

Державна установа «Центр громадського здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України»

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

ВІЛ-інфекція в Україні

Інформаційний бюлетень

№ 47

виходить з 1991 р.



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Авторський колектив:

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»:

генеральний директор, д-р. мед. наук, проф. Н.М. Нізова;
заступник генерального директора з координації програмних заходів та стратегічного розвитку І.В. Кузін;
заступник генерального директора з нагляду за інфекційними хворобами Л.І. Гетьман;
радник генерального директора з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, д-р. мед. наук, проф. А.М. Щербінська.

Центр моніторингу та оцінки програмних заходів

завідувач центру І.З. Сорока;
лікар-епідеміолог, ст.н.с. ДУ «ІЕІХ НАМН України», канд. мед. наук В.А. Марциновська;
лікар-епідеміолог, спеціаліст з рутинного епідеміологічного нагляду А.І. Алексєєва;
спеціаліст з розвитку регіональної системи моніторингу та оцінки у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу Д.М. Кутузова;
спеціаліст з ведення Національного порталу стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу О.І. Щербакова.

Відділ профілактики та нагляду за ВІЛ, ВГ та ІПСШ

лікар-інфекціоніст С.В. Рябоконь;
фахівець відділу О.Л. Міщенко;
фахівець відділу Т.В. Гриценко;
спеціаліст відділу з координації програм лікування ВІЛ в пенітенціарній службі Т.М. Стариченко;
консультант, канд. мед. наук О.К. Надута-Скринник;
консультант Л.М. Легкоступ.

Референс-лабораторія діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу

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

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

заступник директора з наукової роботи, д-р. мед. наук Т.А. Сергєєва;
пров.н.с., канд. мед. наук Ю.В. Круглов;
ст.н.с., канд. біол. наук О.В. Максименко;
н.с. О.М. Кислих;
н.с. І.В. Нгуєн.

В рамках дотримання Закону України № 3792-ХІІ від 23.12.1993 «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів інформаційного бюлетеня можливе за умови посилання на авторство Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та зазначення джерела публікації.

Зміст

Перелік умовних скорочень.....	4
Розділ 1. Моніторинг виконання рішень Дублінської декларації про партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІДом у 2016 році.....	6
Розділ 2. Зобов'язання України у рамках резолюції Третьої національної науково-практичної конференції з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу «За кожне життя разом: Прискорення до мети 90-90-90».....	11
Розділ 3. ВІЛ-інфекція в контексті соціально значимих інфекцій в Україні	15
Розділ 4. Результати сероепідеміологічного моніторингу за поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення.....	21
Розділ 5. Сучасні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні ..	28
Розділ 6. Про випадок інфікування ВІЛ реципієнта через компонент донорської крові (еритроцитарна маса) у Черкаській області.....	47
Розділ 7. Оціночні дані щодо ВІЛ/СНІДу та каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ, на початок 2017 року.....	49
Розділ 8. Послуги з консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію.....	52
Розділ 9. Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам та хворим на СНІД	54
Розділ 10. Стан впровадження замісної підтримувальної терапії.....	58
Розділ 11. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні	64
Розділ 12. Аналіз діяльності лабораторної служби регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.....	69
Розділ 13. Результати проведення дослідження з оцінки індикаторів раннього попередження медикаментозної резистентності ВІЛ.....	77
Розділ 14. Звіт про результати моніторингу та оцінки ефективності Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки, у 2016 році.....	86
Розділ 15. Розвиток Національного порталу стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.....	92
Розділ 16. Рекомендації щодо посилення служби профілактики та боротьби зі СНІДом за результатами прийому річних звітів.....	94
Додаток. Таблиці № 1-35.....	108
Перелік посилань.....	147

Перелік умовних скорочень

АРВП	антиретровірусні препарати
АРП	антиретровірусна профілактика
АРТ	антиретровірусна терапія
АТО	антитерористична операція
ВДТБ	вперше діагностований туберкульоз
ВГВ	вірусний гепатит В
ВГС	вірусний гепатит С
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВМП	вироби медичного призначення
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГО	громадські організації
ГПР	групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДБ	державний бюджет
ДКВС України	Державна кримінально-виконавча служба України
ДУ «ЦГЗ МОЗ України»	Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
ЕН	епідеміологічний нагляд
ЄС/ЄЕЗ	Європейський Союз та Європейська економічна зона
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КДЛ	клініко-діагностична лабораторія
КЗ	комунальний заклад
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	лікарські засоби
МіО	моніторинг і оцінка
МЛ	міська лікарня

МН	медичний нагляд
МР ВІЛ	медикаментозна резистентність ВІЛ до АРВП
МЦПБС	міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом
ОІ	опортуністичні інфекції
ОСБ	особи, які надають сексуальні послуги за винагороду
ОСПК/СПК	обласна станція переливання крові/ станція переливання крові
ОЦПБС	обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
ПТС	протитуберкульозна служба
р. в.	рік випуску
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РПІ	індикатори раннього попередження
РЦ СНІД	регіональний центр профілактики та боротьби зі СНІДом
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ТМО	територіальне медичне об'єднання
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД
CD4	CD4 лімфоцити
ECDC	Європейський центр з контролю та профілактики захворюваності
PEPFAR	Надзвичайний план президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД

Розділ 1. Моніторинг виконання рішень Дублінської декларації про партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІДом у 2016 році

На фоні надзвичайної ситуації у зв'язку з епідемією ВІЛ-інфекції в світі 23-24 лютого 2004 року країни Європи та Центральної Азії (Регіон) провели конференцію високого рівня у м. Дублін, Ірландія «Подолання бар'єрів – партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Європі та Центральній Азії». Результатом конференції стало прийняття Дублінської декларації про партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІДом (Дублінська декларація), мета якої – активізувати заходи з попередження поширенню ВІЛ-інфекції та лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД у Регіоні.

Основними положеннями Дублінської декларації стали:

- визнання необхідності об'єднати зусилля та колективні дії у напрямі протидії епідемії ВІЛ-інфекції;
- визнання, що повага та захист прав людини є основою для профілактики інфікування ВІЛ та зниження уразливості груп ризику;
- визнання профілактики інфікування ВІЛ основою національних, регіональних та міжнародних відповідей на епідемію;
- визнання, що в країнах Європи та Центральної Азії без прийняття термінових заходів протидії ВІЛ/СНІДу поширення ВІЛ-інфекції серед найбільш уразливих груп щодо інфікуванні ВІЛ (ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ) буде продовжувати впливати на загальну популяцію;
- визнання необхідності більш широкого залучення ВІЛ-позитивних осіб до заходів, спрямованих на подолання епідемії ВІЛ-інфекції;
- визнання, що інвестування у наукові дослідження з метою поліпшення лікування та профілактики ВІЛ-інфекції має ключове значення у боротьбі з ВІЛ/СНІДом.

У 2007 році за координацією Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності (ECDC) розпочався моніторинг виконання Дублінської декларації в Європі та Центральній Азії, що було відображено у звітах за 2010, 2012 і 2014 роки.

Основні висновки за результатами моніторингу Дублінської декларації у 2016 році представлені на технічній нараді 30-31 січня 2017 року в м. Валетта (Мальта), де були висвітлені основні досягнення у сфері ПТВ, епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією, профілактики та лікування ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення за даними, що були подані 48 країнами Європи та Центральної Азії до ECDC та Європейського регіонального бюро ВООЗ.

У звіті Дублінської декларації за 2016 рік підкреслюється, що ВІЛ-інфекція залишається головною проблемою громадського здоров'я в країнах ЄС та ЄЕЗ.

Станом на 01.01.2016 року, за оціночними даними в цих країнах проживало 810 000 ЛЖВ (0,2% дорослого населення). За останнє десятиліття відбулося лише незначне зниження темпів нових діагнозів – з 6,6 на 100 тис. населення в 2006 році до 6,3 на 100 тис. населення в 2015 році, рівень зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію був вище серед чоловіків (9,1 на 100 тис. населення), ніж серед жінок (2,6 на 100 тис. населення).

Послуги з тестування на ВІЛ у Європі

Незважаючи на досягнутий прогрес, охоплення ПТВ ключових груп населення в країнах Європи залишається на низькому рівні, значна кількість ВІЛ-позитивних осіб не знають про свій ВІЛ-статус.

Прогалини в охопленні ПТВ серед ЧСЧ відмітили 12 (29%) країн, серед ОСБ - 10 (26%) країн, серед ЛВІН - 7 (18%) країн, серед ув'язнених - 6 (15%) країн. Крім того, країни відзначають, що існують значні прогалини в надання ПТВ для транссексуалів.

За даними 20 країн ЄС/ЄЕЗ, 83% (діапазон 57% - 98%) осіб від оціночної кількості ЛЖВ виявлені та залучені до медичних послуг, тобто тільки 17% ВІЛ-позитивних осіб не знають про свій ВІЛ-статус. Відсоток осіб з вперше у житті встановленим ВІЛ-позитивним статусом, які були пізно виявлені ($CD4 < 350$ клітин/мкл), становив 47%, з них 28% осіб мали рівень $CD4 < 200$ клітин/мкл. Найбільша частка випадків ВІЛ-інфекції, що діагностуються на пізній стадії (більше 50%), зареєстровано у 9 країнах: Австрія, Естонія, Греція, Італія, Латвія, Литва, Румунія, Словенія, Швеція.

За даними 10 країн, що не входять до ЄС/ЄЕЗ, 62% (діапазон 47% - 90%) осіб від оціночної кількості ЛЖВ виявлені та залучені до медичних послуг, 38% ЛЖВ не знають про свій ВІЛ-статус. Відсоток осіб з вперше у житті встановленим ВІЛ-позитивним статусом, які були пізно виявлені ($CD4 < 350$ клітин/мкл), становив 51%, з них 31% осіб мали рівень $CD4 < 200$ клітин/мкл. Найбільша частка випадків ВІЛ-інфекції, що діагностуються на пізній стадії хвороби (більше 50%), зареєстрована у 9 країнах: Албанія, Вірменія, Грузія, Ізраїль, Киргизстан, Македонія, Молдова, Таджикистан, Чорногорія.

ВІЛ-інфекція серед мігрантів у країнах Європи

Більше третини випадків ВІЛ-інфекції у країнах ЄС/ЄЕЗ припадає на мігрантів - 37% від усіх осіб з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції у 2016 році. Проте частка мігрантів з ВІЛ-інфекцією досягає 51% у Мальті, 52% - Бельгії, 53% - Франції, 54% - Фінляндії, 59% - Данії, 60% - Норвегії, 65% - Ірландії, 67% - Ісландії, 71% - Люксембурзі, 75% - Швеції.

Зростають докази, що значна частина мігрантів з ВІЛ-позитивним статусом прибули з країн з високою поширеністю ВІЛ, мігранти з інших країн складають 22% від усіх нових випадків ВІЛ-інфекції. У 2016 році більшість країн ЄС/ЄЕЗ повідомили про серйозні прогалини в охопленні послугами з профілактики ВІЛ-інфекції серед мігрантів, 20 країн відмітили відповідні прогалини серед мігрантів, які не мають документів, у т.ч. Україна (табл. 1).

Таблиця 1. Країни, що повідомили про прогалини в охопленні послугами з профілактики ВІЛ-інфекції серед мігрантів (2016 р.)

Стратифікація мігрантів	Кількість країн	Країни
Мігранти, які прибули з країн з високою поширеністю ВІЛ	17	Австрія, Бельгія, Греція, Грузія, Ірландія, Італія, Казахстан, Кіпр, Киргизстан, Косово, Мальта, Норвегія, Чехія, Угорщина, Фінляндія, Франція Швеція
Мігранти без документів	20	Австрія, Азербайджан, Грузія, Греція, Ірландія, Італія, Казахстан, Кіпр, Косово, Мальта, Нідерланди, Німеччина Норвегія, Польща, Чехія, Україна Фінляндія, Франція, Швеція, Швейцарія

ВІЛ-інфекція серед чоловіків, які мають статеві контакти з чоловіками, у країнах Європи

Статеві контакти між чоловіками є основним шляхом передачі ВІЛ в країнах ЄС/ЄЕЗ - 42% від усіх нових випадків ВІЛ-інфекції в 2016 році. Проте, у 15 країнах ЄС/ЄЕЗ – Австрія, Великобританія, Греція, Ірландія, Іспанія, Кіпр, Нідерланди, Німеччина, Мальта, Польща, Словаччина, Словенія, Хорватія, Чехія і Угорщина – на ЧСЧ припадає понад 50% всіх нових випадків ВІЛ-інфекції.

За даними 40 країн ЄС/ЄЕЗ, рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ коливається від 0% до 60%. Даний показник перевищує 10% в дев'яти країнах - Бельгія, Грузія, Іспанія, Мальта, Румунія, Словаччина, Угорщина, Франція і Чорногорія; коливається від 5% до 10% в дев'яти країнах - Греція, Ірландія, Киргизстан, Молдова, Німеччина, Португалія, Сербія, Швейцарія і Україна.

Більше третини (37%) нових випадків інфікування ВІЛ серед ЧСЧ пов'язано з пізнім виявленням ВІЛ-позитивного статусу внаслідок, насамперед, низького рівня оцінки власного ризику інфікування серед представників цієї цільової групи, наявності стигми та дискримінації по відношенню до ЧСЧ.

На сьогодні у закладах охорони здоров'я двох країн, Франції та Норвегії, преконтактна профілактика ВІЛ-інфекції стала стандартом надання допомоги у зв'язку з ВІЛ. Пілотні проекти щодо впровадження преконтактної профілактики серед ЧСЧ здійснюються в Сполученому Королівстві, Бельгії, Італії та Нідерландах, а також заплановані в найближчому майбутньому ще в 14 країнах – Азербайджані, Хорватії, Данії, Грузії, Греції, Ірландії, Ізраїлі, Люксембурзі, Мальті, Румунії, Португалії, Іспанії, Швеції та Україні.

Лікування, догляд та підтримка людей, які живуть з ВІЛ, в країнах Європи

Після публікації у 2015 році рекомендацій ВООЗ та Європейського клінічного товариства СНІДу щодо негайного початку АРТ для всіх ВІЛ-позитивних осіб, все більше країн ЄС/ЄЕЗ звітують про своєчасне призначення антиретровірусного лікування, відмову від порогової кількості CD4 лімфоцитів для призначення АРТ або введення більш високих порогів рівня CD4 для початку АРТ. Кількість країн, які повідомили, що лікування розпочато незалежно від кількості CD4 лімфоцитів, збільшилася з 4 країн у 2014 році, до 28 країн у 2016 році (табл. 2).

Таблиця 2. Країни, що повідомили про критерії початку АРТ у залежності від ступеню імуносупресії (CD4)

Початок АРТ	2014 рік	2016 рік
Ініціація АРТ незалежно від кількості CD4 лімфоцитів	4 країни – Австрія, Італія, Румунія, Франція	28 країн - Австрія, Великобританія Данія, Греція, Грузія, Італія, Ісландія, Іспанія, Кіпр, Мальта, Нідерланди, Норвегія, Німеччина, Польща, Португалія, Румунія, Сербія, Словаччина, Словенія, Туреччина, Угорщина, Фінляндія, Франція, Хорватія, Швеція, Чорногорія, Естонія
Початок АРТ за умови CD4 < 500 клітин/мл	15 країн – Бельгія, Боснія і Герцеговина, Грузія, Ізраїль, Ісландія, Іспанія, Мальта, Нідерланди, Словенія, Туреччина, Угорщина, Фінляндія, Швеція, Чехія, Естонія	11 країн - Білорусь, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Вірменія, Ізраїль, Казахстан, Киргизстан, Люксембург, Молдова, Узбекистан, Україна.
Початок АРТ за умови CD4 < 350 клітин/мл	28 країн - Албанія, Білорусь, Болгарія, Великобританія, Вірменія, Греція, Данія, Ірландія, Казахстан, Киргизстан, Косово, Кіпр, Литва, Люксембург, Молдова, Німеччина, Норвегія, Португалія, Сербія, Словенія, Таджикистан, Хорватія, Угорщина, Узбекистан, Україна, Швейцарія, Чорногорія	8 країн - Албанія, Азербайджан, Ірландія, Косово, Латвія, Литва, Таджикистан, Швейцарія
Початок АРТ за умови CD4 < 200 клітин/мл	1 країна - Литва	0 країн

На основі даних 28 країн ЄС/ЄЕЗ та 13 країн, які не є членами ЄС/ЄЕЗ, лікування отримують приблизно 700 000 ЛЖВ. За період 2014-2016 роки загальна кількість людей, які отримують АРТ, в країнах ЄС/ЄЕЗ збільшилася майже на 20% , в країнах, що не входять в ЄС/ЄЕЗ, - збільшилася майже на 30%. У цілому, розглядаючи масштаби лікування в країнах Європи, число людей, які проходять курс антиретровірусного лікування, збільшилось більш, ніж удвічі в період з 2009 по 2016 рік.

Незважаючи на прогрес у збільшенні кількості людей, які отримують лікування, майже кожен шостий, кому був поставлений діагноз ВІЛ-інфекції в країнах ЄС/ЄЕЗ, та один з двох в країнах, що не є членами ЄС/ЄЕЗ, як і раніше не отримують лікування.

На підставі даних, представлених 25 країнами ЄС/ЄЕЗ, в 2016 році 83% (діапазон 22% – 96%) осіб від загальної кількості ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом, отримують АРТ. Це означає, що 17% осіб або майже кожна шоста особа, у якої був виявлений ВІЛ-позитивний статус, потребує лікування.

У країнах, що не є членами ЄС/ЄЕЗ, частка людей з діагнозом ВІЛ-інфекції, які перебувають на лікуванні, набагато нижча. На підставі даних, представлених 15 країнами, що не є членами ЄС/ЄЕЗ, в 2016 році на лікуванні знаходилось тільки 50% (діапазон 30–91%) людей, у яких діагностовано ВІЛ-позитивний статус.

Криміналізація у сфері ВІЛ/СНІДу залишається потенційним бар'єром у доступі до АРТ для декількох країн Європи (табл. 3).

Таблиця 3. Країни, які повідомили, що криміналізація є перешкодою у доступі до антиретровірусного лікування

Сфера криміналізація	Країни
Криміналізація інфікування ВІЛ	Фінляндія, Грузія, Польща, Туреччина, Україна
Криміналізація споживання наркотиків	Грузія, Ірландії, Туреччини, Україна
Криміналізація секс-бізнесу	Україна

Розділ 2. Зобов'язання України у рамках резолюції Третьої національної науково-практичної конференції з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу «За кожне життя разом: Прискорення до мети 90-90-90»

Відповідно до стратегії ЮНЕЙДС Fast - Track «Прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції», що спрямована на ліквідацію епідемії до 2030 року, як загрози громадському здоров'ю, для забезпечення здорового життя та благополуччя всіх людей, в Україні необхідно одночасно реалізувати низку заходів, спрямованих на активне виявлення недіагностованої ВІЛ-інфекції, інтенсивне розширення АРТ та ефективне лікування. Це надасть можливість прожити повноцінне життя людям з ВІЛ, зупинити епідемію ВІЛ-інфекції в країні, попередити нові випадки інфікування ВІЛ та зменшити смертність від хвороб, зумовлених СНІД.

В рамках досягнення цілей стратегії Fast - Track до 2020 року, відповідно до оціночних даних на кінець 2015 року, в Україні 214 000 ЛЖВ повинні перебувати під МН, 192 000 – отримувати лікування, 173 000 – мати невизначальний рівень ВН ВІЛ.

Саме досягненню поставлених перед країною цілей була присвячена Третя національна науково-практична конференція з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні «За кожне життя разом: Прискорення до мети 90-90-90», яка відбулась 21-23 листопада 2016 року у м. Києві.

Вона стала форумом за участю національних та міжнародних експертів для формування політики України щодо прискореного подолання викликів, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, відповідно до міжнародної стратегії на етапі державних реформ, євроінтеграції та зменшення ресурсів в умовах фінансової та військової криз.

Учасники Третьої національної науково-практичної конференції з питань ВІЛ/СНІДу засвідчили свою прихильність до виконання Політичної Декларації з ВІЛ/СНІДу Генеральної Асамблеї ООН 2016 року «Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року» та у резолюції визначили за необхідність:

У сфері «Лідерство»

- підтримувати та розвивати державне лідерство у реформуванні системи охорони здоров'я в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на засадах громадського здоров'я у тісній співпраці з професійною та науковою спільнотою, міжнародними організаціями, громадянським суспільством, пацієнтським рухом, представниками бізнесу та приватними фондами;
- прийняти цілі стратегії Fast - Track на загальнодержавному рівні;
- ініціювати прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції у великих містах у рамках програми Fast - Track Cities шляхом розбудови та посилення максимально ефективних підходів до виконання програм та використання ресурсів у сфері ВІЛ/СНІДу в м. Києві та ще у 10 містах України;

- забезпечити до 2020 року охоплення послугами профілактики ВІЛ-інфекції 90% представників уразливих груп, включаючи ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ, як зазначено у «Політичній декларації з ВІЛ/СНІДу: прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року»;
- забезпечити стале державне фінансування ефективних заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу з профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки для зменшення залежності від донорського фінансування;
- законодавчо унормувати державне управління профілактичними програмами у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, спрямованими, насамперед, на ключові групи ризику;
- забезпечити сталість послуг та ефективність лікування ВІЛ-інфекції шляхом системного перегляду національної нормативно-правової бази відповідно до нових наукових досягнень, сучасних міжнародних стандартів та даних доказової медицини: в першу чергу затвердження комплексного уніфікованого Клінічного протоколу з надання допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

У сфері «Стратегічні рішення»

- здійснювати оптимізацію лікування ВІЛ-інфекції, ґрунтуючись на засадах доказової медицини. Наслідком процесу оптимізації мають стати стійка супресія вірусу, переносимість і безпечність лікування, попередження розвитку антиретровірусної резистентності, впровадження інноваційних підходів лікування. В основу оптимізації мають бути покладені принципи громадського здоров'я та інтереси пацієнтів;
- застосовувати принцип розширення генеричної конкуренції з метою зниження цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення;
- забезпечити доступ до інноваційних препаратів з урахуванням принципу економічної ефективності;
- врахувати міжнародний досвід забезпечення АРТ пацієнтів у зоні конфлікту, зокрема щодо формування прихильності до лікування;
- запроваджувати навчання з профілактики ВІЛ-інфекції серед населення в зоні конфлікту та прилеглих територіях;
- забезпечити доступ до інтегрованих послуг з лікування ВГС з використанням препаратів прямої дії, передусім серед представників груп ризику, пацієнтів з коінфекцією ВІЛ/ВГС;
- досягти елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні та здійснити валідацію її на міжнародному рівні;
- забезпечити впровадження та адаптацію національної системи МіО до потреб побудови та відслідковування каскаду послуг для ЛЖВ (удосконалення моніторингу, уніфікація методології побудови каскаду, впровадження медичної інформаційної системи);
- сприяти диверсифікації та впровадженню нових моделей та підходів до фінансування послуг ЗПТ; сприяти розширенню та наданню гендерно-орієнтованих медичних та немедичних ВІЛ-послуг, розвивати приватно-

публічне партнерство та соціальне підприємництво щодо надання відповідних послуг;

- переглянути критерії визначення груп ризику та законодавчо закріпити новий перелік ключових груп ризику з урахуванням впливу військового конфлікту на Сході України;
- забезпечити фінансування на регіональному рівні соціальних послуг для реалізації стратегії 90-90-90 за допомогою механізму соціального замовлення;
- диверсифікувати моделі надання ВІЛ-послуг для різних груп населення;
- розробити та впровадити ефективні програми профілактики ВІЛ-інфекції серед дітей і молоді;
- посилювати надання інтегрованих послуг на регіональному рівні (АРТ, ЗПТ, ТБ та ін.);
- удосконалити нормативну базу щодо можливості впровадження самотестування та надання ПТВ силами навчених працівників без спеціальної медичної освіти, в тому числі на базі спільнот; сприяти визнанню результатів тестування, проведеного на рівні спільнот, ЗОЗ всіх рівнів;
- впроваджувати медико-соціальні послуги для ключових груп ризику на базі спільнот, враховуючи особливості кожної групи та за умови забезпечення їх прав та свобод, з дотриманням принципу «рівний-рівному» та отриманням максимальної кількості всіх послуг в одному місці;
- створити робочу групу із залученням представників наукових установ та регіональних ЗОЗ щодо розробки національної стратегії розвитку системи надання медичної допомоги хворим з соціально значимими хворобами в умовах реформування системи охорони здоров'я України;
- сприяти реформуванню системи охорони здоров'я ДКВС України для забезпечення якісних медичних послуг ув'язненим відповідно до міжнародних стандартів, шляхом впровадження пацієнторієнтованої моделі надання медичної допомоги, рівного доступу до комплексних послуг уразливим групам та ВІЛ-інфікованим особам; в контексті реформування пенітенціарної, судової та медичної систем забезпечити адекватну участь міжрегіональних управлінь з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції України у протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, через створення чіткої системи координації між усіма державними та недержавними структурами та організаціями;
- розвивати інформаційну підтримку та рекламні кампанії, спрямовані на пропагування регулярного тестування на ВІЛ та ПСШ, засновані на засадах комерційного маркетингу, в т. ч. розвивати рекламні кампанії у мережі Інтернет.

У сфері «Посилення потенціалу та прав людини»

- впровадити ефективні інструменти оцінки спроможності, планування і розвитку кадрового потенціалу та матеріально-технічного забезпечення безпосередніх надавачів ВІЛ-послуг;

- проводити постійний фінансовий моніторинг економічної ефективності впровадження різних моделей надання ВІЛ-послуг;
- включати представників ключових груп ризику (ЛВІН, ЧСЧ, ОСБ, колишні ув'язнені тощо) до складу Національної ради з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також до регіональних координаційних механізмів та робочих груп на місцях;
- зменшувати рівень стигми та дискримінації серед медичних працівників по відношенню до ключових груп ризику шляхом проведення постійної інформаційно-навчальної роботи з гендерно-орієнтованого підходу до надання соціальних послуг та включення його до навчальних програм до- та післядипломної освіти медиків, соціальних працівників, психологів та інших фахівців, які працюватимуть у сфері ВІЛ/СНІДу;
- підтримувати ініціативи, спрямовані на зменшення рівня стигми та дискримінації до найбільш криміналізованих груп ризику та ЛЖВ, формування толерантного до них ставлення, забезпечення їх безперешкодного доступу до послуг з профілактики та прихильності до лікування, декриміналізацію зберігання наркотиків для особистого вживання (ч.1 ст.309 Кримінального кодексу України), поставлення іншої особи в небезпеку зараження ВІЛ чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ч.1 ст.130 Кримінального кодексу України) та скасування адміністративної відповідальності за індивідуальну проституцію (ст. 181-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення);
- сприяти перегляду нормативно-правової бази з метою приведення порогу притягнення до кримінальної відповідальності у відповідність до кращого європейського досвіду;
- сприяти усуненню законодавчих бар'єрів до усиновлення дітей ВІЛ-позитивними людьми та бар'єрів у доступі до допоміжних репродуктивних технологій для ВІЛ-позитивних людей;
- пріоритезувати застосування інноваційних підходів та технологій, зокрема методів імплементаційної науки та оцінки, TEFT (Training Evaluation Framework and Tools), CLASS (Clinical Assessment for Systems Strengthening), інформаційних систем та інших інструментів для створення доказової бази в сфері ВІЛ/СНІДу;
- інтегрувати модель безперервного покращення якості у процесі надання послуг державними ЗОЗ у партнерстві з громадськими організаціями;
- систематично підвищувати дослідницький потенціал на національному та регіональному рівнях шляхом проведення досліджень на засадах доказової медицини та оцінки ефективності заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу.

Розділ 3. ВІЛ-інфекція в контексті соціально значимих інфекцій в Україні

Сьогодні соціально значущі хвороби розглядають як одну з основних загроз здоров'ю населення, а також як суттєвий тягар для сфери охорони здоров'я та суспільства в цілому.

Соціально значущі хвороби (інфекційні та неінфекційні) – це хвороби, які мають не тільки медичне, але й соціальне значення, є загрозою для значної кількості осіб і потребують соціального захисту. Основні ознаки соціально значущих хвороб такі:

- масовість захворювання (високий рівень поширеності, у тому числі значна пропорція прихованого компоненту епідемічного процесу);
- високі темпи щорічного приросту кількості захворілих;
- обмеження повноцінного функціонування хворого в суспільстві;
- небезпека для оточуючих (інфекційні хвороби);
- ураження осіб молодого віку (сексуально активного віку);
- можливість профілактики і призупинення розвитку хвороби на початковій її стадії.

Аналіз нормативно-методичних документів України та інших країн дозволив встановити, що деякі інфекційні хвороби водночас присутні в переліку особливо небезпечних¹, соціально значимих хвороб та хвороб, які представляють небезпеку для оточуючих. Згідно з критеріями міжнародної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям 10-го перегляду (МКХ-10, 1989), до їх числа відносять ТБ (код за МКХ-10 А 15 – А 19); ПСШ (А 50 – А 64); хворобу, спричинену ВІЛ (В 20 – В 24); ВГВ (В 16, В 18.0, В 18.1); ВГС (В 17.1, В 18.2).

В Україні ВІЛ-інфекцію, як самостійну нозологічну форму, реєструють з 1987 р. У перебігу епідемії ВІЛ-інфекції відбулися еволюційні зміни, обумовлені кількісними та якісними параметрами. За період 1987-2016 роки в країні зареєстровано 297 424 нових випадків ВІЛ-інфекції, 92 897 захворювань на СНІД та 41 710 смертей від захворювань, обумовлених СНІДом (табл. 4).

На сьогодні, як і в більшості країн світу, в Україні епідеміологічної значущості все більше набуває статевий шлях передачі ВІЛ. Попри відносне зменшення питомої ваги парентерального шляху інфікування ВІЛ у структурі шляхів передачі збудника інфекції, Україну (поряд з Російською Федерацією, Узбекистаном та Білорусією) віднесено до країн Східної Європи та Центральної Азії з тягарем епідемії серед ЛВІН². Активізація статевого шляху передачі ВІЛ вказує на перехід епідемічного процесу із середовища ЛВІН через «групи-містки» до загального населення є провісником ускладнення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції внаслідок сумісного впливу на перебіг епідемії парентерального та статевих шляхів передачі збудника.

¹ Закон України від 06.04.2000 р. № 1645-III (1645-14) в редакції від 01.06.2012 р. «Про захист населення від інфекційних хвороб».

² HIV/AIDS surveillance in Europe 2014 /European Centre for Disease Prevention and Control WHO, Regional Office for Europe. - Stockholm, 2015.

Таблиця 4. Основні статистичні дані з ВІЛ/СНІДу в Україні¹

Громадяни України

Показники	станом на 01.01.2015	станом на 01.01.2016	станом на 01.01.2017
Кумулятивна кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, з 1987 р. ²	264 489	280 358	297 424
Кумулятивна кількість випадків захворювань, обумовлених СНІДом, з 1987 р.	75 577	84 045	92 897
Кумулятивна кількість випадків смертей від захворювань, обумовлених СНІДом, з 1987 р.	35 425	38 457	41 710
Кількість ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я, всього ³	131 268	120 921	127 620
з них:			
<i>ВІЛ-інфіковані діти 0-14 років включно</i>	2 764	2 546	2 543
<i>ВІЛ-інфіковані підлітки 15-17 років включно</i>	390	380	471
Кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я, всього ²	9 738	8 540	8 383
з них:			
<i>діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено</i>	3 036	2 857	3 058
<i>діагноз ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження</i>	6 702	5 683	5 325
Кількість ЛЖВ, які отримують АРТ	66 409	60 753	74 780
з них:			
<i>кількість осіб, які отримують АРТ у закладах охорони здоров'я ДКВС України</i>	2 004	1 995	2 243
Кількість ЛЖВ з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, всього ³	2014	2015	2016
	15 795	12 985	14 334
з них: <i>кількість осіб 15-24 років включно</i>	1 298	909	884
Кількість ЛЖВ з уперше в житті встановленим діагнозом СНІД	9 844	8 468	8 852
Кількість померлих ЛЖВ, всього ²	5 893	4 990	5 305
з них: <i>кількість померлих осіб від СНІДу</i>	3 426	3 032	3 253

Іноземні громадяни

Показники	станом на 01.01.2015	станом на 01.01.2016	станом на 01.01.2017
Кумулятивна кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції з 1987 р. ²	542	565	599
Кількість ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я ²	137	155	172
Кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції ²	2014	2015	2016
	33	23	34

¹ без урахування даних АР Крим з 2014 року та частини території проведення АТО з 2015 року

² включно діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом

³ за виключенням дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом

Результатами багатьох досліджень доведений безпосередній зв'язок, як у біологічному, так і в поведінковому аспектах між ІПСШ та ВІЛ-інфекцією – так званий «епідеміологічний синергізм». Крім епідеміологічної ознаки, ІПСШ поєднує комплекс моральних та етичних проблем, що посилює їхній негативний вплив на демографічні показники в Україні. За роки існування незалежної України відбулося зниження віку початку статевого життя й одночасне підвищення віку вступу в шлюб, у результаті чого збільшився період часу, протягом якого молоді люди більш схильні до множинних статевих відношень. Зміна сексуальної поведінки, урбанізація, збільшення міграції є факторами, що сприяють зростанню поширеності окремих ІПСШ в Україні.

Проте, вивчення епідемічної тенденції захворюваності на ІПСШ на підставі аналізу офіційних статистичних даних ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» показало, що в Україні впродовж 2001-2016 років відмічалось зниження показників захворюваності на сифіліс більш, ніж у 10 разів (з 77,1 до 7,3 на 100 тис. населення), гонококову інфекцію та трихомоніаз – майже у 3 рази (з 35,2 до 12,4 на 100 тис. населення та з 329,1 до 115,4 на 100 тис. населення, відповідно).

Слід зазначити, що чинна система епідеміологічного нагляду за ІПСШ має низку істотних недоліків. Отримувані дані не відображують в повній мірі поширеність цих інфекцій – за різними оцінками обліковується лише від 30 до 40 відсотків реальної кількості захворювань. Існують також певні перешкоди для збору повноцінної інформації, що не дозволяє надати об'єктивну оцінку захворюваності та поширеності ІПСШ, а саме:

- «тіньове» лікування ІПСШ у приватних лікувальних установах, які не в повній мірі передають інформацію про випадки ІПСШ відповідно до чинної нормативної бази, що призводить до зниження значної кількості зареєстрованих випадків;
- частина хворих на ІПСШ практикує самолікування або не лікується зовсім, що спричиняє розвиток пізніх та ускладнених форм цих інфекцій та впливає на повноту реєстрації таких випадків;
- у державній звітності відсутні дані про результати досліджень щодо поширеності гонореї, сифілісу та інших ІПСШ серед різного контингенту населення.

За рекомендаціями ВООЗ/ЮНЕЙДС, пацієнти з симптомами ІПСШ можуть бути індикаторною групою для оцінки захворюваності на ВІЛ-інфекцію (incidence) серед осіб, які практикують незахищені сексуальні контакти. Чітка односпрямованість динаміки захворюваності, високі коефіцієнти кореляції між показниками свідчать про дійсну позитивну динаміку зниження захворюваності на ці інфекції.

Проте, згідно з наведеним у таблиці 5 даними, епідемічний процес ВІЛ-інфекції розвивається різноспрямовано від динаміки захворюваності на сифіліс, гонококову інфекцію та трихомоніаз.

Таблиця 5. Зв'язок між зареєстрованою захворюваністю на сифіліс, гонорею, трихомоніаз та ВІЛ-інфекцію за період 2001 – 2016 рр в Україні

Захворюваність	Сифіліс	Гонорея	Трихомоніаз	ВІЛ-інфекція
Сифіліс		+ 0,86	+ 0,94	- 0,95
Гонорея	+ 0,86		+ 0,53	- 0,76
Трихомоніаз	+ 0,94	+ 0,93		- 0,80
ВІЛ-інфекція	- 0,95	- 0,76	- 0,80	

Оскільки реєстрація захворюваності на ВІЛ-інфекцію по суті не відображає нові випадки інфікування ВІЛ, то доцільно провести аналіз залежності між захворюваністю на сифіліс, гонорею, трихомоніаз та оціночною захворюваністю на ВІЛ-інфекцію (за допомогою Spectrum/EPP, версія 5.5). У такому випадку, за період 2001 – 2016 рр встановлені сильні та середні кореляційні зв'язки а саме: ВІЛ-інфекція↔сифіліс: +0,76; ВІЛ-інфекція↔гонорея: +0,43; ВІЛ-інфекція↔трихомоніаз: +0,57, що підтверджує тенденцію до зниження захворюваності на аналізовані інфекції та свідчить про невисоку ймовірність генералізації епідемічного процесу ВІЛ-інфекції у найближчі роки в цілому по Україні (рис. 1).

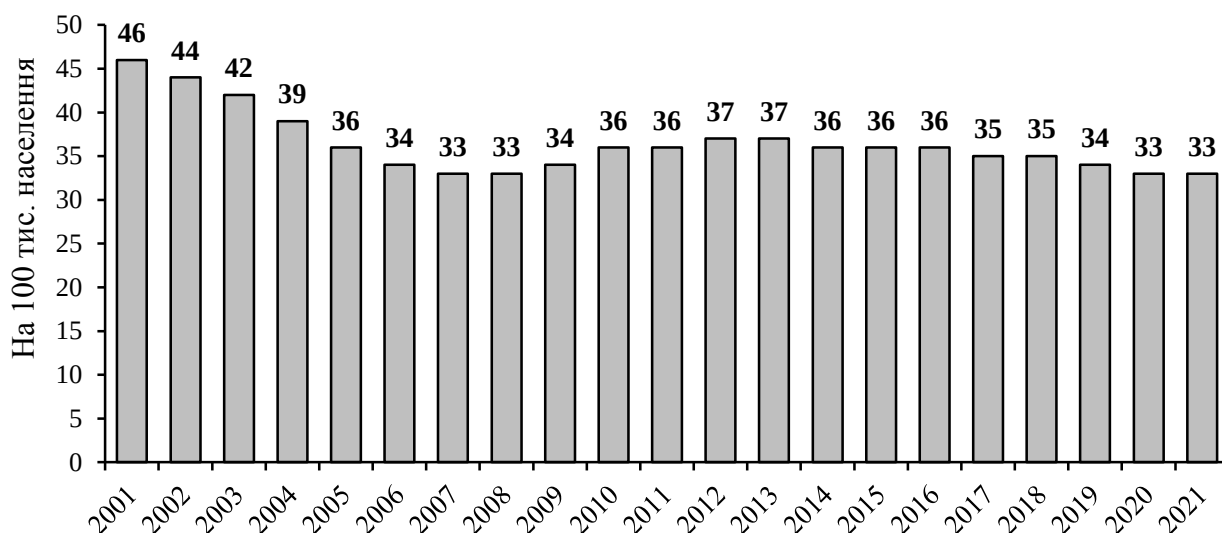


Рисунок 1. Оціночна захворюваність на ВІЛ-інфекцію в Україні на 100 тис. населення в прогнозованому періоді до 2021 року (з урахуванням даних АР Крим та частини території проведення АТО)

Також, непрямым доказом тенденції до зниження захворюваності на ПСШ та ВІЛ-інфекцію можуть бути дані щодо зменшення кількості випадків виявлення сифілісу серед вагітних в Україні - з 2138 у 2001 р. до 364 у 2016 р., оскільки згідно з чинними нормативними документами, серологічне

обстеження на сифіліс вагітних є стандартне лабораторне дослідження при взятті вагітної на облік, показники захворюваності серед даного контингенту населення є достатньо об'єктивними.

З іншого боку – впевнено прогнозувати збереження позитивних тенденцій щодо нових випадків інфікування ВІЛ в подальшому досить важко, оскільки сучасний соціально – економічний стан в Україні може вплинути на механізм реалізації шляхів передачі ВІЛ, і парентеральний шлях знову стане провідним з усіма негативними наслідками. Крім того, епідемічна ситуація з ПСШ може також драматично погіршитися. Враховуючи той факт, що повноцінні скринінгові та моніторингові дослідження щодо поширеності ПСШ та їх зв'язку з особливостями поведінки в Україні практично не проводяться а також обсяги, якість та інтенсивність профілактичних втручань залишаються недостатніми для суттєвого обмеження поширення ВІЛ-інфекції та ПСШ у спільних уразливих групах, можливо очікувати збільшення медико-соціального та економічного тягаря цих інфекцій.

У світі достатньо накопичено фактичних матеріалів, котрі свідчать про наявність певного взаємозв'язку між гепатитами В і С та ВІЛ-інфекцією. Епідемічний процес при цих інфекціях, у першу чергу, обумовлений соціально-економічними факторами, поширеністю наркоманії, алкоголізму, секс-індустрії. Згідно з рекомендаціями ВООЗ/ЮНЕЙДС, інфікованість вірусом гепатиту С є маркером внутрішньовенного вживання наркотиків. Останнім часом вірусні гепатити розглядають як одну з основних причин смертності ВІЛ-інфікованих осіб – хронічні гепатити спричиняють 45% смертельних випадків у хворих на ВІЛ-інфекцію у госпітальних умовах.

Поширення наркоманії і, передусім ін'єкційного способу вживання наркотиків, є основною детермінантою поширення парентеральних вірусних гепатитів, ВІЛ-інфекції та ряду інших інфекційних хвороб. Вірусні гепатити у хворих на наркоманію, як правило, представлені хронічними формами інфекційного процесу.

В Україні ВГВ реєструють з 1970 р., гострий ВГС - з 2003 р., хронічні форми інфекції – з 2009 р.

За статистичними даними протягом 2011-2016 років в Україні спостерігається наступна тенденція щодо захворюваності на парентеральні ВГВ і ВГС:

- захворюваність на гострий гепатит В серед всього населення України впродовж останніх 6 років характеризувалась подальшою стабілізацією інтенсивних показників – з 4,8 на 100 тис. населення у 2011 р. до 3,4 на 100 тис. населення у 2016 р.;
- поступове зростання захворюваності на хронічний гепатит В – від 3,4 до 4,09 на 100 тис. населення у 2011 р-2015 рр та зниження даного показника у 2016 р. до 3,6 на 100 тис. населення;
- протягом останніх 6 років захворюваність на гострий гепатит С серед всього населення України характеризувалась стабілізацією показників – з 1,5 на 100 тис. населення у 2011 р. до 1,3 на 100 тис. населення у 2016 р.;

- зростання захворюваності на хронічний гепатит С відбувалось стрімкими темпами як в цілому по країні – від 10,9 до 13,7 на 100 тис. населення, так і в більшості регіонів. Серед дорослого населення показники були достовірно вищими, ніж серед дітей до 17 років.

Протягом останніх років показники захворюваності на хронічні гепатити В і С в Україні суттєво не відрізняються від показників в розвинених країнах світу. Епідемічна ситуація з ВГВ і ВГС, незважаючи на зниження захворюваності на гострі форми інфекцій, що реєструється в останні роки, вважається неблагополучною. Хворі на безжовтяничні, субклінічні форми інфекції часто залишаються нерозпізнаними, що, в свою чергу, призводить до збільшення числа ускладнень, формування хронічного інфекційного процесу, позапечінкових патологічних станів, усього спектру несприятливих наслідків тощо. До офіційної звітності у значній кількості випадків не потрапляють також хворі на різні форми хронічних гепатитів В і С і, так звані, носії збудників, у більшості з яких наявні ознаки хронічного гепатиту з мінімальною або слабкою активністю запального процесу. Патогенетичні та клініко-епідеміологічні особливості HCV-інфекції ще більше, ніж при ВГВ, сприяють викривленню дійсного рівня захворюваності на ВГС та адекватному оцінюванню істинної епідемічної ситуації.

Подібність механізмів, шляхів і факторів передачі збудників ВІЛ-інфекції парентеральних вірусних гепатитів, низки ІПСШ, спільні групи ризику та уразливі щодо інфікування групи населення диктують необхідність впровадження загальних підходів до профілактики та епідеміологічному контролю цих інфекцій.

Упродовж останніх років в Україні відмічається поглиблення негативних тенденцій у економіці та демографічній ситуації, зростає диференціація регіонів за рівнем соціально-економічного розвитку внаслідок військових дії на Сході країни, що прогнозовано сприятиме поширенню соціально значущих захворювань серед населення. У таких умовах, зокрема, порушується налагоджена система протиепідемічних і профілактичних заходів, утруднюється доступ населення до медичної допомоги; зменшуються можливості і потужності інфекційних стаціонарів.

ВООЗ вважає поширеність інфекційних хвороб одним з важливіших компонентів індексу здоров'я, а зусилля систем охорони здоров'я, спрямовані на скорочення рівнів захворюваності та ліквідацію інфекцій, розглядають як важливу складову збереження здоров'я нації. Отже, активне впровадження заходів з попередження поширення соціально значимих інфекцій – один з основних критеріїв оцінювання громадського здоров'я населення. Для вирішення проблеми біобезпеки країни необхідне ефективне функціонування систем моніторингу, контролю та прогнозу розвитку епідемічного процесу соціально значимих інфекцій, що потребує адекватного інформаційного забезпечення профілактичних і протиепідемічних заходів на національному рівні з урахуванням регіональних особливостей.

Розділ 4. Результати сероепідеміологічного моніторингу за поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення

Розширення ПТВ є обов'язковим компонентом громадського здоров'я і невід'ємною частиною прав людини; має бути пов'язане з масштабними заходами щодо забезпечення загального доступу до комплексних науково-обґрунтованих послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки при ВІЛ-інфекції.

З метою прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції в Україні заходи з ПТВ повинні відповідати потребам ГПР і вразливих груп населення та проводитися як в рамках системи охорони здоров'я, так і за її межами, із залученням широкого кола надавачів ПТВ – медичних працівників, психологів, надавачів соціальних послуг, у тому числі представників громадських і благодійних організацій, що працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, включно з групами ЛЖВ, які пройшли навчання з питань надання ПТВ.

У контексті ЕН за ВІЛ-інфекцією рекомендовано проведення зв'язаного тестування. Підходи до ПТВ повинні базуватись на принципах згоди, конфіденційності, консультування, достовірності результатів та єдності з якісними послугами, пов'язаними з ВІЛ.

Існуюча на сьогодні система СЕМ знаходиться на стадії перегляду та внесення змін до нормативної бази, відповідно до рекомендацій ВООЗ, оскільки не дозволяє об'єктивно оцінити дійсну поширеність ВІЛ як в цілому по Україні, так і серед окремих груп населення. Крім того, СЕМ включає різні підходи до формування досліджуваних контингентів, що не дозволяє отримати достовірні дані щодо кількості обстежених та виявлених осіб з груп високого ризику.

Україна вже накопичила достатній досвід у протидії поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, зокрема у сфері ПТВ. Проте, основними бар'єрами на шляху до розширення доступу до таких послуг є:

- Обмеження потужності медичних установ для тестування (дефіцит кадрів, додаткове навантаження на наявний персонал).
- Роз'єднаність системи надання послуг у сфері ВІЛ для загального населення і осіб, які є ключовою групою щодо інфікування ВІЛ, дефіцит рівності в отриманні послуг на місцевому рівні.
- Недостатність ресурсної бази (бюджетні, донорські кошти). Очікуються труднощі у зв'язку з закінченням фінансування ГФ в 2017 р.
- На національному рівні відсутня єдина система обліку обсягів і результатів тестування на ВІЛ за допомогою ШТ, недостатньо інформації щодо загальної кількості установ, які використовують ШТ.
- У державних ЗОЗ досі існує проблема, пов'язана із збереженням конфіденційної інформації.

За статистичними даними ЦГЗ, в Україні протягом останніх трьох років більше 2 млн осіб тестуються щороку з метою визначення ВІЛ-статусу. Так, у 2016 р. обстежено на ВІЛ-інфекцію 2 343 383 громадян України (2015 р. - 2 344 741; 2014 р. - 2 608 063), серед них верифіковано позитивні результати обстеження у 23 174 осіб (2015 р. - 23 193, 2014 р. - 27 236).

Поширеність ВІЛ серед громадян України (код 100) утримується на рівні близько 1% (2016 – 2015 рр - 0,99%; 2014р. - 1,04%) (рис. 2; табл. 1 Додатку).

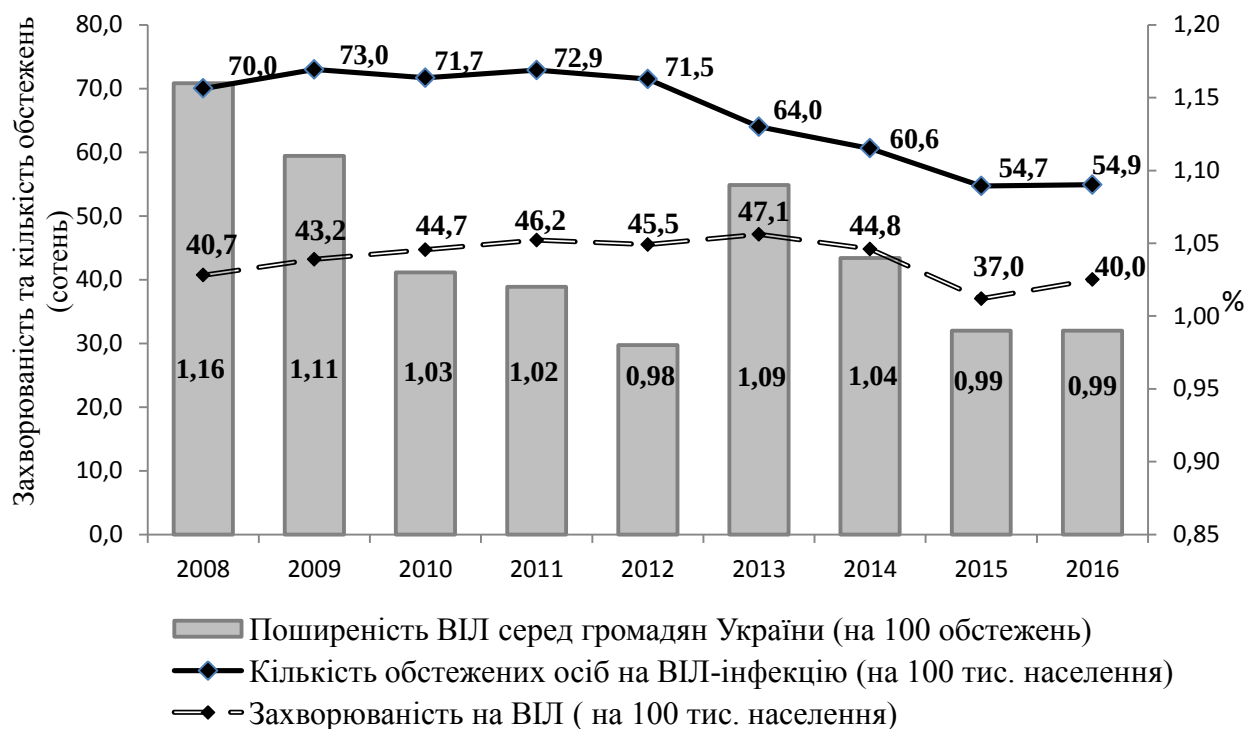


Рисунок 2. Динаміка поширеності ВІЛ (код 100), та кількості обстежень на ВІЛ-інфекцію (на 100 тис. населення) в Україні (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.)

Протягом 2014-2016 рр за більшістю кодів обстеження відзначається несуттєве коливання значень поширеності ВІЛ. Водночас, внаслідок збільшення охоплення тестуванням за допомогою ШТ осіб ГПР та включення цих результатів у СЕМ, поширеність ВІЛ серед контингентів осіб ГПР у 2016 р. значно зменшилась проти відповідних показників у 2014 р.: ЛВІН (код 102): 2014 р. – 3,1%; 2015 р. – 1,7%; 2016 р. – 1,41%; особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом (код 103): 2014 р. – 2,8%; 2015 р. – 1,0%; 2016 р. – 1,09%; особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (код 105.2): 2014 р. – 0,2%; 2015 р. – 0,2%; 2016 р. – 0,14%. Відбулось суттєве зростання поширеності ВІЛ серед призовників (код 106) з 0,11% у 2014 р. до 0,36% у 2016 р.

Як і в попередні роки, у 2016 р. найвищий рівень поширеності ВІЛ виявлено при обстеженні осіб за кодами 101 (особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими; 13,53%), 119 (померлі особи; 11,67%) та кодом 112 (особи,

які перебувають в місцях позбавлення волі, у тому числі слідчих ізоляторах; 4,24%).

У структурі позитивних результатів тестування на ВІЛ-інфекцію у 2016 р., як і в попередні роки, найбільша частка припадає на осіб, виявлених за такими кодами (причинами) обстеження на наявність антитіл до ВІЛ:

- код 113 - особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з ПТВ при зверненні за медичною допомогою в ЗОЗ (27,2%);
- код 116 - обстежені за власною ініціативою (12,1%);
- код 102 - ЛВІН (10,0%);
- код 101 - особи, які мали статеві (гетеро-, гомо-) контакти з ВІЛ-інфікованими (7,2%);
- код 105 - особи з ризикованою статевою поведінкою (6,4%).

Аналіз результатів обстеження за допомогою ШТ показав, що протягом останніх трьох років особи з ГПР складали найбільшу питому вагу серед осіб, яких було обстежено для визначення антитіл до ВІЛ за допомогою ШТ, та серед осіб, у яких за результатами цих обстежень виявлено маркери інфікування ВІЛ (табл. 2 Додатку).

Серед обстежених на ВІЛ більш ніж четверту частину щорічно складали донори (код 108), їх питома вага серед обстежених залишалась практично без змін і становила у 2016 р. 26,2% (2014 р. – 27,4%; 2015 р. – 26,3%). Відмічається незначне зростання частки ВІЛ-позитивних результатів за кодом 108 у структурі усіх позитивних результатів: у 2014 р. - 2,4%, у 2015 р. - 2,3%, у 2016 р. – 2,5%.

У 2016 р. поширеність ВІЛ серед первинних донорів крові та її компонентів (код 108.1) в Україні складала 0,15% та перевищувала відповідні показники попередніх років (2014 р. – 0,14%; 2015 р. – 0,13%): у 578 потенційних донорів, які отримали передтестове консультування, при лабораторному обстеженні були виявлені антитіла до ВІЛ. Найвищі регіональні показники реєструвались протягом останніх трьох років та перевищували середній показник по країні у 2016 р. (0,15%) у регіонах: Дніпропетровська (0,29%), Донецька (0,24%), Житомирська (0,19%), Кіровоградська (0,27%), Миколаївська (0,21%), Одеська (0,27%), Черкаська (0,25%), Чернігівська (0,16%) області (рис. 3, табл. 3 Додатку).

За результатами СЕМ серед повторних донорів крові та її компонентів (код 108.2) в Україні у 2016 р. виявлено 28 ВІЛ-позитивних осіб (протягом 2009-2015 рр таких осіб було виявлено 121, 125, 73, 31, 28, 16, 21, відповідно). Крім того, у 2016 р. зареєстровано випадок інфікування ВІЛ внаслідок переливання еритроцитарної маси, заготовленої від постійного донора, що вказує на високу актуальність заходів покращення системи відбору потенційних донорів крові, зокрема, щодо покращення якості консультувань з питань ВІЛ-інфекції серед донорів та недопущення осіб з ризикованою поведінкою щодо інфікування ВІЛ до здачі крові (розділ 6).

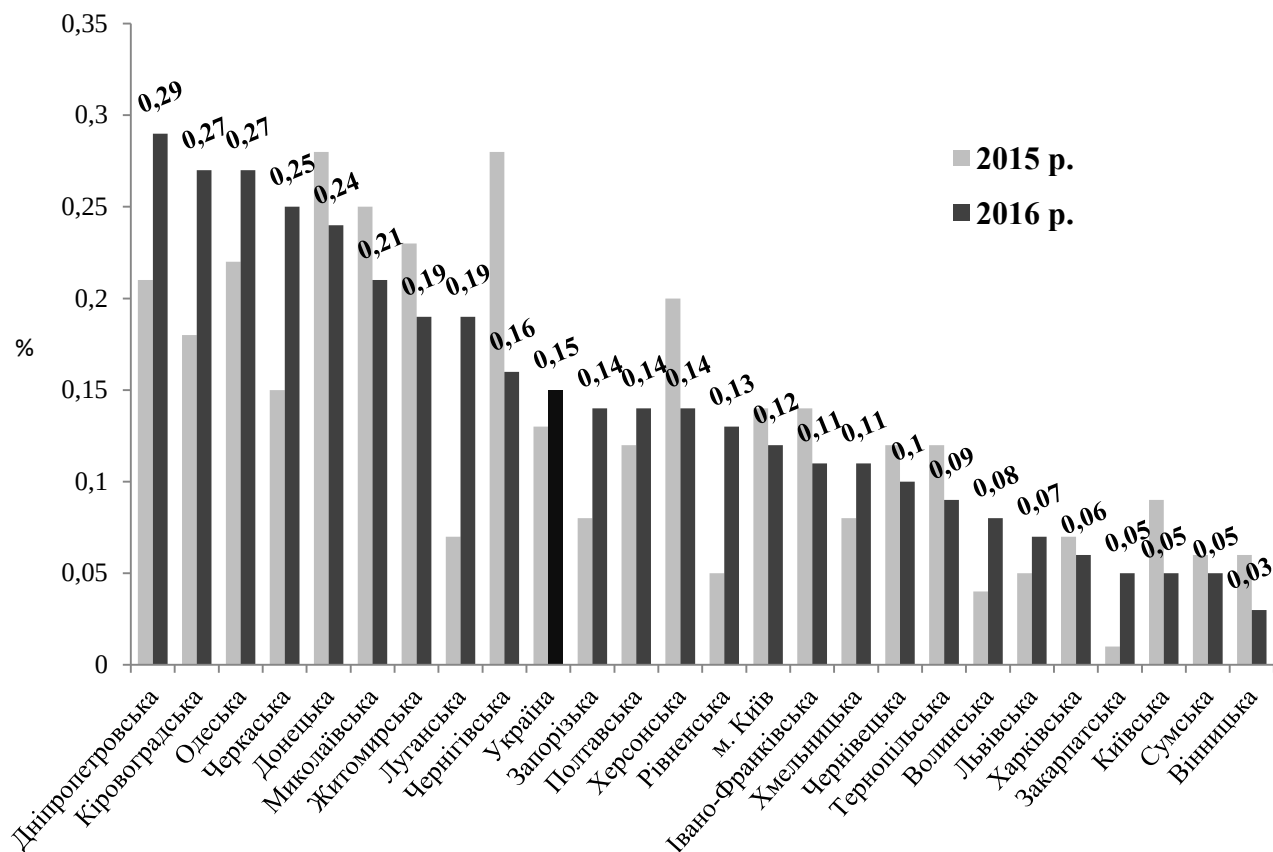


Рисунок 3. Поширеність ВІЛ серед первинних донорів (код 108.1) по регіонах України у 2015 р. та 2016 р. (без урахування даних АР Крим та частини території проведення АТО)

Протягом останніх років (2009 – 2016 рр) в Україні спостерігалась позитивна тенденція до зниження поширеності ВІЛ серед вагітних, виявлених за результатами першого обстеження (код 109.1) – з 0,55% у 2009 р. до 0,32% у 2016 р. Високі рівні даного показника та вищі ніж середній показник по Україні у 2016 р. зареєстровано у Дніпропетровській (0,52%), Донецькій (0,9%), Київській (0,48%), Кіровоградській (0,42%), Луганській (0,41%), Миколаївській (0,52%), Одеській (0,66%), Чернігівській (0,42%) областях та м. Києві (0,46%). Крім того, 29 ВІЛ-позитивних вагітних мали ВІЛ-негативні результати першого тестування на ВІЛ-інфекцію та були виявлені при повторному обстеженні за кодами 109.2 та 109.3 (рис. 4, табл. 4 Додатку).

Поширеність ВІЛ серед вагітних віком 15-24 роки (коди 109.1.1+109.1.2) зберігає тенденцію до зниження - 0,32% у 2014 р., 0,27% у 2015 р. та 0,25% у 2016 р., проте, у 2016 р. в 11 регіонах показники мали високі значення, були найвищими у Дніпропетровській (0,46%), Донецькій (0,47%), Київській (0,35%), Кіровоградській (2,37%), Миколаївській (0,57%), Одеській (0,57%), Херсонській (0,36%), Чернігівській (0,42%) областях та м. Києві (0,36%). За даним показником в якійсь мірі можна оцінити зміни щодо виникнення нових випадків інфікування ВІЛ серед молодих людей.

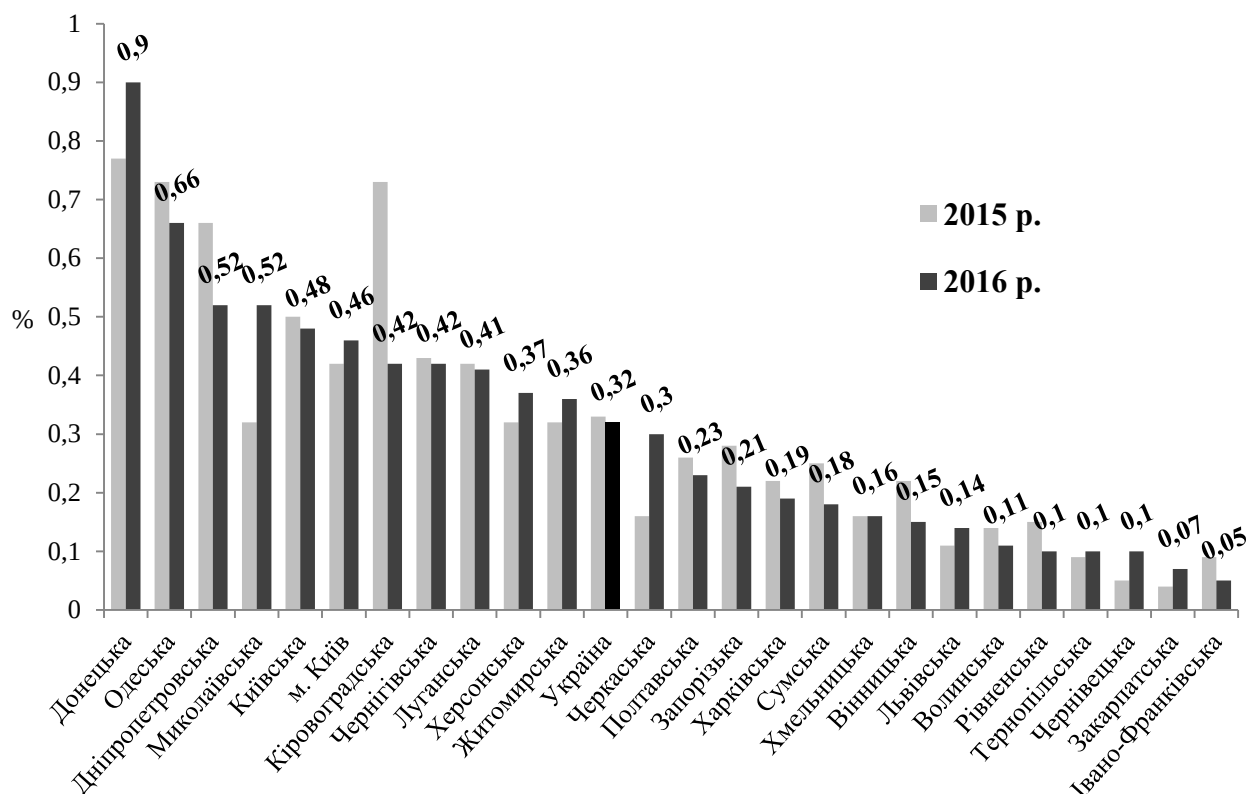


Рисунок 4. Поширеність ВІЛ серед вагітних за результатами першого обстеження (код 109.1) по регіонах України у 2015 р. та 2016 р. (без урахування даних АР Крим та частини території проведення АТО)

Важливим розділом у роботі з протидії поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу є забезпечення вільного доступу до безоплатних ПТВ, насамперед для ГПР. Питома вага обстежених на ВІЛ осіб з ГПР (коди 101.2, 103 (особи, які мали гомосексуальні контакти), 102 (ЛВІН), 104 (особи, в яких виявлені ІПСШ), 105.2 (ОСБ)) від загальної кількості обстежених (за виключенням донорів та вагітних) протягом останніх років поступово зростала, переважно за рахунок розширення тестування ШТ та включення цих результатів у СЕМ. У 2016 р. показник становив 20,1% та був найвищим за останні три роки (2014 р. - 11,3%; 2015 р. - 17,4%). Для різних регіонів країни показники 2016 р. розподілились від 3,5% у Закарпатській області до 35,3% у м. Києві (табл. 5, 6 Додатку).

Найнижча питома вага обстежених осіб з ГПР від загальної кількості обстежених зареєстрована у Вінницькій (11,7%), Волинській (5,2%), Житомирській (14,8%), Закарпатській (3,5%), Івано-Франківській (5,5%), Кіровоградській (7,2%), Луганській (10,5%), Полтавській (12,8%), Рівненській (9%), Тернопільській (13,6%), Чернівецькій (11,6%) та Чернігівській (15,6%) областях, що може бути проявом обмеженої доступності до тестування на ВІЛ осіб з ГПР для певних регіонів та привертає увагу до необхідності посилення координуючої ролі РЦ СНІД за даним розділом роботи. В той же час, у деяких регіонах з високою часткою обстежених необхідно забезпечувати контроль щодо включення у СЕМ кількості обстежених осіб, а не тестувань.

Поширеність ВІЛ серед осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами (код 101), в 2016 р. становила 13,5% та зросла на 3,2%, у порівнянні з показником 2014 р. (13,1%). Перевищували середній показник по країні регіональні показники в 13 регіонах. Зареєстровано значне зростання відповідних регіональних показників за останні три роки в Кіровоградській (37,2%), Одеській (27,8%), Закарпатській (27,0%), Тернопільській (20,4%), Житомирській (18,2%), Чернігівській (18,1%), Чернівецькій (17,5%), Вінницькій (16,3%), Миколаївській (14,7%) та Івано-Франківській (13,8%) областях, що вказує на важливість активного залучення осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами, до ПТВ та посилення роботи щодо первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед загального населення.

У 2016 р. кількість осіб, які звернулись за медичною допомогою та були обстежені на ВІЛ за наявності клінічних показань (код 113), становила 291 140 обстежених осіб проти 271 324 осіб у 2015 р. Відзначається збільшення кількості обстежених осіб за кодом 113 у 2016 р., порівняно з даними 2015 р., у Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Луганській, Миколаївській, Одеській, Сумській, Черкаській областях та м. Києві. Проте, у Волинській, Київській, Івано-Франківській, Львівській, Харківській областях зменшилась кількість таких осіб, що потребує активізації ПТВ за ініціативою медичних працівників у ЗОЗ усіх рівнів надання медичної допомоги (рис. 5).

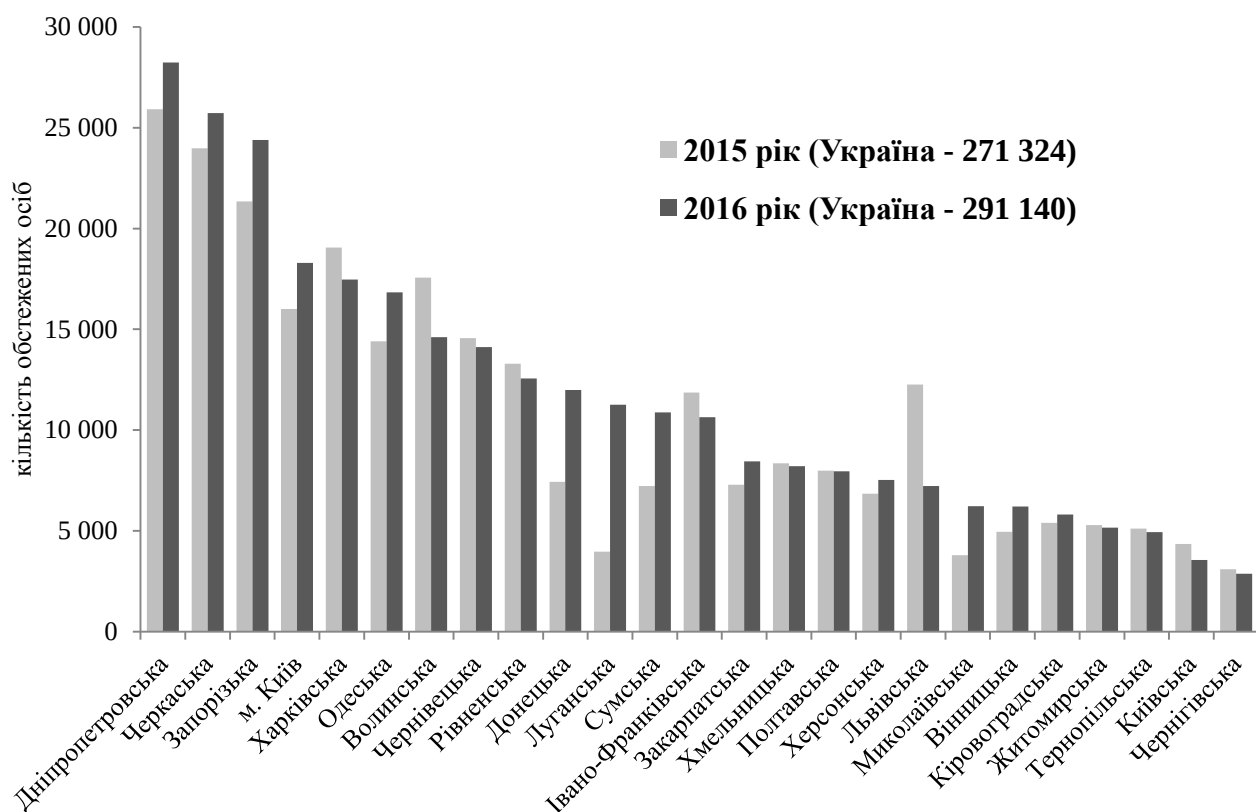


Рисунок 5. Обстеження на ВІЛ осіб, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з тестування на ВІЛ при зверненні за медичною допомогою в закладах охорони здоров'я (код 113) у регіонах України в 2015 – 2016 рр (без урахування даних АР Крим та частини території проведення АТО)

З огляду на реформування системи охорони здоров'я та стратегію Fast Track «90–90–90», актуальним для України є диверсифікація та впровадження нових та ефективних моделей і підходів до ПТВ з використанням потенціалу ЗОЗ різного профілю, що надають первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, з активним залученням ГО.

У цьому контексті основними напрямками з розширення доступу до ПТВ в Україні є:

1. Внесення змін у законодавчу базу у сфері ПТВ з метою гармонізації нормативно-правових актів із законодавством ЄС, враховуючи сучасні міжнародні рекомендації.
2. Створення єдиної національної стратегії тестування на ВІЛ-інфекцію в Україні з урахуванням епідемічної ситуації та потреб в обстеженні різного контингенту населення.
3. Розширення ПТВ на первинному рівні надання медичної допомоги (сімейні лікарі) з проактивним залученням ГО, спільноти ключових груп.
4. Забезпечення широкого залучення населення до ПТВ за ініціативою медичних працівників.
5. Забезпечення безперервності надання ПТВ – від етапу залучення/звернення до таких послуг до етапу постановки осіб з позитивним результатом тестування під МН.
6. Перегляд національного алгоритму тестування, ефективного для діагностики ВІЛ-інфекції, з урахуванням епідеміологічного контексту та можливості скорочення часу очікування результатів обстеження.
7. Впровадження досконалої комплексної системи зовнішньої та внутрішньої оцінки якості діагностичних досліджень на наявність ВІЛ-інфекції, контролю якості тест-систем та безпеки донорства.
8. Створення ефективної системи перенаправлення та оптимізації руху ВІЛ-позитивних осіб між різними організаціями державного і неурядового сектору, що сприятиме скороченню тривалості процедури залучення осіб з ВІЛ-позитивним статусом, ризикованою поведінкою до медичних та немедичних послуг.
9. Забезпечення сталого фінансування державних програм щодо надання ПТВ, лікування, догляду та підтримки ЛЖВ, за рахунок збільшення внеску місцевих бюджетів у регіональні програми з ВІЛ/СНІДу.
10. Популяризація ПТВ через засоби масової інформації, включаючи телебачення, зовнішню рекламу, Інтернет та електронні соціальні мережі, тощо.
11. Зміцнення системи МіО ПТВ для прийняття управлінських рішень.

Розділ 5. Сучасні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні

Відповідно до діючої нормативної бази та існуючої системи ЕН в Україні, встановлення діагнозу та реєстрація випадку ВІЛ-інфекції відбувається на підставі результату підтверджувального дослідження на наявність антитіл до ВІЛ, отриманих даних епідеміологічного анамнезу та об'єктивного обстеження особи, яка звернулася до ЗОЗ для встановлення діагнозу. Проте, система ЕН в країні сьогодні потребує перегляду та змін у чинному законодавстві України відповідно до міжнародних рекомендацій ВООЗ і CDC, з урахуванням адаптації до контексту епідемії ВІЛ-інфекції та визначення дефініції випадку ВІЛ-інфекції для ЕН як «особа з вперше в житті позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію (до моменту взяття під медичний нагляд)».

За період 1987 - 2016 рр в Україні отримано **503 413** позитивних результатів обстеження на ВІЛ за даними СЕМ, офіційно серед громадян України зареєстровано **297 424** випадки ВІЛ-інфекції, у тому числі **92 897** випадків захворювання на СНІД, та **41 710** випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Серед усіх виявлених і зареєстрованих ВІЛ-позитивних осіб за весь період спостереження більше половини (55%) виявлено та офіційно зареєстровано (майже 60%) за останні дев'ять років (2008-2016 рр) (табл. 4).

За даними медичного обліку, станом на 01.01.2017 р., під наглядом у ЗОЗ перебувало **132 945** ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 313,3 на 100 тис. нас.), у тому числі **38 730** хворих на СНІД (показник 91,3 на 100 тис. нас.).

Південні регіони України, Дніпропетровська, Київська, Чернігівська, Донецька області та м. Київ є територіями з високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, західні області - з низьким рівнем. Більше половини усіх ВІЛ-інфікованих осіб, які офіційно перебувають під МН, проживають на територіях Дніпропетровської, Донецької, Одеської областей та у м. Києві (табл. 19 Додатку).

У 2016 р. в країні зареєстровано збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб, яких узято під нагляд вперше – 17 066 проти 15 869 у 2015 р., показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію становив 40,0 на 100 тис. нас. та був вище показника попереднього року на 8,0 % (37,0 на 100 тис. нас.). Кількість офіційно зареєстрованих випадків та показник захворюваності не перевищували відповідні дані 2014 р. (19 273 випадки; 44,8 на 100 тис. нас.), коли враховувались дані по усій території проведення АТО (рис. 6, табл. 7 Додатку).

Збільшення кількості вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб на більш ніж тисячу пацієнтів відбулось за рахунок залучення до МН осіб з встановленими позитивними результатами обстеження на ВІЛ у попередні роки та активного включення у діяльність Донецького і Луганського РЦ СНІД.

Значні темпи приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію зареєстровано у Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Луганській, Миколаївській,

Тернопільській, Харківській, Херсонській областях та м. Києві. В 10 регіонах країни показники захворюваності зменшилися.

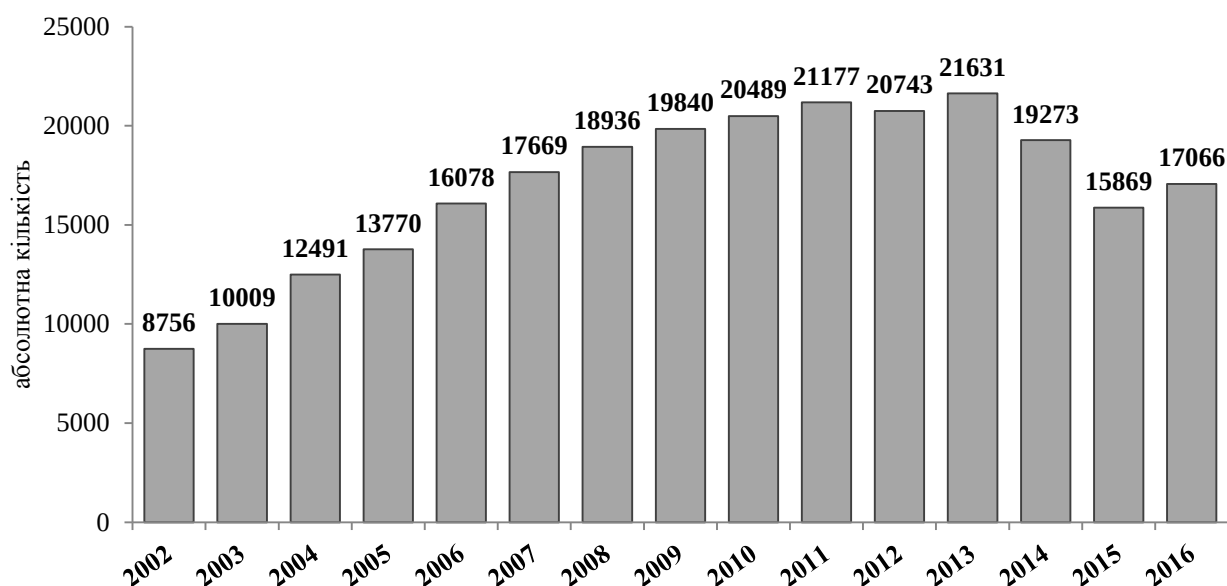


Рисунок 6. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України по роках за період 2002 – 2016 рр (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.)

Серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у 2014 – 2016 рр переважала та поступово зростала питома вага чоловіків з 55,9% у 2014 р. до 57,5% у 2016 р., питома вага жінок знижувалась з 44,1% у 2014 р. до 42,5% у 2016 р. Жителі міста хворіли частіше (більш ніж 70%), у 2016 р. спостерігалось деяке збільшення питомої ваги жителів села серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб, у порівнянні з даними 2014 р. (табл. 6).

Таблиця 6. Розподіл за статтю та місцем проживання вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні

Роки	чоловіки		жінки		місто		село	
	абс.чис.	%	абс.чис.	%	абс.чис.	%	абс.чис.	%
2014	10 765	55,9	8 508	44,1	14 563	75,6	4 710	24,4
2015	9 023	56,9	6 846	43,1	11 652	73,4	4 217	26,6
2016	9 808	57,5	7 258	42,5	12 573	73,7	4 493	26,3

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед мешканців села у 2016 р. становила 34,1 на 100 тис. сільського населення та зросла у порівнянні з показником 2015 р. (31,8). Зокрема, зросли відповідні показники у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Київській, Миколаївській, Харківській, Херсонській областях. Найвищі показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію мешканців села встановлено у Миколаївській (128,7 на 100 тис. сільс. нас.), Одеській (93,7), Дніпропетровській (75,3), Київській (58,2), Чернігівській (51,1), Кіровоградській (49,8), Херсонській (49,5) областях, найнижчі – у західних регіонах країни (рис. 7).

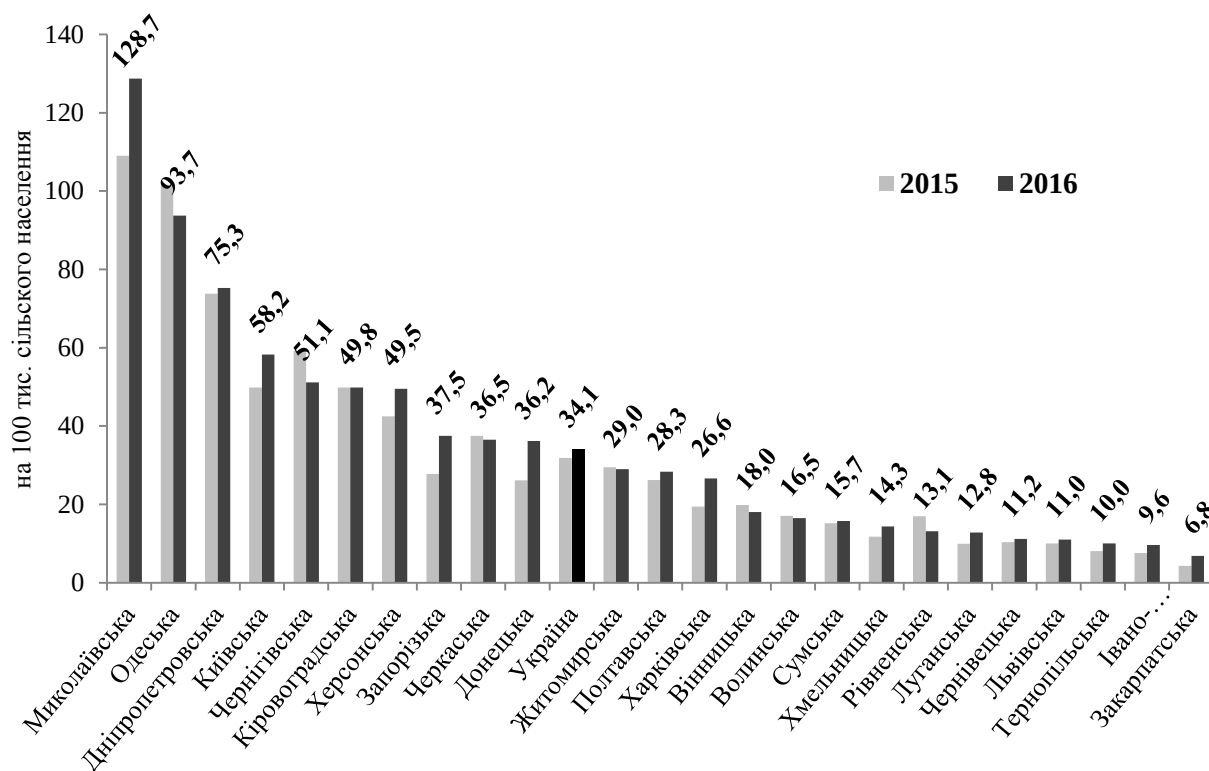


Рисунок 7. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію мешканців села по регіонах України в 2015-2016 рр (на 100 тис. сільського населення) (без урахування даних частини території проведення АТО)

У 2016 р. було взято під МН у ЗОЗ служби СНІДу 2 855 дітей віком 0-18 років, включно діти з невизначеним ВІЛ-статусом, зареєстровано 70 нових випадків СНІДу у дітей, 64 дитини померло від хвороб, зумовлених ВІЛ-інфекцією. Станом на 01.01.2017 р., на обліку перебували 8 339 дітей віком 0-18 років, включно діти з невизначеним ВІЛ-статусом, з них 821 хворий на СНІД (табл. 20 Додатку).

Переважна кількість дітей на обліку – це діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками. Станом на 01.01.2017 р., під МН перебувало 3 058 ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з підтвердженим діагнозом, у тому числі 845 дітей, хворих на СНІД; ще у 5 325 дітей діагноз знаходився у стадії підтвердження; знято з обліку у зв'язку з відсутністю ВІЛ-інфекції 2 853 дитини (табл. 21 Додатку).

Протягом 2014 – 2016 рр у віковій структурі вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб переважали особи віком 25 – 49 років (67-68%).

Проведено аналіз статеві-вікової структури осіб з уперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком 15 років і старше за період 2009 – 2016 рр. Встановлено, що з 2009 р. зберігається стала тенденція до збільшення частки ВІЛ-інфікованих осіб віком старше 30 років серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб обох статей: серед чоловіків - з 71,9% у 2009 р. до 85,2% у 2016 р., серед жінок - з 51,4% до 74,3%, відповідно (рис. 8, 9).

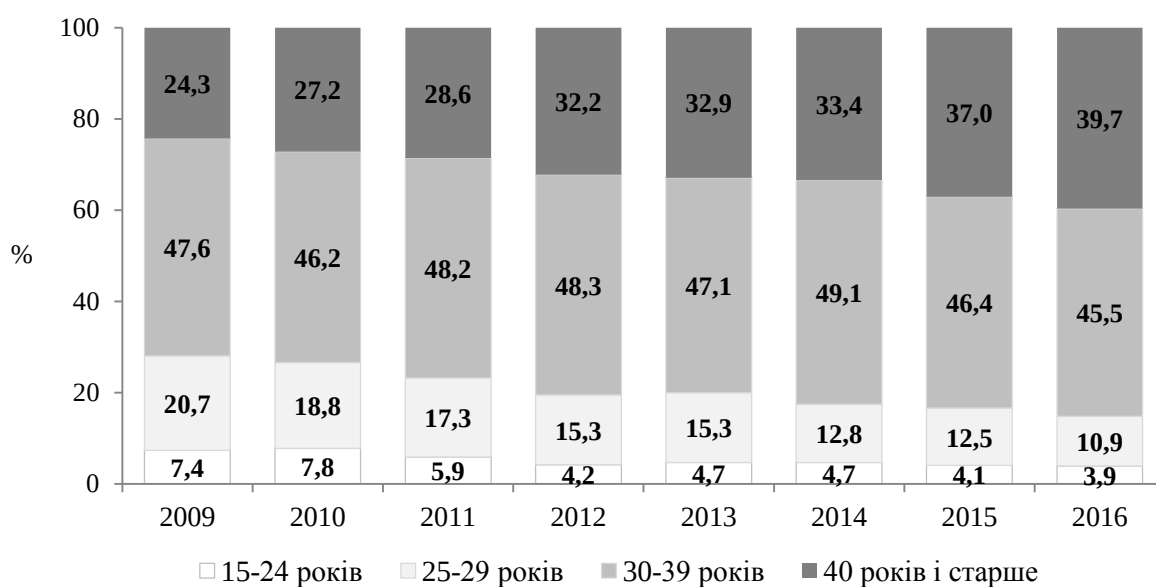


Рисунок 8. Вікова структура вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих чоловіків віком 15 років і старше в Україні (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.)

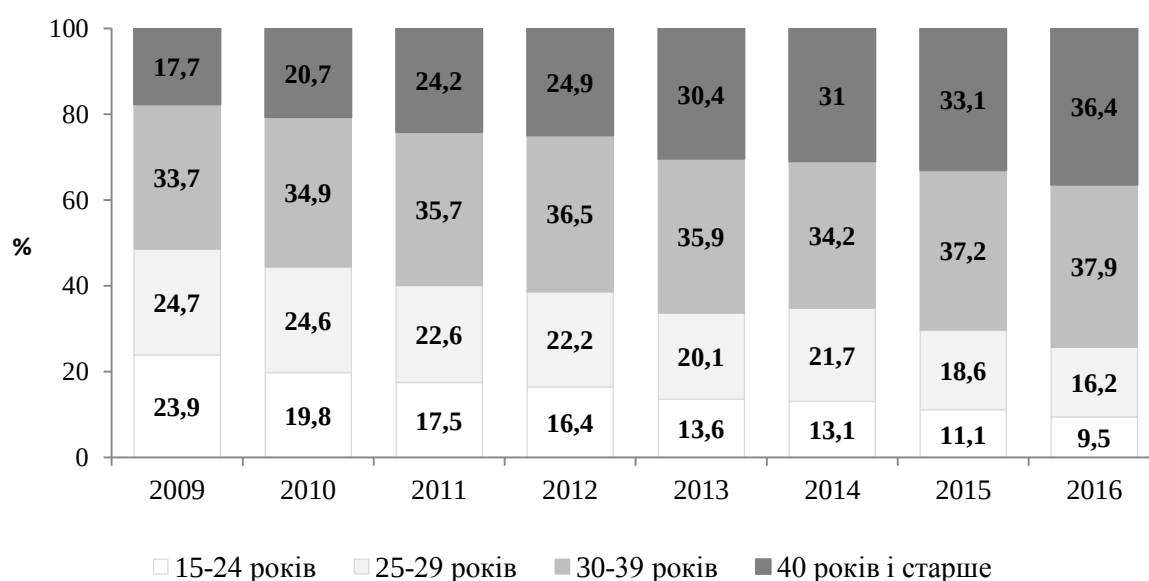


Рисунок 9. Вікова структура вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих жінок віком 15 років і старше в Україні (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.)

Спостерігається стабільна тенденція зменшення частки осіб віком 15-24 роки серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб: чоловіки - з 7,4% у 2009 р. до 3,9% у 2016 р., жінки - з 23,9% до 9,5%, відповідно. За даними 2016 р., залишається значно вищою питома вага жінок цієї вікової групи серед усіх вперше зареєстрованих жінок (близько 10%), у порівнянні з чоловіками (близько 4%), що зазначає про більш раннє інфікування ВІЛ серед жінок.

Враховуючи рекомендації ЮНЕЙДС та ВООЗ, за тенденцією поширеності ВІЛ серед осіб віком 15-24 роки умовно можна оцінити зміни у кількості нових випадків інфікування. Зберігається стала тенденція до зниження як частки молодих осіб цієї вікової групи серед усіх вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (з 12,0% у 2009 р. до 5,2% у 2016 р.), так і показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення відповідної вікової групи (з 35,5 на 100 тис. нас. віком 15-24 роки у 2009 р. до 19,4 у 2016 р.) (рис. 10).

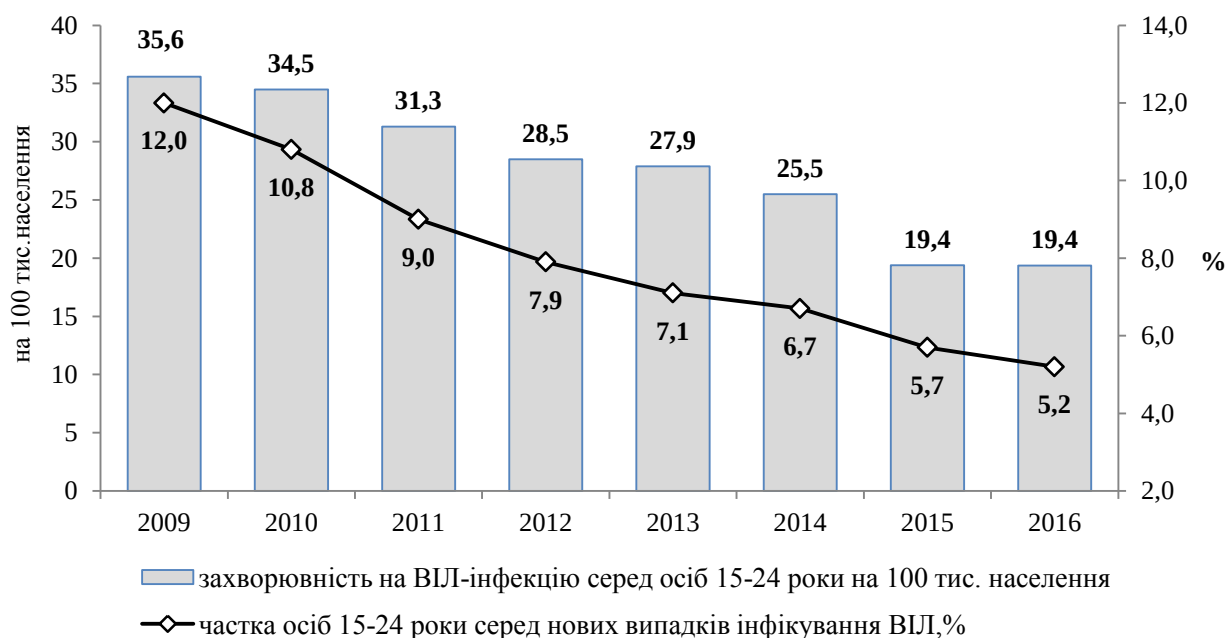


Рисунок 10. Питома вага осіб віком 15 – 24 роки серед нових випадків інфікування ВІЛ та захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб цієї вікової групи (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.) (показник 2015 р. було перераховано з урахуванням змін у кількості населення даної вікової групи)

У 2016 р. частка осіб вікової групи 15-24 роки серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції мала найменше значення у Сумській області (3,0%), а найвищі - у Івано-Франківській (8,6%) та деяких західних регіонах (табл. 9 Додатку).

Найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення вікової групи 15-24 роки у 2016 р. зареєстровано у Житомирській (24,4 на 100 тис. нас. віком 15-24 роки), Дніпропетровській (34,9), Київській (27,6), Кіровоградській

(32,3), Миколаївській (41,7), Одеській (41,1), Херсонській (25,5), Черкаській (24,3) областях та м. Києві (32,5).

За даними РЕН, серед основних індикаторів епідмоніторингу аналізуються показники своєчасності взяття ВІЛ-інфікованих осіб на облік та регулярності здійснення МН. Слід зауважити, що показник охоплення медичним обліком ВІЛ-позитивних осіб має умовне значення з огляду на те, що дані обліку осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції протягом року включають дані про ВІЛ-інфікованих осіб незалежно від дати верифікації ВІЛ-позитивного статусу за даними лабораторних досліджень.

Незважаючи на стабільне збільшення значень показника охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком у ЗОЗ служби СНІДу з 54,5% у 2009 р. до 73,6% у 2016 р., все ж близько чверті ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними обліку лабораторних досліджень, не було залучено до МН. Найнижчі рівні охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком у 2016 р. встановлено у Вінницькій (71%), Донецькій (70,5%), Житомирській (71%), Івано-Франківській (68,3%), Кіровоградській (68,7%), Одеській (64,5%), Хмельницькій (64,9%), Чернівецькій (66,4%) областях та м. Києві (51,4%) (табл. 13 Додатку).

Протягом 2005-2016 рр серед усіх вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб зберігалась тенденція до збільшення як кількості пацієнтів, які були взяті під МН з діагнозом III-IV клінічних стадій ВІЛ-інфекції (з 4 387 осіб у 2005 р. до 7 961 особи у 2016 р. (до 2013 р. включно з даними АР Крим, до 2014 р. включно з даними по усій території проведення АТО)), так і їх частки серед усіх вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб (з 31,9% у 2005 р. до 46,6% у 2016 р.).

Показник групи активного МН стабільно зростає з 2011 р., коли був розрахований вперше та складав 71,6%, і у 2016 р. становив 79,8%, по регіонах країни коливався від 96,3% у Харківській області до 69% у Львівській області. Найменша питома вага осіб, які пройшли медичне обстеження хоча б раз у звітному році, серед ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під МН, зареєстрована у Дніпропетровській (76,7%), Донецькій (77,4%), Львівській (69%), Миколаївській (74%), Полтавській (74,6%), Херсонській (72,1%) областях. Серед осіб, які пройшли медичне обстеження не менш ніж один раз у звітному році, чоловіки склали 53,6%, жінки – 46,4%; мешканці міста становили 79,2% та мешканці села – 20,8%, що загалом повторює відповідну структуру осіб, які перебували під МН на кінець звітного року.

Шляхи передачі ВІЛ-інфекції

З 2008 р., коли в Україні відбулась зміна домінуючих шляхів передачі збудника ВІЛ-інфекції зі штучного парентерального при вживанні ін'єкційних наркотиків на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах, останній продовжує набувати все більш суттєвого епідемічного значення. У структурі шляхів передачі ВІЛ (з урахуванням показника ЧПМД) питома вага статевого шляху передачі ВІЛ невпинно зростала та у 2016 р. досягла значення 73,3% (рис. 11, табл. 10 Додатку).

Найбільші темпи приросту частки статевого шляху зареєстровано у Вінницькій, Дніпропетровській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Тернопільській, Херсонській, Хмельницькій, Чернігівській областях.

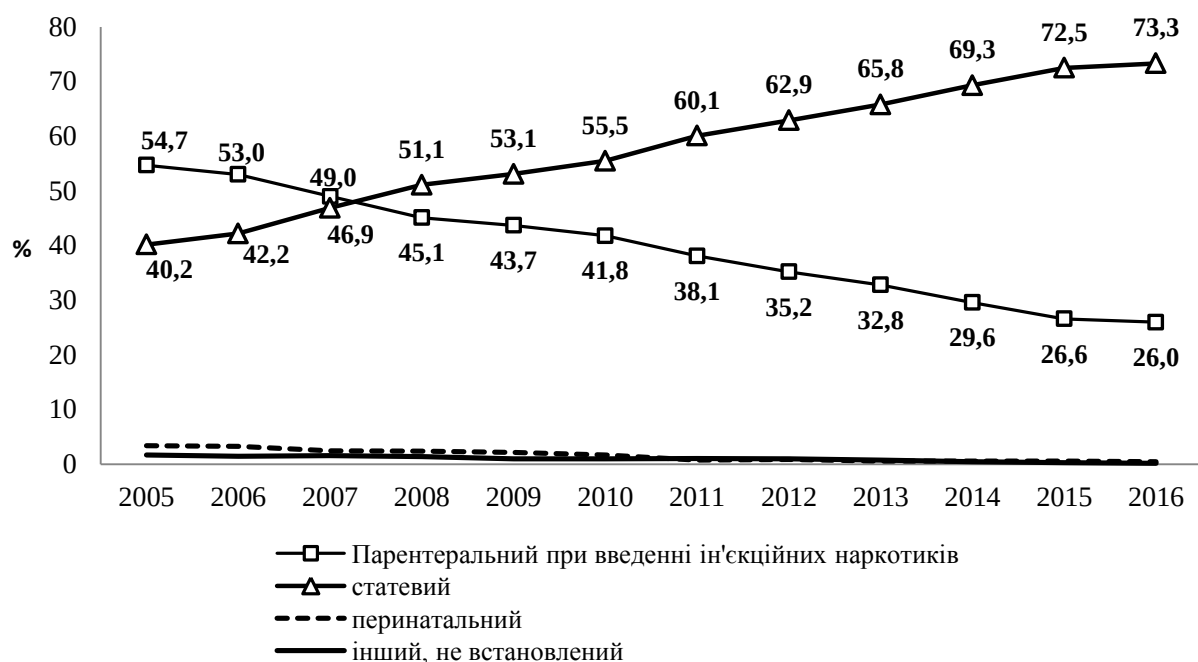


Рисунок 11. Структура шляхів передачі ВІЛ вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, з урахуванням рівнів передачі ВІЛ від матері до дитини, в Україні, % (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.)

З 2007 р. зберігалась тенденція до зменшення як абсолютної кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, так і частки ЛВІН серед нових випадків ВІЛ-інфекції. Якщо серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у 2007 р. ЛВІН складали 44% (більше 7 тис. осіб), то у 2016 р. відбулось зменшення частки ЛВІН в 2 рази – 21,8% (3 728 осіб) (рис. 12, табл. 11 Додатку).

В той же час, незважаючи на багаторічну тенденцію до зниження, актуальність парентерального шляху передачі ВІЛ при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів залишається високою - 26,0%. У 2016 р. серед вперше зареєстрованих осіб з ВІЛ-інфекцією збільшилась кількість осіб, які інфікувались внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, та становила 3 728 осіб проти 3 449 у попередньому році.

Частка зазначеного шляху передачі серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у 2016 р. була вагомою у Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Львівській, Полтавській, Харківській, Черкаській областях, м. Києві та суттєво зросла у Волинській, Київській, Тернопільській, Харківській, Чернівецькій областях.

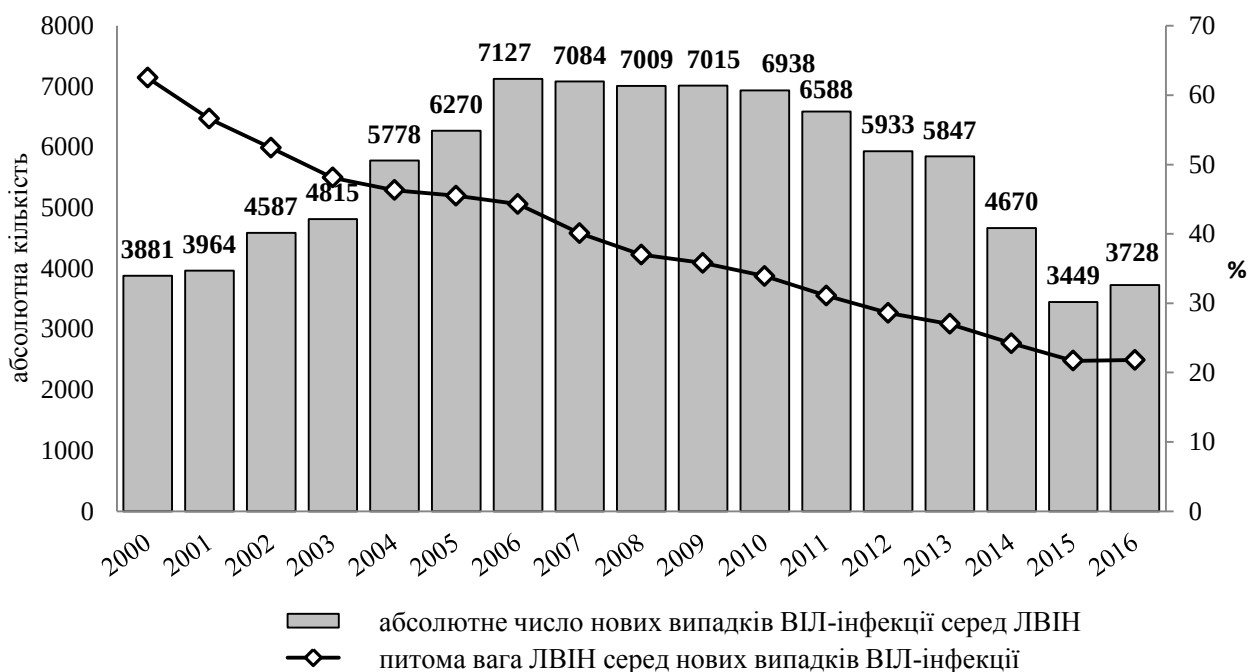


Рисунок 12. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН в Україні (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 року)

Все більшу епідемічну значимість набуває група ЧСЧ, серед представників якої продовжується поширення ВІЛ-інфекції та водночас покращується виявлення. Кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ в країні щорічно зростала – з 20 осіб у 2005 р. до 436 у 2016 р. (рис. 13).

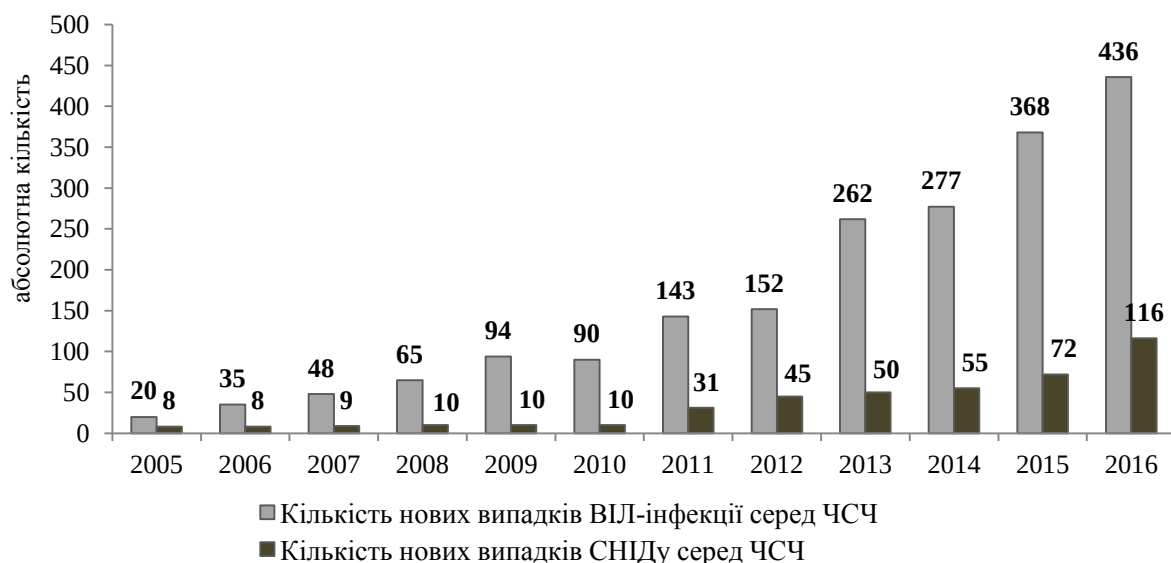


Рисунок 13. Динаміка кількості нових випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу серед ЧСЧ в Україні (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.)

Проте, і сьогодні існує суттєве недоврахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних із статевими стосунками між чоловіками. Як правило, ЧСЧ приховують свою сексуальну орієнтацію, що створює перешкоди до отримання ними лікувально-профілактичних послуг у зв'язку з ВІЛ, яких вони потребують. Крім того, чоловіки, які практикують бісексуальні контакти (за даними операційного дослідження четверта частина опитаних ЧСЧ практикувала секс із жінками), є «групою-містком» між ЧСЧ та гетеросексуальною жіночою популяцією.

Загальна клінічна характеристика та супутні патології/стани у осіб віком 15 років і старше з уперше в житті підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції

У 2016 р. під МН у ЗОЗ служби СНІДу було взято 14 334 ВІЛ-інфіковані особи з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції, з них 14 249 осіб у віці 15 років і старше та 85 дітей віком 0-14 років. Серед дітей у 50,6% випадків (43 дитини) діагностовано III-IV клінічні стадії ВІЛ-інфекції.

Протягом останніх трьох років серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15 років і старше 33-34% складали особи з нозологіями I клінічної стадії, близько 12% - II стадії, 18-20% - III стадії, 33-36% - IV стадії. Тобто, більше половини (53-55%) серед усіх вперше зареєстрованих випадків становили ВІЛ-інфіковані особи з діагнозами III-IV клінічних стадій ВІЛ-інфекції.

Практично в усіх регіонах країни спостерігається тенденція до збільшення виявлення випадків ВІЛ-інфекції на пізніх стадіях хвороби. Такі дані привертають увагу до важливості планування заходів щодо забезпечення доступності для населення ПТВ, покращення раннього виявлення ВІЛ-інфекції та вчасного охоплення ВІЛ-інфікованих осіб МН.

Серед пацієнтів з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком 15 років і старше у 2016 р., як і у попередньому році, були обстежені на наявність маркерів гепатиту В та гепатиту С 76% та 75% осіб, відповідно. За результатами досліджень у 11% обстежених осіб були виявлені маркери гепатиту В, у 28,8% осіб - маркери гепатиту С проти 8,4 та 36,3%, відповідно, у попередньому році.

З метою виявлення ІПСШ обстежено 82,2% осіб (2015 р. – 80,1%), з них у 29% обстежених встановлено наявність ІПСШ, проти 18,8% у попередньому році. Зокрема, зросла кількість осіб, у яких діагностовано сифіліс – 151 особа у 2016 р. проти 89 у 2015 р. (табл. 12 Додатку).

У 2016 р. зареєстровано деяке збільшення охоплення обстеженням на CD4 вперше зареєстрованих осіб віком 15 років і старше - 88,2% (N = 12 573) проти 86,9% (N = 11 198) у попередньому році. Структура осіб з різним діапазоном вимірів CD4-лімфоцитів за даними 2016 р. була такою ж, як і у попередньому році. Частка осіб, які на момент взяття на облік у зв'язку з ВІЛ-інфекцією мали рівень CD4-лімфоцитів 500 кл/мкл та вище, становила 24,7% (2015 р. - 24,7%), 350-499 кл/мкл CD4 – 17,7% (2015 р. - 17,8%), 200-349 кл/мкл CD4 – 24,0% (2015 р. - 24,0%), нижче 200 кл/мкл CD4 – 33,6% (2015 р. -

33,5%). Серед обстежених на CD4 у 2015-2016 рр близько 57% осіб мали виміри CD4 менше 350 кл/мкл.

Захворюваність на СНІД та смертність від хвороб, зумовлених СНІДом

У 2016 р. діагностовано 8 852 випадки СНІДу проти 8 468 у 2015 р. та 9 844 у 2014 р., показник захворюваності на СНІД склав 20,7 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 19,8 у 2015 р. та 22,9 у 2014 р. Темп приросту показника захворюваності на СНІД по країні у 2016 р. склав +5%, у порівнянні з показником попереднього року (рис. 14, табл. 14 Додатку).

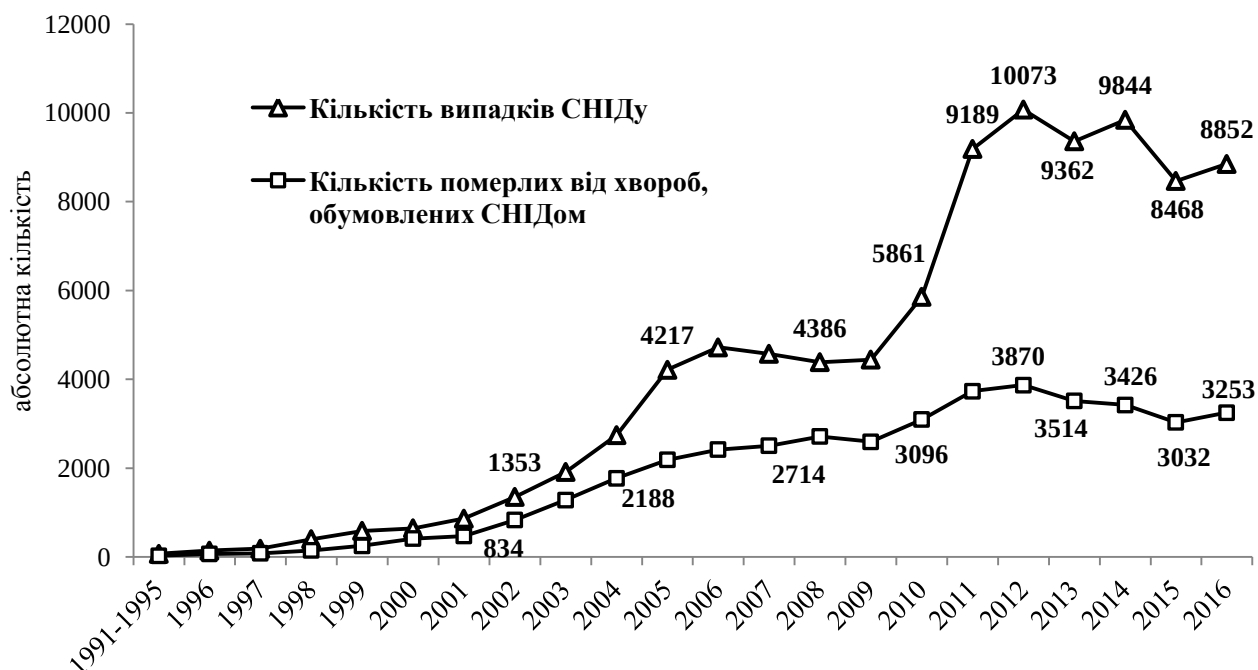


Рисунок 14. Кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, зумовлених СНІДом, серед громадян України (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.)

Значні темпи приросту захворюваності на СНІД зареєстровано у Донецькій, Запорізькій, Київській, Луганській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Хмельницькій областях та м. Києві. У 2016 р. найвищими були показники захворюваності на СНІД у Дніпропетровській (61,1 на 100 тис. нас.), Запорізькій (25,6), Київській (26,9), Миколаївській (38,0), Одеській (59,8) та Чернігівській (22,9) областях.

Серед вперше зареєстрованих хворих на СНІД у 2016 р., як і в попередні роки, переважали чоловіки - 62%, частка жінок становила 38%. Вікова структура була такою: особи віком 0-17 років включно – 0,8%, 18-24 роки – 1,4%, 25-49 років – 83%, 50 років і старше – 14,8%. Питома вага мешканців міста серед вперше зареєстрованих хворих на СНІД у 2016 р. становила 76% (2015 р. - 77%; 2014 р. - 80,2%), мешканців села – 24% (2015 р. - 23%; 2014 р. - 19,8%).

ТБ залишається найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні та у світі. За даними ECDC та Європейського

регіонального бюро ВООЗ, за останні п'ять років кількість нових випадків ТБ/ВІЛ в країнах Європейського регіону ВООЗ зросла на 40%. В Україні, на тлі зростання кількості випадків СНІДу в 2016 р., зросла кількість хворих з коінфекцією ТБ/ВІЛ і становила 4 938 проти 4 470 в 2015 р. та 4 849 в 2014 р. Частка хворих з діагнозом ТБ серед нових випадків СНІДу зберігала тенденцію до зростання - у 2016 р. складала 55,8% проти 52,8% у 2015 р. та 49,3% у 2014 р. Серед 38 730 хворих на СНІД, які перебувають під МН, станом на 01.01.2017 р., коінфекцію ТБ/ВІЛ діагностовано у 12 948 осіб, що складає 33,4%. Зареєстровано зниження питомої ваги хворих на ТБ серед хворих на СНІД, які перебувають під наглядом на кінець року, проти даних попередніх років (2015 р. - 36,9%, 2014 р. - 44,1%). Частка осіб з діагнозом ВДТБ серед хворих на СНІД, які перебувають під наглядом, мала позитивну тенденцію до поступового зниження та на кінець 2016 р. складала 27,4% проти 28,5% у 2015 р. та 28,7% у 2014 р. (табл. 15, 16 Додатку).

Перешкодою на шляху до ліквідації СНІДу є пізня діагностика ВІЛ-інфекції. Більше половини хворих залучаються до МН вперше вже на стадії СНІДу, кількість таких осіб зростає щорічно, що є одним з показників пізнього виявлення ВІЛ-інфекції. У 2016 році частка осіб, яким уперше в житті встановлено діагноз ВІЛ-інфекції на стадії СНІДу, від нових випадків СНІДу в Україні становила 58,3% (рис. 15).



Рисунок 15. Кількість осіб, яким уперше в житті встановлено діагноз ВІЛ-інфекції на стадії СНІДу, та частка таких осіб від нових випадків СНІДу в Україні за період 2005-2016 рр (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.)

У 2016 р. померло від СНІДу 3 253 хворих проти 3 032 у 2015 р. та 3 426 у 2014 р.; рівень смертності від СНІДу коливався та склав 7,6 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 7,1 у 2015 р. та 8,0 у 2014 р. Темп приросту показника смертності

від СНІДу по країні у 2016 р. склав +7,7%, у порівнянні з показником попереднього року. Найвищі показники смертності від СНІДу зареєстровано у Дніпропетровській (31,0 на 100 тис. нас.), Донецькій (8,2), Запорізькій (8,2), Кіровоградській (10,7), Миколаївській (11,4), Одеській (14,0) та Чернігівській (8,5) областях (рис. 16, табл. 17 Додатку).

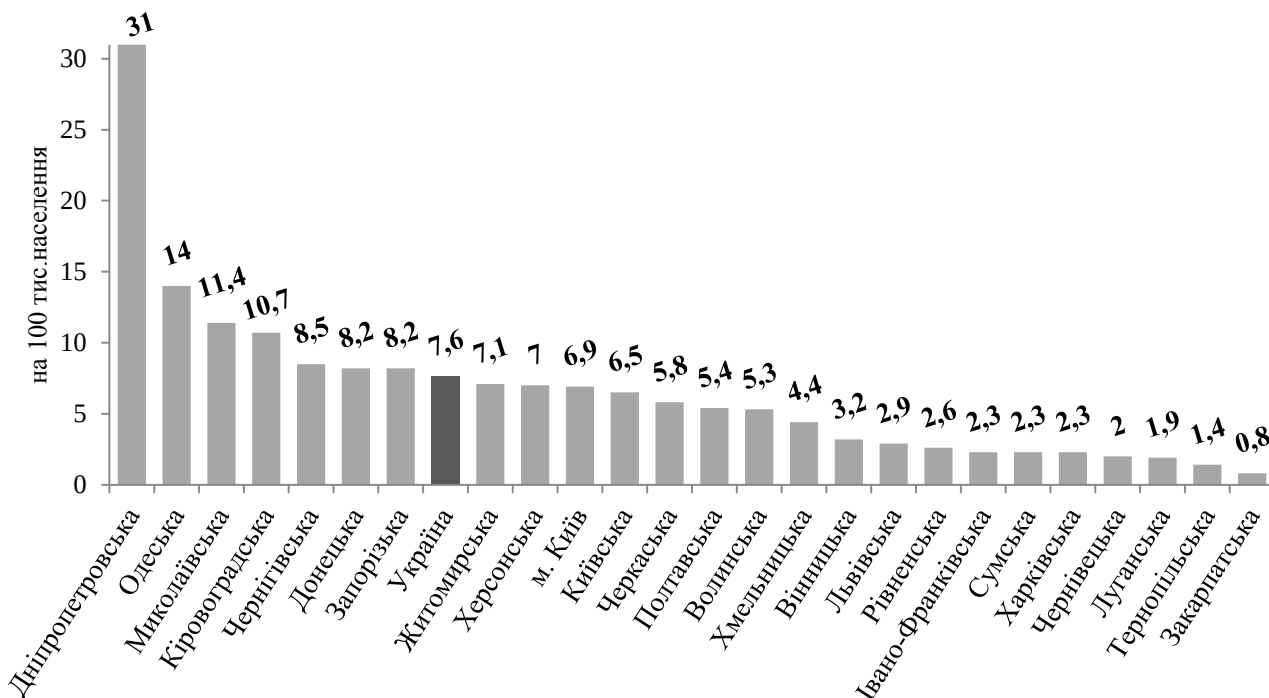


Рисунок 16. Територіальний розподіл регіонів України за показником смертності від СНІДу у 2016 році

Найвищі темпи приросту смертності від СНІДу зареєстровано у Вінницькій, Кіровоградській, Миколаївській, Рівненській, Сумській, Херсонській, Хмельницькій, Чернівецькій, Чернігівській областях. Зокрема, значне зростання рівня смертності від СНІДу у Херсонській області пов'язане із заниженням відповідних показників у попередні роки.

Тенденції у зміні кількості смертей від СНІДу загалом повторюють тенденції кількості захворювань на СНІД. Можна констатувати, що суттєвих коливань значень показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу не відбувалось, вони становили протягом останніх п'яти років 20-22 на 100 тис. нас. та 7-8 на 100 тис. нас., відповідно.

На тлі еволюції рекомендацій ВООЗ та змін нормативно-правової бази в країні щодо наявності показань та початку АРТ, щорічно зростала кількість пацієнтів, які її потребували, та відбувалось збільшення кількості хворих, залучених до антиретровірусного лікування. Кількість пацієнтів, які отримували АРТ на кінець року, склала 74 780 осіб у 2016 р. проти 15 871 особи у 2009 р. Частка ЛЖВ, які отримують АРТ, від загального числа ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебувають під МН, станом на кінець року, відповідно, зросла до 56,2% у 2016 р. проти 15,7% у 2009 р. Станом на

01.01.2017 р., було охоплено АРТ більше половини ВІЛ-інфікованих осіб, які перебували під наглядом (рис. 17).

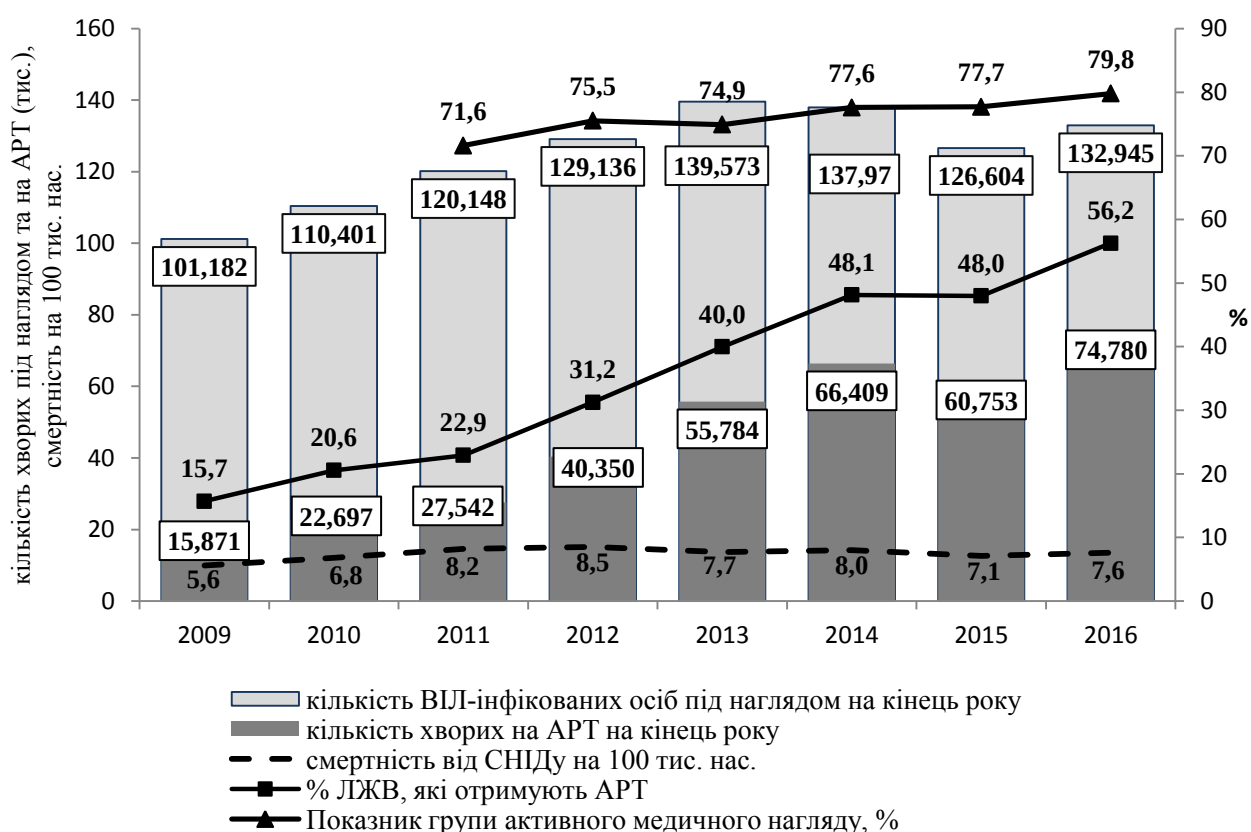


Рисунок 17. Кількість та частка ЛЖВ, які отримують АРТ, від загального числа ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебувають під медичним наглядом станом на кінець року в Україні за період 2009-2016 рр (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.)

Причини зняття з обліку ВІЛ-інфікованих осіб у 303 служби СНІДу

У 2016 році в Україні знято з обліку у 303 служби СНІДу 12 674 ВІЛ-інфікованих осіб, з них у зв'язку зі смертю знято 5 305 осіб (41,9%), зі зміною місця проживання – 2 334 особи (18,4%), з відсутністю ВІЛ-інфекції у дитини – 2 853 дитини (22,5%), з інших причин – 2 182 особи (17,2%).

У структурі причин зняття з обліку у 2016 р. зменшилась питома вага осіб, знятих у зв'язку зі смертю, та склала 41,9% проти 45,4% у попередньому році, зі зміною місця проживання - 18,4% проти 25,3%, відповідно, та з відсутністю ВІЛ-інфекції у дитини - 22,5% проти 26,7%.

Зареєстровано збільшення питомої ваги осіб, яких було знято з обліку з інших причин (17,2% у 2016 р. проти 2,6% у 2015 р.) за рахунок ВІЛ-інфікованих осіб групи неактивного нагляду, дані про місцеперебування яких відсутні. Найбільшу кількість ВІЛ-інфікованих осіб за даною причиною було знято з обліку у м. Києві (892 особи), Одеській (1 016), Хмельницькій (83),

Львівській (44), Запорізькій (33), Черкаській (26) областях, що є проявом неякісного медичного обліку та нагляду в цих регіонах.

У структурі причин смерті ВІЛ-інфікованих осіб у 2016 р. значних змін не відбулось, у порівнянні з даними попередніх років. Серед усіх 5 305 ВІЛ-інфікованих осіб, яких було знято з-під нагляду у 2016 р. у зв'язку зі смертю, 62,9% летальних випадків (3 338 померлих) були безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, з них – 97,5% (3 253 особи) померли від СНІДу.

Інші ВІЛ-інфіковані особи померли внаслідок причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією:

- від інших захворювань (1 247 випадків; 23,5%);
- від вірусних гепатитів В/С та цирозу печінки вірусної етіології (307 випадків; 5,8%);
- від інших причин (301 випадок; 5,7%);
- внаслідок ТБ, не пов'язаного з ВІЛ-інфекцією (83 випадки; 1,6%);
- залишились невідомими причини смерті 29 померлих (0,5%) (табл. 18 Додатку).

Серед усіх померлих у 2016 р. переважали чоловіки, питома вага яких становила 64%, частка жінок складала 36%. Структура померлих осіб за віком була такою: особи віком 0-17 років включно – 1,2%, 18-24 роки – 1,1%, 25-49 років – 81,5%, 50 років і старше – 16,2%.

Аналіз структури шляхів інфікування ВІЛ померлих осіб в Україні дав змогу встановити, що частка осіб, які вживали ін'єкційні наркотики, зменшилася за період 2005-2016 рр у 1,8 рази – з 77,3% до 42,2%. На тлі поширення збудника статевим шляхом серед загального населення все більше в Україні реєструються випадки смерті осіб, які були інфіковані ВІЛ внаслідок незахищених статевих контактів – у 2016 р. їх частка досягла 56,1%.

За статистичними даними, серед усіх померлих у 2016 р. 4 733 особи потребували АРТ, з них 2 303 особи отримували АРТ на момент смерті, що складає 48,7% від тих, які її потребували (2015 р. – 45,3%, 2014 р. – 46,2%). Серед померлих, які отримували АРТ на момент смерті, для 1 132 осіб антиретровірусне лікування тривало 12 місяців і більше (49,0%) (2015 р. – 49,1%, 2014 р. – 36%). Зокрема, протягом останніх трьох років більше половини пацієнтів, які померли через причини, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, потребували, але не отримували АРТ (2016 р. – 54,6%, 2015 р. – 59,5%, 2014 р. – 55,1%) через пізнє виявлення хвороби, низьку прихильність/відмову від лікування, протипокази до АРТ або неякісний МН за ВІЛ-інфікованими особами в ЗОЗ служби СНІДу. Кількість таких померлих у 2016 р. була найменшою (1 822 особи) (2015 р. – 1 876, 2014 р. – 2 062). Проте, існуючий обсяг АРТ не мав суттєвого впливу на зниження показника смертності від хвороб, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією.

Облік міграції ВІЛ-інфікованих осіб з населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження

Станом на 01.01.2017 р., 1 614 ВІЛ-інфікованих осіб прибули з населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та перебувають під МН у ЗОЗ служби СНІДу в інших регіонах України, з них 1 207 осіб (74,8%) прибули з Донецької області, 298 осіб (18,5%) – з Луганської області та 109 осіб (6,7%) – з АР Крим. Найбільше таких осіб перебуває під наглядом у Донецькій, Дніпропетровській, Запорізькій, Одеській областях та в м. Києві (табл. 7).

Таблиця 7. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які прибули з Донецької та Луганської областей, АР Крим та перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу в інших регіонах, станом на 01.01.2017 року

Регіони	Всього	у тому числі прибули з		
		території АТО		АР Крим та м. Севастополь
		Донецької обл.	Луганської обл.	
Україна	1 614	1 207	298	109
Вінницька	37	29	5	3
Волинська	5	2	0	3
Дніпропетровська	189	147	28	14
Донецька ¹	301	294	7	0
Житомирська	19	10	5	4
Закарпатська	13	11	1	1
Запорізька	149	127	14	8
Івано-Франківська	5	4	0	1
Київська	73	52	17	4
Кіровоградська	22	13	6	3
Луганська ¹	65	6	59	0
Львівська	34	20	6	8
Миколаївська	34	17	8	9
Одеська	118	88	25	5
Полтавська	62	48	10	4
Рівненська	3	2	1	0
Сумська	27	23	4	0
Тернопільська	4	4	0	0
Харківська	99	60	29	10
Херсонська	22	18	2	2
Хмельницька	20	16	3	1
Черкаська	12	10	2	0
Чернівецька	21	16	4	1
Чернігівська	15	13	1	1
м. Київ	265	177	61	27

¹за даними ЗОЗ з територій, на яких здійснюють свої повноваження органи державної влади

Серед 1 614 ВІЛ-інфікованих осіб 830 чоловіків (51,4%) та 784 жінки (48,6%). У віковій структурі діти віком до 14 років включно складали 6,7% (108 осіб), підлітки віком 15-17 років включно - 0,7% (12 осіб), особи віком 18-24 роки включно - 3,1% (50 осіб) та віком 25 років і старше - 89,5% (1 444 особи).

Кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН становить 526 осіб (32,6% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які прибули), з них – 369 ЛВІН (70,2% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих ЛВІН, які прибули) з Донецької області, 104 ЛВІН (19,8%) – з Луганської області та 53 ЛВІН (10%) – з АР Крим. Станом на 01.01.2017 р., прибули з АР Крим, Донецької та Луганської областей та перебували під МН: 31 ВІЛ-інфікована вагітна, 114 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з них – 62 дитини з підтвердженням діагнозом ВІЛ-інфекції.

Протягом 2016 р. прибули з населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, до ЗОЗ служби СНІДу інших регіонів України 504 ВІЛ-інфіковані особи, що менше даних попереднього року (731 особа). Прибулі ЛЖВ були переважно жителями Донецької області. Найбільше прибулих осіб було взято на облік у 2016 р. у ЗОЗ Донецької та Луганської областей, на території яких здійснюють свої повноваження органи державної влади, у ЗОЗ Харківської, Запорізької областей та м. Києва (табл. 8 Додатку).

З 2015 року статистичні дані з частини території проведення АТО відсутні, тому спостерігалось зменшення даних обліку ВІЛ-інфікованих осіб у Донецькій та Луганській областях, у порівнянні з даними 2014 р.: група ВІЛ-інфікованих осіб під МН на кінець року в обох областях зменшилась на 56% (у Донецькій області - з 28 776 до 12 656 осіб; у Луганській області - з 4 459 до 1 971 особи).

У 2016 р., завдяки активному включенню у діяльність Донецького та Луганського РЦ СНІД, в обох регіонах зросла кількість ВІЛ-інфікованих осіб, яких взято під нагляд вперше, та тих, які перебували під наглядом на кінець року, а також, кількість осіб групи активного МН. Так, кількість ВІЛ-інфікованих осіб під МН на кінець року в обох областях зросла на 5% (у Донецькій області - з 12 656 до 13 305 осіб; у Луганській області - з 1 971 до 2 072 осіб) (табл. 8).

Таблиця 8. Облік ВІЛ-інфікованих осіб, які мешкали у Донецькій та Луганській областях у 2014 - 2016 рр

№	Показники обліку ВІЛ-інфікованих осіб (включно діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками з невизначеним статусом)	Донецька область ¹			Луганська область ¹		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016
1	Перебувало під наглядом на початок звітнього року	27 933	12 520	12 656	4 569	2 000	1 971

№	Показники обліку ВІЛ-інфікованих осіб (включно діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками з невизначеним статусом)	Донецька область ¹			Луганська область ¹		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016
2	Узято під нагляд протягом звітнього року	3 069	1 521	1 758	538	267	357
	<i>з них: з уперше в житті встановленим діагнозом</i>	3 043	1 023	1 432	518	183	256
3	Знято з обліку протягом звітнього року	2 226	1 385	1 109	648	296	256
	<i>у тому числі у зв'язку:</i>						
	<i>з відсутністю ВІЛ-інфекції у дитини</i>	508	284	264	92	54	49
	<i>зі зміною місця проживання</i>	486	406²	328	358	141	105
	<i>зі смертю</i>	1 231	531	517	198	99	99
	<i>з іншої причини</i>	1	164	0	0	2	3
4	Перебувають під наглядом на кінець звітнього року	28 776	12 656	13 305	4 459	1 971	2 072
	<i>з них: група активного медичного нагляду</i>	21 582	8 872	10 303	3 434	1 604	1 793

¹ без урахування даних частини території проведення антитерористичної операції з 2015 року

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

Підсумовуючи вищевикладене, можна охарактеризувати загальні тенденції поширення ВІЛ на сучасному етапі розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні наступним чином:

В останні роки спостерігаються деякі ознаки стабілізації епідемічного процесу ВІЛ-інфекції. За даними СЕМ, протягом 2009-2016 рр поширеність ВІЛ серед громадян України утримується близько 1% (0,99% у 2016 р.), зберігається чітка тенденція до зниження поширеності ВІЛ серед вагітних (з 0,55% у 2009 р. до 0,32% у 2016 р.) та донорів (з 0,14% у 2009 р. до 0,09% у 2016 р.). Поширеність ВІЛ серед вагітних віком 15-24 роки, також, має тенденцію до зниження (з 0,32% у 2014 р. до 0,25% у 2016 р.).

Відзначається стала тенденція зниження частки ВІЛ-інфікованих осіб віком 15-24 роки серед усіх вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (з 12,0% у 2009 р. до 5,2% у 2016 р.) та показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення відповідної вікової групи (з 35,5 на 100 тис. нас. віком 15-24 роки у 2009 р. до 19,4 у 2016 р.). Вдалось досягти суттєвого зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини в країні (зниження показника ЧПМД у 8 разів – з 27,8% у 2001 р. до 3,3% у 2014 р.).

Протягом останніх п'яти років спостерігається стабілізація значень показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу. Проте, за даними 2016 р. в країні зросли показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію та СНІД, смертності від СНІДу, у порівнянні з відповідними показниками попереднього року (темпи приросту становили +8%, +5% та +7,7%, відповідно).

Зберігається тенденція щорічного зростання кількості та частки пацієнтів, які були вперше взяті під МН з діагнозом ВІЛ-інфекції на пізніх стадіях хвороби. Більше половини осіб віком 15 років та старше виявляються вперше з діагнозом III - IV клінічних стадій ВІЛ-інфекції (55,6% у 2016 р.). Серед вперше зареєстрованих хворих на СНІД близько 50% вперше отримали діагноз ВІЛ-інфекції вже на стадії СНІДу (58% у 2016 р.). ТБ залишається найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням та однією з основних причин смерті ВІЛ-інфікованих осіб.

Відповідно до статистичних даних, щорічно близько чверті ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних обстежень, залишались поза медичним обліком (26,4% у 2016 р.). До того ж, кожного року четверта-п'ята частина серед тих, що перебували на обліку, не були охоплені МН з різних причин – у 2016 р. показник групи активного медичного нагляду склав 79,8%.

Посилюється роль статевого шляху передачі в епідемічному процесі ВІЛ-інфекції, у 2016 р. частка зазначеного шляху, з урахуванням показника ЧПМД, становила 73,3%.

Все ще зберігає активність парентеральний шлях передачі при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів. У 2016 р. серед вперше зареєстрованих осіб з ВІЛ-інфекцією збільшилась кількість осіб, які інфікувались внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, та

становила 3 728 осіб проти 3 449 у попередньому році. Зареєстровано збільшення частки даного шляху передачі ВІЛ-інфекції в 11 регіонах.

Зростає епідемічна значимість поширення ВІЛ серед ЧСЧ та від ЧСЧ до загального населення, проте, внаслідок особливостей даної групи, облік залишається неповним.

Серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб уражені епідемією ВІЛ-інфекції переважно особи працездатного віку – ВІЛ-інфіковані особи віком 25 – 49 років, які складають більш ніж дві третини. Частка чоловіків переважає та поступово зростає (57,5% у 2016 р.). Спостерігається розширення вікових меж епідемії ВІЛ-інфекції в бік осіб старшого віку. У 2016 р. залишається значно вищою питома вага жінок віком 15-24 роки серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих жінок віком 15 років і старше (9,5%), у порівнянні з аналогічним показником серед чоловіків (3,9%).

Поширення ВІЛ на різних територіях України нерівномірне. Більше половини усіх ВІЛ-інфікованих осіб, які офіційно перебувають під МН, проживають на територіях Дніпропетровської, Донецької, Одеської областей та м. Києва. Переважно уражене епідемією міське населення (більше ніж 70% серед вперше зареєстрованих осіб з ВІЛ-інфекцією). Епідемія ВІЛ-інфекції повільно поширюється серед мешканців села, в 10 регіонах показники захворюваності сільського населення перевищують середній показник по країні.

В Україні концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції зафіксована, починаючи з 1996 р., тобто через 2 роки після реєстрації перших декількох випадків інфікування ЛВІН. Проте, сьогодні, враховуючи високі показники поширення ВІЛ серед вагітних в деяких регіонах (табл.12) та останні результати біоповедінкових досліджень серед ГПР (2013 р., 2015 р.), постає питання щодо можливості переходу епідемії у наступну стадію – змішану, відповідно до кількісних критеріїв ВООЗ/ЮНЕЙДС щодо визначення стадії епідемії ВІЛ-інфекції³. Інтегрований аналіз даних ЕН дозволяє стверджувати, що генералізації епідемії ВІЛ-інфекції в Україні в цілому поки не відбулося, оскільки все ще простежується залучення до епідемічного процесу осіб, які належать до ГПР, але серед ЛЖВ все більш детермінують популяційні підгрупи з низьким рівнем ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, що потребує додаткового вивчення субепідемій на різних територіях України.

³**Концентрована епідемія:** ВІЛ-інфекція швидко поширилася в одній або декількох певних групах населення, але ще не отримала широкого розповсюдження серед населення в цілому. Кількісний еквівалент: показники поширеності ВІЛ-інфекції постійно перевищують 5%, щонайменше в одній з груп населення, однак вони нижче 1% серед вагітних жінок, які проживають у міських районах.

Генералізована епідемія: ВІЛ-інфекція набула широкого поширення серед населення в цілому. Кількісний еквівалент: показники поширеності ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок стійко перевищують 1%. Як правило, генералізовані епідемії ВІЛ мають змішаний характер, оскільки вони мають більш високий ступінь ураження окремих (ключових) груп населення.

Змішана епідемія: люди, інфіковані ВІЛ, є в одній або декількох групах населення, а також серед населення в цілому. Таким чином, змішані епідемії являють собою одну або кілька концентрованих епідемій в рамках генералізованої епідемії.

Епідемія низького рівня: епідемія, при якій показники поширеності ВІЛ-інфекції стійко залишаються на рівні, який не перевищує 1%, серед населення країни загалом, або 5% в будь-якій групі населення.

Розділ 6. Про випадок інфікування ВІЛ реципієнта через компонент донорської крові (еритроцитарна маса) у Черкаській області⁴

У КЗ «Черкаська обласна станція переливання крові» Черкаської обласної ради при дослідженні крові, отриманої від кроводачі кадрового донора К. 26.02.2016 р., було отримано позитивні результати дослідження на серологічні маркери ВІЛ від 29.02-01.03.2016 р. (тест-система DIA-HIV-Ag/Ab серія 063-15, термін придатності до 06.2017 р.). Проведені підтверджувальні дослідження в КЗ «Черкаський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» Черкаської обласної ради від 10.03.2016 р. і 17.03.2016 р. та верифіковано позитивний результат. Всі компоненти крові від цієї кроводачі були списані як абсолютний брак.

Вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом донор К. заперечує. Результат обстеження його цивільної дружини, з якою він не проживає з жовтня 2015 року, негативний (від 26.03.2016 р.). Донор К. мав випадкові незахищені статеві стосунки, тому його шлях інфікування, скоріш за все, статевий.

Під час епідеміологічного розслідування встановлено, що донор К. протягом 2015 року двічі здавав кров.

Перша донатія відбулась 21.10.2015 р., результат його обстеження на ВІЛ був негативним. Кров була перероблена на:

- плазму, яка ще знаходилась на карантинізації та в подальшому була вилучена і знешкоджена;
- еритроцитарну масу, з якої виготовлено відмиті еритроцити та перелито 24.10.2015 р. реципієнту Т. під час операції з приводу перелому шийки стегна. Хвора Т. померла 30.11.2016 р. (причина смерті: хронічна легенево-серцева недостатність III ст., церебральний атеросклероз III).

Друга донатія відбулась 22.12.2015 р., на серологічні маркери ВІЛ кров обстежена 23.12.2015 р. з негативним результатом (тест-система Genscreen Ultra HIV Ag/Ab серія 4J1696, термін придатності до 28.02.16 р.). Кров розділена на компоненти:

- плазму, яка ще знаходилась в карантині, в подальшому знешкоджена;
- еритроцитарну масу, яка була перелита 28.12.2015 р. хворому Л., який перебував на лікуванні в КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер» Черкаської обласної ради (КЗ «ЧООД» ЧОР) (діагноз: онкозахворювання IV клінічна стадія).

Під час розслідування встановлено, що пацієнт Л., 1958 року народження, перебував під медичним наглядом у КЗ «ЧООД» ЧОР з липня 2015 р. та за період спостереження з 06.07.2015 р. по 02.09.2016 р. був дев'ять разів госпіталізований в обласний лікувально-діагностичний гематологічний центр

⁴ За матеріалами комісії управління охорони здоров'я облдержадміністрації Черкаської області

КЗ «ЧООД» ЧОР, де йому у зв'язку з важкістю стану здоров'я були здійснено 23 трансфузії еритроцитів від 23 донорів.

В ході епідеміологічного розслідування реципієнт Л. був обстежений на антитіла до ВІЛ з негативним результатом (кров направлено 30.03.2016 р. під кодом 113, первинний скринінг методом ІФА на тест-системі DIA-HIV 1/2, серія 126-16, довідка № 15232 від 31.03.2016 р.), тобто через 3 місяці після переливання.

Реципієнт Л. не був обстежений з метою виявлення серологічних маркерів ВІЛ повторно, через 6 місяців після дати переливання еритроцитарної маси, заготовленої від інфікованого ВІЛ донора К. Антитіла до ВІЛ у пацієнта Л. виявлено під час перебування на денному стаціонарі КЗ «ЧООД» ЧОР - довідка про позитивний результат обстеження на ВІЛ від 02.09.2016 р. № 1043. Хворий Л. категорично заперечує статеві зв'язки протягом останніх 2-х років.

Крім донора К., протягом жовтня – листопада 2016 р. усіх інших донорів, від яких було заготовлено препарати крові та перелито реципієнту Л., додатково обстежено з метою виявлення серологічних маркерів ВІЛ – результати негативні.

Висновок комісії управління охорони здоров'я облдержадміністрації Черкаської області:

«Враховуючи вищевикладене та визнання донором К. наявності випадкових незахищених статевих стосунків, можна припустити, що донор К. на момент здачі крові 22.12.2015 р. був інфікований ВІЛ, знаходився в стадії «сероконверсійного вікна» та міг стати джерелом зараження хворого Л. вірусом імунодефіциту людини».

Розділ 7. Оціночні дані щодо ВІЛ/СНІДу та каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ, на початок 2017 року

Оцінки та прогнози щодо ВІЛ/СНІДу на рівні країни використовуються з різними цілями – в якості аргументів для виділення ресурсів, прийняття стратегічних рішень для посилення профілактичних та лікувальних заходів, планування медичних послуг і потреб в лікарських препаратах, сприяння спільного розуміння наслідків епідемії ВІЛ-інфекції для демографічної ситуації країни. На глобальному рівні значення цих оцінок узагальнюються для складання регіональних і глобальних оцінок, які використовуються для моніторингу виконання показників Цілей сталого розвитку та Політичної декларації з ВІЛ/СНІД 2016 року: Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року.

Процес отримання оціночних даних 2016 року відбувався за тісною співпрацею з представництвом ЮНЕЙДС в Україні та фахівцями Робочої групи ЮНЕЙДС/ВООЗ з глобального нагляду за ВІЛ/СНІД та ІПСШ. У березні 2017 року в м. Алмати (Казахстан) Робочою групою ЮНЕЙДС/ВООЗ з глобального нагляду за ВІЛ/СНІД та ІПСШ, було організовано регіональний семінар з оцінки та прогнозування ВІЛ-інфекції та презентовано оновлену версію програми Spectrum/ERP (версія 5.5). Під час семінару, були також розглянуті останні дані наукових досліджень, що лягли в основу оновленого програмного забезпечення. Версія програми Spectrum/ERP 5.5 була рекомендована для отримання нових національних оцінок.

Слід підкреслити, що згідно з рекомендаціями ВООЗ⁵ – національна оцінка загальної кількості людей, які живуть з ВІЛ, як на національному, так і на регіональному рівнях є необхідним компонентом епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2017 р. включала вперше регіональні оцінки, які були побудовані на підставі регіональних демографічних даних, рутинних даних епідеміологічного, клінічного, лабораторного моніторингу, оновлених у 2016 році регіональних оцінок чисельності ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ та результатів біоповедінкових досліджень, що були проведені у всіх регіонах країни.

Отримані результати було розглянуто та погоджено на 2-х засіданнях підгрупи з «Стратегічної інформації» Групи з розробки проекту запиту України до ГФ на фінансування у 2018-2020 роках програм з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (02.03.2017 р., 22.03.2017 р.), засіданні Міжвідомчої робочої групи з питань моніторингу та оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та інших соціально небезпечних хвороб (25.04.2017 р.) та надано до Секретаріату ЮНЕЙДС, ВООЗ та Робочій групі ЮНЕЙДС/ВООЗ з глобального нагляду за ВІЛ/СНІДом та ІПСШ для експертизи та підготовки чергової глобальної доповіді з ВІЛ/СНІДу за 2016 рік.

⁵ Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic. World Health Organization 2013

За результатами розрахунків у програмі Spectrum/EPP 5.5, в Україні на початок 2017 року мешкало 238 тисяч ЛЖВ усіх вікових категорій, за даними офіційної статистики, станом на 01.01.2017 р. під медичним наглядом у закладах служби профілактики та боротьби зі СНІДом перебувало 127 620 ЛЖВ (без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження). Співвідношення між оціночними та фактичними даними щодо кількості ЛЖВ складає 1,86:1, тобто практично кожна друга особа із числа ЛЖВ в Україні звернулася за медичною допомогою та перебуває на обліку у ЗОЗ (табл. 9).

Таблиця 9. Оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2017 року та прогнозні показники на період до 2021 року

Оціночні показники	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ (усі вікові групи)	238 тис.	241 тис.	245 тис.	252 тис.	260 тис.	268 тис.
Рівень поширеності ВІЛ, (дорослі віком від 15 років, %)	0,61	0,63	0,66	0,68	0,71	0,74
Оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції (дорослі віком від 15 років, абс. ч.)	15 832	15 555	15 063	14 501	14 206	14 007
Оціночна кількість смертей від захворювань, зумовлених СНІДом (дорослі віком від 15 років, абс. ч.)	7 770	6 087	5 174	3 825	3 092	2 539

Крос-секційний каскад в Україні, що відображає виконання профілактичних та лікувальних програм, побудовано з урахуванням оновлених оціночних даних та ґрунтується на рутинних показниках моніторингу тестування, лікування, лабораторного супроводу (рис. 18).

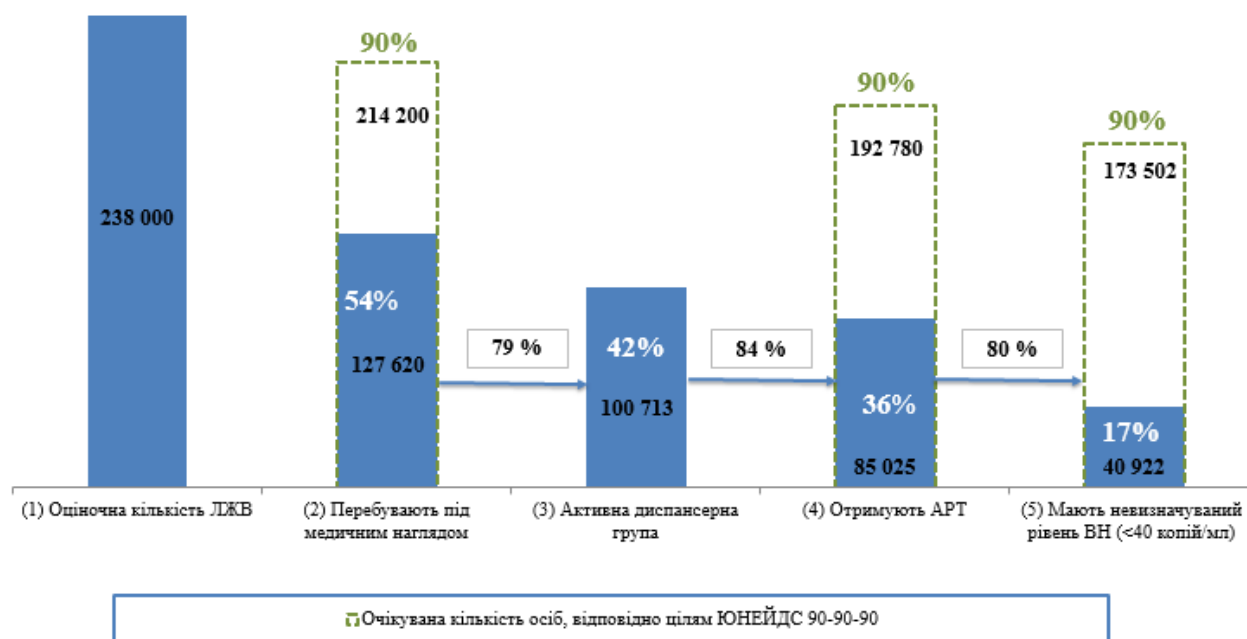


Рисунок 18. Каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ, в Україні, станом на 01.01.2017 року

Основні дані каскаду послуг для ЛЖВ:

(1) **238 000 ЛЖВ** - Оціночна кількість ЛЖВ в Україні на початок 2017 р. (усі вікові категорії).

Оціночні дані отримано за допомогою програмного забезпечення Spectrum/ERP (версія 5.5), включають дані АР Крим, м. Севастополь та усієї території проведення АТО.

(2) **127 620 ЛЖВ** (54% від оціночної кількості ЛЖВ) - кількість осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус та перебувають під МН у ЗОЗ служби СНІДу в Україні, станом на 01.01.2017 р., без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження.

Дані щодо кількості ЛЖВ, які перебувають під МН, станом на 01.01.2017 р., отримані та узагальнені за результатами офіційної статистичної звітності 25 регіонів України, за винятком території проведення АТО, на якій органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження.

(3) **100 713** (42% від оціночної кількості ЛЖВ) – група активного МН, а саме, кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які пройшли медичне обстеження не менш ніж один раз протягом 2016 року, без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження.

На кінець 2016 р. група активного МН становила 79,3% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебували під МН, станом на 01.01.2017 р.

Дані отримані за результатами офіційної статистичної звітності 25 регіонів України, за винятком території проведення АТО, на якій органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження.

(4) **85 025 ЛЖВ** (36% від оціночної кількості ЛЖВ) – кількість осіб, які отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.

На кінець 2016 р. кількість осіб, які отримують АРТ, становила 84,4% від кількості осіб групи активного МН.

Дані отримані за результатами офіційної статистичної звітності 25 регіонів України та включають дані території проведення АТО, на якій органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження.

(5) **40 922 ЛЖВ** (17% від оціночної кількості ЛЖВ) – кількість осіб, які отримували АРТ 6 місяців та досягли невизначуваного рівня ВН ВІЛ (ВН < 40 РНК копій/мл), станом на 01.01.2017 р.

Частота вірусологічної ефективності лікування (кількість осіб, які досягли невизначуваного рівня ВН ВІЛ (40 922), від кількості осіб, які отримували АРТ не менше 6 місяців (49 497)) у 2016 році в Україні склала 80,2%.

Дані отримані за результатами офіційної статистичної звітності 25 регіонів України, за винятком території проведення АТО, на якій органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження.

Розділ 8. Послуги з консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію

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

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

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

Впродовж 2016 року загальна кількість дотестових консультувань склала 2 596 808 (індивідуальних та групових), 2 427 527 осіб дали згоду на проходження тесту на ВІЛ, післятестових консультувань - 2 067 006, що складає 79,6% від загальної кількості дотестових консультувань (табл. 10).

Загальна кількість проведених консультувань у 2016 році, у порівнянні з попереднім роком, залишається сталою.

У 2016 році серед представників ГПР отримали дотестові консультування 602 899 осіб, що склало лише 23,22% від загальної кількості проведених консультувань.

Всього серед представників ГПР було проконсультовано:

- Н (ін'єкційне споживання наркотиків) – 127 160 (4,9% від загальної кількості проконсультованих);
- С (численні незахищені гетеросексуальні контакти) – 193 756 (7,46% від загальної кількості проконсультованих);
- Г (гомосексуальні контакти між чоловіками) – 30 222 (1,16% від загальної кількості проконсультованих);
- І (інші фактори ризику) – 251 761 (9,7% від загальної кількості проконсультованих);

Найбільша кількість проконсультованих представників ГПР виявилась в групі «інші фактори ризику», що свідчить про те, що в деяких областях невірно визначають приналежність осіб до цієї групи. Так, наприклад, цей показник складає більше 20% в Донецькій (42,57%), Київській (24,45%) та Херсонській (20,52%) областях.

Таблиця 10. Кількість дотестових консультувань, кількість отриманих згод на проходження тесту на ВІЛ та осіб, які пройшли після-тестове консультування у 2016 році

Область	Кількість дотестових консультувань (індивідуальних та групових)	Кількість згод на проходження тесту на ВІЛ	Кількість післятестових консультувань (всього)
Україна	2 596 808	2 427 527	2 067 006
Вінницька	85650	72259	72157
Волинська	117417	109908	105031
Дніпропетровська	314075	299273	259434
Донецька	138171	112403	75560
Житомирська	71266	69897	67171
Закарпатська	87391	83909	66683
Запорізька	155528	138091	111826
Івано-Франківська	76568	75858	68445
Київська	69750	65432	44099
Кіровоградська	50477	48383	40958
Львівська	117397	104020	82095
Луганська	64014	55732	55219
Миколаївська	89524	84324	70010
Одеська	153150	150316	139265
Полтавська	81791	76154	59579
Рівненська	93760	90390	73098
Сумська	88387	83473	75831
Тернопільська	54784	47689	33338
Харківська	172928	159997	131917
Херсонська	72827	72687	72740
Хмельницька	113115	107818	90454
Черкаська	72651	70682	61784
Чернівецька	57598	53952	53003
Чернігівська	61116	59499	46142
м. Київ	137473	135381	111167

Розділ 9. Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам та хворим на СНІД

Антиретровірусна терапія

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

Станом на 01.01.2017 р., АРТ надається в 281 ЗОЗ країни (табл. 24 Додатку), з них:

- 2 заклади національного рівня;
- 25 ОЦПБС;
- 12 МЦПБС;
- 216 сайтів АРТ, розташованих на базі ЦРЛ, МЛ, поліклінік, ТМО, включно з 7-ма сайтами Одеського МЦПБС;
- 21 сайт АРТ, що розташовано на базі ПТЗ;
- 5 сайтів АРТ, розташованих на базі шкірно-венерологічних, наркологічних та психоневрологічних диспансерів.

В порівнянні з минулим роком, загальна кількість сайтів АРТ зросла на 46 закладів. Збільшилась на один кількість закладів обласного рівня, що станом на 01.01.2017 р. складає 25, але зменшилась до 12 кількість міських центрів СНІДу.

3 березня 2016 року рішенням міської ради вирішено припинити діяльність Слов'янського міського центру СНІДу, а натомість, у м. Слов'янськ розпочати роботу Донецького обласного центру СНІДу.

На 30 закладів збільшилась кількість сайтів АРТ, розташованих на базі ЦРЛ, МЛ, поліклінік, ТМО (у Дніпропетровській, Запорізькій, Івано-Франківській, Київській, Кіровоградській, Одеській, Черкаській, Чернігівській областях та м. Києві) та на 4 сайти, що розташовані на базі протитуберкульозних закладах (у Київській, Миколаївській, Одеській областях та м. Києві).

Загальна кількість кабінетів «Довіра» та кабінетів, які виконують функції кабінетів «Довіра» згідно з наказами УОЗ регіональних держадміністрацій, ЗОЗ, у регіонах, станом на 01.01.2017 р. – 665 з них: 42 кабінети «Довіра» діють на базі регіональних та міських центрів СНІДу, 269 - на базі кабінетів інфекційних захворювань (КІЗ), 36 - на базі інших кабінетів ЗОЗ та 317 - є самостійними підрозділами (табл. 25 Додатку).

У звіті за 2016 рік не враховано ЗОЗ, що надають послуги з ВІЛ/СНІД в АР Крим, м. Севастополь та на частині території проведення АТО.

Станом на 01.01.2017 р., АРТ отримувало 74 780 пацієнтів (за кошти ДБ – 41 910, за кошти ГФ – 24 567, за кошти PERFAR – 8 303). З наведеної загальної

кількості осіб, станом на 01.01.2017 р., 2 243 осіб отримували АРТ в закладах ДКВС України за кошти ГФ (табл. 26 Додатку).

Діти (віком 0 – 17 років включно) отримували АРТ за рахунок коштів ДБ. На кінець 2016 року їх кількість становила 2 848 осіб, що складало 3,81% від загальної кількості осіб, які отримували АРТ.

За 2016 рік кількість осіб, які отримували АРТ в ЗОЗ МОЗ України та НАМН України, зросла на 13 779 осіб (на 24,4%). Даний показник у кількісному вимірі коливався від 42 осіб (збільшення на 10%) у Чернівецькій області до 2 239 осіб (збільшення на 22,5%) у Дніпропетровській області та 2 121 (26,8%) в Одеській області. У відсотковому показнику найбільше зростання спостерігалось у Київській області – 47,5% (32 особи) (табл. 27 Додатку).

Серед осіб, які отримували АРТ, дорослі (18 років і старше) складали 96,2% (71 932), з них 37 961 - чоловіки (52,8%), 33 971 - жінки (47,2%). У загальній потребі в АРТ, відповідно до даних офіційної звітності, частка осіб чоловічої статі складала 53,7% (44 099 осіб), жіночої – 46,3% (37 989 осіб), що свідчить про рівний доступ чоловіків та жінок до АРТ (табл. 28 Додатку).

Серед дорослих віком від 18 років і старше схеми АРТ I ряду отримували 94,3% пацієнтів, II ряду – 5,2%, III ряду – 0,43% пацієнтів. Серед дітей віком до 18 років схеми АРТ I ряду отримувало 85,9% пацієнтів, II ряду – 13,5%, III ряду – 0,56% пацієнтів.

Оцінка ефективності лікування здійснювалась шляхом когортного аналізу через 6, 12, 24, 36 і т.д. місяців від початку лікування (за формою № 57). Когорта – це група ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, які розпочали АРТ протягом одного місяця (наприклад, березень 2006, липень 2013, тощо).

Утримання на АРТ протягом 12 місяців від початку лікування для осіб, які розпочали терапію протягом 2015 року (когорта 2015), становило 85,92%. Менше 75% даний показник був у Кіровоградській та Чернівецькій областях. З усіх осіб, які розпочали АРТ протягом 2015 року, через 12 місяців від початку терапії 6,5% померли, 7,6% припинили АРТ з різних причин (табл. 29 Додатку).

Утримання на АРТ протягом 24 місяців від початку лікування для осіб, які розпочали терапію протягом 2014 року (когорта 2014), становило 78,6%.

Утримання на АРТ протягом 60 місяців від початку лікування для осіб, які розпочали терапію протягом 2011 року (когорта 2011), становило 72%.

Найбільше вибуття з АРТ спостерігалось протягом перших 12 місяців від початку лікування (15,1% серед усіх, хто розпочинав АРТ в період з 08.2004 р. по 12.2015 р.). Основними причинами вибуття були пізній початок АРТ та низька прихильність до лікування. Надалі зростання цього показника суттєво уповільнювалось. Через 10 років лікування 63,7% осіб, які розпочали АРТ у 2004-2006 рр, залишаються живими і продовжують отримувати АРТ

За результатами узагальнених даних когортного аналізу в період з серпня 2004 р. по грудень 2015 р. через 12 місяців лікування схеми АРТ 1-го ряду

продовжували отримувати 98,4% осіб; серед тих, хто продовжував прийом АРТ в когорті через 12 місяців, схеми АРТ 2-го ряду – 1,5%, схеми порятунку – 0,07%.

Станом на 01.01.2017 р. в установах ДКВС України перебувало 3 730 ВІЛ-інфікованих засуджених та осіб, узятих під варту (6,13% від загальної кількості пенітенціарного населення), з них отримувало АРТ за рахунок коштів ГФ 2 243 особи (60%). З метою клініко-діагностичного моніторингу за перебігом хвороби та проведенням АРТ в ЗОЗ протягом 2016 року проведено обстежень на визначення рівня ВН у 2 806 пацієнтів, які отримують АРТ та у 1 826 осіб серед ув'язнених, які не отримують АРТ.

Лікування коінфекції ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ВГС, опортуністичних інфекцій, супутніх станів та інших захворювань

Коінфекція ВІЛ/туберкульоз

Протягом 2016 року 5 832 особи з ВІЛ-позитивним статусом розпочали лікування ТБ, з яких 4 247 осіб отримували АРТ. Курс профілактичного лікування ТБ з застосуванням ізоніазиду розпочали протягом 2016 року 21 757 осіб, з яких 15 115 отримували АРТ.

Коінфекція ВІЛ/вірусний гепатит С

За оцінками ВООЗ, ВГС є викликом громадській охороні здоров'я: у світі щорічно 2-3 мільйони осіб інфікуються вірусом гепатиту С та близько 130-170 мільйонів осіб хронічно інфіковані ВГС. За міжнародними даними ВГС в Україні інфіковано 3% громадян, що складає приблизно 1 170 000 осіб.

За офіційними даними статистичної звітності, (форма 2 – «Звіт про окремі інфекції і паразитарні захворювання» (річна), затвердженої наказом МОЗ України від 02.06.2009 № 378), в останні 5 років спостерігається тенденція до зростання рівня захворюваності на вірусні гепатити. Серед загальної кількості вірусних гепатитів найбільша питома вага припадає на долю хронічних вірусних гепатитів – 58,8%.

Рівень захворюваності на гострі вірусні гепатити (А, В, С) та хронічні вірусні гепатити (В та С) за підсумками 2016 року становить 29,6 на 100 тис. населення країни.

Кількість ВІЛ-інфікованих осіб з активним гепатитом С, які потребували лікування на кінець 2016 року, становила 5631 осіб, отримали лікування ВГС протягом року – 873 осіб. Загальна кількість ВІЛ-інфікованих осіб, про яких відомо, що вони інфіковані вірусом гепатиту С, на кінець 2016 року становила 30 826 осіб, в т.ч. 94 дитини віком 0-18 років.

ДУ «ЦГЗ МОЗ України» у партнерстві з МБФ «Альянс громадського здоров'я», в рамках реалізації проекту «Розширення доступу до ефективного лікування гепатиту С через моделі лікування на рівні громад для уразливих груп населення в умовах обмежених ресурсів України» з червня 2015 року розпочали лікування пацієнтів з коінфекцією ВІЛ/ВГС препаратом софусбовір

в комбінації з пегільованим інтерфероном та рибавірином. До виконання проекту залучено 19 ЗОЗ у 17 областях України та 13 ГО.

Станом на 01.01.2017 р., пройшли повний курс терапії 1 152 пацієнти (95% від залучених до лікування) з коінфекцією ВІЛ/ВГС та моноінфекцією ВГС, продовжують лікування – 35 осіб (3%). Ефективність лікування у тих пацієнтів, які завершили терапію в рамках даної програми та пройшли контрольне обстеження на визначення ВН, становила 94% (проти 50% при лікуванні пегільованим інтерфероном і рибавірином), а кількість побічних реакцій, які часто є причиною переривання терапії, суттєво менша.

Лікування опортуністичних інфекцій

За даними РЦ СНІД та НДСЛ «ОХМАТДИТ», за 2016 рік ВІЛ-інфіковані пацієнти отримали 45 327 курсів профілактики та 37 048 курсів лікування ОІ, з них – 60,54% курсів лікування та профілактики ОІ здійснювалося за рахунок коштів ГФ; 15,08% – за рахунок коштів місцевих бюджетів, 27% – за рахунок власних коштів пацієнта, 4,72% – за рахунок АНФ (AIDS Healthcare Foundation) та 1,78% – за рахунок інших благодійних організацій.

Серед усіх випадків ОІ, які лікувалися протягом 2016 року, 42,98% складали орофарингіальний кандидоз; 33,51% – бактеріальні інфекції (в тому числі 13,50% – бактеріальні пневмонії); 5,09% – місцеві форми інфекцій, викликані ВПГ 1 та ВПГ 2; 4,05% – пневмоцистна пневмонія; 3,94% – токсоплазмоз; 2,81% – системний кандидоз. Профілактика ОІ була проведена у 64,02% випадках хворим на пневмоцистну пневмонію; 14,5% – токсоплазмоз; 9,97% – орофарингеальний кандидоз; 4,47% – нетуберкульозну мікобактеріальну інфекцію.

Впродовж 2016 року ВІЛ-інфіковані пацієнти отримали 2 618 курсів профілактики та 18 008 курсів лікування інших супутніх станів та захворювань, з них – 61,89% курсів здійснювалося за рахунок власних коштів пацієнта, 29,25% – за рахунок коштів місцевих бюджетів, 0,98% – за рахунок АНФ, 2,78% – за рахунок коштів ГФ та 4,36% – за рахунок інших благодійних організацій.

Серед усіх випадків лікування інших супутніх станів та захворювань за 2016 рік 43,37% складали ураження печінки; 15,48% – анемія; 13,12% – розлади шлунково-кишкового тракту та 9,86% – алергічні прояви. Профілактика побічних реакцій була проведена у 52,25% випадках хворим з ураженням печінки; 15,43% – розладами шлунково-кишкового тракту; 11,46% – гепатитом С.

Хоспісну допомогу у відділеннях, міських та РЦ СНІД та інших ЗОЗ регіонів в 2016 році отримали 2 513 ВІЛ-інфікованих осіб, 1 152 з них були проліковані на базі інших ЗОЗ та 746 отримали хоспісну допомогу на дому. Супровід 884 осіб здійснювався ГО, які надають хоспісну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам. В порівнянні з минулим роком загальна кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які отримали хоспісну допомогу у відділеннях, міських та РЦ СНІД та інших ЗОЗ регіонів, збільшилась на 392 особи всього та на 219 осіб, які підтримувались ГО.

Розділ 10. Стан впровадження замісної підтримувальної терапії

Станом на 01.01.2017 р., найвищі показники поширеності психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів зареєстровано у м. Києві (208,1 на 100 тис. населення), Миколаївській (205,8.), Одеській (182,6), Кіровоградській (162,9), Запорізькій (160), Дніпропетровській (143,4), Чернігівській (130,1), Херсонській (129,3), Волинській (127,4), Полтавській (122,6), Черкаській (122,4) та Хмельницькій (111,3) областях. Вищеназвані області є пріоритетними в плані розширення ЗПТ як найбільш ефективного методу лікування опіоїдної залежності та інструменту їх залучення до системи МН з подальшою ресоціалізацією та реінтеграцією. Незважаючи на те, що в ряді областей поширеність опіоїдної залежності є відносно невеликою та становить, наприклад 11,3 для Закарпатської, 38,5 для Львівської та 42,5 для Тернопільської областей, впровадження ЗПТ як ключової послуги в пакеті профілактики передачі ВІЛ-інфекції серед ЛВІН в цих регіонах є не менш важливим.

Всього на диспансерному обліку станом на 01.01.2017 р. у результаті вживання опіоїдів перебуває 42 247 осіб, що на 1 034 особи більше, ніж у 2015 році. В цілому по Україні за 2016 рік було вперше поставлено на медичний облік унаслідок вживання психоактивних речовин 5 480 осіб, це на 50,2% більше ніж за 2015 рік. В той же час кількість вперше встановлених на облік внаслідок вживання опіоїдів навпаки зменшилась з 2 279 до 2 144 і становить 39,1% від загальної кількості (62% у 2015 році). Ці дані можуть свідчити про стрімке зростання вживання нових, неопіоїдних психоактивних речовин і відносну стабільність опіоїдної наркосцени в Україні.

Зазначена група вперше виявлених осіб із залежністю від опіоїдів є пріоритетною групою для їх залучення до програм лікування з використанням препаратів ЗПТ, профілактичних програм, діагностики та лікування супутніх захворювань. Станом на 01.01.2017 р., послуги ЗПТ на базі 174 сайтів отримували 9 214 осіб, з яких 7 987 пацієнтів отримували препарат метадону гідрохлорид (таблетований), 260 – метадону гідрохлорид (розчин оральний), 967 пацієнтів – бупренорфіну гідрохлорид (таблетки сублінгвальні).

Доступ до програми ЗПТ суттєво відрізняється в різних регіонах та в цілому є незадовільним. Так, відсоток осіб з опіоїдною залежністю охоплених послугами ЗПТ відносно осіб, які перебувають під МН, по Україні, в середньому становить 21,8% і значно відрізняється в залежності від регіону; від 45,2% у Сумській і до 8,3% у Одеській областях (без урахування даних Донецької та Луганської областей).

Найкращих показників охоплення послугами ЗПТ осіб, які перебувають під МН внаслідок вживання опіоїдів, вдалося досягнути в наступних регіонах: Сумській (45,2%), Вінницькій (44,1%), Житомирській (40%), Полтавській (36,3%). Найменше охоплення демонструють Одеська (8,3%), Запорізька (11,5%), Черкаська (12,7%) та Волинська (13,1%) області. Зазначені області потребують особливої уваги в плані розширення програми з метою наближення

до рекомендованого охоплення послугами ЗПТ осіб, які потребують лікування (табл. 11).

Таблиця 11. Кількість пацієнтів ЗПТ у розрізі регіонів, станом на 01.01.2017 року

Регіони № п/п	Область	Препарати ЗПТ	К-ть пацієнтів	Кількість пацієнтів з ВІЛ	Кількість пацієнтів, хворих на туберкульоз	Кількість пацієнтів з гепатитом В	Кількість пацієнтів з гепатитом С	Кількість пацієнтів на АРТ терапії
1	Вінницька область	Бупренорфін	62	25	1	4	55	25
		Метадон (таблет.)	312	86	4	16	199	68
		Всього	374	111	5	20	254	93
2	Волинська область	Бупренорфін	24	6	3	2	11	5
		Метадон (таблет.)	149	58	30	15	85	28
		Всього	173	64	33	17	96	33
3	Дніпропетровська область	Бупренорфін	65	37	7	13	24	22
		Метадон (розчин оральний)						
		Метадон (таблет.)	1414	837	238	219	860	597
		Всього	1479	874	245	232	884	619
4	Донецька область	Бупренорфін	38	12	2	5	13	8
		Метадон (таблет.)	289	158	28	68	113	92
		Всього	327	170	30	73	126	100
5	Житомирська область	Бупренорфін	49	19	12	20	42	16
		Метадон (таблет.)	317	114	39	79	201	72
		Всього	366	133	51	99	243	88
6	Закарпатська область	Бупренорфін	11	1		1	11	1
		Метадон (таблет.)	25	2		3	24	2
		Всього	36	3		4	35	3
7	Запорізька область	Бупренорфін	46	25	4	7	37	22
		Метадон (таблет.)	277	94	58	58	194	78
		Всього	323	119	62	65	231	100
8	Івано-Франківська область	Бупренорфін	44	18	4	18	21	17
		Метадон (таблет.)	243	94	25	98	129	73
		Всього	287	112	29	116	150	90
9	м. Київ	Бупренорфін	217	98	23	23	129	80
		Метадон (розчин оральний)	260	124	32	39	202	97
		Метадон (таблет.)	513	171	78	84	322	113
		Всього	990	393	133	146	653	290

Регіони № п/п	Область	Препарати ЗПТ	К-ть пацієнтів	Кількість пацієнтів з ВІЛ	Кількість пацієнтів, хворих на туберкульоз	Кількість пацієнтів з гепатитом В	Кількість пацієнтів з гепатитом С	Кількість пацієнтів на АРТ терапії
10	Київська область	Бупренорфін	15	8	3	1	5	7
		Метадон (таблет.)	157	75	30	42	105	51
		Всього	172	83	33	43	110	58
11	Кіровоградська область	Бупренорфін	24	7		2	18	4
		Метадон (таблет.)	292	95	35	37	131	41
		Всього	316	102	35	39	149	45
12	Луганська область	Бупренорфін	15	6		1	7	5
		Метадон (таблет.)	263	97	23	23	157	71
		Всього	278	103	23	24	164	76
13	Львівська область	Бупренорфін	25	5	1		8	3
		Метадон (таблет.)	247	119	57	40	106	61
		Всього	272	124	58	40	114	64
14	Миколаївська обл.	Бупренорфін	60	36	17	26	26	29
		Метадон (таблет.)	698	313	146	165	311	231
		Всього	758	349	163	191	337	260
15	Одеська область	Бупренорфін	67	43	67	12	52	41
		Метадон (таблет.)	295	158	156	68	212	146
		Всього	362	201	223	80	264	187
16	Полтавська область	Бупренорфін	37	15	11		23	13
		Метадон (таблет.)	600	169	46	29	305	129
		Всього	637	184	57	29	328	142
17	Рівненська область	Бупренорфін	15	6			6	5
		Метадон (таблет.)	150	64	12	14	82	36
		Всього	165	70	12	14	88	41
18	Сумська область	Бупренорфін	40	17	6	6	31	11
		Метадон (таблет.)	370	79	49	37	237	37
		Всього	410	96	55	43	268	48
19	Тернопільська область	Бупренорфін	19	3	4	1	11	3
		Метадон (таблет.)	96	25	10	3	76	16
		Всього	115	28	14	4	87	19
20	Харківська область	Бупренорфін	8	2			5	2
		Метадон (таблет.)	319	90	21	29	161	64
		Всього	327	92	21	29	166	66
21	Херсонська область	Бупренорфін	31	10	5	22	23	9
		Метадон (таблет.)	219	80	43	97	96	58
		Всього	250	90	48	119	119	67

Регіони № п/п	Область	Препарати ЗПТ	К-ть пацієнтів	Кількість пацієнтів з ВІЛ	Кількість пацієнтів, хворих на туберкульоз	Кількість пацієнтів з гепатитом В	Кількість пацієнтів з гепатитом С	Кількість пацієнтів на АРТ терапії
22	Хмельницька область	Бупренорфін						
		Метадон (таблет.)	313	96	48	58	102	56
		Всього	313	96	48	58	102	56
23	Черкаська область	Бупренорфін	21	10	3		15	8
		Метадон (таблет.)	172	95	38	24	124	60
		Всього	193	105	41	24	139	68
24	Чернівецька область	Бупренорфін	20	8	4	6	18	7
		Метадон (таблет.)	61	12	9	2	56	7
		Всього	81	20	13	8	74	14
25	Чернігівська область	Бупренорфін	14	10		1	13	10
		Метадон (таблет.)	196	124	23	11	89	76
		Всього	210	134	23	12	102	86
Всього		Бупренорфін	967	427	177	171	604	353
		Метадон (розчин оральний)	260	124	32	39	202	97
		Метадон (таблет.)	7987	3305	1246	1319	4477	2263
		Всього	9214	3856	1455	1529	5283	2713

Аналіз соціально-демографічної характеристики пацієнтів ЗПТ показав, що 81,3% з учасників програми – чоловіки, 18,7% – жінки, середній вік становить 38 років, середній стаж вживання наркотичних речовин – 16 років. Відтак, більшість пацієнтів програми це особи середнього віку, які мали тривалий стаж вживання наркотичних речовин та відповідно до даних анамнезу чисельні невдалі спроби лікування. Проблема гендерної нерівності у доступі до лікування спостерігалась і в 2016 році і це потребує подальших зусиль.

Частка ВІЛ-позитивних пацієнтів ЗПТ в країні становить 41,8% від загальної кількості, а саме 3 856 осіб. З них отримують АРТ лише 70,4% осіб (2 713 пацієнтів). Слід також зазначити, що середній показник охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які отримують ЗПТ на базі центрів СНІДу, вищий, ніж загальний по країні, та становить 84,3% (428 осіб з 508), що свідчить про ефективність надання інтегрованих послуг пацієнтам з опіоїдною залежністю та необхідність поширення практики відкриття сайтів ЗПТ на базі закладів служби СНІДу. Найбільш поширеним захворюванням серед пацієнтів ЗПТ залишається ВГС, яким хворіють 57,3% учасників програми (5 283 особи). Хворими на ТБ є 1 455 осіб, що становить 15,8% від загальної кількості пацієнтів.

Станом на початок 2017 р., послуги ЗПТ надаються на базі 9 центрів СНІДу, а саме: Вінницького, Запорізького, Івано-Франківського, Львівського, Рівненського, Тернопільського, Харківського ОЦПБС, Київського та Одеського МЦПБС.

Всього на базі центрів СНІДу послуги ЗПТ отримують 732 пацієнти, що становить 7,9% від загальної кількості пацієнтів ЗПТ, і є порівняно нижчим результатом відносно 2015 року (8,7%). Понад половина пацієнтів отримують ЗПТ на базі спеціалізованих наркологічних закладів, в більшості випадків ресурс яких щодо набору нових пацієнтів та розширення програм вичерпано (рис. 19).

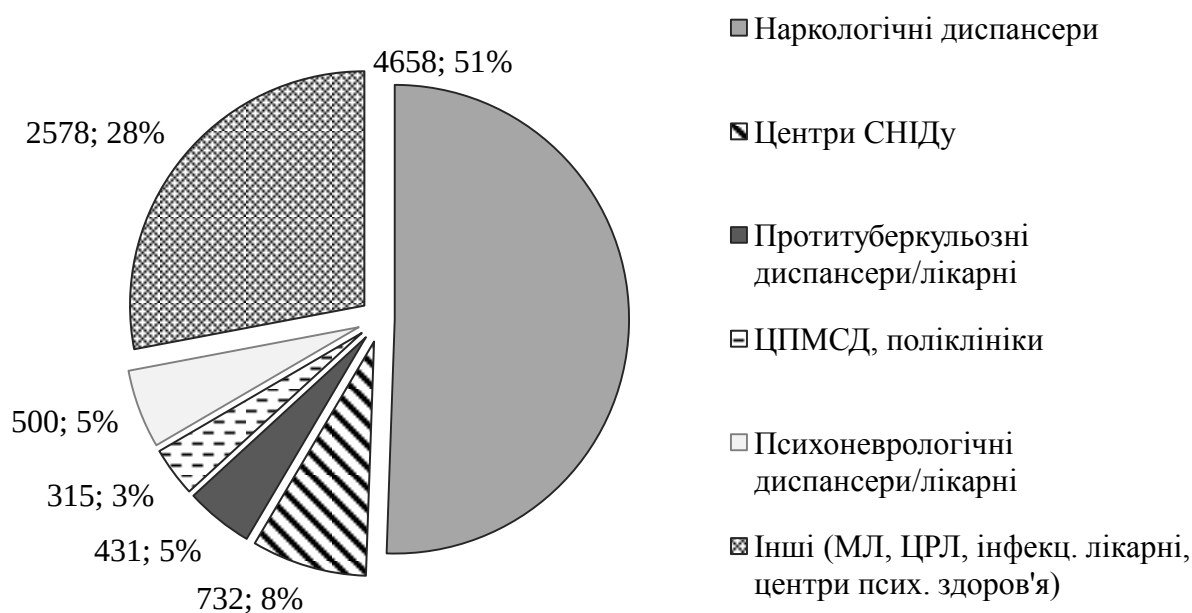


Рисунок 19. Розподіл пацієнтів, які отримують послуги ЗПТ, по ЗОЗ України, станом на 01.01.2017 р. (кількість пацієнтів, питома вага)

Подальше розширення програми може відбутися за рахунок залучення закладів первинної медико-санітарної допомоги та сімейних лікарів до надання послуг ЗПТ, що водночас дозволить вирішити проблему нерівномірної географічної доступності послуг для пацієнтів.

Протягом звітного року активна увага приділялась розширенню практики впровадження рецептурної форми видачі препаратів ЗПТ, створення стаціонарів на дому та видачі препаратів ЗПТ безпосередньо в ЗОЗ для самостійного прийому в амбулаторних умовах, задля ефективного моніторингу якого було внесено відповідні зміни до звітної форми «Інформація про осіб, хворих на опіїдну залежність, які отримують замісну підтримувальну терапію».

Станом на 01.01.2017 р., 926 пацієнтів отримують препарат за рецептом (в тому числі 328 за власний рахунок), 973 особи отримують препарат безпосередньо в ЗОЗ для самостійного прийому в амбулаторних умовах та 248 - в рамках створеного стаціонару вдома. Таким чином, понад 23% пацієнтів отримують препарат самостійно, із забезпеченням відповідних заходів з контролю за цільовим використанням препарату. Зросла кількість осіб, які отримують препарат за рахунок місцевих бюджетів, – до 106 пацієнтів.

Лікувальні заклади, що задіяні до впровадження програми ЗПТ, регулярно отримують методичну та організаційно технічну підтримку, спрямовану на підвищення якості надання послуг, забезпечення їх сталості, ефективне використання препаратів, впровадження нових моделей фінансування та надання послуг.

Наказ МОЗ України від 29 вересня 2016 р. № 1010 «Про затвердження номенклатури лікарських засобів та медичних виробів, що закуповуватимуться на виконання державних цільових програм та комплексних заходів програмного характеру за рахунок коштів ДБ у 2016 році» затвердив номенклатуру препаратів ЗПТ, поєднавши світову та українську практику застосування ЛЗ в лікуванні опіоїдної залежності та включивши в себе всі форми випуску препаратів, що зареєстровані та відповідно застосовуються для надання ЗПТ в Україні.

З метою підготовки правового регулювання державних закупівель препаратів ЗПТ, було розроблено методику розрахунку потреб у препаратах ЗПТ, затверджену наказом МОЗ України від 29 вересня 2016 р. № 1011 «Про затвердження Методики розрахунку потреби у препаратах замісної підтримувальної терапії для лікування осіб, хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів», зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 12 жовтня 2016 р. за № 1355/29485, яка використовувалась вже при першому в українській практиці зборі регіональних потреб до закупівлі препаратів ЗПТ за рахунок ДБ за 2016 рік.

Видання наказу МОЗ України та Міністерства фінансів України від 21 жовтня 2016 року №1128/888 «Про внесення зміни до паспорта бюджетної програми на 2016 рік» остаточно затвердило виділення 13 млн. гривень на закупівлю препаратів ЗПТ для покриття потреб пацієнтів в рамках виконання міжнародних зобов'язань щодо переходу до фінансування програми за рахунок ДБ. 12 грудня 2016 року було визначено міжнародну агенцію, відповідальну за здійснення відповідних закупівель – нею стала британська компанія Crown Agents.

Розділ 11. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні

Передача ВІЛ від матері до дитини є провідним природним шляхом інфікування дітей молодшого віку. Без профілактичних заходів ризик вертикальної трансмісії ВІЛ коливається від 10 до 40%, з них 15-30% припадають на трансплацентарний шлях передачі вірусу, 50-75% випадків зараження мають місце під час пологів та 10-20% – при грудному вигодовуванні.

Регіон Центральної і Східної Європи та Співдружності Незалежних Держав, до якого належить Україна, єдиний регіон світу, де незважаючи на збільшення охоплення заходами з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) число нових випадків ВІЛ-інфекції у дітей суттєво не знижується.

Програма ППМД в Україні стала однією з найбільш успішних у протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Проте, не зважаючи на певний успіх на тлі зниження частки ЛВІН серед вперше у житті виявлених ВІЛ-позитивних вагітних (з 15,2% у 2005 р. до 4,6% у 2015 р.) щорічно діагноз ВІЛ-інфекції підтверджується майже у 100 дітей.

У 2016 році показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД) був розрахований серед когорти дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками у 2014 р. – 3,32%, без урахування даних АР Крим та частини території проведення АТО.

У порівнянні з базовим показником 2001 р. ЧПМД у 2014 р. знизилася в 8,4 рази або на 88% (рис. 20).

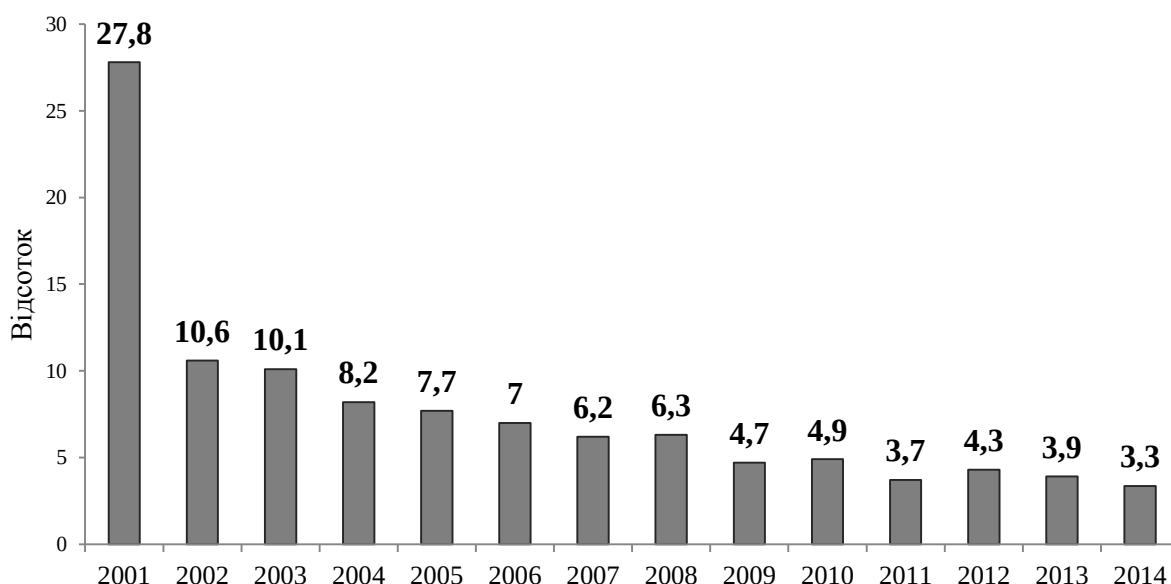


Рисунок 20. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні, за результатами ранньої та серологічної діагностики

Когорта дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками у 2014 р., склала 3280 дітей. Встановлено діагноз ВІЛ-інфекції 98 дітям, що було підтверджено:

- 59 дітям (61%) – на підставі двох позитивних результатів дослідження генетичного матеріалу ВІЛ методом ПЛР ДНК;
- 16 дітям (16%) – шляхом визначення вірусного навантаження ВІЛ у крові методом ПЛР РНК;
- 7 дітям (7%) – методами ранньої та серологічної діагностики у віці 18 місяців і старше;
- 16 дітям (16%) – тільки методами серологічної діагностики у віці 18 місяців і старше.

У 4 регіонах України народилося 51% дітей від загальної кількості ВІЛ-інфікованих дітей, народжених у 2014 р. (98 дітей) – це Дніпропетровська (16 дітей), Одеська (15), Київська (9) області та м. Київ (11).

Знято з медичного нагляду у зв'язку з відсутністю ВІЛ-інфекції 2 852 дитини, з них 176 дітям (6%) не була проведена рання діагностика та їх ВІЛ-негативний статус був встановлений тільки при проведенні серологічних досліджень у віці 18 місяців і старше.

Серед 250 дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження, 92 дитини (37%) не були обстежені за причинами відмови батьків від обстеження дитини, про 94 дитини (38%) відсутні дані щодо місця проживання та 64 дітей (25%) потребують подальшого спостереження для визначення остаточного ВІЛ-статусу.

У 6 регіонах України показник ЧПМД у 2014 р. дорівнював 0% (Волинська, Закарпатська, Ровенська, Сумська, Тернопільська, Хмельницька), у Житомирській області даний показник залишається на низькому рівні – 1,06%. Найвищі показники ЧПМД у 2014 р. зафіксовано у Київській (5,96%) та Кіровоградській (6,25%) областях (табл. 22 Додатку).

Практично в усіх регіонах України спостерігалася негативна тенденція до збільшення випадків пізнього виявлення ВІЛ-інфікованих жінок, які народили дітей у 2014 р. (по Україні – 22,9%). Найбільший відсоток даного показника зафіксовано в Одеській (39,0%), Волинській (37,1%), Донецькій (35,9%), Черкаській (34,7%), Хмельницькій (30,0%) областях.

ЧПМД істотно відрізняється за різними комбінаціями заходів програми ППМД, що підтверджує важливість своєчасного проведення профілактичних втручань.

За умови проведення повного курсу АРП ВІЛ-позитивним вагітним та їх дітям, а також виключення грудного вигодовування, ЧПМД у 2014 р. в Україні складає 1,1%. У випадках отримання ВІЛ-інфікованою вагітною АРП тільки у пологах ЧПМД становить 9,4%, за умови відсутності АРП – 34,2%.

ЧПМД серед дітей, матері яких були активними ЛВІН, перевищувала загальний показник ЧПМД в 2014 р. більш, ніж у 3 рази – 7,7% проти 3,3%, відповідно.

Серологічне обстеження вагітних на антитіла до ВІЛ є однією з важливих складових програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, що проводиться з метою визначення ВІЛ-статусу жінки і, у випадку підтвердження позитивного результату – надання їй консультативної, медичної допомоги та профілактичного антиретровірусного лікування для попередження інфікування ВІЛ майбутньої дитини.

У 2016 р. рівень поширеності ВІЛ серед вагітних, у порівнянні з 2013 р., зменшився на 18,4%, – з 0,87% до 0,71% (без урахування даних АР Крим та частини території проведення АТО). У 7 регіонах України даний рівень поширеності ВІЛ серед вагітних дорівнював або перевищував 1,0%, що вказує на широке поширення збудника серед населення репродуктивного віку та можливість генералізації епідемії ВІЛ-інфекції на цих територіях – Донецькій (1,91%), Одеській (1,55%), Миколаївській (1,37%), Дніпропетровській (1,31%), Кіровоградській (1,08%), Луганській (1,06%), Херсонській (1,06%) областях. У 4 регіонах країни рівень поширеності ВІЛ серед вагітних у 2016 р. збільшився у порівнянні з 2015 р.: Закарпатська (з 0,09% до 0,11%), Луганська (з 0,83% до 1,06%), Черкаська (з 0,58% до 0,89%), Черновецька (з 0,15% до 0,25%) області (табл. 12).

Таблиця 12. Поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних в Україні

Регіони	2015 рік*		2016 рік*	
	Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних	Поширеність, %	Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних	Поширеність, %
Україна	3016	0,75	2814	0,71
Вінницька	94	0,52	70	0,45
Волинська	51	0,42	41	0,31
Дніпропетровська	510	1,48	436	1,31
Донецька	268	1,96	292	1,91
Житомирська	86	0,65	87	0,65
Закарпатська	15	0,09	18	0,11
Запорізька	104	0,64	87	0,54
Ів.-Франківська	22	0,14	20	0,13
Київська	199	1,00	113	0,55
Кіровоградська	86	0,97	93	1,08
Луганська	39	0,83	57	1,06
Львівська	69	0,24	64	0,23
Миколаївська	153	1,37	156	1,37
Одеська	447	1,69	427	1,55
Полтавська	73	0,54	68	0,51
Рівненська	58	0,36	52	0,33
Сумська	46	0,47	40	0,44
Тернопільська	19	0,18	13	0,13
Харківська	122	0,50	108	0,45
Херсонська	114	1,09	107	1,06

Регіони	2015 рік*		2016 рік*	
	Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних	Поширеність, %	Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних	Поширеність, %
Хмельницька	51	0,38	42	0,33
Черкаська	66	0,58	98	0,89
Чернівецька	16	0,15	25	0,25
Чернігівська	84	0,95	83	0,90
м. Київ	224	0,70	217	0,67

*без урахування даних АР Крим та частини території проведення АТО

За підсумками звітності № 63 «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини у 2016 році» у 2 710 ВІЛ-інфікованих жінок вагітність завершилася пологами (2 962 у 2015 р., 3 573 у 2014 р.), у 180 ВІЛ-інфікованих жінок – перериванням вагітності (218 у 2015 р., 284 у 2014 р.).

Привертає до себе увагу той факт, що в Україні спостерігається поступове зниження кількості та відсотка вагітних з вперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом під час вагітності, пологів або після пологів серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних – 1 814 (48,7%) у 2014 р., 1 453 (47,2%) у 2015 р., 1 257 (44,7%) у 2016 р. Отже, більш половина ВІЛ-позитивних вагітних у 2016 році знали про свій ВІЛ-позитивний статус ще до вагітності. Із числа жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час звернення у жіночу консультацію, діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений у термін вагітності до 12 тижнів – у 24,4% жінок, протягом 12 – 26 тижнів – 49,0%, після 26 тижня – 18,2%, під час та після пологів – 8,4%.

Таким чином, у 2016 р. 26,6% (22,4% у 2015 р., 18,1% у 2014 р.) жінок з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус тільки у III триместрі вагітності або не знали взагалі про нього під час вагітності, відповідно не отримали комплекс медичних послуг щодо профілактики вертикальної передачі ВІЛ та мали високий ризик інфікувати ВІЛ свою дитину. Найбільший рівень даного показника встановлено у Вінницькій (60,9%), Дніпропетровській (38,4%), Київській (36,9%), Донецькій (36,5%), Івано-Франківській (36,4%), Одеській (33,5%) областях.

ВІЛ-позитивні вагітні, які були активними ЛВІН під час вагітності, виявлені у 5 регіонах – Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Львівській областях та м. Києві (12 жінок), з них 8 вагітних отримували АРП для зменшення ризику передачі від матері дитині.

Протягом 2016 року АРП/АРТ було охоплено 95,4% ВІЛ-інфікованих вагітних (95,0% у 2015 р. 95,6% у 2014 р.). Найменший рівень даного показника встановлено у Чернігівській області (90,1%), м. Києві (91,2%), Київській (92,2%), Кіровоградській (92,2%), Львівській (93,2%) та Дніпропетровській (93,7%) областях.

У зв'язку із затвердженням Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» (наказ МОЗ України № 449 від 16.05.2016 р., із змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України № 655 від 02.07.2016 р.) усім вагітним, незалежно від числа CD4 або клінічної стадії, призначається трьохкомпонентна АРТ, що продовжується упродовж всього життя. Частка ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали АРТ, збільшилася з 32% у 2012 р. до 65%, у 2016 р., продовжують АРТ після пологів 74% (+40% у порівнянні з 2015 р.).

Згідно із сучасною стратегією профілактики вертикальної передачі ВІЛ, операція елективний кесарів розтин є одним з ефективних методів ППМД. У 2016 р. 35,3% ВІЛ інфікованих жінок народили дітей за допомогою планового кесаревого розтину (32,9% у 2015 р., 31% у 2014 р.).

Протягом 2016 р. АРП було охоплено 97,2% дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. Майже всі діти знаходилися на штучному вигодовуванні (99,2%).

Охоплення ранньою ПЛР ДНК діагностикою дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, в останні 3 роки залишається на недостатньому рівні, у 2016 р. воно складало 87%. Найнижчі рівні даного показника зафіксовано у Рівненській (55,6%), Волинській (56,7%), Київській (70,9%), Харківській (75,0%), Кіровоградській (80,2%) областях.

Серед ВІЛ-інфікованих дітей віком до 18 років, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ на кінець 2016 року, 66,4% дітей проживають у сім'ї, разом з матір'ю та/або батьком, 19,5% - у сім'ї під опікою родичів, 6,1% дітей усиновлені, 8% - у будинку дитини (табл. 23 Додатку).

Дані офіційної статистики свідчать, що в Україні досі актуальними є проблеми, що унеможливають випадки передачі ВІЛ від матері до дитини. Враховуючи існуючі на сьогодні у країні тенденції показника ЧПМД та ризики вертикальної трансмісії ВІЛ, у елімінації випадків передачі ВІЛ від матері до дитини може зіграти важливу роль забезпечення універсального доступу до заходів з ППМД для всіх ВІЛ-позитивних вагітних, передусім, жінок, які належать до особливо вразливих та соціально незахищених груп населення.

Досягнення цільового показника «передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні» 1% до 2018 року в рамках виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки є найближчою метою України у сфері ППМД. Проте, Україна, як й інші країни Європейського регіону ВООЗ, підтримує довгострокові глобальні цілі щодо усунення нових випадків зараження ВІЛ серед дітей до 2030 року та ініціативу ВООЗ щодо валідації елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини.

Розділ 12. Аналіз діяльності лабораторної служби регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом

За даними паспортних анкет, наданих головними лікарями РЦ СНІД, в Україні у 2016 році функціонувало 113 лабораторій, що здійснювали дослідження з виявлення серологічних маркерів ВІЛ, серед них:

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

У 2016 році приєдналась КДЛ КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І.Мечникова» Дніпропетровської обласної ради.

З усіх 113 лабораторій 99 атестовані на право проведення вимірювань з визначення серологічних маркерів ВІЛ.

Термін дії свідоцтва про атестацію закінчився у 2016 році у 14 лабораторій:

- КДЛ ДУ "Вінницький обласний лабораторний Центр Держсанепідслужби України";
- КДЛ Дніпропетровського ОЦПБС;
- вірусологічна лабораторія – лабораторія діагностики ВІЛ КЗ "Нікопольська міська лікарня №4" Дніпропетровської обласної ради;
- лабораторія діагностики ВІЛ-інфекції Дніпропетровської клінічної лікарні залізничного транспорту, філія "ЦОЗ"ПАТ "Укрзалізниця";
- відділ лабораторної діагностики та профілактики СНІД та інших інфекцій, що передаються трансфузійним шляхом (гепатити В, С та сифіліс), Комунальної установи «Житомирський обласний центр крові»;
- КДЛ Новоград-Волинського МРТМО;
- відділ лабораторної діагностики та профілактики СНІД та інших інфекцій, які передаються трансфузійним шляхом (гепатити В, С та сифіліс), Закарпатської ОСПК;
- лабораторія діагностики ВІЛ-інфекції Кіровоградської ОСПК;
- відділ лабораторної діагностики та профілактики СНІД та інших інфекцій, які передаються трансфузійним шляхом (гепатити В, С та сифіліс), Сєвєродонецької ОСПК;
- КДЛ ТОВ «Сумський обласний центр служби крові»;
- КДЛ Харківського ОЦПБС;

- відділ лабораторної діагностики та профілактики СНІД та інших інфекцій, що передаються трансфузійним шляхом (гепатити В, С та сифіліс), КЗОЗ «Харківський обласний цент служби крові»;
- лабораторія діагностики ВІЛ-інфекції КЗОЗ «Балаклійська ЦРЛ»;
- відділ лабораторної діагностики та профілактики СНІД та інших інфекцій, що передаються трансфузійним шляхом (гепатити В, С та сифіліс), Чернігівської ОСПК.

У 2016 році продовжені програми зовнішньої оцінки якості лабораторних досліджень, пов'язаних з ВІЛ:

- об'єднаний етап п'ятого раунду Програми МПР «Антитіла до ВІЛ» (виявлення серологічних маркерів ВІЛ), в якому взяли участь 110 лабораторій. З них 98 лабораторій отримали задовільні результати (89 %);

- за підтримки Американського товариства мікробіологів, CDC, США, Референс - лабораторія ДУ «ЦГЗ МОЗ України» у 2016 році провела програму зовнішньої оцінки якості досліджень з визначення кількості CD4 лімфоцитів методом проточної лазерної цитометрії та з використанням портативного аналізатора Alere PIMA. В програмі взяли участь 42 ЗОЗ, серед яких 29 лабораторій обласних та міських центрів СНІДу, 9 кабінетів "Довіра" та 4 заклади ДКВС України. Всього правильні результати отримали 84% учасників при проведенні досліджень на проточних цитометрах та 82,8% учасників при проведенні вимірювань з використанням портативного приладу Alere PIMA.

Матеріально-технічне забезпечення лабораторій

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

Слід зазначити, що з 2008 року фінансування на закупівлю лабораторного обладнання для лабораторій РЦ СНІД на виконання заходів загальнодержавних програм з ВІЛ-інфекції/СНІДу (на 2009-2013 рр. та 2014-2018 рр.) не виділялося, що призвело до технічного зносу приладів, неможливості вчасно оновлювати парк обладнання та закуповувати новий тип приладів для розширення спектру лабораторних досліджень з метою забезпечення повного доступу ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД пацієнтів до якісної медичної допомоги. У 2014 році обладнання закуповувалось в рамках реалізації Проекту міжнародної технічної допомоги №2692-02 «Підтримка системи моніторингу й оцінки Міністерства охорони здоров'я України» для 21 лабораторій РЦ СНІД - придбано біохімічні аналізатори (13 одиниць), комплекти обладнання ІФА (9 одиниць), проточні лазерні цитометри (3 одиниці).

У 2016 році за кошти місцевого бюджету закуплено лабораторне обладнання для Донецького ОЦПБС – проточний цитометр виробництва Beckman Coulter та комплект обладнання для здійснення досліджень методом

полімеразної ланцюгової реакції у режимі real time виробництва Abbott. Лабораторія Черкаського ОЦПБС отримала у безоплатне використання комплект обладнання виробництва Abbott для здійснення досліджень з визначення рівня ВН ВІЛ-1 та стала міжрегіональною лабораторією з прикріпленням до обслуговування пацієнтів Кіровоградської області (наказ МОЗ України від 17.08.2016 р. № 851).

Станом на 01.01.2017 р., терміново потребують оновлення застарілі засоби вимірювальної техніки та допоміжного обладнання для діагностики ВІЛ-інфекції в лабораторіях наступних ЗОЗ:

- *Вінницька область* – ОЦПБС (комплект ІФА 2006 р. в., ОСПК (рідер 1996, 2004 р. в.), обласний лабораторний центр СЕС (термошейкер відсутній), військово-медичний клінічний центр Центрального регіону (комплект ІФА 2003 р. в.);

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

- *Дніпропетровська область* - Криворізький ШВД (комплект ІФА 2004 р. в.), Дніпропетровська клінічна лікарня на залізничному транспорті (комплект ІФА 1991, 1998 р. в.), ДЗ “Спеціалізована багатoproфільна лікарня № 1 МОЗ України” (комплект ІФА 2002 р. в., відсутній термошейкер), Новомосковська ЦРЛ (рідер – 2002 р. в., термошейкер відсутній), Нікопольська МЛ № 4 (відсутній термошейкер), Криворізька СПК (обладнання для ІФА 2005 р. в.), КЗ "Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова" Дніпропетровської обласної ради (комплект ІФА 2003р. в.);

- *Житомирська область* - Новоград-Волинського ТМО (обладнання для ІФА 1997 р. в.);

- *Закарпатська область* - відділ профілактики та лабораторної діагностики СНІДу та інших інфекцій, що передаються трансфузійним шляхом, ОСПК (рідер-спектрофотометр 2004, 2007 р. в., термошейкери 1997-1999 р. в.);

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

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

- *Київська область* - ДЗ СМСЧ № 5 м. Славутич (рідер ІФА 2004 р. в., вошер, термошейкер відсутні);

- *Кіровоградська область* – ОСПК (рідер 2005 р. в.);

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

- *Одеська область* - Ізмаїльська міжрайонна лабораторія (рідер 1997 р. в., термошейкер відсутній), Любашівська міжрайонна лабораторія (комплект ІФА

1995 р. в.), Саратська міжрайонна лабораторія (рідер 1996 р. в.), Білгород-Дністровська міжрайонна лабораторія (термошейкер відсутній);

- *Полтавська область* – відділ діагностики СНІДу та вірусних гепатитів Лубенської ОСПК (рідер 1998 р. в.), Лохвицька ЦРЛ (вошер, термостат відсутні), Комсомольська МЛ (термошейкер відсутній);

- *Рівненська область* - ДЗ "СМСЧ№3 МОЗ України" (рідер 1995 р. в.);

- *Сумська область* - ОЦПБС (комплект ІФА 2006 р. в.);

- *Харківська область* - поліклініка ВМЗ ГУМВС України (комплект ІФА 1993 р. в.), Дорожня клінічна лікарня (комплект для ІФА 2000 р. в., термошейкер відсутній);

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

- *Чернігівська область* - ОСПК (рідер 2005 р. в.);

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

Таким чином, ситуація щодо оснащення лабораторним обладнанням у порівнянні з 2015 роком погіршилась. Потребують переоснащення 37 лабораторій (у 2015 році – 33), що здійснюють скринінгові дослідження на ВІЛ-інфекцію в Україні, це становить 32,7% від їх загальної кількості (показник 2015 року становив 29,5%).

Важливо, що до цього переліку входять 11 лабораторій ЗОЗ служби крові (у 2015 році 9 лабораторій), що викликає серйозне занепокоєння, оскільки для діагностики гемотрансмісивних інфекцій у донорів крові використовується або неповний комплект обладнання, або таке, що експлуатується вже більше 10 років.

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

Кадровий потенціал

Відповідно до наданих регіонами паспортних анкет здійснено аналіз кадрового потенціалу лабораторій ОЦПБС та МЦПБС. В цілому, в порівнянні з 2015 роком, кількість посад, збільшилась на 6,25 ставок. В лабораторіях ОЦПБС та МЦПБС, відповідно до зайнятих посад, у 2016 році працювали спеціалісти з вищою освітою, які займали 137,75 ставки (табл. 13).

Як видно з представлених даних, у 2016 році вакантних ставок було 14,5; переважна більшість (60,6%) фахівців з вищою освітою є спеціалістами з клінічної лабораторної діагностики. Співставлення даних про фаховий склад лабораторій центрів СНІДу свідчить про значну диспропорцію між

спеціалізацією персоналу. Враховуючи, що потреба у молекулярно-генетичних дослідженнях у 2017 році зростає більше ніж у 3,5 рази у зв'язку з розширенням масштабів АРТ, основну увагу слід зосередити на підготовці лабораторних фахівців саме за цими напрямками.

Таблиця 13. Структура лікарського складу лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції

Спеціалізація	Кількість зайнятих ставок	% від загальної кількості
Лікар-лаборант – імунолог (біолог)	16,5	12,0
Лікар-лаборант-вірусолог (мікробіолог, бактеріолог)	29,75	21,6
Лікар-лаборант (біолог) (клінічна лабораторна діагностика)	83,5	60,6
Лікар-лаборант (біолог) (клінічна біохімія)	5	3,6
Біолог (без спеціалізації)	3	2,2
Вакантних ставок	14,5	
Всього	152,25	100

Дані про кваліфікацію фахівців з вищою освітою наведені у таблиці 14.

Таблиця 14. Інформація щодо кваліфікації фахівців лабораторій центрів СНІДу з вищою освітою

Спеціалізація	Кількість зайнятих ставок фахівцями з кваліфікаційною категорією			
	вищою	першою	другою	без категорії
Клінічна лабораторна діагностика	22,25	17,25	18,5	21,5
Лабораторна імунологія	10	2	3,5	1
Клінічна біохімія	1	0	2	2
Вірусологія	14,5	4,25	4,5	6

Таким чином, категорії мають всього 99,75 (75,6 %) фахівців. Іще 33,5 (24,4%) фахівців не мають або категорію, або спеціалізацію.

Аналіз кадрового складу лабораторій, які здійснюють молекулярно-генетичні дослідження, виявив, що у 8 центрах СНІДу (Вінницький, Дніпропетровський, Полтавський, Рівненський, Харківський, Херсонський ОЦПБС, Криворізький та Маріупольський МЦПБС) порушуються вимоги наказу МОЗ України від 24.01.2008 р. №26 «Про затвердження державних санітарних норм і правил "Організація роботи лабораторій при дослідженні матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I-IV груп патогенності молекулярно-генетичними методами", а саме - вказані заклади не укомплектовані фахівцями необхідних спеціальностей для виконання зазначених досліджень. У порівнянні з 2015 роком у 2016 році ситуація із забезпеченістю фахівцями за спеціальністю «вірусологія», «мікробіологія», «бактеріологія» погіршилась. Збільшилась також кількість центрів СНІДу, що мають дефіцит кваліфікованих кадрів.

Серед лабораторних спеціалістів із середньою спеціальною освітою (лаборанти та фельдшери-лаборанти) в лабораторіях ОЦПБС та МЦПБС у 2016 році працювало 169,5 фахівців. З них 127 мають категорію (74,9%), у 42,5 лаборантів (25,1%) категорія відсутня. Вакантними у 2016 році залишалось 24,5 посад медичного персоналу із середньою спеціальною освітою.

Лабораторні дослідження

Проведення скринінгових та підтверджуючих досліджень на наявність серологічних маркерів ВІЛ здійснюється у кожній області. У 2016 році до переліку установ, що проводять підтверджуючі дослідження на ВІЛ-інфекцію, були включені Київський та Хмельницький ОЦПБС.

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

- діагностика ОІ, гепатитів та ІПСШ,
- загально-клінічні, гематологічні, біохімічні дослідження,
- бактеріологічні дослідження,
- імунологічні дослідження (визначення кількості CD4 лімфоцитів) ,
- вірусологічні дослідження (визначення рівня ВН ВІЛ-1, провірусної ДНК ВІЛ-1).

Для проведення **імунологічних досліджень (визначення кількості CD4 лімфоцитів)** у 2016 році проточними цитометрами були забезпечені 23 лабораторії ЗОЗ, у тому числі, центрів СНІДу.

З метою наближення послуги з визначення кількості CD4 лімфоцитів до представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ, забезпечення раннього їх взяття під МН, розширення доступу до АРТ на засадах децентралізації надання медичних послуг, у січні 2015 року ЗОЗ та установи ДКВС України отримали у користування 30 портативних аналізаторів Alere PIMA, закуплених за кошти ГФ. З них 18 приладів було розподілено в ОЦПБС, МЦПБС та Референс-

лабораторію ДУ «ЦГЗ МОЗ України», 8 – в інші ЗОЗ (спеціалізовані диспансери, лікарні, кабінети «Довіра»), 4 – в установи ДКВС України.

Протягом 2016 року було здійснено 133 952 досліджень з визначення кількості CD4 лімфоцитів. З них було обстежено хоча б один раз протягом року:

- 73 937 ВІЛ-інфікованих осіб, що становить 55,6% від групи диспансерного спостереження;
- 47 537 осіб, які на момент обстеження отримували АРТ, що дозволило забезпечити 63,5% від потреби;
- 24 733 особи, які на момент обстеження не отримували АРТ, що становить 42,5% від потреби;
- 1 667 ВІЛ-інфікованих вагітних, що становить 59,4% від потреби (табл. 31 Додатку).

Найбільша кількість пацієнтів (47,1%) була обстежена протягом року лише один раз; 37,2% пацієнтів диспансерної групи обстежені двічі і 7,6% пацієнтів обстежені тричі.

Відповідно до узагальненої інформації з РІЦ СНІД, при встановленні під МН пройшли обстеження з визначення кількості CD4 лімфоцитів 10 900 осіб. З них результат дослідження з кількістю CD4 лімфоцитів:

- до 350 клітин/мкл визначено у найбільшій кількості пацієнтів – 6 262, що становить 57,4% від усіх обстежених;
- від 351 до 500 клітин/мкл було у 2 330 осіб (21,4%) та
- більше 500 клітин/мкл було визначено у 2 308 пацієнтів (21,2%) (табл. 32 Додатку).

Отримані дані свідчать про пізнє виявлення ВІЛ-інфекції у більшості пацієнтів, які стають під МН.

ДУ «ЦГЗ МОЗ України» проаналізував також ефективність використання портативних аналізаторів Alere PIMA у 2016 році. Всього було обстежено 18 969 осіб, з яких 14 250 (77%) знаходились на момент обстеження під МН, та 4 446 (23%) осіб були обстежені у зв'язку з виявленням у них серологічних маркерів ВІЛ (на момент обстеження вони не перебували під МН). У 2 550 осіб (57%) при обстеженні кількість CD4 лімфоцитів була менше 350 клітин/мкл крові, що свідчить про пізнє виявлення ВІЛ-інфекції. Після отримання результату 2 496 осіб (56%) стали під МН; 1 075 з них (24% серед обстежених) було призначено лікування АРВП.

Для проведення вірусологічних досліджень (визначення рівня ВІЛ-1) у 2016 році необхідним обладнанням були забезпечені 17 лабораторій центрів СНІДу, у тому числі, з 1 грудня 2016 року, - лабораторія Черкаського ОЦПБС.

Протягом 2016 року було обстежено 98 561 пацієнта з визначення рівня ВН ВІЛ-1. З них було обстежено хоча б один раз протягом року:

-69 118 ВІЛ-інфікованих осіб, що становить 52% від групи диспансерного спостереження;

-52 871 особу, яка на момент обстеження отримували АРТ, що дозволило забезпечити 70,7% від потреби;

-13 885 осіб, які на момент обстеження не отримували АРТ, що становить 23,9% від потреби;

-2 362 ВІЛ-інфікованих вагітних, що становить 84,1% від потреби (табл. 33 Додатку).

Найбільша кількість пацієнтів (70,1%) була обстежена протягом року лише один раз; 24% пацієнтів диспансерної групи обстежені двічі і 1,2 % пацієнтів обстежені тричі.

Відповідно до узагальненої інформації з РЦ СНІД, вірусологічна ефективність лікування АРВП у пацієнтів, які отримують АРТ протягом 6 місяців і більше, у 2016 році становила 90,7%. Всього було обстежено 49 497 пацієнтів, з яких лише у 4 598 (9,3%) рівень ВН ВІЛ-1 перевищував 1 000 копій в 1 мл плазми (табл. 34 Додатку).

Для проведення досліджень з виявлення **провірусної ДНК ВІЛ-1 для ранньої діагностики ВІЛ - інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками**, у 2016 році 5 лабораторій центрів СНІДу були забезпечені відповідним обладнанням. Протягом 2016 року було обстежено 3 031 дитину, з них 862 дитини 2014-2015 років народження та 2 169 дітей 2016 року народження. Позитивні результати досліджень отримали всього 84 дитини, що становить 2,77% серед усіх обстежених (табл. 35 Додатку).

Розділ 13. Результати проведення дослідження з оцінки індикаторів раннього попередження медикаментозної резистентності ВІЛ

Сучасна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні залишається напруженою, оскільки епідемія продовжує поширюватися серед загального населення. У відповідь на епідемію розширюються масштаби АРТ.

Збільшення кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які отримують АРТ, з одного боку, дозволяє знизити рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД, з іншого - може призвести до збільшення частоти формування та циркуляції серед населення резистентних штамів ВІЛ.

Процес розвитку МР ВІЛ до АРВП залежить від багатьох факторів, в тому числі від рівня надання послуг з АРТ в окремих медичних закладах.

З метою виявлення та усунення тих факторів, які можуть сприяти формуванню МР ВІЛ, ВООЗ рекомендує здійснювати моніторинг РПІ МР ВІЛ. Регулярний аналіз РПІ МР, як один з елементів національної стратегії моніторингу резистентності ВІЛ в Україні, дозволяє оцінити ефективність програм АРТ як на рівні окремих закладів, так і на національному рівні.

Кожний з РПІ має цільовий показник, якого необхідно досягти. Проблеми з досягненням рівня цільового показника з РПІ можуть означати, що закладам необхідна більш широка підтримка у вигляді додаткових ресурсів, навчання персоналу, збільшення кількості співробітників тощо. Регулярний моніторинг РПІ є необхідним для посилення національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні, особливо в частині надання АРТ.

В 2016 р. в рамках такого моніторингу було проведено спеціальне дослідження, метою якого стало: оцінити діяльність програми АРТ на рівні окремих ЗОЗ з точки зору їх організаційної здатності щодо попередження розвитку МР ВІЛ у пацієнтів, які знаходяться на АРТ.

Методичним підходом слугував аналіз поперечного зрізу ретроспективно зібраних даних з 22 РЦ СНІД (21 ОЦПБС та Київського МЦПБС). Всі заклади надавали послуги з АРТ як дорослим пацієнтам, так і ВІЛ-інфікованим дітям. Планувався збір даних з 23-х регіонів, проте з Донецькою областю виявилися певні складнощі, оскільки основна частина пацієнтів залишилася на території області, на якій органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, а в Маріупольському та Слов'янському МЦПБС серед пацієнтів, які почали АРТ з 01.01.2014р., не нарахували достатньої кількості осіб для забезпечення необхідної вибірки. По причині недостатньої вибірки у моніторингу РПІ не брав участь також Тернопільський ОЦПБС.

Для збору РПІ 3 використовувалися дані щодо наявності кожного з АРВП протягом 12 календарних місяців 2015 року. Якщо АРВП був відсутній в РЦ СНІД в будь-який місяць протягом 2015 року, то даний заклад був визнаний таким, що має дефіцит запасів АРВП.

Цільова група: особи, що знаходилися на АРТ з 01 січня 2014 року.

Визначений час спостереження: 15 місяців від початку АРТ.

Вибір дозорних ділянок:

Критерії включення ЗОЗ до збору інформації:

1. ЗОЗ надавав АРТ протягом понад 12 місяців;
2. ЗОЗ мав можливість забезпечити АРВП більше 60 пацієнтів;
3. ЗОЗ надавав щомісячні статистичні звіти в ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України».

Джерела інформації:

- медична карта амбулаторного хворого № 025/0;
- контрольна карта диспансерного хворого № 030-5/0;
- журнал обліку ЛЗ, молочних сумішей у відділеннях і кабінетах ЗОЗ, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим № 510-1/0.

Розмір вибірки по кожному закладу вказано в таблиці 15.

Таблиця 15. Перелік ЗОЗ та розмір вибірки по кожному закладу

№	Назва ЗОЗ	Розмір вибірки		
		дорослі пацієнти	діти	загалом
1.	Вінницький ОЦПБС	138	3	141
2.	Волинський ОЦПБС	135	2	112
3.	Дніпропетровський ОЦПБС	127	9	135
4.	Житомирський ОЦПБС	148	0	148
5.	Закарпатський ОЦПБС	54	2	56
6.	Запорізький ОЦПБС	124	0	124
7.	Івано-Франківський ОЦПБС	130	0	130
8.	Київський ОЦПБС	160	5	165
9.	Кіровоградський ОЦПБС	129	14	143
10.	Львівський ОЦПБС	127	1	128
11.	Миколаївський ОЦПБС	166	4	170
12.	Одеський ОЦПБС	141	19	160
13.	Полтавський ОЦПБС	139	4	143
14.	Рівненський ОЦПБС	111	3	114
15.	Сумський ОЦПБС	107	3	110
16.	Харківський ОЦПБС	135	5	140
17.	Херсонський ОЦПБС	152	3	155
18.	Хмельницький ОЦПБС	131	0	131
19.	Черкаський ОЦПБС	116	2	118
20.	Чернівецький ОЦПБС	46	0	46
21.	Чернігівський ОЦПБС	153	1	154
22.	Київський МЦПБС	161	15	176
	Всього	2830	95	2899

Дані про дітей (0-17 років) і дорослих пацієнтів накопичували поки не було досягнуто необхідний розмір вибірки для кожної дільниці. Дані збиралися та аналізувалися за допомогою розробленого ВООЗ Інструменту збору інформації – електронних таблиць в форматі Excel. Електронний інструмент ВООЗ розраховує всі індикатори автоматично, оскільки дані вводяться з використанням кольорового кодування щоб відмітити помилки в аналізі, тобто кольорова відмітка формує першу частину оцінки якості даних на рівні дільниці.

Продуктивність роботи закладів була оцінена за допомогою системи показників чотирьох кольорів: зеленого («відмінна» продуктивність), бурштинового («помірна» продуктивність), червоного («низька» продуктивність) і сірого (необхідна інформація не відстежувалася на вказаній дільниці).

Для збору інформації були відібрані досвідчені фахівці, які пройшли відповідний тренінг щодо заповнення електронного інструменту для збору індикаторів раннього попередження МР ВІЛ, а також навчання на семінарах-тренінгах щодо впровадження наказу «Про затвердження тимчасових форм обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та інструкцій щодо заповнення».

Під час збору інформації фахівцям надавалися додаткові консультації у телефонному режимі.

В рамках дослідження проведено збір 5 РПП, рекомендованих ВООЗ: своєчасний прийом ліків, утримання пацієнтів під наглядом, безперервність поставок АРВП, наявність або відсутність моно/бітерапії, рівень вірусологічної супресії (табл. 16).

Таблиця 16. Перелік зібраних індикатори раннього попередження

Назва індикатору РПП	Визначення РПП	Складові розрахунків кольорових показників РПП (Чисельник/Знаменник)	Значення кольорових показників
РПП 1. Своєчасність отримання АРВП	Відсоток пацієнтів цільової групи (дорослих та дітей), які отримували АРВП своєчасно або із запізненням не більше двох днів	<u>Чисельник</u> : Кількість пацієнтів, які своєчасно отримували АРВП при першому візиті після отримання препаратів базової лінії. <u>Знаменник</u> : кількість пацієнтів, які приймали АРТ у зазначений період після початку дати збору РПП.	Зелений:> 90% Бурштиновий: 80% -90% Червоний: <80%

Назва індикатору РПІ	Визначення РПІ	Складові розрахунків кольорових показників РПІ (Чисельник/Знаменник)	Значення кольорових показників
РПІ 2. Утримання пацієнта під наглядом після 12 місяців АРТ	Відсоток пацієнтів цільової групи (дорослих та дітей), у відношенні яких відомо, що вони живі та отримують АРТ протягом 12 місяців після початку лікування	<u>Чисельник</u> : Кількість дорослих і дітей, у відношенні яких було відомо, що вони живі і продовжують АРТ через 12 місяців після початку лікування. <u>Знаменник</u> : Загальне число дорослих і дітей, які почали АРТ, в тому числі тих, хто помер після початку терапії, і тих, хто припинив терапію, а також тих, хто реєструються як втрачені для подальшого спостереження до строку 12 місяців з початку АРТ.	Зелений:> 85% Бурштиновий: 75% -85% Червоний: <75%
РПІ 3. Безперервність постачання АРВП	Відсоток місяців у вибраному проміжку часу, протягом якого не було дефіциту АРВП	<u>Чисельник</u> : кількість місяців в зазначеному році, коли не було дефіциту запасів АРВП, які зазвичай використовуються в даному закладі. <u>Знаменник</u> : 12 місяців.	Зелений: 100% Червоний: <100%
РПІ 4. Практика призначення моно- або бітерапії	Відсоток пацієнтів цільової групи (дорослих та дітей), які отримували АРТ у вигляді одного або двох АРВП	<u>Чисельник</u> : Кількість пацієнтів, в яких схема АРТ складалася з одного або двох АРВП. <u>Знаменник</u> : кількість пацієнтів, які приймали АРТ у зазначений період після початку дати збору РПІ.	Зелений: 0% Червоний:> 0% і
РПІ 5. Вірусна супресія – пригнічення ВН через 12 місяців АРТ	Відсоток дорослих пацієнтів цільової групи, які через 12 місяців АРТ мали рівень ВН менше 1000 РНК-копій/мл	<u>Чисельник</u> : Кількість пацієнтів, які через 12 місяців АРТ мали рівень ВН <1000 РНК-копій/мл. <u>Знаменник</u> : кількість пацієнтів, які приймали АРТ у зазначений період після початку дати збору РПІ.	Зелений: >85%; Жовтий: 70% - 85%; Червоний: <70%

Слід відзначити, що в 5-ти закладах (Житомирському, Запорізькому, Івано-Франківському, Хмельницькому, Чернівецькому ОЦПБС) серед пацієнтів, які розпочали АРТ в 2014 році, дітей не було, тому зібрати по них необхідну інформацію виявилось неможливим. По цих закладах відповідний індикатор позначався сірим кольором, оскільки його продуктивність не була класифікована.

Результати досліджень та їх обговорення

Узагальнені результати аналізу РПІ наведені у таблиці 17.

Таблиця 17. Результати аналізу РПІ, зібраних в Україні у 2016 році

Назва РПІ	Значення кольорових показників	Кількість ЗОЗ, продуктивність роботи яких відповідала кольоровому показнику / загальна кількість ЗОЗ у дослідженні (%)		Середній показник продуктивності закладів, $M \pm m$	
		дорослі пацієнти	діти	для дорослих пацієнтів	для дітей
РПІ 1. Своєчасне отримання АРВП	Зелений: > 90% Бурштиновий: 80% -90% Червоний: <80% Сірий (не класифікований)	5/22 (22,7%) 7/22 (31,8%) 10/22 (45,5%) 0 (0,0)	8/22 (36,4%) 2/22 (9,1%) 7/22 (31,8%) 5/22 (22,7%)	83,0±8,0	75,8±10,3
РПІ 2. Утримання пацієнта під наглядом	Зелений: > 85% Бурштиновий: 75% -85% Червоний: <75%	8/22 (36,4%) 11/22 (50,0%) 3/22 (13,6%)		85,3±7,6 (9044/10597)	
РПІ 3. Безперервність поставок АРВП	Зелений: 100% Червоний: 0%	20/22 (90,9%) 2/22 (9,1%)	21/22 (95,5%) 1/22 (4,5%)	не перераховується	не перераховується
РПІ 4. Практика призначення моно- або бітерапії	Зелений: 0% Червоний: > 0% Сірий (не класифікований)	22/22 (100%) 0 (0,0) 0 (0,0)	17/22 (77,3%) 0 (0,0) 5/22 (22,7%)	0	0
РПІ 5. Вірусна супресія	Зелений: >85%; Жовтий: 70%-85%; Червоний: <70% Сірий (не класифікований)	0 (0,0) 1/22 (4,5%) 21/22 (95,5%)	7/22 (31,8%) 4/22 (18,2%) 6/22 (27,3%) 5/22 (22,7%)	26,9±9,5	52,6±12,1

Своєчасне отримання АРВП (РПІ 1).

Дані щодо **дорослих пацієнтів**. Отримані результати показали, що «відмінна» продуктивність (коли більше 90% дорослих пацієнтів своєчасно отримували АРВП) була досягнута лише в 22,7% ЗОЗ, в той час, як 31,8% дільниць мали «помірну» продуктивність (своєчасно отримували ліки 80%-90% дорослих пацієнтів) і 45,5% ЗОЗ взагалі мали «погану» продуктивність (менше 80% дорослих пацієнтів своєчасно отримували АРВП).

Дані щодо **дітей**. 36,4% дільниць досягли «відмінної» продуктивності, 9,1% - «помірної», 31,8% - «поганої». Ще в 5-ти закладах даних щодо дітей за вказаний період збору індикаторів не було (по цих закладах – індикатор сірого кольору – «не класифікований»).

Утримання пацієнтів під наглядом (РПІ 2).

РПІ 2 враховує дані в цілому по ЗОЗ, без розподілення на дорослих та дітей. Показники для розрахунків РПІ 2 бралися зі звітів GARPR / PERPAR.

Більше третини (36,4%) всіх дільниць досягли результату «відмінної» продуктивності, зберігаючи під наглядом понад 85% пацієнтів через 12 місяців після початку АРТ. Половина ЗОЗ (50%) мали «помірну» продуктивність (під наглядом через 12 місяців залишилося від 75% до 85% пацієнтів); «погану» продуктивність (менше 75% пацієнтів) було зафіксовано в 13,6% (в 3-х з 22-х) дільниць, що брали участь у дослідженні.

Безперервність поставок АРВП (РПІ 3).

Дані щодо **дорослих пацієнтів**. Протягом 2015 року в переважній більшості дільниць не було зафіксовано дефіциту жодного препарату для дорослих пацієнтів (90,9% закладів). Разом з тим, в Запорізькому ОЦПБС у 2015 році спостерігався дефіцит препарату діданозин (ddI 400) (з січня по липень 2015 р. включно - 7 місяців); в Київському МЦПБС протягом 2 місяців (квітень-травень 2015 року) був відсутнім препарат AZT/3TC; у вересні 2015р. – препарат TDF/FTC; у листопаді 2015р. – RTV; у березні та жовтні 2015р. – ETR (загалом зафіксовано дефіцит АРВП протягом 6 місяців з 12-ти).

Дані щодо **дітей**. Протягом 2015 року в переважній більшості дільниць не було зафіксовано дефіциту жодного препарату для дітей (95,5% закладів). Тільки в Київському міському центрі СНІДу спостерігався дефіцит дитячих форм препаратів: ABC - з серпня по грудень 2015р. (5 місяців); 3TC – у січні 2015р.; AZT – з травня по липень 2015р. (3 місяці); NVP – у липні 2015р. (загалом протягом 10 місяців з 12-ти спостерігався дефіцит дитячих форм АРВП).

Практика призначення моно- або бітерапії (РПІ 4).

В жодному ЗОЗ не виявлено випадків призначення АРТ у вигляді моно- або бітерапії ні для лікування дорослих пацієнтів, ні для дітей («відмінна» продуктивність в 100% закладів щодо дорослих пацієнтів та у 77,3% закладах у відношенні дітей). По дітях не досягнуто 100% продуктивності, оскільки в 5-ти закладах (22,7%) дані щодо дітей за звітний період були відсутні.

Вірусна супресія (РПІ 5).

Дані щодо **дорослих пацієнтів**. «Відмінної» продуктивності (коли більше 85% пацієнтів через 12 місяців АРТ мали рівень ВН ВІЛ <1000 РНК-копій/мл), на жаль не досягнув жодний ЗОЗ при зборі даних щодо дорослих пацієнтів, лише в 4,5% дільниць результат був «помірний» (у 70%-85% пацієнтів рівень ВН ВІЛ не перевищував 1000 РНК-копій/мл), а в переважній більшості дільниць (95,5%) – взагалі «поганий» результат (менше 70% пацієнтів мали відповідний рівень ВН ВІЛ).

Дані щодо **дітей**. «Відмінної» продуктивності (зелений колір) досягнуто лише в 7 закладах (31,8%); «помірної» (бурштиновий колір) – в 18,2% закладів; «поганої» (червоний колір) – в 27,3% закладів. В 5-ти закладах діти за звітний період були відсутні.

Аналізуючи отримані результати за конкретними РПІ, слід зазначити, що в країні відсутня практика призначення моно- або бітерапії (РПІ 4) для лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що є благополучним показником.

Що ж стосується дефіциту АРВП (РПІ 3) в 2015 році, то в Київському міському центрі СНІДу протягом 6-ти місяців 2015 року зафіксовано відсутність кількох АРВП для лікування ВІЛ-інфікованих дорослих осіб та протягом 10-ти місяців – дитячих форм АРВП, що, на перший погляд, могло свідчити про неякісне планування в цьому закладі закупівель ЛЗ та неякісне управління поставками АРВП. Перевірка даних показала, що в Україні протягом 2015 року в окремих регіонах також спостерігався дефіцит тих чи інших АРВП, проте не всі заклади наважилися афішувати вказані проблеми.

Дефіцит ліків на складах не завжди означає, що в пацієнтів не було чим лікуватися, адже вони під час візиту до лікувального закладу отримують кількість препаратів, достатню мінімум на 30 днів лікування, проте відсутність АРВП може все ж таки призводити до перерв у лікуванні пацієнтів та підвищувати ризик формування резистентних штамів ВІЛ. Другим регіональним центром, який в РПІ 3 зафіксував дефіцит дорослих форм АРВП, був Запорізький ОЦПБС. Аналіз РПІ 3 дозволив встановити, що електронні форми повинні перевірятися під час заповнення, щоб зроблені по них висновки були корисними.

Дещо гірша в цілому по Україні ситуація з утриманням пацієнтів під наглядом (РПІ 2), оскільки цільового показника (більше 85% пацієнтів під наглядом через 12 місяців АРТ) досягли тільки 8 закладів з 22-х (36,4%); половина закладів (11 з 22-х) через 12 місяців зберігали під «опікою» від 75% до 85% пацієнтів, решта ЗОЗ (3 з 22-х) через 12 місяців АРТ взагалі нарахували менше 75% пацієнтів на лікуванні. Такий результат не може вважатись прогностично благополучним, оскільки призводить до перерв у лікуванні та зростання небезпеки формування резистентних штамів ВІЛ в країні.

Ще більш неблагополучною виявилася ситуація з РПІ 1 (своєчасне отримання АРВП), оскільки майже в половині закладів (в 10-ти з 22-х – 45,5%) своєчасно отримувало АРВП менше 80% дорослих пацієнтів; в третині ЗОЗ (в

7-ми з 22-х - 31,8%) – вчасно приходили за ліками 80%-90% пацієнтів) і тільки 5 ЗОЗ з 22-х (22,7%) досягли цільового показника (тобто більше 90% дорослих пацієнтів своєчасно отримували АРВП). Що стосується дітей, то в 8 закладів з 22-х (36,4%) досягли цільового показника (своєчасно отримували препарати більше 90% дітей); в 2-х (9,1%) - вчасно приходили за ліками 80%-90% дітей; в 7-ми (31,8%) – ситуація виявилася неблагополучною, оскільки менше 80% дітей вчасно отримували АРВП.

Своєчасний прийом ліків є мірою дисциплінованості пацієнта. Низький рівень своєчасного отримання препаратів може означати пропущені дози ліків, перерву у лікуванні. Основними причинами несвоєчасного отримання пацієнтами АРВП можуть бути:

- низька особиста мотивація щодо АРТ;
- недостатнє усвідомлення щодо необхідності своєчасного отримання АРВП;
- зловживання алкоголю та психотропних речовин;
- відсутність підтримки з боку близького оточення щодо необхідності прийому АРВП;
- недостатній рівень соціально-психологічного супроводу з боку ГО;
- незручний час видачі АРВП у ЗОЗ;
- незручне територіальне розташування ЗОЗ, який видає АРВП;
- недоліки у системі реєстрації видачі АРВП.

Для попередження ризику розвитку МР ВІЛ кожному ЗОЗ необхідно проаналізувати причини несвоєчасного отримання пацієнтами АРВП та вжити заходів щодо їх усунення.

Проте, найгіршою виявилася продуктивність більшості дільниць з досягненням максимальної вірусної супресії (необхідності зниження рівня ВН ВІЛ менше 1000 РНК-копій/мл). Цільового показника по дорослих пацієнтах (наявність вірусної супресії у більш ніж 85% пацієнтів) не досягнуто у жодному ЗОЗ. Справа в тому, що при аналізі вказаного РПІ враховується не тільки рівень ВН ВІЛ, але й терміни обстеження пацієнтів. В Україні існуюча практика державних закупівель передбачає одноразову закупівлю та постачання в регіони тест-систем для моніторингу АРТ, розрахованих на рік роботи. Закупівля, як правило, відбувається в III-IV кварталі, що не дозволяє протягом року здійснити дві поставки тест-систем з обмеженим терміном придатності. Це призводить до неможливості використання всього обсягу закуплених тест-систем в лабораторіях до закінчення терміну придатності (на момент поставки становить 7-8 міс.), а значить – до нераціонального та неефективного використання бюджетних коштів. Так, у 2014 році термін придатності тест-систем для визначення рівня ВН ВІЛ закінчився у червні місяці. Оскільки наступна закупівля за кошти ДБ відбулась лише у грудні 2014 року, а постачання - у березні 2015 року, протягом майже 8 місяців обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів щодо вірусологічної ефективності АРТ не проводилось. Тому більшість пацієнтів ЗОЗ, по яким збиралися дані для РПІ5, не мали в анамнезі даних щодо рівня ВН ВІЛ через 12-15 місяців лікування та були обстежені значно пізніше.

Низька продуктивність будь-якого з РПІ може потенційно призвести до зростання частоти формування стійкості ВІЛ до АРВП в Україні.

Аналізуючи результати проведеного дослідження, можна зробити наступні висновки щодо значення РПІ в попередженні формування мутацій резистентності ВІЛ до АРВП:

- Моніторинг РПІ МР ВІЛ є важливим елементом національної стратегії моніторингу резистентності ВІЛ в Україні, оскільки дозволяє виявити недоліки існуючих програм АРТ як на рівні окремих закладів, так і на національному рівні.
- Збір РПІ має здійснюватися щорічно в ЗОЗ, які надають АРТ в країні. Інформацію для збору РПІ можна отримати з обліково-звітних форм, які на сьогодні використовуються в ЗОЗ.
- Необхідним є забезпечення належної якості збору інформації для моніторингу РПІ та отримання надійних даних шляхом додаткового навчання фахівців та проведення моніторингових візитів до закладів, які здійснюють збір РПІ.
- Важливим кроком в напрямку реалізації стратегії 90-90-90 є відсутність в Україні моно- та бітерапії як серед ВІЛ-інфікованих дорослих пацієнтів, так і серед дітей.
- Серед недоліків, які негативно впливають на ефективність реалізації стратегії 90-90-90, можна назвати низьку продуктивність більшості ЗОЗ України щодо утримання пацієнтів на АРТ через 12 місяців терапії та несвоєчасного отримання пацієнтами АРВП. Низька продуктивність (недосягнення цільових показників) може призводити до ризику формування резистентності ВІЛ до АРВП у пацієнтів на АРТ.
- Країна повинна приділяти пріоритетну увагу налагодженню безперебійності поставок АРВП та моніторингу вірусологічної ефективності антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів шляхом покращення існуючих практик закупівлі ЛЗ для лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів та реагентів для проведення досліджень з визначення рівня ВН ВІЛ.

Сформульовані висновки дозволяють зробити рекомендації щодо мінімізації ризику формування резистентних штамів ВІЛ в більшості ЗОЗ, які брали участь у зборі та аналізі РПІ, для чого необхідно:

- поліпшити консультативну роботу з диспансерною групою пацієнтів;
- налагодити тісну співпрацю з ГО, що надають послуги з догляду та підтримки;
- оптимізувати графіки медичних консультувань та видачі АРВП;
- забезпечити дотримання рекомендацій національних протоколів з лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Розділ 14. Звіт про результати моніторингу та оцінки ефективності Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ- інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки

У 2016 році в Україні продовжився процес розвитку єдиної системи МіО. В рамках реалізації Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки (Загальнодержавна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки) наказом Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань від 15.01.2015р. №2 затверджено План моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки.

Слід зазначити, що Україна стикається зі значними політичними та фінансовими проблемами на тлі збройного конфлікту на Сході України та складної економічної ситуації. Не зважаючи на глибоку політичну та економічну кризу в Україні, вдалося не лише не зупинити реалізацію Загальнодержавної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки та уникнути переривань в наданні послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, але й суттєво підвищити державне лідерство у протидії соціально небезпечним захворюванням, зокрема в частині фінансування програм:

- У проекті ДБ України на 2017 рік передбачено збільшення фінансування заходів з лікування ВІЛ /СНІ Д на 484 млн грн., що у 2,3 рази більше від коштів, виділених у поточному 2016 році.
- На сьогодні, вперше за всю історію вдалося виконати зобов'язання з державного фінансування програми замісної терапії — у 2016 році за державні кошти передбачена закупівля препаратів для проведення замісної терапії на 13 млн грн., що дозволить забезпечити безперервність програм для близько 9 тис. пацієнтів.
- У 2017 році сумарно є можливість охопити АРТ 101 тис. пацієнтів в тому числі близько 59 тис. пацієнтів отримують необхідне лікування за кошти ДБ.
- Стратегія Fast Track, проголошена ЮНЕЙДС в кінці 2014 р. передбачає впровадження інноваційних підходів до боротьби з епідемією. У квітні 2016 р. до Fast Track та Паризької декларації приєдналась столиця України м. Київ та у лютому 2017 р. м. Одеса, заявивши про готовність до прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції у мегаполісах (Fast Track Cities Initiative).

Національний план МіО є рамкою показників для моніторингу відповіді країни на епідемію в цілому, зразком для формування регіональних планів МіО, розробляється окремо для кожної державної цільової програми в сфері ВІЛ/СНІДу з метою забезпечення зворотного зв'язку в системі управління програмами. Національний план МіО ефективності виконання Загальнодержавної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки включає 28 показників (Національний план МіО).

Аналіз показників Національного МіО за 2016 року, у порівнянні з попередніми та базовим показниками, дозволив встановити деякі позитивні тенденції впливу заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на перебіг епідемії та доступ до послуг у зв'язку з ВІЛ (табл. 18):

- Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції збільшився у 4,3 рази в порівнянні з базовим показником – з 492 874 тис. грн у 2012 р. до 2 135 053 грн у 2015 р.
- Протягом останніх 4 років, смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, знизилася на 11% – 10,4 смертей на 100 тис. населення у 2016 р. проти 11,5 у 2013 р.
- Рівень поширеності ВІЛ серед молодих людей віком 15-24 років має стабільну тенденцію до зниження та у 2015 р. досяг цільового показника 2018 року - 0,27%, у 2016 р. становив 0,25%.
- За даними біоповедінкових досліджень, тенденцію до зниження мали показники поширеності ВІЛ серед ГПР у віці до 25 років - ЛВІН (7,1% у 2011 р., 6,4% у 2013 р., 4,1% у 2015 р.) та ЖКС (2,9%, 2,3%, 0,7%, відповідно).
- Рівень поширеності ВІЛ серед вагітних у 2016 р., у порівнянні з базовим показником 2013 р., зменшився на 18,4%, – з 0,87% до 0,71%.
- Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні знизився на 22,8% у порівнянні з базовим показником – з 4,3% у 2012 р. до 3,3 у 2014 р.
- Протягом останніх років показник групи активного медичного нагляду стабільно зберігав тенденцію до зростання та у 2016 р. склав 79,8%, був вище на 6,5% відповідного базового показника 2013 р. (74,9%).
- Частка ЛЖВ, охоплених послугами з догляду та підтримки у 2016 р., серед дорослих ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під МН, зросла та склала 66,8% (2015 р. - 57,5%, 2014 р. - 62,5%).
- Загальна кількість хворих на ВІЛ-інфекцію, які отримували АРТ в Україні станом на 01.01.2017 р., у порівнянні з базовим показником (станом на 01.01.2014 р.) збільшилась на 34%, – з 55784 осіб до 74 780 осіб.
- Рівень охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ зріс на 14% - з 64,6% у 2013 р. до 73,9% у 2016 р, що сприяло зниженню смертності серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ на 25% - з 5,6 до 4,2 на 100 тис. населення.
- Показник «відсоток осіб з опієюдною залежністю, які отримують ЗПТ» відображає поступовий прогрес– з 17% у 2013 р. до 21,8% у 2016 р.

Одним з найбільш розвинених компонентів єдиної системи моніторингу та оцінки продовжує залишатися система рутинного епідеміологічного нагляду яка фінансується майже повністю за рахунок ДБ і використовує новітні міжнародні підходи та рекомендації. Іншим усталеним джерелом даних МіО є програмний моніторинг діяльності ГО, які впроваджують проекти, зокрема, в рамках виконання грантових програм ГФ за фінансової підтримки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та МБФ «Альянс громадського здоров'я», а також біоповедінкові, епідеміологічні, економічні та інші дослідження й

оцінки. Ця діяльність фінансується переважно за рахунок міжнародних джерел, тому – її стійкість та подальший розвиток залежить від донорських коштів.

Основними проблемами на шляху повноцінного впровадження ЄС МіО та використання її потенціалу є:

- відсутність внутрішньодержавного запиту на постачання інформації для використання її в управлінні з метою покращення політик і програм, забезпечення ефективності використання фінансових ресурсів, досягнення декларованих цілей щодо відданості справі боротьби з епідемією;
- відсутність ефективної співпраці координації зусиль всіх партнерів (національних, міжнародних, державних, громадських тощо) в у сфері МіО – як на національному, так і на регіональному рівнях;
- практично повна відсутність державного фінансування заходів з МіО як на національному, так і на регіональному рівнях;
- недосконалість нормативно-правових актів, що регулюють діяльність у сфері МіО;
- відсутність професії «Фахівець з питань МіО» в класифікаторі професій. Відсутність системної підготовки професійних кадрів через систему вищої освіти в Україні;

Подальший розвиток ЄС МіО буде можливим за таких умов:

- узгодження дій всіх партнерів у сфері МіО на основі консолідованого національного плану МіО, що відповідає реальним інформаційним потребам країни, а також враховує зовнішні зобов'язання країни щодо міжнародної звітності;
- перегляд повноважень та відповідальності національного центру МіО, нормативно-правове закріплення його статусу, а також відповідні кроки щодо центрів МіО на субнаціональному рівні;
- розробка та впровадження керівних документів у сфері МіО відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції, серед яких: політика управління знаннями, національний порядок денний досліджень у сфері ВІЛ, методологічні посібники та протоколи досліджень і оцінок, перегляд існуючих та визначення пріоритетних показників тощо;
- посилення кадрового потенціалу спеціалістів з МіО щодо аналізу та використання даних для прийняття стратегічних рішень з формування ефективної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні. Розбудова потенціалу спеціалістів з МіО щодо забезпечення та аналізу якості даних на усіх рівнях;
- розробка стратегії розвитку єдиної системи моніторингу і оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, у рамках Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки»;
- розроблення та запровадження в практичну діяльність сучасних інструментів та баз даних для накопичення, обробки та аналізу великих обсягів даних, підтримка та розвиток відповідної інфраструктури, профільного навчання фахівців національного та регіонального рівнів.

Таблиця 18. Показники Національного плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки

Номер та назва показника	Базове значення показника	Звіт за 2015 рік	Звіт за 2016 рік	Цільове значення показника (2018)
Показник № 1. Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції	492 874 тис. грн. (2012)	Не звітується	2 135 053 тис. грн ⁶ .	Не визна-чається
Показник №2. Відсоток фактичного фінансування Програми від запланованого	36,1% (2013)	Не звітується	Не звітується	100%
Показник № 3. Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 років	0,33 (2013)	0,27% (2015)	0,25% (2016)	0,27%
Показник № 4. Смертність населення від хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) ⁷	11,5 на 100 тис. нас. (2013)	10,2 на 100 тис. нас. (2014)	10,4 на 100 тис. нас. (2015)	9,9 на 100 тис. нас.
Показник № 5. Поширеність ВІЛ серед вагітних	0,87% (2013)	0,75% (2015)	0,71% (2016)	0,49 %
Показник № 6. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ серед вікової групи 15-24 роки	6,4% (2013)	4,1% (2015)	Не звітується	3,5%
Показник № 7. Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ серед вікової групи 15-24 роки	2,3% (2013)	0,7% (2015)	Не звітується	1,4%
Показник № 8. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ серед вікової групи 15-24 роки	3,0% (2013)	4,8% (2015)	Не звітується	2,1%
Показник № 9. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини	4,3% (2012)	3,9% (2013)	3,3% (2014)	1,0%
Показник № 10. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ	42,8% (2013)	38,5% (2015)	Не звітується	55,0%
Показник № 11. Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ	63,1% (2013)	55,9% (2015)	Не звітується	70,0%
Показник № 12. Відсоток чоловіків, які мають секс з	38,3% (2013)	54,6% (2015)	Не звітується	55,0%

⁶ Дослідження з оцінки національних витрат на протидію поширенню епідемії ВІЛ-інфекції в Україні включає дані витрат за 2015 рік.

⁷ Показник розраховано з відтермінуванням звітності на один рік у зв'язку з формуванням річної звітності Державній службі статистики України у II кварталі наступного за звітним роком.

Номер та назва показника	Базове значення показника	Звіт за 2015 рік	Звіт за 2016 рік	Цільове значення показника (2018)
чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ				
Показник № 13. Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ	36,0% (2013)	Не звітується .	Не звітується	60,0%
Показник № 14. Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами	196 460 (2013)	212 817 (2015)	224 872 (2016)	154 400
Показник № 15. Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами	37 394 (2013)	37 908 (2015)	37 090 (2016)	36 000
Показник № 16. Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами	21 988 (2013)	33 359 (2015)	38 764 (2016)	49 000
Показник № 17. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ	61,6% (2012)	Не звітується	Не звітується	100%
Показник № 18. Відсоток молодих людей віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається	48,0% ⁸ (2012)	Не звітується	Не звітується	70%
Показник № 19. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції	44,2% (2013)	45,1% (2015)	46,6% (2016)	37,0%
Показник № 20. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний нагляд протягом року, серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку	74,9% (2013)	77,7%	79,8 ⁵ (2016)	85,0%

⁸ Показник розраховувався, базуючись на результатах мультиіндикаторного кластерного обстеження (МІКС) 2012 року

Номер та назва показника	Базове значення показника	Звіт за 2015 рік	Звіт за 2016 рік	Цільове значення показника (2018)
Показник № 21. Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки	Дорослі – 55,3% Діти – 82,8% (2013)	Дорослі – 57,5% Діти – 74,2% (2015)	Дорослі – 66,8% Діти 15-18 років включно – 34,4% (2016)	Дорослі – 100% Діти – 100%
Показник № 22. Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримують АРТ	55784 (2013)	60 753 (2015)	74 780 (2016)	118240
Показник № 23. Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей	89,6% (2013)	98,4% (2015)	98,4% (2016)	100%
Показник № 24. Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією /СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку.	86,7% (2013)	85,5% (2015)	85,92% (2016)	86%
Показник № 25. Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ	64,6% (2013)	57,0% (2015)	73,9% (2016)	70,0%
Показник № 26. Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ	5,6 на 100 тис. нас. (2013)	4,5 на 100 тис. нас. (2015)	4,2 на 100 тис. нас. (2016)	3,0 на 100 тис. нас.
Показник № 27. Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію	17,0% (2013)	8512 ⁹	21,81% (2016)	35,0%
Показник № 28. Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ	85,3 ¹⁰ (2012)	Не звітується	45%/66% ¹¹ (2016)	зниження на 50% від базового значення

⁹ У зв'язку з відтермінуванням надання даних, щодо чисельності офіційної диспансерної групи осіб з опіоїдною залежністю – у звіті наведено абсолютні дані

¹⁰ Даний показник розраховувався, базуючись на результатах мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС) 2012 року, на підставі відповіді респондентів, на наступне питання. -Стали б ви купувати свіжі овочі у крамаря або продавця, якщо б ви знали, що він є носієм ВІЛ? («Так»; «Ні»; «Залежно від ситуації»; «Не знаю / не впевнений»).

¹¹ За результатами дослідження «Обізнаність населення про епідемію ВІЛ в Україні 2016» 20.01.2017, відповіді на запитання “як Ви думаєте, діти, що живуть з ВІЛ, повинні мати можливість відвідувати школу з дітьми, які є ВІЛ-негативними?”- 45% та “чи купуватимете Ви свіжі овочі у крамаря або постачальника, якщо будете знати, що у цієї людини ВІЛ?” – 66%.

Розділ 15. Розвиток Національного порталу стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Національний портал стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (Національний портал) – сучасний онлайн-ресурс візуалізації та аналізу даних для прийняття управлінських рішень у сфері МіО заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції, створений з метою забезпечення прозорості та оптимізації доступу зацікавлених сторін до стратегічної інформації з питань ВІЛ/СНІДу.

Національний портал був розроблений на запит ДУ «ЦГЗ МОЗ України» в межах реалізації проекту USAID RESPOND, що фінансується за підтримки PEPFAR, і виконується організацією Пакт Інк. у партнерстві з FHI 360. Національний портал працює у тестовому режимі за технічної підтримки проекту USAID RESPOND. У 2017 році Національний портал буде переданий ДУ «ЦГЗ МОЗ України».

Національний портал став доступним для користувачів на початку 2015 року, та розміщений на сайті ДУ «ЦГЗ МОЗ України»: www.hiv.ucdc.org.ua. Протягом 2016 року було зареєстровано 6100 переглядів сайту.

Національний портал об'єднує кілька самостійних інтерактивних інтернет-ресурсів, створених із застосуванням найкращих для сприйняття способів візуалізації даних на національному та регіональному рівнях – діаграм, графіків, карт:

1. Регіональні профілі он-лайн. Це ресурс, який містить ключові епідеміологічні дані, результати поведінкових досліджень серед ГПР, впровадження профілактичних та медичних програм у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на рівні регіонів.

2. Картування послуг. Ресурс містить статичні та інтерактивні карти ВІЛ-сервісних послуг для ГПР в Україні, побудовані у програмі ArcGIS; практичні керівництва, готові шаблони та масиви для створення власних карт, що дає змогу виявляти потенційні прогалини в доступності ВІЛ-послугами та планувати програми щодо географічного розширення доступу до цих послуг.

3. Реєстр інтервенцій у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу містить інформацію про впровадження ефективних поведінкових та структурних втручань в Україні, а також визначення рівня доказовості для кожного з них.

4. Реєстр ВІЛ-сервісних організацій та донорів, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу містить узагальнену інформацію про донорські організації, проекти технічної допомоги, а також ГО, які працюють в Україні у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, із зазначенням напрямків та географії діяльності, цільових груп та контактної інформації.

5. Регіональні центри МіО. Ресурс є віртуальним офісом регіональних центрів МіО, що містить інформацію про стан розвитку системи МіО на рівні кожного з регіонів та діяльність регіональних центрів МіО.

6. Електронна бібліотека публікацій. Ресурс, що містить публікації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, підготовлені в Україні. Публікації структуровано за рубриками та типом видання.

7. План досліджень. Ресурс містить інформацію про дослідження у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, що здійснюються та плануються до проведення у поточному році.

8. План тренінгів. Ресурс містить інформацію про тренінги у сфері стратегічної інформації та МіО на національному та місцевому рівнях, що плануються в поточному році.

9. МіО Програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Ресурс є інструментом візуалізації прогресу досягнення показників Плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки. Розробка ресурсу здійснювалась за підтримки проекту USAID "Реформа ВІЛ-послуг у дії", що впроваджується компанією Deloitte Consulting LLP.

На сьогоднішній день триває робота над розробкою ще трьох інтернет-ресурсів: Моделювання епідемії на регіональному рівні (за підтримки Проекту USAID RESPOND); Інформаційне табло з моніторингу виконання Загальнодержавної та регіональних програм з ВІЛ-інфекції/СНІДу; Електронний інструмент моніторингу витрат (NASA) (за підтримки Проекту USAID "Реформа ВІЛ-послуг у дії").

Слід підкреслити, що Національний портал стратегічної інформації увійшов до опису кращих практик Гармонізованого звіту України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу; був представлений на Національній Конференції «Обличчям до виклику: майбутнє реформи сектору ВІЛ та охорони здоров'я в Україні». На VI Національній конференції з МіО Національний портал, а також ресурс «Регіональні профілі», було презентовано як кращий досвід у візуалізації та поширенні інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, та визнано як найкращий інноваційний підхід у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

Розділ 16. Рекомендації щодо посилення служби профілактики та боротьби зі СНІДом за результатами прийому річних звітів

В рамках реалізації статутних положень і завдань ДУ «ЦГЗ МОЗ України» щодо здійснення методичного керівництва і загального контролю діяльності РЦ СНІД, затверджених наказом МОЗ України від 12.12.2012 р. № 277-о, та на виконання вимог наказу МОЗ України від 21.11.2016 р. № 1265 «Про утворення та затвердження складу робочої групи з прийому статистичних звітів закладів охорони здоров'я України за 2016 рік» фахівцями ДУ «ЦГЗ МОЗ України» впродовж 17 - 30 січня 2017 року було здійснено прийом звітності та службової інформації за підсумками діяльності у 2016 році від 25 РЦ СНІД *(без даних АР Крим та частини території проведення АТО)*.

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

На національному рівні – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» рекомендовано:

З метою удосконалення систем ЕН та МiО:

- розробити та подати на затвердження проект наказу МОЗ «Про моніторинг епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції» відповідно до вимог міжнародних стандартів та національних потреб;
- сприяти розробці та проведенню дослідної експлуатації медичної інформаційної системи «ВІЛ-інфекція в Україні»;
- розглянути можливість розробки електронної системи обліку позитивних і негативних результатів СЕМ, з метою раціонального використання ресурсів;
- продовжувати роботу з керівниками ПТС, відділів (секторів) медичного забезпечення міжрегіональних управлінь з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції України щодо покращення співпраці між службами з питань удосконалення системи верифікації та обміну даними між службами у сфері ЕН за ВІЛ-інфекцією/СНІДом, переадресації ВІЛ-інфікованих осіб між медичними установами;
- проводити навчання фахівців РЦ СНІД з питань удосконалення ЕН за ВІЛ-інфекцією/СНІДом, відповідно до міжнародних стандартів та національних потреб;
- продовжити надання організаційно-методичної допомоги з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції шляхом здійснення моніторингових візитів до РЦ СНІД.

З метою удосконалення заходів профілактики у частині проведення консультиування і тестування на ВІЛ інфекцію:

- розглянути питання перегляду наказу МОЗ України від 11.05.2010 р. №388 через складність та низький рівень подачі інформації;
- розробити єдиний нормативно-правовий документ регламентації порядку звітності та зворотного зв'язку між ГО/МА/МП, що здійснюють ПТВ за допомогою ШТ, та закладами служби СНІДу, з метою створення чіткої системи переадресації людей з ВІЛ-позитивним результатом тестування та своєчасної постановки їх під МН;
- забезпечити систематичне підвищення кваліфікації та тематичного удосконалення осіб, відповідальних за узагальнення звітності щодо ПТВ.

З метою збільшення ефективності заходів щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини:

- у рамках підтримки Україною Глобального плану з усунення нових випадків зараження ВІЛ серед дітей і збереження життя матерів до 2030 року створити робочу групи з підготовки до валідації ліквідації передачі від матері дитині ВІЛ-інфекції та сифілісу в Україні при МОЗ України та розробити план ефективних дій;
- удосконалити та посилити систему моніторингу та оцінки програми ППМД шляхом внесення змін до наказу МОЗ України №612 від 03.08.2012 р. та створення електронного інструменту з моніторингу заходів програми ППМД;
- забезпечити контроль за розробкою та впровадженням локальних протоколів первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» у регіонах, на підставі УКПМД, затвердженого наказом МОЗ України від 16.05.2016 р № 449.;
- систематично проводити аналіз даних МіО заходів ППМД та відслідковувати прогрес ключових індикаторів програми ППМД з метою розробки стратегічного плану дій щодо подолання вертикальної трансмісії ВІЛ в Україні;
- підвищити та вдосконалити рівень знань медичних працівників у сфері профілактики вертикальної трансмісії шляхом проведення семінарів – нарад, тренінгів, конференцій з питань ППМД для різних спеціалістів на різних організаційних рівнях: медичних працівників (акушерська, педіатрична, наркологічна служби, співробітники лабораторної служби, викладачі кафедр медичних вищих учбових закладів та медичних коледжів), соціальних працівників, психологів соціальних служб.

З метою удосконалення системи моніторингу АРТ:

- розробити та впровадити в практику протоколи, інструменти та алгоритми оцінки індивідуальної прихильності ВІЛ-інфікованих пацієнтів до послуг з догляду та підтримки та АРТ;

- розробити та впровадити в дію план проведення навчання фахівців ЗОЗ всіх рівнів та форм власності, включаючи і середній медичний персонал, з питань особливостей моніторингу пацієнтів на АРТ. Відслідковувати пропуски планових візитів, моніторингу ранніх проявів побічних реакцій, посилити прихильність до терапії, тощо;
- спростити та зменшити об'єм паперової звітної документації за рахунок пришвидшення впровадження електронних форм обліку та звітності з функцією автоматичного формування затверджених звітних форм;
- забезпечити систематичне підвищення кваліфікації та тематичного удосконалення осіб, відповідальних за моніторинг АРТ, витрат та залишків АРВП, тощо, за роботу з електронними формами обліку та звітності, в т.ч. обробки даних в програмі Excel.

З метою посилення лабораторного компоненту:

- докласти зусиль до забезпечення сталого фінансування потреб країни на закупівлю лабораторного обладнання та ВМП, необхідних для якісного та надійного здійснення досліджень на ВІЛ-інфекцію;
- розробити навчальні програми та тренінги з питань лабораторного супроводу ВІЛ-інфекції для лабораторних фахівців з вищою та середньою медичною освітою з метою підвищення їх кваліфікації із залученням міжнародних експертів;
- удосконалити механізми міжвідомчої та міжсекторальної координації в управлінні якістю лабораторних досліджень у сфері ВІЛ/СНІДу.

З метою удосконалення фармацевтичного менеджменту при отриманні, зберіганні АРВП, ВМП та наданні АРТ:

- постійно здійснювати моніторинг стану забезпеченості АРВП, ВМП (тест-систем, реактивів, тощо) на національному рівні з метою прийняття управлінських рішень. Вчасно готувати проекти перерозподілів АРВП (при наявності листів структурних підрозділів охорони здоров'я обласних Державних адміністрацій та при наявності можливостей);
- здійснювати на національному рівні постійний моніторинг термінів придатності АРВП та ВМП, контроль за цільовим і раціональним їх використанням.

На регіональному рівні:

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

Для удосконалення системи епідмоніторингу:

- сприяти налагодженню та покращенню взаємодії між регіональною службою профілактики та боротьби зі СНІДом, іншими службами різного профілю (фтизіатрична, наркологічна, дерматовенерологічна, трансфузіологічна, патологоанатомічна та ін.), недержавним сектором, установами ДКВС України, шляхом розробки на рівні регіону

відповідних нормативних документів, проведення нарад, робочих зустрічей щодо поліпшення якості та повноти регіональних даних у сфері ВІЛ/СНІДу та своєчасності взяття ВІЛ-інфікованих осіб під МН у регіоні;

- здійснювати контроль за достовірністю даних та об'єктивну оцінку показників, що характеризують епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції у регіоні;
- розглядати на засіданні колегії стан епідситуації з ВІЛ-інфекції, організації та надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам та хворим на СНІД в області, щороку до 1 березня. Про проведену роботу інформувати ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» до 1 квітня;
- забезпечити фінансування витрат на закупівлю тест-систем для обстежень осіб контингенту з ГПР (ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ, пацієнти з ІПСШ);
- сприяти запровадженню у практику діяльності донорської служби ефективних методів відбору донорів, з метою вилучення з їх числа осіб з факторами ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ;
- у випадку підозри на інфікування ВІЛ осіб через компоненти або препарати донорської крові терміново ініціювати епідеміологічне розслідування із залученням фахівців національного рівня.

З метою посилення лабораторного компоненту:

- забезпечити вчасну професійну підготовку необхідної кількості фахівців, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, особливо, за напрямом «Вірусологія» («Мікробіологія», «Бактеріологія») та відпрацювати ефективні шляхи співпраці із закладами до- та післядипломної освіти для лікарів та середнього медичного персоналу;
- налагодити ефективну комунікацію та організаційні взаємозв'язки між ЗОЗ, де проводяться дослідження з визначення кількості CD4 лімфоцитів з використанням портативних аналізаторів Alere PIMA™, та ГО, у тому числі мобільними амбулаторіями.

З метою удосконалення проведення консультування і тестування на ВІЛ інфекцію:

- організувати тематичне удосконалення з питань ПТВ для фахівців ЗОЗ, які проводять консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію;
- впровадити супервізію з питань ПТВ на регіональному рівні.

З метою збільшення ефективності заходів щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини:

- забезпечити впровадження локальних протоколів первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» на підставі УКПМД, затвердженого наказом МОЗ України № 449 від 16.05.2016 р. у відповідних регіональних ЗОЗ;

- забезпечити ЗОЗ штучними адаптованими сумішами для немовлят, народжених ВІЛ-інфікованими жінками;
- сприяти налагодженню взаємодії ЗОЗ та недержавного сектору з метою поліпшення якості соціально-психологічного супроводу та патронажу ВІЛ-інфікованих вагітних, матерів та їх дітей;
- у випадках смерті дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з невідомим ВІЛ-статусом забезпечити виконання наказу МОЗ України від 12.05.1992 р. № 81 «Про розвиток та удосконалення патологоанатомічної служби в Україні», зі змінами, внесеними наказом МОЗ України від 16.08.1996 р. № 266 щодо проведенням патологоанатомічного розтину дитини з метою уточнення діагнозу ВІЛ-інфекції;
- здійснювати контроль та об'єктивну оцінку показників, що характеризують стан виконання заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини;
- посилити профілактичні заходи спільно з акушерсько-гінекологічною службою щодо попередження інфікування ВІЛ жінок під час вагітності шляхом розробки відповідних нормативних документів, проведення сумісних нарад, робочих зустрічей тощо;
- поширити послуги з консультування та планування сім'ї для жінок репродуктивного віку з метою профілактики ВІЛ-інфекції та захисту від небажаної вагітності, інтегрувати такі послуги у профілактичні програми для молоді;
- сприяти впровадженню інформаційно-освітніх програм серед населення репродуктивного віку щодо профілактики ВІЛ-інфекції та формування здорового способу життя, передусім серед підлітків та молоді.

З метою удосконалення системи моніторингу АРТ:

- посилити контроль за вчасністю збору звітної документації щодо АРТ (звітні форми №56 та №57) від сайтів АРТ регіону та надання узагальнених даних до національного рівня. Сайтам АРТ забезпечити наявність оригіналів звітних форм в паперовому вигляді з відповідним оформленням;
- перевірити достовірність даних щодо розподілу пацієнтів за рядами, в т.ч. переглянути облікову медичну документацію пацієнтів на АРТ, які отримують схеми АРТ 2 та 3 рядів, щодо наявності відповідних критеріїв (при порівнянні звітних даних подібних за станом ситуації щодо ВІЛ в регіонах спостерігається досить різні частки пацієнтів на схемах АРТ 2 та 3 ряду);
- налагодити роботу щодо реагування на всі випадки побічних реакцій (далі - ПР), які були причиною заміни схеми АРТ та подання карт повідомлень про ПР (Форма N 137/о)(за даними звітної форми № 57 спостерігається значно більша кількість випадків заміни схем АРТ ніж подається повідомлень про ПР). Потребує покращення облік випадків

побічних реакцій та/або відсутності ефективності лікарського засобу при його медичному застосуванні;

- здійснити уточнення кількості пацієнтів, які мають показання до початку АРТ, враховуючи «Зміни до Клінічного протоколу АРТ у дорослих та підлітків, наказ МОЗ України від 22.12.2015 № 887; у звітній формі № 56 (табл. 1000, граф. 2) та вказувати актуальну кількість осіб, які потребують, але не отримують АРТ (за даними звітної форми № 56 показники охоплення АРТ не відповідають (і є значно нижчими) показнику охоплення АРТ пацієнтів активної диспансерної групи);
- налагодити систематичну звірку однакових даних, які подаються в різних звітних формах (при звірці даних між звітною формою № 56 та електронним інструментом обліку АРВП виявляються розбіжності в даних щодо кількості осіб, які отримують АРТ в розрізі схем);
- забезпечити дотримання збалансованості препаратів в схемах АРТ, відповідно до поставлених співвідношень АРВП. При призначенні стартових схем АРТ пацієнтам програми PEPFAR дотримуватись співвідношень наявних АРВП.
- здійснювати регулярну оцінку потреби в подальшій децентралізації АРТ в межах регіону, з урахуванням епідеміологічно-територіальних особливостей районів області та з відповідним навчанням фахівців сайтів АРТ, що створюються.

З метою подальшого розвитку програм ЗПТ:

- забезпечити координацію та міжвідомчу взаємодію між ЗОЗ, центром СНІДу, протитуберкульозним диспансером та іншими державними установами і структурами, які здійснюють медичний та психосоціальний супровід клієнтів ЗПТ. Налагодити співпрацю з недержавними організаціями області, сприяти інтеграції послуг для клієнтів ЗПТ, з метою подальшого розвитку ЗПТ в області, підвищення ефективності впровадження ЗПТ для хворих на опіоїдну залежність;
- оптимізувати та збалансувати систему поставок препаратів ЗПТ відповідно до національних графіків поставок та виходячи з граничних об'ємів зберігання наркотичних препаратів на аптечних складах (тримісячний об'єм) та в ЗОЗ (місячний об'єм), за потреби сприяти затвердженню наказів щодо відповідних обсягів зберігання;
- своєчасно вносити зміни до відповідних регіональних наказів з метою раціонального розподілу препаратів ЗПТ та виконання цільових показників з набору пацієнтів в межах регіону.

З метою удосконалення фармацевтичного менеджменту при отриманні, зберіганні АРВП і ВМП та наданні АРТ:

- постійно здійснювати моніторинг стану забезпеченості АРВП і ВМП на регіональному рівні, з метою прийняття відповідних управлінських рішень;

- структурним підрозділам охорони здоров'я обласних Державних адміністрацій вчасно готувати листи щодо потреби у перерозподілі АРВП і ВМП;
- здійснювати постійний моніторинг термінів придатності АРВП і ВМП та контроль за цільовим і раціональним їх використанням;
- забезпечити контроль за дотриманням в РЦС правил зберігання ЛЗ, особливо належного температурного режиму та відносної вологості повітря в приміщеннях для зберігання ЛЗ;
- забезпечити контроль за дотриманням в РЦС ведення форм первинної облікової документації щодо обліку ЛЗ, відповідно до наказу МОЗ України від 21.03.2012 №182 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфікованих осіб та інструкцій щодо їх заповнення».

II. Регіональним центрам профілактики та боротьби зі СНІДом

З метою удосконалення системи епідмоніторингу:

- посилити заходи з верифікації даних та покращити якість даних, що подаються на національний рівень (усі РЦ СНІД);
- забезпечити дотримання вимог нормативно-правових актів щодо захисту інформації про результати тестування на виявлення ВІЛ, дотримання заходів належного зберігання конфіденційної інформації та захисту від розголошення даних, які становлять лікарську таємницю (усі РЦ СНІД);
- ініціювати збільшення питомої ваги обстежених на ВІЛ-інфекцію осіб контингенту з ГПР (ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ, пацієнти з ІПСШ) серед загальної кількості обстежених осіб (за виключенням донорів та вагітних) як груп, які відіграють вирішальну роль у визначенні подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції (РЦ СНІД Вінницької, Волинської, Житомирської, Закарпатської, Запорізької, Івано-Франківської, Кіровоградської, Луганської, Полтавської, Рівненської, Тернопільської, Херсонської, Чернівецької, Чернігівської областей);
- проводити роботу щодо залучення осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами, до обстеження на ВІЛ-інфекцію з профілактичною метою (усі РЦ СНІД). Звернути увагу на високий рівень поширеності ВІЛ за кодом 101, у порівнянні з аналогічним середнім показником по країні (понад 13,5%), проаналізувати показники на субрегіональному рівні та посилити заходи щодо попередження інфікування ВІЛ статевим шляхом (РЦ СНІД Вінницької, Донецької, Житомирської, Закарпатської, Івано-Франківської, Кіровоградської, Миколаївської, Одеської, Тернопільської, Харківської, Чернівецької, Чернігівської областей та м. Києва);
- сприяти запровадженню у практику діяльності донорської служби ефективних методів відбору донорів з метою вилучення з їх числа осіб з факторами ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ (усі РЦ СНІД).

Проаналізувати високі регіональні показники інфікованості ВІЛ первинних донорів крові та її компонентів (код 108.1) та причини перевищення ними середнього рівня по країні (понад 0,15%) (РЦ СНІД Дніпропетровської, Донецької, Житомирської, Кіровоградської, Луганської, Миколаївської, Одеської, Черкаської, Чернігівської областей);

- аналізувати випадки виявлення ВІЛ-позитивних кадрових донорів по територіях регіону, запровадити заходи щодо утилізації карантинізованої потенційно ВІЛ-інфікованої плазми (усі РЦ СНІД);
- у випадку підозри на інфікування ВІЛ осіб через компоненти або препарати донорської крові терміново ініціювати епідеміологічне розслідування із залученням фахівців національного рівня. Матеріали та висновки епідеміологічного розслідування надавати до ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (усі РЦ СНІД);
- проводити ревізію усіх випадків виявлення ВІЛ-позитивних вагітних при повторному обстеженні на наявність ВІЛ-інфекції (коди 109.2, 109.3) та посилити профілактичні заходи спільно з акушерсько-гінекологічною службою щодо попередження інфікування ВІЛ жінок під час вагітності (усі РЦ СНІД);
- ініціювати обстеження на ВІЛ-інфекцію усіх медичних працівників, у яких зареєстровано контакт, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами. Забезпечити дотримання вимог наказу МОЗ України № 148 від 17.03.15р. при підтвердженні підтвердження зв'язку зараження ВІЛ-інфекцією з виконанням працівником своїх професійних обов'язків (усі РЦ СНІД);
- посилити роботу щодо повноти реєстрації нових випадків інфікування ВІЛ та здійснювати заходи щодо підвищення охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком (не нижче 75%) шляхом забезпечення проведення якісних ПТВ на ВІЛ-інфекцію, ефективної переадресації ВІЛ-позитивних осіб від ГО/ЗОЗ/МА/МП до закладів служби профілактики та боротьби зі СНІДом (РЦ СНІД Вінницької, Донецької, Житомирської, Івано-Франківської, Кіровоградської, Одеської, Хмельницької, Чернівецької областей та м. Києва);
- здійснювати заходи щодо своєчасного взяття під МН ВІЛ-інфікованих осіб та попередження випадків пізнього виявлення ВІЛ-інфекції. Звернути увагу на високу частку осіб з III-IV клінічними стадіями ВІЛ-інфекції та/або зі ступенем імуносупресії < 350 кл/мкл CD4 серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (понад 55%) (РЦ СНІД Вінницької, Волинської, Дніпропетровської, Закарпатської, Миколаївської, Одеської, Харківської, Херсонської, Хмельницької, Чернігівської областей та м. Києва);

- посилити заходи щодо активізації та покращення якості МН за ВІЛ-інфікованими особами. Звернути увагу на низьку частку осіб групи активного МН серед ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку (нижче 80%) (РЦ СНІД Дніпропетровської, Донецької, Львівської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської, Херсонської, Хмельницької, Чернігівської областей);
- звернути увагу на високу частку осіб віком 15-24 років серед нових випадків інфікування ВІЛ, у порівнянні з відповідним середнім показником по Україні (понад 5,2%) та сприяти посиленню заходів з первинної профілактики ВІЛ-інфекції, спрямованих на зміну ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки серед підлітків та молоді (РЦ СНІД Вінницької, Житомирської, Закарпатської, Івано-Франківської, Кіровоградської, Львівської, Полтавської, Рівненської, Тернопільської, Харківської, Черкаської областей та м. Києва);
- посилити роботу з первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед сільського населення на субрегіональному рівні. Звернути увагу на збільшення частки нових випадків ВІЛ-інфекції серед мешканців села (РЦ СНІД Івано-Франківської, Кіровоградської, Полтавської, Сумської, Харківської, Хмельницької областей);
- мінімізувати кількість випадків ВІЛ-інфекції з невизначеним шляхом передачі ВІЛ через забезпечення покращення якості післятестових консультувань та підвищення ефективності епідеміологічних розслідувань, в т.ч. щодо випадків офіційної реєстрації ВІЛ-інфікованих осіб після смерті (РЦ СНІД Донецької, Київської, Миколаївської, Сумської областей та м. Києва);
- забезпечити систематичний аналіз станів та хвороб у ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під МН, та подачу достовірних регіональних звітних даних на національний рівень (усі РЦ СНІД);
- проводити систематично протягом року роботу з верифікації та обміну даними між службою СНІДу та ПТС. Звернути увагу на обґрунтування виявлених розбіжностей між звітними даними двох служб по вперше зареєстрованих випадках коінфекції ВІЛ/ТБ та ВДТБ у регіональних звітах (усі РЦ СНІД);
- спрямувати роботу обох служб на раннє виявлення ВІЛ-позитивного статусу та ТБ, своєчасне призначення лікування обох хвороб, зменшення смертності від ТБ/ВІЛ та на ефективну профілактику поширення зазначених інфекцій серед загальної популяції. Забезпечити широке інформування та мотивування пацієнтів до обстеження на наявність антитіл до ВІЛ та проведення скринінгу на ТБ у ЗОЗ обох служб, у комплексі з наданням якісних консультаційних послуг (усі РЦ СНІД);
- забезпечити обстеження ВІЛ-інфікованих осіб віком 15 років та старше, які вперше у житті взяті під МН, на визначення абсолютної або відносної

кількості CD4 лімфоцитів (не менше 90%), маркери вірусних гепатитів (не менше 80%) (усі РЦ СНІД);

- надавати пояснення про дітей, які виявлені за епідеміологічними та клінічними показами, а також про летальні випадки серед дітей до ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (усі РЦ СНІД);
- не допускати несвоєчасну постановку на облік та зняття з обліку дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Проводити розбір кожного випадку встановлення негативного результату обстеження на ВІЛ-інфекцію у дитини одразу після народження від ВІЛ-інфікованої матері (усі РЦ СНІД);
- забезпечити залучення усіх дітей віком до 14 років, які перебувають під МН з приводу ВІЛ-інфекції, до медичного обстеження хоча б один раз у звітному році та включення їх до групи активного МН у звітності з РЕН за ВІЛ-інфекцією (усі РЦ СНІД);
- проводити звірку даних обліку та звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу з відповідальними фахівцями установ виконання покарань, слідчих ізоляторів, підпорядкованих Міністерству юстиції України, протягом року систематично. Забезпечити формування звітних даних по міжрегіональних управліннях з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції України відповідно до вимог наказу МОЗ України №180 від 05.03.13р. (усі РЦ СНІД);
- посилити координуючу роль РЦ СНІД в налагодженні в установах виконання покарань, слідчих ізоляторах, підпорядкованих Міністерству юстиції України, вчасного охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком, своєчасного обміну інформацією з іншими регіонами щодо таких ВІЛ-інфікованих осіб, які змінюють місце проживання, з урахуванням вимог нормативної бази, з метою попередження подвійного/повторного обліку ВІЛ-інфікованих осіб (усі РЦ СНІД);
- здійснювати контроль за дотриманням вимог наказів МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення», від 03.12.2015 р. № 816 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 05 березня 2013 р. № 180» та систематично аналізувати причини зняття з обліку на регіональному (локальному) рівні (усі РЦ СНІД);
- попереджувати практику необґрунтованого зняття з під нагляду ВІЛ-інфікованих осіб, з метою повноти охоплення ВІЛ-інфікованих осіб МН та отримання більш реальної оцінки показників поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу за даними ЕН (усі РЦ СНІД);
- розробити та впроваджувати на субрегіональному рівні заходи щодо покращення якості медичного спостереження та ЕН за ВІЛ-інфікованими особами. Попереджувати зняття з-під нагляду ВІЛ-інфікованих осіб по причині невідомого місцеперебування та мінімізувати кількість пацієнтів,

яких знято з обліку як таких, що не з'являлись до ЗОЗ більше 5 років (РЦ СНІД Закарпатської, Запорізької, Київської, Кіровоградської, Львівської, Миколаївської, Одеської, Херсонської, Хмельницької, Черкаської областей та м. Києва);

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

З метою удосконалення лабораторного компоненту:

- керівникам Вінницького, Дніпропетровського, Полтавського, Рівненського, Харківського, Херсонського, Черкаського обласних, Криворізького та Маріупольського МЦПБС терміново вирішити питання щодо забезпечення лабораторій ЗОЗ фахівцями необхідної спеціалізації для виконання молекулярно-генетичних досліджень;
- підсилити методичну, навчальну та контрольну-аналітичну функцію лабораторій РЦ СНІД.

З метою подальшого розвитку програм ЗПТ:

- привести середні дозування пацієнтів ЗПТ до рекомендованих, для метадону гідрохлориду (таблетки та розчин оральний) – 100 мг/добу на пацієнта, для бупренорфіну гідрохлориду (таблетки сублінгвальні) – 12

мг/добу на пацієнта. За умови неможливості приведення дозувань до середніх рекомендованих в межах закладу, звернутися до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я щодо внесення змін у відповідні регіональні накази та забезпечення нестачі препаратів ЗПТ за рахунок економії в інших ЗОЗ в межах регіону (Харківська область, м. Київ).

З метою підвищення ефективності заходів щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини:

- проводити планове тестування на ВІЛ-інфекцію партнерів-чоловіків ВІЛ-інфікованих вагітних для виявлення дискордантних пар та негайного початку АРТ для всіх ВІЛ-позитивних членів дискордантних пар, виявлених під час вагітності (усі РЦ СНІД).
- здійснити заходи щодо своєчасного взяття під МН ВІЛ-інфікованих вагітних з метою здійснення заходів ППМД (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Івано-Франківська, Київська, Одеська, Херсонська області);
- посилити заходи з ППМД серед вагітних, які інфікувалися ВІЛ внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків (Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Львівська, Одеська, Полтавська, Харківська, Хмельницька області, м. Київ);
- налагодити співпрацю акушерів-гінекологів та лікарів-наркологів щодо спільного медичного спостереження за ВІЛ-інфікованими вагітними, які вживають ін'єкційні наркотики;
- налагодити чітку взаємодію акушерської та педіатричної служб з ВІЛ-сервісними ГО, розробити порядок та забезпечити дієвість системи перенаправлень ВІЛ-позитивних жінок із груп ризику до центрів СНІДу з метою постановки під МН та формування прихильності до антиретровірусного лікування;
- звернути увагу на високу частку ВІЛ-інфікованих вагітних, які були доставлені в акушерський стаціонар у першому, потужному періоді пологів та після пологів (понад 30%), посилити співпрацю з акушерською службою щодо своєчасної госпіталізації ВІЛ-інфікованих породіль відповідно до чинного законодавства (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Херсонська, Черкаська, Чернігівська області, м. Київ);
- поширити впровадження у акушерську практику проведення елективних кесаревих розтинів у ВІЛ-інфікованих вагітних з метою зниження передачі ВІЛ від матері до дитини, відповідно до міжнародних стандартів та рекомендацій (Вінницька, Дніпропетровська, Закарпатська, Київська, Запорізька, Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Полтавська, Тернопільська, Херсонська, Черкаська, Чернігівська області, м. Київ);
- посилити заходи щодо виключення грудного вигодовування та забезпечити штучним вигодовуванням дітей, народжених ВІЛ-

інфікованими жінками (АР Крим, Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Закарпатська, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Херсонська, Чернігівська області, м. Севастополь);

- забезпечити своєчасне проведення лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції методами ПЛР та ІФА/ІБ дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями, відповідно до чинного законодавства (АР Крим, Волинська, Донецька, Київська, Луганська, Харківська області, м. Севастополь);
- встановити дієве партнерство: міжсекторальне - між медичними службами (акушерською, педіатричною, наркологічною тощо) та міжвідомче – між медичними та соціальною службами для забезпечення ефективного медико-соціального супроводу ВІЛ-інфікованої жінки під час вагітності, пологів та після пологів (усі РЦ СНІД);
- удосконалити співпрацю із соціальними службами для роботи з ВІЛ-інфікованою вагітною із соціально неадаптованих сімей на антенатальному етапі та одразу після пологів (усі РЦ СНІД);
- удосконалити акушерські практики, що базуються на принципах доброзичливості до матері та дитини, включаючи надання допомоги ВІЛ-позитивним жінкам в пологах та після них. Проводити роботу щодо зниженні рівня стигматизації ВІЛ-інфікованих батьків та їх дітей, які відмовляються від дообстеження та МН дитини у центрі СНІДу (усі РЦ СНІД);
- проводити аналіз кожного випадку інфікування ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, результати розслідування надсилати до ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» згідно з вимогами наказу МОЗ України № 612 від 03.08.2012 р (усі РЦ СНІД);
- забезпечити контроль за випадками смерті дітей з невідомим ВІЛ-статусом та проведенням їм патологоанатомічного розтину з метою уточнення діагнозу ВІД-інфекції (усі РЦ СНІД);
- проводити звірку даних щодо ВІЛ-інфікованих вагітних та дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, за формами звітності з ЕН наказ (МОЗ України №180 від 05.03.13р.) та моніторингу заходів ППМД (наказ МОЗ України № 612 від 03.08.2012 р.) (усі РЦ СНІД).

III. Установам ДКВС України

- гармонізувати політику охорони здоров'я у в'язницях з національною політикою у сфері охорони здоров'я та забезпечити в установах ДКВС України медичного обслуговування такої ж якості та рівня, як у цивільному секторі;
- розширити масштаб програм щодо запобігання ВІЛ-інфікування в установах ДКВС України та вживати комплексних заходів щодо профілактики ВІЛ;
- поліпшити умови утримання ув'язнених та здійснення інших реформ ДКВС України;

- посилити співпрацю між фахівцями установ ДКВС України та ЗОЗ служби СНІДу регіонального рівня;
- впровадити заходи, спрямовані на проведення регулярного безперервного МН за ВІЛ-інфікованими хворими, з метою покращення якості та продовження тривалості життя пацієнтів;
- впровадити ЗПТ в закладах ДКВС України;
- розпочати впровадження медичної інформаційної системи «ВІЛ-інфекція в Україні» в установах ДКВС України;
- розробити методичні рекомендації з МіО епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції, що включають Алгоритми дій при переведенні пацієнта між установами ДКВС України та з установ ДКВС України до ЗОЗ служби СНІДу;
- посилити дослідницьку та аналітичну можливість з метою отримання актуальних і достовірних даних ЕН для прийняття стратегічних рішень у сфері ВІЛ (спеціальні дослідження, прогнозування ситуації, тощо).

Таблиця 1. Результати сероепідмоніторингу поширення ВІЛ за результатами серологічної діагностики в Україні у 2016 році¹

Коди	Контингенти осіб, які обстежені на ВІЛ-інфекцію	Обстежено ² осіб	Виявлено ³ ВІЛ+ осіб	%
100	Громадяни України - всього, в т.ч. за окремими кодами:	2 343 383	23 174	0,99
101	особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами	12 374	1 674	13,53
102	люди, які вживають ін'єкційні наркотики	163 567	2 309	1,41
103	особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом	33 816	368	1,09
104	особи із симптомами або хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом	40 103	422	1,05
105	особи з ризикованою статевою поведінкою	115 784	1 493	1,29
106	призовники, абітурієнти військових закладів	107 510	387	0,36
107	особи з інших груп ризику щодо інфікування ВІЛ, обстежені за епідеміологічними показаннями	37 758	399	1,06
108	донори	613 410	578	0,09
109.1	вагітні	412 653	1 314	0,32
111	діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, обстежені з метою остаточного встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції у віці 18 місяців і старші	2 902	28	0,96
112	особи, які перебувають у місцях позбавлення волі	28 991	1 228	4,24
113	особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою в заклад охорони здоров'я	291 140	6 303	2,16
114	особи, обстежені анонімно	32 494	988	3,04
115	особи, які мають ризик інфікування ВІЛ унаслідок медичних маніпуляцій за епідеміологічними показаннями	1 215	0	0
116	особи, обстежені за власною ініціативою	446 102	2 794	0,63
119	померлі особи	797	93	11,67

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

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

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

**Таблиця 2. Результати сероепідмоніторингу поширення ВІЛ
за результатами обстежень за допомогою швидких тестів (ШТ) в Україні у 2016 році¹**

Коди	Контингенти осіб, які обстежені на ВІЛ-інфекцію	Обстежено ² осіб	структура тестування за контингентами обстеження, %	% від загальної кількості обстежених осіб за відповідним кодом
100	Громадяни України – всього ³ , в т.ч. за окремими кодами	402 601	100	17,2
101	особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами	6 235	1,5	50,4
102	люди, які вживають ін'єкційні наркотики	149 352	37,1	91,3
103	особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом	33 401	8,3	98,8
104	особи із симптомами або хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом	8 726	2,2	21,8
105	особи з ризикованою статевою поведінкою	55 730	13,8	48,1
107	особи з інших груп ризику щодо інфікування ВІЛ, обстежені за епідеміологічними показаннями	9 769	2,4	25,9
109.1	вагітні, обстежені вперше протягом вагітності незалежно від терміну вагітності	6 286	1,6	1,5
109.2	вагітні, обстежені повторно протягом вагітності при ВІЛ-негативному результаті за кодом 109.1	6 115	1,5	1,6
112	особи, які перебувають у місцях позбавлення волі	25 329	6,3	87,4
113	особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою в заклад охорони здоров'я, всього	52 177	13,0	17,9
113/тбц	у тому числі обстежені у: ЗОЗ, що надають допомогу хворим на туберкульоз	15 591	3,9	37,5
113/інф	ЗОЗ інфекційного профілю	8 014	2,0	26,0
113/ін	ЗОЗ інших профілів	28 572	7,1	13,1
114	особи, обстежені анонімно	5 992	1,5	18,4
116	особи, обстежені за власною ініціативою	37 336	9,3	8,4

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

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

³ за повним переліком СЕМ

Коди	Контингенти осіб, які обстежені на ВІЛ-інфекцію	Виявлено ⁴ ВІЛ+ осіб	структура позитивних результатів за контингентами обстеження, %	% від загальної кількості виявлених ВІЛ+ осіб за відповідним кодом
100	Громадяни України – всього ⁵ , в т.ч. за окремими кодами	3 907	100,0	16,9
101	особи, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами	456	11,7	27,2
102	люди, які вживають ін'єкційні наркотики	852	21,8	36,9
103	особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом	199	5,1	54,1
104	особи із симптомами або хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом	70	1,8	16,6
105	особи з ризикованою статевою поведінкою	403	10,3	27,0
107	особи з інших груп ризику щодо інфікування ВІЛ, обстежені за епідеміологічними показаннями	53	1,4	13,3
109.1	вагітні, обстежені вперше протягом вагітності незалежно від терміну вагітності	78	2,0	5,9
109.2	вагітні, обстежені повторно протягом вагітності при ВІЛ-негативному результаті за кодом 109.1	2	0,1	6,9
112	особи, які перебувають у місцях позбавлення волі	494	12,6	40,2
113	особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою в заклад охорони здоров'я, всього	1 038	26,6	16,5
113/тбц	у тому числі обстежені у: ЗОЗ, що надають допомогу хворим на туберкульоз	286	7,3	20,5
113/інф	ЗОЗ інфекційного профілю	197	5,0	20,6
113/ін	ЗОЗ інших профілів	555	14,2	14,0
114	особи, обстежені анонімно	61	1,6	6,2
116	особи, обстежені за власною ініціативою	168	4,3	6,0

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

⁵ за повним переліком СЕМ

Таблиця 3. Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції серед донорів у 2016 році¹

Регіони	Донори, всього код 108			Первинні (разові) донори код 108.1		
	обстеження	позитивні	%	обстеження	позитивні	%
Україна	613 410	578	0,09	376 677	549	0,15
Вінницька	16 892	4	0,02	14 155	4	0,03
Волинська	25 527	18	0,07	23 450	18	0,08
Дніпропетровська	67 928	113	0,17	38 094	109	0,29
Донецька	28 867	46	0,16	17 750	42	0,24
Житомирська	12 288	15	0,12	7 888	15	0,19
Закарпатська	13 363	7	0,05	13 013	7	0,05
Запорізька	42 082	28	0,07	18 589	26	0,14
Івано-Франківська	17 728	17	0,10	13 932	16	0,11
Київська	15 388	5	0,03	10 947	5	0,05
Кіровоградська	11 065	20	0,18	7 518	20	0,27
Луганська	12 052	6	0,05	2 113	4	0,19
Львівська	26 120	17	0,07	24 357	17	0,07
Миколаївська	29 494	42	0,14	17 716	38	0,21
Одеська	31 829	63	0,20	22 965	63	0,27
Полтавська	17 892	13	0,07	9 060	13	0,14
Рівненська	12 742	10	0,08	6 794	9	0,13
Сумська	47 746	6	0,01	8 585	4	0,05
Тернопільська	11 912	7	0,06	4 561	4	0,09
Харківська	31 991	17	0,05	29 278	17	0,06
Херсонська	12 885	10	0,08	6 240	9	0,14
Хмельницька	33 067	25	0,08	22 187	25	0,11
Черкаська	15 484	27	0,17	10 441	26	0,25
Чернівецька	10 301	4	0,04	3 933	4	0,10
Чернігівська	14 677	16	0,11	7 977	13	0,16
м. Київ	54 090	42	0,08	35 134	41	0,12

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 4. Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних у 2016 році¹

Регіони	Вагітні (первинне обстеження) код 109.1			Вагітні 15-24 років коди 109.1.1 + 109.1.2			Вагітні (друге обстеження) код 109.2		
	обстежено	позитивні	%	обстежено	позитивні	%	обстежено	позитивні	%
Україна	412 653	1 314	0,32	112 359	283	0,25	377 316	29	0,01
Вінницька	15 669	23	0,15	5 019	2	0,04	14 399	0	0
Волинська	13 259	15	0,11	4 729	1	0,02	12 226	0	0
Дніпропетровська	36 418	189	0,52	11 405	52	0,46	26 902	3	0,01
Донецька	15 033	135	0,90	2 952	14	0,47	12 666	5	0,04
Житомирська	13 039	47	0,36	4 105	14	0,34	11 689	5	0,04
Закарпатська	17 602	12	0,07	4 352	4	0,09	10 834	0	0
Запорізька	17 694	37	0,21	4 360	0	0	15 555	2	0,01
Івано-Франківська	19 899	10	0,05	7 191	6	0,08	15 492	1	0,01
Київська	13 371	64	0,48	5 071	18	0,35	17 697	1	0,01
Кіровоградська	9 954	42	0,42	632	15	2,37	8 912	0	0
Луганська	4 909	20	0,41	958	2	0,21	4 483	0	0
Львівська	26 991	39	0,14	9 537	12	0,13	26 061	0	0
Миколаївська	11 246	59	0,52	2 642	15	0,57	10 686	1	0,01
Одеська	28 657	188	0,66	8 409	48	0,57	27 351	3	0,01
Полтавська	13 255	31	0,23	3 750	7	0,19	12 882	2	0,02
Рівненська	16 803	17	0,10	3 217	4	0,12	16 627	0	0
Сумська	8 964	16	0,18	3 274	4	0,12	12 295	0	0
Тернопільська	10 196	10	0,10	4 647	3	0,06	9 267	0	0
Харківська	26 813	51	0,19	6 427	10	0,16	22 682	0	0
Херсонська	11 455	42	0,37	3 570	13	0,36	9 823	2	0,02
Хмельницька	13 907	22	0,16	4 627	7	0,15	11 670	0	0
Черкаська	11 982	36	0,30	3 026	9	0,30	10 284	1	0,01
Чернівецька	11 505	11	0,10	2 366	0	0	10 065	1	0,01
Чернігівська	8 956	38	0,42	1 661	7	0,42	9 678	1	0,01
м. Київ	35 076	160	0,46	4 432	16	0,36	37 090	1	0,003

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 5. Відсоток обстежених на ВІЛ-інфекцію та виявлених ВІЛ-позитивних осіб з груп підвищеного ризику (ГПР) за кодами 101.2, 102, 103, 104 та 105.2 від загальної кількості обстежених та виявлених ВІЛ-позитивних осіб (за виключенням донорів та вагітних) у 2016 році¹

Регіони	Обстежені особи на ВІЛ-інфекцію			Виявлені ВІЛ-позитивні особи		
	Кількість обстежених осіб	З них - кількість обстежених осіб з ГПР	%	Кількість виявлених осіб	З них - кількість виявлених осіб з ГПР	%
Україна	1 317 320	265 308	20,1	21 253	3 154	14,8
Вінницька	30 344	3 544	11,7	394	56	14,2
Волинська	59 327	3 079	5,2	251	18	7,2
Дніпропетровська	139 952	37 069	26,5	3 669	499	13,6
Донецька	69 580	16 831	24,2	1 846	159	8,6
Житомирська	36 055	5 338	14,8	574	80	13,9
Закарпатська	41 065	1 451	3,5	122	6	4,9
Запорізька	77 413	12 429	16,1	733	108	14,7
Івано-Франківська	30 011	1 662	5,5	215	37	17,2
Київська	44 655	11 404	25,5	1 213	395	32,6
Кіровоградська	20 842	1 501	7,2	565	74	13,1
Луганська	39 648	4 170	10,5	289	39	13,5
Львівська	35 446	9 831	27,7	509	94	18,5
Миколаївська	55 017	13 493	24,5	1 084	212	19,6
Одеська	110 522	32 048	29,0	3 089	183	5,9
Полтавська	27 808	3 549	12,8	417	66	15,8
Рівненська	47 310	4 260	9,0	289	34	11,8
Сумська	29 802	8 193	27,5	239	43	18,0
Тернопільська	16 644	2 271	13,6	110	7	6,4
Харківська	91 703	18 561	20,2	707	103	14,6
Херсонська	39 991	6 678	16,7	593	61	10,3
Хмельницька	29 228	5 832	20,0	261	29	11,1
Черкаська	65 041	12 721	19,6	606	101	16,7
Чернівецька	36 820	4 281	11,6	130	18	13,8
Чернігівська	27 536	4 298	15,6	440	56	12,7
м. Київ	115 560	40 814	35,3	2 908	676	23,2

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 6. Результати сероепідмоніторингу поширення ВІЛ серед осіб з груп підвищеного ризику у 2016 році¹

Регіони	Люди, які вживають ін'єкційні наркотики, код 102				Особи, які надають сексуальні послуги за винагороду, код 105.2			
	обстежено осіб		виявлено	%	обстежено осіб		виявлено	%
	всього	у т.ч. за допомогою ШТ			всього	у т.ч. за допомогою ШТ		
Україна	163 567	149 352	2 309	1,4	27 426	26 046	39	0,1
Вінницька	2 451	2 198	37	1,5	340	340	6	1,8
Волинська	1 294	1 147	7	0,5	430	413	1	0,2
Дніпропетровська	22 040	19 565	388	1,8	2 984	2 973	1	0,0
Донецька	14 356	12 752	133	0,9	846	254	8	0,9
Житомирська	3 692	3 396	59	1,6	576	574	0	0,0
Закарпатська	505	442	2	0,4	171	166	0	0,0
Запорізька	6 685	5 753	87	1,3	700	679	2	0,3
Івано-Франківська	500	205	25	5,0	2	1	2	100,0
Київська	9 002	8 646	340	3,8	369	89	6	1,6
Кіровоградська	173	68	46	26,6	6	0	0	0,0
Луганська	3 741	3 741	38	1,0	12	12	0	0,0
Львівська	6 279	5 650	64	1,0	1 155	1 155	0	0,0
Миколаївська	6 716	5 921	178	2,7	2 095	2 082	1	0,0
Одеська	21 538	21 111	114	0,5	4 398	4 397	1	0,0
Полтавська	2 249	1 233	51	2,3	299	284	0	0,0
Рівненська	2 598	2 310	20	0,8	365	360	0	0,0
Сумська	4 990	4 472	29	0,6	1 097	1 096	0	0,0
Тернопільська	994	894	4	0,4	279	279	0	0,0
Харківська	9 729	9 150	65	0,7	2 648	2 648	0	0,0
Херсонська	4 438	3 939	50	1,1	553	551	0	0,0
Хмельницька	3 559	3 304	11	0,3	610	541	0	0,0
Черкаська	8 801	8 324	87	1,0	1 285	1 181	0	0,0
Чернівецька	3 030	2 231	16	0,5	350	350	0	0,0
Чернігівська	2 676	2 396	48	1,8	245	26	1	0,4
м. Київ	21 531	20 504	410	1,9	5 611	5 595	10	0,2

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Регіони	Особи, які мали гомосексуальні контакти, коди 101.2+103				особи із симптомами або хворі на ПСШ, код 104			
	обстежено осіб		виявлено	%	обстежено осіб		виявлено	%
	всього	у т.ч. за допомогою ШТ			всього	у т.ч. за допомогою ШТ		
Україна	34 212	33 662	384	1,1	40 103	8 726	422	1,1
Вінницька	503	493	8	1,6	250	10	5	2,0
Волинська	353	326	5	1,4	1 002	0	5	0,5
Дніпропетровська	3 591	3 540	16	0,4	8 454	2 594	94	1,1
Донецька	795	779	4	0,5	834	46	14	1,7
Житомирська	221	205	2	0,9	849	398	19	2,2
Закарпатська	12	1	2	16,7	763	413	2	0,3
Запорізька	1 993	1 950	9	0,5	3 051	303	10	0,3
Івано-Франківська	12	1	4	33,3	1 148	157	6	0,5
Київська	1 300	1 291	33	2,5	733	550	16	2,2
Кіровоградська	1	0	1	100,0	1 321	173	27	2,0
Луганська	10	10	0	0,0	407	407	1	0,2
Львівська	1 689	1 648	13	0,8	708	35	17	2,4
Миколаївська	1 253	1 250	1	0,1	3 429	1 840	32	0,9
Одеська	3 984	3 943	20	0,5	2 128	733	48	2,3
Полтавська	25	6	7	28,0	976	195	8	0,8
Рівненська	607	600	2	0,3	690	0	12	1,7
Сумська	469	440	1	0,2	1 637	120	13	0,8
Тернопільська	442	440	1	0,2	556	4	2	0,4
Харківська	1 716	1 687	17	1,0	4 468	63	21	0,5
Херсонська	517	515	0	0,0	1 170	113	11	0,9
Хмельницька	5	0	1	20,0	1 658	0	17	1,0
Черкаська	835	803	2	0,2	1 800	241	12	0,7
Чернівецька	715	710	1	0,1	186	0	1	0,5
Чернігівська	557	552	2	0,4	820	71	5	0,6
м. Київ	12 607	12 472	232	1,8	1 065	260	24	2,3

Таблиця 7. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в Україні в 2014-2016 рр^{1,2}

Регіони	2014 р.			2015 р.			2016 р.		
	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %
Україна	19 273	44,8	-5,0	15 869	37,0	-17,4	17 066	40,0	8,0
Вінницька	392	24,3	+25,2	303	18,9	-22,3	299	18,7	-0,7
Волинська	264	25,3	-1,1	277	26,6	+4,9	254	24,4	-8,3
Дніпропетровська	3 184	96,9	-7,7	2 881	88,2	-9,0	3 085	95,1	7,8
Донецька	3 043	70,4	-16,2	1 023	23,9	-66,1	1 432	33,6	40,8
Житомирська	403	32,0	-4,7	462	36,9	+15,3	455	36,5	-1,0
Закарпатська	83	6,6	+2,5	71	5,6	-14,5	105	8,3	47,9
Запорізька	612	34,5	+1,2	573	32,6	-5,8	719	41,1	26,4
Івано-Франківська	184	13,3	+15,7	180	13,0	-2,2	166	12,0	-7,7
Київська	983	56,9	+35,2	973	56,2	-1,2	1 075	62,0	10,3
Кіровоградська	458	46,5	+32,7	519	53,1	+14,2	431	44,4	-16,4
Луганська	518	23,2	-43,0	183	8,3	-64,4	256	11,6	40,7
Львівська	490	19,3	+17,3	454	17,9	-7,3	490	19,3	8,0
Миколаївська	1 086	93,1	+0,5	863	74,3	-20,2	1 031	89,3	20,2
Одеська	2 622	109,4	-4,7	2 382	99,5	-9,0	2 157	90,3	-9,3
Полтавська	419	28,8	-17,5	449	31,1	+7,9	401	28,0	-10,0
Рівненська	258	22,2	+1,6	249	21,4	-3,6	253	21,8	1,6
Сумська	202	17,9	-1,9	224	20,0	+11,9	203	18,3	-8,6
Тернопільська	106	9,9	-19,6	116	10,9	+9,8	130	12,2	12,6
Харківська	537	19,6	-16,9	526	19,3	-1,7	618	22,8	18,1
Херсонська	531	49,6	-4,7	521	48,9	-1,4	583	55,0	12,5
Хмельницька	285	21,8	-14,7	194	14,9	-31,6	200	15,5	3,7
Черкаська	605	48,2	+32,6	541	43,4	-10,0	566	45,7	5,4
Чернівецька	114	12,5	+5,6	98	10,8	-14,1	97	10,7	-0,9
Чернігівська	511	48,1	+0,2	498	47,4	-1,5	462	44,4	-6,3
м. Київ	1 383	48,1	-1,6	1 309	45,2	-6,0	1 598	55,0	21,6

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

² без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 8. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які прибули з Донецької та Луганської областей, АР Крим та були взяті під медичний нагляд у ЗОЗ служби СНІДу в інших регіонах протягом 2015-2016 рр

Регіони	2015 р.				2016 р.				
	Всього взято під нагляд осіб	у тому числі прибули з			Всього взято під нагляд осіб, у тому числі	прибули з			взято з уперше в житті встановленим діагнозом
		Донецької області	Луганської області	АР Крим		Донецької області	Луганської області	АР Крим	
Україна	731	572	127	32	504	321	81	17	85
Вінницька	15	11	4	0	8	6	0	1	1
Волинська	2	2	0	0	1	1	0	0	0
Дніпропетровська	109	93	16	0	28	23	1	2	2
Донецька ¹	дані відсутні				137	116	4	0	17
Житомирська	15	11	2	2	6	2	2	2	0
Закарпатська	6	5	0	1	4	4	0	0	0
Запорізька	118	107	8	3	49	35	5	0	9
Івано-Франківська	11	10	0	1	0	0	0	0	0
Київська	35	26	9	0	14	6	1	3	4
Кіровоградська	13	8	3	2	3	1	2	0	0
Луганська ¹	23	2	21		35	4	24	0	7
Львівська	22	16	3	3	12	5	2	1	4
Миколаївська	4	2	2	0	16	9	6	1	0
Одеська	45	40	4	1	25	19	6	0	0
Полтавська	50	45	4	1	22	14	4	0	4
Рівненська	4	4	0	0	0	0	0	0	0
Сумська	25	19	6	0	5	4	1	0	0
Тернопільська	8	7	1	0	3	2	0	1	0
Харківська	47	29	13	5	52	31	17	4	0
Херсонська	12	10	0	2	8	8	0	0	0
Хмельницька	20	17	3	0	1	0	0	1	0
Черкаська	0	0	0	0	10	9	1	0	0
Чернівецька	0	0	0	0	4	3	1	0	0
Чернігівська	11	9	2	0	5	3	1	0	1
м. Київ	136	99	26	11	56	16	3	1	36

¹ за даними ЗОЗ з території, на яких здійснюють свої повноваження органи державної влади

Таблиця 9. Особи з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком 15-24 років у 2014-2016 рр¹

Регіони	2014 р.		2015 р.		2016 р.	
	у т.ч. особи 15-24 років	% від нових випадків ВІЛ-інфекції	у т.ч. особи 15-24 років	% від нових випадків ВІЛ-інфекції	у т.ч. особи 15-24 років	% від нових випадків ВІЛ-інфекції
Україна	1 298	6,7	909	5,7	884	5,2
Вінницька	28	7,1	22	7,3	20	6,7
Волинська	20	7,6	21	7,6	10	3,9
Дніпропетровська	143	4,5	128	4,4	112	3,6
Донецька	242	8,0	56	5,5	67	4,7
Житомирська	31	7,7	31	6,7	35	7,7
Закарпатська	4	4,8	3	4,2	9	8,6
Запорізька	38	6,2	38	6,6	33	4,6
Івано-Франківська	22	12,0	8	4,4	13	7,8
Київська	74	7,5	54	5,5	48	4,5
Кіровоградська	28	6,1	19	3,7	33	7,7
Луганська	42	8,1	6	3,3	11	4,3
Львівська	50	10,2	32	7,0	38	7,8
Миколаївська	32	2,9	42	4,9	51	4,9
Одеська	207	7,9	149	6,3	109	5,1
Полтавська	32	7,6	24	5,3	25	6,2
Рівненська	22	8,5	20	8,0	21	8,3
Сумська	17	8,4	17	7,6	6	3,0
Тернопільська	8	7,5	2	1,7	10	7,7
Харківська	41	7,6	41	7,8	36	5,8
Херсонська	26	4,9	26	5,0	29	5,0
Хмельницька	18	6,3	11	5,7	10	5,0
Черкаська	55	9,1	30	5,5	31	5,5
Чернівецька	9	7,9	6	6,1	5	5,2
Чернігівська	32	6,3	20	4,0	19	4,1
м. Київ	77	5,6	103	7,9	103	6,4

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 10. Структура шляхів передачі ВІЛ серед громадян України¹

Назва шляху передачі ВІЛ	Взято під нагляд протягом звітнього року осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції			Перебуває під наглядом на кінець звітнього року осіб з діагнозом ВІЛ-інфекції		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Усього інфікованих, кількість осіб	19 273	15 869	17 066	137 970	126 604	132 945
у тому числі: інфіковані статевим шляхом	10 925	9 411	10 506	72 561	69 054	76 110
з них: <i>гомосексуальним</i>	277	368	436	1 221	1 368	1 733
<i>гетеросексуальним</i>	10 648	9 043	10 070	71 340	67 686	74 377
інфіковані парентеральним шляхом	4 674	3 450	3 732	53 976	47 826	47 580
з них унаслідок: <i>вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом</i>	4 670	3 449	3 728	53 920	47 776	47 531
<i>переливання препаратів або компонентів крові</i>	0	0	1	13	11	11
<i>трансплантації донорських органів, клітин, тканин, біологічних рідин</i>	0	0	0	0	0	0
<i>інших медичних маніпуляцій</i>	0	0	0	10	8	8
<i>професійного інфікування</i>	0	0	0	1	1	1
<i>інших немедичних втручань</i>	4	1	3	32	30	29
діти, народжені ВІЛ-інфікованою жінкою	3 600	2 967	2 808	9 738	8 540	8 383
з них: <i>діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено</i>	122	83	76	3036	2 857	3 058
<i>діагноз ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження</i>	3 478	2 884	2 732	6 702	5 683	5 325
шлях інфікування не визначено	74	41	20	1 695	1 184	872

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

**Таблиця 11. Офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції
серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), та їх частка
від загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції**

Регіони	1997 рік ¹		2008 рік ²		2016 рік ³	
	ЛВІН	%	ЛВІН	%	ЛВІН	%
Україна (без АР Крим та м. Севастополь)	6 966	84,3	6 558	36,9	3 728	21,8
Україна (включно з АР Крим та м. Севастополь)	7 448	83,6	7 009	37,0		
АР Крим	376	71,9	354	35,3		
Вінницька	37	72,5	98	31,5	31	10,4
Волинська	90	94,7	71	29,1	36	14,2
Дніпропетровська	2 042	93,1	1 316	42,7	838	27,2
Донецька	1 710	81,8	1 295	32,4	221	15,4
Житомирська	50	89,3	134	39,4	87	19,1
Закарпатська	21	75,0	3	7,1	3	2,9
Запорізька	264	89,2	188	35,7	183	25,5
Івано-Франківська	18	90,0	51	30,7	26	15,7
Київська	71	89,9	236	33,7	370	34,4
Кіровоградська	16	76,2	53	22,2	75	17,4
Луганська	147	86,0	295	43,5	50	19,5
Львівська	51	82,3	155	49,2	146	29,8
Миколаївська	268	85,6	454	38,2	181	17,6
Одеська	769	67,3	431	27,7	283	13,1
Полтавська	213	93,0	152	40,2	125	31,2
Рівненська	13	68,4	102	47,2	28	11,1
Сумська	19	82,6	55	29,9	40	19,7
Тернопільська	30	85,7	68	52,7	14	10,8
Харківська	205	74,0	218	42,2	173	28,0
Херсонська	64	71,9	233	39,6	119	20,4
Хмельницька	40	81,6	77	38,3	20	10,0
Черкаська	188	82,5	134	37,5	146	25,8
Чернівецька	80	94,1	19	21,1	15	15,5
Чернігівська	102	94,4	123	28,1	97	21,0
м. Київ	458	90,7	597	47,5	421	26,3
м. Севастополь	106	85,5	97	43,7		

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

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

³ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

**Таблиця 12. Супутні патології та стани у осіб
з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції
(незалежно від стадії захворювання) віком 15 років і старше,
яких взято під нагляд в Україні протягом 2016 року¹**

Назва показника	Абсолютна кількість	Питома вага, %
Усього кількість ВІЛ-інфікованих осіб, віком 15 років і старше,	14 249	
у тому числі:		
1. Обстежені на наявність маркерів гепатиту В,	10 869	76,3
з них – виявлені маркери гепатиту В	1 202	11,1
2. Обстежені на наявність маркерів гепатиту С,	10 686	75,0
з них – виявлені маркери гепатиту С	3 080	28,8
3. Обстежені на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ),	11 714	82,2
з них:		
з наявністю ІПСШ	3 413	29,1
кількість осіб з наявністю сифілісу	151	1,3
4. Особи з наявними даними щодо алкогольної та наркотичної залежності,	4 309	30,2
з них:		
з алкогольною залежністю	1 901	44,1
з залежністю від неін'єкційних наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів	1 292	30,0
активні ЛВІН	1 201	27,9
5. Питома вага активних ЛВІН серед осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, що інфікувались парентеральним шляхом унаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом		32,2

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 13. Показники своєчасності взяття ВІЛ-інфікованих осіб під медичний нагляд та регулярність здійснення медичного нагляду у 2016 році¹

Регіони	Охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком від кількості виявлених за даними СЕМ, %	ВІЛ-інфіковані особи, віком 15 років і старше (нові випадки)			Охоплення осіб віком 15 років і старше, які перебувають під медичним наглядом, дослідженням на визначення CD4, %	Група активного медичного нагляду ² , %
		% осіб, які були взятті під медичний нагляд		Охоплення осіб дослідженням щодо визначення абсолютної або відносної кількості CD4, %		
		у III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції	зі ступеню імуносупресії 200-349 кл/мкл та < 200 кл/мкл CD4			
Україна	73,6	55,6	50,8	88,2	72,5	79,8
Вінницька	71,0	59,6	49,6	84,6	75,5	85,0
Волинська	89,4	45,5	58,2	91,1	86,7	81,9
Дніпропетровська	77,6	57,7	45,3	75,0	59,5	76,7
Донецька	70,5	53,7	45,2	73,9	68,4	77,4
Житомирська	71,0	45,6	47,2	89,4	85,5	89,2
Закарпатська	74,5	54,2	56,6	85,5	73,3	84,1
Запорізька	89,9	54,1	53,2	89,8	75,3	80,3
Івано-Франківська	68,3	30,8	44,8	76,9	46,2	81,0
Київська	83,8	53,8	48,0	96,2	82,9	83,0
Кіровоградська	68,7	45,2	49,3	99,4	92,2	80,0
Луганська	81,3	51,7	47,3	77,3	76,0	86,5
Львівська	86,7	44,1	51,3	100,0	74,3	69,0
Миколаївська	86,9	51,1	67,1	99,1	69,5	74,0
Одеська	64,5	75,2	56,3	95,3	70,2	79,1
Полтавська	86,6	54,0	50,4	87,5	65,2	74,6
Рівненська	80,1	38,7	51,3	85,4	90,0	84,3
Сумська	77,8	47,3	49,1	89,7	83,7	79,0
Тернопільська	102,4 ³	42,5	27,4	97,3	92,1	89,0
Харківська	79,7	68,5	52,9	98,1	95,7	96,3
Херсонська	90,1	57,5	35,8	73,1	70,2	72,1
Хмельницька	64,9	63,4	47,8	100,0	66,8	78,9
Черкаська	84,5	40,2	53,4	90,3	82,3	83,3
Чернівецька	66,4	41,4	51,4	100,0	82,5	85,2
Чернігівська	93,3	55,6	49,1	96,6	66,8	79,0
м. Київ	51,4	49,7	57,3	96,7	85,6	86,6

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

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

³ показник перевищує 100% за рахунок залучення до МН осіб з позитивними результатами обстеження на ВІЛ, яких виявлено у попередні роки

Таблиця 14. Захворюваність на СНІД в Україні в 2014-2016 рр¹

Регіони	2014 р.			2015 р.			2016 р.		
	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %
Україна	9 844	22,9	+10,1	8468	19,8	-13,7	8 852	20,7	5,0
Вінницька	223	13,8	+30,4	183	11,4	-17,5	167	10,5	-8,2
Волинська	144	13,8	+30,8	128	12,3	-11,2	128	12,3	0
Дніпропетровська	2 120	64,5	+2,4	2 047	62,7	-2,9	1 982	61,1	-2,5
Донецька	1 882	43,5	-4,6	645	15,1	-65,4	871	20,5	35,9
Житомирська	185	14,7	-8,1	216	17,3	+17,5	205	16,5	-4,6
Закарпатська	38	3,0	+8,4	52	4,1	+36,7	54	4,3	3,9
Запорізька	386	21,8	-0,3	376	21,4	-2,0	447	25,6	19,7
Івано-Франківська	113	8,2	-7,3	85	6,1	-24,8	65	4,7	-23,4
Київська	325	18,8	-0,6	408	23,6	+25,3	467	26,9	14,3
Кіровоградська	134	13,6	+78,7	230	23,5	+72,9	162	16,7	-29,1
Луганська	204	9,1	-43,5	102	4,6	-49,6	133	6,0	31,1
Львівська	184	7,2	-12,0	189	7,5	+2,8	176	6,9	-6,8
Миколаївська	463	39,7	+61,9	371	31,9	-19,5	439	38,0	19,0
Одеська	1 433	59,8	+131,5	1 407	58,8	-1,7	1 428	59,8	1,7
Полтавська	201	13,8	-16,6	255	17,7	+27,7	209	14,6	-17,4
Рівненська	78	6,7	+14,7	86	7,4	+10,1	100	8,6	16,2
Сумська	96	8,5	+4,3	99	8,8	+4,0	91	8,2	-7,3
Тернопільська	54	5,0	+25,6	41	3,8	-23,8	47	4,4	15,2
Харківська	212	7,8	-26,1	204	7,5	-3,4	271	10,0	33,5
Херсонська	174	16,3	-1,7	187	17,6	+8,0	212	20,0	14,0
Хмельницька	157	12,0	+14,6	128	9,9	-18,1	138	10,7	8,4
Черкаська	284	22,6	+10,1	261	20,9	-7,5	249	20,1	-3,9
Чернівецька	28	3,1	-6,7	50	5,5	+78,4	38	4,2	-23,9
Чернігівська	227	21,4	+17,0	238	22,6	+5,9	238	22,9	1,0
м. Київ	499	17,3	+6,2	480	16,6	-4,4	535	18,4	11,0

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 15. Хворі на туберкульоз серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом СНІД в Україні в 2015-2016 рр¹

	2015 рік			2016 рік		
	Кількість хворих на СНІД з діагнозом ТБ	% від нових випадків СНІДу	% ВДТБ серед осіб з діагнозом ТБ/ВІЛ	Кількість хворих на СНІД з діагнозом ТБ	% від нових випадків СНІДу	% ВДТБ серед осіб з діагнозом ТБ/ВІЛ
Україна	4 470	52,8	83,1	4 938	55,8	80,5
Вінницька	51	27,9	82,4	75	44,9	89,3
Волинська	30	23,4	76,7	30	23,4	83,3
Дніпропетровська	846	41,3	80,9	798	40,3	69,9
Донецька	236	36,6	88,1	313	35,9	92,0
Житомирська	123	56,9	87,0	120	58,5	85,8
Закарпатська	23	44,2	95,7	24	44,4	100,0
Запорізька	194	51,6	49,5	172	38,5	80,2
Івано-Франківська	62	72,9	75,8	47	72,3	78,7
Київська	171	41,9	94,2	202	43,3	99,0
Кіровоградська	71	30,9	100,0	77	47,5	100,0
Луганська	53	52,0	90,6	64	48,1	93,8
Львівська	136	72,0	100,0	98	55,7	100,0
Миколаївська	368	99,2	56,3	360	82,0	57,2
Одеська	976	69,4	88,0	1 256	88,0	75,9
Полтавська	71	27,8	84,5	97	46,4	89,7
Рівненська	42	48,8	100,0	49	49,0	100,0
Сумська	73	73,7	80,8	65	71,4	84,6
Тернопільська	22	53,7	100,0	35	74,5	100,0
Харківська	110	53,9	82,7	129	47,6	82,2
Херсонська	136	72,7	97,8	156	73,6	96,8
Хмельницька	70	54,7	98,6	76	55,1	94,7
Черкаська	137	52,5	97,8	155	62,2	97,4
Чернівецька	45	90,0	91,1	20	52,6	55,0
Чернігівська	96	40,3	93,8	132	55,5	82,6
м. Київ	328	68,3	79,6	388	72,5	80,7

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 16. Хворі на туберкульоз серед осіб з діагнозом СНІД, які перебувають під медичним наглядом¹

Регіони	на 01.01.2016 р.			на 01.01.2017 р.		
	Кількість хворих на СНІД з діагнозом ТБ	% від випадків СНІДу	% ВДТБ серед осіб з діагнозом ТБ/ВІЛ	Кількість хворих на СНІД з діагнозом ТБ	% від випадків СНІДу	% ВДТБ серед осіб з діагнозом ТБ/ВІЛ
Україна	12 566	36,9	28,5	12 948	33,4	27,4
Вінницька	360	36,4	18,1	440	40,2	10,2
Волинська	53	9,6	41,5	64	10,3	46,9
Дніпропетровська	3 211	45,0	24,0	3 544	44,4	21,8
Донецька	1 371	33,2	20,3	1 476	31,2	16,9
Житомирська	479	62,9	22,3	543	62,7	22,1
Закарпатська	30	24,2	83,3	37	23,3	51,4
Запорізька	271	20,5	31,7	293	18,8	37,5
Івано-Франківська	50	13,9	40,0	50	13,0	24,0
Київська	511	28,2	46,4	560	25,8	50,5
Кіровоградська	308	71,1	37,0	153	31,2	100,0
Луганська	180	45,2	27,2	109	23,7	48,6
Львівська	687	74,8	19,8	772	76,3	12,7
Миколаївська	374	30,1	52,7	388	25,7	53,1
Одеська	1 054	19,3	49,0	713	11,2	47,4
Полтавська	111	11,7	38,7	112	10,8	59,8
Рівненська	194	64,5	21,6	42	11,7	78,6
Сумська	74	19,2	37,8	88	20,6	31,8
Тернопільська	55	35,3	100,0	73	42,2	100,0
Харківська	205	29,8	42,0	185	21,8	46,5
Херсонська	225	28,0	23,1	201	22,4	60,2
Хмельницька	262	42,8	21,4	324	48,7	14,5
Черкаська	628	62,5	19,4	713	63,8	19,9
Чернівецька	152	63,9	25,0	159	61,9	28,9
Чернігівська	177	21,4	48,0	187	19,3	49,7
м. Київ	1 544	64,5	22,9	1 722	67,3	18,6

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 17. Смертність від СНІДу в Україні в 2014-2016 рр¹

Регіони	2014 р.			2015 р.			2016 р.		
	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %
Україна	3 426	8,0	+1,8	3 032	7,1	-11,2	3 253	7,6	7,7
Вінницька	52	3,2	-7,1	44	2,7	-15,0	51	3,2	16,6
Волинська	49	4,7	-21,0	59	5,7	+20,3	55	5,3	-6,7
Дніпропетровська	928	28,2	-0,2	920	28,2	-0,3	1 007	31,0	10,2
Донецька	719	16,6	+11,0	337	7,9	-52,7	347	8,2	3,6
Житомирська	83	6,6	+1,2	87	6,9	+5,4	88	7,1	1,7
Закарпатська	10	0,8	-16,7	12	1,0	+19,9	10	0,8	-16,7
Запорізька	130	7,3	+7,4	155	8,8	+20,0	143	8,2	-7,1
Івано-Франківська	32	2,3	-22,0	29	2,1	-9,4	32	2,3	10,5
Київська	56	3,2	-12,5	106	6,1	+88,9	113	6,5	6,5
Кіровоградська	65	6,6	+3,2	91	9,3	+41,0	104	10,7	15,1
Луганська	108	4,8	-24,5	41	1,9	-61,7	42	1,9	3,0
Львівська	75	3,0	-5,1	78	3,1	+4,1	73	2,9	-6,4
Миколаївська	131	11,2	+11,0	112	9,6	-14,1	132	11,4	18,6
Одеська	366	15,3	+26,2	326	13,6	-10,8	334	14,0	2,7
Полтавська	87	6,0	+8,8	95	6,6	+9,9	78	5,4	-17,3
Рівненська	20	1,7	+17,6	23	2,0	+14,9	30	2,6	30,4
Сумська	14	1,2	-26,3	21	1,9	+51,3	26	2,3	24,8
Тернопільська	23	2,1	+43,8	17	1,6	-25,8	15	1,4	-11,4
Харківська	34	1,2	-55,8	58	2,1	+71,2	63	2,3	9,2
Херсонська	33	3,1	-10,8	35	3,3	+6,6	74	7,0	112,6
Хмельницька	55	4,2	+14,6	44	3,4	-19,6	57	4,4	30,3
Черкаська	67	5,3	-18,3	75	6,0	+12,7	72	5,8	-3,3
Чернівецька	16	1,8	+23,1	13	1,4	-18,8	18	2,0	38,6
Чернігівська	74	7,0	-3,9	71	6,8	-3,0	88	8,5	25,2
м. Київ	199	6,9	+3,6	183	6,3	-8,6	201	6,9	9,4

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 18. Причини смерті ВІЛ-інфікованих осіб в Україні в 2015-2016 рр¹

Нові випадки смерті	2015 рік			2016 рік		
	Усього	отримували АРТ		Усього	отримували АРТ	
		усього	% від потребуючих		усього	% від потребуючих
Усього померлих осіб, з них:	4 990	1 976	45,3	5 305	2 303	48,6
безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією	3 154	1 278	40,5	3 338	1 516	45,4
з них:						
у III клінічній стадії ВІЛ-інфекції	122	29	23,8	85	32	37,6
у IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції	3 032	1 249	41,2	3 253	1 484	45,6
у тому числі внаслідок: коінфекції ТБ/ВІЛ	1 675	799	47,7	1 694	806	47,6
не пов'язані з ВІЛ-інфекцією	1 821	694	57,8	1 938	778	56,6
у тому числі внаслідок: туберкульозу	114	42	44,2	83	29	35,8
вірусного гепатиту В і/або С, цирозу печінки вірусної етіології	373	140	53,2	307	117	53,7
інших захворювань	1 068	397	59,1	1 247	501	56,8
інших причин	266	115	67,6	301	131	67,5
причина смерті невідома	15	4	57,1	29	9	42,9
Відсоток осіб, які вживали ін'єкційні наркотики, серед померлих	45,2			42,2		

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 19. Поширеність ВІЛ-інфекції та СНІДу серед громадян України на 01.01.2017 р. (за даними медичного обліку, в показниках на 100 тис. населення)

Регіони	ВІЛ-інфіковані	Поширеність ВІЛ-інфекції	Хворі на СНІД	Поширеність СНІДу
Україна	132 945	313,3	38 730	91,3
Вінницька	2 642	166,6	1 094	69,0
Волинська	2 018	194,1	623	59,9
Дніпропетровська	26 338	815,1	7 986	247,1
Донецька ¹	13 305	314,2	4 727	111,6
Житомирська	3 044	244,7	866	69,6
Закарпатська	484	38,5	159	12,7
Запорізька	4 364	250,7	1 558	89,5
Івано-Франківська	953	69,2	385	28,0
Київська	6 453	373,4	2 170	125,6
Кіровоградська	2 590	269,5	490	51,0
Луганська ¹	2 072	94,5	460	21,0
Львівська	3 263	129,6	1 012	40,2
Миколаївська	8 381	728,4	1 510	131,2
Одеська	19 731	830,2	6 383	268,6
Полтавська	3 358	236,5	1 037	73,0
Рівненська	1 777	153,1	359	30,9
Сумська	1 411	127,9	427	38,7
Тернопільська	983	93,0	173	16,4
Харківська	3 725	138,6	847	31,5
Херсонська	4 214	399,3	897	85,0
Хмельницька	1 985	154,6	665	51,8
Черкаська	3 504	284,8	1 118	90,9
Чернівецька	870	96,1	257	28,4
Чернігівська	3 742	364,2	968	94,2
м. Київ	11 738	409,5	2 559	89,3

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 20. Облік дітей віком 0-18 років у закладах охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, у 2016 році¹

Регіони	Нові випадки у 2016 р.					Перебувають під медичним наглядом станом на 01.01.2017 р.			
	ВІЛ-інфекції ²			СНІДу	Смертей	ВІЛ-інфіковані діти ²			у т.ч. хворі на СНІД
	0-18 років	у тому числі				0-18 років	у тому числі		
		0-14 років	15-17 років				0-14 років	15-17 років	
Україна	2 855	2 817	38	70	64	8 339	7 868	471	821
Вінницька	71	71	0	2	0	205	198	7	30
Волинська	41	41	0	0	1	119	112	7	10
Дніпропетровська	417	410	7	13	11	1 337	1 230	107	160
Донецька	294	291	3	14	11	682	656	26	67
Житомирська	96	95	1	0	2	223	220	3	27
Закарпатська	22	22	0	0	3	48	46	2	5
Запорізька	106	104	2	2	2	222	210	12	23
Івано-Франківська	23	23	0	0	0	52	49	3	12
Київська	171	169	2	5	4	477	419	58	89
Кіровоградська	90	88	2	1	0	319	311	8	18
Луганська	49	49	0	3	1	110	103	7	6
Львівська	78	77	1	1	2	240	237	3	14
Миколаївська	153	150	3	3	4	439	401	38	19
Одеська	405	396	9	8	8	1 626	1 532	94	89
Полтавська	66	66	0	0	2	192	178	14	12
Рівненська	54	54	0	0	3	113	112	1	7
Сумська	38	38	0	1	0	107	105	2	5
Тернопільська	17	17	0	2	0	35	35	0	7
Харківська	97	94	3	2	2	265	252	13	14
Херсонська	103	103	0	1	1	285	273	12	16
Хмельницька	39	39	0	2	2	153	148	5	45
Черкаська	82	81	1	3	0	224	207	17	28
Чернівецька	27	27	0	0	1	135	133	2	54
Чернігівська	83	81	2	0	3	209	200	9	13
м. Київ	233	231	2	7	1	522	501	21	51

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

² включно діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом

Таблиця 21. Облік дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у закладах охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, в 2016 році¹

Регіони	Нові випадки у 2016 р.		Знято з обліку у зв'язку з відсутністю ВІЛ-інфекції	Перебувають під медичним наглядом станом на 01.01.2017 р. ²		
	Діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками ²	СНІДу		ВІЛ-інфіковані діти	у т.ч. хворі на СНІД	діти з діагнозом ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження
Україна	2 808	67	2 853	3 058	845	5 325
Вінницька	71	2	54	49	32	158
Волинська	41	0	49	43	11	77
Дніпропетровська	411	13	507	657	185	724
Донецька	291	13	264	282	70	399
Житомирська	94	0	86	52	23	164
Закарпатська	21	0	14	9	3	36
Запорізька	104	2	83	69	23	155
Івано-Франківська	23	0	27	23	10	27
Київська	166	3	153	162	77	303
Кіровоградська	88	1	90	112	16	207
Луганська	49	3	49	38	7	67
Львівська	77	1	81	55	13	183
Миколаївська	148	2	185	195	18	249
Одеська	397	9	398	505	95	1 140
Полтавська	66	0	76	71	13	125
Рівненська	54	0	49	23	7	89
Сумська	37	2	30	29	5	76
Тернопільська	17	2	22	7	6	27
Харківська	93	1	81	64	14	199
Херсонська	102	1	100	95	16	188
Хмельницька	39	2	47	52	47	104
Черкаська	81	3	88	93	28	131
Чернівецька	27	0	22	99	54	36
Чернігівська	81	0	84	89	15	121
м. Київ	230	7	214	185	57	340

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

² включно діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом

**Таблиця 22. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД)
(за результатами спостереження когорт 2012, 2013, 2014 років)¹**

Регіони	2012 рік		2013 рік		2014 рік		ЧПМД ср ² %
	ВІЛ- інфіковані діти	ВІЛ- інфіковані діти	ВІЛ- інфіковані діти	ЧПМД, %	ВІЛ- інфіковані діти	ЧПМД, %	
Україна	149	4,31	111	3,91	98	3,32	4,0
Вінницька	8	13,11	2	2,86	1	1,47	5,32
Волинська	1	1,89	1	1,89	0	0,0	1,42
Дніпропетровська	33	5,96	28	5,89	16	3,54	5,48
Донецька	37	6,01	10	4,05	8	3,27	5,22
Житомирська	3	2,83	0	0,0	1	1,06	1,41
Закарпатська	0	0,0	1	10,0	0	0,0	2,50
Запорізька	4	4,08	1	1,1	4	3,64	3,10
Івано-Франківська	0	0,0	1	4,0	1	3,45	2,44
Київська	4	2,96	8	5,84	9	5,96	5,22
Кіровоградська	5	5,62	8	8,89	6	6,25	7,42
Луганська	2	1,47	2	5,13	2	3,92	2,73
Львівська	0	0,0	1	1,32	3	3,09	1,65
Миколаївська	8	3,67	7	3,74	6	3,14	3,65
Одеська	21	4,64	18	4,85	15	3,40	4,46
Полтавська	1	1,52	3	4,0	2	2,53	2,80
Рівненська	3	6,25	2	3,7	0	0,0	3,33
Сумська	4	10,81	0	0,0	0	0,0	3,74
Тернопільська	0	0,0	1	7,14	0	0,0	2,17
Харківська	0	0,0	1	1,01	3	4,29	1,52
Херсонська	1	0,98	2	1,87	4	3,54	2,22
Хмельницька	1	1,75	0	0,0	0	0,0	0,60
Черкаська	4	4,08	4	4,3	2	2,04	2,87
Чернівецька	0	0,0	0	0,0	1	4,35	1,82
Чернігівська	4	4,82	4	4,12	3	3,23	4,20
м. Київ	5	2,46	6	2,74	11	4,58	3,44

¹ без урахування даних звітної форми №63-1 АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

² ЧПМД – середня розрахована методом укрупнення інтервалів, з урахуванням кількості дітей з встановленим ВІЛ-статусом та ВІЛ-інфікованих дітей за 2012-2014 роки по кожному регіону та Україні в цілому. Даний метод використовується для спостережень, які протягом тривалого часу не завжди дають можливість виявити чітку тенденцію в динаміці певного явища.

Таблиця 23. Показники стану виконання програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини по регіонах України в 2016 році

Регіони	Показники стану виконання програми ППМД у 2016 р.													
	Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних (нові випадки вагітності у 2016 році)	Відсоток вагітних, у яких ВІЛ-позитивний статус був встановлений після 26 тижнів, у пологах, після пологів (серед нових випадків ВІЛ-інфекції)	Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали АРВП/АРТ	Кількість пологів у ВІЛ-інфікованих жінок	Відсоток ВІЛ-інфікованих, які доставлені в акушерський стаціонар до пологів	Відсоток ВІЛ-інфікованих, у яких розродження здійснилося шляхом кесаревого розтинну	Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних, які продовжують АРТ після пологів	Кількість живонароджених дітей, народжених ВІЛ-інфікованою жінкою	Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованою жінкою, які отримали АРВ-профілактику	Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованою жінкою, які знаходяться на штучному вигодовуванні	Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованою жінкою, які охоплені ранньою діагностикою у звітному році (ПІР ДНК)	Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у дітей народжених ВІЛ-інфікованою жінкою, у 2016 році (за даними ПІР ДНК, РНК діагностики)	Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у 2016 році, за результатами ПІР	Кількість та відсоток ВІЛ-інфікованих дітей віком до 18 років, які перебувають під медичним наглядом та проживають у сім'ях (з батьками, родичами, усиновлені)
<i>A</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
Україна	2814	26,6	95,6	2 710	62,1	35,3	73,6	2 733	97,3	99,2	87,3	57	2,6	2790 / 92,6%
Вінницька	70	60,9	97,2	71	50,7	11,3	69,0	70	98,6	98,6	93,7	1	1,7	41 / 87,2%
Волинська	41	20,0	100,0	42	73,8	45,2	92,9	41	97,6	100,0	65,8	2	7,7	36 / 85,7%
Дніпропетровська	436	38,4	93,7	414	60,6	28,3	70,3	412	96,8	99,0	84,0	9	3,1	551 / 89,9%
Донецька	292	36,5	95,2	269	63,2	33,5	58,7	269	97,0	98,5	78,0	3	1,3	242 / 85,5
Житомирська	87	4,9	100,0	89	64,0	53,9	75,3	93	100,0	100,0	100,0	0	0,0	57 / 96,6

<i>A</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
Закарпатська	18	50,0	88,9	18	16,7	27,8	83,3	21	95,2	90,5	69,2	0	0,0	8 / 66,7
Запорізька	87	27,3	96,9	98	51,0	37,8	87,8	99	98,0	99,0	98,8	3	3,7	65 / 97,0%
Івано-Франківська	20	36,4	95,5	22	95,5	59,1	95,5	22	90,9	95,5	95,0	0	0,0	25 / 100%
Київська	113	36,9	99,1	112	61,6	23,2	0,0	121	96,7	100,0	69,1	3	4,6	173 / 99,4%
Кіровоградська	93	7,1	94,4	89	66,3	28,1	95,5	88	95,5	98,9	77,3	1	1,5	105 / 93,8%
Луганська	57	27,3	94,3	53	77,4	30,2	94,3	50	98,0	100,0	93,3	1	2,3	40 / 93,0%
Львівська	64	25,0	93,2	74	54,1	45,9	82,4	76	97,4	98,7	89,0	2	3,0	52 / 91,2%
Миколаївська	156	18,3	98,6	139	40,3	27,3	89,9	144	98,6	100,0	96,5	4	2,8	179 / 94,2%
Одеська	427	33,5	96,3	383	68,7	55,4	72,1	385	98,4	99,2	95,1	11	3,0	437 / 89,9 %
Полтавська	68	10,0	100,0	63	88,9	31,7	100,0	64	100,0	100,0	70,0	0	0,0	64 / 95,50%
Рівненська	52	0,0	98,0	51	70,6	37,3	60,8	54	100,0	100,0	85,1	0	0,0	23 / 95,8%
Сумська	40	0,0	97,4	38	97,4	57,9	92,1	37	97,3	97,3	97,2	1	2,8	25 / 80,6%
Тернопільська	13	0,0	100,0	15	80,0	20,0	86,7	17	100,0	100,0	93,3	0	0,0	7 / 97,5%
Харківська	108	14,3	97,8	93	75,3	36,6	69,9	93	97,8	98,9	65,3	1	2,0	66 / 100%
Херсонська	107	29,5	95,1	102	61,8	26,5	83,3	101	98,0	100,0	91,6	5	5,6	97 / 100%
Хмельницька	42	18,2	97,4	39	97,4	53,8	56,4	39	97,4	100,0	82,1	0	0,0	48 / 98%
Черкаська	98	13,5	100,0	81	53,1	28,4	80,2	78	100,0	100,0	88,7	3	6,0	85 / 91,4%
Чернівецька	25	16,7	95,8	24	83,3	45,8	95,8	24	100,0	100,0	77,8	1	7,1	99 / 100%
Чернігівська	83	20,5	90,1	81	38,3	27,2	69,1	81	97,5	100,0	96,0	0	0,0	86 / 97,7%
м. Київ*	217	16,7	91,2	250	52,0	26,8	85,6	254	92,1	99,6	92,9	6	2,5	179 / 98,4%

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

Регіон	Кількість сайтів АРТ на кінець 2015 року	Кількість сайтів АРТ на кінець 2016 року	Динаміка зміни кількості сайтів АРТ протягом 2016 року
Україна	235	266	+31
Вінницька	6	6	
Волинська	4	5	+1
Дніпропетровська	37	40	+3
Донецька	21	22	+1
Житомирська	5	5	
Закарпатська	1	1	
Запорізька	7	11	+4
Івано-Франківська	1	7	+6
Київська	11	18	+7
Кіровоградська	2	5	+3
Луганська	5	5	
Львівська	8	8	
Миколаївська	9	12	+3
Одеська	34	32	-2
Полтавська	12	11	-1
Рівненська	7	7	
Сумська	5	5	
Тернопільська	3	3	
Харківська	11	11	
Херсонська	10	10	
Хмельницька	7	8	+1
Черкаська	20	20	
Чернівецька	1	1	
Чернігівська	3	5	+2
м. Київ	3	6	+3
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	1	1	
ІЕІХ НАМН України	1	1	

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 25. Загальна кількість кабінетів «Довіра» та кабінетів, які виконують функції кабінетів «Довіра»

Назва регіону	Загальна кількість кабінетів «Довіра»	На базі центрів СНІДу	Самостійні підрозділи інших ЗОЗ	На базі КІЗів	На базі інших кабінетів ЗОЗ
Вінницька	36	1	9	26	
Волинська	20	1	3	14	2
Дніпропетровська	40	1	33	6	
Донецька	24	2	22		
Житомирська	29	1	1	27	
Закарпатська	14	1	12	1	
Запорізька	29	3	13	12	1
Івано-Франківська	17	1	16		
Київська	35	2	25	8	
Кіровоградська	24			23	1
Луганська	16	1	14	1	
Львівська	50	1	20	23	6
Миколаївська	35	1	14	12	8
Одеська	50	11	31	3	5
Полтавська	27	1	10	14	2
Рівненська	17	1	2	9	5
Сумська	25	1	8	16	
Тернопільська	21	1		20	
Харківська	31	1	22	7	1
Херсонська	24	1	6	17	
Хмельницька	23	1	20	2	
Черкаська	28	1	26	1	
Чернівецька	16	1	1	14	
Чернігівська	28	1	9	13	5
м. Київ	5	5			
Всього	665	42	317	269	36

**Таблиця 26. Загальна кількість хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД,
які отримують АРТ станом на 01.01.2017 р.¹**

Регіон/ Організація	МОЗ та НАМН України					ДКВС України	Разом (МОЗ, НАМН та ДКВС України)
	Дорослі			Діти		Дорослі	
	Держ. бюджет	Глобальний фонд 10-й раунд	PEPFAR	Держ. бюджет	Всього, МОЗ та НАМН України	Глобальний фонд 10-й раунд	
Усього	39 062	22 324	8 303	2 848	72 537	2 243	74 780
Вінницька	875	511	139	43	1 568	43	1 611
Волинська	622	290	103	39	1 054	25	1 079
Дніпропетровська	5 247	4 407	1 964	561	12 179	447	12 626
Донецька	3 773	1 396	601	246	6 016	116	6 132
Житомирська	756	558	187	56	1 557	59	1 616
Закарпатська	176	39	38	11	264	0	264
Запорізька	1 284	808	262	65	2 419	79	2 498
Івано-Франківська	511	111	42	22	686	6	692
Київська	1 415	1 232	650	153	3 450	210	3 660
Кіровоградська	594	427	234	87	1 342	27	1 369
Луганська	1 014	340	66	43	1 463	13	1 476
Львівська	684	702	114	54	1 554	118	1 672
Миколаївська	3 787	1 061	263	185	5 296	174	5 470
Одеська	5 521	3 086	1 008	424	10 039	153	10 192
Полтавська	1 183	481	208	62	1 934	116	2 050
Рівненська	428	290	166	23	907	54	961
Сумська	389	202	78	30	699	33	732
Тернопільська	507	104	50	6	667	35	702
Харківська	953	984	137	62	2 136	184	2 320
Херсонська	1 229	801	127	93	2 250	152	2 402
Хмельницька	540	335	97	46	1 018	48	1 066
Черкаська	764	655	325	86	1 830	92	1 922
Чернівецька	228	105	37	95	465	0	465
Чернігівська	1 058	641	252	80	2 031	59	2 090
м. Київ	3 505	1 985	1 028	175	6 693		6 693
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	79	10	6	101	196		196
ІЕІХ НАМН України	1 940	763	121	0	2 824		2 824

¹без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

**Таблиця 27. Порівняльна таблиця кількості осіб, які отримували АРТ
в закладах охорони здоров'я МОЗ України та НАМН України
станом на 01.01.2016 р. та 01.01.2017 р.¹**

Регіон/ Організація	Кількість осіб, які отримували АРТ		приріст за рік (абс.)	приріст за рік
	станом на 01.01.2016 р.	станом на 01.01.2017 р.		
Усього	60 753	74 780	14 027	23%
Вінницька	1 318	1 611	293	22%
Волинська	898	1 079	181	20%
Дніпропетровська	10 276	12 626	2 350	23%
Донецька	4 969	6 132	1 163	23%
Житомирська	1 290	1 616	326	25%
Закарпатська	198	264	66	33%
Запорізька	2 023	2 498	475	23%
Івано-Франківська	623	692	69	11%
Київська	2 504	3 660	1 156	46%
Кіровоградська	1 034	1 369	335	32%
Луганська	1 247	1 476	229	18%
Львівська	1 395	1 672	277	20%
Миколаївська	4 964	5 470	506	10%
Одеська	8 070	10 192	2 122	26%
Полтавська	1 715	2 050	335	20%
Рівненська	703	961	258	37%
Сумська	626	732	106	17%
Тернопільська	572	702	130	23%
Харківська	1 919	2 320	401	21%
Херсонська	2 029	2 402	373	18%
Хмельницька	916	1 066	150	16%
Черкаська	1 451	1 922	471	32%
Чернівецька	425	465	40	9%
Чернігівська	1 663	2 090	427	26%
м. Київ	5 021	6 693	1 672	33%
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	219	196	-23	-11%
ІЕІХ НАМН України	2 685	2 824	139	5%

¹без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

**Таблиця 28. Загальна кількість ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД,
які отримують та потребують АРТ в закладах охорони здоров'я
МОЗ та НАМН України, станом на 01.01.2017 р.¹
(за даними звітної форм № 56)***

Найменування	Кількість осіб, які отримують АРТ	Кількість осіб, які потребують АРТ (не отримують)	Кількість осіб, які потребують АРТ (у т.ч. отримують)
Усього, у тому числі:	74 780	10 201	84 981
дорослі від 18 років і старші, усього:	71 932	10 156	82 088
з них: чоловіки	37 961	6 138	44 099
жінки	33 971	4 018	37 989
діти віком 0-18 років, усього:	2 848	45	2 893
з них: чоловіки	1 346	23	1 369
жінки	1 502	22	1 524
у тому числі: діти віком 0-3 років включно,	329		329
діти віком 4-10 років включно	1 275		1 275
діти віком 11-14 років включно	828		829
діти віком 15-18 років	416		415
Кількість осіб зі статусом активний туберкульоз	5 364	643	6 007
Кількість осіб зі статусом активний ЛВІН	7 472	1 005	8 477

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 29. Характеристика когорти пацієнтів, які розпочали АРТ у 2015 р., через 12 місяців після початку АРТ
(за даними звітної форм № 57)¹

Регіон/ Організація	Відсоток осіб, які отримують АРТ через 12 міс. після початку терапії	Відсоток осіб, які вибули з причини смерті протягом 12 міс.	Відсоток осіб, які перервали АРТ протягом 12 міс., загалом
Усього	85,92%	6,46%	7,62%
Вінницька	86,21%	3,45%	10,34%
Волинська	84,91%	8,18%	6,92%
Дніпропетровська	83,70%	6,99%	9,31%
Донецька	77,58%	12,37%	10,04%
Житомирська	85,26%	7,37%	7,37%
Закарпатська	85,71%	12,70%	1,59%
Запорізька	77,53%	9,38%	13,09%
Івано-Франківська	76,03%	6,61%	17,36%
Київська	93,50%	3,34%	3,16%
Кіровоградська	70,96%	7,59%	21,45%
Луганська	89,14%	8,00%	2,86%
Львівська	87,73%	6,82%	5,45%
Миколаївська	81,79%	8,39%	9,82%
Одеська	95,28%	3,67%	1,06%
Полтавська	83,33%	8,70%	7,97%
Рівненська	90,22%	3,26%	6,52%
Сумська	81,20%	4,27%	14,53%
Тернопільська	91,18%	8,82%	0,00%
Харківська	83,33%	7,23%	9,43%
Херсонська	81,45%	7,80%	10,75%
Хмельницька	85,29%	8,24%	6,47%
Черкаська	86,77%	6,77%	6,45%
Чернівецька	70,83%	7,29%	21,88%
Чернігівська	85,23%	9,40%	5,37%
м. Київ	95,28%	2,55%	2,17%
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	100,00%	0,00%	0,00%
ІЕІХ НАМН України	86,82%	0,86%	12,32%

¹ без урахування даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції

Таблиця 30. Лабораторні дослідження у центрах СНІДу в 2016 році

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

№	Найменування області/закладу	CD4, кількість лабораторій у регіоні/одиниць обладнання у закладі	ВН, кількість лабораторій у регіоні/одиниць обладнання у закладі	Провірусна ДНК	Підтверджу-вальні дослідження на ВІЛ
13	Миколаївська	1	1	0 - обстеження здійснюється в Одеському ОЦПБС	так
14	Одеська	2	1	1	так (на базі ДУ "Одеський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України")
15	Полтавська	1	1	1	так
16	Рівненська	1	1	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	так
18	Тернопільська	1	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	так
20	Херсонська	1	1	0 - обстеження здійснюється в Одеському ОЦПБС	так
21	Хмельницька	1	0 - обстеження здійснюється у Вінницькому ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	так
22	Черкаська	1	1	0 - обстеження здійснюється у Київському МЦПБС	так
23	Чернівецька	0 - обстеження здійснюється в Тернопільському ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється в Закарпатському та Івано-Франківському ОЦПБС	0 - обстеження здійснюється у Івано-Франківському ОЦПБС	так
24	Чернігівська	1	0 - обстеження здійснюється ДУ «ЦГЗ МОЗ України»	0 - обстеження здійснюється у Київському МЦПБС	так
25	м. Київ	2	1	1	так
26	УЦКС	2	1	0	0
27	ІЕІХ НАМН України	1	1	0	ні
Всього		26	17	5	24

Таблиця 31. Охоплення тестуванням з визначення кількості CD4 лімфоцитів ВІЛ-інфікованих осіб та результати обстежень пацієнтів в Україні у 2016 році

Структура обстежених пацієнтів	Загальна кількість досліджень	% від обстежень	Кількість пацієнтів станом на 01.01.2017 р.	Кількість пацієнтів, обстежених хоча б один раз протягом року	% охоплення обстеженнями
Всього, з них:	133 952	100,0	132 945	73 937	55,6
пацієнти на АРТ	101 960	76,1	74 780	47 537	63,6
пацієнти без АРТ	29 660	22,1	58 165	24 733	42,5
ВІЛ-інфіковані вагітні	2 332	1,7	2 808*	1 667	59,4

*відповідно до кількості новонароджених дітей

Обстеження протягом календарного року	Структура обстежень, %	Всього обстежено осіб, у т.ч.	отримують АРТ		не отримують АРТ			
			кількість пацієнтів	% від обстежених	кількість пацієнтів	% від обстежених	кількість вагітних	% від обстежених
Вперше	8,1	10 905	0	0	10 429	35,2	476	20,4
Перше	47,1	63 037	47 537	46,6	14 309	48,2	1 191	51,1
Друге	37,2	49 821	44 666	43,8	4 567	15,4	588	25,2
Третє	7,6	10 194	9 757	9,6	360	1,2	77	3,3
Всього досліджень	100	133 957	101 960	100	29 665	100	2 332	100

**Таблиця 32. Результати обстежень з визначення кількості CD4 лімфоцитів
ВІЛ-інфікованих осіб при взятті під медичний нагляд у 2016 році**

Регіон/ Організація	Кількість пацієнтів, обстежених вперше при взяті під МН	з них зі ступенем імуносупресії по CD4					
		0-350 кл/мкл	%	351- 500 кл/мкл	%	більше 500 кл/мкл	%
Україна	10 900	6 262	57,4	2 330	21,4	2 308	21,2
Вінницька	14	4	28,6	8	57,1	2	14,3
Волинська	181	110	60,8	44	24,3	27	14,9
Дніпропетровська	1 642	1 031	62,8	287	17,5	324	19,7
Донецька	897	339	37,8	472	52,6	85	9,5
Житомирська	186	94	50,5	42	22,6	51	27,4
Закарпатська	101	68	67,3	12	11,9	21	20,8
Запорізька	465	254	54,6	100	21,5	111	23,9
Івано-Франківська	14	8	57,1	3	21,4	3	21,4
Київська	513	258	50,3	135	26,3	120	23,4
Кіровоградська	21	12	57,1	1	4,8	8	38,1
Луганська	56	25	44,6	15	26,8	15	26,8
Львівська	635	379	59,7	99	15,6	157	24,7
Миколаївська	788	518	65,7	130	16,5	140	17,8
Одеська	1 636	980	59,9	304	18,6	352	21,5
Полтавська	77	43	55,8	13	16,9	22	28,6
Рівненська	164	85	51,8	42	25,6	37	22,6
Сумська	121	65	53,7	16	13,2	40	33,1
Тернопільська	156	97	62,2	18	11,5	41	26,3
Харківська	603	344	57,0	113	18,7	146	24,2
Херсонська	769	483	62,8	142	18,5	144	18,7
Хмельницька	121	63	52,1	31	25,6	27	22,3
Черкаська	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Чернівецька	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Чернігівська	269	138	51,3	57	21,2	74	27,5
м. Київ	1 462	864	59,1	238	16,3	360	24,6
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	9	1	11,1	7	77,8	1	11,1

**Таблиця 33. Охоплення тестуванням з визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ
для ВІЛ-інфікованих осіб в Україні у 2016 році**

Структура обстежених пацієнтів	Загальна кількість досліджень	% від обстежених	кількість пацієнтів станом на 01.01.2017 р.	Кількість пацієнтів, обстежених хоча б один раз протягом року	% охоплення обстеженнями
Всього, з них:	98 561	100	132 945	69 118	52,0
пацієнти на АРТ	76 194	77,3	74 780	52 871	70,7
пацієнти без АРТ	15 288	20,1	58 165	13 885	23,9
ВІЛ-інфіковані вагітні	3 038	19,9	2 808*	2 362	84,1

*відповідно до кількості новонароджених дітей

Обстеження протягом календарного року	Структура обстежень, %	Всього обстежено осіб, у т.ч.	отримують АРТ		не отримують АРТ			
			кількість пацієнтів	% від обстежених	кількість пацієнтів	% від обстежених	кількість вагітних	% від обстежених
Перше	70,1	69 118	52 871	69,4	13 885	90,8	2 362	77,7
Друге	24,0	23 646	21 895	28,7	1 109	7,3	642	21,1
Третє	1,2	12 21	1 165	1,5	38	0,2	18	0,6
Уточнення результату	0,5	535	263	0,3	256	1,7	16	0,5
Всього осіб	100,0	98 561	76 194	100,0	15 288	100,0	3 038	100,0

Таблиця 34. Зведені дані щодо вірусологічної ефективності АРТ за 2016 рік

Регіон/ Організація	Всього обстежено осіб, абс. чис.	у тому числі з рівнем ВН (РНК копій/мл)					
		Ефективність		«Бліпи»		Неефективність	
		ВН <40 копій/мл		ВН від 40-1000 копій/мл		ВН >1000 копій/мл	
		абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Україна	49 497	39 699	80,2	5 047	10,2	4 598	9,3
Вінницька	1 000	889	88,9	71	7,1	40	4,0
Волинська	737	579	78,6	71	9,6	87	11,8
Дніпропетровська	6 094	5 303	87,0	426	7,0	365	6,0
Донецька	2 863	1 248	43,6	1 282	44,8	333	11,6
Житомирська	1 419	1 119	78,9	147	10,4	153	10,8
Закарпатська	190	137	72,1	23	12,1	30	15,8
Запорізька	1 987	1 697	85,4	142	7,1	192	9,7
Івано-Франківська	613	476	77,7	72	11,7	65	10,6
Кіровоградська	993	739	74,4	95	9,6	159	16,0
Київська	2 307	2 025	87,8	114	4,9	168	7,3
Луганська	1 103	854	77,4	99	9,0	150	13,6
Львівська	1 385	1 033	74,6	157	11,3	195	14,1
Миколаївська	4 451	3 566	80,1	398	8,9	487	10,9
Одеська	9 114	7 268	79,7	760	8,3	1 086	11,9
Полтавська	950	779	82,0	91	9,6	66	6,9
Рівненська	675	369	54,7	53	7,9	70	10,4
Сумська	469	399	85,1	28	6,0	42	9,0
Тернопільська	246	144	58,5	56	22,8	46	18,7
Харківська	1 554	1 323	85,1	106	6,8	125	8,0
Херсонська	1 503	1 299	86,4	84	5,6	120	8,0
Хмельницька	203	151	74,4	23	11,3	29	14,3
Черкаська	939	787	83,8	85	9,1	67	7,1
Чернівецька	240	215	89,6	7	2,9	18	7,5
Чернігівська	1 570	1 306	83,2	92	5,9	172	11,0
м. Київ	6 693	5 809	86,8	556	8,3	328	4,9
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	199	185	93,0	9	4,5	5	2,5
ІЕІХ НАМН України *							

*інформація не надана

Таблиця 35. Звіт про обстеження дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, на наявність провірусної ДНК ВІЛ-1 (за 2016 рік)

Регіони	Всього обстежено дітей	Позитивні результати	Діти, народжені в 2014-2015 рр			Діти, народжені в 2016 році		
			всього	обстежено двічі	Позитивні результати	всього	обстежено двічі	Позитивні результати
Вінницька	60	1 ¹	0	0	0	60	2	1 ¹
Волинська	44	3	19	0	1	25	11	2
Дніпропетровська	455	12	186	43	4	269	144	8
Донецька	270 (261+9 ²)	10	82	14	1	188	86	9
Житомирська	92	0	10	0	0	82	0	0
Закарпатська	14	0	4	1	0	10	4	0
Запорізька	118	4	34	12	1	84	59	3
Івано-Франківська	21	1 ¹	2	0	0	19	16	1 ¹
Київська	148	2	46	5	0	102	36	2
Кіровоградська	85	2	17	0	1	68	37	1
Луганська	55	0	13	5	0	42	41	0
Львівська	84	2+2 ¹	19	1	1	65	31	1+2 ¹
Миколаївська	202	2+4 ¹	82	24	1+1*	120	101	1+3 ¹
Одеська	515	17+1 ¹	125	67	4	390	164	13+1 ¹
Полтавська	74	0	30	6	0	44	17	0
Рівненська	59	0	6	3	0	53	19	0
Сумська	43	0	14	0	0	29	0	0
Тернопільська	14	1	0	0	0	14	9	1
Харківська	89	0	41	8	0	48	21	0
Херсонська	101	4+2 ¹	9	5	1	92	60	3+2 ¹
Хмельницька	44	3	8	2	1	36	17	2
Черкаська	63	3	14	6	0	49	10	3
Чернівецька	14	1	1	0	0	13	0	1
Чернігівська	90	0	18	0	0	72	6	0
м. Київ	277	7	82	30	2	195	188	5
Всього	3 031	73+11¹	862	232	18+1¹	2169	1 079	55+10¹

¹ дискордантний результат, що потребує уточнення

² дані не отримано

Перелік посилань

1. Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте. – ООО «Феникс», 2015. – 141 с.
2. Глобальное влияние эпидемии ВИЧ-инфекции: соціально-демографические и медицинские аспекты / Л. Георгиева, В. Марциновская, И. Кузин, В. Каранда, Т. Коновалова // Профілактична медицина. – 2016. – № 1-2 (26). – С. 25-32
3. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ИППП на 2016–2021 гг., ВОЗ, 2015 – 21 с.
4. Глобальное руководство по критериям и процессам валидации ликвидации передачи от матери ребенку ВИЧ-инфекции и сифилиса, ВООЗ, 2014.
5. Епідеміологічні аспекти соціально значущих інфекцій / Т. Сергеева, Ю. Круглов, О. Максименок, О. Кислих, В. Марциновская // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2016. – № 4 (93). – С. 18-28
6. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Информационный бюллетень № 110. Декабрь 2015 г. – [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru/>. – последнее обращение 19.04.2016 г.
7. К ликвидации эпидемии СПИДа ускоренными темпами: Совещание высокого уровня Генеральной ассамблеи ООН, 8–10 июня 2016 г., Нью-Йорк.- ЮНЕЙДС, 2016. – 16 с.
8. Нізова Н.М. Аналіз індикаторів раннього попередження формування резистентності ВІЛ до антиретровірусних препаратів в Україні / Нізова Н.М., Люльчук М.Г., Кобища Ю.В., Воронова К.В. // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. - №1 (12). – С.14 – 24.
9. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году: Проект резолюции, представленный Председателем Генеральной Ассамблеи ООН /Организация Объединенных Наций, 2016. – 35 с.
10. Система услуг по профилактике, лечению и сопровождению ВИЧ-инфекции/СПИДа в условиях вооруженного конфликта на Востоке Украины. Операционное исследование. / ЮНЭЙДС, 2016. – 128 с.
11. Технічний звіт з виконання рішень Дублінської декларації про партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Європі та Центральній Азії, у 2016 році / Європейський центр з контролю та профілактики захворюваності та Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2017. – 67 с.
12. Ускорение: в направлении цели «ноль». Стратегия ЮНЭЙДС на 2016–2021 гг. Проект для рассмотрения / ЮНЭЙДС, 2015. – 65 с.

- 13.Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В.В.: МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.
14. 90–90–90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. (2014). Geneva: UNAIDS. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf
- 15.Consolidated guidelines on HIV Testing services: 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct results and Connection/WHO, 2015. – 192 p.
- 16.Fast-Track strategy to end the AIDS epidemic by 2030. [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/World-AIDS-Day-Report-2014>
- 17.Global health 2035: a world converging within a generation/ D.T. Jamison, L.H. Summers, G. Alleyne, K.J. Arrow [et al.] // Lancet. - 2013.-V. 382.- P. 1898–1955.
- 18.Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic / World Health Organization, 2013. – 72 p.
- 19.HIV/AIDS surveillance in Europe 2015 /European Centre for Disease Prevention and Control WHO, Regional Office for Europe. - Stockholm, 2016.
20. Policy brief: Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection-What's new/WHO, 2015. – 20 p.
- 21.Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Last updated: August 6, 2015. Режим доступу: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/perinatalgl.pdf>
- 22.World health Organization. (2016). Global report on early warning indicators of HIV drug resistance. Technical report (July 2016). Retrieved from <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/ewi-hivdr-2016/en/>
- 23.World Health Organization indicators to monitor HIV drug resistance prevention at antiretroviral treatment sites. June 2010 update/ WHO, 2010.
- 24.World health Organization. (2012). Using early warning indicators to prevent HIV drug resistance. Report of the Early Warning Indicator advisory panel meeting (11-12 August 2011). Retrieved from http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/ewi_meeting_report/en/