЯ І ЛІКУВАННЯ ВІЛ

Антоненко Ж., Біловодченко С.

ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД

Цілі UNAIDS 95-95-95 спрямовані на подолання епідемії СНІДу до 2025 року, що, зокрема передбачає досягнення наступних цілей:

- 95% людей, які живуть з ВІЛ (далі ЛЖВ), знають свій ВІЛ-статус: це означає, що широкомасштабне і доступне тестування та діагностика ВІЛ мають вирішальне значення.
- 95% з тих, хто знає про свій статус, отримують антиретровірусну терапію (далі АРТ): це вимагає ефективного зв'язку з медичною допомогою та доступу усіх, хто потребує, до АРТ.
- 95% людей, які отримують АРТ, мають невизначальне вірусне навантаження (вірус не виявляється): це гарантує, що вірус знаходиться під контролем, запобігаючи прогресуванню захворювання та подальшій його передачі.

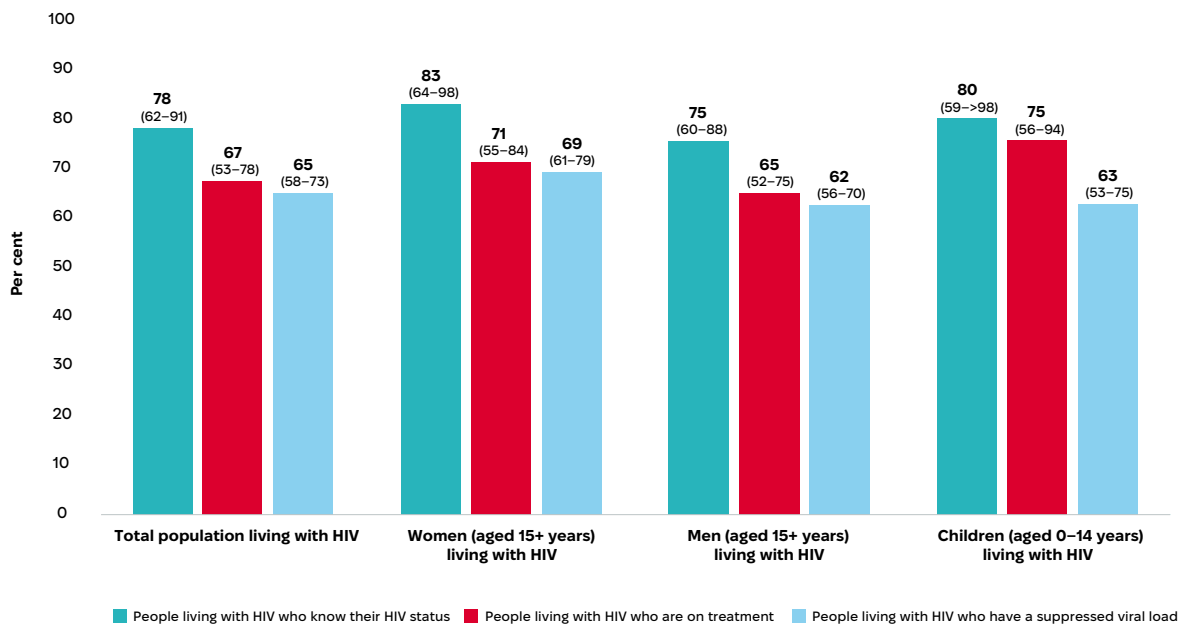
За даними ВООЗ порівняно з 2010 роком кількість людей у світі, які заразилися ВІЛ, зменшилася на 39%; кількість смертей, пов'язаних з ВІЛ, зменшилася на 51%. Епідемія ВІЛ забрала на 69% менше життів у 2023 році, ніж у 2004 року, коли втрати сягнули максимального значення.

Завдяки спільним зусиллям глобальні заходи з реагування на ВІЛ наблизилися до досягнення цілей 95–95–95. За оцінками, у 2024 році 87% усіх ЛЖВ знали свій ВІЛ-статус, 89% ЛЖВ, які знали про свій ВІЛ-позитивний статус, отримували АРТ, а 94% людей, які отримували АРТ, мали знижене вірусне навантаження. Це величезне покращення у всьому світі за короткий проміжок часу.

Хоча деякі країни досягли значного прогресу і навіть досягли цих цілей, багато хто все ще стикається з труднощами. За даними UNAIDS відповідь на епідемію ВІЛ у Східній Європі та Центральній Азії (далі СЕЦА) відбувається в контексті війни в Україні, збройних конфліктів та політичних заворушень в інших країнах. Це створює довгострокові ризики для реагування на ВІЛ та реагування системи охорони здоров'я загалом. Регіон відстає від досягнення цілей щодо викорінення СНІДу до 2030 року. Щорічна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції продовжує зростати. У 2023 році вона досягла 140 000 [120 000–160 000], що на 20% більше, ніж у 2010 році. Чотири країни (Казахстан, Російська Федерація, Україна, Узбекистан) повідомляють про 92% усіх нових зареєстрованих випадків ВІЛ у регіоні.

У СЕЦА програми тестування та лікування не охоплюють велику кількість людей, які потребують АРТ. Менше двох третин (59%) ЛЖВ у 2023 році знали, що вони ВІЛ-позитивні, і лише близько половини з них (50%) отримували лікування. У підсумку відсоток ЛЖВ, які мали пригнічене вірусне навантаження, був найнижчим серед усіх регіонів – близько 42%, причому, найгірша ситуація має місце серед дорослих чоловіків – 37% (**Рис. 1**).

Рис. 1. Каскад тестування та лікування ВІЛ за віком та статтю, регіон СЕЦА, 2023 рік



Джерело розрахунку: Поглиблений аналіз епідеміологічних оцінок UNAIDS, 2024.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/data-book-2024_en.pdf

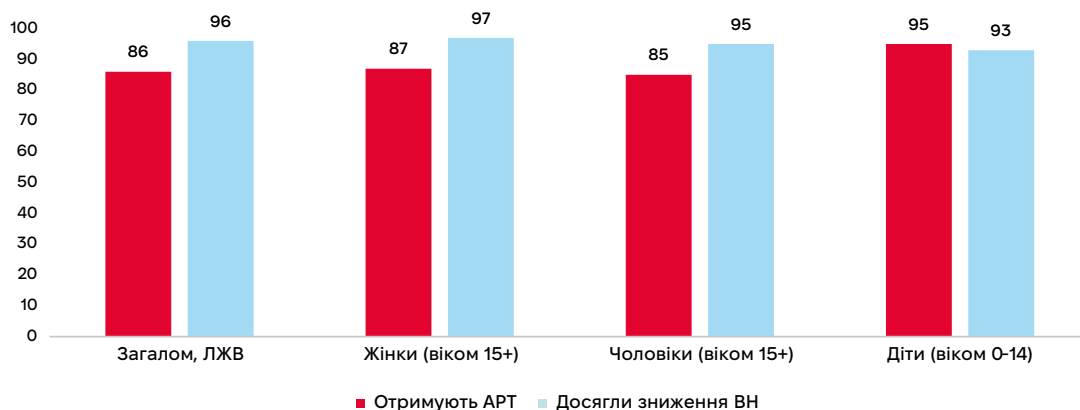
Зростання епідемії ВІЛ у регіоні вимагає планів та дій щодо сталого розвитку ВІЛ, які наголошують на сприятливому правовому середовищі; надають пріоритет розширеному охопленню профілактикою та лікуванням, особливо для людей з ключових груп населення; сприяють та підтримують втручання, що проводяться неурядовими організаціями; та збільшують внутрішнє фінансування.

СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ

Вторгнення росії в Україну ускладнило відстеження в повному обсязі прогресу у досягненні глобальних цілей UNAIDS 95-95-95, оскільки відсутність актуальних демографічних і програмних даних унеможливила проведення загальної оцінки тягаря епідемії ВІЛ-інфекції, а також отримати дані про чисельність ЛЖВ в Україні. Як наслідок, наразі невідомий відсоток людей, які живуть з ВІЛ і які знають свій ВІЛ-статус, тобто перші «95» у каскаді.

Побудований на доступних даних рутинної статистики (IC MC3X) каскад тестування та лікування для ЛЖВ, які знають свій статус і перебувають на обліку у ЗОЗ, свідчить про те, що у 2024 році Україна досягла певних успіхів у досягненні цілей щодо охоплення АРТ осіб, які знають про свій ВІЛ-статус, і пригнічення ВН у тих, хто отримує АРТ (**Рис. 2**).

Рис. 2 Каскад тестування та лікування ВІЛ за віком та статтю, Україна, 2024 рік



На підставі узагальнених даних каскаду лікування, на кінець 2024 року серед 137 780 ЛЖВ, які перебували на обліку у ЗОЗ на підконтрольних Уряду територіях, 24 060 осіб (17,5%) не досягли вірусної супресії (ВН >1000 коп/мл). Такий рівень ВН вважається небезпечним (трансмисивним), тобто, наприклад, при незахищеному статевому контакті це може призвести до інфікування іншої людини.

Оновлений UNAIDS перелік глобальних цілей на 2030 рік зокрема спрямований на якомога швидше зниження кількості нових ВІЛ-інфекцій. Вводиться нова ціль – досягти 90% пригнічення вірусного навантаження серед людей, які живуть з ВІЛ. Ця нова ціль є більш амбітною, ніж цілі лікування 95-95-95, і доповнює цілі профілактики, які наголошують на розширенні можливостей профілактики для людей у різних життєвих ситуаціях.

Попри всі виклики, Україна не змінює свою стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які спрямовані на досягнення Цілі сталого розвитку на 2030 рік – викоринити СНІД як загрозу громадському здоров'ю.

До початку повномасштабного вторгнення, на кінець 2021 році найбільш проблемною для України ціллю були перші «95», оскільки на той час лише 75% від оціночної кількості ЛЖВ знали про свій ВІЛ-статус. Рівень охоплення АРТ серед ЛЖВ, які знали про свій ВІЛ-статус, становив 83%, а частка ЛЖВ, які досягли пригнічення ВН, становив 94%.

У 2024 році, завдяки масштабним зусиллям по забезпеченню сталості послуг в умовах війни, в Україні відбувається подальше розширення програм діагностики, профілактики, лікування та клінічного моніторингу АРТ. Зокрема вдалось втримати на високому рівні показники охоплення АРТ та якість супроводу ЛЖВ, які отримують лікування, про що свідчать дані, наведені у каскаді **(Рис.02)**. На регіональному рівні відставання у досягненні других «95» спостерігаються у Херсонській (35%), Харківській (67%), Львівській (73%), Одеській (84%) та Вінницькій (84%) областях. Хоча в цілому Україна демонструє високий результат у досягненні третіх «95», невеликий відрив від середнього показника спостерігається у Херсонській (92%), Харківській (93%) та Рівненській (94%) областях.

1.2. ОБСЯГИ І КОНТИНГЕНТИ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

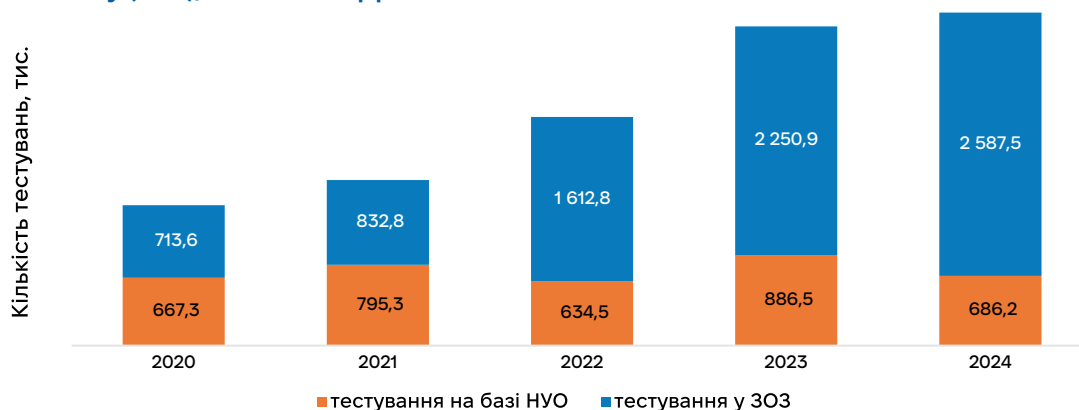
Антоненко Ж.В., Зубко М.В.

ПОКАЗНИКИ В РАМКАХ ГЛОБАЛЬНОГО МОНІТОРИНГУ ВІЛ (GAM)

За даними моніторингу обсягів надання послуг з тестування на ВІЛ (далі ПТВ), починаючи з 2022 року, в Україні зберігається тенденція щодо збільшення кількості тестувань та помірного зниження рівня серопревалентності.

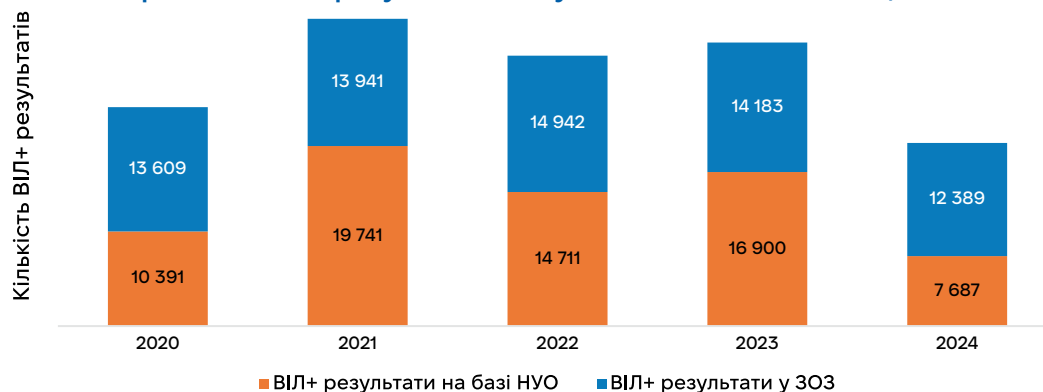
На національному рівні в рамках глобального моніторингу ВІЛ (GAM) за 2024 рік були узагальнені дані про результати СЕМ та програмного моніторингу неурядових організацій (НУО). Для подання звіту були використані дані, які відповідають критеріям UNAIDS щодо кількості тестувань, коли особі, які тестується, був повідомлений результат тестування (показник 2.5). Узагальнені дані свідчать про рекордну кількість ПТВ в Україні – 3,3 млн. тестувань, серед яких 21% виконані на базі НУО (2020 р. – 48,3%). Хоча обсяг тестувань на базі НУО не зазнав суттєвих змін, їхній відсоток у загальній структурі ПТВ зменшився за рахунок збільшення кількості тестувань у ЗОЗ. **(Рис. 3)**

Рис. 3. Загальні обсяги тестувань на ВІЛ за даними СЕМ та НУО, коли особам був повідомлений результат тесту (тис.), 2020-2024 рр.



Відчутні зміни у показниках обстеження населення на ВІЛ відбулись на тлі повномасштабного вторгнення РФ. Після «постковідної» хвилі збільшення кількості осіб, у яких виявлено ВІЛ у 2021 році, кількість ВІЛ+ результатів зменшилась у 2024 році на 40% (з 33,7 до 20,1 тис.), а рівень серопревалентності зменшився на 70% (з 2,1% до 0,6%). Головним чином зменшення показника виявлення ВІЛ+ осіб відбулось на базі НУО. **(Рис. 4)**

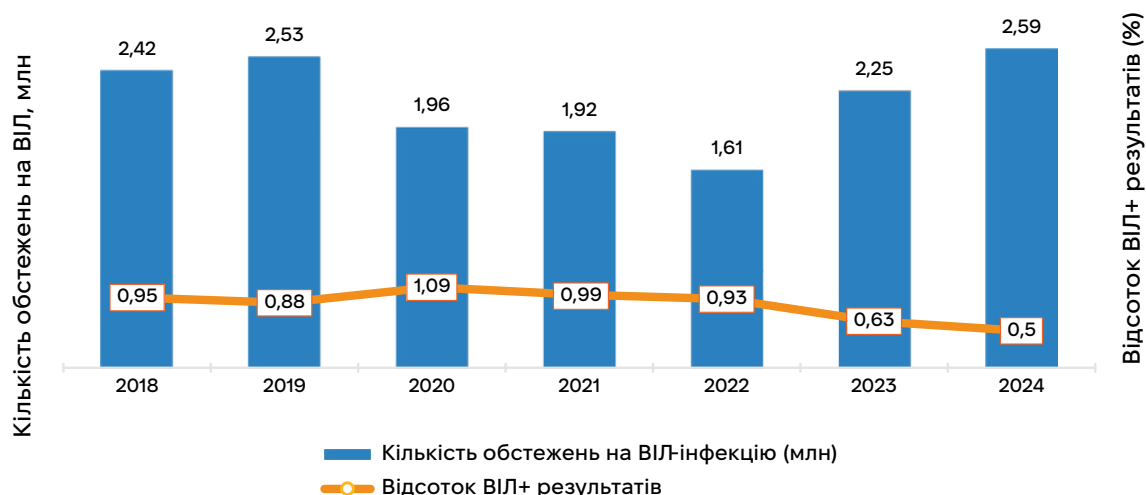
Рис. 4. Кількість отриманих ВІЛ+ результатів тестувань на базі ЗОЗ та НУО, 2020-2024 рр.



РЕЗУЛЬТАТИ СЕРОЕПІДМОНІТОРИНГУ ПОШИРЕННЯ ВІЛ В УКРАЇНІ

За результатами СЕМ (форма звітності N 2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) за 2024 рік) на підконтрольних Уряду територіях України зареєстровано 2,59 млн. тестувань, з них у 12 389 випадків було виявлено ВІЛ-інфекцію. Темп приросту (Тпр) кількості тестувань становив 15% порівняно з попереднім роком. На фоні збільшення обсягів тестувань за рахунок категорій з низьким рівнем поширеності ВІЛ, відсоток ВІЛ+ результатів знизився до рекордно низького показника - 0,5%. **(Рис. 5)**

Рис. 5. Динаміка кількості обстежень на ВІЛ (млн) та відсотка ВІЛ+ результатів серед громадян України за даними СЕМ, 2018-2024 рр.



На сьогодні основним методом тестування на ВІЛ є тестування швидкими тестами (далі ШТ). За останні 10 років, завдяки обраній стратегії щодо розширення доступу до ПТВ, кількість обстежень ШТ збільшилась більше, ніж в 5 разів, а частка ШТ в структурі СЕМ зросла з 12,5% до 61,1%. Важливе і те, що у 73% випадків ВІЛ-інфекцію було виявлено при застосуванні ШТ.

Порівняння результатів СЕМ з 2021 роком виявило суттєві географічні відмінності, як у обсягах, так й результатів ПТВ. За даними СЕМ у 2024 році 51% від загального обсягу тестувань були забезпечені за рахунок 7 регіонів, з яких 3 зокрема мають високий рівень серопревалентності ВІЛ (Одеська, Харківська, Дніпропетровська).

В цілому, приріст обсягів ПТВ за останні роки в більшості регіонів є позитивною тенденцією з погляду на необхідність посилення відповіді на виклики, пов'язані із демографічною і гуманітарною кризою в ряді областей. Особливе значення це має для забезпечення епіднагляду на фоні активних міграційних процесів всередині країни за рахунок переміщення громадян з південно-східних територій з високим рівнем поширеності ВІЛ.

Внаслідок тимчасової окупації та активних бойових дій, відбулось суттєве зменшення ПТВ у південно-східних областях (Луганська, Донецька, Херсонська, Миколаївська, Запорізька), що у подальшому ймовірно матиме негативні наслідки для епідемічного благополуччя населення цих територій не лише в контексті епідемії ВІЛ-інфекції, але й інших соціально значущих хвороб на цих територіях, зокрема туберкульозу, вірусних гепатитів В і С тощо.

Протилежна ситуація має місце у північних, центральних областях країни, де за даними СЕМ обсяги тестувань збільшились в рази (Полтавська, Івано-Франківська, Житомирська, Чернігівська). Притому, що у 2024 році середній темп приросту (Тпр) кількості тестувань на ВІЛ хоча і зменшився відносно попереднього року (15%), однак порівняно з 2021 роком він залишається високим і становить 34,6%. **(Рис. 6)** Оцінка цих змін важлива для розуміння особливостей поточного етапу епіднагляду, який розпочався у 2022 році на тлі повномасштабного втор-

гнення РФ, і за три роки набув певних ознак у відповідь на існуючі виклики - міграцію, обмеження доступу до профілактичних та медичних послуг на деяких територіях, демографічні зміни тощо.

Результати епіднагляду за поширенням ВІЛ-інфекції свідчать про те, що збільшення ПТВ не призвело до пропорційного збільшення кількості і відсотка діагностованих випадків ВІЛ-інфекції (крім Харківської області), а навпаки – до їхнього зменшення, зокрема у південно-східних регіонах, м. Києві та Київській області, та деяких областях на заході країни. Середній Тпр позитивних результатів тестування залишається від'ємним і становить -12,7%, а відносно 2021 року він впав до рівня -35%. **(Рис. 7)**

Рис. 6. Тпр кількості тестувань на ВІЛ в Україні, порівняно з 2021 роком (%), 2024 рік

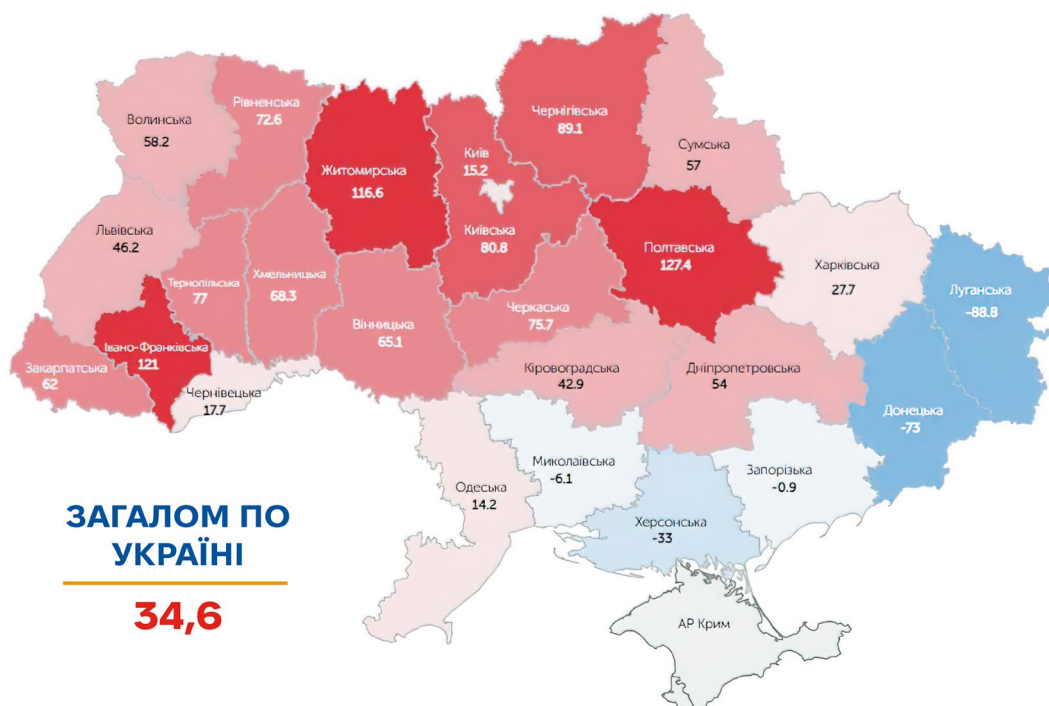
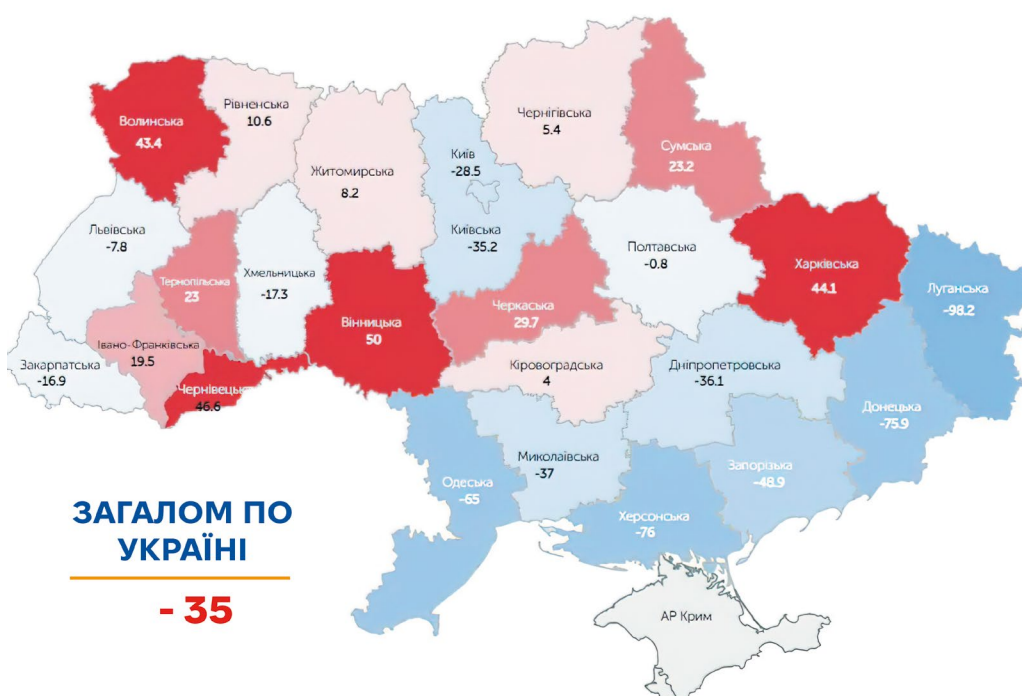


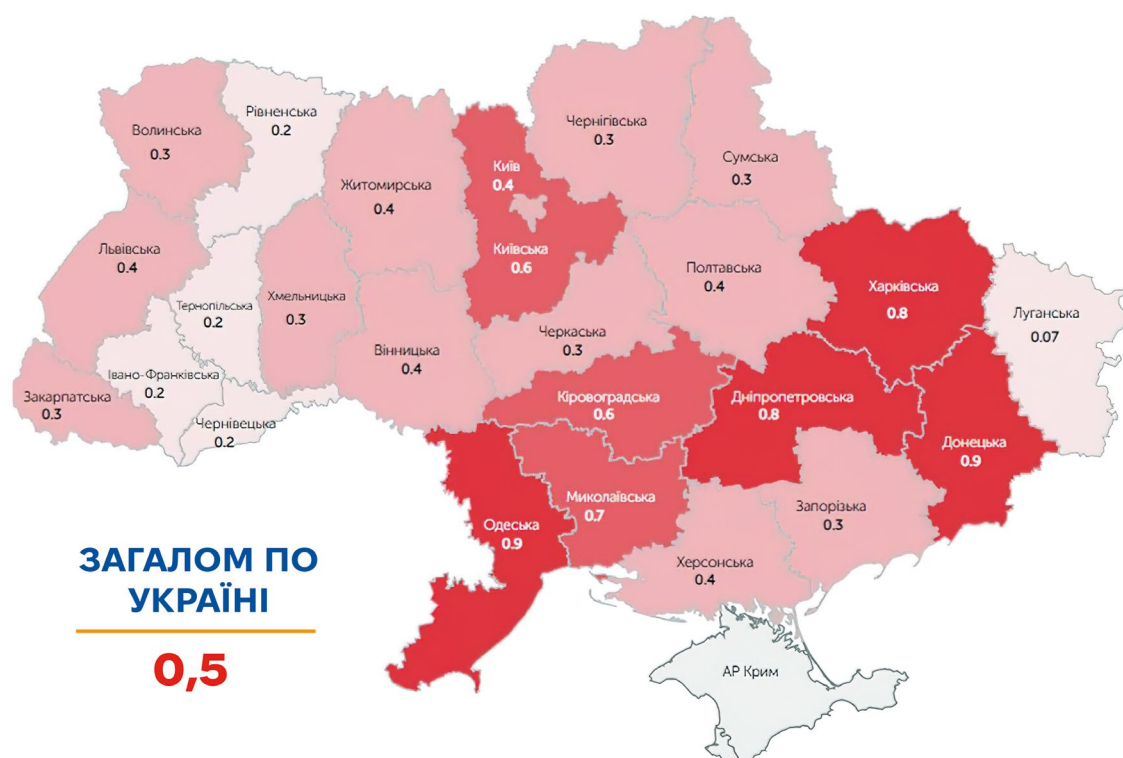
Рис. 7. Тпр кількості ВІЛ+ результатів ПТВ в Україні, порівняно з 2021 роком (%), 2024 рік



Аналіз отриманих результатів СЕМ вказує на географічну неоднорідність змін порівняно з 2021 роком, про що свідчить суттєве збільшення Тпр кількості виявлених випадків ВІЛ-інфекції у Вінницькій (+50%), Чернівецькій (+46,6%), Харківській (+44,1%) та Волинській (+43,4%) областях. **(Рис. 7)**

Одним з найважливіших показників епідагляду є відсоток ВІЛ+ результатів тестування (або серопревалентність ВІЛ), який, залежно від контексту, вказує на поширеність ВІЛ-інфекції серед певних контингентів населення, охоплення та ефективність надання ПТВ ключовим групам населення тощо. У 2024 році при середньому значенні частоти виявлення ВІЛ 0,5%, найбільший показник був зареєстрований в Одеській (0,93%), Донецькій (0,9%), Харківській (0,82%) областях, а найнижчий (0,18%) – у Тернопільській та Івано-Франківській областях. **(Рис. 8)**

Рис. 8. Відсоток ВІЛ+ результатів ПТВ (серопревалентність ВІЛ) за даними СЕМ, 2024 рік



За останні три роки відбулись зміни у структурі контингентів, які отримують ПТВ, і в результатах тестування.

Збільшення ПТВ відбувається переважно за рахунок обстежень у 3ОЗ за ініціативи медичного працівника (код 113) з Тпр відносно 2021 року 48%, а у деяких областях кількість тестувань збільшилась більше, ніж в 5 разів (Івано-Франківська і Чернігівська області). В 9 разів порівняно з 2021 роком збільшилась кількість тестувань на ВІЛ в рамках мобілізаційних заходів (код 106), з найбільшим приростом у м. Києві, Полтавській та Дніпропетровській областях.

Натомість вдвічі зменшились обсяги і результативність тестування осіб, які мали статеві стосунки з ЛЖВ (код 101). Майже по всій Україні зменшились обсяги тестування серед ЛВНІ (код 102). Тпр тестувань серед донорів (код 108) у 2024 році дещо уповільнився після стрімкого зростання у 2022 році. Зменшились обсяги ПТВ серед вагітних.

Серед контингентів СЕМ, на які припадає 95% усіх ПТВ у 2024 році, майже чверть (24,8%) становлять особи, обстежені у 3ОЗ за ініціативи медичного працівника, на другому місці за кількістю тестувань - донори (22,8%) та особи, обстежені в рамках мобілізаційних заходів (21,7%). **(Рис. 9)**

Відбулись зміни в результатах ПТВ. **(Рис. 10)** За даними СЕМ, серед 12 389 зареєстрованих у 2024 році ВІЛ+ результатів, як і раніше, найбільшу кількість було виявлено при обстеженні пацієнтів медичних закладів (30,7%) та майже в рівних частинах виявлено ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (10,6%), статевих партнерів людей, які живуть з ВІЛ (10,5%), та осіб при обстеженні в рамках мобілізаційних заходів (10,2%).

Рис. 9. Зміни у структурі контингентів тестування на ВІЛ в рамках СЕМ (%): порівняння даних 2024 року з даними 2021 року.



Рис. 10. Зміни у структурі зареєстрованих ВІЛ+ результатів тестувань в рамках СЕМ (%): порівняння даних 2024 року з даними 2021 року



Рис. 11. Серопревалентність ВІЛ (відсоток ВІЛ+ результатів тестування) серед окремих контингентів населення за даними СЕМ (%), 2024 рік



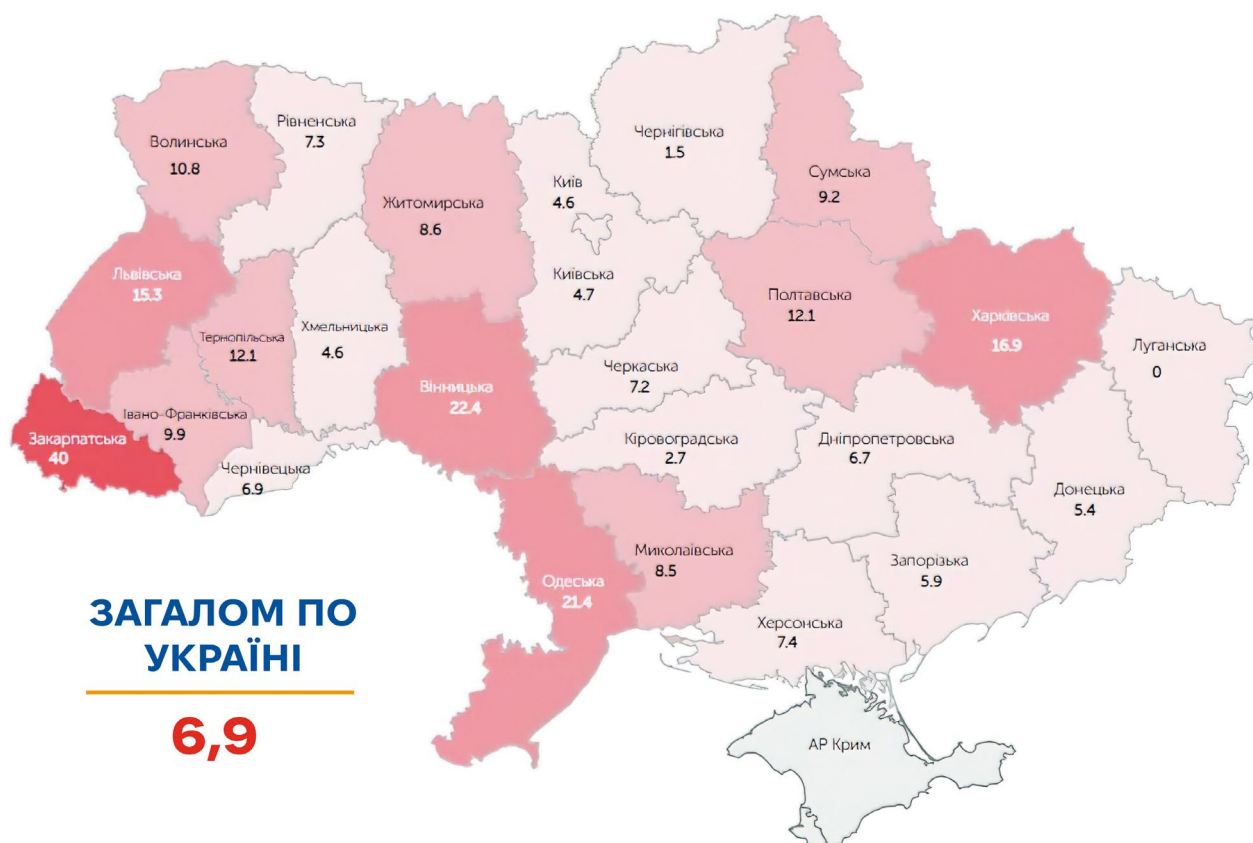
Виявлені зміни в обсягах, структурі та результатах тестувань на ВІЛ, здебільшого можна пов'язати із збільшенням потреби у обстеженні певних груп населення, зокрема у зв'язку із мобілізацією, а також донорів та пацієнтів ЗОЗ. Загальне зниження серопревалентності ВІЛ серед громадян України на тлі війни обумовлене відносним збільшенням обсягів тестувань серед контингентів, які мають низький рівень поширеності ВІЛ, а також зменшенням кількості тестувань на територіях з високим рівнем поширеності ВІЛ.

Пропорційне збільшення обсягів тестувань і кількість виявлених ВІЛ+ осіб спостерігається лише в двох категоріях: за кодом 106 – в рамках мобілізаційних заходів та за кодом 113 – у ЗОЗ за ініціативи медичного працівника. Порівняно з 2021 роком знизилась ефективність тестування серед ключових груп, зокрема серед ЛВНІ та ЧСЧ (тестуємо і виявляємо менше).

За даними СЕМ у 2024 році рівень серопревалентності ВІЛ серед громадян України становив 0,48%. **(Рис. 11)** Найвищі показники, як і раніше, зареєстровані серед осіб, які мали гетеросексуальні статеві контакти з ЛЖВ (6,93%) та людей, які вживають наркотики ін'єкційно (3,57%). Зокрема слід звернути увагу на значні географічні відмінності у показниках серед зазначених контингентів населення, що важливо для оцінки заходів з надання ПТВ на регіональному рівні.

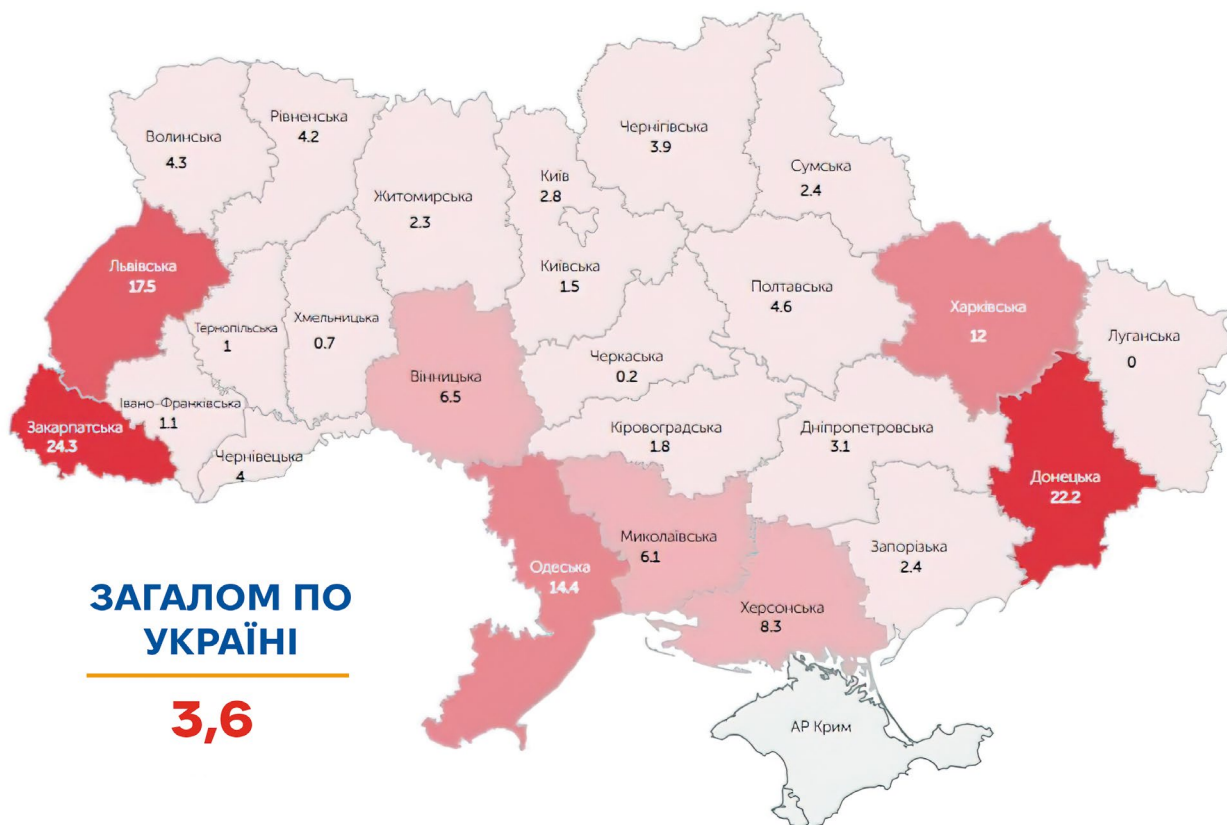
Серед статевих партнерів ЛЖВ (код 101.1, гетеросексуальні контакти) найнижчі показники виявлення ВІЛ+ осіб зареєстровані у Чернігівській (1,5%) та Кіровоградській (2,7%) областях, а найвищі – у Закарпатській (40%), Вінницькій (22,4%) та Одеській (21,4%) областях. **(Рис. 12)** Щодо наявних трендів у показниках, слід відмітити різке збільшення кількості і відсотка виявлених випадків ВІЛ-інфекції серед даного контингенту у Львівській, Івано-Франківській та Харківській областях.

Рис. 12. Серопревалентність ВІЛ серед осіб, які мали гетеросексуальні статеві контакти з ЛЖВ, за даними СЕМ (%), 2024 рік



Серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, найнижчі показники виявлення ВІЛ+ осіб зареєстровані у Черкаській (0,2%), Хмельницькій (0,7%) та Тернопільській (1,0%) областях, а найвищі – у Закарпатській (24,3%), Донецькій (22,2%) та Львівській (17,5%) областях. **(Рис. 13)** Щодо наявних трендів у показниках, слід відмітити значне збільшення кількості і відсотка виявлених випадків ВІЛ-інфекції серед даного контингенту у Сумській, Чернівецькій та Миколаївській областях.

Рис. 13. Серопревалентність ВІЛ серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, за даними СЕМ (%), 2024 рік



Таким чином, результати СЕМ поширення ВІЛ-інфекції в Україні у 2022-2024 рр. свідчать про формування стійких трендів внаслідок повномасштабного вторгнення росії в Україну, що потребує врахування в рамках забезпечення епіднагляду, зокрема:

- Збільшення обсягів тестувань за рахунок контингентів з низьким рівнем поширеності ВІЛ
- Зменшення обсягів ПТВ на територіях з високим рівнем поширеності ВІЛ
- Зменшення загального рівня серопревалентності ВІЛ
- Зменшення кількості виявлених випадків ВІЛ-інфекції серед КГ
- Значні зміни регіонального контексту

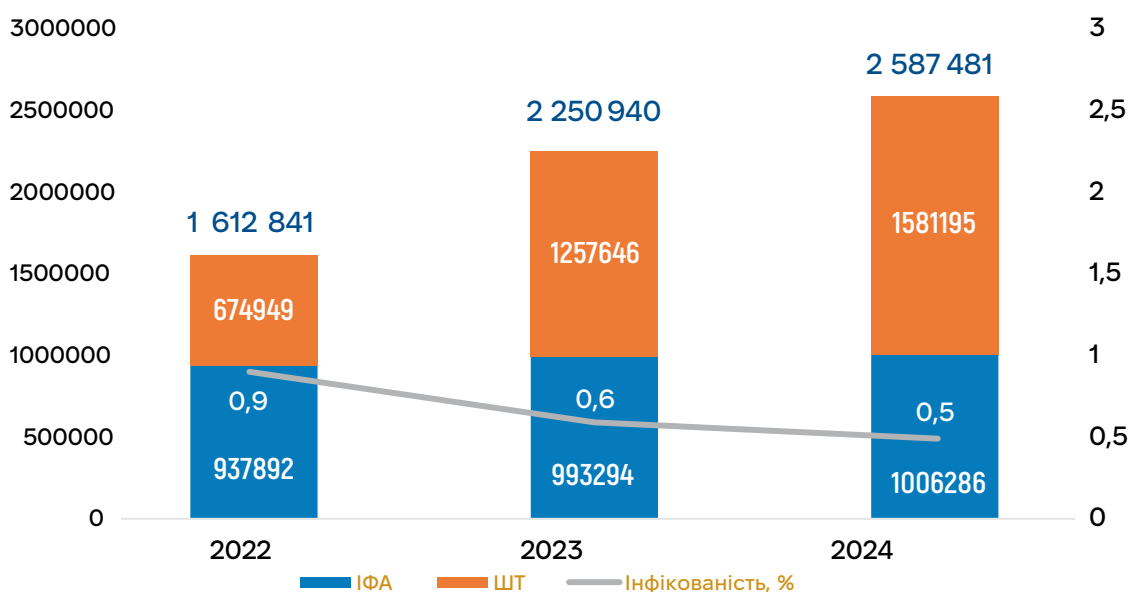
1.3. НАДАННЯ ПОСЛУГ З ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ (ПТВ) ТА ЗАЛУЧЕННЯ ДО МЕДИЧНОГО НАГЛЯДУ ВПЕРШЕВІЯВЛЕНИХ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ (ЛЖВ)

Троценко А.В., Бондарева Л.В.

Обсяг ПТВ, наданих у закладах охорони здоров'я, щорічно зростає. Протягом 2024 р. приріст наданих ПТВ становить 60% порівняно до показників 2022 р. та 15% порівняно до показників 2023 р. Проте результативність ПТВ щорічно знижується і становить 0,5% у 2024 р. порівняно до 0,9% у 2022 р. та 0,6% у 2023 р. Зберігається значний відсоток виявлення лише серед осіб з ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ – 3% у 2024 р. порівняно до 2% у 2022 р. та 1% у 2023 р.

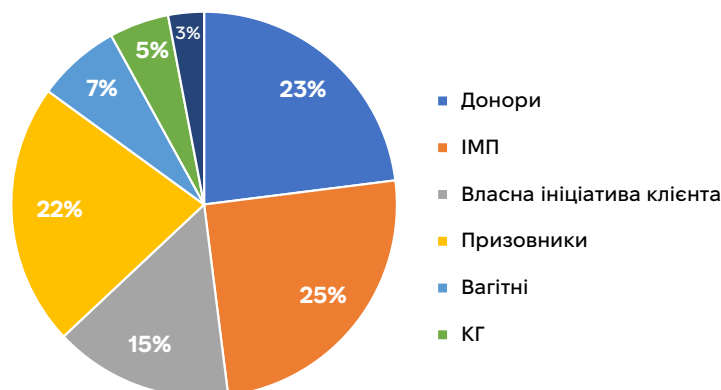
Відзначено позитивну динаміку у використанні ШТ ВІЛ. У 2024 р. питома вага ШТ становить 61% порівняно до 46% у 2023 р. та 39% у 2022 р. Перевага діагностики ВІЛ за допомогою ШТ перед інструментальними методами досліджень полягає у максимальному прискоренні встановлення діагнозу та залучення пацієнта до системи надання медичних послуг (медикаментозна ДКП та ПКП, АРТ, профілактика та лікування ОІ тощо).

Рис. 14. Динаміка тестування на ВІЛ в Україні (2022–2024 рр.)

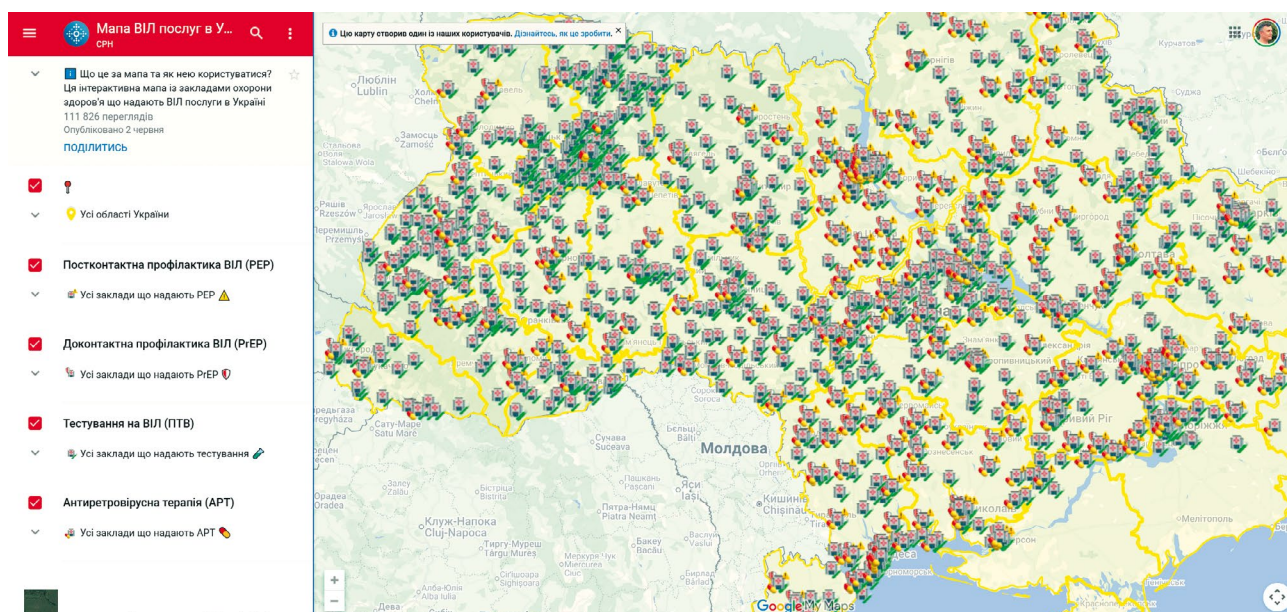


Значна частка тестувань у структурі наданих ПТВ припадає на донорів, призовників, вагітних жінок та пацієнтів із захворюваннями, що можуть бути проявами ВІЛ-інфекції. Водночас не налагоджено механізм підрахунку охоплення ПТВ саме тих категорій населення, які найбільше цього потребували. Тому важко оцінити, в яких категоріях населення втрачено ЛЖВ, які ще не знають про особистий ВІЛ-статус. (Рис.15)

Рис. 15. Структура ПТВ серед населення у 2024 р.



Було проведено картування усіх стаціонарних пунктів на підконтрольних Україні територіях, які надають ПТВ на базі закладів охорони здоров'я. Станом на 01.07.2024 р. загалом зареєстровано 1949 пунктів надання ПТВ.

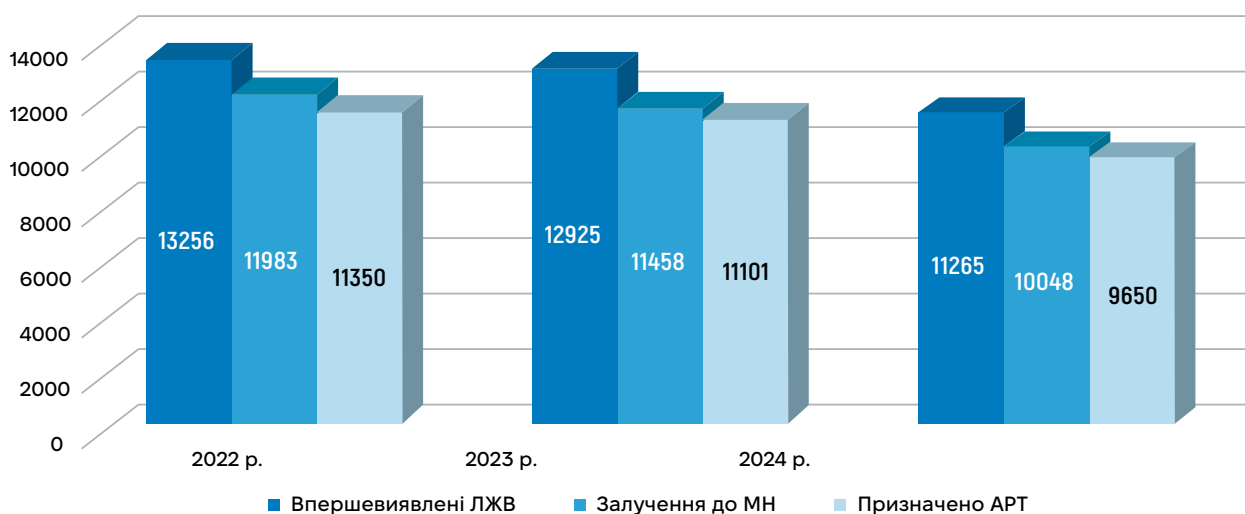


Джерело: <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1nlfzgtDls5SI34jrUK4muPbdmyAANM&femb=1&ll=48.53298419340157%2C31.14617150000001&z=6>

Крім того залучення до медичного нагляду в когорті осіб, які були обстежені на ВІЛ протягом 2024 року по Україні становить 89% (згідно даних ІС МСЗХ), без урахування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками та перебувають на сероепідеміологічному моніторингу. Даний показник є сталим в т.ч. у 2022 та 2023 роках.

Охоплення антиретровірусною терапією (АРТ) в когорті вперше виявлених ЛЖВ у 2024 році складає 96%, порівняно з 95% у 2022 році та 97% у 2023 році. (Рис.16).

Рис. 16. Каскад залучення до медичного нагляду та призначення АРТ вперше виявленим ЛЖВ у когортах надання ПТВ 2022-2024 р.р.



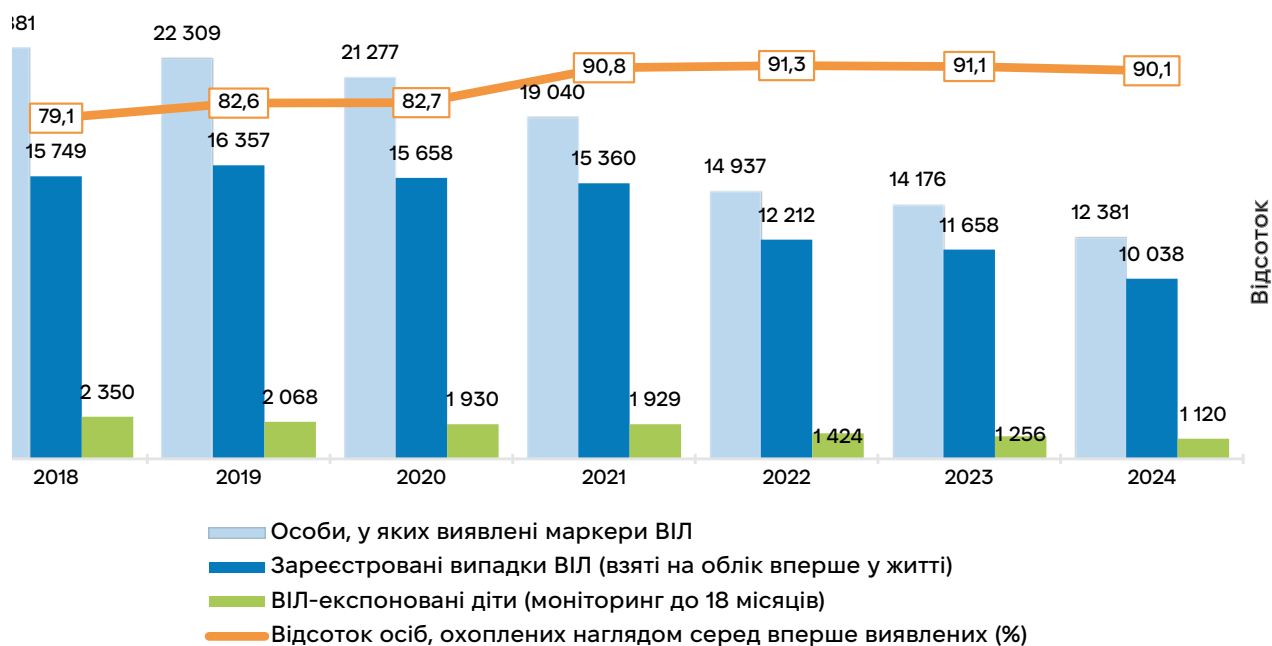
1.4. РЕЄСТРАЦІЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ВІЛ

Антоненко Ж.В., Зубко М.В.

За 3 роки повномасштабного вторгнення росії загалом зареєстровано 34 320 нових випадків ВІЛ-інфекції. За результатами СЕМ (форма звітності N 2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) за 2024 рік» у 303 на підконтрольних Уряду територіях офіційно зареєстровано 10 038 випадків ВІЛ-інфекції, з них у 3 127 (31,2%) діагностовано СНІД.

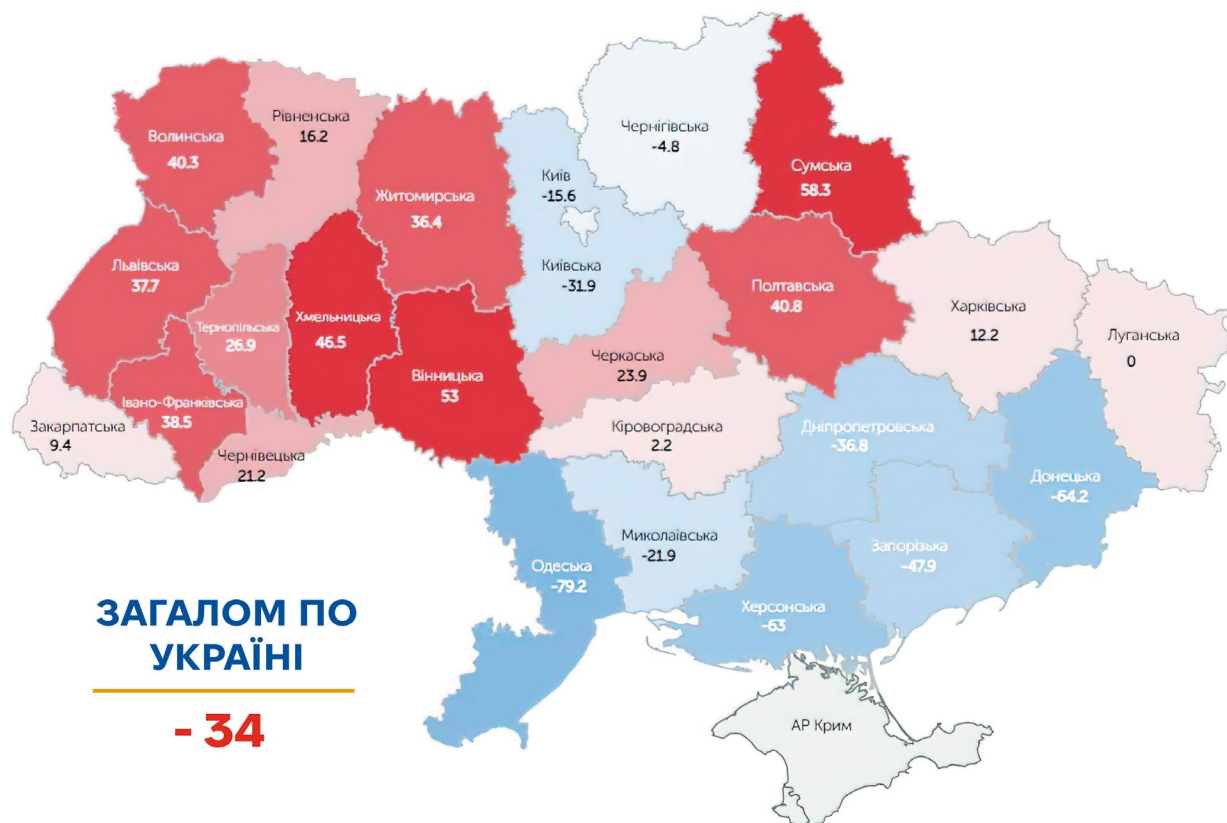
Хоча кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції зменшується пропорційно зменшенню кількості осіб, у яких при обстеженні були виявлені маркери ВІЛ, однак рівень охоплення меднаглядом осіб з позитивним результатом тестування, залишається високим і становить 90,1% у 2024 році (**Рис. 17**)

Рис. 17. Кількість виявлених та зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в Україні за даними СЕМ, 2021-2024 рр.



Починаючи з 2020 року, в Україні зберігається від'ємний Тпр кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, який становив -13,9% у 2024 році. Якщо порівняти результати з 2021 роком, кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції загалом зменшилась на третину (Тпр -34%) з суттєвими географічними відмінностями: від різкого зменшення у південно-східному регіоні до значного збільшення – на заході та у центрі країни (**Рис.18**). Кількісні показники свідчать про те, що основний тягар епідемії у 2024 році припадає на 4 регіони, де зареєстровано половину усіх випадків ВІЛ-інфекції в Україні: Дніпропетровська (2 064), Одеська (1 381), Харківська (654) області та м. Київ (909).

Рис. 18. Тпр відносно 2021 року кількості зареєстрованих у 2024 році випадків вперше діагностованої ВІЛ-інфекції серед населення регіонів України (%)

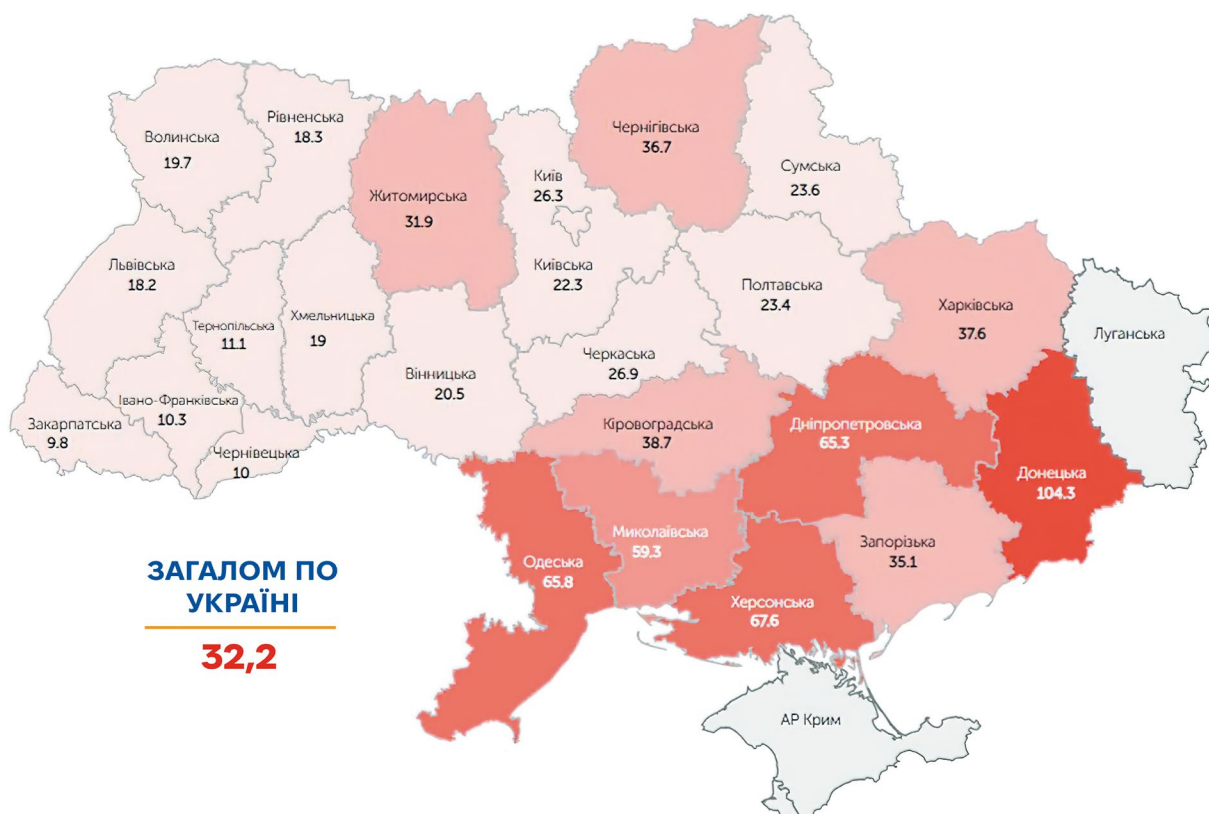


Дані про реєстрацію випадків з вперше у житті діагностованою ВІЛ-інфекції використовуються для розрахунку показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 000 населення. Востаннє дані Держстату України про чисельність населення оновлювалися у 2021 році (41,0 млн станом на 1 січня 2022 року). З урахуванням цих даних захворюваність на ВІЛ-інфекцію демонструє сталу тенденцію щодо зменшення (2023 р. – 28,4 на 100 тис. нас.) і становить у 2024 році 24,5 на 100 000 населення, з коливанням показника від максимальних значень у Дніпропетровській (66,7) і Одеській (59,0) областях до найменших – у Донецькій (6,5) та Закарпатській (7,2) областях.

Як відомо, внаслідок повномасштабного вторгнення росії, тимчасово відсутні актуальні демографічні дані про чисельність населення, що ускладнює оцінку більшості показників в рамках епідагляду, насамперед у найбільш постраждалих областях, де суттєво зменшилась чисельність населення.

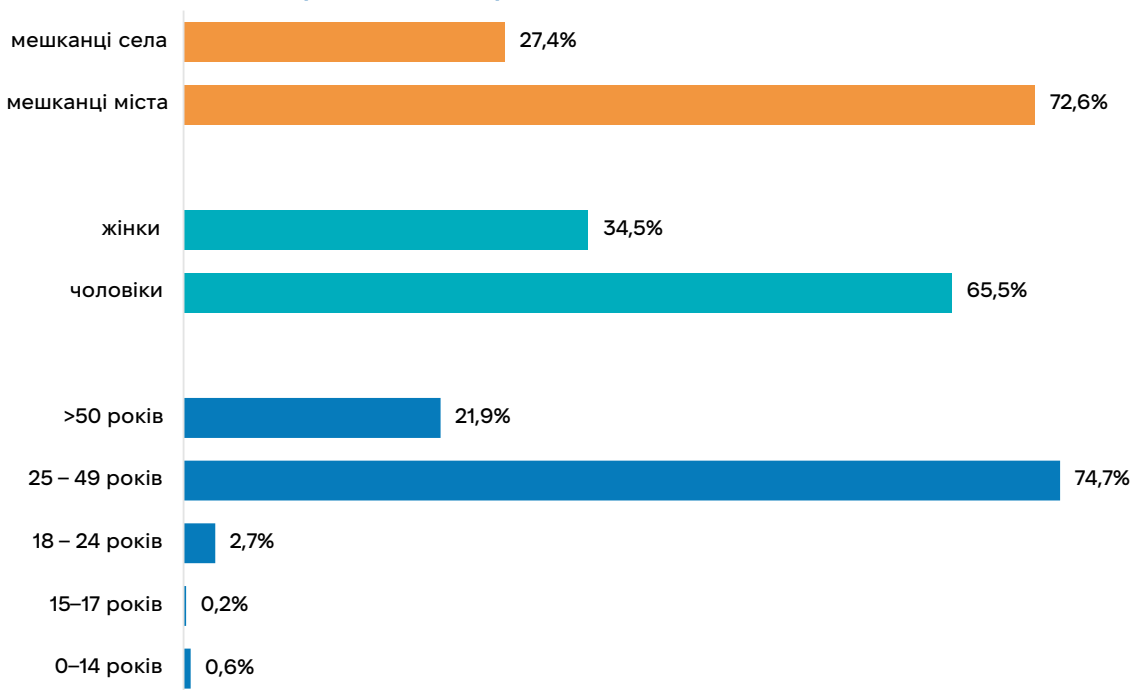
За даними Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи, прогнозована оцінка чисельності населення на контрольованій Урядом території України у 2024 році становить близько 31,1 млн осіб. З урахуванням даної інформації, показник кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції може становити 32,2 на 100 000 населення з найвищими значеннями у Донецькій (104,3), Херсонській (67,6), Одеській (65,8) та Дніпропетровській (65,3) областях, а найменшими – у Закарпатській (9,8), Чернівецькій (10,0) та Івано-Франківській (10,3) областях (**Рис. 19**). Хоча отримані таким чином показники не є офіційно затвердженими, втім, такий підхід заслуговує уваги і може бути використаний для оцінки ситуації, зокрема при проведенні тріангуляції даних.

Рис. 19. Кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на 100 000 населення на контрольованій Урядом території України, 2024 рік



Соціально-демографічна структура зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у 2024 році не зазнала суттєвих змін. **(Рис. 20)** Як і раніше, більшість випадків ВІЛ-інфекції реєструють серед мешканців міста (72,6%), але порівняно з 2021 роком дещо збільшилась частка осіб, які є мешканцями села: з 18,9% до 27,4%. У структурі випадків за статтю 2/3 становлять чоловіки (65,5%), що є сталою багаторічною тенденцією. Основна група у віковій структурі це особи віком 25-49 років (74,7%). Приросту числа випадків серед дітей і підлітків не спостерігається (загалом 3,5%).

Рис. 20. Статтєво-вікова структура та демографічні особливості осіб з вперше у житті діагностованою ВІЛ-інфекцією, 2024 рік

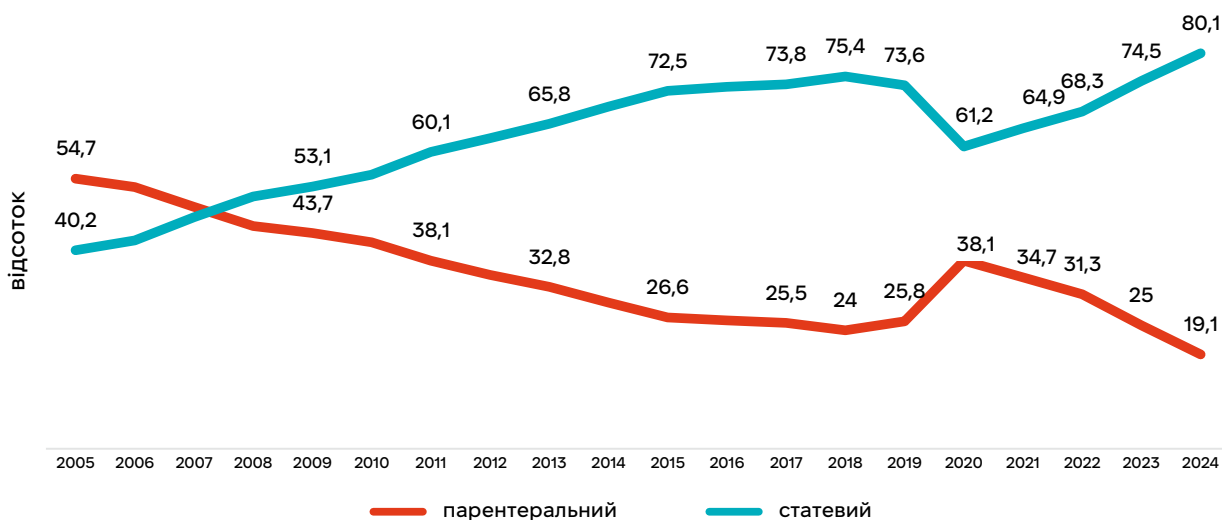


Незмінно позитивний темп приросту спостерігається у питомій вазі осіб віком 50 років і старших, частка яких зросла порівняно з 2021 роком з 14,2% (2 174) до 21,9% (2 196), Головним чинником збільшення показника є відносне зменшення кількості осіб віком 25-49 років, в той час як загальна кількість осіб віком 50+ років залишається майже не змінною (2021 р. – 2 174, 2024 р. – 2 196).

Втім, існують регіональні особливості «постаріння епідемії ВІЛ»: у 2024 році відсоток осіб старше 50 років не лише збільшився загалом в країні, але в деяких областях перевищив чверть серед зареєстрованих випадків (Чернігівська, Чернівецька, Тернопільська, Волинська, Миколаївська), а у Херсонській наблизився до третини (27,5%). Такі зміни, які формуються під впливом багатьох факторів, потребують особливої уваги, оскільки мають бути напрацьовані певні програмні заходи у відповідь – від інноваційних підходів щодо залучення до тестування на ВІЛ осіб старшого віку до забезпечення пацієнт-орієнтованого супроводу лікування ВІЛ-інфекції в контексті вікових змін, коморбідності і потреб у підтримці.

Основні шляхи інфікування ВІЛ серед зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції продовжують сталу тенденцію щодо збільшення статевому шляху інфікування (переважно за рахунок гетеросексуальних контактів), який у 2024 році сягнув 80,1%. **(Рис. 21)** Результати багаторічного моніторингу результатів епіднагляду свідчать про те, що статевий шлях інфікування хоча і є повільнішим відносно парентерального, втім поступово призвів до значного поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення за межами груп високого ризику щодо інфікування.

Рис. 21. Динаміка основних шляхів інфікування ВІЛ серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, 2005-2024 рр.



Втім, парентеральний шлях інфікування, що реалізується внаслідок ризикової практики вживання наркотичних речовин ін'єкційним способом, є одним з пріоритетних в контексті епіднагляду за поширенням ВІЛ-інфекції. У 2024 році частка осіб, у яких ймовірним шляхом інфікування був визначений парентеральний, становила 19,1%, однак, в деяких регіонах цей показник суттєво перевищує середній по країні: Харківська (44,5%), Львівська (35,8%) та Херсонська (33 %) області. **(Рис. 22)** Наведені результати можуть вказувати як на високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВНІ у зазначених регіонах, так й на ефективність заходів з охоплення ПТВ осіб, які вживали або вживають наркотики або інші речовини ін'єкційним способом.

Рис. 22. Питома вага парентерального шляху інфікування серед офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в Україні (%), без врахування ВІЛ-експонованих дітей з невизначеним ВІЛ-статусом, 2024 рік.



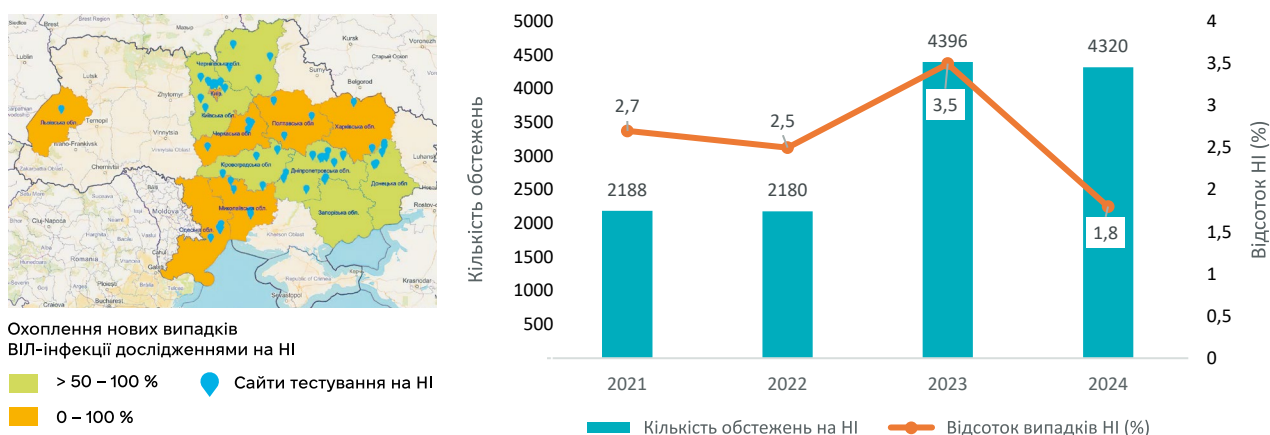
1.5. ЕПІДНАГЛЯД ЗА НЕЩОДАВНЬОЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

Марциновська В.А.

Одним із ключових завдань системи епіднагляду за ВІЛ-інфекцією є максимально раннє виявлення випадків інфікування та своєчасне реагування на епідемічну ситуацію. В Україні більшість людей із вперше діагностованою ВІЛ-інфекцією виявляються вже на пізніх клінічних стадіях, що ускладнює визначення актуальних чинників ризикованої поведінки. Водночас аналіз результатів тестування на нещодавню ВІЛ-інфекцію (далі - НІ) має стратегічне значення, оскільки дає змогу визначати території та групи населення, де спрямування профілактичних зусиль і ресурсів забезпечує найбільшу ефективність інтервенцій. У системі епіднагляду за ВІЛ-інфекцією нещодавньою вважається інфекція, коли зараження відбулося впродовж останніх 12 місяців.

З 2021 року в Україні, за підтримки проєкту «Посилення лікування ВІЛ-інфекції, спроможності лабораторної мережі, замісної підтримуючої терапії та програмного моніторингу в Україні в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR)», триває впровадження системи епіднагляду за НІ. Незважаючи на воєнні умови, вдалося поступово розширити як географію, так і обсяги тестування на НІ. Станом на 1 січня 2025 року епіднагляд за НІ здійснюється у 13 регіонах, на базі 62 ЗОЗ різного профілю. **(Рис. 23)**

Рис. 23. Територіальне впровадження епіднагляду за нещодавньою ВІЛ-інфекцією в Україні



Загалом протягом 2021–2024 років обстежено на НІ з використанням швидкого тесту Asanté™ HIV-1 Rapid Recency® понад 13 тисяч осіб із вперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом, і у 2,8 % з них підтверджено нещодавнє інфікування.

Упродовж 2024 року на НІ було протестовано 4320 осіб, з яких 2810 чоловіків і 1510 жінок. Найбільшу частку становили особи віком 30–39 років (34 %) та 40–49 років (37 %). Серед усіх обстежених 951 особа (22 %) повідомила про ризиковану поведінку, серед них 780 ЛВНІ, 153 ЧСЧ, 16 СП, 1 особа, яка перебувала в місцях позбавлення волі та 1 інша людина з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ. Найбільші обсяги тестування були зареєстровані у Дніпропетровській (1305), Одеській (472) областях та м. Київ (596).

За результатами тестування у 2024 році у 78 осіб (1,8 %) було виявлено нещодавнє інфікування ВІЛ, найвищі показники зареєстровані у Запорізькій (8,4 %) та Миколаївській (5,9 %) областях **(Рис. 24)**. Частка НІ була майже однаковою серед жінок і чоловіків (1,9 % та 1,8 % відповідно), однак найбільший рівень спостерігався у віковій групі 18–24 роки (6,6 %). Серед КГ загальна частка НІ становила 2,2 %, зокрема 3,3 % серед ЧСЧ, та 2,1 % серед ЛВНІ..

Рис. 24. Відсоток випадків НІ серед обстежених на НІ (%), 2024



Аналіз динаміки за 2021–2024 роки свідчить, що загальний рівень виявлення НІ серед ЧСЧ становив 4,3 %, серед ЛВНІ – 2,9 %, серед СП – 2,0 %.

Частка НІ серед інших категорій населення, які не відносять себе до КГ, поступово зростала у 2021–2023 роках (2,6 %, 2,8 % та 3,1 % відповідно), однак у 2024 році зменшилася майже удвічі – до 1,7 %.

Отримані результати свідчать, що випадки НІ переважно виявляються серед КГ, що підтверджує необхідність подальшого розширення цільових профілактичних програм. Водночас значна частка НІ серед загального населення, зокрема серед жінок репродуктивного віку, підкреслює важливість посилення заходів, спрямованих на запобігання статевій передачі ВІЛ, особливо у регіонах з найвищими відповідними показниками — Миколаївській, Запорізькій та Дніпропетровській областях

Більш детально ознайомитися з результатами проекту з впровадження епіднагляду за недавньою ВІЛ-інфекцією можна за посиланнями:

https://npsi.phc.org.ua/HIV_Monitoring?indicator=486&tab=description

ДАЙДЖЕСТ «ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ МОНІТОРИНГУ ТА РЕАГУВАННЯ НА НЕЩОДАВНЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ В УКРАЇНІ» | Центр громадського здоров'я

1.6. СВОЄЧАСНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА РЕЄСТРАЦІЯ ВИПАДКІВ СНІД

Антоненко Ж.В., Зубко М.В., Ісаєнкова К.А.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ CD4 КЛІТИН У ОСІБ З ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

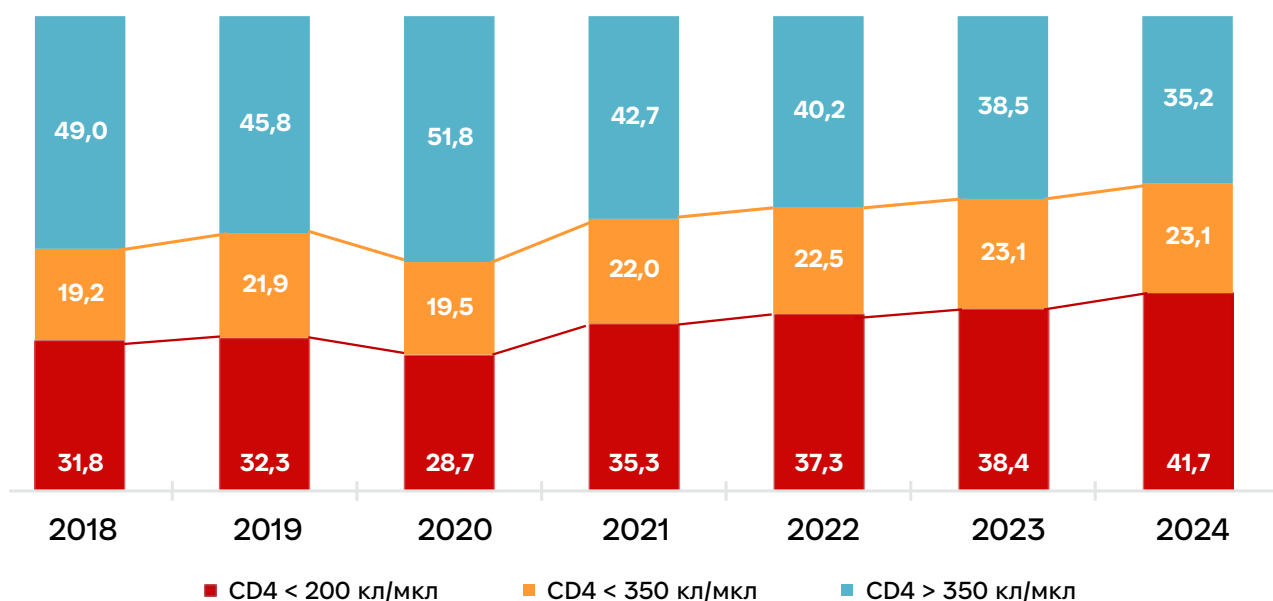
Забезпечення ранньої діагностики та своєчасного призначення лікування ВІЛ-інфекції є пріоритетними завданнями в контексті здійснення контролю за поширенням інфекції та якості лікування. Внаслідок пізньої діагностики або відмови від звернення до лікаря особи з встановленим ВІЛ-позитивним статусом, збільшується кількість людей з небезпечним (трансмисивним) рівнем ВІЛ, що підвищує ризик передачі ВІЛ іншим людям, а відтак сприяє поширенню ВІЛ-інфекції. Окрім негативних наслідків в контексті епіднагляду, пізня діагностика ВІЛ-інфекції, як й зволікання АРТ, підвищують ризик виникнення СНІДу у інфікованої ВІЛ людини, що може призвести до смерті.

Для оцінки показників своєчасності діагностики ВІЛ-інфекції важливо забезпечити високий рівень охоплення обстеженням на CD4 серед взятих на облік осіб. За таких умов отримані результати можна екстраполювати на загальну кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. У 2024 році обстеженням на CD4 було охоплено 91,2% осіб з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції.

Для оцінки своєчасності застосовуються показники імуносупресії: рівень CD4 <200 кл/мкл та <350 кл/мкл. Призначення АРТ на більш ранніх стадіях ВІЛ-інфекції (при кількості CD4 >350 кл/мкл) є критично важливим, оскільки це дозволяє запобігти виникненню опортуністичних інфекцій та уникнути серйозних ускладнень внаслідок прогресування ВІЛ-інфекції.

Впродовж останніх 10 років частка людей, які на момент встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції мають рівень CD4 <350 кл/мкл, залишається на високому рівні, і становить у 2024 році 64,7%. При цьому відсоток осіб з рівнем CD4 200-350 кл/мкл залишається майже не змінним (23,1%), а з рівнем CD4 <200 кл/мкл має тенденцію до збільшення (41,7%). Частка осіб з рівнем CD4 >350 кл/мкл пропорційно зменшується і становить 35,2% у 2024 році. **(Рис. 25)**

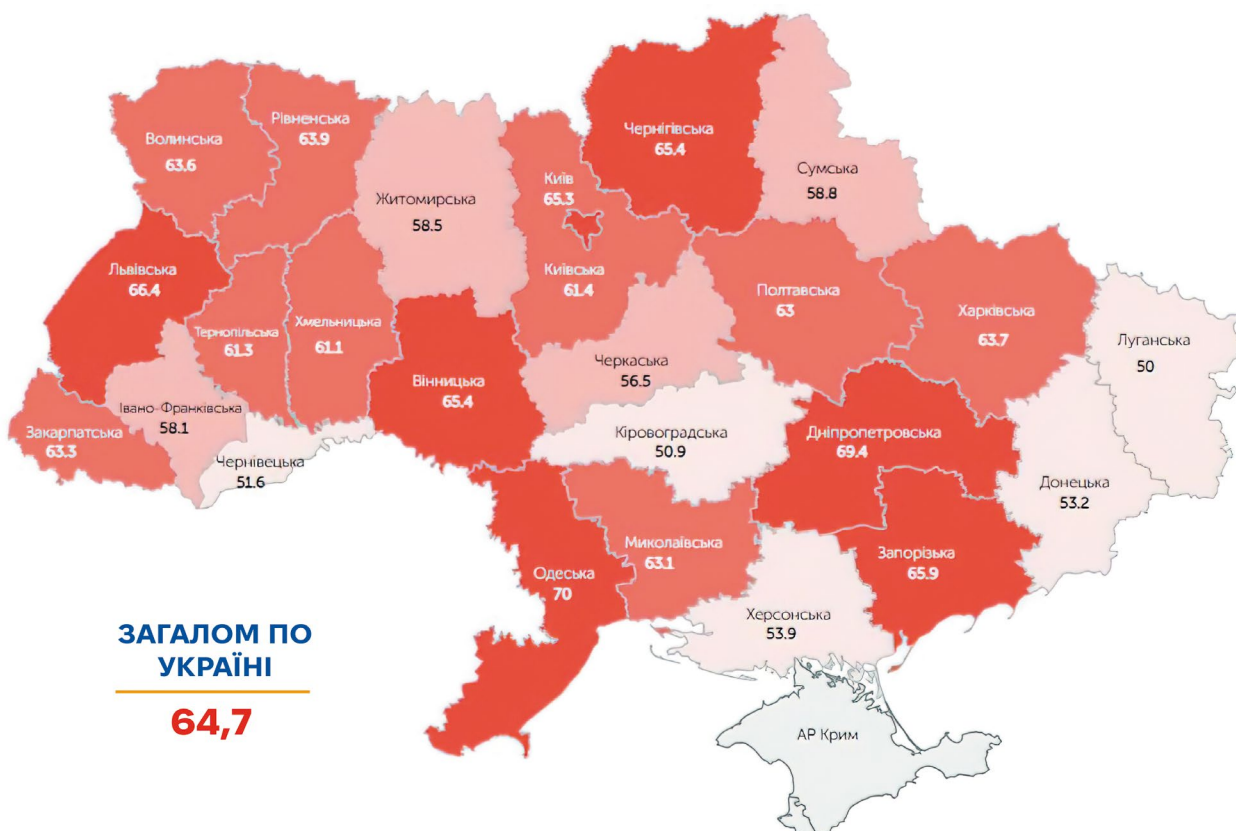
Рис. 25. Результати обстеження на CD4 серед взятих на облік осіб з вперше в житті діагностованою ВІЛ-інфекцією в Україні (%), 2018-2024 рр.



Оцінка своєчасності діагностики ВІЛ-інфекції має враховувати всі аспекти епіднагляду, історичний і географічний контекст. У попередньому випуску бюлетеня ми зазначили важливість комплексного підходу до аналізу та інтерпретації цих показників для обґрунтування прийняття рішень щодо подальших заходів у відповідь на епідемію (<https://drive.google.com/file/d/1Gw-PqqA0vTacGAWQRzDIJ5uaxBvx5Qmw2/view>).

На рівні регіонів показники пізньої діагностики ВІЛ-інфекції з рівнем CD4 <350 кл/мкл коливаються в межах від 51% у Кіровоградській і Чернівецькій областях до 70% у Одеській і Дніпропетровській областях. **(Рис. 26)** При цьому слід врахувати, що у 2024 році в деяких регіонах частка людей, у яких діагностували ВІЛ-інфекцію з ознаками вираженої імуносупресії (CD4 <200 кл/мкл), наблизилась до 50%, зокрема у Дніпропетровській, Рівненській, Закарпатській та Одеській області.

Рис. 26. Частка людей з рівнем CD4 <350 кл/мкл на момент встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, 2024 р.



РЕЄСТРАЦІЯ ВИПАДКІВ СНІД

Наслідком пізньої діагностики ВІЛ-інфекція часто є розвиток СНІДу, кількість випадків якого за даними річної звітної форми 2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі стадами та хворобами, що зумовлені вірусом імунodefіциту людини» у 2024 році становила 3 127 - на 7% менше, ніж у 2023 році (3 351 випадок). Показник захворюваності на СНІД, що спирається на кількість зареєстрованих випадків, знизився у 2024 році з 8,2 до 7,6 на 100 000 населення (чисельність населення за даними Держстату, станом на кінець 2021 року).

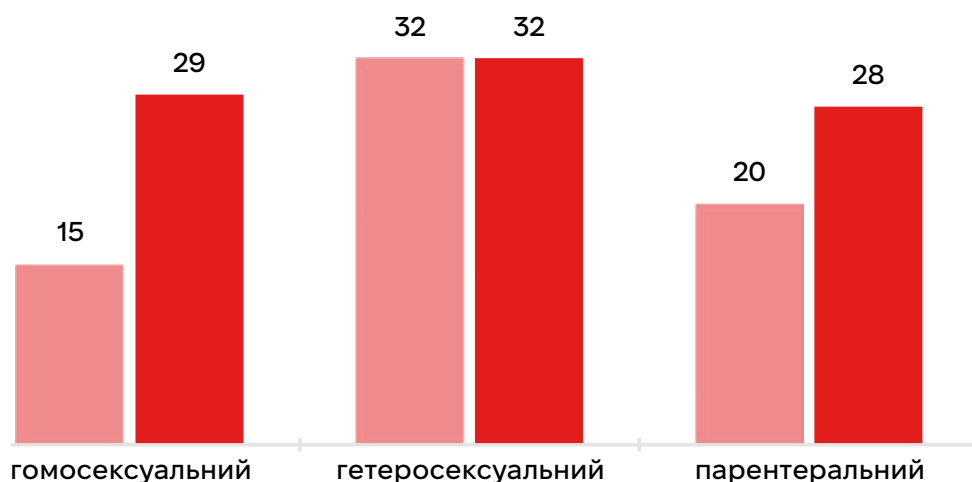
З урахуванням оцінок щодо прогнозованої чисельності населення у 2024 році (за даними Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України), показник захворюваності на СНІД становить 10,0 на 100 000 населення, що є більш реалістичним значенням, беручи до уваги, що у 2021 році він становив 11,0 на 100 000 населення і мав сталу тенденцію до повільного зменшення на фоні покращення діагностики та розширення доступу до АРТ.

Кількісні показники, як і частота випадків СНІДу на 100 000 населення, співпадають з показниками поширеності ВІЛ-інфекції у регіонах. За оцінками, найвищі показники захворюваності на СНІД на 100 000 населення зареєстровані в Одеській (32,3), Донецькій (26,3), Дніпропетровській (20,4) та Миколаївській (18,3) областях. В той же час кількісні зміни відбуваються дуже нерівномірно: від різкого збільшення у Харківській, Тернопільській та Івано-Франківській областях, до суттєвого зменшення у Донецькій, Херсонській та Запорізькій областях.

У 2024 році частка СНІДу серед осіб з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції становить 31%, однак ситуація відрізняється в розрізі шляхів інфікування. Привертає увагу і динаміка таких змін.

Наприклад, у 2023 році найменше випадків СНІДу у відсотковому значенні було зареєстровано серед осіб з гомосексуальним шляхом (15%), найбільше (32%) – з гетеросексуальним. У 2024 році ситуація змінилась за рахунок відносного збільшення випадків СНІДу серед осіб з гомосексуальним шляхом інфікування, внаслідок чого показник збільшився до 29%. Схожа ситуація спостерігається і серед осіб з парентеральним шляхом інфікування. **(Рис. 27)**

Рис. 27. Частка випадків СНІДу серед осіб з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, залежно від шляхів інфікування (%), 2023-2024 рр.



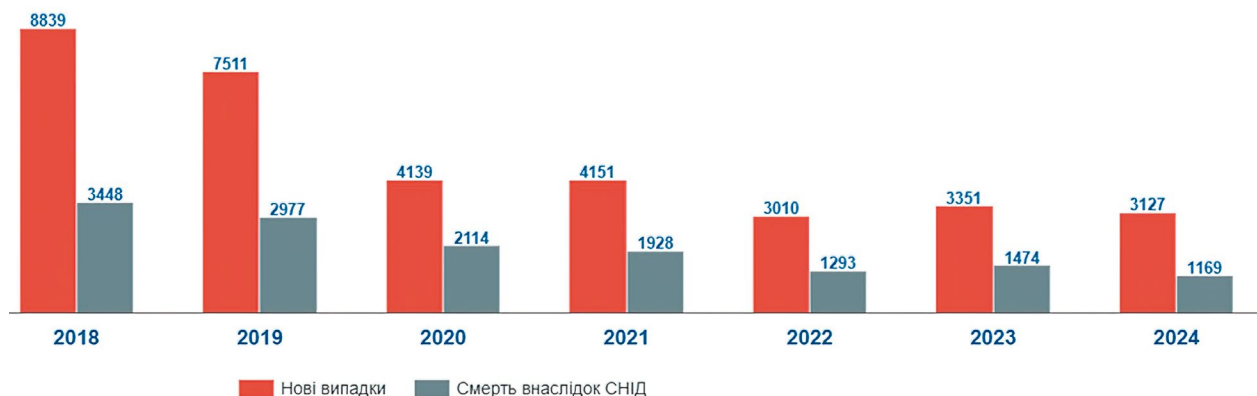
Але найчастіше ВІЛ-інфекцію діагностують на стадії СНІДу серед осіб, у яких не вдалось визначити ймовірний шлях інфікування (11 з 27 випадків у 2024 році).

СМЕРТНІСТЬ ВІД ХВОРОБ, ЗУМОВЛЕНИХ СНІД

За результатами епіднагляду у 2024 році загалом було знято з обліку у зв'язку із смертю 4 024 ЛЖВ, з них 33% померли за причинами, що безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, 54% – померли за причинами, не пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, у 13% осіб причина смерті невідома.

Кількість випадків смерті серед ЛЖВ від хвороб, зумовлених СНІДом, щороку зменшується. У 2024 році Тпр становив -21% порівняно з 2023 роком: було офіційно зареєстровано 1 169 випадків. **(Рис. 28)** Відповідно показник смертності від хвороб, зумовлених СНІДом, знизився з 3,6 до 2,9 на 100 000 населення (чисельність населення за даними Держстату, станом на кінець 2021 року).

Рис. 28. Кількість нових випадків СНІД і смертей внаслідок СНІДу серед громадян України, 2018-2024 рр.



З урахуванням оцінок щодо прогнозованої чисельності населення у 2024 році (за даними Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України), середній рівень смертності внаслідок СНІДу становить 3,8 на 100 000 населення з найвищими показниками в Донецькій (13,1), Одеській (11,3), Дніпропетровській (9,2) та Миколаївській (6,3) областях. При цьому в більшості регіонів ситуація покращилась, зокрема в Одеській області вдалось знизити рівень смертності на 42% порівняно з 2021 роком.

Серед померлих внаслідок СНІДу 83% осіб отримували АРТ (2023 р. - 79%), більшість з них (57%) отримували лікування 12 місяців і більше. Слід зазначити, що частка ЛЖВ, які потребували, але не отримували АРТ, зменшилась порівняно з 2021 роком з 23% до 17%. За статтю, як і раніше, майже дві третини серед померлих, складають чоловіки (62%). Внаслідок коінфекції ВІЛ/ТБ померла 371 людина (32%). Кількість і частка цих випадків значно зменшилась порівняно з 2021 роком, коли було зареєстровано 801 випадок смерті від коінфекції (42%).

1.7. ЕПІДНАГЛЯД ЗА ВИПАДКАМИ СМЕРТІ, ЗУМОВЛЕНИХ ВІЛ - РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Балтіна С.В.

В Україні система обліку смертності від ВІЛ має суттєві прогалини через недосконалу реєстрацію летальних випадків та неточності у визначенні причин смерті, зокрема пов'язаних із ВІЛ. За відсутності ефективної системи реєстрації актів цивільного стану, патологоанатомічні відділення можуть бути цінним джерелом даних. З метою покращення розуміння впливу ВІЛ/СНІДу на смертність у 2021 році було вперше проведено дослідження «Аналіз системи нагляду за смертністю у зв'язку з ВІЛ та госпітальне спостереження за ВІЛ-асоційованою смертністю в Україні» на базі патологоанатомічних відділень м. Києва (інформаційний бюлетень №53, 2022 рік), а в 2023-2024 роках його продовжено в м. Одеса.

Метою дослідження було удосконалення стандартного рутинного підходу до епідеміологічного нагляду за ВІЛ-асоційованою смертністю в Україні шляхом оцінки поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які померли без встановленого діагнозу під час життя.

Для участі у дослідженні були відібрані 4 медичних заклади м. Одеса, які надають широко профільну стаціонарну та екстрену медичну допомогу, мають патологоанатомічні відділення з високим навантаженням за кількістю патологоанатомічних розтинів – це міські клінічні лікарні №1, №5, обласна клінічна лікарня та 2 патологоанатомічні відділення регіонального клінічного протипухлинного центру. Під час підготовчого етапу дослідження було здійснено комплексне оновлення ключової документації, необхідної для його якісного проведення. Зокрема, переглянуто та доопрацьовано протокол дослідження з урахуванням сучасних вимог до оцінки смертності, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією. Оновлено інструментарій збору даних з метою забезпечення уніфікованого підходу до реєстрації інформації на рівні закладів охорони здоров'я. Крім того, було оновлено збірник стандартних операційних процедур, який визначає порядок дій при встановленні ВІЛ-статусу померлої особи, алгоритми обліку та передачі даних, а також організаційні засади реалізації дослідження.

Тестування на ВІЛ усіх померлих дорослих осіб віком від 18 років і старше проводилось лікарями-патологоанатомами патологоанатомічних відділень ЗОЗ із застосуванням ШТ на скринінговому та верифікаційному етапах. Усі ВІЛ-позитивні зразки та 10% контрольних негативних зразків були досліджені на ВН.

До дослідження було включено 1502 померлих, з яких 96,1% на момент смерті проживали в м. Одеса. Серед вибірки 52,2% становили жінки, а 69,2% були особами віком ≥ 65 років. За результатами тестування на ВІЛ у 53 померлих (3,5%) виявлено ВІЛ-позитивний статус. Серед них 52,8% становили чоловіки, половина належала до вікової групи 36–50 років (58,5%), а 35,8% мали в анамнезі вживання ін'єкційних наркотиків. Щодо обізнаності про свій ВІЛ-статус: у 51 особи ВІЛ-інфекція була діагностована ще за життя, і всі вони були зареєстровані в ІС-СЗХ; у 2 випадках виявлено ВІЛ-інфекцію лише посмертно.

Таким чином, результати дослідження продемонстрували, що в умовах обмеженої інтеграції інформаційних систем охорони здоров'я та реєстрації актів цивільного стану, залучення патологоанатомічних відділень до активного епідеміологічного нагляду може бути ефективним альтернативним підходом для виявлення смертей, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією. Проведене тестування дозволило виявити раніше не зареєстровані випадки ВІЛ серед померлих, що свідчить про наявність прихованого тягаря захворювання. Зокрема, встановлено, що частина ВІЛ-позитивних осіб знали про свій статус, перебували під медичним наглядом, але з різних причин не отримували необхідних послуг, а також не мали задокументованого ВІЛ-статусу на момент смерті. Отримані дані підкреслюють необхідність посилення медичного моніторингу за такими особами, удосконалення обміну даними між системами охорони здоров'я та РАЦС, а також доцільність включення посмертної діагностики до національної стратегії епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією.

1.8. ІНТЕГРОВАНИЙ ЕПІДНАГЛЯД

Бугаєнко Н.С.

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), вірусні гепатити В і С та ВІЛ-інфекція мають спільні шляхи передачі, часто виявляються у тих самих групах ризику та можуть перебігати безсимптомно тривалий час. Це створює серйозні виклики для громадського здоров'я, адже окремий підхід до нагляду за кожною інфекцією не відображає повної епідемічної ситуації.

Інтегрований епіднагляд дозволяє:

- 1.** Комплексно оцінювати ризики – поєднання даних про ВІЛ-інфекцію, парентеральні вірусні гепатити та ІПСШ допомагає визначати справжній масштаб проблеми та взаємний вплив інфекцій.
- 2.** Оптимізувати ресурси – об'єднання лабораторних потужностей, єдиних інформаційних систем та програм тестування дозволяє підвищити ефективність використання коштів.
- 3.** Посилити раннє виявлення – інтегрований скринінг (наприклад, одночасне тестування на ВІЛ, сифіліс та гепатити В/С) підвищує охоплення і скорочує втрати для пацієнта.
- 4.** Забезпечити кращу маршрутизацію пацієнтів – об'єднані дані дають можливість швидше направляти хворих до лікування та профілактичних програм.
- 5.** Відповідати міжнародним рекомендаціям – ВООЗ та ECDC наголошують, що інтеграція епіднагляду є ключовим елементом досягнення глобальних цілей з елімінації гепатиту та контролю ВІЛ/ІПСШ.

Для України інтегрований підхід має особливу актуальність через:

- високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції та хронічного гепатиту С;
- зростання частки хронічних форм гепатиту В і С;
- недостатню діагностику та недооблік ІПСШ;
- вплив воєнних дій, що знижує доступність профілактики і лікування;
- фрагментованість системи епіднагляду в умовах реформування охорони здоров'я, що ускладнює повний і своєчасний збір даних;
- обмеженість інтегрованих інформаційних систем, що призводить до дублювання даних і втрати частини випадків;
- недостатнє охоплення скринінгом та відсутність уніфікованих маршрутів пацієнта, що збільшує ризик пізнього виявлення інфекцій;
- міграційні процеси (внутрішня та зовнішня міграція), які створюють додаткові труднощі для безперервного епіднагляду та обліку випадків.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ (В,С)⁸

Парентеральні вірусні гепатити В та С (далі – ГВ та ГС) залишаються серйозною медико-соціальною проблемою для України адже зберігають високі рівні захворюваності та смертності, становлять основну причину хронічних уражень печінки, мають суттєві регіональні відмінності й потребують комплексних заходів профілактики, раннього виявлення та доступного лікування.

⁸ Джерело даних: форма звітності № 2 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання за 20____ рік» (річна)

Гепатит В.

Починаючи з 2020 р., коли в країні було проголошено медико-біологічну надзвичайну ситуацію природного характеру державного рівня, пов'язану із поширенням COVID-19 та наступні карантинні заходи, захворюваність на ГВВ зменшилась в 1,8 разів порівняно з 2019 р., а на ХГВ – у 2,1 рази, і зниження захворюваності на ГВВ/ХГВ тривало до 2022 р., після чого вона почала помірно зростати, а в 2024 р. для ХГВ практично наблизилася до показників «доковідного» рівня (**Рис. 23, 30**).

За даними офіційної статистичної звітності, форми № 2 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання за 20__ рік» (річна), у 2024 р. в Україні було зареєстровано 710 випадків гострого ГВ (далі – ГВ) та 1654 випадки хронічного ГВ (далі – ХГВ) проти 759 та 1391 випадків відповідно в 2023 р. Захворюваність на ГВ у цілому по Україні зменшилась з 1,85 до 1,73 на 100 тис. населення (Тсер.= -6,46%, спадна тенденція), на ХГВ – навпаки зросла від 3,39 до 4,03 на 100 тис. населення, демонструючи, як і в 2023 р., чітку тенденцію до зростання (Тсер.= +18,91%, виражена висхідна тенденція).

Рис. 29. Динаміка реєстрації нових випадків ГВ та показника захворюваності, Україна, 2015-2024

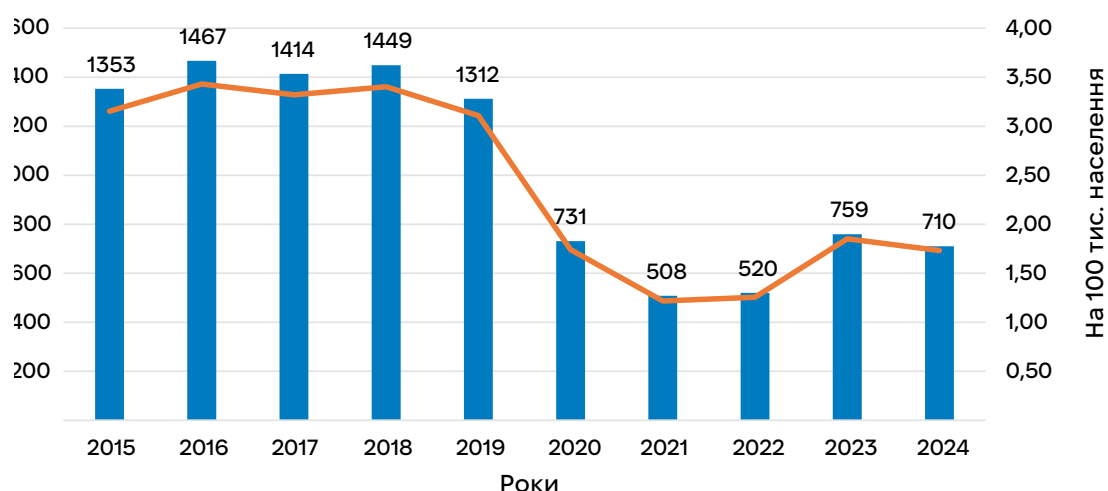
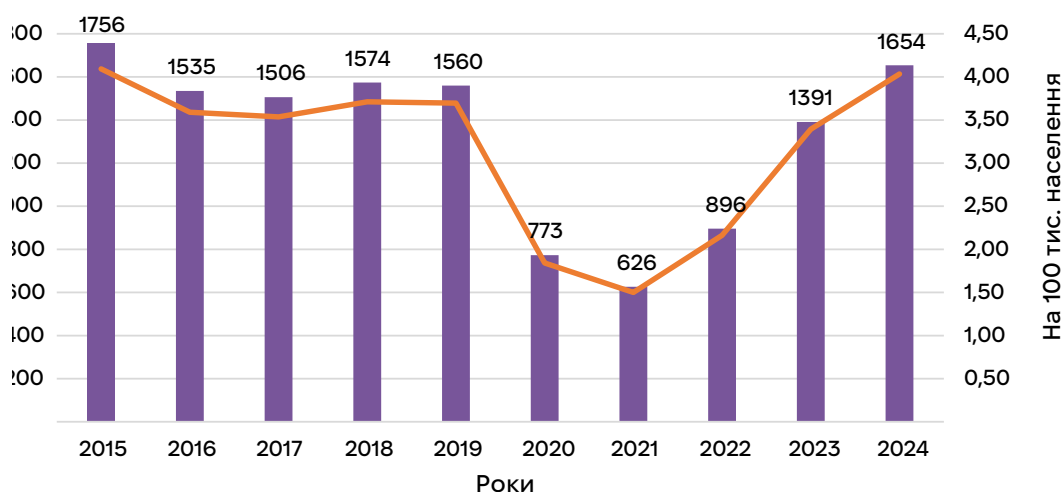


Рис. 30. Динаміка реєстрації нових випадків ХГВ та показника захворюваності, Україна, 2015-2024



Співвідношення гострих та хронічних форм змінюється і з 2018 року відмічається зростання саме хронічних форм в структурі клінічних форм ГВ (**Таблиця 2**). У 2024 р. співвідношення ХГВ:ГВ склало 2,33:1 (проти 1,80:1 у 2023 р.)

Таблиця 2. Кількість зареєстрованих випадків гострого та хронічного ГВ в Україні, 2015–2024

Рік	Клінічна форма ГВ		Всього	Співвідношення ХГВ:ГГВ
	ГГВ	ХГВ		
2015	1353	1756	3109	1,30:1
2016	1467	1535	3002	1,05:1
2017	1414	1506	2974	1,94:1
2018	1449	1574	3023	1,09:1
2019	1312	1560	2872	1,19:1
2020	731	773	1504	1,06:1
2021	508	626	1134	1,23:1
2022	520	896	1416	1,72:1
2023	759	1391	1970	1,80:1
2024	710	1654	2364	2,33:1

В Україні в 2024 році, як і в минулі роки, захворюваність дорослого населення на ГВ була вищою, ніж дітей до 17 років (**Таблиця 3**). При цьому всі випадки серед дітей були у віковій групі 5–9 років. Серед дітей до 17 років протягом останніх 2 років рівень захворюваності на ГГВ становив 0,10 та 0,26 на 100 тис. відповідного віку та на ХГВ – 0,27 та 0,11 на 100 тис. відповідного віку.

Таблиця 3. Віковий розподіл випадків гострого та хронічного ГВ в Україні, 2023–2024

Вікова група	ГГВ		ХГВ	
	2023	2024	2023	2024
0-17 років, з них	7	19	20	8
до 1 року	1	0	0	0
1-4 роки	4	0	5	0
5-9 років	0	5	4	1
10-14 років	1	6	6	3
15-17 років	1	8	5	4
18+ років	752	691	1371	1646
Всього, з них	759	710	1391	1654
жителі села	386	484	208	216

Переважна більшість (70,0%) зареєстрованих випадків ГВ припадала на міське населення.

Упродовж 2024 року середній по Україні показник захворюваності на ГГВ склав 1,73 на 100 тис. населення (без урахування статистичних даних із Луганської області та неповних матеріалів з тимчасово окупованих територій інших областей) від найменшого його значення в Херсонській (0,30 на 100 тис. населення) до найбільшого в Львівській (5,73 на 100 тис. населення) області. Цілком очевидно, що на хід епідемічного процесу інфекційних хвороб, зокрема й вірусних гепатитів не може не вплинути ситуація, що через воєнні дії склалася на сьогодні в Україні в цілому та її окремих регіонах.

У 2024 р. на більшості територій України спостерігалось зниження захворюваності на ГВВ всього населення відносно показників 2023 р., і лише в 10-ти регіонах (Волинська, Житомирська, Івано-Франківська, Львівська, Миколаївська, Чернівецька, Одеська, Тернопільська, Херсонська області) відбувалось її зростання.

Середній показник захворюваності на ХГВ у 2024 році дорівнював 4,03 на 100 тис. населення. Як і для ГВВ, була характерною суттєва територіальна нерівномірність у показниках захворюваності з найвищим рівнем у Київській області (11,68 на 100 тис. населення).

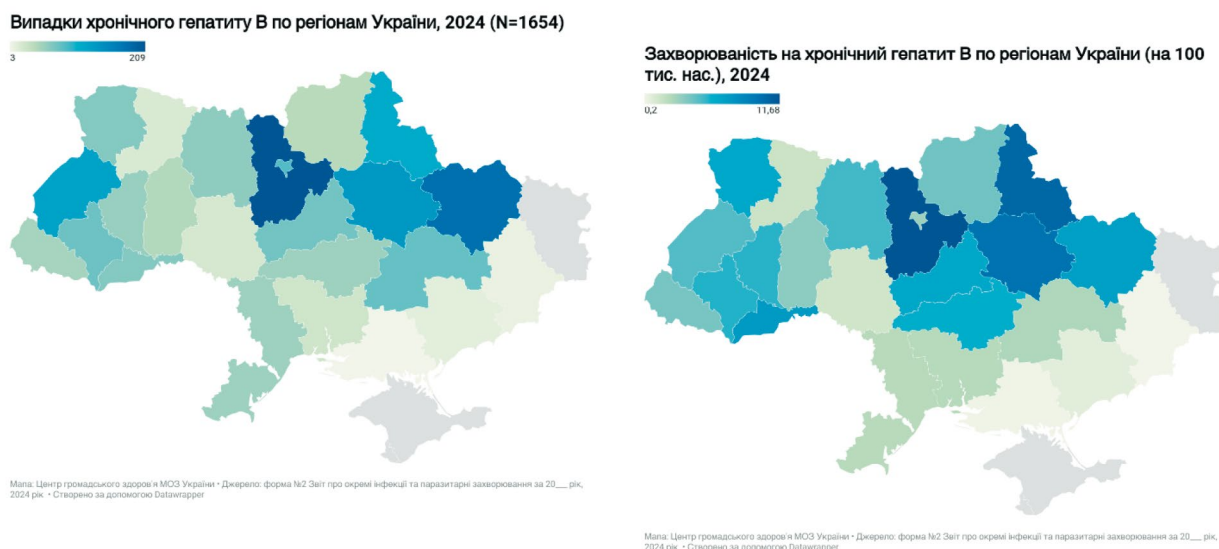
Спад захворюваності порівняно із 2023 року спостерігався в Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Миколаївській та Херсонській областях); на решті адміністративних територій України – переважно значне зростання захворюваності на ХГВ.

Регіональні показники представлені на **рис.31 та 32**.

Рис. 31. Кількість зареєстрованих випадків ГВВ та захворюваність по регіонах України, 2024



Рис. 32. Кількість зареєстрованих випадків ХГВ та захворюваність по регіонах України, 2024



Гепатит С.

З 2022 року захворюваність на гепатит С (далі – ГС), особливо за рахунок його хронічних форм має тенденцію до зростання. У 2024 році захворюваність на гострий гепатит С (далі – ГГС) знизилась незначно: 1,07 → 1,05 на 100 тис. населення (Тсер. = -2,05%), при цьому захворюваність на хронічний гепатит С (далі – ХГС) суттєво зросла з 14,99 → 18,54 на 100 тис. населення (Тсер. = +23,71%).

У 2024 році було зареєстровано 430 випадків ГГС проти 439 у 2023 році та 7601 випадків ХГС проти 6102 у 2023 році.

Рис. 33. Динаміка реєстрації нових випадків ГГС та показника захворюваності, Україна, 2015-2024

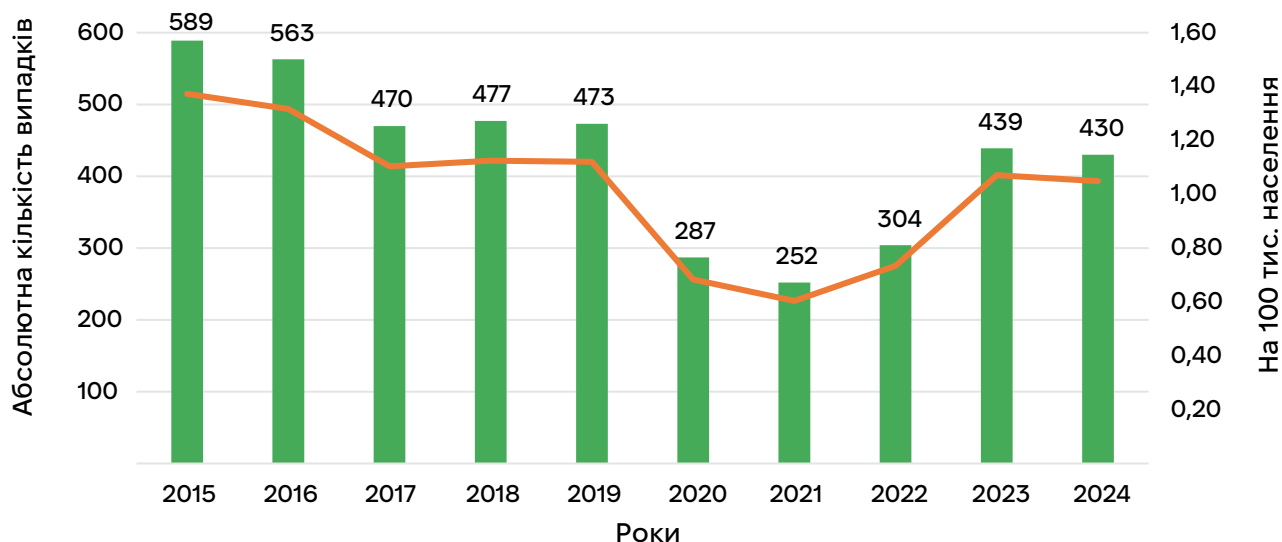
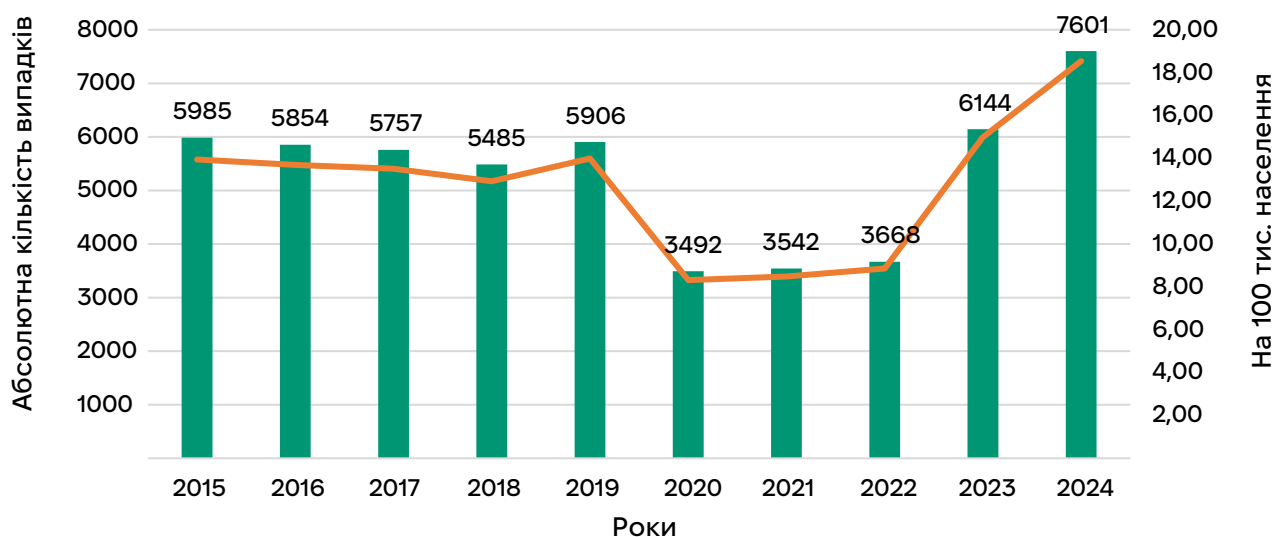


Рис. 34. Динаміка реєстрації нових випадків ХГС та показника захворюваності, Україна, 2015-2024



Переважає більшість випадків як гострих так і хронічних форм ГС припадає на доросле населення, частка яких в 2024 році складала 98,4% ГГС та 99,8% ХГС. Однак поодинокі випадки ГС реєструвались серед окремих вікових груп дитячого населення (**Таблиця 4**).

Таблиця 4. Віковий розподіл випадків гострого та хронічного ГС в Україні, 2023-2024

Вікова група	ГГС		ХГС	
	2023	2024	2023	2024
0-17 років, з них	4	7	22	13
до 1 року	0	1	0	3
1-4 роки	0	1	2	2
5-9 років	2	0	6	3
10-14 років	2	4	7	1
15-17 років	0	1	7	4
18+ років	435	423	6122	7588
ВСЬОГО	439	430	6144	7601
з них жителі села	147	131	1272	1716

Переважає більшість (понад 70,0%) зареєстрованих випадків ГС, як і ГВ, припадала на міське населення.

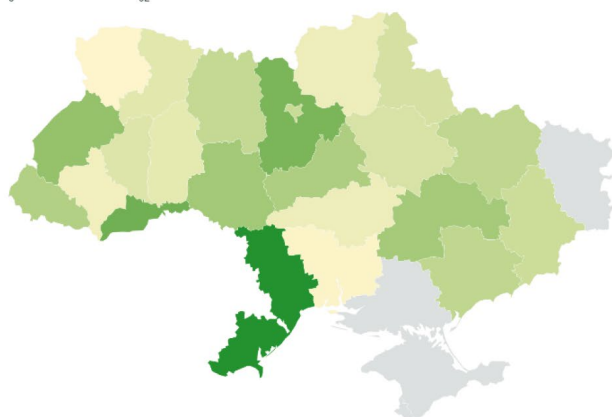
Спостерігалась суттєва територіальна нерівномірність у рівнях захворюваності на ГС, що реєструється. Найвищі показники захворюваності ГГС серед всього населення в 2024 році були у Чернівецькій (4,71 на 100 тис. населення), а найнижчі – в Херсонській (0,20 на 100 тис. населення) областях.

Лідерами показника захворюваності на ХГС у 2024 році були Сумська (54,95), Полтавська (44,70), Київська (42,03), Харківська (42,00) та Волинська (44,28) області. Мінімальні рівні спостерігались у південних і східних регіонах країни (Донецька 1,68; Херсонська 21,0 на 100 тис.).

Рис. 35. Кількість зареєстрованих випадків ГГС та захворюваність по регіонах України, 2024

Випадки гострого гепатиту С по регіонах України, 2024 (N=430)

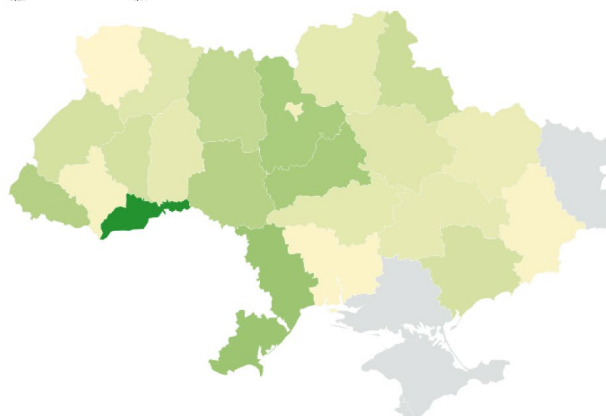
3 52



Мапа: Центр громадського здоров'я МОЗ України - Джерело: форма №2 Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання за 20__ рік, 2024 рік - Створено за допомогою Datawrapper

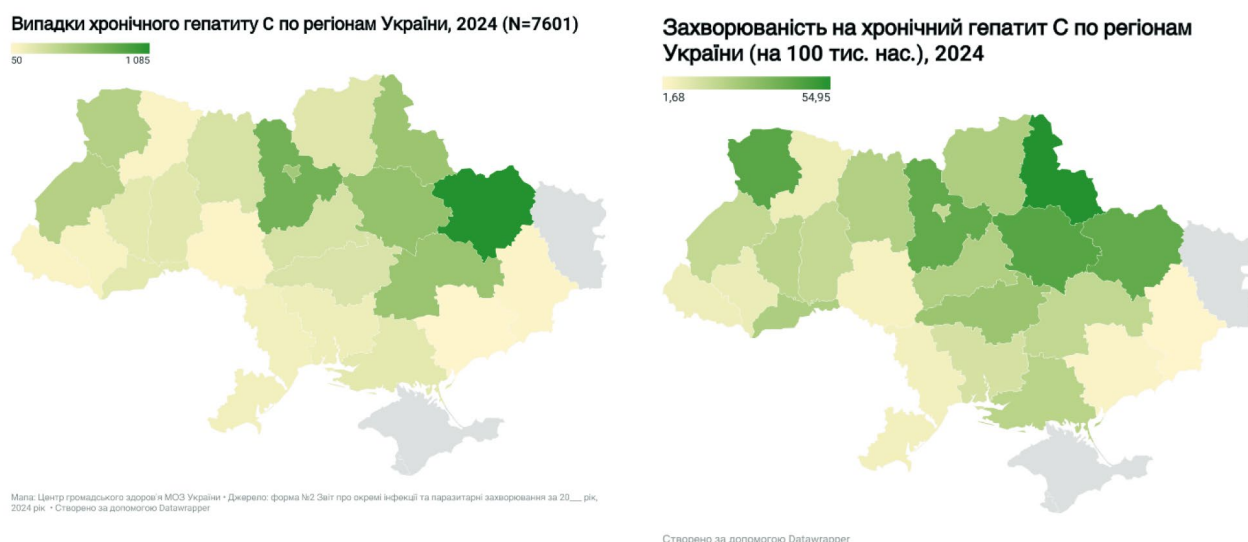
Захворюваність на гострий гепатит С по регіонах України (на 100 тис. нас.), 2024

0,29 4,17



Мапа: Центр громадського здоров'я МОЗ України - Джерело: форма №2 Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання за 20__ рік, 2024 рік - Створено за допомогою Datawrapper

Рис. 36. Кількість зареєстрованих випадків ХГС та захворюваність по регіонах України, 2024



Ключові тези по ВГ:

1. У 2024 р. в Україні продовжується зниження захворюваності на гострі форми гепатитів В і С, що частково може свідчити про успіхи профілактики, але ймовірно також відображає недооблік випадків. Водночас зростає частка хронічних форм, що формують основний тягар для системи охорони здоров'я.
2. ХГС є найактуальнішою проблемою: показник захворюваності зріс на 24% порівняно з 2023 р. і у 2–3 рази перевищує середні значення в окремих областях (Сумська, Полтавська, Київська).
3. Для ГВ відзначається стабільне зниження гострих випадків, але рівень хронічних форм повернувся до рівня 2015 р. і демонструє тенденцію до зростання.
4. Виявлені регіональні диспропорції, що ймовірно свідчать про нерівномірний доступ до діагностики й лікування та вказують на необхідність посилення епіднадзора, удосконалення скринінгу населення, проведення вакцинації проти ГВ та розширення доступу до противірусного лікування ГС.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ІПСШ (СИФІЛІС, ГОНОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ)⁹

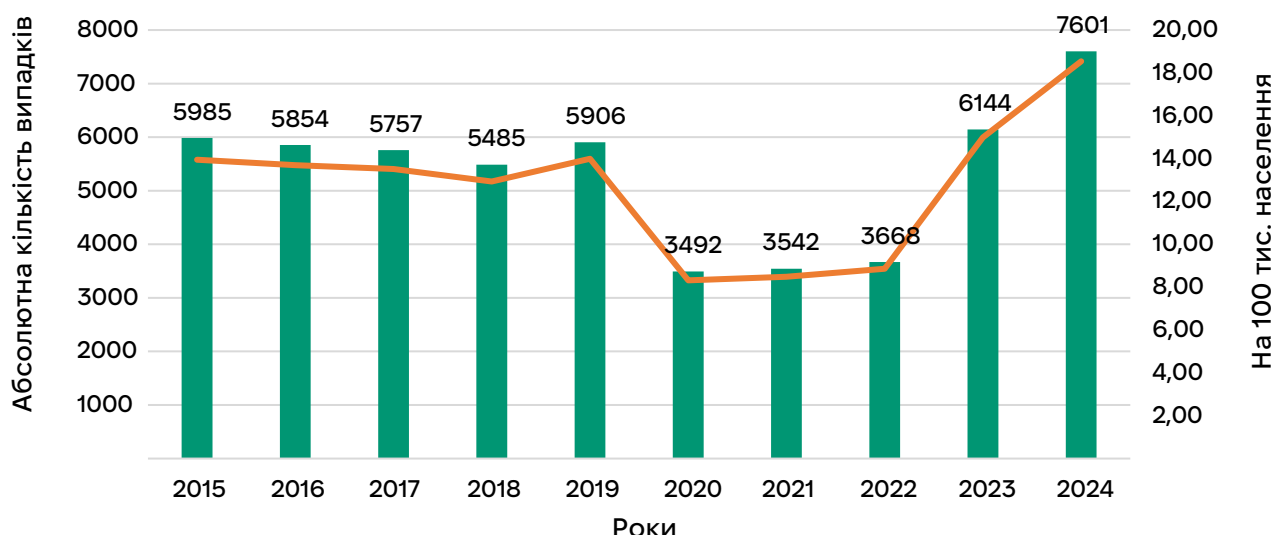
Сифіліс і гонококова інфекція є одними з найпоширеніших бактеріальних інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Вони є показниками стану сексуального та репродуктивного здоров'я населення та відображають ефективність системи профілактики ІПСШ.

Сифіліс.

Динаміка реєстрації випадків сифілісу в Україні демонструє помірне їх зростання протягом останніх років. У 2024 році було зареєстровано 2320 випадків проти 2053 у 2023 році (**Рис 38**), а показник захворюваності підвищився з 5,0 до 5,7 на 100 тис. населення (Тпр. +13,0%). Така динаміка відображає як можливе реальне зростання поширення інфекції, так і відновлення діагностики після пандемії COVID-19 та наявних ускладнень епідемічної ситуації, пов'язаних з воєнними діями.

⁹ Джерело даних: форма звітності № 9 (річна) «Звіт про захворювання, які передаються переважно статевим шляхом, грибкові шкірні хвороби та коросту за 20__ рік»

Рис. 37. Динаміка реєстрації випадків сифілісу та гонококової інфекції, Україна, 2015-2024



За результатом аналізу випадків сифілісу по віковим групам встановлено, що основна їх кількість була серед осіб віком 40–59 років (практично кожен другий випадок). Для молоді вікової групи 20–39 років характерні стабільно високі показники, що вказує на активну циркуляцію інфекції серед сексуально активного населення. Деяке зростання кількості випадків у 2024 серед дітей (0–14 р.), що може свідчити про можливі проблеми з профілактикою передачі від матері до дитини, а зниження кількості випадків у групі 15–19 років може бути як позитивним сигналом, так і результатом недообліку.

Таблиця 5. Віковий розподіл випадків сифілісу, Україна, 2023-2024

Вікова група	2023 рік	2024 рік
0-14 років	2	7
15-19 років	59	41
з них 15-17 років	16	12
20-24 років	199	202
25-29 років	195	213
30-34 років	252	247
35-39 років	287	316
40-59 років	931	1145
60 і старше	128	149
Всього	2053	2320

Найвищий рівень захворюваності на сифіліс у 2024 році був у західних регіонах (Чернівецька, Рівненська, Волинська, Хмельницька області) та м. Києві (Таблиця 6).

Майже 80,0% всіх зареєстрованих випадків сифілісу були серед міського населення.

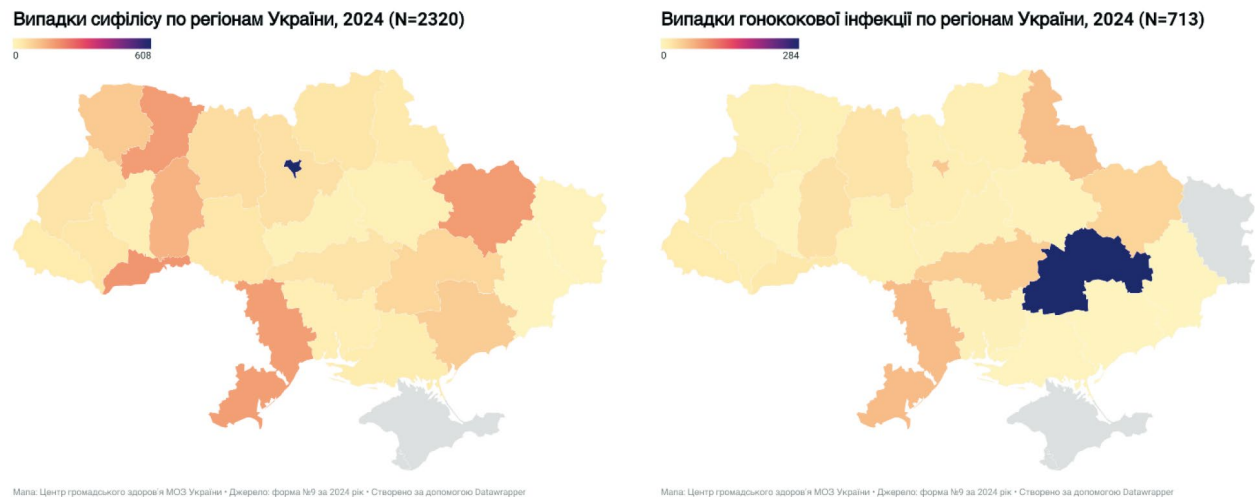
Спостерігалось суттєве зростання у Херсонській (в понад тричі) та Харківській (в понад двічі) областях. Зниження показників у Тернопільській, Житомирській, Чернігівській та Закарпатській областях може відображати як позитивні тенденції, так і проблеми з реєстрацією.

Територіальні диспропорції показника захворюваності зберігались: у найбільш уражених регіонах рівень у 5–7 разів перевищував середньоукраїнський.

Таблиця 6. Захворюваність на сифіліс по регіонах України, 2023-2024

Регіон (область, місто)	2023 рік		2024 рік		Т _{пр} , %
	абс. кількість	на 100 тис. нас	абс. кількість	на 100 тис. нас	
Херсонська	1	0,10	33	3,30	3200,00
Харківська	75	2,90	183	7,08	144,00
Волинська	69	6,77	102	10,01	47,83
Чернівецька	140	15,78	192	21,64	37,14
Сумська	30	2,90	41	3,97	36,67
Одеська	138	5,90	178	7,61	28,99
Черкаська	13	1,12	16	1,38	23,08
Хмельницька	124	10,12	144	11,75	16,13
Рівненська	160	14,03	180	15,78	12,50
Миколаївська	22	2,02	24	2,20	9,09
Київська	54	3,02	58	3,24	7,41
Полтавська	19	1,41	20	1,49	5,26
м.Київ	606	20,82	608	20,89	0,33
Дніпропетровська	79	2,55	79	2,55	0,00
Запорізька	95	5,80	95	5,80	0,00
Івано-Франківська	46	3,41	46	3,41	0,00
Луганська	2	0,30	2	0,30	0,00
Вінницька	49	3,26	46	3,06	-6,12
Кіровоградська	53	5,91	49	5,46	-7,55
Львівська	59	2,40	52	2,11	-11,86
Закарпатська	43	3,46	37	2,98	-13,95
Чернігівська	57	6,00	48	5,05	-15,79
Житомирська	79	6,70	65	5,51	-17,72
Тернопільська	40	3,93	22	2,16	-45,00
Донецька	0	0,00	0	0,00	-
Україна	2053	5,01	2320	5,66	13,01

Рис. 38. Кількість зареєстрованих випадків сифілісу та гонококової інфекції по регіонах України, 2024



Гонококова інфекція.

Динаміка реєстрації випадків та захворюваність на гонококову інфекцію демонструє чіткий довготривалий спад. Дані 2024 року свідчать про подальше зниження, що може бути як результатом меншого поширення інфекції, так і значного недообліку. У 2024 році зареєстровано 713 випадків гонококової інфекції проти 972 у 2023, а показник захворюваності знизився з 2,37 до 1,74 на 100 тис. населення (Тпр. -26,7%).

Молодь 20-29 років є найбільш ураженою, хоча й спостерігається суттєве зниження абсолютної кількості випадків у 2024 році (з 316 до 228 випадків), на них припадало 31,9% усіх зареєстрованих випадків. У цих групах спостерігається помірне зниження, проте частка залишається значною — 30% випадків у 2024 р. Зростання кількості випадків серед підлітків 15–17 років (з 6 до 14 випадків у 2024 році) є тривожним сигналом, який свідчить про прогалини у профілактиці та ранньому виявленні. Значна частка випадків у старших вікових групах (40–59 р., 60+ - загалом 211 випадків) вказує на поширення інфекції й поза межами молодіжного середовища (**Таблиця 7**).

Таблиця 7. Віковий розподіл випадків гонококової інфекції, Україна, 2023-2024

Вікова група	2023 рік	2024 рік
0-14 років	3	2
15-19 років	36	36
з них 15-17 років	6	14
20-24 років	142	111
25-29 років	174	117
30-34 років	204	137
35-39 років	137	99
40-59 років	236	179
60 і старше	40	32
Всього	972	713

Високі показники захворюваності на гонококову інфекцію у 2024 році зберігалися у промислових та густонаселених областях (Дніпропетровська – 9,18, Кіровоградська – 4,90, Сумська – 5,51, Одеська – 2,56, Хмельницька – 2,12 на 100 тис. населення). Зростання показника у низці західних регіонів (Сумська, Чернівецька, Рівненська) може вказувати на покращення виявлення або реальне поширення інфекції, а падіння до нуля у Запорізькій і Донецькій областях ймовірно свідчить про проблеми з реєстрацією та доступом до діагностики, ніж про відсутність таких випадків (Таблиця 8).

Таблиця 8. Захворюваність на гонококову інфекцію по регіонах України, 2023-2024

Регіон (область, місто)	2023 рік		2024 рік		T _{пр} , %
	абс. кількість	на 100 тис. нас	абс. кількість	на 100 тис. нас	
Сумська	38	3,68	57	5,51	50,00
Чернівецька	14	1,58	20	2,25	42,86
Рівненська	7	0,61	9	0,79	28,57
Харківська	34	1,32	38	1,47	11,76
Київська	9	0,50	10	0,56	11,11
Миколаївська	5	0,46	5	0,46	0,00
Тернопільська	2	0,20	2	0,20	0,00
Черкаська	7	0,60	7	0,60	0,00
Хмельницька	27	2,20	26	2,12	-3,70
Кіровоградська	55	6,13	44	4,90	-20,00
Житомирська	29	2,46	23	1,95	-20,69
Вінницька	12	0,80	9	0,60	-25,00
Чернігівська	14	1,47	10	1,05	-28,57
Дніпропетровська	405	13,09	284	9,18	-29,88
Волинська	13	1,28	9	0,88	-30,77
Закарпатська	25	2,01	17	1,37	-32,00
Івано-Франківська	18	1,33	11	0,82	-38,89
Луганська	5	0,75	3	0,45	-40,00
м.Київ	85	2,92	49	1,68	-42,35
Львівська	27	1,10	15	0,61	-44,44
Одеська	122	5,21	60	2,56	-50,82
Полтавська	14	1,04	4	0,30	-71,43
Запорізька	4	0,24	0	0,00	-100,00
Донецька	1	0,05	0	0,00	
Херсонська	0	0,00	1	0,10	
Україна	972	2,37	713	1,74	-26,65

Таким чином, ситуація із захворюваності на сифіліс демонструє тенденцію до зростання, тоді як на гонококову інфекцію продовжує знижуватися, але із значним ризиком недообліку. Обидві інфекції зберігають суттєві вікові та територіальні диспропорції, що потребує посилення епіднагляду, розширення скринінгу та профілактичних програм, особливо серед молоді та вразливих груп.

ДОВІДКОВО: Інтенсивні показники захворюваності зазвичай розраховуються на чисельність постійного населення. Але, враховуючи воєнний стан і суттєві внутрішні міграції та переміщення громадян України в останні понад 3 роки, кількість не тільки постійного, але й наявного населення на субнаціональному рівні постійно змінюється. Міграція, поряд з іншими динамічними процесами, що впливають на чисельність, ріст, структуру та розподіл населення, також впливає і на стан здоров'я, у тому числі захворюваність і зокрема інфекційну.

Таблиця 9. Захворюваність на вірусні гепатити В в Україні, 2023-2024

Регіон (область, місто)	Гострий гепатит В						Хронічний гепатит В					
	2023 рік			2024 рік			2023 рік			2024 рік		
	Абс. число	На 100 тис. населення	Т _{пр.у} %	Абс. число	На 100 тис. населення	Т _{пр.у} %	Абс. число	На 100 тис. населення	Т _{пр.у} %	Абс. число	На 100 тис. населення	Т _{пр.у} %
Вінницька	35	2,33	17,00	28	1,86	-7,00	21	1,40		22	1,46	1,00
Волинська	16	1,57	7,00	19	1,87	3,00	42	4,12		66	6,48	57,14
Дніпропетров.	33	1,07	4,00	22	0,71	-11,00	80	2,59		79	2,55	-1,25
Донецька	16	0,40	-12,00	14	0,35	-2,00	11	0,27		8	0,20	-3,00
Житомирська	29	2,46	13,00	31	2,63	2,00	87	7,37		61	5,17	-29,89
Закарпатська	41	3,30	6,00	38	3,06	-3,00	57	4,59		50	4,03	-12,28
Запорізька	19	1,16	-7,00	18	1,10	-1,00	11	0,67		13	0,79	2,00
Івано-Франк.	12	0,89	3,00	14	1,04	2,00	104	7,71		76	5,63	-26,92
Київська	58	3,24	100,00	50	2,79	-13,79	120	6,71		209	11,68	74,17
Кіровоград.	13	1,45	1,00	13	1,45	0,00	58	6,46		54	6,02	-6,90
Луганська			0,00									
Львівська	105	4,27	61,54	141	5,73	34,29	115	4,68		121	4,92	5,22
Миколаївська	11	1,01	4,00	16	1,47	5,00	29	2,66		26	2,38	-3,00
Одеська	25	1,07	2,00	32	1,37	7,00	40	1,71		54	2,31	35,00
Полтавська	17	1,26	-3,00	16	1,19	-1,00	97	7,21		134	9,97	38,14
Рівненська	58	5,08	93,33	37	3,24	-36,21	27	2,37		19	1,67	-8,00
Сумська	46	4,45	23,00	23	2,23	-23,00	98	9,48		110	10,64	12,24
Тернопільська	10	0,98	0,00	14	1,37	4,00	51	5,01		57	5,60	11,76
Харківська	102	3,95	82,14	69	2,67	-32,35	119	4,61		181	7,01	52,10
Херсонська	1	0,10	-1,00	3	0,30	2,00	10	1,00		3	0,30	-7,00
Хмельницька	12	0,98	1,00	12	0,98	0,00	32	2,61		43	3,51	11,00
Черкаська	17	1,47	3,00	10	0,86	-7,00	25	2,16		74	6,40	2,96
Чернівецька	30	3,38	4,00	38	4,28	8,00	57	6,42		66	7,44	15,79
Чернігівська	16	1,68	12,00	15	1,58	-1,00	28	2,94		40	4,21	12,00
м.Київ	37	1,27	19,00	37	1,27	0,00	72	2,47		88	3,02	22,22
Україна	759	1,85	45,96	710	1,73	-6,46	1391	3,39		1654	4,03	18,91

Таблиця 10. Захворюваність на вірусні гепатити С в Україні, 2023-2024

Регіон (область, місто)	Гострий гепатит С						Хронічний гепатит С					
	2023 рік			2024 рік			2023 рік			2024 рік		
	Абс. число	На 100 тис. населення	Т _{пр.р} , %	Абс. число	На 100 тис. населення	Т _{пр.р} , %	Абс. число	На 100 тис. населення	Т _{пр.р} , %	Абс. число	На 100 тис. населення	Т _{пр.р} , %
Вінницька	29	1,93	9,00	26	1,73	-3,00	94	6,26	2,41	70	4,66	-25,53
Волинська	7	0,69	3,00	3	0,29	-4,00	290	28,47	79,01	451	44,28	55,52
Дніпропетров.	16	0,52	0,00	25	0,81	9,00	461	14,90	36,39	575	18,59	24,73
Донецька	16	0,40	1,00	16	0,40	0,00	53	1,31	26,19	68	1,68	28,30
Житомирська	19	1,61	-2,00	18	1,53	-1,00	323	27,38	79,44	268	22,72	-17,03
Закарпатська	17	1,37	6,00	22	1,77	5,00	51	4,11	30,77	84	6,77	64,71
Запорізька	11	0,67	2,00	19	1,16	8,00	33	2,02	-47,62	50	3,05	17,00
Івано-Франк.	3	0,22	-1,00	7	0,52	4,00	90	6,67	-18,18	104	7,71	15,56
Київська	31	1,73	0,00	35	1,96	4,00	440	24,59	37,93	752	42,03	70,91
Кіровоград.	16	1,78	8,00	8	0,89	-8,00	233	25,97	11,48	254	28,31	9,01
Луганська			0,00									
Львівська	30	1,22	0,00	29	1,18	-1,00	404	16,42	62,25	445	18,09	10,15
Миколаївська	5	0,46	1,00	4	0,37	-1,00	122	11,18	2,30	148	13,56	21,31
Одеська	36	1,54	7,00	52	2,22	44,44	77	3,29	75,00	130	5,55	68,83
Полтавська	18	1,34	9,00	13	0,97	-5,00	605	45,00	88,47	601	44,70	-0,66
Рівненська	14	1,23	2,00	11	0,96	-3,00	93	8,15	2,16	82	7,19	-11,83
Сумська	15	1,45	5,00	14	1,35	-1,00	514	49,73	2,04	568	54,95	10,51
Тернопільська	15	1,47	9,00	12	1,18	-3,00	230	22,58	32,95	209	20,52	-9,13
Харківська	37	1,43	29,00	19	0,74	-18,00	635	24,58	54,13	1085	42,00	70,87
Херсонська			-4,00	2	0,20	2,00	79	7,90	3,76	210	21,00	2,66
Хмельницька	10	0,82	0,00	10	0,82	0,00	210	17,13	45,83	219	17,87	4,29
Черкаська	22	1,90	15,00	23	1,99	1,00	183	15,82	63,39	268	23,16	46,45
Чернівецька	28	3,16	11,00	37	4,17	9,00	259	29,19	72,67	210	23,66	-18,92
Чернігівська	11	1,16	-2,00	8	0,84	-3,00	199	20,93	4,33	226	23,77	13,57
м.Київ	33	1,13	27,00	17	0,58	-16,00	466	16,01	3,21	524	18,00	12,45
Україна	439	1,07	44,41	430	1,05	-2,05	6144	14,99	67,50	7601	18,54	23,71

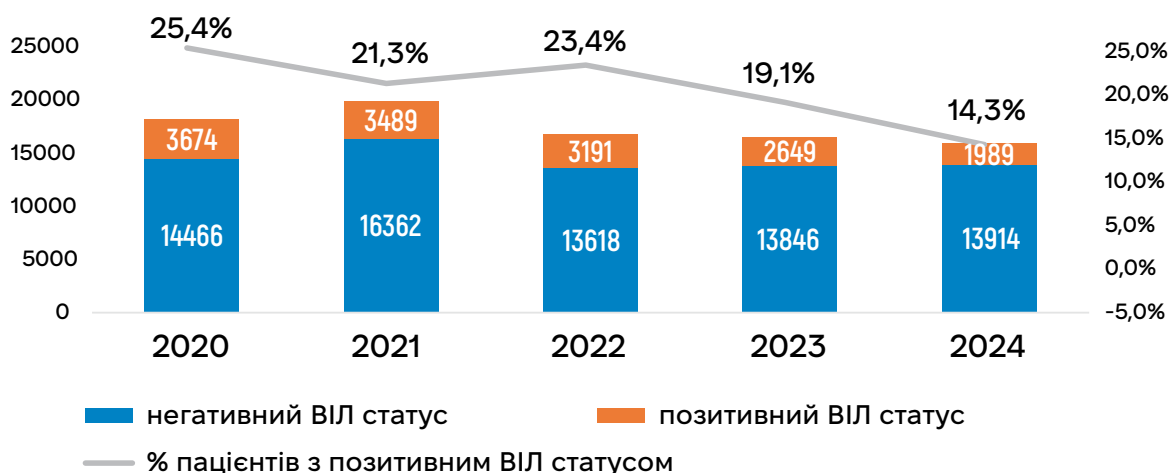
1.9. КО-ІНФЕКЦІЯ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ

Самсонова О.М.

ДИНАМІКА ЗА РЕЄСТРАЦІЄЮ КО-ІНФЕКЦІЇ ТБ/ВІЛ.

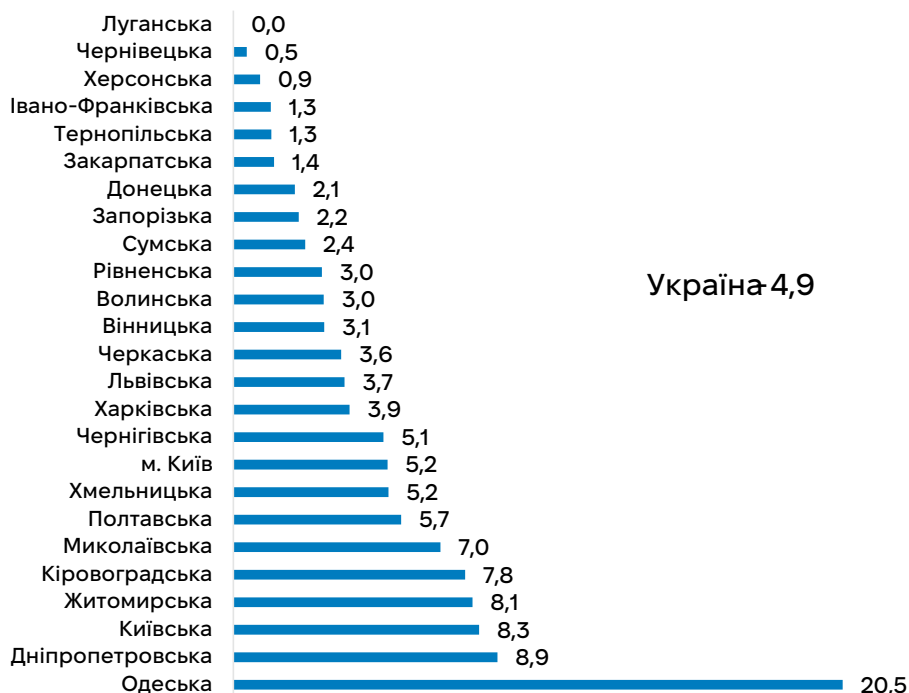
За даними поточного епіднагляду, у період з 2020 по 2024 рр. показник абсолютної кількості випадків ко-інфекції ТБ/ВІЛ знизився з 3674 до 1989, також під час реєстрації нових випадків ТБ і рецидивів захворювання відмічається тенденція до зниження частки пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ: від 25,4% у 2020 році до 14,3% у 2024 році відповідно. **(Рис. 39)**

Рис. 39. Динаміка кількості зареєстрованих нових випадків ТБ і рецидивів захворювання залежно від ВІЛ-статусу; частка випадків ТБ у ЛЖВ. (Дані використані з форми звітності № 8 "Звіт про захворювання на активний туберкульоз" Враховані дані з підконтрольних територій України)



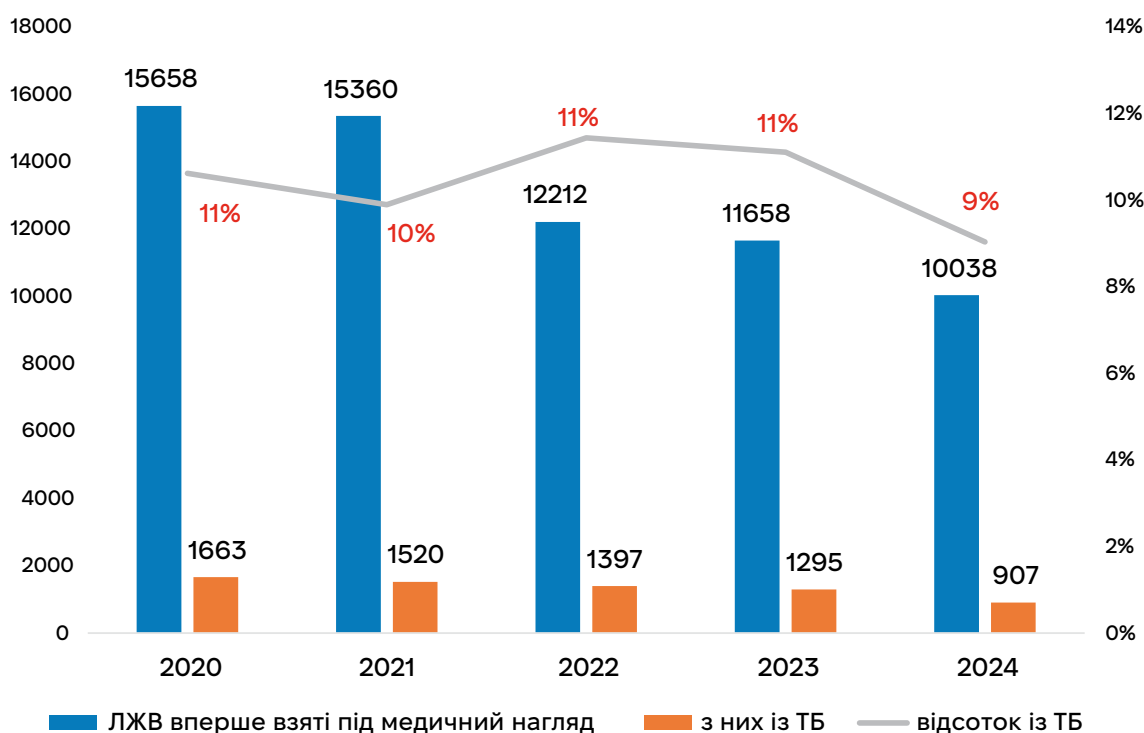
Найвищий рівень захворюваності на ТБ/ВІЛ відзначено в Одеській області – 20,5 на 100 000 населення, найнижчий – у Чернівецькій області – 0,5 на 100 000 населення (за винятком Луганської області).

Рис. 40. Рівень захворюваності на ТБ/ВІЛ (нові випадки+рецидиви) в регіонах України у 2024 р. (на 100 000 населення) (Дані використані з форми № 8 "Звіт про захворювання на активний туберкульоз" Враховані дані з підконтрольних територій України)



За даними звітної форми «Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ, що отримані при проведенні досліджень методами серологічної діагностики ВІЛ-інфекції» (форма звітності №1-ВІЛ/СНІД) відповідно до наказу МОЗ України від 05.03.2013 року №180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення» серед вперше взятих під медичне спостереження ЛЖВ відмічається зниження кількості ЛЖВ взятих вперше під медичний нагляд, в т.ч. ЛЖВ із діагностованим туберкульозом (із 1663 осіб у 2020 році до 907 осіб у 2024 році). Прослідковується також незначне зниження частки пацієнтів з діагнозом туберкульоз: з 11% у 2020-2022 роках до 9% у 2024 році.

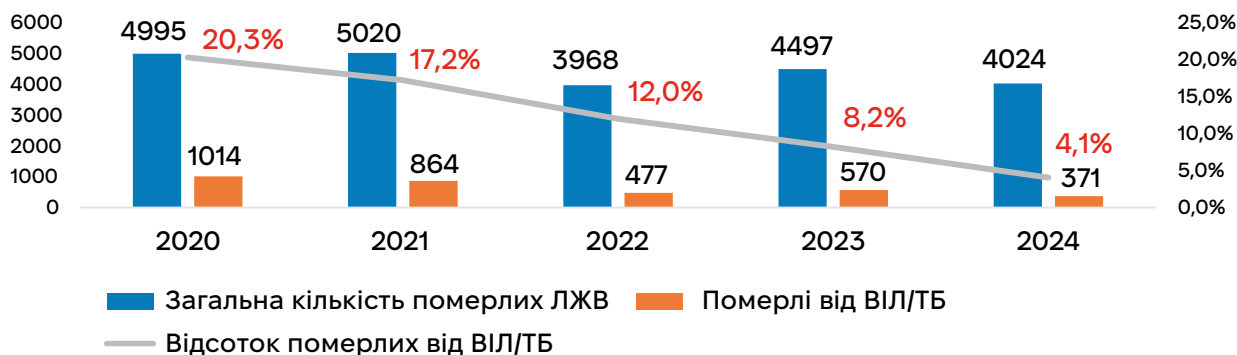
Рис. 41. Відсоток ЛЖВ із діагнозом туберкульоз серед вперше взятих під медичний нагляд.



ТБ є найбільш розповсюдженою причиною смертності ЛЖВ.

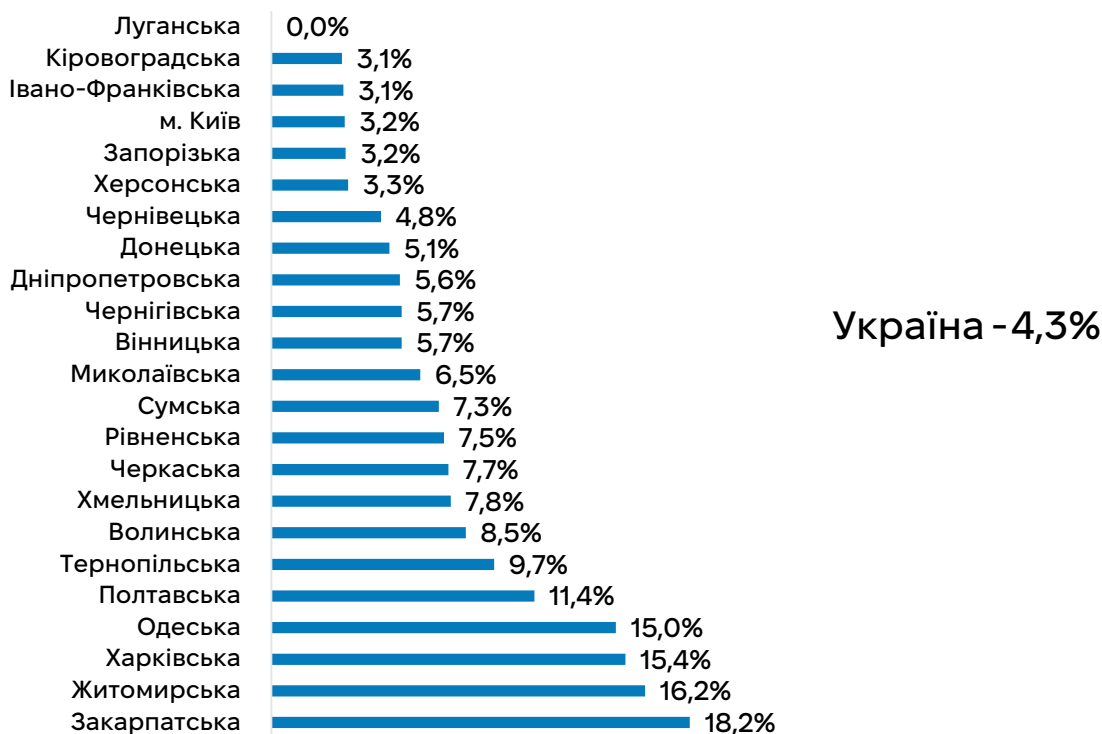
Відповідно формам звітності № 2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20__ рік» (річна) затвердженої наказом МОЗ України від 27.03.2012 №180, спостерігається тенденція зниження відсотку померлих з коінфекцією ВІЛ/ТБ серед всіх померлих ЛЖВ: з 20,3% у 2020 році до 4,1% у 2024 році

Рис. 42. Динаміка смертей ЛЖВ від ВІЛ/ТБ серед загальної кількості смертей ЛЖВ.



Найбільша частка смертей пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ відмічається в Львівській області – 33,8%. У Кіровоградській області відсоток смертей ЛЖВ з ВІЛ/ТБ складає – 3,1% (найменший показник по Україні).

Рис. 43. Відсоток померлих ЛЖВ від ВІЛ/ТБ за 2022 рік в розрізі регіонів.

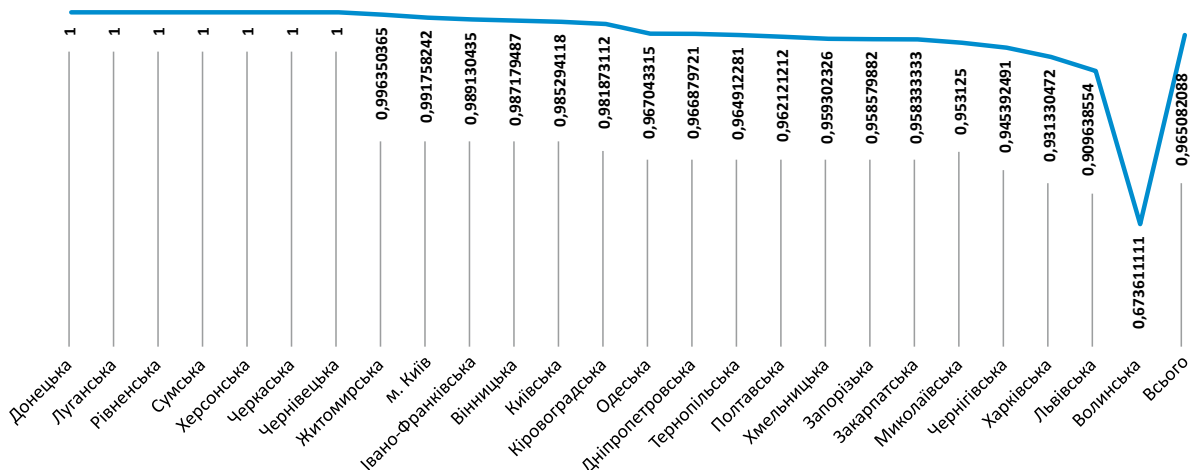


ПРОФІЛАКТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ (ПЛ ТБ)

Туберкульоз залишається однією з провідних причин захворюваності та смертності серед ЛЖВ. У зв'язку з цим профілактика туберкульозу є критично важливим компонентом загального підходу до зниження смертності та покращення якості життя ЛЖВ. Згідно з оцінками, щорічний ризик розвитку активного ТБ у ЛЖВ в 3–12 разів перевищує ризик для загальної популяції. Профілактичне лікування туберкульозу зменшує ризик захворювання на ТБ на 62%, а ризик смерті – на 26%. Отже, профілактика ТБ шляхом скринінгу для своєчасного виявлення та ПЛ ТБ, є головним компонентом допомоги ЛЖВ.

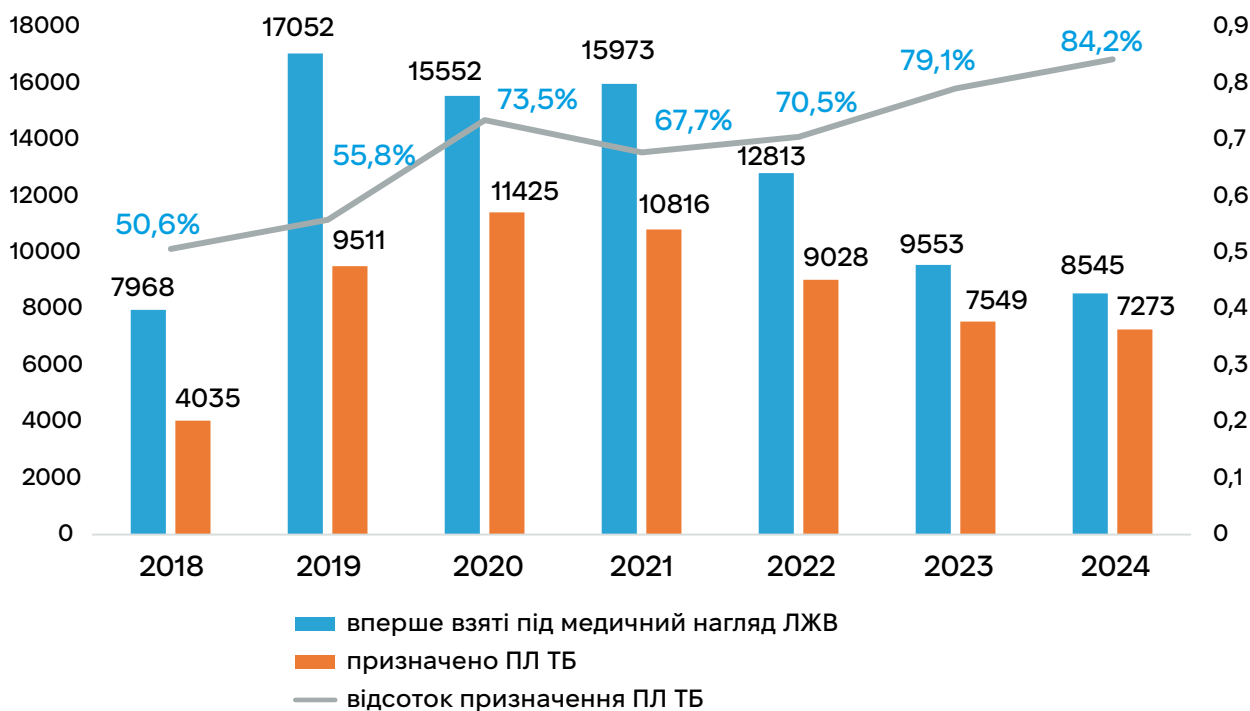
Серед осіб, які взяті під медичний нагляд протягом 2024 року охоплення скринінгом на туберкульоз складає 97%. У 8 регіонів охоплення скринінгом складає 100%, у 4-х регіонів цей показник 99%. Низький відсоток охоплення скринінгом у Волинській області (67%) пов'язаний із невнесенням інформації в ІС МСЗХ..

Рис. 44. Скринінг на туберкульоз серед осіб вперше взятих під медичний нагляд протягом 2024 року (Джерело: ІС МСЗХ).



За останні 3 роки відмічається позитивна динаміка у призначенні ПЛ ТБ. У 2024 році 84,2% від потребуючих серед вперше взятих під медичне спостереження отримали ПЛТ, це на 10,1% більше, чим у 2023 році. У 2022 році охоплення ПЛТ складало 70,5%.

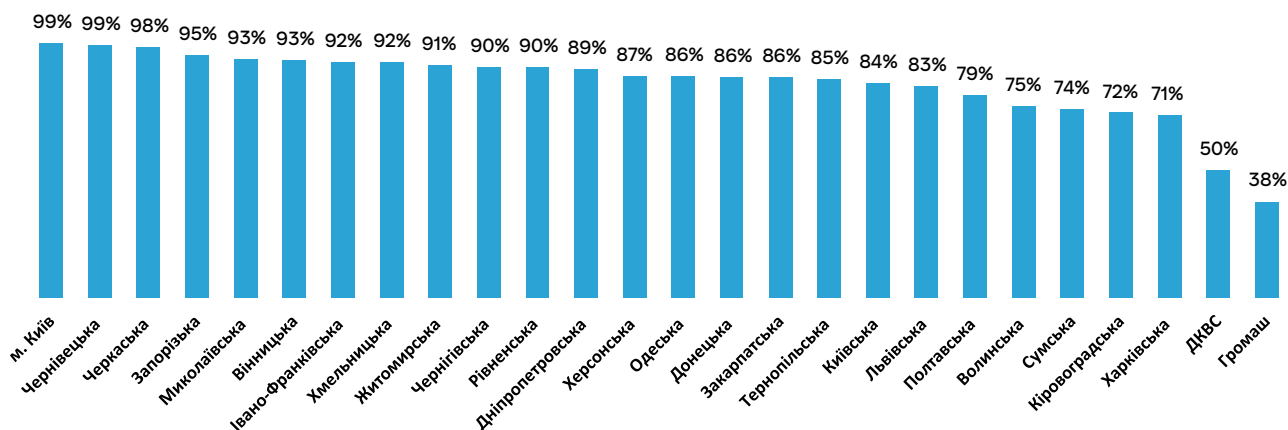
Рис. 45. Динаміка призначення ПЛ ТБ для ЛЖВ, яких було вперше взято під медичний нагляд.



Охоплення ПЛ ТБ складає 99% у м.Київ та Чернівецькій області, 98% - у

Черкаській області., 95% - у Запорізькій. Найнижчі показники спостерігаються в НДІ ім.Громашевського (38%), Харківська область – 71%, Кіровоградська – 72%.

Рис. 46. Відсоток охоплення послугами ПЛ ТБ у 2024 році в розрізі регіонів.



У 2024 році проводився посилений щоквартальний моніторинг охоплення ПЛ ТБ ЛЖВ з аналізом причин непризначення ПЛ ТБ.

При узагальненні відповідей регіонів основною причиною є фіксація призначення ПЛТ в амбулаторних картках хворих (ф 0 250) та несвоєчасне внесення в ІС МСЗХ дат початку та закінчення профілактичного лікування.

Харківська та Донецька область недостатнє охоплення ПЛТ пов'язують із бойовими діями та перебоями із електрикою, порушенням логістики, нестачею фахівців та обмеженим доступом до діагностики для виключення туберкульозу, Івано-Франківська область – реорганізація закладу, в Дніпропетровській області був період відсутності ізоніазиду. Відсутність єдиної стратегії щодо використання короткотривалих схем (ЗНР) разом із АРТ також мало вплив на охоплення ПЛ ТБ.

На показники охоплення ПЛ ТБ впливає неможливість внесення лікарем інфекціоністом в ЕМК в ІС МСЗХ лікування діагностованого туберкульозу. Також в ЕМК інфекціоніста в ІС МСЗХ не попадає інформація щодо отримання контактними ЛЖВ ПЛ ТБ.

Взяття під медичний нагляд пацієнтів у важкому стані, смертність впливає на показники охоплення профілактикою туберкульозу.

Забезпечення покращення якості даних в ІС МСЗХ, а саме : доопрацювання ІС МСЗХ щодо можливості реєстрації різних схем ПЛТ, забезпечення навчання лікарів щодо своєчасного внесення даних про початок і завершення ПЛ ТБ у систему; посилення контролю за призначенням ПЛ ТБ; врегулювання використання короткотривалих схем ПЛ ТБ (ЗНР); інтеграція індикатору охоплення профілактичним лікуванням туберкульозу до майбутніх стандартів з опортуністичних інфекцій - ці заходи сприятимуть зменшенню захворюваності та смертності серед ЛЖВ, забезпеченню рівного доступу до профілактичного лікування в усіх регіонах та підвищенню ефективності національної стратегії протидії ВІЛ/ТБ.

II. КОМБІНОВАНА ПРОФІЛАКТИКА ДЛЯ ВСІХ

2.1. ПРОГРАМНИЙ МОНІТОРИНГ ЗАХОДІВ З ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЕД КЛЮЧОВИХ ГРУП

Антоненко Ж.В.

Профілактика інфікування ВІЛ серед КГ є невід’ємною та важливою складовою Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Цей напрямок включає широкий спектр послуг від масштабних програм зменшення шкоди і тестування на ВІЛ до заходів з профілактики та діагностики вірусних гепатитів, ІПСШ, ТБ тощо. На сьогодні профілактичні програми силами НУО реалізуються на усіх підконтрольних уряду України територіях як за державні кошти, так й за фінансової підтримки міжнародних організацій.

Впродовж 2017-2019 років Україна однією з перших у регіоні СЄЦА успішно здійснила перехід на державне фінансування послуг, пов’язаних з ВІЛ, і вже з 2019 року державним коштом забезпечується покриття оплати за надання «базового пакету послуг» з профілактики представникам трьох ключових груп населення та догляду та підтримки ЛЖВ, зокрема: програми розповсюдження/обміну голочок та шприців, консультування/надання інформаційної продукції, тестування на ВІЛ, скринінг ТБ, розповсюдження презервативів та лубрикантів; послуги догляду та підтримки, направлені на сприяння у диспансеризації, мотивування до раннього початку лікування ВІЛ, формування прихильності до АРТ та отримання медичних послуг, профілактику передачі ВІЛ.

Звісно, повномасштабне вторгнення росії в Україну, має негативний вплив на забезпечення прав людини на отримання допомоги у зв’язку з ВІЛ, насамперед для ключових та найбільш уразливих груп населення на тимчасово окупованій території чи в зоні активних бойових дій. Завдяки спільним зусиллям держави, громадських організацій та міжнародній підтримці вдалося пом’якшити наслідки вторгнення на території, що контролюється Урядом країни, зокрема, забезпечити оперативний перерозподіл препаратів та супровід найбільш вразливих пацієнтів з числа ЛЖВ та запобігти таким чином масовому перериванню АРТ, а також продовжити надання послуг в рамках програм зменшення шкоди, ДКП, лікування вірусного гепатиту С та туберкульозу тощо.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні сконцентрована в ключових групах населення з найвищим показником поширеності ВІЛ серед ЛВІН. За результатами ІБПД, багаторічні зусилля країни мають позитивний ефект профілактичних програм, про що свідчить зниження поширеності ВІЛ практично серед усіх КГ. Консолідація зусиль держави і організацій неурядового сектору дозволили в усіх 24 областях України (за винятком Луганської області) успішно реалізувати заходи за стратегією протидії ВІЛ-інфекції і виконати та досягти певних успіхів у 2024 році.

ЛЮДИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ ІН’ЕКЦІЙНО

Оціночна кількість ЛВІН в Україні – 350 300 осіб (2018 р.). Результати останнього ІБПД 2023 року продемонстрували певний прогрес у порівнянні з дослідженням 2020 року: при поширеності ВІЛ 16,5% «найвужчим місцем» в каскаді лікування ВІЛ виявився рівень поінформованості ЛВІН щодо свого ВІЛ-позитивного статусу (69%), а найбільш успішним – збільшення кількості ЛЖВ, які отримують АРТ (94,1%).

Для реалізації програм профілактики серед КГ в Україні залучено широку мережу громадських організацій. Мінімальний пакет профілактичних послуг для

ЛВІН включає шприц та/або голку, презерватив, консультацію спеціаліста. За даними програмного моніторингу у 2024 році 180 978 унікальних клієнтів НУО (51,7%) були охоплені заходами з профілактики ВІЛ-інфекції, розробленими спеціально з урахуванням потреб ЛВІН. **(Рис. 47)**

Послуги з тестування на ВІЛ отримали 296 234 особи, серед яких у 2 838 випадках виявлено ВІЛ-інфекцію.

Таким чином, впродовж 2024 року 2 079 ВІЛ-позитивних ЛВІН розпочали АРТ, що суттєво скоротило прогалину в охопленні цільової групи лікуванням. Каскад допомоги при ВІЛ-інфекції серед ЛВІН виглядає досить результативним насамперед на етапі залучення осіб з підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом до лікування. **(Рис. 48)**

Рис. 47. Охоплення програмами профілактики серед ЛВІН, 2021-2024 рр.

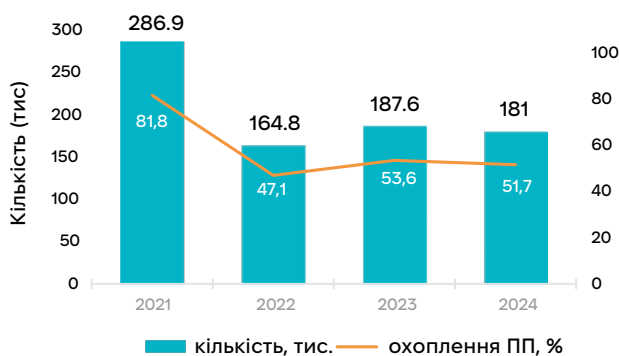
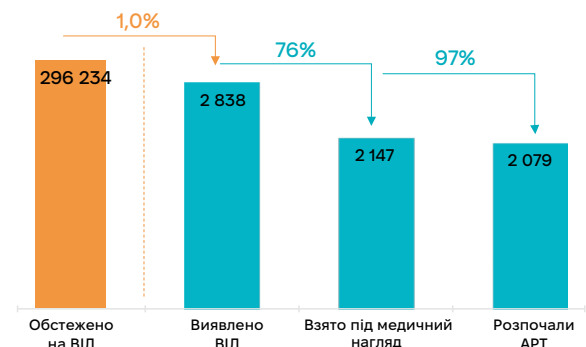


Рис. 48. Каскад тестування і лікування серед ЛВІН, 2024 рік.



Невід'ємною складовою профілактичних програм серед ЛВІН є реалізації програм зі зменшення шкоди (harm reduction). Основні компоненти програми зменшення шкоди:

- програми голок і шприців
- замісна підтримувальна терапія
- профілактика передозувань

Експертських організацій, які інтегрують ПТВ та гепатит С, консультації з питань психічного здоров'я, правову допомогу, підтримку соціальних працівників та перенаправлення для отримання інших медичних та соціальних послуг. В рамках цієї програми серед ЛВІН впродовж 2024 року було розповсюджено 16,7 млн. стерильних голок і шприців з метою зниження ризику зараження ВІЛ та вірусними гепатитами — 47 на одну особу (на оціночну кількість ЛВІН) або 92 одиниці на одного клієнта НУО, що були охоплені заходами з профілактики ВІЛ-інфекції.

ЧОЛОВІКИ, ЯКІ МАЮТЬ СЕКСУАЛЬНІ СТОСУНКИ З ЧОЛОВІКАМИ

Оціночна кількість ЧСЧ в Україні становить 202 200 осіб (2022 р.). За даними останнього раунду ІБПД (2024 р.) поширеність ВІЛ серед ЧСЧ становила 6,8%. Серед респондентів, які є клієнтами профілактичних програм НУО, 65,2% отримували презервативи та лубриканти. Серед позитивних результатів слід зазначити, що показник обізнаності про ВІЛ-статус значно покращився – з 63% у 2021 році до 90%. Серед ВІЛ-позитивних учасників ІБПД цільові показники каскаду лікування ВІЛ-інфекції досягнуті або практично досягнуті.

Для реалізації програм профілактики серед ЧСЧ в Україні залучено широку мережу громадських організацій. Мінімальний пакет профілактичних послуг для даної цільової групи включає презерватив і консультацію спеціаліста. За даними

програмного моніторингу у 2024 році 58 584 унікальних клієнти НУО серед (29% від оціночної кількості) були охоплених заходами з профілактики ВІЛ, розробленими спеціально з урахуванням потреб ЧСЧ. **(Рис. 49)**

У 2024 році послуги з тестування на ВІЛ отримали 63 986 чоловіків, серед яких у 334 випадках було виявлено ВІЛ-інфекцію (0,5%). Завдяки зусиллям НУО, 267 ВІЛ-позитивних ЧСЧ розпочали АРТ, що вкрай важливо для охоплення даної цільової групи лікуванням. За даними програмного моніторингу НУО каскад допомоги при ВІЛ-інфекції у 2024 році демонструє гарні результати застосування комплексного підходу у профілактичних програмах для ЧСЧ. **(Рис. 49)** У підсумку серед виявлених ВІЛ-позитивних ЧСЧ, було взято під медичний нагляд та розпочато АРТ у 267 осіб. **(Рис. 50)**

Рис. 49. Охоплення програмами профілактики серед ЧСЧ, 2021-2024 рр.

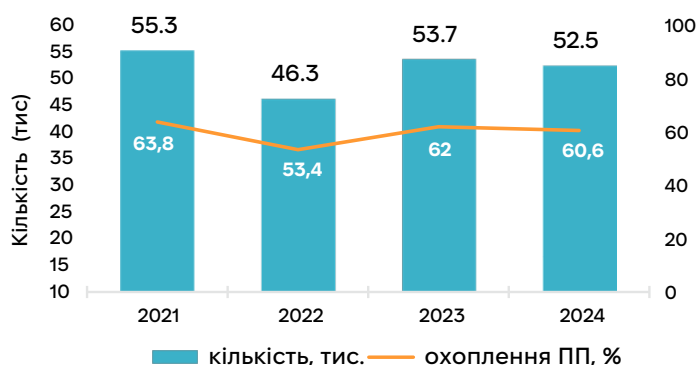
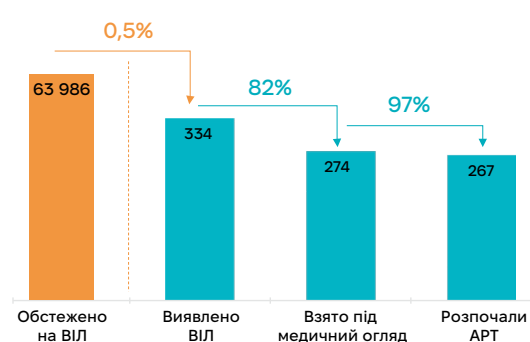


Рис. 50. Каскад тестування і лікування серед ЧСЧ, 2024 рік.



ЛЮДИ, ЯКІ НАДАЮТЬ СЕКСУАЛЬНІ ПОСЛУГИ

Оціночна кількість СП в Україні становить 86 600 осіб (2018 р.). За даними останнього раунду ІБПД (2021 р.) поширеність ВІЛ серед СП є найнижчою порівняно з іншими КГ (3,1%). Частка осіб, які є клієнтами НУО, складала 40,9%, при цьому про отримання мінімального пакету послуг повідомили 30,2% респондентів. Частка тих, хто проходив тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримав результат, становила 62,8%.

Для реалізації програм профілактики серед СП в Україні залучено широку мережу громадських організацій. Мінімальний пакет профілактичних послуг для даної цільової групи включає презерватив і консультацію спеціаліста. Не дивлячись на складну ситуацію в країні, за даними програмного моніторингу у 2024 році 52 508 унікальних клієнти НУО серед (60,6% від оціночної кількості) були охоплених заходами з профілактики ВІЛ, розробленими спеціально з урахуванням потреб СП. **(Рис. 51)**

У 2024 році послуги з тестування на ВІЛ отримали 54 040 осіб, серед яких у 402 випадках було виявлено ВІЛ-інфекцію (0,7%). За даними програмного моніторингу НУО каскад допомоги при ВІЛ-інфекції у 2024 році демонструє суттєву прогалину на етапі залучення ВІЛ-позитивних СП до медичного нагляду СП: лише 42% з них були зареєстровані для отримання АРТ. Однак, 100% серед тих, хто був взятий під медичний нагляд, розпочали АРТ, що свідчить про досягнення певних успіхів у супроводі СП. **(Рис. 52)**

Рис. 51. Охоплення програмами профілактики серед СП, 2021-2024 рр.

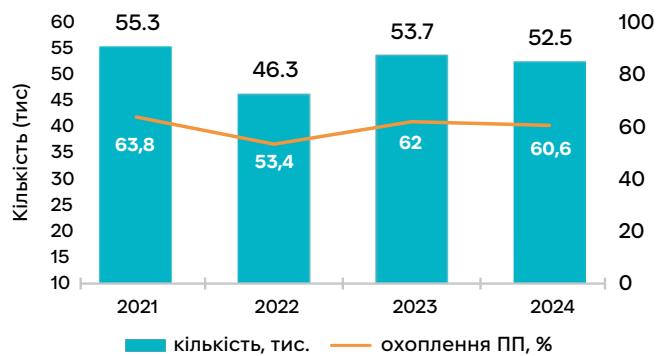
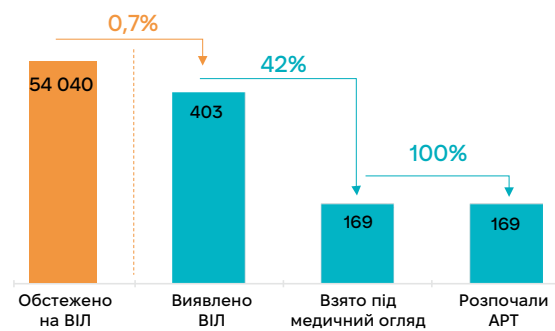


Рис. 52. Каскад тестування і лікування серед СП, 2024 рік.



ОСОБИ, ЯКІ ТРИМАЮТЬСЯ В УСТАНОВАХ ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ ТА ПОПЕРЕДНЬОГО УВ'ЯЗНЕННЯ

За даними ЦОЗ ДКВС України фактично усі особи, які мають показання, проходять тестування на ВІЛ і мають високий рівень обізнаності щодо власного ВІЛ-статусу. Впродовж останніх років профілактичний напрямок в установах ДКВС України активно розвивається і удосконалюється.

Впродовж 2024 року серед засуджених та узятих під варту осіб було розповсюджено 57 760 голок і шприців (**Рис. 55**). Крім того, було роздано 642 тисячі презервативів і лубрикантів. Швидкими темпами нарощуються обсяги послуг ЗПТ, які стали доступні лише з кінця 2019 року. Так, у 2024 році отримали ЗПТ вже 781 особа (**Рис. 56**).

Рис. 55. Кількість поширених голок і шприців в установах ДКВС, 2023-2024 рр..

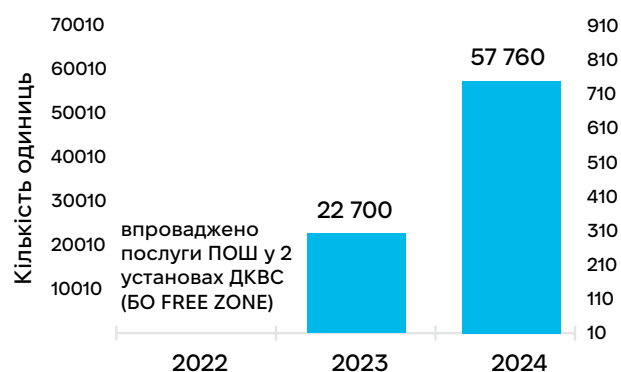
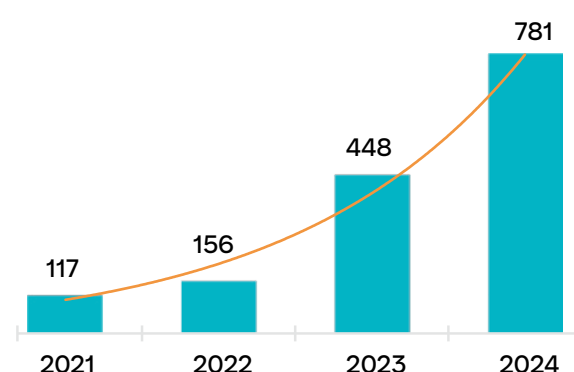


Рис. 56. Розширення програми ЗПТ в установах ДКВС, 2021-2024 рр..



Тестування на ВІЛ проходять усі, хто має показання для тестування, і загальна кількість обстежених за рік становить 62 836 осіб (з урахуванням постійного руху ув'язнених та узятих під варту осіб). Послуги з ДКП, які не були раніше доступні для даної категорії громадян, отримали 678 особи.

Поширеність ВІЛ-інфекції (**Рис. 57**) з урахуванням виявлених осіб та тих, хто вже знав свій ВІЛ-позитивний статус, становила 7,9% (8,3%; 2023). У ЦОЗ ДКВСУ на постійній основі налагоджена робота щодо контролю за охопленням АРТ осіб з уперше діагностованою ВІЛ-інфекцією. На кінець 2024 року на диспансерному обліку перебували 3 150 ЛЖВ, з них отримували АРТ 3 094 особи (98,2%) (**Рис. 58**).

Рис. 57. Поширеність ВІЛ-інфекції серед пенітенціарного населення, 2021-2024 рр..

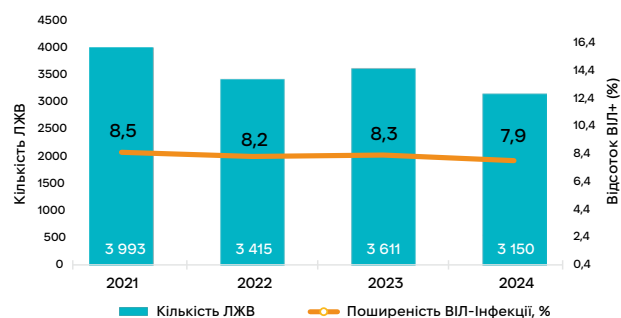
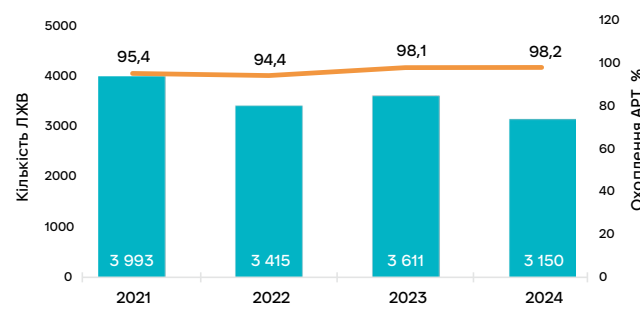


Рис. 58. Кількість та % ЛЖВ, які отримують АРТ, 2021-2024 рр..



2.2. ДЕРЖАВНІ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ СЕРЕД КЛЮЧОВИХ ГРУП ЩОДО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ

Легкоступ Л.М., Запольська Н.О.

У 2017 році Україна подала на розгляд Глобальному фонду План переходу «20-50-80», який визначав поетапне зростання ролі держави у фінансуванні програм протидії епідемії ВІЛ. Ключовою метою було поступове забезпечення державним коштом «базового пакету послуг» для ключових груп щодо інфікування ВІЛ – людей, які вживають наркотики ін'єкційно, людей, що надають сексуальні послуги, та чоловіків, які мають секс із чоловіками. Запропонована модель передбачала, що протягом 2018–2020 років частка фінансування з держбюджету зростатиме від 20% до 80% щорічно.

Вже у 2019 році розпочалася практична реалізація цього переходу, що стало знаковим кроком для системи громадського здоров'я України. У 2021 році наша держава досягла повного – 100% – покриття витрат на надання профілактичних послуг з державного бюджету. Сьогодні державний базовий пакет послуг включає обмін і видачу голок та шприців, консультування та інформування, тестування на ВІЛ, скринінг на туберкульоз, а також забезпечення презервативами й лубрикантами.

- **Послуги для СП.** У Черкаській області у 2022 та 2023 роках надавали послуги з профілактики ВІЛ для СП. Однак у 2024 році надання цих послуг було припинено через відсутність НУО, здатної забезпечити реалізацію програм профілактики у цьому регіоні; також надання цих послуг припинили у Вінницькій області;
- **Послуги для ЧСЧ** були не доступні у семи регіонах: Вінницькій, Донецькій, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Сумській та Чернігівській областях. Варто зазначити, що у Вінницькій, Київській, Кіровоградській і Сумській областях ці послуги були доступні у 2022 та 2023 роках.

Виникнення подібної ситуації свідчить про важливість посилення співпраці з НУО та необхідність розвитку їхньої спроможності для забезпечення сталого надання профілактичних послуг в усіх регіонах, особливо – в умовах воєнного стану.

Послуги для ЛВНІ стабільно надавали в усіх 24 областях України за винятком Луганської області через тимчасову окупацію.

У 2024 році пакет послуг з профілактики ВІЛ для ключових груп населення було розширено шляхом впровадження нових компонентів до базового пакету, а саме:

- забезпечено доступ до доконтактної профілактики ВІЛ (ДКП) для представників усіх ключових груп, зокрема консультування та переадресація до ЗОЗ;
- запроваджено кейс-менеджмент, як форму індивідуального супроводу для всіх клієнтів до ЗОЗ з вперше реактивним тестом на ВІЛ;
- надано послуги з тестування і консультування щодо вірусного гепатиту С для людей, які вживають ін'єкційні наркотики.

Таблиця 11. Надання послуг з профілактики ВІЛ у 2022–2024 рр.

Профілактика ВІЛ	2022 р.	2023 р.	2024 р.
ЛВНІ	176 917	220 235	209 279
СП	43 888	50 023	48 232
ЧСЧ	42 079	50 509	46 902
Загалом	262 884	320 767	304 413

Період 2022–2024 рр. супроводжувався значними випробуваннями для системи громадського здоров'я в Україні. Повномасштабна війна вплинула на всі аспекти життя, зокрема на реалізацію програм профілактики ВІЛ. У 2024 році кількість клієнтів програм профілактики ВІЛ знизилася до 304 413 осіб, але цей показник перевищує рівень 2022 року на 15,8%. Масова внутрішня міграція, мобілізаційні процеси, знищення інфраструктури та інші наслідки війни призводять до необхідності оперативного переформатування підходів до роботи з ключовими групами.

ДИНАМІКА ОХОПЛЕННЯ У РОЗРІЗІ КЛЮЧОВИХ ГРУП

ЛВНІ

У 2024 році кількість клієнтів збільшилась на 18% порівняно до показників 2022 року, але скоротилась на 5% порівняно до показників 2023 року, що пов'язано зі зниженням доступу у деяких регіонах через активні бойові дії, внутрішню міграцію та вразливість представників цієї групи через соціально-економічні фактори. Незважаючи на довготривалий вплив війни було збережено програмну діяльність і позитивну динаміку залучення клієнтів до програм профілактики.

СП

У 2024 році кількість клієнтів знизилася на 4% (до 48 232 осіб) порівняно до показників 2023 року, що свідчить про необхідність перегляду підходів до роботи з цією групою, враховуючи міграцію, стигматизацію та складнощі доступу до послуг, відсутність організацій, що мають спроможність надавати профілактичні послуги у деяких регіонах.

ЧСЧ

Кількість клієнтів у 2024 році скоротилася до 46 902 осіб, що на 8% менше порівняно з 2023 роком. Це зумовлено зростанням мобілізаційного тиску на цю групу та необхідністю адаптації послуг до актуальних викликів. Водночас у шести регіонах України або не було організацій, що надають такі послуги, або їхня спроможність залишалася низькою. Разом із тим у Хмельницькій області було запроваджено послуги для ЧСЧ, які до 2024 року не надавалися.

У 2024 році середній показник видачі ТМЦ на отримувача в регіонах становить в середньому 50% від встановленої норми, що може підвищувати ризик повторного використання інструментів. Хоча норми та рекомендації ВООЗ визначають необхідні обсяги, аналіз фактичної видачі свідчить про те, що в багатьох регіонах вони суттєво нижчі за рекомендовані.

Середня річна кількість виданих товарів на одну особу протягом 2024 року: ЛВНІ – шприци та голки; ЛВНІ, СП та ЧСЧ – презервативи.

Таблиця 12. Середня річна кількість виданих товарів на одну особу протягом 2024 року: ЛВНІ – шприци та голки; ЛВНІ, СП та ЧСЧ – презервативи.

ЛВНІ	Видача на отримувача, шт.	Згідно порядку надання послуг	% видачі від рекомендованої норми
Шприців (та голок)	82	200	41%
Презервативи	9	20	47%
Лубриканти	2	2	100%
СП	Видача на отримувача, шт.	Згідно порядку надання послуг	% видачі від рекомендованої норми
Презервативи	89	200	45%
Лубриканти	33	100	33%
ЧСЧ	Видача на отримувача, шт.	Згідно порядку надання послуг	% видачі від рекомендованої норми
Презервативи	36	50	72%
Лубриканти	12	25	48%

Загальні висновки:

1. Загальне охоплення програмами профілактики ВІЛ у 2024 році склало 304 413 осіб, що на 5% менше, ніж у 2023 році, але на 15,8% більше порівняно з 2022 роком. Це свідчить про часткову стабілізацію програмної діяльності попри складну безпекову ситуацію.
2. Найбільше скорочення охоплення зафіксовано серед чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ) — на 8% у порівнянні з 2023 роком. Основними причинами стали мобілізаційний тиск, стигма, а також відсутність спроможних НУО у семи регіонах.
3. Послуги для секс-працівниць/ків (СП) у 2024 році надавалися у меншій кількості регіонів, зокрема повністю припинено надання в Черкаській і Вінницькій областях. Загальне охоплення СП зменшилося на 4% порівняно з попереднім роком.
4. Стійке охоплення ЛВНІ зберігалось в усіх областях, крім Луганської. Кількість клієнтів серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, зросла на 18% у порівнянні з 2022 роком, хоч і знизилась на 5% відносно 2023 року.
5. Пакет послуг профілактики був розширений, зокрема за рахунок запровадження доконтактної профілактики ВІЛ (ДКП), кейс-менеджменту для клієнтів з реактивним тестом на ВІЛ та тестування на гепатит С для ЛВНІ.
6. Фізичний доступ до засобів профілактики залишався обмеженим. Видача шприців і презервативів на одного клієнта становила в середньому 41–72% від рекомендованої норми, що може підвищувати ризик повторного використання та знижувати ефективність програм.
7. Зростання попиту на консультування та ТМЦ: у порівнянні з 2022 роком спостерігалось збільшення надання консультацій/ІОМ (+21,6%) та видачі шприців/презервативів (+23,2%).
8. Нерівномірність охоплення клієнтів між регіонами поглибилась внаслідок внутрішньої міграції, бойових дій і зниження спроможності окремих НУО. Це вимагає активного залучення нових виконавців та впровадження дистанційних форм надання послуг.
9. Розроблені у 2024 році пропозиції щодо переформатування програм, сформовані за участі 23 регіональних НУО, стали основою для оновлення підходів до надання послуг, включаючи персоналізацію, дистанційне консультування та перегляд тарифів.
10. Зміцнення ролі НУО та підвищення кваліфікації персоналу залишаються ключовими умовами для забезпечення безперервності та якості профілактичних послуг в умовах воєнного стану.

ДОДАТКИ

Рис. 59. Виконання % індикаторів за напрямом ЛВНІ.

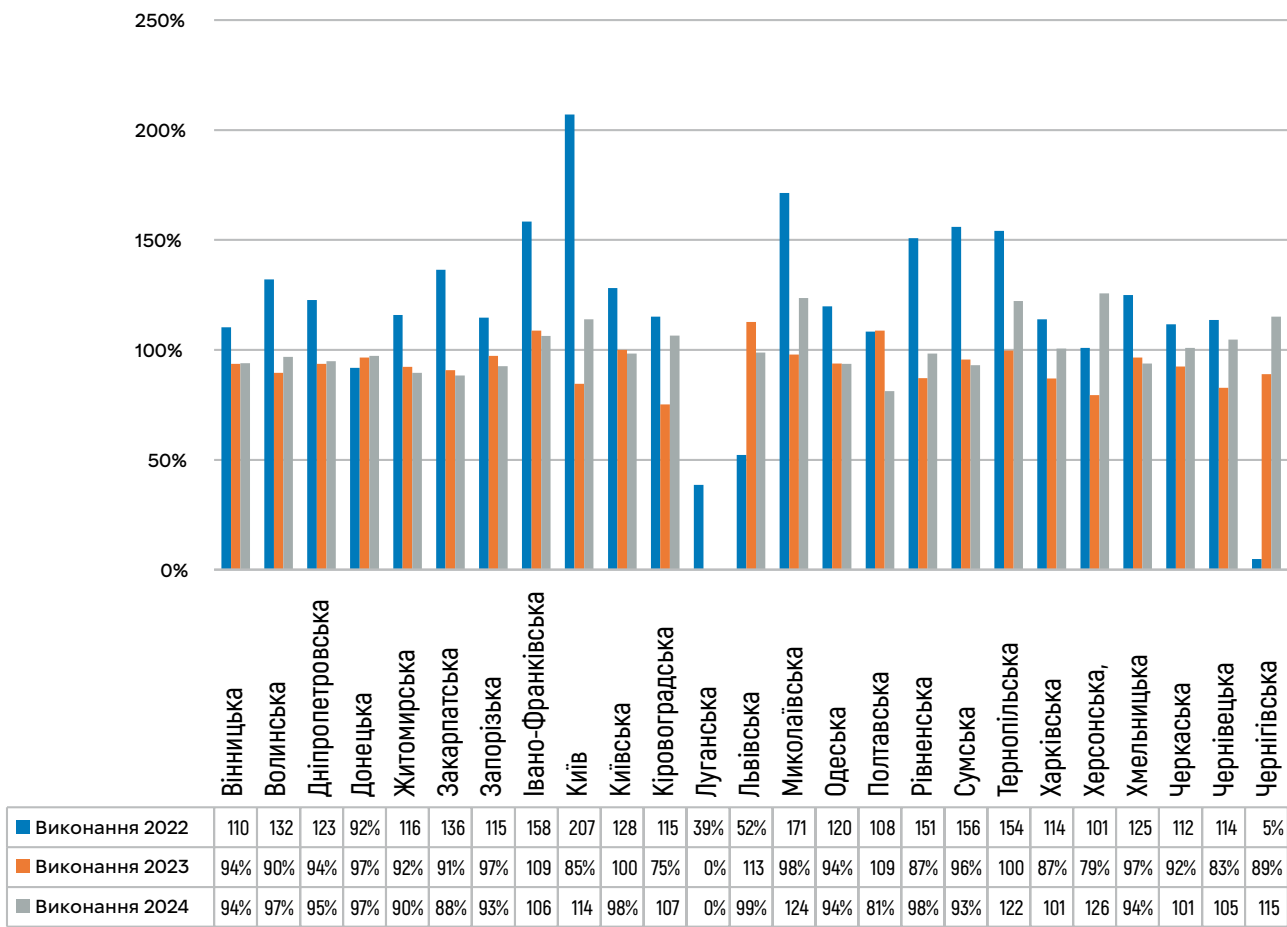


Рис. 60. Виконання % індикаторів за напрямом СП.

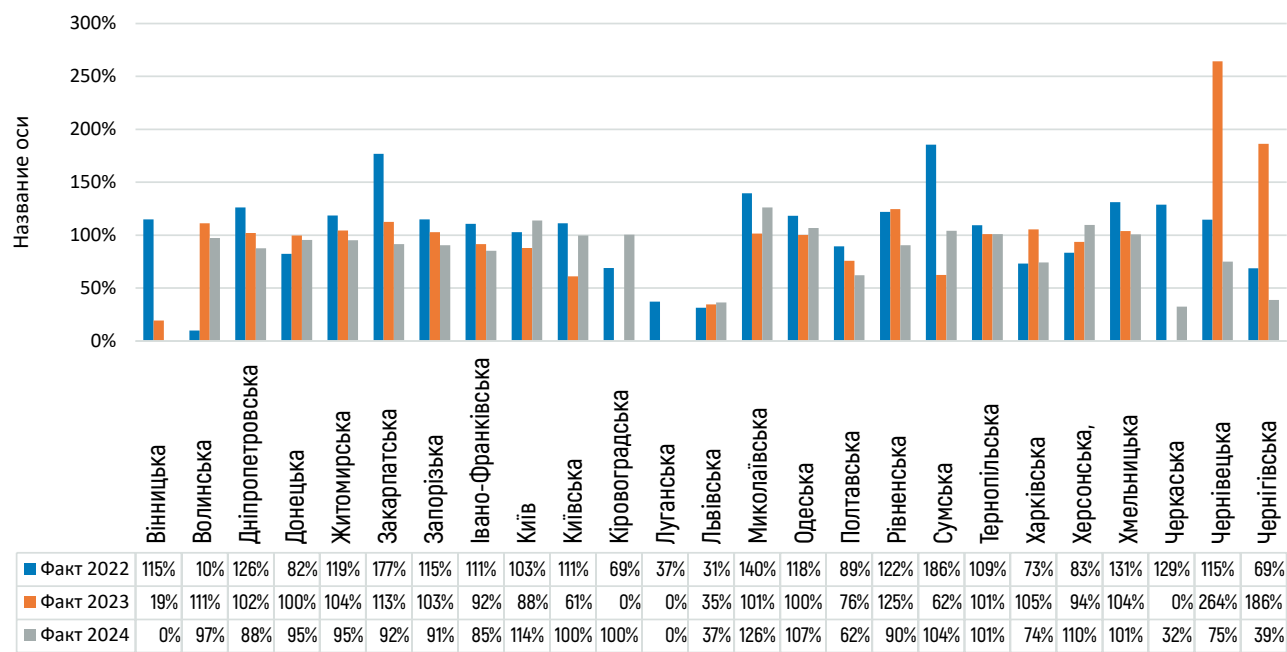


Рис. 61. Виконання % індикаторів за напрямом ЧСЧ.

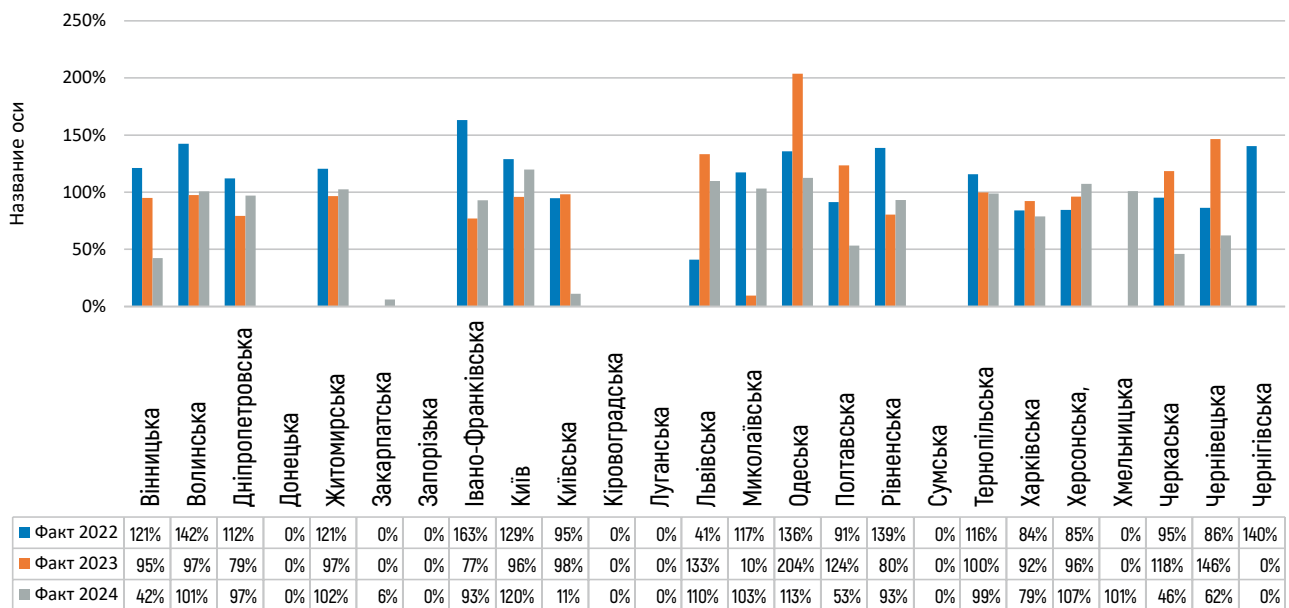


Рис. 62. Надані послуги базового пакету за напрямом ЛВНІ у 2022–2024 роках

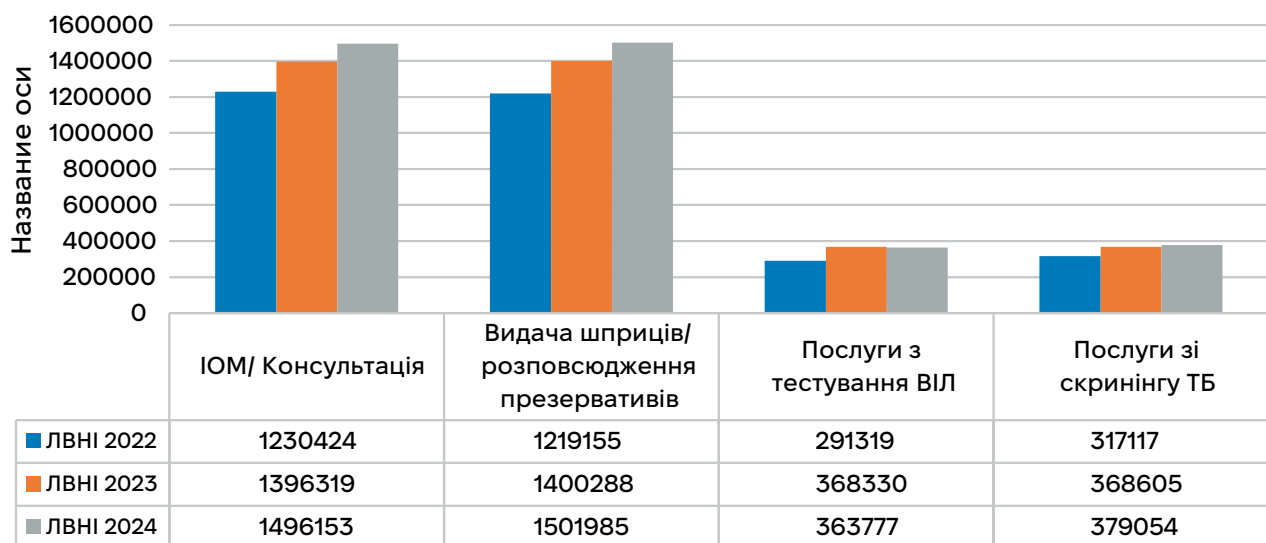


Рис. 63. Надані послуги базового пакету за напрямом СП у 2022–2024 роках

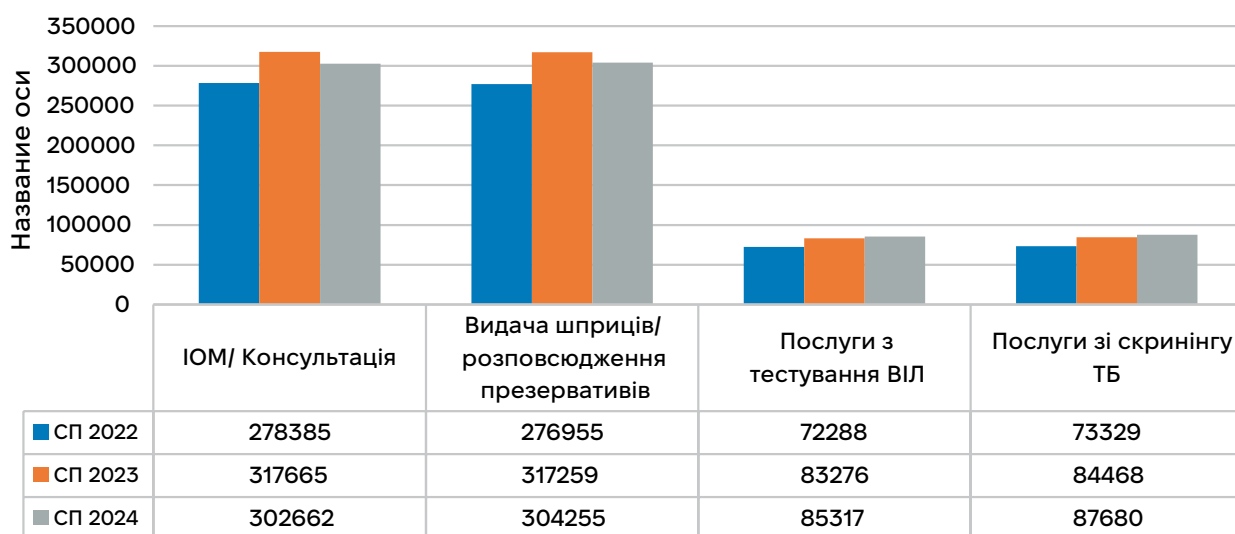
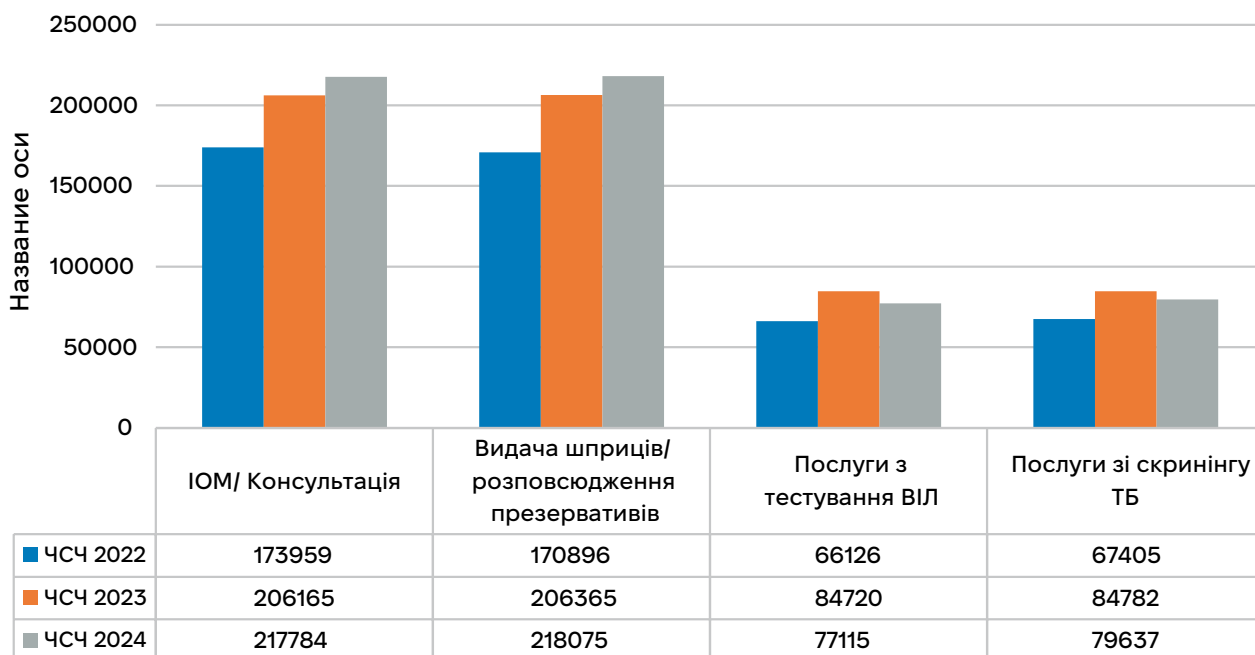


Рис. 64. Надані послуги базового пакету за напрямом ЧСЧ у 2022–2024 роках



2.3. ОГЛЯД ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ІНТЕГРОВАНИХ БІОПОВЕДІНКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЕД КЛЮЧОВИХ ГРУП

Нестерова О.Є., Тітар І.О., Трофименко Є.М., Огороднік С.В., Мошура М.А., Думчев К.В. (консультант)

ЛЮДИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ

Поширеність ВІЛ

Згідно з результатами проведеного в 2023 р. інтегрованого біоповедінкового дослідження серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом (ІБПД ЛВНІ 2023), показник поширеності ВІЛ-інфекції серед учасників знизився у порівнянні за попереднім раундом 2020 року, та становив 16,5%. Проте ЛВНІ й надалі залишається групою з найбільш високим ризиком поширення ВІЛ-інфекції, порівняно з іншими ключовими групами населення. Для раунду 2023 року було обрано єдину групу міст, яка залишиться стабільною в наступних раундах ІБПД ЛВНІ (Київ, Дніпро, Одеса, Харків, Черкаси та Львів). Цей стратегічний підхід також відповідає концепції дозорного спостереження, в рамках якого послідовна вибірка місць продовжує генерувати дані протягом тривалого періоду часу. Серед міст, включених до ІБПД ЛВНІ 2023, найбільш високий рівень поширеності ВІЛ спостерігався серед ЛВНІ в Одесі, Чернігові, Києві, Дніпрі та Черкасах. Найнижча поширеність ВІЛ була зафіксована в Запоріжжі. **(Табл. 13)**

Таблиця 13. Динаміка поширеності ВІЛ-інфекції за сайтами досліджень 2020 та 2023 років, %

	2020	2023
Біла Церква	15,9	-
Вінниця	-	11
Дніпро	23,0	17,5
Запоріжжя	-	4,1
Івано-Франківськ	10,8	-
Київ	16,6	17,9
Кривий Ріг	23,7	-
Кропивницький	11,9	-
Львів	-	12,4
Маріуполь	29,4	-
Миколаїв	27,3	-
Одеса	20,4	22,1
Рівне	-	11,2
Харків	7,1	13,9
Хмельницький	27,5	-
Черкаси	34,6	17
Чернігів	-	18,4
Серед усіх міст	20,3	16,5

При аналізі за підгрупами, вища поширеність ВІЛ фіксувалась серед:

- жінок-ЛВНІ (20,9%)
- ЛВНІ віком 45 років і старше (25,4%)
- осіб з інвалідністю (31,8%)
- осіб із найнижчим рівнем доходу (22,8%)
- учасників із історією ув'язнення (22,7%).

Також важливо враховувати поширеність ВІЛ серед наймолодшої вікової групи (до 25 років), оскільки це може слугувати замісним показником захворюваності на ВІЛ. Показник поширеності за даними ІБПД ЛВНІ 2023 знизився з 8,2% у 2017 році до 4,1% у 2020-му, а у 2023-му різко зріс до 9,8%. Проте довірчі інтервали для цих трьох точок даних є дуже широкими через невеликий розмір цієї підгрупи і перекриваються, що вказує на те, що ці відмінності не є статистично значущими і їх слід інтерпретувати з обережністю. Варто також зазначити, що точкові оцінки поширеності ВІЛ серед ЛВНІ з досвідом ін'єкційного вживання менше трьох років не показали таких значних коливань між 2020 і 2023 роками.

Знання статусу та каскад лікування ВІЛ

В контексті оцінки прогресу у досягненні Глобальних цілей UNAIDS 95-95-95, даний раунд ІБПД ЛВНІ демонструє деякі зміни ключових показників каскаду лікування ВІЛ. Основний розрив спостерігається на етапі виявлення ВІЛ, тоді як показники охоплення лікуванням та досягнення вірусної супресії серед тих, хто вже отримує терапію, є досить високими. **(Рис. 65)**

Таблиця 14. Динаміка показників каскаду лікування ВІЛ за 2020 та 2023 роки, %

	2020	2023
ВІЛ+	20,3	16,5
Знають ВІЛ-статус	64,4	69
Перебувають на обліку в ЗОЗ	94,2	92,1
Приймають АРТ	91,7	94,1
Мають невизначальне вірусне навантаження (<1000 коп/мл)	80,6	78,1

Рис. 65. «Послідовний» каскад лікування ВІЛ-інфекції, у загальній вибірці, %



- 69% людей, які живуть з ВІЛ, знають про свій позитивний статус. Це свідчить про значний прогалину у виявленні випадків ВІЛ-інфекції.
- серед тих, хто знає про свій статус, 92,1% мають підтверджений діагноз та перебувають на обліку в ЗОЗ.
- 94,1% діагностованих ЛВНІ перебувають на АРТ, що може свідчити про високу залученість до лікування серед виявлених випадків.
- 78,1% ЛВНІ, які проходять лікування, досягають вірусної супресії, що вказує на ефективність терапії, але залишає простір для підвищення цього показника.

Тож все таки найбільш "вузьким" місцем каскаду лікування ВІЛ-інфекції серед ЛВНІ продовжує залишатись поінформованість щодо власного ВІЛ-статусу. Для порівняння показника, в містах проведення останнього раунду дослідження – в 2020 році 64,4% ВІЛ-позитивних учасників знали про свій статус **(Табл. 14)**, а в 2017 році – 51,2%.

Недавні інфекцію було виявлено у 2,9% ВІЛ-позитивних учасників, зразки яких були протестовані. 83,6% учасників ІБПД ЛВНІ 2023 хоча б раз у житті проходили тестування на ВІЛ. Майже половина (47,5%) усіх учасників (включно з тими, хто мав відомий позитивний ВІЛ-статус) проходили тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, а 28,6% – протягом останніх шести місяців. Показник UNAIDS Global AIDS Monitoring (GAM) для тестування на ВІЛ та обізнаності про статус (частка тих, хто знає про свій ВІЛ-позитивний статус або пройшов тестування з негативним результатом протягом останніх 12 місяців) становив 55,6% для всієї вибірки. Про досвід самотестування на ВІЛ протягом життя повідомили лише 0,9% учасників.

Охоплення програмами профілактики

Згідно з даними ІБПД ЛВНІ 2023, поінформованість щодо наявності у місті дослідження програми ЗПТ складає 57,7%. Найгірший показник поінформованості зафіксований у Запоріжжі (непоінформовані понад половина ЛВНІ, 51,7%), Дніпрі та Черкасах (42,1% та 41,6% відповідно), а також у Рівному (37%). Якщо порівнювати динаміку поінформованості 5 міст, присутніх у раунді 2020 та 2023 року, поінформованість щодо програми ЗПТ знизилась у Черкасах та Києві, але зросла у Дніпрі, Харкові та Одесі. **(Табл. 15)**

Таблиця 15. Динаміка поінформованості щодо ЗПТ серед 5 міст, присутніх у раундах 2020 та 2023 років, %

	2020	2023
Дніпро	36,5	42,7
Харків	41,5	70,8
Одеса	47	64,8
Черкаси	90,7	51,5
Київ	68,5	59,4

Серед основних результатів ІБПД ЛВНІ 2023 щодо прийому ЗПТ, маємо наступні дані:

- лише 13,4% учасників заявили, що приймають ЗПТ станом на момент проведення дослідження.
- 3,8% повідомили, що приймали ЗПТ раніше, але припинили
- Кожен п'ятий учасник (20,2%) планує бути учасником програми ЗПТ в майбутньому.

Якщо розглядати тренди участі у програмі ЗПТ на прикладі 5 міст, які були присутні практично у всіх раундах ІБПД ЛВНІ, можна відзначити принаймні десятикратне зростання охоплення ЛВНІ програмою між 2015 та 2023 роками (з 1,2% до 15,4%). Найнижча частка ЛВНІ, які згідно з самодекларацією, є клієнтами програми ЗПТ, спостерігалась серед осіб, які недавно розпочали ін'єкційне вживання наркотиків (1,1%) та молоді (2,6%). Вище охоплення ЗПТ спостерігалось серед безробітних (17,3%) та осіб, які мали досвід ув'язнення (17,1%).

Рис. 66. Отримання послуг профілактики ВІЛ за останні 12 місяців та 30 днів, %



Найбільш поширеною послугою, яку отримували учасники протягом останніх 12 місяців від НУО або соціальних працівників, було забезпечення безкоштовними шприцами/ голками (42,7%), тоді як за останні 30 днів цей показник становив 33,5% (**Рис. 66**). Високою також є частка отримання презервативів та консультацій. Приблизно третина учасників проходила тестування на ВІЛ протягом року, але лише 14,9% — упродовж останнього місяця. Менш поширеним є тестування на сифіліс, а найнижчий рівень охоплення спостерігається для скринінгу на туберкульоз (26,5% за 12 місяців і лише 13,1% за 30 днів).

Це свідчить про пріоритетність у наданні профілактичних засобів та консультаційних послуг порівняно з діагностичними тестуваннями, особливо щодо ТБ. Найнижчі рівні охоплення ЛВНІ цими профілактичними послугами спостерігалися у Львові, Вінниці та Дніпрі.

Поведінкові практики

Ризиковані ін'єкційні та сексуальні практики залишаються широко поширеними серед ЛВНІ, створюючи значний потенціал для подальшого поширення ВІЛ та інших інфекцій. Виявлені відмінності між містами та підгрупами учасників підкреслюють необхідність цільових профілактичних заходів. Аналіз історичних тенденцій на прикладі 5 міст, які були присутні практично у всіх раундах ІБПД ЛВНІ, показує, що у 2015–2020 рр. поширеність ризикованих ін'єкційних практик суттєво знизилась порівняно з 2007–2013 рр., але між 2020 і 2023 роками покращення не відбулося. Поширеність ризикованих ін'єкційних практик значно відрізнялася в різних містах:

- використання спільних шприців під час ін'єкцій найчастіше декларувалося в Черкасах (20,6 %), Запоріжжі (17,4 %) та Києві (13,5 %).
- введення ін'єкцій за допомогою попередньо наповнених шприців найчастіше декларувалося в Дніпрі (26,2%) та Черкасах (25,4%).
- 6,1% учасників дослідження повідомили, що під час своєї останньої ін'єкції не використовували стерильну голку або шприц.
- третина учасників (33,5%) повідомили, що протягом останніх 30 днів повторно використовували свій шприц.
- широко розповсюджені спільне використання контейнерів (20,4%) та набір/роздача наркотичної речовини з іншого шприца (19,9%).
- майже кожен десятий учасник повідомив, що протягом останніх 30 днів робив ін'єкції за допомогою попередньо наповненого шприца (10,7%) або використовував спільний шприц (9%).
- один з п'ятнадцяти учасників (6,7%) заявив, що протягом того ж періоду позичав або продав свій шприц комусь іншому після використання.
- основними джерелами шприців, використаних під час останнього ін'єкційного введення, були придбання в аптеці (68,4%) та видача НУО (23,8%).

Серед учасників, які мали статеві контакти з постійними партнерами протягом останніх 30 днів, 5,2% повідомили, що у них таких партнерів було більше одного. Серед тих, хто мав статеві контакти з випадковими партнерами, 42,7% повідомили про більш ніж одного партнера. Серед тих, хто платив партнерам за секс, 42,3%, а серед тих, хто отримував гроші за секс, 77,1% мали більш ніж одного партнера (також в цій групі 70,9% жінок повідомили про п'ять або більше партнерів).

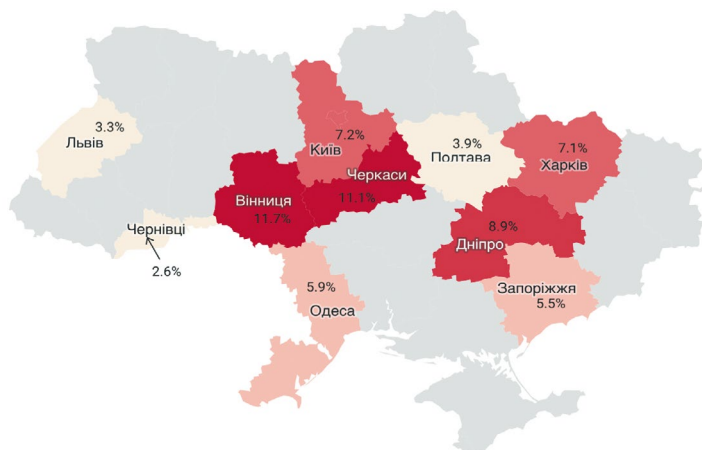
Серед учасників, які мали статеві контакти протягом останніх 30 днів, 44,5% повідомили про використання презервативів. Відповідна частка була нижчою серед жінок (39,1%), ніж серед чоловіків (46,1%), що можна пояснити вищими показниками статевих контактів з випадковими партнерами серед чоловіків-ЛВНІ.

ЧОЛОВІКИ, ЯКІ МАЮТЬ СЕКС З ЧОЛОВІКАМИ

Поширеність ВІЛ

Згідно з результатами проведеного в 2024 р. інтегрованого біоповедінкового дослідження серед чоловіків, які мають секс з чоловіками (ІБПД ЧСЧ 2024), загальний показник поширеності ВІЛ склав 6,8%. Містами, в яких поширеність ВІЛ стала вищою за попередній раунд, є Вінниця (11,7%), Полтава (3,9% - показник не є високим самостійно, однак минулорічні ІБПД показували нижчий відсоток в цьому місті), Дніпро (8,9%) та Київ (7%).

Рис. 67. Поширеність ВІЛ у розрізі за містами, %



Вікова структура ВІЛ-позитивних респондентів свідчить, що більшість із них – ЧСЧ віком понад 35 років. Середній вік учасників дослідження склав 30 років, що на рік більше, ніж у попередньому раунді. Частка молодших за 25 років залишилася незмінною, що вказує на збереження вікових тенденцій у цільовій групі.

Певне зростання рівня інфікування в окремих містах, поряд зі стабільністю загальної вікової структури, може свідчити про локалізовані епідемічні процеси та потребує подальшого аналізу для виявлення причин – зокрема, змін у поведінкових практиках, доступності тестування та охопленні профілактичними послугами.

Знання статусу та каскад лікування ВІЛ

У раунді 2024 року більшість міст демонструють успішний прогрес у досягненні Глобальних цілей UNAIDS 95-95-95. Відзначається значне покращення охоплення тестуванням (Табл. 16):

Таблиця 16. Динаміка показників каскаду лікування ВІЛ за 2021 та 2024 роки, %

	2021	2024
ВІЛ+	3,9	6,8
Знають ВІЛ-статус	63	90
Отримують АРТ	95	98
Мають невизначальне вірусне навантаження (<1000 коп/мл)	94	92

- Поширеність ВІЛ визначена як вища, у порівнянні з попереднім раундом, з 3,9% у 2021 році до 6,8% у 2024 році, що може свідчити про погіршення епідемічної ситуації або крашу виявленість інфекції.
- Обізнаність про ВІЛ-статус значно покращилась — частка тих, хто знає свій ВІЛ-статус, зросла з 63% до 90%, що є суттєвим прогресом у першій ланці каскаду.
- Охоплення АРТ серед тих, хто знає про свій позитивний ВІЛ-статус, дещо зросло з 95% до 98%, що свідчить про майже повне охоплення лікуванням.
- Вірусна супресія серед тих, хто отримує АРТ, дещо знизилась — з 94% до 92%, що вказує на потребу посилити підтримку ЧСЧ для досягнення стабільного пригнічення вірусного навантаження.

Проблемні зони залишаються у виявленні ВІЛ, особливо в Харкові, Одесі та Черкасах (найнижчі показники серед ЧСЧ обізнаності про свій статус в розрізі міст), що є критичним для своєчасного виявлення ВІЛ і початку лікування. Прогалина також фіксується щодо вірусної супресії навіть у містах, де знання свого статусу є високим, що може бути пов'язано із міграційними процесами у зв'язку із повномасштабним вторгненням та відповідною вимушеною призупинкою АРТ (наприклад, за даними цього раунду ІБПД, ЧСЧ з Донецької, Херсонської областей були вимушені переміститися до Одеси).

Тестування на сифіліс та гепатит С

Найвищий рівень поширеності гепатиту С серед ЧСЧ зафіксовано у Дніпрі (4,5%) та Черкасах (3,3%). Лише 11 респондентів з усіх міст повідомили, що не перебувають на обліку в закладі охорони здоров'я та/або не отримували лікування від ВГС. Усі вони були перенаправлені до лабораторії «Діла» для підтвердження наявності активної інфекції. Проте тестування пройшли лише п'ятеро, і в одного респондента з Полтави було виявлено високе вірусне навантаження, що, за висновком лабораторії, свідчить про неліковану інфекцію.

Високі показники поширеності сифілісу серед ЧСЧ відзначені в Одесі (6%), Львові (5,7%) та Вінниці (5,6%). Усього 21 респондент у вибірці мав позитивний результат швидкого тесту на сифіліс під час дослідження та заявив, що не перебуває на обліку в закладі охорони здоров'я. Усім їм було запропоновано пройти підтверджувальне тестування в лабораторії «Діла», але фактично його здійснили лише дев'ятеро. Позитивний результат підтвердився у восьми респондентів, а в одного — не підтвердився. У чотирьох осіб (з Вінниці, Черкас, Чернівців та Львова) лабораторне дослідження виявило активну інфекцію з титрацією від 1:16 до 1:32.

Низький рівень завершення діагностичного маршруту після первинного скринінгу є прогалиною у виявленні та лікуванні інфекцій серед ЧСЧ. Менше половини респондентів, яким було запропоновано підтверджувальне тестування на ВГС та сифіліс, фактично його пройшли. Це свідчить про наявні бар'єри — як організаційні (можливо логістика, доступність лабораторій), так і мотиваційні (до прикладу, відсутність симптомів, низька обізнаність про наслідки інфекцій). У результаті значна частка осіб з імовірною активною інфекцією залишається без належної медичної допомоги, що підвищує ризик подальшої передачі захворювань у спільноті. Для підвищення ефективності виявлення та лікування потрібні додаткові заходи — зокрема, спрощення доступу до тестування, забезпечення супроводу пацієнтів та розширення інформування про важливість завершення діагностики.

Охоплення програмами профілактики ВІЛ

Результати дослідження демонструють суттєву різницю в доступі до профілактичних засобів між клієнтами програм та тими, хто не охоплений послугами. Серед клієнтів 65,2% отримували презервативи та лубриканти, тоді як серед не-клієнтів цей показник становив лише 9,9%. Половина не-клієнтів (53%) взагалі не отримували таких послуг.

Обізнаність про доконтактну профілактику ВІЛ (ДКП) знизилася порівняно з 2021 роком – з 63% до 56%. Половина респондентів, які чули про ДКП, колись її приймали; з них 71% продовжують приймати препарат на момент опитування (Рис. 68).

Найвищий рівень обізнаності зафіксовано у Києві, Вінниці, Львові та Запоріжжі (понад 60%), а найбільша частка тих, хто приймає ДКП, – у Києві (80,8%) та Черкасах (78,8%).

Це свідчить про необхідність посилення інформування про ДКП та розширення доступу до базових засобів профілактики, особливо серед тих, хто не охоплений програмами. Підтримка безперервності прийому ДКП та стабільне забезпечення презервативами й лубрикантами залишаються ключовими завданнями для зниження ризиків інфікування.

Поведінкові практики

Отримані дані дозволяють охарактеризувати сексуальну поведінку ЧСЧ у розрізі типів партнерів та рівня використання презервативів. Показники відображають як поширеність контактів з постійними та випадковими партнерами, так і варіації у захисній поведінці між містами. (Рис. 69)

- Кожен п'ятий ЧСЧ мав сексуальні контакти з жінками за останні 6 місяців.
- Майже половина опитаних мали останній анальний контакт з постійним партнером. 40% контактів були з випадковими партнерами.
- Серед тих, хто мали анальний секс за останні 6 місяців, 43,6% мали його з випадковим партнером за останні 30 днів. Водночас, 53,9% мали анальний секс із постійним партнером.
- Показник використання презервативів під час останнього анального контакту із партнером-чоловіком становив 67,5% серед усіх міст. Найвищим показником серед міст був показник в Полтаві (91,7%), другий найвищий становив 72,9%. Найнижчим був показник у Черкасах (56,5%).

Рис. 68. Каскад вживання ДКП серед усіх ЧСЧ, які чули про ДКП, %



Рис. 69. Використання ЧСЧ презерватива під час останнього контакту з партнером-чоловіком (GAM.1.5), %



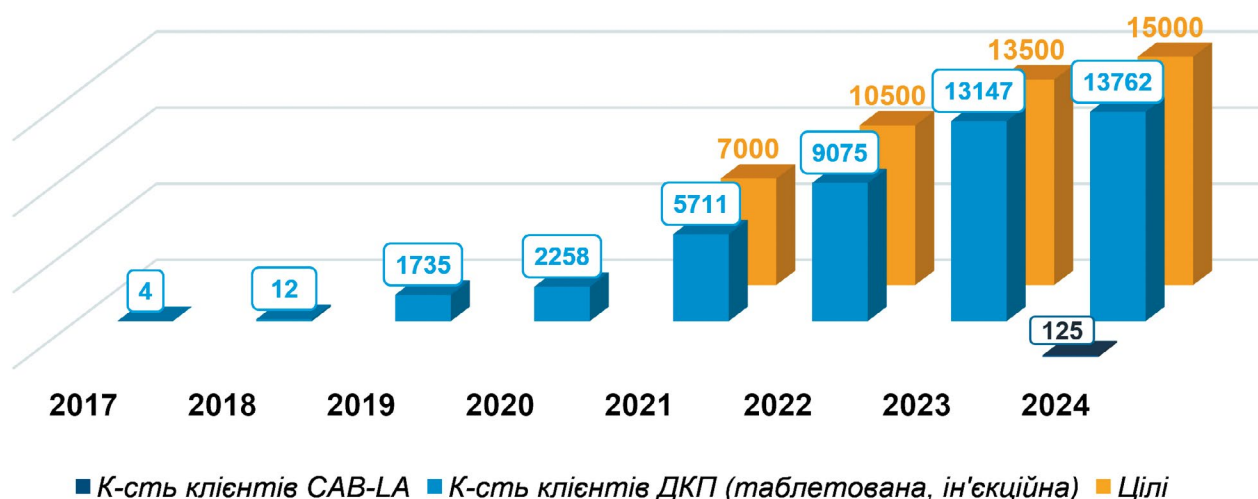
Результати свідчать про значну частку контактів із випадковими партнерами серед ЧСЧ, що поєднується з недостатньо високим рівнем використання презервативів, особливо у деяких містах. Виявлені міжрегіональні відмінності (від 56,5% до 91,7%) підкреслюють потребу у посиленні профілактичних програм, спрямованих на підвищення рівня безпечної сексуальної поведінки, особливо серед груп із нижчим рівнем захисту.

2.4. ДОКОНТАКТНА ПРОФІЛАКТИКА (PREP)

Шевченко Д.О.

Доконтактна профілактика інфікування ВІЛ (ДКП/PrEP) продовжує бути однією з ефективних стратегій запобіганню інфікуванню ВІЛ. 2024 рік був знаковим у розвитку ДКП в Україні. Впродовж цього року 13 762 клієнти хоча б раз отримали послуги ДКП, а також було впроваджено ін'єкційну форму ДКП із застосуванням каботегравіру тривалої дії (CAB-LA). І протягом серпня-грудня 2024 року ДКП тривалої дії скористалися 125 клієнтів. **(Рис.70)**

Рис. 70. Кількість клієнтів, які хоча б раз протягом року отримали послуги ДКП (2017-2024 роки)



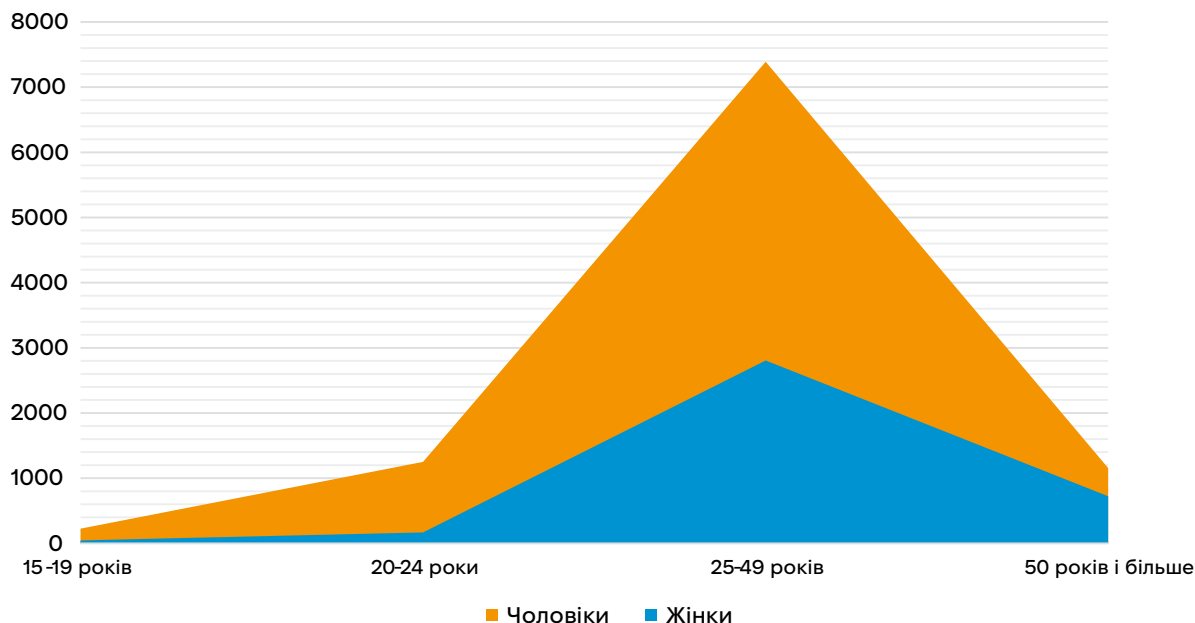
Найбільша кількість клієнтів, які хоча б раз отримали послуги ДКП за 2024 рік зафіксована в Дніпропетровській (2583 клієнтів), Одеській (1459 клієнтів), Чернігівській (1234 клієнтів), Київській (969 клієнтів), Харківській (830 клієнтів), Львівській (688 клієнтів) областях та м. Києві (2065 клієнтів). **(Рис.71)**

Рис. 71. Кількість клієнтів, які хоча б раз протягом року отримали послуги ДКП з розподілом по регіонах України (2024 рік)



В 2024 році серед клієнтів, які отримали послуги ДКП переважали клієнти чоловічої статі (72,8%), так як і в 2023 році (76,6%). Щодо вікових груп також зберігається тенденція щодо переважаючої кількості клієнтів віком 25-49 років (74% в 2024 році та 74,9% в 2023 році).. **(Рис.72)**

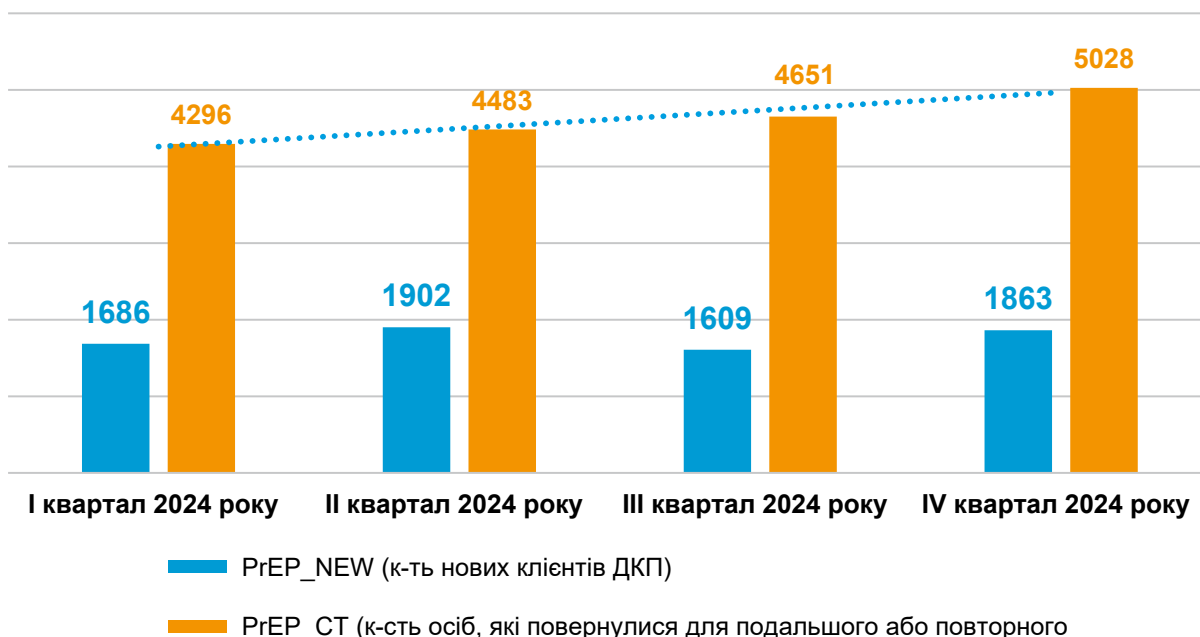
Рис. 72. Кількість клієнтів, хоча б раз отримали послуги ДКП протягом 2024 року з розбивкою за віком та статтю



Послуги доконтактної профілактики ВІЛ (ДКП) у 2024 році були доступні в усіх регіонах України, і клієнти мали змогу отримувати їх за місцем свого фактичного перебування. Винятком стала Луганська область, де надання послуг було тимчасово призупинено через активні бойові дії та окупацію частини територій. Водночас клієнти змогли отримати ДКП у закладах охорони здоров'я Луганщини, які були релоковані та продовжили роботу на базі медичних установ у Дніпропетровській та Черкаській областях.

Попри складні умови воєнного часу, послуги ДКП продовжили отримувати як клієнти, залучені в попередні роки, так і нові користувачі. Протягом 2024 року вдалося залучити 7 060 нових клієнтів. **(Рис. 73)** Найбільша кількість нових клієнтів була залучена в Дніпропетровській (1575 клієнтів), Чернігівській (656 клієнтів), Київській (596 клієнтів), Харківській (563 клієнти) областях та м. Києві (782 клієнти).

Рис. 73. Динаміка залучення нових клієнтів та повернення клієнтів на повторний візит за отриманням послуг ДКП



Цільовими групами щодо надання послуг ДКП є ключові групи щодо інфікування ВІЛ, зокрема клієнти з групи ЧСЧ, ЛВНІ, СП, інші люди з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ, особи, які тримаються в установах виконання покарань та попереднього ув'язнення, статеві партнери та партнерки ВІЛ-позитивних людей. Враховуючи дані за 2024 рік, прослідковується наступна тенденція:

- Було відстежено чіткі зміни за приналежністю до ключової групи серед клієнтів, які отримали послуги ДКП у 2024 році, а саме – зменшення кількості клієнтів з групи ЧСЧ (33%) на противагу даним 2023 року (41%)
- Порівняно до II кварталу 2024 року, у III кварталі 2024 року обсяг залучення нових клієнтів зменшився на 15%, зокрема і серед групи ЧСЧ (на 16%). Але ситуація змінилась у IV кварталі 2024 року, коли кількість нових клієнтів знову почала зростати (+15,8% порівняно до III кварталу, зокрема серед ЧСЧ +5,6%).
- Зберігається тенденція до залучення більшої частини клієнтів з дискордантних пар та клієнтів з ризикованою поведінкою у гетеросексуальних стосунках (від загальної кількості нових клієнтів ДКП: у I кварталі 2024 року – 44%, у II кварталі 2024 року – 39%, у III кварталі – 2024 року – 38%, у IV кварталі 2024 року – 40,6%).

Попри виклики воєнного часу, у 2024 році Україні вдалося не лише зберегти, а й розширити доступ до доконтактної профілактики ВІЛ, забезпечивши безперервність послуг для ключових груп населення та впровадивши інноваційні підходи до профілактики.

2.5. ЗАМІСНА ПІДТРИМУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ

Коваленко І.М.

Програма замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) є науково обґрунтованим та найбільш вивченим методом лікування залежності внаслідок вживання опіоїдів. Прийом препаратів ЗПТ значно знижує ризик смертельного передозування від вживання ПАР, знижує ризик інфікування вірусним гепатитом С та ВІЛ, покращує доступ ВІЛ-позитивних людей, які вживають наркотичні засоби ін'єкційно до антиретровірусної терапії та прихильність до лікування, а також позитивно впливає на зниження рівня злочинності серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом.

Розширення доступ до лікування з використанням препаратів ЗПТ є одним з пріоритетних напрямів держави при організації ефективної та сталої відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції. Так, зокрема, цілями Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитом до 2030 року, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р визначено, що до 2030 року лікуванням із використання препаратів ЗПТ має бути охоплено 40% від оціночного числа осіб, що вживають опіоїди ін'єкційно та мають залежність.

Доступ до лікування із використанням препаратів ЗПТ осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів забезпечується в Україні з 2004 року. Станом на кінець 2024 року 31 529 осіб отримували лікування на базі закладів охорони здоров'я різної форми власності, в тому числі в установах виконання покарань ДКВС (**Рис. 74**), з них:

- у комунальних ЗОЗ – 21 845 осіб;
- у приватних ЗОЗ – 8 923 особи;
- в установах виконання покарань ДКВС – 761 особа.

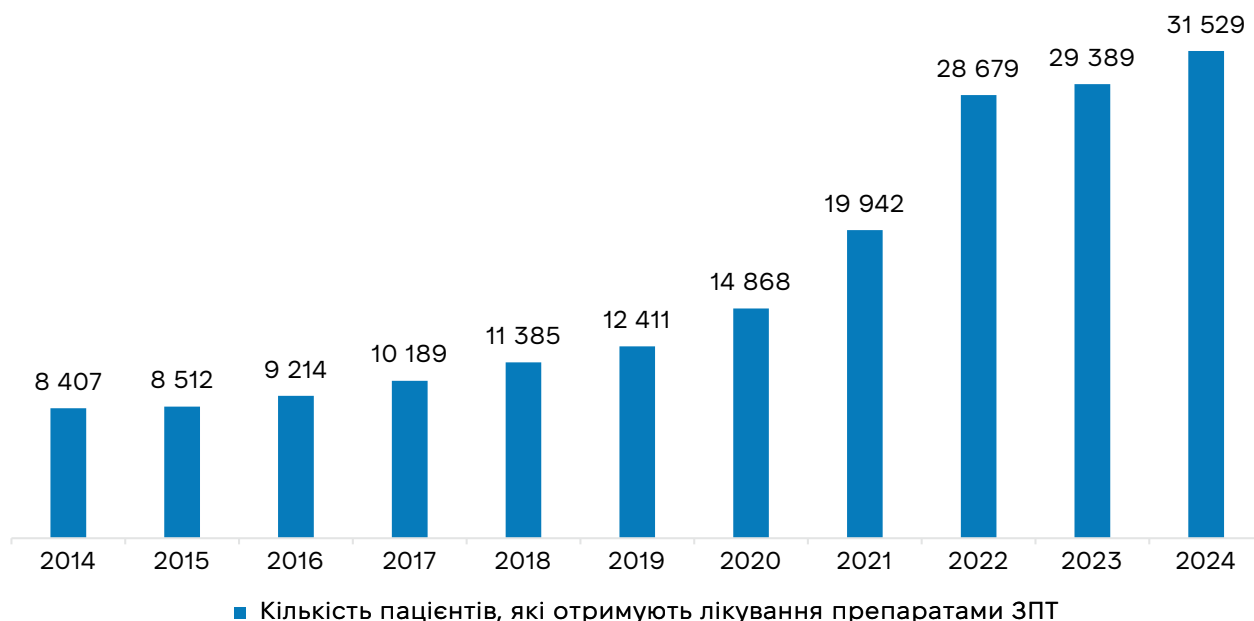
Рис. 74. Розподіл кількості пацієнтів за формою власності закладів охорони здоров'я та в установах виконання покарань



Протягом останніх років спостерігається прогрес щодо охоплення лікуванням навіть на тлі викликів, спричинених військовою агресією російської федерації. За поточними оцінками кількість осіб, які вживають опіоїди ін'єкційним шляхом та отримують лікування, становить орієнтовно 11,3% від оціночної кількості осіб, які вживають опіоїди та практикують змішане вживання (стимулятори та опіоїди).

У 2024 році приріст пацієнтів, які отримують лікування з використанням препаратів ЗПТ зросла на 7,3% (на 2 140 осіб) порівняно з 2023 роком. Це свідчить про повільне, але стабільне зростання охоплення лікуванням. При цьому аналіз динаміки темпів лікування за останні 10 років є більш показовим, адже приріст пацієнтів склав 23 122 особи. **(Рис. 75)**

Рис. 75. Динаміка охоплення лікуванням із використанням препаратів ЗПТ за 2014-2024 роки



Джерело розрахунку: «Національний звіт щодо кількісних та якісних характеристик пацієнтів ЗПТ» за 2014-2024 роки

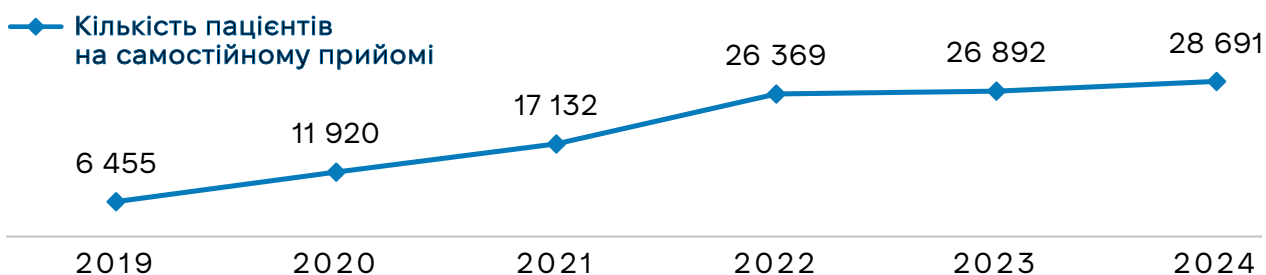
Важливу роль у цьому відіграли нормативні зміни, зокрема оновлення наказу МОЗ № 200, який регламентує організацію ЗПТ, а також залучення закладів охорони здоров'я приватної форми власності до надання відповідних послуг..

На тимчасово окупованих та анексованих територіях, зокрема в АР Крим, Луганській області, а також частині Донецької, Запорізької та Херсонської областей доступ лікування з використанням препаратів ЗПТ залишається недоступним.

В умовах повномасштабного вторгнення продовжує розширюватися застосування адаптивних моделей надання допомоги, зокрема, практика видачі препаратів ЗПТ для самостійного прийому поза межами ЗОЗ. Послаблення правил видачі препаратів для самостійного прийому поза межами ЗОЗ було розпочато під час пандемії COVID-19, що відповідало світовим тенденціям та було продовжено вже в умовах повномасштабного вторгнення.

Станом на кінець 2024 року 28 691 пацієнт (93,2%) отримував препарати ЗПТ у формі самостійного прийому, незалежно від форми власності закладу. На **Рис. 76** подано динаміку зростання цієї практики протягом останніх шести років.

Рис. 76. Тенденції щодо практики розширення видачі препаратів «на руки» та кількості пацієнтів, які перебували на лікуванні



Джерело розрахунку: «Національний звіт щодо кількісних та якісних характеристик пацієнтів ЗПТ» за 2019-2024 роки

Географічний доступ

В Україні лікування з використанням препаратів ЗПТ надається в амбулаторному форматі на базі закладів охорони здоров'я різних форм власності. Серед надавачів послуг – центри первинної медико-санітарної допомоги, багатопрофільні лікарні (обласного, міського, районного рівнів, а також територіальні медичні об'єднання) та спеціалізовані монопрофільні заклади, зокрема ЗОЗ психіатричного, наркологічного, психоневрологічного, інфекційного та фтизіатричного профілю.

Станом на кінець 2024 року послуги ЗПТ надавались у 193 комунальних закладах охорони здоров'я (208 місць надання послуг) у 23 регіонах країни, а також у 33 приватних медичних закладах, розташованих у 9 регіонах. У той же час рівень територіального охоплення залишається недостатнім для забезпечення потреб у лікуванні осіб, які його потребують. Загальна кількість закладів, що надають послуги ЗПТ, сягнула 226, з яких 9 приєдналися до програми протягом 2024 року.

Протягом 2024 року через близьке розташування до зони активних бойових дій два ЗОЗ були змушені припинити надання медичних послуг пацієнтам: КНП «Середино-Будська міська лікарня» (Сумська область) та КНП «Медичний центр з профілактики та лікування залежності м. Краматорськ» (м. Покровськ). Пацієнти ЗОЗ були забезпечені лікуванням в інших ЗОЗ області або регіонах України.

Незважаючи на складну безпекову ситуацію, у прифронтових районах Херсонської, Донецької та Запорізької областей лікування продовжує надаватися на базі шести ЗОЗ, де станом на кінець 2024 року перебували на лікуванні 1 708 пацієнтів.

ЗПТ в пенітенціарному секторі

Надання лікування особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів з використанням препаратів ЗПТ впроваджується в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах з 2019 року. Станом на 31.12.2024 року лікування здійснюється на базі 16 закладів охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України.

Доступні препарати ЗПТ

Для проведення лікування з використанням препаратів ЗПТ використовуються два основних лікарських засоби з діючими речовинами – метадон (у таблетках та в формі орального розчину) та бупренорфін (у таблетованих та ін'єкційних формах, а також у комбінації з налоксоном). Оральний розчин метадону застосовується в установах Державної кримінально-виконавчої служби України, тоді як у закладах охорони здоров'я, що належать до системи МОЗ, пацієнти отримують метадон у таблетованій формі. Таблетки бупренорфіну та ін'єкційна форма цього препарату також доступні в медичних закладах підпорядкування МОЗ.

Метадон залишається найбільш використовуваним лікарським засобом – його отримують близько 89,2% пацієнтів. Співвідношення між тими, хто приймає метадон, і тими, хто отримує бупренорфін, становить приблизно 8 до 1, і ця пропорція зберігається протягом тривалого часу.

Починаючи з 2023 року, пацієнти в Україні також отримали доступ до інноваційного препарату пролонгованої дії Buvidal® – ін'єкційної форми бупренорфіну, яку застосовують один раз на місяць. Цей препарат був наданий в якості гуманітарної допомоги у відповідь на повномасштабне вторгнення. У 2024 році компанією-виробником було передано 6 000 місячних доз, що еквівалентно 500 річним курсам. Станом на кінець звітної періоду Buvidal® застосовувався для лікування 274 пацієнтів у 14 регіонах країни.

Забезпеченість препаратами ЗПТ

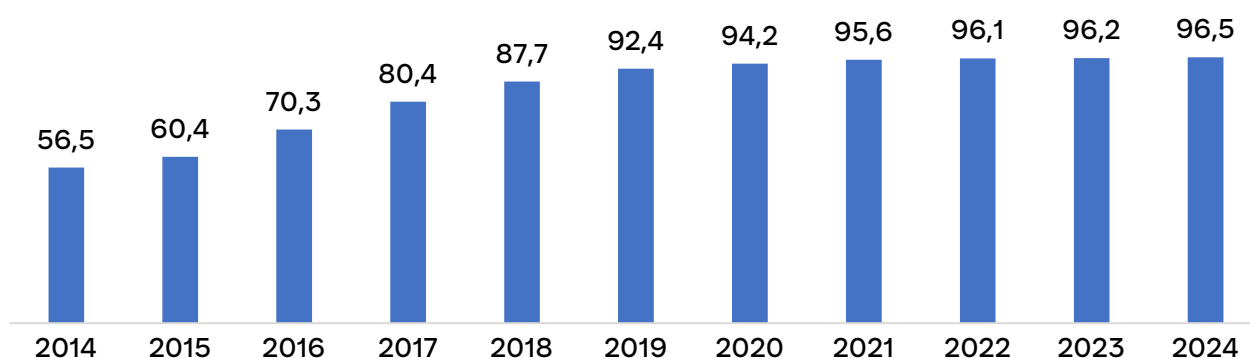
Протягом 2024 року в Україні централізовано постачалися препарати до усіх комунальних ЗОЗ, які здійснювали лікування із використанням препаратів ЗПТ, при цьому потреба у препаратах була забезпечена на 100%. З початком повномасштабного вторгнення в Україні було оптимізовано процес розподілу лікарських засобів між регіонами з метою своєчасного та ефективного забезпечення ЗОЗ лікарськими засобами, як механізм реагування на ризики, спричинені повномасштабним вторгненням.

ВІЛ-інфекція серед осіб, які отримували лікування препаратами ЗПТ

Протягом останніх шести років спостерігається позитивна динаміка залучення до лікування ВІЛ-інфекції пацієнтів ЗПТ, які живуть з ВІЛ. На кінець 2024 року 22,7% пацієнтів ЗПТ жили з ВІЛ, з яких 96,5% отримували препарати антиретровірусної терапії (**Рис. 77**), при цьому у переважній більшості регіонів рівень охоплення АРТ пацієнтів ЗПТ, які живуть з ВІЛ сягнув або перевищив цільового показника у 95,0%.

Водночас спостерігається нижчий рівень охоплення АРТ серед ВІЛ-позитивних пацієнтів ЗПТ, які проходять лікування у ЗОЗ приватної форми власності. Це вказує на необхідність посилення міжсекторної взаємодії та координації з приватними надавачами медичних послуг для досягнення максимально ефективного залучення пацієнтів до лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу. Зазначений дисбаланс також вплинув на загальний рівень охоплення АРТ серед ВІЛ-позитивних пацієнтів ЗПТ на національному рівні.

Рис. 77. Динаміка охоплення АРТ пацієнтів ЗПТ, які живуть з ВІЛ (%)



Джерело розрахунку: «Національний звіт щодо кількісних та якісних характеристик пацієнтів ЗПТ» за 2014-2024 роки

ВІЛ-інфекція серед пацієнтів ЗПТ в установах виконання покарань та слідчих ізоляторів

Упродовж 2024 року лікування препаратами ЗПТ отримували 761 пацієнт, включаючи як нових пацієнтів, так і тих, хто завершив курс терапії або перебував на лікуванні станом на 31 грудня 2024 року.

Із загальної кількості 171 особа мала підтверджену ВІЛ-інфекцію, зокрема:

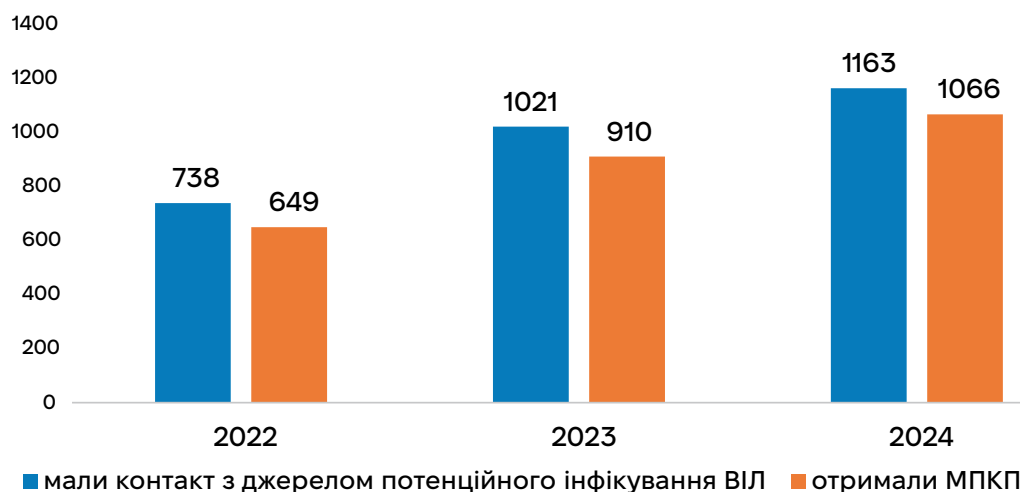
- 130 осіб – лише з ВІЛ-інфекцією;
- 2 пацієнти – з ВІЛ та гепатитом В;
- 39 пацієнтів – з ВІЛ та гепатитом С.

2.6. ПОСТКОНТАКТНА ПРОФІЛАКТИКА

Климова О.А.

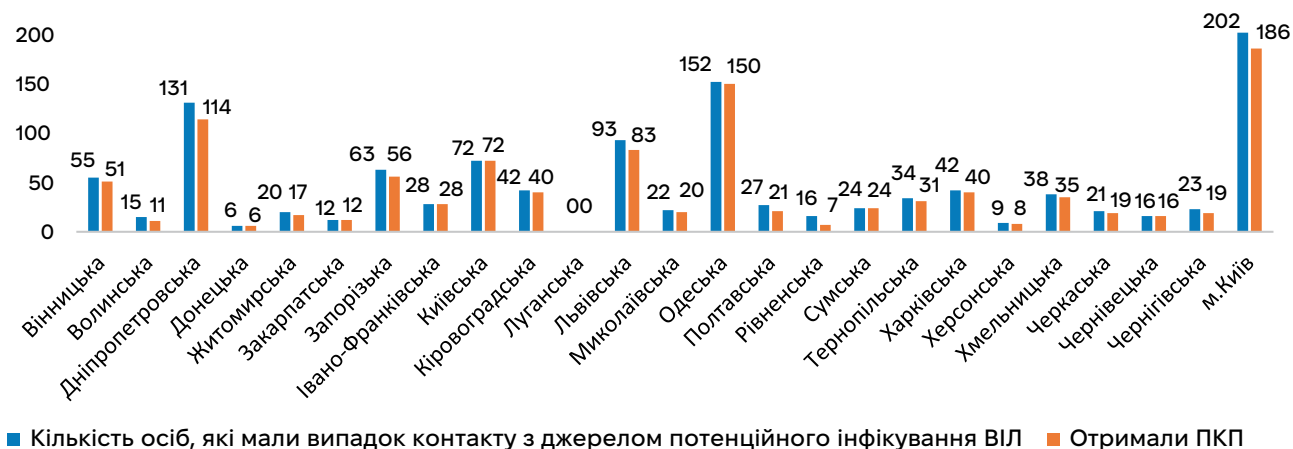
Кількість осіб, які мали випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, збільшилася з 2022 по 2024 рр. Так, у 2024 році зареєстровано 1163 таких випадків, з них 1066 осіб отримали медикаментозну постконтактну профілактику (ПКП), 8 осіб відмовилися від ПКП. Для порівняння: у 2022 році звернулися 738 осіб, з них 649 отримали медикаментозну ПКП; у 2023 році – 1021 осіб звернулося, з них 910 отримали медикаментозну ПКП. Зростання кількості звернень пов'язане як з підвищенням обізнаності населення щодо наявності послуги, так і з покращенням статистичної звітності.

Рис. 78. Кількість осіб, які мали випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ у 2022-2024 рр.



В розрізі регіонів лідерами щодо кількості осіб із зверненням після контакту з джерелом потенційного інфікування ВІЛ є м.Київ (202 особи), Одеська область (152 особи), Дніпропетровська область (131 особа) та Львівська область (93 особи), Київська область (72 особи), що пов'язано із більшою поширеністю на ВІЛ в цих регіонах. **(Рис.79)**

Рис. 79. Кількість осіб у розрізі регіонів, які мали випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ у 2022-2024 рр.



У кожному регіоні розроблені маршрути пацієнтів щодо отримання постконтактної профілактики. Відповідно до специфікації пакету «Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)» всі ЗОЗ, які працюють за договором із НСЗУ по даному пакету, мають надавати медичні послуги з питань постконтактної профілактики. Основною схемою при наданні ПКП для дорослих осіб є TDF/3TC/DTG відповідно до Стандарту медичної допомоги «ВІЛ-інфекція».

Серед всіх осіб, що звернулися, 61% мали ризик інфікування, не пов'язаний із наданням професійних обов'язків, відповідно 39% - мали ризик інфікування, пов'язаний із наданням професійних обов'язків.

Рис. 80. Зв'язок із наданням професійних обов'язків у осіб, які мали ризикований контакт із джерелом потенційного інфікування ВІЛ.



Висновок: своєчасне звернення за ПҚП та правильна організація надання цієї послуги є важливою складовою профілактики ВІЛ-інфекції. Необхідно й надалі інформувати населення, удосконалювати маршрути пацієнтів і забезпечувати безперебійну наявність препаратів у закладах охорони здоров'я.

2.7. НА ШЛЯХУ ДО ЕЛІМІНАЦІЇ ПЕРЕДАЧІ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, СИФІЛІСУ ТА ГЕПАТИТУ В

ВИКОНАННЯ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ

Марциновська В.А.

«Потрійна» елімінація передачі від матері до дитини ВІЛ-інфекції, сифілісу та гепатиту В (далі - ЕПМД) підкреслює важливість та ефективність інтегрованого підходу в програмах охорони здоров'я матері та дитини для досягнення Цілі сталого розвитку¹⁰.

Питання валідації ЕПМД залишається сферою відповідальності України в рамках міжнародних зобов'язань. Попри умови війни, Україна продовжує утримувати досягнуті до 2022 року цільові індикатори валідації¹¹ ЕПМД ВІЛ-інфекції та водночас прагне досягти цільових показників елімінації вродженого сифілісу та вірусного гепатиту В (**Таблиця 17**).

Таблиця 17. Обов'язкові індикатори валідації елімінації передачі від матері до дитини ВІЛ-інфекції, сифілісу та вірусного гепатиту В в Україні у 2023 - 2024 рр.

Індикатори валідації ЕПМД та їх цільові значення	Цільове значення	2022 рік	2023 рік	2024 рік
Передача ВІЛ від матері до дитини				
1. Передача ВІЛ від матері до дитини у випадках, якщо жінки, не годують грудним молоком (% за даними ПЛР)	< 2%	1,6	1,5	0,5
2. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції внаслідок ПМД випадків (на 100 000 живонароджених дітей)	≤ 50	10,7	10,0	3,5
3. Охоплення вагітних службами допологової допомоги (як мінімум одне відвідування вагітної) (%)	≥ 95%	99,8	99,7	99,8
4. Охоплення тестуванням на ВІЛ вагітних жінок (%)	≥ 95%	98,5	98,3	98,5
5. Охоплення АРТ вагітних (%)	≥ 95%	94,4	97,3	97,3
Передача сифілісу від матері до дитини				
1. Кількість нових випадків вродженого сифілісу внаслідок ПМД випадків на 100 000 живонароджених дітей	≤ 50	0,2 (3 випадки)	0,0	0,0
2. Охоплення вагітних службами допологової допомоги (як мінімум одне відвідування вагітної) (%)	≥ 95%	99,8	99,7	99,8
3. Охоплення тестуванням на маркери до збудника сифілісу вагітних жінок (%)	≥ 95%	95,3	94,8	93,6
4. Охоплення лікуванням вагітних з серопозитивним сифілісом (%)	≥ 90%	100 (134 вагітних)	100 (212 вагітних)	100 (134 вагітних)
Передача гепатиту В від матері до дитини				
1. Охоплення вакцинацією проти гепатиту В дітей віком до 1-го року (3 дози вакцини) (%)	≥ 90%	62,4	79,2	88,0
2. Охоплення вагітних службами допологової допомоги (як мінімум одне відвідування вагітної) (%)	≥ 95%	99,8	99,7	99,8
3. Охоплення вагітних тестуванням на поверхностний антиген ВГВ (HBsAg) (%)	≥ 95%	61,2	63,0	69,5

¹⁰ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349550/9789240039360-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹¹ Процес валідації ЕПМД – це вимір досягнення країною критеріїв щодо ЕПМД (ВІЛ-інфекції, вродженого сифілісу, вірусного гепатиту В)

Виконання заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) у 2022–2024 рр.

В Україні переважну більшість дітей віком до 17 років включно, які перебувають на обліку в закладах охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за людьми, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), становлять діти, народжені ВІЛ-позитивними жінками (99,5%). Станом на 01.01.2025 року на обліку перебувало 5696 таких дітей, із яких у 2727 підтверджено діагноз ВІЛ-інфекції, у тому числі у 892 (32,7%) діагностовано СНІД.

Кількість ВІЛ-позитивних вагітних щороку скорочується: з 1416 у 2022 році до 1232 у 2023-му та 1083 у 2024 році. Водночас зберігається майже 100% охоплення вагітних жінок тестуванням на ВІЛ. Частка жінок, у яких ВІЛ-інфекцію діагностують під час вагітності, становить 28%.

Кількість вагітностей, що завершилися пологами, знизилася з 1410 у 2022 році до 1216 у 2023 р. та 1122 у 2024 р.; кількість випадків переривання вагітності – з 69 до 61 та 50 відповідно.

Серед жінок, які дізналися про свій ВІЛ-статус під час вагітності, діагноз встановлено у I триместрі у 30% у 2024 році, у II — 49%, у III — 14%, під час або після пологів — 7%. Частка жінок, які не отримали повний комплекс послуг ППМД, зменшилася з 34% у 2022 році до 22% у 2023 р. та 21% у 2024 р.

Завдяки ефективному залученню та утриманню ВІЛ-позитивних вагітних на АРТ частка ВІЛ-позитивних вагітних, які отримували АРТ, зросла з 94,4% у 2022 році до 97,3% у 2023-2024 рр. Частка жінок, хто продовжили антиретровірусне лікування після пологів, у 2024 році становила 96,8% (2023 р. – 98,8%; 2022 р. – 93,0%).

У 2024 році частка ВІЛ-позитивних вагітних, які народжували шляхом планового кесаревого розтину, складала 34,5% (2023 р. – 34,8%; 2022 р. – 27,7%). Одночасно збільшилася частка жінок, доставлених до акушерського стаціонару до початку пологів: з 58,6% у 2022 р. до 53,9% у 2023 р. та 63,3% у 2024 році.

Кількість ВІЛ-експонованих дітей поступово зменшується – з 1423 у 2022 році до 1226 у 2023 р. та 1125 у 2024 р. Практично всі діти отримують антиретровірусну профілактику (98,7%) та перебувають на штучному вигодовуванні (99,8%). Водночас частка дітей, забезпечених молочними сумішами за рахунок місцевих бюджетів, суттєво скоротилася: з 53% у 2022 році до 23% у 2023 р. та 22% у 2024 р.

Майже всі ВІЛ-експоновані діти мали доступ до ранньої діагностики ВІЛ-інфекції: у 2024 році рівень охоплення відповідним обстеженням становив 99,0% (98,2% у 2023 р.; 91,6% у 2022 р.). Після впровадження у 2016 році обстеження з використанням методу сухої краплі крові охоплення дітей ранньою діагностикою у віці до двох місяців також суттєво зросло — з 60,9% у 2018 році до 98,0% у 2024 році.

Частота передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД)

За результатами ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у ВІЛ-експонованих дітей, ЧПМД з 2018 року не перевищує 2,0% і у 2024 році знизилась до 0,5% (6 ВІЛ-позитивних дітей віком до 12 місяців). Цільового індикатора валідації ЕПМД (2,0%) досягли майже всі регіони, за винятком Харківської області, де показник дорівнював 5,3%.

За результатами когортного аналізу, який проводиться через 18 місяців після народження дитини з урахуванням даних серологічного тестування на ВІЛ, ЧПМД у когорті дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками у 2022 році, становила 2,4% (26 ВІЛ-позитивних дітей віком 18 місяців і старше).

Таблиця 18. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні у 2016 - 2024 рр.

ЧПМД ¹² , %	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
За даними ранньої діагностики	2,0%	1,6%	1,3%	1,3%	1,6%	1,5%	0,5%
кількість ВІЛ-позитивних дітей	38	31	23	24	21	18	6
За даними когортного аналізу	3,0%	2,6%	2,3%	2,3%	2,4%	х	х
кількість ВІЛ-позитивних дітей	58	48	29	31	26	х	х

ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАХОДІВ З ПРОФІЛАКТИКИ

Риженко Н.І.

З метою реалізації заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (далі – ППМД) та на виконання наказу МОЗ України від 06.09.2021р. №1887 «Про організацію виконання заходів з елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини» створені та працюють 25 регіональних груп/комітетів з питань валідації елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини (далі – РК ЕПМД).

На спільному засіданні комітетів Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу 13 липня 2023 року була схвалена Дорожня карта з елімінації випадків передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні на 2023-2024 роки (далі – ДК ЕПМД), головною метою якої є визначення та впровадження заходів, які необхідно реалізувати для досягнення критеріїв валідації ЕПМД як на рівні країни, так і на рівні певних адміністративно-територіальних одиниць, з метою підвищення ефективності виконання програм, лабораторних послуг, управління даними, дотримання права людини, рівності та залучення громад у сфері ППМД.

Завдяки впровадженню заходів «Дорожньої карти на 2023-2024» на регіональному рівні та координуючій ролі МОЗ України і ДУ «ЦГЗ МОЗ України» щодо забезпечення безперервності нагляду та лікування ВІЛ-інфекції в Україні, у 2024 році за даними когортного аналізу вдалося досягти показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини 2,4 % (пологи 2022 року) та 0,5% за даними ПЛР (засідання Комітету з регіональної політики Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу 11 березня 2025 р.)

З огляду на те, що Україна взяла на себе зобов'язання щодо «потрійної» валідації елімінації передачі ВІЛ, сифілісу та вірусного гепатиту В від матері до дитини, та враховуючи завершення терміну дії Дорожньої карти 2023–2024 років, яка охоплювала виключно питання ВІЛ-інфекції розпочато розробку Дорожньої карти з ЕПМД в Україні на 2025-2027 рр. з урахуванням надання послуг, які включають пріоритет ППМД щодо трьох захворювань - ВІЛ, гепатит В, сифіліс.

12 ЧПМД – відсоток ВІЛ-експонованих дітей з ВІЛ-позитивним статусом від загальної кількості живонароджених ВІЛ-експонованих дітей з встановленим ВІЛ-статусом (негативним, позитивним) протягом звітного періоду

III. МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЯХ

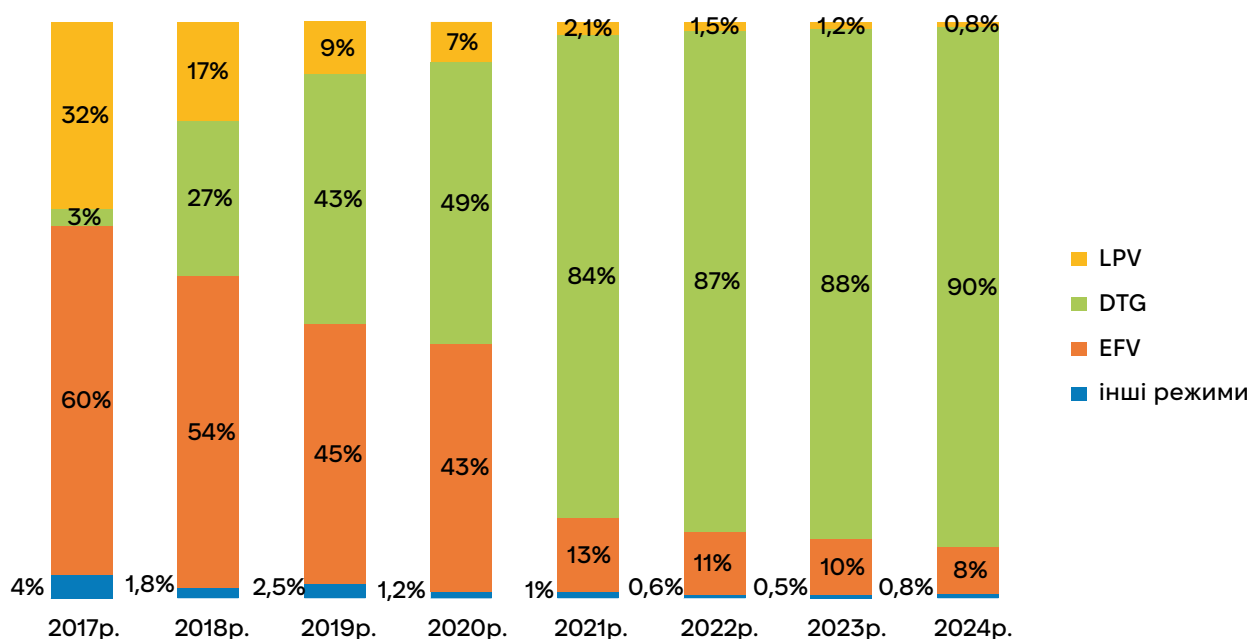
3.1. ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ АРТ В УКРАЇНІ

Рябоконь С.В.

У 2024 році система надання медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, продовжувала працювати в умовах воєнного стану та обмежених ресурсів, забезпечуючи доступність антиретровірусної терапії і супутніх послуг по всій території країни. Завдяки злагодженій роботі Міністерства охорони здоров'я України, Центру громадського здоров'я МОЗ України, міжнародних партнерів та громадських організацій вдалося зберегти сталість послуг та реалізувати низку важливих кроків для підвищення ефективності лікування.

Протягом 2024 року тривав процес оптимізації схем АРТ та впровадження сучасних рекомендацій ВООЗ та узгоджених національних підходів щодо переходу пацієнтів на оптимальні схеми лікування, переважно на основі долутегравіру (DTG) у поєднанні з тенофовіром і ламівудином (TLD). За результатами року понад 81% пацієнтів, які отримують АРТ, отримують оптимальну схему з високим генетичним бар'єром та кращою переносимістю (TLD). Загальна частка ЛЖВ, які отримують фіксовані комбінації препаратів з прийомом 1 раз на добу (TLD, TAF/FTC/DTG, ABC/3TC/DTG)) становить 96%.

Рис. 81. Оптимізація схем АРТ в Україні

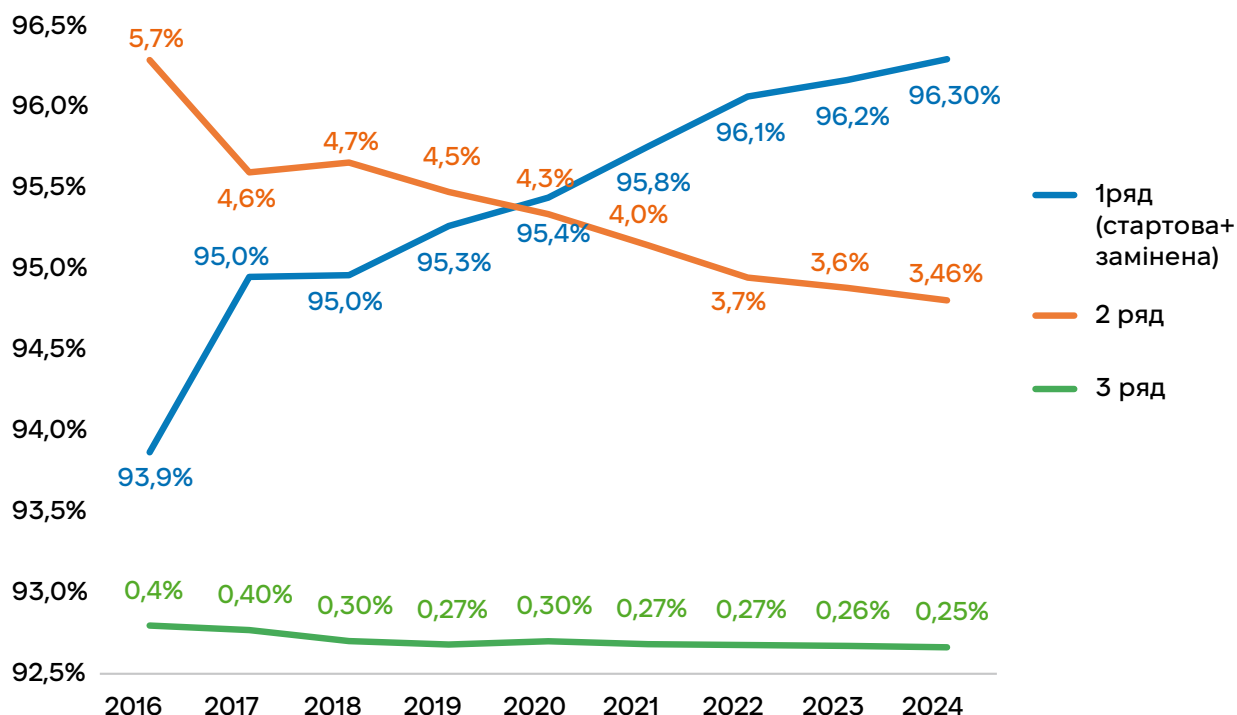


За підсумками року відмічається зменшення частки пацієнтів, які залишаються на схемах з ефавіренцом (EFV), враховуючи низький генетичний бар'єр препарату до розвитку резистентності вірусу.

В 2024 році зберігалась тенденція до повільного зростання частки схем 1-го ряду. Частка пацієнтів, які отримують антиретровірусну терапію другого або третього ряду, залишалася стабільною і складала 3,71% від загальної кількості пацієнтів на АРТ. Зокрема:

- 3,46% пацієнтів перебували на схемах другого,
- 0,25% пацієнтів отримували схеми третього ряду лікування.

Рис. 82. Динаміка розподілу схем АРТ за рядами



Перехід на схеми другого та третього ряду здійснювався відповідно до клінічних показань, з урахуванням наявних результатів тестування на вірусне навантаження та, за можливості, результатів тесту на резистентність.

Забезпечено безперервне лікування ЛЖВ у регіонах, що постраждали від бойових дій, завдяки системі перерозподілу АРВ-препаратів між регіонами та гнучким підходам до кількості виданих препаратів ЛЖВ, з урахуванням клінічної картини та ефективності АРТ в кожному окремому випадку.

Впроваджено механізми швидкого обліку та продовження\відновлення видач АРВП в новому ЗОЗ для внутрішньо переміщених осіб, у тому числі через інтеграцію даних до електронної системи Моніторинг соціально-значущих хвороб та використання єдиних протоколів комунікації між закладами.

Розширено можливості отримання АРВП, окрім видачі препаратів в закладі охорони здоров'я значним попитом користувалась послуга дистанційної доставки ліків через соціальних працівників та кур'єрської доставки.

Завдяки консолідованим зусиллям державного сектору та партнерів щодо моніторингу використання АРВП та проведенням закупівлям препаратів за рахунок міжнародної допомоги вдалося уникнути критичних перерв у постачанні ліків. У 2024 році здійснювався систематичний підхід щодо прогнозування потреби в АРВП на національному рівні з урахуванням переміщення населення та зміни кількості пацієнтів на лікуванні.

Протягом року практично завершено розробку нового нормативного документу «Стандарт лікування ВІЛ-інфекції», що замінює попередній клінічний протокол та відповідає сучасним міжнародним рекомендаціям. Новий стандарт включає оновлені рекомендації щодо схем АРТ у наївних пацієнтів та оновлені підходи до моніторингу вірусного навантаження (ВН) та CD4, а також алгоритми ведення пацієнтів із невдачею лікування.

Завдяки консолідованим зусиллям державних структур, міжнародних партнерів і громадських організацій Україна продовжує рух до цілей 95-95-95, забезпечуючи право кожної людини, яка живе з ВІЛ, на якісне, безперервне та ефективне лікування.

3.2. ДЕРЖАВНІ ПРОГРАМИ ПОСЛУГ З ДОГЛЯДУ І ПІДТРИМКИ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ

Легкоступ Л.М., Кріцина І.О.

З метою забезпечення безперервності надання послуг з догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ (далі - ДіП) в 2024 році між ДУ «ЦГЗ МОЗ України» та НУО:

1. Укладено прямі договори 20% пролонгації до укладених договорів в 2023 році;
2. Проведено закупівлю послуг з ДіП через систему «Prozorro» та укладено договори на 2024 рік.

За напрямом ДіП у 2024 році послуги надавали у 21 НУО в 24 регіонах за виключенням Луганської області через тимчасову окупацію і повномасштабне вторгнення росії на територію України.

Всього в 2024 році 22 678 людей, які живуть з ВІЛ, змогли скористатися послугами догляду і підтримки.

Таблиця 19. Надання послуг ДіП у 2022–2024 рр.

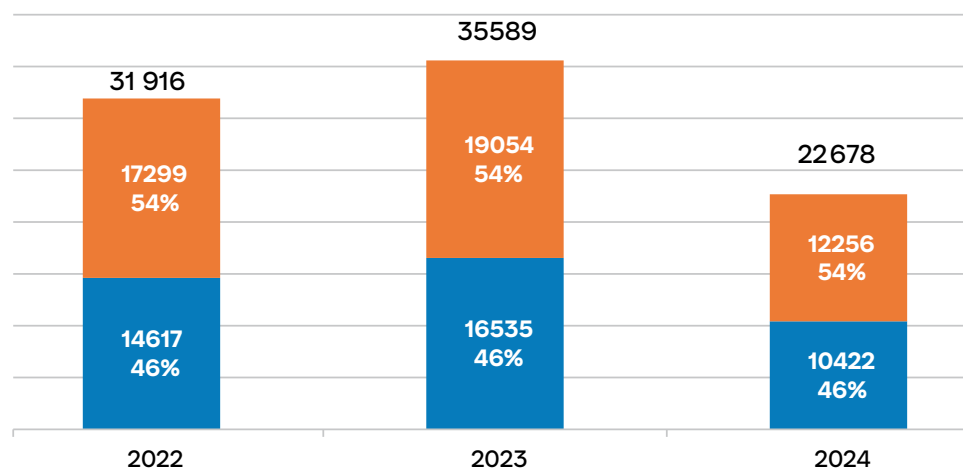
ДіП	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Кількість клієнтів ЛЖВ	27 964	31 805	20 363
Кількість клієнтів ЛЖВ ЛВНІ	3952	3784	2315
Загалом	31 916	35 589	22 678

Таблиця 20. Розподіл отримувачів послуг з ДіП у 2022–2024 рр. за віком та статтю.

Рік	Дезагрегація за віком		Дезагрегація за статтю	
	дорослі	діти	жінки	чоловіки
2022	31743	173	14617	17299
2023	35476	113	16535	19054
2024	22610	68	10422	12256

Переважну частку отримувачів послуг становлять дорослі. Протягом 2022–2024 рр. спостерігається однакове відсоткове співвідношення жінок – 46% та чоловіків – 54% **(Рис. 83)**

Рис. 83. Розподіл отримувачів послуг з ДіП за статтю.



Серед отримувачів послуг з ДіП за напрямками в 2024 році отримали:

- послуги за напрямом «Формування прихильності до лікування ВІЛ та утримання під медичним наглядом» (далі-ЛЖВ) отримали – 20 363 осіб (62% від планового показника); **(Рис. 84)**
- послуги за напрямом «Залучення ЛВНІ до надання медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ та формування прихильності» (далі-ЛЖВ ЛВНІ) – 2 315 осіб (58% від планового показника). **(Рис. 85)**

Рис. 84. Охоплення послугами з догляду та підтримки ЛЖВ в 2024 р

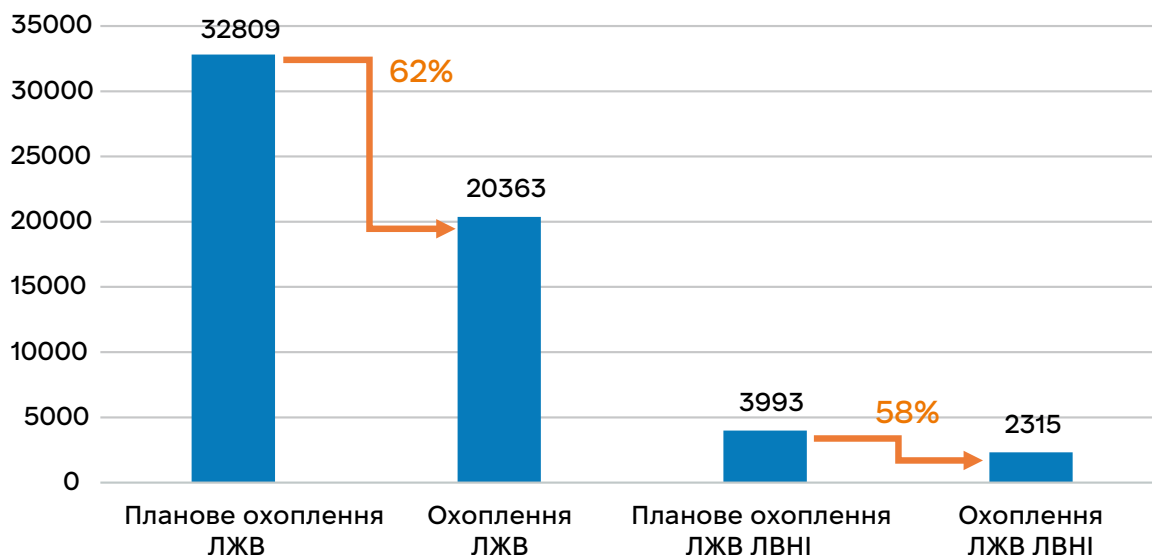
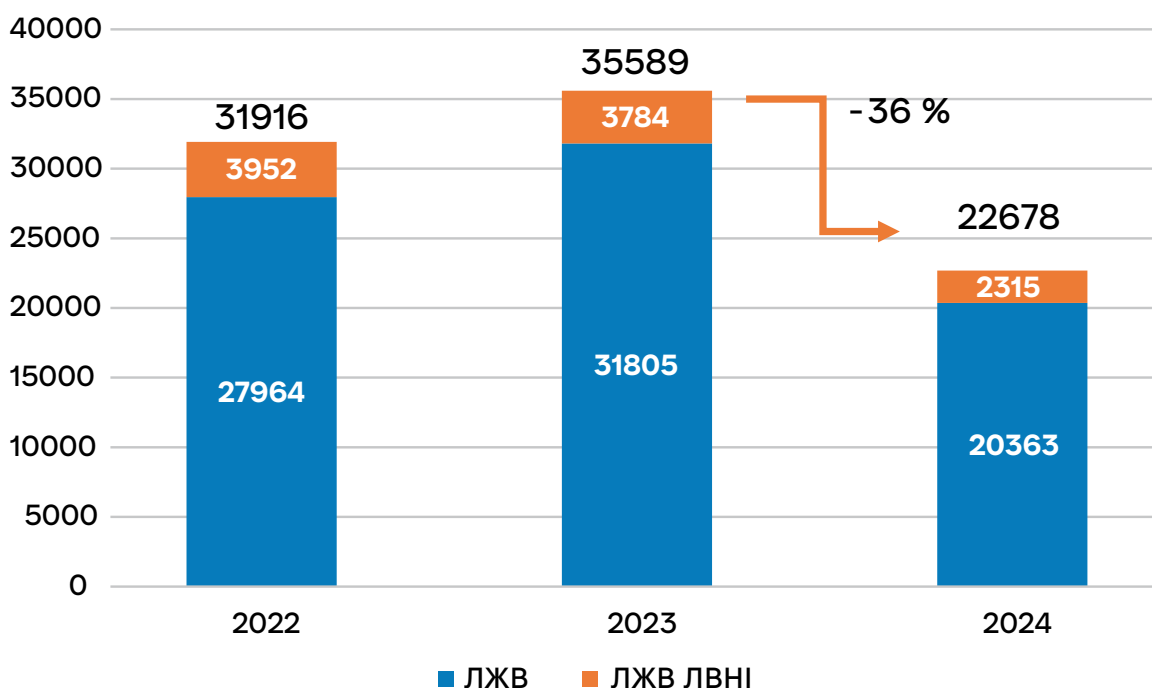


Рис. 85. Динаміка отримувачів послуг з ДіП протягом 2022 - 2024 рр

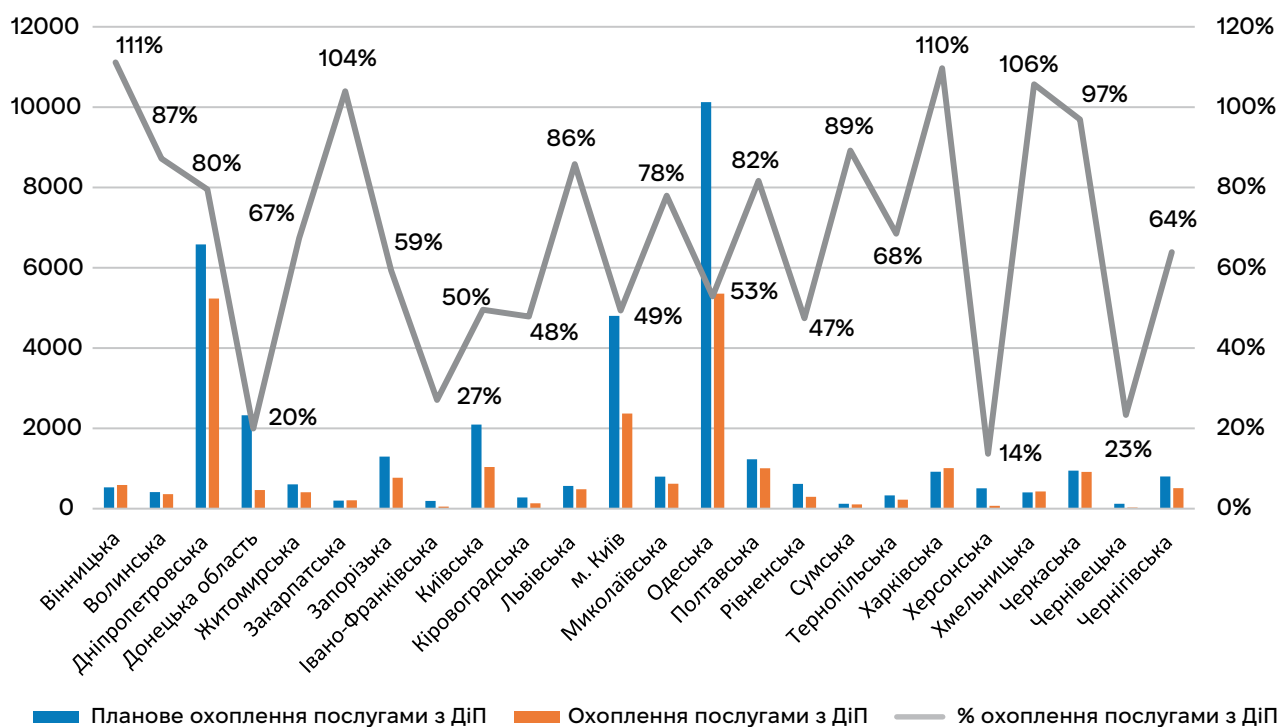


Попри стабільність сервісу, через критичний вплив війни та міграції відзначено тенденцію до зниження охоплення послугами всієї території України і зменшення кількості клієнтів програм ДіП (-36%) порівняно до показників попередніх років. Це зниження має ряд причин:

- Війна та часткова окупація деяких регіонів (Донецька, Херсонська, Луганська області). Найбільша втрата отримувачів послуг, спостерігається саме в цих областях.

- Внутрішня міграція населення через повномасштабне вторгнення Росії в Україну. Люди, які були вимушені покинути свої домівки через війну, часто стикаються з проблемами доступу до медичних та соціальних послуг на нових місцях проживання.
- Кадрові зміни в організаціях, що надають послуги ДіП (Київська, Чернівецька області), що також призвело до певного зниження ефективності надання послуг.

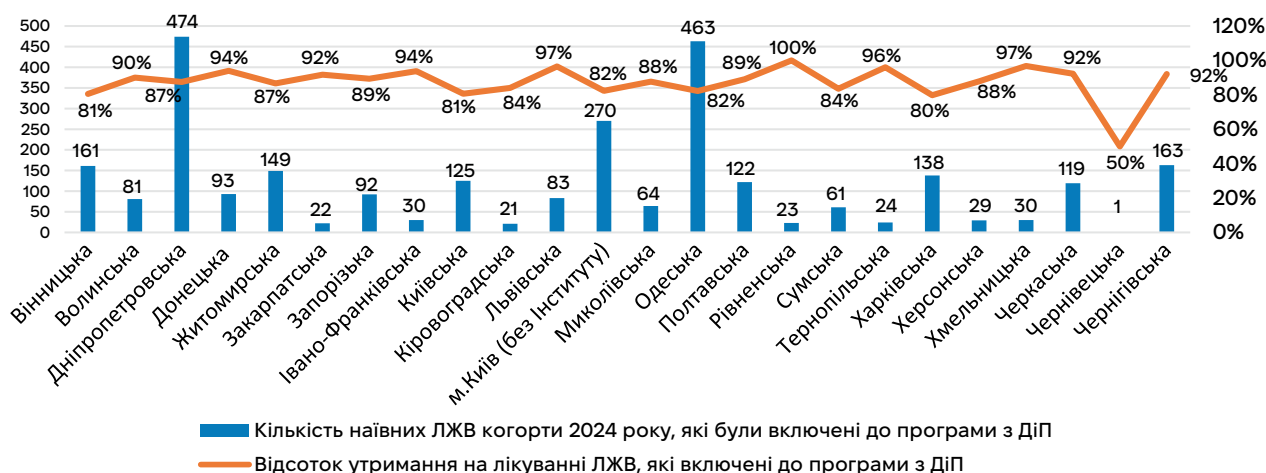
Рис. 86. Охоплення послугами з догляду та підтримки ЛЖВ в 2024 р.



Позитивний приріст отримувачів в програмах ДіП спостерігається в Вінницькій, Закарпатській, Харківській та Хмельницькій областях (малюнок 4), що теж пов'язано з внутрішньою міграцією отримувачів послуг в більш безпечні регіони.

В 2024 році серед усіх нововиявлених ЛЖВ, діагноз ВІЛ-інфекції в яких встановлено вперше в житті, 43% (3295 ЛЖВ) було включено в програми з ДіП, з них 86% прихильні до лікування та отримання медичних послуг. **(Рис. 87)**

Рис. 87. Відсоток утримання нововиявлених ЛЖВ, включених в програми з ДіП в 2024 р.



У 2024 році внесено зміни до Порядку надання послуг з догляду і підтримки

людей, які живуть з ВІЛ затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України 26 січня 2024 року № 140. Даний наказ встановлює модернізовану нормативну основу для надання послуг з догляду та підтримки ЛЖВ:

- відповідає принципам сучасного громадського здоров'я;
- розширює охоплення на пенітенціарні установи;
- систематизує форми підтримки (психологічну, медичну, юридичну).

Це суттєвий крок у забезпеченні системної, якісної та доступної підтримки для людей, які живуть з ВІЛ в Україні.

3.3. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ТЕСТУВАННЯ ТА ЛАБОРАТОРНОГО СУПРОВОДУ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Шейко О.А., Андріанова І.В.

Заходи для безперервного професійного розвитку

Для розширення доступу до безперервного професійного розвитку медичних та лабораторних фахівців з урахуванням змін законодавства та сучасних міжнародних практик ЦГЗ МОЗ України здійснив заходи з:

- Оновлення навчальних курсів з тестування на ВІЛ із застосуванням ШТ та лабораторної діагностики молекулярними методами¹³.
- Розробки курсу тематичного удосконалення «Система управління лабораторією відповідно до вимог ISO15189:2022 Медичні лабораторії. Вимоги до якості та компетентності» у співпраці з викладачами ННЦ «Біології та медицини».

Для впровадження заходів із забезпечення якості тестування на ВІЛ у пунктах ПТВ Референс-лабораторією з діагностики ВІЛ/СНІДу, вірусних та особливо небезпечних патогенів ЦГЗ МОЗ України (далі – Референс-лабораторія) розроблені методичні та навчальні матеріали та проведено два навчальні тренінги для регіональних лабораторних фахівців:

- тренінг для тренерів з впровадження контролю якості тестування на ВІЛ у пунктах тестування;
- тренінг для лабораторних аудиторів регіонального рівня для ефективного контролю за якістю тестування на ВІЛ з використанням ШТ на сайтах тестування.

Програми зовнішнього оцінювання якості лабораторних досліджень в Україні

У 2024 році, при технічній підтримці Глобального Фонду, прийняли участь:

- 34 лабораторії у міжнародній програмі зовнішнього оцінювання якості (далі – ЗОЯ) EQA QCMD HIV-1 (RNA) для досліджень з визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ-1
- 28 лабораторій у міжнародній програмі ЗОЯ EQA QCMD HIV-1 (DNA) для досліджень з виявлення провірусної ДНК ВІЛ-1 (рання діагностика методом ПЛР)

У таблиці 1 представлені загальні результати участі лабораторій у програмах ЗОЯ EQA QCMD за 2022 – 2024 рр.

13 Детальніше за посиланням: https://portal.phc.org.ua/en/view_all_courses/

Таблиця 20. Загальні результати участі лабораторій у програмах ЗОЯ EQA QCMD (2022 – 2024 рр.)

	2022	2023	2024
Дослідження з визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ-1, програма ЗОЯ EQA QCMD HIV-1 (RNA)			
Кількість лабораторій	25	31	34
Ступінь точності (%)	94,67	99,09	98,31
Дослідження з виявлення провірусної ДНК ВІЛ-1 (рання діагностика методом ПЛР), програма ЗОЯ EQA QCMD HIV-1 (DNA)			
Кількість лабораторій	-	21	28
Ступінь точності (%)	-	76,19	98,98

На національному рівні у 2024 році Референс-лабораторією були реалізовані чергові раунди семи програм ЗОЯ, що охоплювали, як заклади охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) цивільного сектору, так і медичні частини та лікарняні заклади державної кримінально-виконавчої служби України. У таблиці 2 наведені результати національних програм ЗОЯ за 2018-2024 рр.

Таблиця 21. Результати реалізації національних програм зовнішньої оцінки якості лабораторних досліджень в Україні (2018-2024 рр.)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Дослідження з виявлення серологічних маркерів ВІЛ інструментальними методами							
Кількість лабораторій	98	98	94	94	78	44	77
Ступінь точності (%)	98,1	98,98	99,5	99,4	99,74	99,24	96,1
Дослідження з виявлення серологічних маркерів ВІЛ із застосуванням ШТ							
Кількість лабораторій	28	28	28	28	23	23	26
Ступінь точності (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100	100	100
Дослідження з визначення кількості CD4+ лімфоцитів							
Кількість лабораторій	25	28	28	26	24	24	25
Ступінь точності (%)	92,0	92,8	92,9	96,2	93,75	100	100
Дослідження з визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ-1							
Кількість лабораторій	-	-	17	22	38	38	55
Ступінь точності (%)	-	-	99,01	98,48	96,62	98,25	94,55

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Дослідження з виявлення серологічних маркерів ВІЛ із застосуванням ШТ у медичних частинах та лікарняних закладах ЦОЗ ДКВС України							
Кількість медичних працівників	-	-	117	198	157	177	194
Ступінь точності (%)	-	-	93,7	97,75	98,24	98,73	97,4
Дослідження з виявлення випадків нещодавнього інфікування ВІЛ							
Кількість медичних працівників	-	-	-	-	116	135	81
Ступінь точності (%)	-	-	-	-	95,52	94,01	97,4
Дослідження з виявлення серологічних маркерів ВІЛ із застосуванням ШТ у рамках інтегрованих біоповедінкових досліджень							
Кількість медичних працівників	-	-	-	60	-	-	31
Ступінь точності (%)	-	-	-	98,15	-	-	100

У 2024 році ЦГЗ МОЗ України розроблена інформаційна система «Система ЗОЯ ЦГЗ»¹⁴ для надання послуг зовнішньої оцінки якості лабораторних досліджень. Метою розробки є створення програмно-технічних рішень, спрямованих на забезпечення надання послуг ЗОЯ відповідно до вимог ДСТУ EN ISO/IEC 17043:2017 «Оцінка відповідності. Загальні вимоги до перевірки професійного рівня».

На рівні 23 регіонів України у 2024 році були реалізовані програми ЗОЯ лабораторних досліджень з виявлення серологічних маркерів ВІЛ із застосуванням ШТ. У програмах ЗОЯ на регіональному рівні прийняли участь 3806 медичних працівників з 890 ЗОЗ. Загальний ступінь точності виконання досліджень за 2024 рік становить 98,45%. У таблиці 3 наведені результати програм ЗОЯ на регіональному рівні за 2021 – 2024 рр.

Таблиця 22. Результати ЗОЯ лабораторних досліджень з виявлення серологічних маркерів ВІЛ із застосуванням ШТ на регіональному рівні (2021 - 2024 рр.)

Регіон	2021 рік		2022 рік		2023 рік		2024 рік	
	Кількість учасників	Ступінь точності (%)	Кількість учасників	Ступінь точності (%)	Кількість учасників	Ступінь точності (%)	Кількість учасників	Ступінь точності (%)
Вінницька область	41	98	172	98,2	200	99,5	260	96,5
Волинська область	35	100	48	100	177	100	150	100
Житомирська область	160	97,3	66	99	141	99,6	278	99,86
Закарпатська область	58	97,4	54	94	59	99,6	91	99,94
Львівська область	192	99,3	37	98	38	100	101	100

14 Система ЗОЯ ЦГЗ: <https://eqa.phc.org.ua/>

Регіон	2021 рік		2022 рік		2023 рік		2024 рік	
	Кількість учасників	Ступінь точності (%)	Кількість учасників	Ступінь точності (%)	Кількість учасників	Ступінь точності (%)	Кількість учасників	Ступінь точності (%)
Рівненська область	32	98,6	112	93	196	97,3	218	97,88
Сумська область	28	100	33	100	36	100	72	100
Тернопільська область	6	100	13	100	19	100	41	100
Харківська область	48	99	46	98,9	58	100	58	99,85
Хмельницька область	147	96,9	99	100	91	96,5	18	100
Чернівецька область	35	100	53	100	130	100	124	100
Донецька область	111	100	-	-	-	-	-	-
Дніпропетровська область	594	98,18	646	98,15	794	99,6	565	96,2
Запорізька область	85	100	51	100	106	100	105	100
Київська область	71	99	86	100	74	99,5	70	100
м. Київ	170	100	506	93,7	563	95,2	777	95,9
Кіровоградська область	50	100	62	100	55	99,4	37	100
Миколаївська область	107	100	228	99,9	234	99	263	99,75
Одеська область	106	100	104	95,5	309	97,7	82	95,27
Херсонська область	99	96,9	45	97,6	32	100	38	100
Черкаська область	80	97,5	54	100	72	100	121	100
Чернігівська область	54	100	48	100	27	100	210	98,53
Полтавська область	-	-	-	-	55	99,4	38	100
Івано-Франківська область	-	-	-	-	-	-	89	87,02

Результати аудитів сайтів тестування на ВІЛ та лабораторій із застосуванням опитувальників SPI-RRT та VL-IVT

З метою підвищення якості надання послуг з тестування на ВІЛ з використанням ШТ у 2024 році проведена оцінка 443 сайтів ПТВ із застосуванням опитувальника SPI-RRT (245 сайтів – перша (базова) оцінка, 198 сайтів – повторна оцінка). За результатами оцінок розроблені плани заходів для підвищення якості надання послуг. Прогрес у покращенні якості ПТВ після впровадження заходів з підвищення якості, в середньому, становив 19,5%.

Для оцінювання якості надання лабораторних послуг з моніторингу ефективності лікування ВІЛ-інфекції проведено оцінку 10 лабораторій 3ОЗ із застосуванням опитувальника Viral Load and Infant Virological Testing Scorecard checklist (VL-IVT). Рівень відповідності вимогам ISO 15189:2022 становить від 57% до 89%. За результатами оцінок розроблені плани поліпшення якості надання лабораторних послуг.

3.4. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОГО ЦИКЛІЧНОГО МОНІТОРИНГУ НАБУТОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ВІЛ В УКРАЇНІ (ПЕРШИЙ РАУНД)

(CYCLICAL ACQUIRED HIV DRUG RESISTANCE (CADRE) PATIENT-LEVEL MONITORING IN UKRAINE)

Шейко О.А., Андріанова І.В.

ВСТУП

Масштаби лікування ВІЛ швидко розширюються і все більше людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) мають доступ та отримують антиретровірусну терапію (АРТ). Розширення масштабів АРТ з одного боку подовжує та покращує життя пацієнтів, з іншого боку – сприяє ризику формування резистентності ВІЛ до антиретровірусних препаратів (АРВП). Тому моніторинг набутої медикаментозної резистентності ВІЛ (HIV Acquired Drug Resistance – ADR) є критично важливим, щоб зберегти довгострокову ефективність режимів АРТ. Моніторинг ADR можна забезпечити шляхом систематичного зберігання протестованих на рівень вірусного навантаження (ВН) ВІЛ залишків плазми крові, відібраних у осіб з непригніченим вірусним навантаженням (ВН) ВІЛ (≥ 1000 копій/мл). Це дозволяє країнам налагодити ефективний недороговартісний нагляд за медикаментозною резистентністю ВІЛ, з мінімальним залученням клінік. За допомогою цього методу епідеміологічний нагляд за ADR може здійснюватися безперервно і постійно, забезпечуючи більш якісні та своєчасні дані про поширеність та закономірності медикаментозної резистентності ВІЛ.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження та цільова група:

Дослідження пацієнт-орієнтованого циклічного моніторингу набутої медикаментозної резистентності ВІЛ – це ретроспективні когортні дослідження, що проводилися в період з 2020 по 2023 роки (далі – CADRE 2020).

Основною метою CADRE 2020 було визначення поширеності набутої (ADR) резистентності ВІЛ до АРВП серед осіб, які перебували на АРТ та не мали вірусологічної ефективності терапії (тобто, через 6 і більше місяців АРТ ці пацієнти мали рівень ВН ВІЛ більше 1000 РНК-копій/мл).

Вторинні цілі полягали в наступному:

- a.** Оцінити поширеність та описати характер ADR серед осіб з ВН ВІЛ більше 1000 РНК-копій/мл, з аналізом демографічних показників (вік, стать, час на АРТ, стан вагітності, режим АРТ, географічний регіон).
- b.** Визначити фактори, пов'язані з МР ВІЛ серед осіб з ВН ВІЛ більше 1000 РНК-копій/мл (аналіз даних про склад та кількість схем АРТ в історії хвороби, частоту замін у схемах АРТ, припинення та переривання лікування, тривалість АРТ, стать та вік).

Цільовою групою дослідження були ВІЛ-інфіковані пацієнти, які відповідали наступним критеріям включення та виключення з дослідження:

Критерії включення пацієнта до дослідження:

- наявність залишкового зразку плазми крові з рівнем ВН ВІЛ 1000 РНК-копій/мл і більше;
- наявність залишкового зразку плазми крові об'ємом 0,5 мл і більше;
- наявність задокументованого діагнозу ВІЛ;
- вік пацієнта 18 років і старше на момент проведення дослідження;

- наявність даних щодо статі, поточного режиму АРТ, дати початку АРТ;
- перебування пацієнта на АРТ протягом 9 і більше місяців.

ДИЗАЙН ПРОЄКТУ

Це були ретроспективні когортні дослідження, в яких використовувалися залишки зразків плазми крові. У дослідженні брали участь заклади охорони здоров'я, які надавали АРТ ВІЛ-інфікованим пацієнтам та здійснювали лабораторний супровід лікування. Відбиралися зразки залишкової плазми крові від осіб з вірусологічною неефективністю лікування (рівнем ВН ВІЛ більше 1000 РНК-копій/мл).

ТРИВАЛІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження CADRE (далі – CADRE 2020) розпочалося у вересні 2020 року. Польовий етап тривав з вересня 2020 року по грудень 2021 року. Тестування зразків плазми крові почалося в червні 2022 року і завершилося в березні 2023 року (військове вторгнення росії в Україну відтермінувало початок лабораторного етапу). Перелік ЗОЗ – учасників дослідження CADRE 2020 і розмір вибірки вказано у таблиці 1.

Таблиця 23. Вибіркова сукупність

№	Область/Регіон	Заклад, в якому розташована міжрегіональна ПЛР-лабораторія	Обсяг вибірки (min-max), зразків плазми крові	Реалізована вибірка, зразків плазми крові
1	Дніпропетровська	КП «Криворізький Центр профілактики та боротьби зі СНІДом» Дніпропетровської обласної ради», м. Кривий Ріг	90-104	92
2	Черкаська	КНП «Черкаський обласний центр громадського здоров'я Черкаської обласної ради», м. Черкаси	56-63	58
3	Кіровоградська		35-45	46
4	Миколаївська	КНП «Миколаївський обласний центр паліативної допомоги та інтегрованих послуг» Миколаївської обласної ради, м.Миколаїв	99-114	100
5	м. Київ	КНП "Київська міська клінічна лікарня №5", м. Київ	98-104	72
6	Одеська	КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради», м. Одеса	42-49	41
7	Львівська	КНП Львівської обласної ради «Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр», м. Львів	35-37	32
8	Житомирська		40-55	30
9	Закарпатська	КНП «Закарпатський обласний центр громадського здоров'я» Закарпатської обласної ради	10	10
10	Донецька	КНП «Донецький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» м.Слов'янськ	61-71	64
11	Херсонська	КНП Херсонський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом Херсонської обласної ради, м. Херсон	38-44	49
Усього				594

МАТЕРАІЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Матеріали дослідження

Зразки плазми крові тестувалися на рівень ВН ВІЛ в регіональних ПЛР-лабораторіях. Якщо зразки відповідали критеріям включення і мали достатній залишковий об'єм для додаткового тестування (необхідно було не менше 0,5 мл), вони зберігалися в регіональних лабораторіях при мінус 20°C. Кожного місяця, один раз на 30 днів, координатори дослідницьких закладів відправляли заморожені зразки залишкової плазми крові до національної референс-лабораторії (НРЛ) у Києві для зберігання при мінус 70°C та подальшого генотипування. Зразки, що не відповідали критеріям включення, утилізувалися.

Демографічні, клінічні та епідеміологічні дані пацієнтів були зібрані регіональними координаторами з національної бази даних лікування АРТ (MIC C3X).

Методи дослідження

Тестування зразків на ВН ВІЛ

Тестування на ВН ВІЛ проводилися відповідно до затверджених СОП, на прекваліфікованих ВООЗ платформах для тестування на ВН, якими були оснащені лабораторії-учасниці. В Україні це - обладнання Abbott і Roche (Abbott m2000sp, Abbott Real-time m2000rt, Roche COBAS® 4800, Roche AmpliPrep/Cobas).

Секвенування геному ВІЛ

Послідовності гену pol (1200 bp) ВІЛ-1 були отримані за допомогою молекулярно-генетичних методів секвенування по Сенгеру. Отримано послідовності гену pol з 594 клінічних зразків

Екстракцію РНК ВІЛ із зразків залишкової плазми здійснювали з використанням комерційного набору QIAamp Viral RNA Mini Kit (QIAGEN, USA, Cat. No. 52904) згідно інструкцій виробника та зберігали при мінус 70°C до наступного етапу тестування. Генотипування в області гену pol ВІЛ-1 проводили за допомогою комерційного набору HIV-1 genotyping kit with integrase (Applied Biosystems, ThermoFisher Scientific, Inc., USA, Cat. No. A45501), що дозволяє визначати резистентність ВІЛ до АРВП класу: інгібіторів протеази, нуклеозидних та нуклеотидних інгібіторів зворотної транскриптази, інгібіторів інтегрази. Секвенування геному ВІЛ проводилось на генетичному аналізаторі 3500xLDX (Applied Biosystems, USA).

Для редагування, вирівнювання, зшивання необроблених послідовностей геному вірусу було використано програмне забезпечення Exatype HIV: Sanger v.3.1.4 (Hyarx Biosciences, USA). Перелік МР ВІЛ та профілі медикаментозної чутливості було сформовано за допомогою Стенфордської бази даних HIVdb v9.4 (Stanford University, USA), що класифікує ступінь медикаментозної стійкості ВІЛ за п'ятьма рівнями: сприятливий, потенційно низький, низький, середній, високий.

Для кожного пацієнта, який брав участь у дослідженні, було створено індивідуальний звіт про медикаментозну резистентність ВІЛ до АРВП, з описом присутніх МР ВІЛ та ступенів стійкості ВІЛ до АРВП. Індивідуальні звіти було повернуто в лікувальні заклади після завершення лабораторного етапу дослідження CADRE 2020.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

З метою вивчення частоти формування набутої резистентності ВІЛ до інгібіторів інтегрази, було проаналізовано дані пацієнтів, які отримували поточні режими АРТ з Долутегравіром (DTG) та не мали вірусологічної ефективності терапії.

Загалом до групи дослідження увійшло 315 (315/594; 53,0%) пацієнтів.

Соціально-демографічний профіль

Аналіз демографічних показників виявив, що серед учасників дослідження відсоток чоловіків (57,1%) був достовірно вищим, ніж жінок. Середній вік пацієнтів становив 40 років (діапазон: від 18 до 67 років, IQR: від 34 до 45). Більшість пацієнтів були мешканцями міст (71,1%), неодружені або із невідомим сімейним станом (55,6%), із середнім рівнем освіти (71,1%), із статевим шляхом передачі ВІЛ (65,1%).

Серед учасників були пацієнти з легенеvim або позалегенеvim активним туберкульозом (24,5%), з вірусним гепатитом В або вірусним гепатитом С, або ко-інфекцією вірусного гепатиту В і С (36,6%).

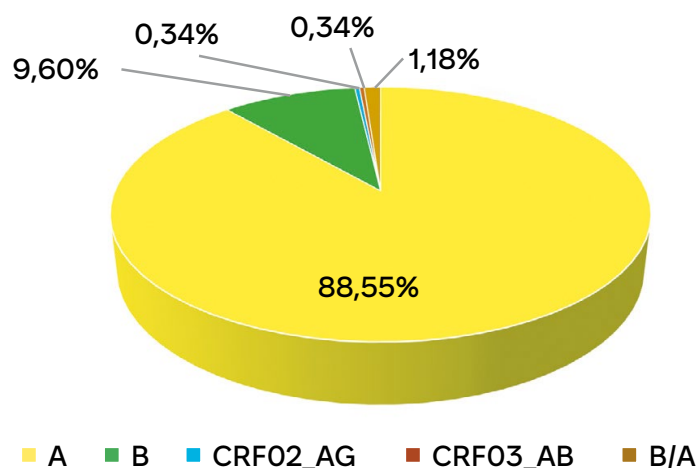
Медіана тривалості інфікування ВІЛ нараховувала 70 місяців (діапазон: від 9 до 296), прийому АРТ - 46 місяців (діапазон: від 9 до 190).

Медіана останнього значення кількості CD4 на момент залучення пацієнтів у дослідження становила 265 клітин/мм³ (діапазон: від 2 до 1 270), медіана рівня вірусного навантаження ВІЛ - 22659 РНК-копій/мл (діапазон: від 1040 до 5 581 171).

Субтипова структура популяції ВІЛ-1

Аналіз генетичних послідовностей геному ВІЛ-1 показав, що у субтиповій структурі популяції ВІЛ найбільш поширеним був субтип А ВІЛ-1 (88,55%), на другому за частотою місці субтип В (9,6%), в поодиноких випадках виявлено рекомбінантні форми CRF02_AG (0,34%), CRF03_AB (0,34%).

Рис. 88. Субтипова структура популяції ВІЛ-1



Більшість пацієнтів (66%) на момент обстеження приймали поточну схему АРТ, що складалася з комбінації препаратів TDF/3TC/DTG (TLD). Найменша кількість пацієнтів (4,8%) на момент обстеження приймала комбінацію препаратів AZT+3TC+DTG. Один пацієнт був на бітерапії препаратами 3TC+DTG (табл.2).

Таблиця 24. Перелік поточних схем АРТ у пацієнтів на DTG (n=315)

№	Поточна схема АРТ	Область/регіон											Загалом	
		Дні-проп-ров-ська	Доне-цька	Жито-мир-ська	м. Київ	Кіро-во-град-ська	Львів-ська	Мико-лаїв-ська	Одесь-ка	Хер-сон-ська	Закар-пат-ська	Чер-кась-ка	абс	%
1	TDF/3TC/DTG	42	22	4	17	11	14	41	6	30	1	20	208	66,0%
2	TDF+FTC+DTG		8	6	5	5	5	18		1	1	6	55	17,5%
3	ABC+3TC+DTG	3	6		6	2	1	13	1	1	1	2	36	11,4%
4	AZT+3TC+DTG	1	2	2	4	1		4	1				15	4,8%
5	3TC+DTG											1	1	0,3%
	Загальна кількість	46	38	12	32	19	20	76	8	32	3	29	315	

У 22 осіб (6,99%) схема АРТ з DTG була стартовим режимом лікування, у решти (293/315, 93,01%) пацієнтів препарат DTG входив до складу наступних після стартової схем лікування²).

Ключовими компонентами (третій препарат в схемі АРТ) були препарати класу ІНІ (315/594, 53,03%) або ННІЗТ (230/594, 38,72%), або препарати класу ІП - 7,58% (45/594).

МУТАЦІЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ВІЛ ДО АРВ-ПРЕПАРАТІВ У ПАЦІЄНТІВ ГРУПИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Аналіз основних (великих, major) мутацій резистентності ВІЛ у зразках плазми крові пацієнтів групи дослідження.

Було проведено аналіз даних секвенування геному ВІЛ у зразках крові пацієнтів групи дослідження. Отримані результати свідчили, що 122 (38,7%) генетичних послідовностей ВІЛ з 315 мали принаймні хоча б одну велику (або основну) МР ВІЛ до АРВП згідно зі списком мутацій з Стенфордського алгоритму HIVdb [www.hivdb.stanford.edu].

У 30,5% (96/315) генетичних послідовностей виявлено МР ВІЛ до АРВП класу ННІЗТ; в 88 випадках (88/315; 27,9%) спостерігалися МР, пов'язані з резистентністю ВІЛ до НІЗТ, 20 (20/315; 6,3%) мали мутації до АРВП класу ІНІ, і в 3 зразках виявлено МР до АРВП класу ІП (3/315; 1,0%) (табл. 3).

Таблиця 25. Частота виявлення мутацій резистентності ВІЛ до класів АРВ-препаратів (n=315)

Мутації резистентності ВІЛ	n, абс.	Питома вага, %
тільки до НІЗТ	17	5,4%
тільки до ННІЗТ	32	10,2%
тільки до ІП	1	0,3%
тільки до ІНІ	1	0,3%
НІЗТ + ННІЗТ	51	16,2%
НІЗТ + ІП	1	0,3%
НІЗТ + ІНІ	5	1,6%
НІЗТ + ННІЗТ + ІНІ	13	4,1%
НІЗТ + ІП + ІНІ	1	0,3%
Будь-якого НІЗТ	88	27,9%
Будь-якого ННІЗТ	96	30,5%
Будь-якого ІП	3	1,0%
Будь-якого ІНІ	20	6,3%

МР ВІЛ до двох класів АРВП встановлено у 57 (18,1%) випадках: НІЗТ + ННІЗТ (16,2%; 51/315), НІЗТ + ІНІ (1,6%; 5/315), НІЗТ + ІП 0,3%; 1/315). Мутації резистентності ВІЛ до трьох класів АРВП (мультирезистентність) виявлено в 14 (4,4%) випадках, серед них: МР до НІЗТ + ННІЗТ + ІНІ - в 4,1%, до НІЗТ + ІП + ІНІ - в 0,3%.

Кількість осіб з > 3 МР ВІЛ, що відносяться до аналогів тимідину (мутації резистентності ВІЛ до аналогів тимідину - МРАТ), склала 7 (7/315; 2,22%).

Серед МР ВІЛ-1 до НІЗТ найчастіше зустрічалися: М184V (79/122; 64,75%), К65R (22/122; 18,03%), Y115F (18/122; 14,75%), D67N (15/122; 12,30%), К219Е (13/122; 10,66%), К70Е (12/122; 9,84%).

Найпоширенішими мутаціями ВІЛ до ННІЗТ були: K103N (43/122; 35,25%), G190S (41/122; 33,61%), K101E (19/122; 15,57%), Y181C (19/122; 15,57%), V106I (13/122; 10,66%).

Серед основних мутацій резистентності до ІНІ виявлено: E138K (11/122; 9,02%), G118R (9/122; 7,38%), R263K (8/122; 6,56%), T66A (7/122; 5,74%). Мутації, які мають вагомий вплив на рівень стійкості ВІЛ до ІНІ, зустрічалися не часто, серед них: Q148R (5/122; 4,10%), G140A (3/122; 2,46%).

ІП-асоційовані мутації ВІЛ-1 виявлені в поодиноких випадках: M46I (2/122, 1,64%), I54V (1/122, 0,82%), I50V (1/122, 0,82%), V82A (1/122, 0,82%).

З метою виявлення факторів ризику, що асоціюються з підвищеним ризиком формування резистентності ВІЛ, було проведено уніваріативний та мультиваріативний регресійний аналіз даних пацієнтів, які отримували DTG-вмісні режими АРТ у якості поточної схеми лікування (n=315).

Отримані результати свідчили, що факторами ризику щодо набутої резистентності ВІЛ до антиретровірусних препаратів були: тривалість антиретровірусної терапії (АРТ) більше 24 місяців, наявність у пацієнта активного туберкульозу, рівень СД4 лімфоцитів <200 кл/мкл.

Встановлено значний природний поліморфізм ВІЛ-1 підтипу А6, що проявляється у великій кількості виявлених поліморфних замін, зокрема L74I (522/594; 87,88%).

ВИСНОВКИ

1. Робота над прихильністю ВІЛ-позитивних пацієнтів до АРТ є недостатньою, про що свідчить той факт, що з протестованих зразків (n=594) мутації резистентності ВІЛ виявлено в 301 зразку (50,67%), у решти пацієнтів (49,33%, тобто в кожного другого учасника досліджень) рівень ВН ВІЛ зріс внаслідок систематичних порушень режиму прийому АРВП. Серед пацієнтів на DTG відсоток «неприхильних» до лікування знаходився на рівні 38,73%.
2. Встановлено, що в Україні, як і раніше превалює субтип А ВІЛ-1, проте його частка в субтиповій структурі ВІЛ, а також частка субтипу В ВІЛ-1 поступово знижуються за рахунок збільшення в популяції рекомбінантних форм CRF02_AG, CRF03_AB, комбінованих варіантів В/А.
3. Кількість виявлених основних МР ВІЛ до препаратів класу ненуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази (96/315; 30,5%) є високою і повинна враховуватися при розробці стандартів лікування ВІЛ-інфекції в Україні.
4. Встановлено значний природний поліморфізм ВІЛ-1 підтипу А6, що проявляється у великій кількості виявлених поліморфних замін, зокрема L74I (522/594; 87,88%). Проте, незначна частка основних мутацій резистентності ВІЛ до інгібіторів інтегрази у пацієнтів на DTG (20/315; 6,35%) дозволяє рекомендувати DTG до складу стартових схем лікування або у якості профілактичного лікування (PreP), незважаючи на значну поширеність поліморфної заміни L74I у загальній популяції ВІЛ, що циркулює в Україні.

Представлений випуск Інформаційного бюлетеня «ВІЛ-інфекція в Україні» присвячений питанням моніторингу ситуації з ВІЛ в Україні і може бути корисним широкому колу фахівців - епідеміологам, лікарям-інфекціоністам і лікарям загальної практики, фахівцям з громадського здоров'я, керівникам ЗОЗ, лідерам і представникам громадського сектору тощо. Бюлетень містить аналітичні матеріали з питань профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, результати досліджень, статистичні дані, програмні показники МіО, сучасні підходи до епіднагляду за поширенням ВІЛ-інфекції, а також іншу важливу інформацію щодо зусиль країни, спрямовані на реалізацію Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2030 року.

У публікації наголошується на важливості посилення епіднагляду та програм профілактики, спрямованих на зниження рівня нових інфекцій серед населення України в умовах повномасштабної агресії РФ. Більш детальну інформацію можна отримати на сайті Центру громадського здоров'я або безпосередньо звернутися до авторів публікації.

Авторській колектив

Відділ статистики та аналізу	Біловодченко С.С., Антоненко Ж.В., Зубко М.В., Ісаєнкова К.А.
Відділ організації епіднагляду	Бугаєнко Н.С., Марциновська В.А., Балтіна С.В.
Відділ управління та протидії ВІЛ-інфекції	Гетьман Л.І., Бондарева Л.В., Клімова О.А., Легкоступ Л.М., Троценко А.В., Рябоконь С.В., Самсонова О.М., Риженко Н.І., Шевченко Д.О., Запольська Н.О., Кріцина І.О.
Референс-лабораторія з діагностики ВІЛ/СНІДу, вірусних та особливо небезпечних патогенів	Демчишина І.В., Шейко О.А., Андріанова І.В., Люльчук М.Г., Кучерова І.М.
Відділ наукових досліджень	Нестерова О.Є., Тітар І.О., Трофименко Є.М., Огороднік С.В., Мошура М.А., Думчев К.В. (консультант)
Відділ управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності	Іванчук І.О., Коваленко І.М.
Дизайн обкладинки та верстання	Ярослав Коваль
Відділ комунікацій	Ганіч. М.М., Сарапин Н.Л., Шостак Д.С., Слюсаренко А.В., Ситькова О.В., Дубінець В.Ю.

Додаток 1

Таблиця 1. Результати СЕМ поширення ВІЛ за кодами обстеження в Україні 2022-2024 рр.											
Код	Контингенти осіб, які обстежені на ВІЛ-інфекцію	2022 рік				2023 рік				2024 рік	
		Обстежено осіб	виявлено ВІЛ+		Обстежено осіб	виявлено ВІЛ+		Обстежен о осіб	виявлено ВІЛ+		
			осіб	%		осіб	%		осіб	%	
100	Громадяни України всього, в т.ч. за окремими кодами	1 612 348	14937	0.9	2 250 660	14176	0.6	2587184	12381	0.5	
101	Особи, які мали статеві контакти з ВІЛ+ особами	16 044	1544	9.6	20 049	1593	7.9	19 111	1299	6.8	
102	Люди, які вживають ін'єкційні наркотики	56 629	3421	6.0	59496	2164	3.6	40329	1318	3.3	
103	Особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом	10 315	212	2.1	8545	208	2.4	8588	208	2.4	
104	Особи із симптомами або хворі на ІПСШ	13 963	93	0.7	16 809	109	0.6	11 936	67	0.6	
105	Особи з ризикованою статевою поведінкою	85 904	1 097	1.3	80 085	1 163	1.5	67 284	1 139	1.7	
106	Призовники, абітурієнти військових закладів	41 597	105	0.3	214 310	559	0.3	562 515	1 261	0.2	
107	Особи з інших груп ризику щодо інфікування ВІЛ, обстежені за епідеміологічними показаннями	18 289	890	4.9	22 359	443	2.0	21 398	218	1.0	
108	Донори	541 742	290	0.1	623 214	260	0.04	589 723	155	0.03	
109.1	Вагітні	205 118	450	0.2	187 340	313	0.17	169 878	271	0.16	
111	Діти, народжені ВІЛ-позитивними жінками, обстежені з метою остаточного встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції у віці ≥ 18 міс.	1 207	4	0.3	1 498	2	0.1	1 436	6	0.4	
112	Особи, які перебувають у місцях позбавлення волі	54 976	320	0.6	69 652	389	0.6	59 796	357	0.6	
113	Особи, які мають захворювання, стани при яких пропонуються ПТВ при зверненні у ЗОЗ	326 389	3 903	1.2	546 341	4 348	0.8	640 891	3 800	0.6	
114	Особи, обстежені анонімно	2 123	18	0.8	4 980	15	0.3	4 831	17	0.4	
115	Особи, які мають ризик інфікування ВІЛ у наслідок медичних маніпуляцій	1 339	1	0.1	2 283	0	0.0	1 761	0	0.0	
116	Особи, обстежені за власною ініціативою	235 157	1 099	0.5	392 097	1 235	0.3	385 943	1 024	0.3	
119	Померлі особи	140	46	32.9	344	100	29.1	640	99	15.5	

Таблиця 2. СЕМ поширення ВІЛ-інфекції у регіонах України, 2022-2024 рр.										
Регіон (область, місто)	2022			2023			2024			
	к-ть обстежених	к-ть ВІЛ+	% ВІЛ+	к-ть обстежених	к-ть ВІЛ+	% ВІЛ+	к-ть обстежених	к-ть ВІЛ+	% ВІЛ+	
Україна	1 612 348	14 937	0.9	2 250 660	14 176	0.6	2 587 184	12 381	0.5	
Вінницька	48 390	283	0.6	58 306	348	0.6	93 719	393	0.4	
Волинська	43 050	133	0.3	60 586	213	0.4	81 847	218	0.3	
Дніпропетровська	197 747	3 120	1.6	274 938	3 204	1.2	315 757	2 376	0.8	
Донецька	23 907	359	1.5	33 127	338	1.0	31 200	281	0.9	
Житомирська	50 048	342	0.7	83 452	438	0.5	108 189	410	0.4	
Закарпатська	28 110	122	0.4	41 471	150	0.4	46 582	123	0.3	
Запорізька	53 656	390	0.7	72 663	366	0.5	94 991	254	0.3	
Івано-Франківська	57 537	135	0.2	63 662	134	0.2	77 859	141	0.2	
Київська	79 409	975	1.2	91 654	1 029	1.1	138 548	769	0.6	
Кіровоградська	49 208	422	0.9	57 955	452	0.8	74 604	414	0.6	
Луганська	1 839	16	0.9	2 641	5	0.2	4 509	3	0.1	
Львівська	84 902	577	0.7	153 647	617	0.4	121 741	521	0.4	
Миколаївська	52 779	572	1.1	63 431	615	1.0	67 208	469	0.7	
Одеська	132 074	4 134	3.1	169 609	2 225	1.3	187 934	1 748	0.9	
Полтавська	46 702	339	0.7	65 887	348	0.5	101 671	386	0.4	
Рівненська	46 665	163	0.3	78 980	202	0.3	86 054	199	0.2	
Сумська	49 330	181	0.4	69 585	219	0.3	71 748	223	0.3	
Тернопільська	33 149	85	0.3	41 202	91	0.2	49 404	91	0.2	
Харківська	74 800	390	0.5	135 009	632	0.5	138 486	1 134	0.8	
Херсонська	15 951	206	1.3	17 566	95	0.5	31 211	120	0.4	
Хмельницька	49 417	206	0.4	60 515	254	0.4	83 632	220	0.3	
Черкаська	85 178	359	0.4	116 766	359	0.3	150 493	380	0.3	
Чернівецька	31 760	117	0.4	57 000	120	0.2	46 051	107	0.2	
Чернігівська	49 978	311	0.6	91 268	419	0.5	107 018	350	0.3	
м. Київ	226 762	1 000	0.4	289 740	1 303	0.4	276 728	1 051	0.4	

Таблиця 3. Результати СЕМ в Україні: обсяги тестувань на ВІЛ за допомогою швидких тестів (ШТ), 2022-2024 рр.									
Код	2022 рік			2023 рік			2024 рік		
	к-ть обстежених ШТ осіб	% від усіх обстежених ШТ (код 100)	% від обстежених за кодом	к-ть обстежених ШТ осіб	% від усіх обстежених ШТ (код 100)	% від обстежених за кодом	к-ть обстежених ШТ осіб	% від усіх обстежених ШТ (код 100)	% від обстежених за кодом
100	674 786	100.0	41.9	1 257 557	100.0	55.9	1 581 027	100.0	61.1
101	13 694	2	85.4	19 016	1.5	94.8	17899	1.1	93.7
102	52 347	7.8	92.4	58 247	4.6	97.9	38 781	2.5	96.2
103	8 182	1.2	79.3	7 733	0.6	90.5	8 154	0.5	94.9
104	10 051	1.5	72	13 590	1.1	80.8	9 653	0.6	80.9
105	53 916	8	62.8	65 449	5.2	81.7	62 951	4.0	93.6
107	12 709	1.9	69.5	19 149	1.5	85.6	17 323	1.1	81.0
109.1	18 458	2.7	9	42 103	3.3	22.5	26193	1.7	15.4
109.2	12 515	1.9	6.8	30 268	2.4	18.7	17 212	1.1	11.6
112	54 755	8.1	99.6	69 619	5.5	100.0	58 986	3.7	98.6
113	265 152	39.3	81.2	481 302	38.3	88.1	549 594	34.8	85.8
113/пбц	21 301	3.2	80.1	40 136	3.2	94.2	30 096	1.9	84.8
113/інф	28 122	4.2	75.5	43 945	3.5	82.0	41 863	2.6	75.7
113/інші	215 729	32	82.2	397 221	31.6	88.2	477635	30.2	86.8
114	1 647	0.2	77.6	4 212	0.3	84.6	4 065	0.3	84.1
116	134 342	19.9	57.1	289 534	23.0	73.8	272 670	17.2	70.7

Таблиця 4. Результативність ПТВ з використанням швидких тестів за даними СЕМ в Україні, 2022-2024 рр.									
Код обстеження	2022 рік			2023 рік			2024 рік		
	Виявлено ШТ ВІЛ+ осіб	% серед усіх ВІЛ+ (код 100)	% серед ВІЛ+ за кодом	Виявлено ШТ ВІЛ+ осіб	% серед усіх ВІЛ+ (код 100)	% серед ВІЛ+ за кодом	Виявлено ШТ ВІЛ+ осіб	% серед усіх ВІЛ+ (код 100)	% серед ВІЛ+ за кодом
100	10 727	100.0	71.8	10 391	100.0	73.3	9 046	100.0	73.3
101	1 441	13.4	93.3	1 412	13.6	88.6	1 171	12.9	88.6
102	3 078	28.7	90	1 931	18.6	89.2	1 130	12.5	89.2
103	194	1.8	91.5	182	1.8	87.5	195	2.2	87.5
104	74	0.7	79.6	87	0.8	79.8	63	0.7	79.8
105	996	9.3	90.8	1 073	10.3	92.3	1 078	11.9	92.3
107	809	7.5	90.9	408	3.9	92.1	196	2.2	92.1
109.1	57	0.5	12.7	71	0.7	22.7	42	0.5	22.7
112	310	2.9	96.9	384	3.7	98.7	354	3.9	98.7
113	3 194	29.8	81.8	3 671	35.3	84.4	3 086	34.1	84.4
113/ГБЦ	628	5.9	85.2	477	4.6	91.4	463	5.1	91.4
113/Інф	476	4.4	77	658	6.3	76.6	601	6.6	76.6
113/інші	2 090	19.5	82	2 536	24.4	85.5	2 022	22.4	85.5
114	6	0.1	33.3	8	0.1	53.3	0	0.0	53.3
116	494	4.6	44.9	677	6.5	54.8	620	6.9	54.8

Таблиця 5. Результати СЕМ серед осіб з ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ (КГ)
за кодами 101.2, 102, 103, 104 та 105.2 по регіонах України у 2024 році

Регіон (область, місто)	Загалом обстежено осіб	Обстеження осіб з КГ		Загалом виявлено ВІЛ+ осіб	Виявлені ВІЛ+ особи з КГ		
		Обстежено осіб	% від усіх обстежених		Кількість	% КГ серед усіх ВІЛ+	% ВІЛ+ осіб серед КГ
Україна	1 827 583	68 740	3.8	12 381	1630	13%	2.4
Вінницька	64 886	498	0.8	393	20	5%	4.0
Волинська	50 888	494	1.0	218	17	8%	3.4
Дніпропетровська	247 346	26 670	10.8	2 376	539	23%	2.0
Донецька	24 704	550	2.2	281	43	15%	7.8
Житомирська	81 925	1 178	1.4	410	19	5%	1.6
Закарпатська	21 611	138	0.6	123	15	12%	10.9
Запорізька	68 318	2 388	3.5	254	31	12%	1.3
Івано-Франківська	57 326	1 001	1.7	141	11	8%	1.1
Київська	102 395	1 986	1.9	769	91	12%	4.6
Кіровоградська	69 741	1 239	1.8	414	28	7%	2.3
Луганська	4 209	67	1.6	3	0	0%	0.0
Львівська	67 268	6 488	9.6	521	100	19%	1.5
Миколаївська	46 788	1 364	2.9	469	46	10%	3.4
Одеська	148 297	7 375	5.0	1 748	158	9%	2.1
Полтавська	67 166	749	1.1	386	28	7%	3.7
Рівненська	55 374	534	1.0	199	14	7%	2.6
Сумська	53 706	1 837	3.4	223	19	9%	1.0
Тернопільська	31 593	733	2.3	91	10	11%	1.4
Харківська	78 428	1 698	2.2	1 134	223	20%	13.1
Херсонська	26 136	100	0.4	120	30	25%	30.0
Хмельницька	61 234	1 960	3.2	220	9	4%	0.5
Черкаська	86 823	2 330	2.7	380	24	6%	1.0
Чернівецька	25 493	267	1.0	107	8	7%	3.0
Чернігівська	89 800	1 979	2.2	350	48	14%	2.4
м. Київ	196 128	5 117	2.6	1 051	99	9%	1.9

* за виключенням донорів та вагітних (коди 108, 109)

Таблиця 6. Результати СЕМ серед осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-позитивними, 2024 рік				
Регіон (область, місто)	Код обстеження 101			
	обстежено осіб	виявлено ВІЛ+ осіб		%
		к-ть		
Україна	19 111	1 299		6.8
Вінницька	210	39		18.6
Волинська	240	23		9.6
Дніпропетровська	3 325	224		6.7
Донецька	712	38		5.3
Житомирська	407	36		8.8
Закарпатська	38	14		36.8
Запорізька	328	19		5.8
Івано-Франківська	222	22		9.9
Київська	1 883	87		4.6
Кіровоградська	2 102	57		2.7
Луганська	9	0		0.0
Львівська	514	74		14.4
Миколаївська	866	73		8.4
Одеська	891	192		21.5
Полтавська	487	59		12.1
Рівненська	211	15		7.1
Сумська	305	28		9.2
Тернопільська	83	10		12.0
Харківська	440	73		16.6
Херсонська	148	11		7.4
Хмельницька	444	20		4.5
Черкаська	734	51		6.9
Чернівецька	58	4		6.9
Чернігівська	2 180	34		1.6
м. Київ	2 274	96		4.2

Таблиця 7. Результати СЕМ серед людей, які вживають наркотичні речовини ін'єкційно (ЛВІН), 2024 рік				
Регіон (область, місто)	Код обстеження 102			
	обстежено осіб	виявлено ВІЛ+ осіб		
		к-ть	%	
Україна	40 329	1 318	3.3	
Вінницька	244	17	7.0	
Волинська	304	13	4.3	
Дніпропетровська	15 974	434	2.7	
Донецька	524	41	7.8	
Житомирська	768	16	2.1	
Закарпатська	37	9	24.3	
Запорізька	1 256	28	2.2	
Івано-Франківська	265	7	2.6	
Київська	1 047	60	5.7	
Кіровоградська	1 002	27	2.7	
Луганська	65	0	0.0	
Львівська	3 771	75	2.0	
Миколаївська	845	42	5.0	
Одеська	5 712	139	2.4	
Полтавська	636	25	3.9	
Рівненська	296	9	3.0	
Сумська	993	16	1.6	
Тернопільська	576	6	1.0	
Харківська	803	210	26.2	
Херсонська	81	29	35.8	
Хмельницька	585	4	0.7	
Черкаська	1 598	21	1.3	
Чернівецька	235	8	3.4	
Чернігівська	1 118	36	3.2	
м. Київ	1 594	46	2.9	

Таблиця 8. Результати СЕМ серед осіб, які мали гомосексуальні контакти (ЧСЧ), 2024 рік				
Регіон (область, місто)	Коди обстеження 101.2 + 103			
	обстежено осіб	виявлено ВІЛ+ осіб		%
		к-ть		
Україна	9 188	224		2.4
Вінницька	82	3		3.7
Волинська	66	3		4.5
Дніпропетровська	244	70		28.7
Донецька	2	0		0.0
Житомирська	57	2		3.5
Закарпатська	39	5		12.8
Запорізька	134	3		2.2
Івано-Франківська	45	2		4.4
Київська	337	20		5.9
Кіровоградська	23	1		4.3
Луганська	2	0		0.0
Львівська	2 434	21		0.9
Миколаївська	30	3		10.0
Одеська	1 554	15		1.0
Полтавська	47	1		2.1
Рівненська	63	1		1.6
Сумська	34	2		5.9
Тернопільська	142	4		2.8
Харківська	692	13		1.9
Херсонська	3	1		33.3
Хмельницька	147	3		2.0
Черкаська	78	2		2.6
Чернівецька	15	0		0.0
Чернігівська	40	1		2.5
м. Київ	2 878	48		1.7

Таблиця 9. Результати СЕМ серед осіб із симптомами, або хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом, 2024 рік				
Регіон (область, місто)	Код обстеження 104			
	обстежено осіб	виявлено ВІЛ+ осіб		%
		к-ть		
Україна	11 936	67		0.6
Вінницька	169	0		0.0
Волинська	122	1		0.8
Дніпропетровська	3 736	29		0.8
Донецька	21	0		0.0
Житомирська	353	1		0.3
Закарпатська	52	0		0.0
Запорізька	997	0		0.0
Івано-Франківська	689	0		0.0
Київська	563	11		2.0
Кіровоградська	214	0		0.0
Луганська	0	0		
Львівська	43	0		0.0
Миколаївська	479	1		0.2
Одеська	25	0		0.0
Полтавська	44	0		0.0
Рівненська	163	4		2.5
Сумська	806	1		0.1
Тернопільська	15	0		0.0
Харківська	201	0		0.0
Херсонська	14	0		0.0
Хмельницька	1 208	2		0.2
Черкаська	603	1		0.2
Чернівецька	16	0		0.0
Чернігівська	786	11		1.4
м. Київ	617	5		0.8

Таблиця 10. Результати СЕМ серед осіб з ризикованою статевою поведінкою, 2024 рік				
Регіон (область, місто)	Код обстеження 105			
	обстежено осіб	виявлено ВІЛ+ осіб		%
		к-ть		
Україна	67 284	1139		1.7
Вінницька	376	10		2.7
Волинська	118	1		0.8
Дніпропетровська	14 597	234		1.6
Донецька	1 397	31		2.2
Житомирська	2 024	45		2.2
Закарпатська	499	16		3.2
Запорізька	1 882	33		1.8
Івано-Франківська	764	8		1.0
Київська	845	38		4.5
Кіровоградська	232	15		6.5
Луганська	472	0		0.0
Львівська	2 583	39		1.5
Миколаївська	3 375	94		2.8
Одеська	11 690	206		1.8
Полтавська	2 110	19		0.9
Рівненська	297	13		4.4
Сумська	2 676	15		0.6
Тернопільська	89	2		2.2
Харківська	113	29		25.7
Херсонська	107	4		3.7
Хмельницька	309	0		0.0
Черкаська	3 760	70		1.9
Чернівецька	548	9		1.6
Чернігівська	12 148	130		1.1
м. Київ	4 273	78		1.8

Таблиця 11. Результати СЕМ серед осіб у місцях позбавлення волі, у тому числі слідчих ізоляторах, 2024 рік				
Регіон (область, місто)	Код обстеження 112			
	обстежено осіб	виявлено ВІЛ+ осіб		%
		к-ть		
Україна	59 796	357		0.6
Вінницька	4 784	2		0.0
Волинська	1 177	4		0.3
Дніпропетровська	5 312	54		1.0
Донецька	0	-		-
Житомирська	4 302	14		0.3
Закарпатська	622	1		0.2
Запорізька	2 403	7		0.3
Івано-Франківська	1 039	6		0.6
Київська	2 387	26		1.1
Кіровоградська	2 016	10		0.5
Луганська	0	-		-
Львівська	3 781	38		1.0
Миколаївська	2 385	33		1.4
Одеська	3 871	28		0.7
Полтавська	3 263	12		0.4
Рівненська	2 319	3		0.1
Сумська	1 852	12		0.6
Тернопільська	1 197	6		0.5
Харківська	8 202	59		0.7
Херсонська	0	-		-
Хмельницька	2 944	7		0.2
Черкаська	2 032	4		0.2
Чернівецька	99	1		1.0
Чернігівська	1 499	4		0.3
м. Київ	2 310	26		1.1

Таблиця 12. Результати СЕМ серед осіб, які обстежені на ВІЛ при зверненні за медичною допомогою в 3ОЗ, 2024 рік				
Регіон (область, місто)	Код обстеження 113			
	обстежено осіб	виявлено ВІЛ+ осіб		%
	к-ть			
Україна	640 891	3800		0.6
Вінницька	14 501	115		0.8
Волинська	9 876	73		0.7
Дніпропетровська	87 152	647		0.7
Донецька	12 231	115		0.9
Житомирська	17 804	129		0.7
Закарпатська	2 409	19		0.8
Запорізька	25 384	69		0.3
Івано-Франківська	26 917	55		0.2
Київська	24 618	310		1.3
Кіровоградська	41 894	169		0.4
Луганська	1 940	2		0.1
Львівська	16 408	98		0.6
Миколаївська	17 677	101		0.6
Одеська	82 111	416		0.5
Полтавська	19 170	143		0.7
Рівненська	18 810	87		0.5
Сумська	20 092	87		0.4
Тернопільська	7 507	37		0.5
Харківська	17 322	402		2.3
Херсонська	8 127	37		0.5
Хмельницька	11 644	87		0.7
Черкаська	30 868	88		0.3
Чернівецька	5 410	39		0.7
Чернігівська	36 593	63		0.2
м. Київ	84 426	412		0.5

Таблиця 13. Результати СЕМ серед донорів крові, її компонентів органів, тканин, інших клітин та біологічних рідин, 2024 рік				
Регіон (область, місто)	Код обстеження 108			
	обстежено осіб	виявлено ВІЛ+ осіб		%
	к-ть			
Україна	589 723	155		0.03
Вінницька	22 318	7		0.03
Волинська	22 916	2		0.01
Дніпропетровська	57 179	14		0.02
Донецька	4 449	0		0.0
Житомирська	16 603	6		0.04
Закарпатська	16 204	8		0.05
Запорізька	22 885	3		0.01
Івано-Франківська	14 083	0		0.0
Київська	28 416	17		0.06
Кіровоградська	880	0		0.0
Луганська	0	-		-
Львівська	39 583	4		0.01
Миколаївська	15 523	4		0.03
Одеська	27 152	25		0.09
Полтавська	29 196	10		0.03
Рівненська	19 294	2		0.01
Сумська	13 671	9		0.07
Тернопільська	12 493	2		0.02
Харківська	53 269	12		0.02
Херсонська	4 317	0		0.0
Хмельницька	16 561	4		0.02
Черкаська	59 303	8		0.01
Чернівецька	13 763	4		0.03
Чернігівська	13 818	4		0.03
м. Київ	65 847	10		0.02

Таблиця 14. Результати СЕМ серед вагітних жінок в Україні, 2024 рік						
Регіон (область, місто)	Код 109.1 (обстежені вперше протягом вагітності незалежно від терміну вагітності)			Код 109.2	Код 109.3	
	обстежено осіб	виявлено ВІЛ+ осіб				
		к-ть	%			
Україна	169 878	271	0.16	18	0	
Вінницька	6 515	8	0.12	6	0	
Волинська	8 043	5	0.06	1	0	
Дніпропетровська	11 232	30	0.27	3	0	
Донецька	2 047	6	0.29	0	0	
Житомирська	9 661	12	0.12	1	0	
Закарпатська	8 767	3	0.03	1	0	
Запорізька	3 788	5	0.13	1	0	
Івано-Франківська	6 450	2	0.03	0	0	
Київська	7 737	16	0.21	0	0	
Кіровоградська	3 983	16	0.40	0	0	
Луганська	300	0	0.0	0	0	
Львівська	14 890	13	0.09	0	0	
Миколаївська	4 897	11	0.22	0	0	
Одеська	12 485	42	0.34	1	0	
Полтавська	5 309	15	0.28	2	0	
Рівненська	11 386	6	0.05	0	0	
Сумська	4 371	6	0.14	0	0	
Тернопільська	5 318	2	0.04	0	0	
Харківська	6 789	17	0.25	0	0	
Херсонська	758	5	0.66	0	0	
Хмельницька	5 837	9	0.15	0	0	
Черкаська	4 367	13	0.30	1	0	
Чернівецька	6 795	2	0.03	0	0	
Чернігівська	3 400	5	0.15	1	0	
м. Київ	14 753	22	0.15	0	0	

Таблиця 15. Результати СЕМ серед вагітних жінок віком 15-24 років, 2024 рік				
Регіон (область, місто)	Коди 109.1.1 + 109.1.2 (вагітні 15-24 років)			
	обстежено осіб	виявлено ВІЛ+ осіб		
		к-ть	%	
Україна	28 725	47	0.16	
Вінницька	2 023	3	0.15	
Волинська	1 203	1	0.08	
Дніпропетровська	1 984	3	0.15	
Донецька	285	1	0.35	
Житомирська	1 075	0	0.0	
Закарпатська	2 953	3	0.10	
Запорізька	341	0	0.0	
Івано-Франківська	401	0	0.00	
Київська	698	2	0.29	
Кіровоградська	130	0	0.0	
Луганська	78	0	0.0	
Львівська	4 393	3	0.07	
Миколаївська	938	3	0.32	
Одеська	973	11	1.13	
Полтавська	638	1	0.16	
Рівненська	1 318	3	0.23	
Сумська	1 050	3	0.29	
Тернопільська	1 026	0	0.0	
Харківська	1 698	4	0.24	
Херсонська	79	2	2.53	
Хмельницька	1 169	1	0.09	
Черкаська	631	1	0.16	
Чернівецька	1 793	0	0.0	
Чернігівська	800	0	0.0	
м. Київ	1 048	2	0.19	

Таблиця 16. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в Україні за даними офіційної реєстрації випадків, 2022-2024 рр.*

Регіон (область, місто)	2022 рік			2023 рік			2024 рік		
	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %
Україна	12212	29.8	-26.6	11 658	28.4	-4.5	10 038	24.5	-13.9
Вінницька	215	14.3	27.3	242	16.1	12.6	287	19.1	18.6
Волинська	99	9.7	-14.0	168	16.5	69.7	172	16.9	2.4
Дніпропетровська	2734	88.4	-17.8	2 740	88.6	0.2	2 064	66.7	-24.7
Донецька	318	7.9	-86.0	315	7.8	-0.9	262	6.5	-16.8
Житомирська	253	21.4	5.3	346	29.3	36.8	345	29.2	-0.3
Закарпатська	74	6.0	-8.1	110	8.9	48.6	89	7.2	-19.1
Запорізька	334	20.4	-20.3	317	19.4	-5.1	211	12.9	-33.4
Івано-Франківська	114	8.5	27.9	131	9.7	14.9	115	8.5	-12.2
Київська	736	41.1	-13.3	752	42.0	2.2	593	33.1	-21.1
Кіровоградська	315	35.1	-5.8	334	37.2	6.0	352	39.2	5.4
Луганська	11	0.5	-97.4	1	0.0	-90.9	2	0.1	100.0
Львівська	360	14.6	11.3	522	21.2	45.0	425	17.3	-18.6
Миколаївська	368	33.7	-25.0	459	42.1	24.7	376	34.5	-18.1
Одеська	3601	153.9	-13.7	1 832	78.3	-49.1	1 381	59.0	-24.6
Полтавська	255	19.0	15.6	274	20.4	7.5	323	24.0	17.9
Рівненська	145	12.7	-1.9	184	16.1	26.9	170	14.9	-7.6
Сумська	143	13.8	18.1	182	17.6	27.3	198	19.2	8.8
Тернопільська	78	7.7	25.4	87	8.5	11.5	84	8.2	-3.4
Харківська	323	12.5	-42.8	589	22.8	82.4	654	25.3	11.0
Херсонська	151	15.1	-62.4	78	7.8	-48.3	109	10.9	39.7
Хмельницька	136	11.1	1.7	191	15.6	40.4	208	17.0	8.9
Черкаська	256	22.1	9.4	275	23.8	7.4	313	27.1	13.8
Чернівецька	65	7.3	7.6	92	10.4	41.5	72	8.1	-21.7
Чернігівська	270	28.4	-19.2	367	38.6	35.9	324	34.1	-11.7
м. Київ	858	29.5	-21.9	1 070	36.8	24.7	909	31.2	-15.0

* на даних Держстату про чисельність населення України станом на 1 січня 2022 року.

Таблиця 17. Показники своєчасності взяття ВІЛ-позитивних осіб на облік в Україні у 2024 році

Регіон (область, місто)	Охоплення ВІЛ-позитивних осіб обліком у ЗОЗ від кількості виявлених за даними СЕМ ¹ , %	Охоплення осіб дослідженням щодо визначення кількості CD4, %	Відсоток ЛЖВ, які були взяті на облік зі ступеню імуносупресії (%)	
			CD4 < 200 кл/мкл	CD4 < 350 кл/мкл
Україна	90.1	91.2	41.7	64.7
Вінницька	84.2	88.5	39.8	65.4
Волинська	88.5	89.5	42.9	63.6
Дніпропетровська	94.4	94.1	48.0	69.4
Донецька	101.1	35.9	30.9	53.2
Житомирська	95.4	95.7	39.4	58.5
Закарпатська	87.8	88.8	46.8	63.3
Запорізька	89.0	98.6	42.3	65.9
Івано-Франківська	93.6	74.8	41.9	58.1
Київська	84.7	84.7	42.0	61.4
Кіровоградська	97.1	79.8	32.4	50.9
Луганська	66.7	100.0	50.0	50.0
Львівська	91.6	99.5	37.1	66.4
Миколаївська	93.0	95.7	43.1	63.1
Одеська	90.7	91.3	46.7	70.0
Полтавська	90.7	95.4	44.2	63.0
Рівненська	95.5	92.9	46.8	63.9
Сумська	96.4	94.4	36.9	58.8
Тернопільська	101.1	95.2	42.5	61.3
Харківська	60.9	91.0	39.0	63.7
Херсонська	95.8	81.7	34.8	53.9
Хмельницька	107.7	82.7	37.2	61.0
Черкаська	95.8	99.0	31.6	56.5
Чернівецька	78.5	88.9	28.1	51.6
Чернігівська	100.0	99.1	16.5	65.4
м. Київ	95.9	97.9	42.6	65.3

¹, з урахування дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, ВІЛ-статус яких остаточно не встановлений

Таблиця 18. Захворюваність на СНІД в Україні за даними офіційної реєстрації випадків, 2022-2024 рр.*

Регіон (область, місто)	2022 рік			2023 рік			2024 рік		
	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %
Україна	3 010	7.3	-33.0	3 351	8.2	11.3	3 127	7.6	-6.7
Вінницька	159	10.6	43.3	167	11.1	5.0	115	7.7	-31.1
Волинська	39	3.8	-36.6	53	5.2	35.9	66	6.5	24.5
Дніпропетровська	558	18.0	2.0	544	17.6	-2.5	643	20.8	18.2
Донецька	90	2.2	-90.1	103	2.5	14.4	66	1.6	-35.9
Житомирська	138	11.7	10.8	179	15.2	29.7	159	13.5	-11.2
Закарпатська	29	2.3	-11.6	37	3.0	27.6	30	2.4	-18.9
Запорізька	74	4.5	-21.9	64	3.9	-13.5	42	2.6	-34.4
Івано-Франківська	24	1.8	73.1	23	1.7	-4.2	22	1.6	-4.3
Київська	209	11.7	-34.2	231	12.9	10.5	170	9.5	-26.4
Кіровоградська	73	8.1	-11.9	110	12.3	50.7	105	11.7	-4.5
Луганська	4	0.2	-97.4	2	0.1	-50.0	4	0.2	100.0
Львівська	119	4.8	-41.9	140	5.7	17.6	114	4.6	-18.6
Миколаївська	117	10.7	-32.9	124	11.4	6.0	116	10.6	-6.5
Одеська	686	29.3	-30.6	669	28.6	-2.5	679	29.0	1.5
Полтавська	42	3.1	-12.6	42	3.1	0.0	61	4.5	45.2
Рівненська	61	5.3	-8.2	63	5.5	3.3	51	4.5	-19.0
Сумська	30	2.9	-58.5	60	5.8	100.0	45	4.4	-25.0
Тернопільська	26	2.6	9.7	32	3.1	23.1	38	3.7	18.8
Харківська	117	4.5	-19.0	261	10.1	123.1	226	8.7	-13.4
Херсонська	32	3.2	-57.0	14	1.4	-56.3	17	1.7	21.4
Хмельницька	63	5.1	-21.9	87	7.1	38.1	88	7.2	1.1
Черкаська	66	5.7	-10.1	66	5.7	0.0	53	4.6	-19.7
Чернівецька	30	3.4	-15.9	34	3.8	13.3	21	2.4	-38.2
Чернігівська	44	4.6	-31.6	38	4.0	-13.6	59	6.2	55.3
м. Київ	180	6.2	-10.5	208	7.1	15.6	137	4.7	-34.1

* на даних Держстату про чисельність населення України станом на 1 січня 2022 року.

Таблиця 19. Структура шляхів передачі ВІЛ-інфекції серед громадян України (zareєстровані випадки) 2022-2024 pp.						
Шлях передачі ВІЛ	Взяті на облік у звітному році з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції			Перебуває на обліку на кінець звітного року осіб з діагнозом ВІЛ-інфекції		
	2022 рік	2023 рік	2024 рік	2022 рік	2023 рік	2024 рік
1) Усього інфікованих ВІЛ осіб, у тому числі:	12 212	11 658	11 158	157 510	157 435	140 749
інфіковані статевим шляхом, з них:	8 342	8 681	8 039	104 835	106 490	96 864
гомосексуальним шляхом	289	289	283	4 278	4 395	4 215
гетеросексуальним шляхом	8 053	8 392	7 756	100 557	102 095	92 649
інфіковані парентеральним шляхом, з них унаслідок:	3 820	2 916	1 922	48 798	47 100	37 744
вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом	3 820	2 913	1 920	48 754	47 057	37 713
переливання препаратів або компонентів крові	0	0	0	8	8	6
трансплантації донорських органів, клітин, тканин, біологічних рідин	0	0	0	0	0	0
інших медичних маніпуляцій	0	0	0	7	7	4
професійного інфікування	0	0	0	1	1	0
інших немедичних втручань	0	3	2	28	27	21
діти, народжені ВІЛ-позитивними жінками, у яких діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено	35	37	50	3 334	3 306	2 727
ВІЛ-позитивні особи, у яких шлях інфікування не визначено	15	24	27	543	539	445
2) Діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, у яких діагноз ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження	1 424	1 256	1 120	4 101	3 653	2 969

Таблиця 20. Кількість та відсоток офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції у людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ), в Україні у порівнянні за 1997, 2008 та 2024 роки						
Регіон (область, місто)	1997 рік		2008		2024	
	ЛВНІ	%	ЛВНІ	%	ЛВНІ	%
Україна (без АР Крим та м. Севастополь)	6 966	84,3	6 558	36,9	1920	19,1
Україна (включно з АР Крим та м. Севастополь)	7 448	83,6	7 009	37,0	-	-
Вінницька	37	72,5	98	31,5	30	10,5
Волинська	90	94,7	71	29,1	13	7,6
Дніпропетровська	2042	93,1	1316	42,7	591	28,6
Донецька	1710	81,8	1295	32,4	56	21,4
Житомирська	50	89,3	134	39,4	44	12,8
Закарпатська	21	75	3	7,1	8	9,0
Запорізька	264	89,2	188	35,7	44	20,9
Івано-Франківська	18	90	51	30,7	10	8,7
Київська	71	89,9	236	33,7	106	17,9
Кіровоградська	16	76,2	53	22,2	44	12,5
Луганська	147	86	295	43,5	0	0,0
Львівська	51	82,3	155	49,2	152	35,8
Миколаївська	268	85,6	454	38,2	47	12,5
Одеська	769	67,3	431	27,7	120	8,7
Полтавська	213	93	152	40,2	40	12,4
Рівненська	13	68,4	102	47,2	21	12,4
Сумська	19	82,6	55	29,9	29	14,6
Тернопільська	30	85,7	68	52,7	10	11,9
Харківська	205	74	218	42,2	291	44,5
Херсонська	64	71,9	233	39,6	36	33,0
Хмельницька	40	81,6	77	38,3	15	7,2
Черкаська	188	82,5	134	37,5	31	9,9
Чернівецька	80	94,1	19	21,1	11	15,3
Чернігівська	102	94,4	123	28,1	36	11,1
м. Київ	458	90,7	597	47,5	135	14,9

Таблиця 21. Поширеність ВІЛ-інфекції та СНІДу на 100 000 населення за даними обліку ЛЖВ у 303, 2023-2024 рр.

Регіон (область, місто)	2023 рік				2024 рік			
	Люди, які живуть з ВІЛ		з них хворі на СНІД		Люди, які живуть з ВІЛ		Люди, які живуть з ВІЛ	
	кількість	на 100 тис. нас.	кількість	на 100 тис. нас.	кількість	на 100 тис. нас.	кількість	на 100 тис. нас.
Україна	157 435	384.0	48 541	118.4	137 780	336.1	43 020	104.9
Вінницька	3 431	228.4	1 692	112.6	3 028	201.5	1 467	97.6
Волинська	2 062	202.4	818	80.3	1 981	194.5	791	77.7
Дніпропетровська	29 628	957.9	7 748	250.5	28 436	919.3	7 268	235.0
Донецька	10 520	260.0	4 719	116.6	7 886	194.9	3 472	85.8
Житомирська	3 477	294.7	1 199	101.6	3 289	278.8	1 150	97.5
Закарпатська	1 070	86.2	380	30.6	807	65.0	265	21.3
Запорізька	4 537	277.0	1 566	95.6	2 166	132.3	623	38.0
Івано-Франківська	1 333	98.8	414	30.7	1 214	90.0	394	29.2
Київська	8 210	458.8	3 025	169.1	7 008	391.7	2 872	160.5
Кіровоградська	3 501	390.2	1 396	155.6	3 512	391.4	1 418	158.0
Луганська	1 847	88.0	464	22.1	270	12.9	66	3.1
Львівська	4 690	190.7	1 634	66.4	4 937	200.7	1 648	67.0
Миколаївська	8 137	745.8	1 603	146.9	7 642	700.4	1 469	134.6
Одеська	25 745	1100.1	8 570	366.2	20 202	863.2	7 635	326.2
Полтавська	3 785	281.5	1 007	74.9	3 667	272.8	949	70.6
Рівненська	2 445	214.3	788	69.1	2 500	219.2	811	71.1
Сумська	1 617	156.4	459	44.4	1 617	156.4	451	43.6
Тернопільська	922	90.5	120	11.8	911	89.4	119	11.7
Харківська	5 779	223.7	1 456	56.4	6 239	241.5	1 594	61.7
Херсонська	4 115	411.4	977	97.7	3 329	332.8	880	88.0
Хмельницька	2 414	197.0	977	79.7	2 242	182.9	956	78.0
Черкаська	4 041	349.2	1 202	103.9	4 141	357.9	1 201	103.8
Чернівецька	1 155	130.2	356	40.1	911	102.7	293	33.0
Чернігівська	4 174	439.0	1 196	125.8	4 165	438.1	1 163	122.3
м. Київ	18 800	645.8	4 775	164.0	15 680	538.6	4 065	139.6

Таблиця 22. Випадки ВІЛ-інфекції серед дітей віком 0-18 років в Україні, 2024 рік										
Регіон (область, місто)	Вперше зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції у 2024 році					Перебувають на обліку станом на 31.12.2024 року				
	0-18 років	з них віком		СНІД	Померли внаслідок СНІД	0-18 років	з них віком		з них хворі на СНІД	
		0-14 років	15-17 років				0-14 років	15-17 років		
Україна	75	56	19	28	30	1 916	1 269	647	504	
Вінницька	7	4	3	3	0	56	42	14	29	
Волинська	1	0	1	1	0	29	20	9	7	
Дніпропетровська	11	10	1	2	7	379	258	121	85	
Донецька	1	0	1	0	0	129	66	63	36	
Житомирська	7	5	2	2	1	59	45	14	41	
Закарпатська	4	4	0	1	0	20	15	5	4	
Запорізька	1	1	0	0	1	23	14	9	7	
Івано-Франківська	1	1	0	0	0	22	13	9	8	
Київська	3	1	2	1	1	96	68	28	21	
Кіровоградська	4	3	1	1	0	118	95	23	26	
Луганська	0	0	0	0	0	5	2	3	1	
Львівська	2	2	0	3	0	76	52	24	24	
Миколаївська	1	1	0	1	2	111	59	52	15	
Одеська	10	7	3	10	7	283	198	85	87	
Полтавська	0	0	0	0	0	50	32	18	8	
Рівненська	1	1	0	0	2	33	19	14	11	
Сумська	2	2	0	0	0	22	17	5	1	
Тернопільська	0	0	0	0	0	13	10	3	4	
Харківська	4	4	0	0	2	56	40	16	17	
Херсонська	0	0	0	0	1	22	16	6	4	
Хмельницька	4	3	1	0	3	31	18	13	6	
Черкаська	0	0	0	0	1	59	35	24	14	
Чернівецька	0	0	0	0	0	55	25	30	25	
Чернігівська	3	1	2	0	1	63	42	21	13	
м. Київ	8	6	2	3	1	106	68	38	10	

Таблиця 23. Причини смерті ВІЛ-позитивних осіб в Україні, 2022-2024 рр.									
Код обстеження	2022 рік			2023 рік			2024 рік		
	Усього померлих осіб	Отримували АРТ		Усього померлих осіб	Отримували АРТ		Усього померлих осіб	Отримували АРТ	
		кількість	%		кількість	%		кількість	%
Усього випадків смерті, у тому числі:	3 968	3 347	84.4	4 497	3 919	87.1	4 024	3 636	90.4
безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, з них:	1 512	1 174	77.6	1 717	1 377	80.2	1 342	1 127	84.0
у III клінічній стадії ВІЛ-інфекції	219	175	79.9	243	207	85.2	173	154	89.0
у IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції	1 293	999	77.3	1 474	1 170	79.4	1 169	973	83.2
у тому числі внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ	446	340	76.2	570	437	76.7	371	328	88.4
не пов'язані з ВІЛ-інфекцією, з них:	2 088	1 839	88.1	2 204	2 002	90.8	2 160	2 021	93.6
туберкульозу	31	25	80.6	63	53	84.1	54	48	88.9
ВГ В і/або С, цирозу печінки вірусної етіології	162	139	85.8	160	147	91.9	161	149	92.5
від інших захворювань	1 506	1 305	86.7	1 518	1 368	90.1	1 525	1 413	92.7
від інших причин	389	370	95.1	463	434	93.7	420	411	97.9
причина смерті невідома	368	334	90.8	576	540	93.8	522	488	93.5
Відсоток осіб, які вживали ін'єкційні наркотики, серед померлих	38.1		34.4			34.3			

Таблиця 24. Смертність від СНІДу в Україні за даними офіційної реєстрації випадків, 2022-2024 рр.*

Регіон (область, місто)	2022 рік			2023 рік			2024 рік		
	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %
Україна	1 293	3.1	-38.4	1 474	3.6	14.0	1 169	2.9	-20.0
Вінницька	26	1.7	-41.5	27	1.8	3.8	22	1.4	-18.5
Волинська	32	3.1	23.7	24	2.3	-25.0	28	2.7	16.7
Дніпропетровська	280	9.0	-19.9	291	9.3	3.9	290	9.3	-0.3
Донецька	59	1.4	-81.7	60	1.5	1.7	33	0.8	-45.0
Житомирська	47	4.0	-10.2	50	4.2	6.4	33	2.8	-34.0
Закарпатська	6	0.5	-14.0	1	0.1	-83.3	7	0.6	600.0
Запорізька	40	2.4	-46.6	23	1.4	-42.5	17	1.0	-26.1
Івано-Франківська	13	1.0	30.8	18	1.3	38.5	14	1.0	-22.2
Київська	73	4.1	-16.4	65	3.6	-11.0	64	3.6	-1.5
Кіровоградська	50	5.5	-2.3	57	6.3	14.0	27	3.0	-52.6
Луганська	6	0.3	-93.9	1	0.0	-83.3	0	0.0	-100.0
Львівська	30	1.2	-26.3	48	1.9	60.0	35	1.4	-27.1
Миколаївська	59	5.4	-39.0	59	5.4	0.0	40	3.6	-32.2
Одеська	250	10.6	-45.9	355	15.0	42.0	238	10.1	-33.0
Полтавська	26	1.9	-41.5	36	2.6	38.5	44	3.2	22.2
Рівненська	27	2.4	80.9	20	1.7	-25.9	8	0.7	-60.0
Сумська	8	0.8	-64.7	32	3.1	300.0	16	1.5	-50.0
Тернопільська	11	1.1	38.6	14	1.4	27.3	12	1.2	-14.3
Харківська	46	1.8	-35.4	79	3.0	71.7	50	1.9	-36.7
Херсонська	5	0.5	-75.9	3	0.3	-40.0	1	0.1	-66.7
Хмельницька	34	2.8	22.7	39	3.2	14.7	32	2.6	-17.9
Черкаська	19	1.6	-8.3	28	2.4	47.4	23	2.0	-17.9
Чернівецька	10	1.1	-54.3	18	2.0	80.0	2	0.2	-88.9
Чернігівська	43	4.4	-19.1	36	3.7	-16.3	43	4.4	19.4
м. Київ	93	3.1	-26.6	90	3.0	-3.2	90	3.0	0.0

* на даних Держстату про чисельність населення України станом на 1 січня 2022 року.

Таблиця 25. Показники стану виконання програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у 2024 році

Регіон (область, місто)	Охоплення тестуванням на ВІЛ вагітних, %	Поширеність ВІЛ серед вагітних, %	Загальна кількість позитивних вагітних	Відсоток вагітних, у яких ВІЛ-позитивний статус був встановлений після 26 тижнів, у пологах, після пологів (серед нових випадків ВІЛ-інфекції), %	Відсоток ВІЛ-позитивних вагітних, які отримали АРТ, %	Відсоток ВІЛ-позитивних вагітних, які продовжують АРТ після пологів, %	Кількість пологів у ВІЛ-позитивних жінок	Відсоток ВІЛ-позитивних вагітних, які доставлені в акушерський стаціонар до пологів, %	Відсоток ВІЛ-позитивних жінок, у яких розродження здійснилося шляхом кесаревого розтинну, %
Україна	98.5	0.61	1083	6.0	97.3	96.8	1122	63.3	34.5
Вінницька	98.4	0.49	40	7.5	92.9	92.9	42	78.6	33.3
Волинська	98.1	0.23	19	5.3	100.0	100.0	21	76.2	38.1
Дніпропетровська	97.3	1.17	169	6.5	97.8	97.3	186	65.1	36.6
Донецька	93.7	1.34	23	4.3	100.0	100.0	22	72.7	22.7
Житомирська	100.0	0.72	46	2.2	97.8	97.8	46	78.3	15.2
Закарпатська	96.7	0.10	10	10.0	100.0	100.0	19	42.1	42.1
Запорізька	97.4	0.38	16	18.8	93.8	100.0	16	56.3	37.5
Івано-Франківська	100.0	0.25	17	23.5	88.2	100.0	17	29.4	64.7
Київська	98.3	0.64	56	3.6	96.6	100.0	59	45.8	39.0
Кіровоградська	99.9	1.05	47	0.0	98.0	96.1	51	51.0	33.3
Луганська	100.0	0.00	0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Львівська	99.6	0.30	47	2.1	95.8	95.8	48	87.5	54.2
Миколаївська	99.3	1.38	69	11.6	96.6	96.6	58	34.5	29.3
Одеська	99.3	1.54	185	5.4	96.8	96.8	190	60.0	24.7
Полтавська	98.2	0.51	34	5.9	96.7	96.7	30	63.3	26.7
Рівненська	96.4	0.19	20	0.0	100.0	100.0	19	78.9	36.8
Сумська	99.2	0.49	19	10.5	100.0	100.0	17	94.1	41.2
Тернопільська	99.3	0.23	12	0.0	100.0	100.0	8	62.5	25.0
Харківська	99.0	0.48	37	5.4	97.4	100.0	38	97.4	31.6
Херсонська	98.7	2.04	10	20.0	100.0	100.0	6	100.0	66.7
Хмельницька	98.5	0.44	30	16.7	96.6	96.6	29	62.1	51.7
Черкаська	99.9	0.84	47	4.3	98.0	100.0	51	66.7	31.4
Чернівецька	99.5	0.17	10	10.0	100.0	91.7	12	75.0	33.3
Чернігівська	94.8	1.06	38	0.0	100.0	100.0	26	46.2	23.1
м. Київ	98.5	0.50	82	9.8	98.2	89.2	111	59.5	44.1

Таблиця 26. Показники стану виконання програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у 2024 році

Регіон (область, місто)	Кількість живонароджених дітей, народжених ВІЛ- інфікованою жінкою	Кількість нових випадків перинатальної ВІЛ- інфекції	Кількість нових випадків перинатальної ВІЛ-інфекції на 100 000 живонароджених дітей	Відсоток ВІЛ-експонованих дітей, охоплених постконтактною антиретровірусною профілактикою	Відсоток дітей, народжених ВІЛ- інфікованою жінкою, які охоплені ранньою діагностикою потягом перших 2-х місяців від народження)
Україна	1125	6	3.5	98.7	92.9
Вінницька	45	0	0.0	100.0	100.0
Волинська	21	0	0.0	100.0	100.0
Дніпропетровська	188	2	14.0	97.9	100.0
Донецька	22	0	0.0	100.0	31.8
Житомирська	46	0	0.0	100.0	100.0
Закарпатська	19	0	0.0	100.0	100.0
Запорізька	16	0	0.0	93.8	56.3
Івано-Франківська	17	0	0.0	100.0	100.0
Київська	57	0	0.0	100.0	42.1
Кіровоградська	50	1	25.4	98.0	100.0
Луганська	0	N/A	N/A	N/A	N/A
Львівська	48	0	0.0	95.8	68.8
Миколаївська	58	0	0.0	100.0	100.0
Одеська	189	1	7.8	98.9	99.5
Полтавська	31	0	0.0	100.0	100.0
Рівненська	20	0	0.0	100.0	100.0
Сумська	17	0	0.0	100.0	100.0
Тернопільська	8	0	0.0	100.0	100.0
Харківська	38	2	26.1	97.4	100.0
Херсонська	6	0	0.0	100.0	100.0
Хмельницька	29	0	0.0	96.6	71.4
Черкаська	51	0	0.0	100.0	100.0
Чернівецька	12	0	0.0	100.0	100.0
Чернігівська	26	0	0.0	100.0	100.0
м. Київ	111	0	0.0	97.3	100.0

Таблиця 27. Порівняння даних про нові випадки ВІЛ-інфекції внаслідок передачі ВІЛ від матері до дитини за даними ПЛР (на 100 000 живонароджених дітей), 2023-2024 рр.

Регіон (область, місто)	2023 рік			2024 рік		
	Кількість живонароджених ¹	Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції ²	Показник на 100 000 живонароджених	Кількість живонароджених ¹	Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції ²	Показник на 100 000 живонароджених
Україна	1226	18	10.0	1125	6	3.5
Вінницька	42	1	12.4	45	0	0.0
Волинська	24	0	0.0	21	0	0.0
Дніпропетровська	190	4	28.4	188	2	14.0
Донецька	29	0	0.0	22	0	0.0
Житомирська	57	1	14.6	46	0	0.0
Закарпатська	20	0	0.0	19	0	0.0
Запорізька	18	0	0.0	16	0	0.0
Івано-Франківська	17	1	12.0	17	0	0.0
Київська	80	0	0.0	57	0	0.0
Кіровоградська	54	2	47.1	50	1	25.4
Луганська	0	N/A	N/A	0	N/A	N/A
Львівська	49	2	12.3	48	0	0.0
Миколаївська	76	0	0.0	58	0	0.0
Одеська	187	2	14.8	189	1	7.8
Полтавська	36	0	0.0	31	0	0.0
Рівненська	17	0	0.0	20	0	0.0
Сумська	26	0	0.0	17	0	0.0
Тернопільська	7	0	0.0	8	0	0.0
Харківська	45	2	27.3	38	2	26.1
Херсонська	7	0	0.0	6	0	0.0
Хмельницька	30	0	0.0	29	0	0.0
Черкаська	50	1	17.7	51	0	0.0
Чернівецька	13	0	0.0	12	0	0.0
Чернігівська	46	0	0.0	26	0	0.0
м. Київ	106	2	10.0	111	0	0.0

[1] Джерело: форма звітності № 21 (річна) «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям».

[2] Джерело: форма звітності № 63 (річна) «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»

Таблиця 28. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні: у когорті 2022 року та рання діагностика ПЛР у 2024 році						
Регіон (область, місто)	Когорта дітей, народжених у 2022 р. (ПЛР, ІФА, ІБ)		Діти, народжені у 2024 р. (рання діагностика методом ПЛР)			
	к-ть ВІЛ-позитивних дітей	ЧПМД, %	ЧПМД ср[1]%	показник охоплення ПЛР, %	к-ть ВІЛ-позитивних дітей	ЧПМД, %
Україна	26	24	2.3	99	6	0.5
Вінницька	0	0.0	1.5	100.0	0	0.0
Волинська	0	0.0	1.0	100.0	0	0.0
Дніпропетровська	5	2.7	3.4	98.4	2	1.1
Донецька	1	3.8	2.3	100.0	0	0.0
Житомирська	1	1.6	1.0	100.0	0	0.0
Закарпатська	0	0.0	0.0	100.0	0	0.0
Запорізька	3	12.0	3.6	100.0	0	0.0
Івано-Франківська	0	0.0	7.9	100.0	0	0.0
Київська	2	3.8	2.6	100.0	0	0.0
Кіровоградська	1	1.8	4.3	98.0	1	2.0
Луганська	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Львівська	1	2.1	2.2	100.0	0	0.0
Миколаївська	0	0.0	1.5	98.3	0	0.0
Одеська	5	2.2	1.8	100.0	1	0.5
Полтавська	0	0.0	0.0	100.0	0	0.0
Рівненська	0	0.0	0.0	95.0	0	0.0
Сумська	2	10.0	4.3	100.0	0	0.0
Тернопільська	0	0.0	4.5	100.0	0	0.0
Харківська	1	9.1	6.6	100.0	2	5.3
Херсонська	0	0.0	2.8	100.0	0	0.0
Хмельницька	0	0.0	0.0	96.6	0	0.0
Черкаська	2	3.2	1.1	100.0	0	0.0
Чернівецька	0	0.0	0.0	100.0	0	0.0
Чернігівська	0	0.0	0.9	100.0	0	0.0
м. Київ	2	2.2	4.0	96.4	0	0.0

[1] ЧПМД – середня розрахована методом укрупнення інтервалів, з урахуванням кількості дітей з встановленим ВІЛ-статусом та ВІЛ-позитивних дітей за 2020–2022 роки по кожному регіону та країні в цілому. Даний метод використовується для спостережень, які протягом тривалого часу не завжди дають можливість виявити чітку тенденцію в динаміці певного явища. Джерело: форма звітності № 21 (річна) «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям».

Таблиця 29. Облік дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у закладах охорони здоров'я у 2024 році						
Регіон (область, місто)	Нові випадки захворювання		Зняті з обліку у зв'язку з відсутністю ВІЛ-інфекції	Перебувають під медичним наглядом на 01.01.2025 року		
	ВІЛ-інфекція	з них СНІД		діти з діагнозом ВІЛ-інфекції		діти з діагнозом ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження
				загалом	з них зі СНІДом	
Україна	50	33	1432	2727	892	2969
Вінницька	3	2	41	56	45	78
Волинська	0	0	37	20	2	45
Дніпропетровська	7	4	216	660	205	413
Донецька	0	0	30	172	51	160
Житомирська	5	2	54	64	19	90
Закарпатська	4	1	27	23	6	33
Запорізька	1	0	47	39	9	19
Івано-Франківська	0	0	22	22	9	41
Київська	1	0	77	141	86	402
Кіровоградська	3	1	65	105	26	89
Луганська	0	0	5	8	1	5
Львівська	1	2	44	73	21	191
Миколаївська	1	2	81	111	31	100
Одеська	7	15	322	499	169	509
Полтавська	0	0	38	50	10	66
Рівненська	1	0	19	33	10	28
Сумська	0	0	21	22	0	52
Тернопільська	0	1	10	13	5	12
Харківська	4	0	25	85	25	169
Херсонська	0	0	21	44	10	11
Хмельницька	4	0	22	62	49	56
Черкаська	0	0	59	102	14	85
Чернівецька	0	0	13	102	51	24
Чернігівська	1	0	49	63	11	70
м. Київ	7	3	87	158	27	221

* без урахування дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, ВІЛ-статус яких остаточно не встановлено

Таблиця 30. Загальна кількість осіб, які отримують АРТ в Україні (за джерелами отримання АРП) станом на 01.01.2025									
Регіон (область, місто)	МОЗ та НАМН України				ДКВС України			Разом	
	Держбюджет	Глобальний фонд	Інші джерела	Всього, МОЗ та НАМН України	Держбюджет	Глобальний фонд PERFAR**	Всього, ДКВС України		
Вінницька	1 744	625	0	2 369	0	161	161	2 530	
Волинська	1 608	286	0	1 894	0	65	65	1 959	
Дніпропетровська	22 848	2 874	0	25 722	0	749	749	26 471	
Донецька*	3 402	601	0	4 003	-	-	-	4 003	
Житомирська	2 464	377	0	2 841	0	210	210	3 051	
Закарпатська	780	10	0	790	0	12	12	802	
Запорізька*	1 547	491	0	2 038	0	49	49	2 087	
Івано-Франківська	1 151	46	0	1 197	0	36	36	1 233	
Київська	5 180	829	0	6 009	0	117	117	6 126	
Кіровоградська	3 009	206	0	3 215	0	243	243	3 458	
Луганська*	55	9	0	64	-	-	-	64	
Львівська	2 360	1 174	0	3 534	0	106	106	3 640	
Миколаївська	5 875	747	0	6 622	0	175	175	6 797	
Одеська	15 012	1 625	0	16 637	0	221	221	16 858	
Полтавська	3 035	453	0	3 488	0	105	105	3 593	
Рівненська	2 129	244	0	2 373	0	103	103	2 476	
Сумська	1 101	351	0	1 452	0	68	68	1 520	
Тернопільська	341	434	0	775	0	57	57	832	
Харківська	2 557	1 267	0	3 824	0	370	370	4 194	
Херсонська*	992	155	8	1 155	-	-	-	1 155	
Хмельницька	1 718	407	0	2 125	0	68	68	2 193	
Черкаська	3 399	508	0	3 907	0	33	33	3 940	
Чернівецька	712	120	0	832	0	112	112	944	
Чернігівська	2 782	1 174	0	3 956	0	32	32	3 988	
м. Київ	9 713	1 771	0	11 484	-	-	-	11 484	
НДСЛ Охматдит	228	0	0	228	-	-	-	228	
Інститут епідеміології та інфекційних хвороб НАМН України	2 303	772	0	3 075	-	-	-	3 075	
Всього	98 045	17 556	8	115 609	0	3 092	3 092	118 701	

* При формуванні регіонального звіту використано дані 303 регіону, що знаходяться на підконтрольній Уряду України територіях (в тому числі закладів, переміщених на підконтрольні території).

** в тому числі 22 осіб з числа військовополонених

Таблиця 31. Кількість ЛЖВ, які отримують АРТ, та показник охоплення АРТ пацієнтів групи медичного нагляду у регіонах України (%), 2023-2024 рр.

Регіон (область, місто)	2023 рік				2024 рік			
	Кількість ЛЖВ, які перебувають на обліку	Отримують АРТ з них дітей 0-17 років		% охоплення АРТ **	Кількість ЛЖВ, які перебувають на обліку	Отримують АРТ з них дітей 0-17 років		% охоплення АРТ **
		Загалом				Загалом		
Україна	157 435	118 348	1 947	75	13 7780	118 701	1 782	86
Вінницька	3 431	2 437	46	71	3 028	2 530	50	84
Волинська	2 062	1 794	32	87	1981	1 959	29	99
Дніпропетровська	29 628	27 027	367	91	28 436	26 471	333	93
Донецька*	10 520	4 231	49	40	7 886	4 003	43	51
Житомирська	3 477	2 880	56	83	3 289	3 051	52	93
Закарпатська	1 070	808	15	76	807	802	20	99
Запорізька*	4 537	2 044	23	45	2 166	2 087	22	96
Івано-Франківська	1 333	1 222	23	92	1214	1 233	22	102
Київська	8 210	6 339	110	77	7 008	6 126	96	87
Кіровоградська	3 501	3 339	95	95	3 512	3 458	94	98
Луганська*	1 847	71	4	4	270	64	2	24
Львівська	4 690	3 548	80	76	4 937	3 640	72	74
Миколаївська	8 137	6 606	110	81	7642	6 797	98	89
Одеська	25 745	17 631	276	68	20 202	16 858	263	83
Полтавська	3 785	3 430	56	91	3 667	3 593	51	98
Рівненська	2 445	2 371	37	97	2 500	2 476	34	99
Сумська	1 617	1 416	25	88	1 617	1 520	22	94
Тернопільська	922	804	13	87	911	832	13	91
Харківська	5 779	3 850	46	67	6 239	4 194	47	67
Херсонська*	4 115	1 127	28	27	3 329	1 155	20	35
Хмельницька	2 414	2 056	38	85	2 242	2 193	31	98
Черкаська	4 041	3 832	66	95	4 141	3 940	58	95
Чернівецька	1 155	909	70	79	911	944	54	104
Чернігівська	4 174	3 890	67	93	4 165	3 988	59	96
м. Київ (ДОЗ)	18 800	11 374	114	61	15 680	11 484	105	73
НДСЛ Охматдит	-	223	101	-	-	228	92	-
Інститут епідеміології та інфекційних хвороб НАМН України	-	2 278	-	-	-	3 075	0	-
ДКВС України	3 611	3 544	0	98	3 150	3 092	1	98

* без урахування дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, ВІЛ-статус яких остаточно не встановлено
** за даними ЗОЗ на підконтрольній українському уряду території

Додаток 2

Значення показників Національного звіту про досягнутий прогрес у здійсненні глобальних заходів у відповідь на СНІД у 2019-2024 роках (GAM)

№ п/п	Індикатор	Опис індикатору	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Комбінована профілактика ВІЛ-інфекції для всіх							
1.1.	Захворюваність на ВІЛ ¹	Число нових випадків ВІЛ-інфекції протягом звітного періоду на 1000 неінфікованих людей серед населення	0,28	0,22	0,16	-	-	-
1.2.	Оціночна чисельність ключових груп населення	1.2A. Оціночна чисельність СП	86 600 (2018)	-	-	-	-	-
		1.2B. Оціночна чисельність ЧСЧ	179 400 (2018)	-	-	202 200	-	-
		1.2C. Оціночна чисельність ЛВІН	350 300 (2018)	-	-	-	-	-
		1.2E. Чисельність ув'язнених ²	52 863	48 714	46 931	41 810	43 483	39 741
1.3.	Поширеність ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення	1.3A. Відсоток СП, які живуть з ВІЛ	-	-	3,1	-	-	-
		1.3B. Відсоток ЧСЧ, які живуть з ВІЛ	-	-	3,9	-	-	-
		1.3C. Відсоток ЛВІН, які живуть з ВІЛ	-	20,3	-	-	-	-
		1.3E. Відсоток ув'язнених, які живуть з ВІЛ ³	7,2	8,0	8,5	8,2	8,3	7,9
1.4.	Тестування на ВІЛ серед ключових груп	1.4A. Відсоток СП, які обстежувалися на ВІЛ за останні 12 місяців або знають, що живуть з ВІЛ	-	-	64,2	-	-	-
		1.4B. Відсоток ЧСЧ, які обстежувалися на ВІЛ за останні 12 місяців або знають, що живуть з ВІЛ	-	-	72,0	-	-	-
		1.4C. Відсоток ЛВІН, які обстежувалися на ВІЛ за останні 12 місяців або знають, що живуть з ВІЛ	-	51,0	-	-	-	-

¹ За результатами прогнозування з використанням програми Spectrum (внаслідок війни не застосовується з 2022 р.)

² За даними Державної кримінально-виконавчої служби України

³ За даними Державної кримінально-виконавчої служби України (починаючи з 2018 року)

№ п/п	Індикатор	Опис індикатору	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1.5.	Використання презервативів серед ключових груп населення	1.5A. Відсоток СП, які вказали на використання презервативу під час контактів з останнім клієнтом	-	-	92,2	-	-	-
		1.5B. Відсоток чоловіків, які вказали на використання презервативу під час останнього анального сексу із партнером-чоловіком	-	-	76,9	-	-	-
		1.5C. Відсоток ЛВІН, які вказали на використання презервативу під час останнього статевого акту	-	43,4	-	-	-	-
1.6.	Охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції	1.6A. Охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції СП						
		I. Поведінковий нагляд чи інші спеціальні дослідження. Відсоток працівників секс-бізнесу, які повідомили про отримання як мінімум двох із вищезгаданих послуг з профілактики ВІЛ-інфекції від недержавної організації, медичної установи або інших джерел	37,2 ⁴ (2018)	30,2		-	-	-
		II. Програмні дані. Відсоток працівників секс-бізнесу, охоплених заходами з профілактики ВІЛ-інфекції, розробленими для працівників секс-бізнесу	52,5	57,3	63,8	53,4	62,0	60,6
		Число працівників секс-бізнесу, охоплених заходами з профілактики ВІЛ-інфекції, розробленими для працівників секс-бізнесу	45 446	49 608	55 283	46 273	53 724	52 508
		Число поширених серед СП презервативів та лубрикантів	7 166 555	5 389 881	6 724 694	5 737 389	6 772 472	6 379 715
		1.6B. Охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції ЧСЧ						
		I. Поведінковий нагляд чи інші спеціальні дослідження. Відсоток ЧСЧ, які повідомили про отримання як мінімум двох із вищезгаданих послуг з профілактики ВІЛ-інфекції від недержавної організації, медичної установи або інших джерел	28 ⁵	-	27,4 ⁶	28,2 ⁷	-	-
		II. Програмні дані. Відсоток ЧСЧ, охоплених заходами з профілактики ВІЛ-інфекції, розробленими для ЧСЧ	31,2	27,7	23,6	25,6	31,9	29,0

⁴ На підставі відповідей на запитання: «Чи є Ви клієнтом організації, яка займається профілактикою ВІЛ-інфекції серед секс-працівників, тобто маєє пластикову картку клієнта, за допомогою якої Ви отримуєте презервативи або інші послуги від соціальних працівників?». Джерело: Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду / Серєда Ю.В., Сазонова Я.О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. – 142 с.

⁵ На підставі відповідей ЧСЧ, які вказали, що є клієнтами профілактичних програм. Джерело: «Звіт за результатами біповедінкового дослідження серед чоловіків, що практикують секс із чоловіками в Україні» Я. Сазонова, Ю. Дукач. МБФ «Альянс громадського здоров'я». 2019 р. – 120 с.

⁶ Дані попередні (IBBS, 2021).

⁷ Дані уточнені (IBBS, 2021).

№ п/п	Індикатор	Опис індикатору							2019	2020	2021	2022	2023	2024
1.7.	Програми забезпечення профілактики ВІЛ в тюрмах	Число чоловіків, які вступають у статеві стосунки з чоловіками, охоплені заходами профілактики ВІЛ-інфекції на індивідуальному рівні або рівні малих груп, розробленими для конкретної цільової групи	55 905	49 713	59 818	51 751	64 596	58 584						
		Число поширених серед ЧСЧ презервативів та лубрикантів	2 537 618	2 298 220	2 583 965	2 379 223	2 712 043	2 730 315						
		1.6С. Охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції ЛВІН												
		I. Поведінковий нагляд чи інші спеціальні дослідження. Відсоток ЛВІН, які повідомили про отримання як мінімум двох із вищезгаданих послуг з профілактики ВІЛ-інфекції від недержавної організації, медичної установи або інших джерел ⁸	-	-	37,1 ⁹	-	-	-						
		II. Програмні дані. Відсоток ЛВІН, охоплених заходами з профілактики ВІЛ-інфекції, розробленими спеціально з урахуванням потреб ЛВІН	66,8	73,2	81,9	47,1	53,6	51,7						
		Число ЛВІН, охоплені заходами з профілактики ВІЛ-інфекції, розробленими спеціально з урахуванням потреб ЛВІН	233 905	256 319	286 940	164 835	187 590	180 978						
		Кількість поширених голок і шприців	18 671 424	22 789 972	17 705 713	14 377 722	14 109 780	16 723 233						
		Кількість ув'язнених, які отримують підтримуючу терапію опіоїдними агоністами	-	-	117	156	448	781						
		Кількість презервативів, розповсюджених серед ув'язнених	1 276 500	0	1 030 560	1 030 560	1 030 560	642 000						
		Кількість ув'язнених, які отримують АРТ	3 343	3 601	3 808	3 224	3 544	3 094						
1.7.	Програми забезпечення профілактики ВІЛ в тюрмах	Кількість засуджених, які пройшли тестування на ВІЛ	54 025	48 714	83 390	62 533	71 162	62 836						
		Відсоток людей, які живуть і ВІЛ, серед ув'язнених	7,2	8,0	8,5	8,2	8,3	7,9						
		Кількість людей, інфікованих ВІЛ, серед ув'язнених	3 824	3 901	3 993	3 415	3 611	3 150						
		Відсоток ув'язнених, інфікованих ВІЛ	-	-	2,9	30,0	23,0	5,13						
1.7.	Програми забезпечення профілактики ВІЛ в тюрмах	Кількість ув'язнених, інфікованих ВІЛ	-	-	1 342	12 545	10 001	2 040						

⁸ Опис індикатора в рамках GAM (UNAIDS).⁹ Визначено на підставі відповідей ЛВІН, які зазначили, що отримували через ГО хоча б одну з профілактичних послуг. Джерело: «Звіт за результатами Інтегрованого біоповедінкового дослідження 2020 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом. – I. Ттар, С. Сальніков, С. Огороднік, О. Нестерова., К. Попова, І. Андріанова, О. Шейко, С. Січкач – К.: ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». 2021 р. – 133 с.

№ п/п	Індикатор	Опис індикатору										2019	2020	2021	2022	2023	2024
		Відсоток ув'язнених з ВІЛ та ВГС одночасно										1,3	1,9	1,2	5,7	2,8	3,14
		Кількість ув'язнених з ВІЛ та ВГС одночасно										668	917	504	2 391	1 229	1 247
		Відсоток ув'язнених з ТБ або з ВІЛ та ТБ одночасно										2,4	2,5	0,4	0,5	0,2	0,12
		Кількість ув'язнених з ТБ або з ВІЛ та ТБ одночасно										1 262	1 224	210	191	95	49
1.8.	Безпечна практика ін'єкцій серед осіб, що вживають ін'єкційні наркотики	Відсоток ЛВІН, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків										-	-	96,6	-	-	-
1.9.	Кількість голків і шприців, розповсюджених серед ЛВІН (у розрахунок на одну людину)	Кількість голків та шприців, поширених в рамках програм з обміну голків та шприців, у розрахунок на одну особу, яка вживає ін'єкційні наркотики, на рік (округлено до цілого числа)										53	65	51	41	40	47
		Кількість голків та шприців, поширених в рамках програм з обміну голків та шприців за останні 12 місяців										18 671 424	22 789 972	17 705 713	14 377 722	14 109 780	16 723 233
1.10.	Охоплення підтримуючою терапією опіюдами агоністами (ЗПТ)	Відсоток осіб, які вживають ін'єкційні наркотики та отримують ЗПТ										4,5	5,3	7,1	10,7	11,0	11,5
		Число осіб, які споживають ін'єкційні наркотики і отримують ЗПТ										12 411	14 868	19 942	28 679	29 517	30 768
1.11.	Люди, які отримують доконтактну профілактику (ДКП)	Кількість людей, які отримували препарати для ДКП протягом звітного періоду хоча б одноразово										1 735	2 258	5 711	9 075	13 147	13 762
		Кількість людей, які вперше у житті отримали будь-який продукт PrEP протягом звітного періоду										1 635	1 549	4 794	6 380	7 746	7 060
1.14.	Використання презервативів під час останнього сексуального контакту з високим ризиком	Відсоток респондентів, які повідомили, що використовували презерватив при останньому статевому контакті з партнером, який не є їхнім чоловіком або партнером, що спільно проживає, від загальної кількості людей, у кого був сексуальний контакт з таким партнером за останні 12 місяців										-	-	-	-	-	70,0
1.15.	Число презервативів, що розповсюджуються щорічно	Кількість поширених презервативів за останні 12 місяців										10 287 036	10 290 515	10 581 167	8 694 227	12 069 714	9 521 418
1.16.	Молодь: знання про профілактику ВІЛ-інфекції	Відсоток респондентів віком 15-24 років, які дали правильні відповіді на всі п'ять запитань										18,9 ¹⁰	25,1	-	-	-	-

¹⁰ Джерело: Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC), Україна, 2018

№ п/п	Індикатор	Опис індикатору	2019	2020	2021	2022	2023	2024
2.	95-95-95 у показниках тестування та лікування ВІЛ-інфекції							
2.1.	Люди, які живуть з ВІЛ та знають свій статус ¹²	Оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ на кінець звітного періоду	251 168	257 548	244 877	-	-	-
		Кількість людей, які живуть з ВІЛ та знають свій статус	169 787	177 760	184 029	157 510 ¹³	157 435	137 780
		Відсоток людей, які живуть з ВІЛ та знають свій статус	68	69	75	-	-	-
2.2.	Люди, які живуть з ВІЛ та отримують АРТ ¹⁴	Кількість людей, які отримують антиретровірусну терапію	136 105	146 488	152 226	121 289 ¹⁵	118 348	118 701
		Відсоток ЛЖВ, які отримують АРТ, від кількості людей, які знають свій ВІЛ-статус	80	82	83	77 ¹⁶	75	86
		Люди, котрі живуть з ВІЛ, що мають знижене вірусне навантаження ¹⁷	127 871	137 221	142 586	115 252 ¹⁸	112 707	113 945
2.3.	Досягнення третіх «95»	Відсоток ЛЖВ, які мають знижене вірусне навантаження, серед осіб, які отримують АРТ	94	94	94	95 ¹⁹	95	96
		Люди, які живуть з ВІЛ, з CD4 <200 клітин/мм ³ (або <15% для дітей) - при початковому діагнозі	35,1	32,5	35,3	37,3	41,4	43,6
		Відсоток людей, які живуть з ВІЛ і мають початковий рівень CD4 <350 клітин/мм ³ протягом звітного періоду	59,0	54,5	57,3	59,8	63,4	64,7
2.4.	Пізня діагностика ВІЛ							
2.5.	Обсяги тестування і позитивні результати	Відсоток позитивних результатів на ВІЛ, виданих людям (позитивні результати тестування), у поточному календарному році	3,1	1,7	2,1	1,3 ²¹	1,0	0,6

¹¹ За результатами прогнозування з використанням програми Spectrum (внаслідок війни не застосовується з 2022 р.)

¹² Для всієї території України з урахуванням доступних даних про міграцію

¹³ Після 2021 року тільки для підконтрольних Уряду країни територій.

¹⁴ Для всієї території України з урахуванням доступних даних про міграцію, лікування та припущень щодо зміни даних за попередні роки.

¹⁵ Після 2021 року тільки для підконтрольних Уряду країни територій.

¹⁶ Після 2021 року тільки для підконтрольних Уряду країни територій.

¹⁷ Розраховано з застосуванням коефіцієнту за результатами обстеження ЛЖВ на контрольованій урядом країни території.

¹⁸ Після 2021 року тільки для підконтрольних Уряду країни територій.

¹⁹ Після 2021 року тільки для підконтрольних Уряду країни територій.

²¹ Показник вперше розрахований з урахуванням усіх даних про результати тестування рамках СЕМ.

№ п/п	Індикатор	Опис індикатору						
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	
	Тестування на ВІЛ-інфекцію ²⁰	Кількість проведених тестів, де обстеженим повернули ВІЛ-позитивні результати (позитивні результати тестування)	16 344	24 000	33 682	29 653	31 083	20 076
		Кількість виконаних тестів, у яких обстежені отримали результати (обсяги тестування)	520 119	1 380 914	1 628 098	2 247 375	3 137 475	3 273 717
	Дані про послуги з тестування на ВІЛ-інфекцію в закладах охорони здоров'я	Відсоток позитивних результатів на ВІЛ, виданих людям (позитивні результати тестування), у поточному календарному році	-	1,9	1,7	0,9	0,6	0,5
		Кількість проведених тестів, де обстеженим повернули ВІЛ-позитивні результати (позитивні результати тестування)	-	13 609	13 941	14 942	14 183	12 389
		Кількість виконаних тестів, у яких обстежені отримали результати (обсяги тестування)	-	713 566	832 765	1 612 841	2 250 940	2 587 481
	Дані про послуги з тестування на ВІЛ-інфекцію на рівні спільнот	Відсоток позитивних результатів на ВІЛ, виданих людям (позитивні результати тестування), у поточному календарному році	3,1	1,6	2,5	2,3	1,9	1,1
		Кількість проведених тестів, де обстеженим повернули ВІЛ-позитивні результати (позитивні результати тестування)	16 344	10 391	19 741	14 711	16 900	7 687
		Кількість виконаних тестів, у яких обстежені отримали результати (обсяги тестування)	520 119	667 348	795 333	634 534	886 535	686 236
	Самотестування	Загальна кількість індивідуальних комплектів самотестування, закуплених протягом року урядом країни і / або донорами	20 950	24 000	116 900	82 500	84 250	77 400
		Загальна кількість індивідуальних комплектів самотестування, які були поширені протягом року	25 540	18 587	40 454	55 786	80 222	55 296
2.6.	Охоплення антиретровірусною терапією людей, що живуть з ВІЛ та входять до ключових груп населення	2.6A. Відсоток СП, що живуть з ВІЛ, які отримали АРТ за останні 12 місяців	-	-	78,0	-	-	-
		2.6B. Відсоток ЧСЧ, що живуть з ВІЛ, які отримали АРТ за останні 12 місяців	-	-	55,4	-	-	-
		2.6C. Відсоток ЛВНІ, що живуть з ВІЛ, які отримали АРТ за останні 12 місяців	-	-	86,2	-	-	-
		2.6E. Відсоток ув'язнених, що живуть з ВІЛ та отримали АРТ за останні 12 місяців ²²	87,4	92,3	95,4	94,4	98,1	98,2

²⁰ Починаючи з 2020 року, для розрахунку індикатора враховуються не лише дані про послуги з тестування на ВІЛ-інфекцію на рівні спільнот, а також інформація про результати тестування окремих категорій населення в установах охорони здоров'я, де ВІЛ-позитивні результати були повернуті особам, які обстежені (зокрема, особи, які були обстежені ШТ). Це пояснює суттєві відмінності результатів відносно 2019 року.

²² За даними Державної кримінально-виконавчої служби України

№ п/п	Індикатор	Опис індикатору	2019	2020	2021	2022	2023	2024
2.7.	Смертність від СНІДу ²³	Загальна кількість людей, які померли від пов'язаних із СНІДом захворювань, на 100 тис. осіб.	11,45	10,52	10,27	-	-	-
	Смертність від СНІДу ²⁴	Кількість людей, померлих від хвороб спричинених СНІДом на 100 тис. населення (додаткова опція до відома)	7,7	5,5	5,1	3,1 ²⁵	4,6 ²⁶	3,8 ²⁷
		Загальна кількість людей померлих від хвороб спричинених СНІДом (додаткова опція до відома)	2 977	2 114	1 928	1 293	1 474	1 169
3.	Ліквідувати вертикальну передачу ВІЛ та викорінити СНІД серед дітей							
3.1.	Тестування на ВІЛ серед вагітних жінок	Відсоток вагітних жінок, ВІЛ-статус яких відомий	99,9	99,1	98,7	98,5	98,3	98,5
		Кількість жінок, які при зверненні до допологової установи мали встановлений ВІЛ-позитивний статус	1 431	1 281	1 258	936	874	784
		Кількість жінок, у яких позитивний результат тесту на ВІЛ отримано вперше під час обстеження у закладі допологового спостереження під час поточної вагітності та/або пологів	772	622	599	480	358	299
3.2.	Рання діагностика ВІЛ у немовлят	Відсоток немовлят, народжених жінками, інфікованими ВІЛ, яких протестували на ВІЛ протягом перших двох місяців життя	82,1	87,9	70,0	82,7	95,8	92,2
3.3.	Вертикальна передача ВІЛ	Оціночний відсоток дітей, інфікованих ВІЛ у результаті вертикальної передачі серед жінок, які живуть з ВІЛ, які народжували протягом останніх 12 місяців (за даними ПЛР) ²⁸	1,58	1,3	1,3	1,5	1,5	0,5
		Відсоток вагітних жінок, що живуть з ВІЛ, які отримали антиретровірусні препарати для зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	95,6	95,9	95,7	94,4	97,3	97,3
3.4.	Профілактика передачі ВІЛ від матері дитині	Кількість вагітних жінок, які розпочали АРТ після настання поточної вагітності	1 051	797	705	421	339	316
		Кількість вагітних жінок, які розпочали АРТ до початку поточної вагітності	940	1 041	1 069	883	816	776

²³ За результатами прогнозування з використанням програми Spectrum (внаслідок війни не застосовується з 2022 р.)

²⁴ За даними форми звітності № 2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за ____рік»

²⁵ Розраховано на чисельність населення станом на 01.01.2022

²⁶ Дані оновлені з розрахунку на оціночну чисельність населення в Україні у 2023 році (Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи)

²⁷ Дані оновлені з розрахунку на оціночну чисельність населення в Україні у 2024 році (Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи)

²⁸ За даними форми звітності № 63 (річна)

№ п/п	Індикатор	Опис індикатору	2019	2020	2021	2022	2023	2024
3.5.	Сифіліс серед вагітних жінок	Охоплення тестуванням на сифіліс вагітних жінок, які користуються послугами допологового спостереження (тестування під час будь-якого відвідування)	90,2	92,8	95,4	95,3	94,8	93,6
		Відсоток жінок, що мають доступ до послуг допологового спостереження, у яких було виявлено позитивний результат тестування на сифіліс	0,15	0,10	0,07	0,07	0,13	0,06
3.6.	Вроджений сифіліс	Відсоток зареєстрованих випадків вродженого сифілісу (серед живих немовлят та мертвонароджених)	0,0003	0,0006	0,0004	0,002	0,0	0,0
		Відсоток жінок, які відвідують служби допологового спостереження, пройшли тестування на поверхневий антиген ВГВ (HBsAg)	x	x	52,52	61,2	63,0	69,5
3.7.	Гепатит В у вагітних жінок ²⁹	Відсоток вагітних жінок, які відвідують служби допологового спостереження, у яких тест на HBsAg був позитивним	x	x	0,59	0,4	0,5	0,3
		Число вагітних жінок, які відвідують служби допологового спостереження, у яких тест на HBsAg був позитивним	x	x	788	500	522	392
4.	Рівність, розширення прав та можливостей жінок та дівчаток							
4.1.	Досвід сексуального та/або фізичного насильства серед ключових груп населення ³⁰	4.1A. Досвід сексуального та/або фізичного насильства серед СП	x	x	28,8	-	-	-
		4.1B. Досвід сексуального та/або фізичного насильства серед ЧСЧ	x	x	23,6	-	-	-
		4.1C. Досвід сексуального та/або фізичного насильства серед ЛВІН	x	x	-	-	-	-
4.2.	Ставлення до насильства проти жінок ³¹	Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які згодні з тим, що чоловікові у певних випадках можна вдарили чи побити свою дружину (% згодних хоча б з одним із тверджень)	-	-	28 ³²	-	3,0 ³³	-

²⁹ Новий індикатор з 2021 року

³⁰ Новий індикатор з 2021 року

³¹ Новий індикатор з 2021 року

³² Джерело: Research "Citizens' Attitudes Toward Gender-Based and Domestic Violence" (2021).

³³ Обмежене застосування індикатора (неповна відповідність: серед респондентів тільки жінки)

№ п/п		Індикатор	Опис індикатору								2019	2020	2021	2022	2023	2024					
6.	Реалізація прав людини та викорінення стигматизації та дискримінації																				
6.1.	Дискримінаційне ставлення до людей, інфікованих ВІЛ	Відсоток жінок і чоловіків віком 15–49 років, які повідомили про дискримінаційне ставлення до людей, які живуть із ВІЛ (відповіли «Ні» хоча б на одне з двох питань)														66,6	-	-	-	36,0	-
6.2.	Внутрішня стигма, про яку повідомляють люди, що живуть із ВІЛ ³⁴	Процент респондентів, які отримали позитивний результат тестування на ВІЛ і погодилися із твердженням (щодо внутрішньої стигми).														-	-	-	-	42,3	-
6.3.	Стигма та дискримінація, яким піддаються люди, які живуть із ВІЛ, у громадських сферах ³⁵	Стигма та дискримінація, яким піддаються люди, які живуть із ВІЛ, у громадських сферах														-	-	8,1 ³⁶	-	6,2	-
6.4.	Досвід зіткнення з дискримінацією, пов'язаною з ВІЛ, у закладах охорони здоров'я	Відсоток людей, які живуть із ВІЛ, які повідомляють, що на власному досвіді стикалися зі стигмою та дискримінацією протягом останніх 12 місяців														-	17,3 ³⁷	-	-	14,3	-
6.5.	Стигма та дискримінація, яким піддаються ключові групи населення ³⁸	6.5A. Відсоток СП, які повідомили, що один або кілька із трьох випадків сталися з ними за останні 6 місяців														-	-	-	-	-	-
		6.5B. Відсоток ЧСЧ, які повідомили, що одне або більше із трьох переживань сталося з ними за останні 6 місяців														-	-	45,1	-	-	-
		6.5C. Стигма та дискримінація, з якими стикаються ЛВІН														-	-	-	-	-	-
6.6.	Ухилення від звернення за послугами охорони здоров'я через стигматизацію та дискримінацію щодо ключових груп населення	6.6A. Відсоток СП, які уникали звертатися за послугами охорони здоров'я у період останніх 12 місяців														16,3	21,3	-	-	-	-
		6.6B. Ухилення від звернення за послугами охорони здоров'я через стигматизацію та дискримінацію серед ЧСЧ														-	9,7	6,3	-	-	-
		6.6C. Ухилення від звернення за послугами охорони здоров'я через стигматизацію та дискримінацію серед ЛВІН														-	10,3	-	-	-	-

³⁴ Новий індикатор з 2021 року

³⁶ Джерело: "Index stigmas "in Ukraine (2020)

³⁸ Новий індикатор з 2021 року

№ п/п	Індикатор	Опис індикатору	2019	2020	2021	2022	2023	2024
6.6.	Ухилення від звернення за послугами охорони здоров'я через стигматизацію та дискримінацію щодо ключових груп населення	6.6A. Відсоток СП, які уникали звертатися за послугами охорони здоров'я у період останніх 12 місяців	16,3	21,3	-	-	-	-
		6.6B. Ухилення від звернення за послугами охорони здоров'я через стигматизацію та дискримінацію серед ЧСЧ	-	9,7	6,3	-	-	-
		6.6C. Ухилення від звернення за послугами охорони здоров'я через стигматизацію та дискримінацію серед ЛВІН	-	10,3	-	-	-	-
6.7.	ЛЖВ, які вимагають відшкодування збитків у разі порушення своїх прав ³⁹	Відсоток ЛЖВ, які зазнавали порушень прав людини протягом останніх 12 місяців та вимагали відшкодування збитків	-	-	-	-	22,9	-
6.8 ⁴⁰	Дискримінаційне ставлення до людей, які живуть із ВІЛ, серед персоналу ЗОЗ	Відсоток працівників ЗОЗ, які повідомляють про дискримінаційне ставлення до ЛЖВ	x	x	x	x	-	-
6.9 ⁴¹	Дискримінаційне ставлення до представників ключових груп населення з боку персоналу ЗОЗ	Відсоток працівників ЗОЗ, які повідомляють про дискримінаційне ставлення до представників КГ	x	x	x	x	-	-
6.10 ⁴²	Дискримінаційне ставлення до представників ключових груп населення серед працівників поліції	Відсоток працівників поліції, які повідомляють про дискримінаційне ставлення до представників КГ	x	x	x	x	-	-
7.	Загальний доступ до медичних послуг та інтеграція							
7.1.	Вірусний гепатит серед ключових груп населення	Поширеність коінфекції ВІЛ/гепатит В серед ключових груп населення	-	-	-	-	-	-
		Поширеність коінфекції ВІЛ/гепатит С серед ключових груп населення:						
		ЛВІН	-	18,0	-	-	-	-
		СП	-	-	-	1,8	-	-
		ЧСЧ	-	-	-	0,4	-	-

³⁹ Новий індикатор з 2021 року

⁴⁰ Новий індикатор з 2023 року

⁴¹ Новий індикатор з 2023 року

⁴² Новий індикатор з 2023 року

№ п/п	Індикатор	Опис індикатору	2019	2020	2021	2022	2023	2024
7.2.	Тестування ЛЖВ на гепатит С	Частка людей, які розпочали АРТ та які обстежені ВГС протягом звітного періоду (за допомогою низки тестів на антитіла до ВГС 3 наступним ПЛР-тестом у раз позитивного результату тестів на антитіла).	-	-	-	-	-	7.6
	Люди з коінфекцією ВІЛ/ВГС, які почали отримувати лікування від ВГС	Відсоток осіб з діагностованою коінфекцією ВІЛ/ВГС, які отримують лікування у зв'язку з ВГС	4,4	15,1	15,5	17,5	74,7	x
7.3.	Поширеність сифілісу серед ключових груп населення	7.4A Відсоток СП з активним сифілісом ⁴³ 7.4B Відсоток ЧСЧ з активним сифілісом ⁴⁴	0,49	0,38	3,9	-	0,4	0,2
7.4.	Чоловіки з виділеннями з уретри (загальне населення)	Відсоток чоловіків із виділеннями з уретри, зареєстрованих протягом останніх 12 місяців	0,54	0,69	3,2	-	0,3	0,3
7.5.	Гонорея у чоловіків	Рівень лабораторно-діагностованої гонореї у чоловіків у країнах, що мають лабораторний потенціал для діагностики	0,001	0,001	0,00033	0,0002	-	-
7.6.	Спільне управління лікуванням туберкульозу та ВІЛ-інфекції	Відсоток випадків захворювання на ТБ у ЛЖВ, коли лікування ТБ надавалось у комплексі з лікуванням ВІЛ-інфекції.	0,013	0,007	0,0055	0,004	0,004	0,003
		Оціночна кількість випадків ТБ у ЛЖВ ⁴⁵	62,3	49,0	53,2	x	x	x
		Кількість ЛЖВ з новими випадками та рецидивами ТБ, які почали лікування від ТБ серед тих, хто почав, або вже знаходився на АРТ під час лікування від ТБ у звітному році	7 800	7 000	6 300	x	x	x
7.7.	Люди, які живуть з ВІЛ, у яких виявлено туберкульоз в активній формі	Загальна кількість ЛЖВ, які мають ТБ в активній формі, представлене у відсотках від числа людей, що вперше потрапляють в програму медичного обслуговування у зв'язку з ВІЛ протягом звітного періоду	4 860	3 428	3 354	3 069	3 259	2 613
			20,3	12,9	11,5	12,1	14,4	12,7

^{43, 29} За даними програмного моніторингу і профілактичних програм (SYREX database) до 2020 р. (2021 р. – дані IBBS).

⁴⁵ Джерело: <http://www.who.int/tb/country/data/download/en>

№ п/п	Індикатор	Опис індикатору	2019	2020	2021	2022	2023	2024
7.8.	Люди, що живуть з ВІЛ, які почали курс профілактичного лікування туберкульозу	Число пацієнтів, які почали лікування латентної ТБ-інфекції (ПЛІ), виражене у відсотках до загального числа людей, які вперше потрапили в систему медичного обслуговування в зв'язку з ВІЛ, протягом звітного періоду	55,8	72,7	67,7	80,1	72,7	76,5
7.9.	Люди, які живуть з ВІЛ та отримують АРТ, які пройшли повний курс профілактичного лікування туберкульозу	Відсоток ЛЖВ, які проходять АРТ та пройшли курс профілактичного лікування від ТБ (ПЛІ) серед тих, хто ініціював терапію (когорта року, що передуює звітному) для поточного раунду річної звітності ⁴⁶	-	-	-	82,1	66,2	76,8
7.10.	Обстеження на рак шийки матки жінок, інфікованих ВІЛ	Число жінок, які живуть з ВІЛ, які пройшли скринінговий тест на рак шийки матки за останні 12 місяців з використанням будь-якого методу скринінгу ⁴⁷	-	-	-	-	-	-
		Число жінок, які живуть з ВІЛ, які пройшли скринінговий тест на рак шийки матки за останні 12 місяців з використанням будь-якого методу скринінгу, які пройшли скринінг вперше в житті	-	-	-	-	-	-
7.11.	Лікування передраку шийки матки у жінок, які живуть із ВІЛ ⁴⁸	Відсоток жінок, які живуть з ВІЛ, які пройшли скринінг на передраковий стан шийки матки та отримали лікування з приводу передраку протягом останніх 12 місяців ⁴⁹	-	-	-	-	-	-
7.12.	Лікування інвазивного раку шийки матки у жінок, які живуть із ВІЛ	Відсоток жінок, які живуть із ВІЛ, з підозрою на інвазивний рак шийки матки, які пройшли лікування протягом останніх 12 місяців	-	-	-	-	-	-
7.13.	Видача антиретровірусних препаратів із запасом на кілька місяців (охоплення) ⁵⁰	Відсоток ЛЖВ, які нині перебувають на АРТ та отримали антиретровірусні препарати на термін:	-	-	-	-	-	-
		<3 місяців	-	-	-	11	10	4,3
		від 3 до <6 місяців	-	-	-	56	61	50,7
		> 6 місяців	-	-	-	32	29	45

⁴⁶ Прим. в Україні наразі відсутнє джерело даних (відповідна форма звітності)

⁴⁸ Новий індикатор з 2021 року. У 2023 році надаємо за даними ІС СЗХ для когорти пацієнтів 2021 року.

⁴⁹ Прим. в Україні наразі відсутнє джерело даних (відповідна форма звітності)

⁵⁰ Новий індикатор (2021 р.). З 2016 року диференційований підхід у наданні послуг, який передбачає, зокрема, можливість отримання на руки препаратів із запасом на кілька місяців, рекомендований ВООЗ та включений до керівництва з лікування ВІЛ-інфекції в рамках підходів громадського здоров'я.

