

Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу у Львівській області

станом на 01.10.2020 року

З 38 млн людей, які живуть з ВІЛ, на даний момент отримують лікування 25,4 млн. Це означає, що 12,6 млн людей все ще чекають терапію. З 2010 року чисельність нових випадків ВІЛ-інфекції скоротилася на 23%, в основному завдяки їх значному зниженню (на 38%) у східній і південній частинах Африки. Проте при цьому приріст нових інфекцій у Східній і Центральній Азії склав 72%, на Близькому Сході і в Північній Африці – 22%, а в Латинській Америці – 21%.

Відповідно до Доповіді ЮНЕЙДС про глобальну епідемію СНІДу, цільові показники 2020 року (зниження смертності внаслідок СНІДу до рівня нижче 500 000 і скорочення чисельності нових випадків ВІЛ-інфекції до рівня нижче 500 000) не будуть виконані через вкрай нерівномірно досягнутий успіх; COVID-19 внаслідок карантинні заходи серйозно загальмував прогрес з протидії ВІЛ-інфекції. Через відставання від цільових показників в усьому світі за період з 2015 року до 2020 року відбулося на 3,5 млн більше заражень ВІЛ і на 820 000 більше смертей внаслідок СНІДу, ніж за умови досягнення запланованих цілей на 2020 рік.

Щодо Прогресу в досягненні цілей 90-90-90. Першим з 10 основних зобов'язань, що були ухвалені в 2016 році в рамках Політичної декларації ООН з припинення СНІДу, є досягнення показників 90-90-90, які покликані забезпечити у 2020 році тестування, отримання лікування ВІЛ-інфекції і зниження рівня ВІЛ до невизначального, а це дозволить зберегти їх здоров'я та попередити подальше поширення вірусу.

На глобальному рівні досягнуті успіхи в каскаді тестування і лікування ВІЛ. На початок 2020 року 81% людей, які живуть з ВІЛ, знали свій ВІЛ-статус 67% отримали антиретровірусну терапію, що складає приблизно 25,4 млн від загальної кількості 38,0 млн людей, які живуть з ВІЛ, тобто більш ніж триразове збільшення в порівнянні з 2010 роком.

Підвищення ефективності лікування, разом із збільшенням чисельності знання свого ВІЛ-статусу і отримуваного лікування, проявляється в тому, що рівень пригнічення вірусного навантаження серед усіх людей, які живуть з ВІЛ, підвищився на 44% в період з 2015 до 2020 року. Майже 59% людей, які живуть з ВІЛ у світі, в 2019 році було пригнічене вірусне навантаження.

Згідно із розрахунковими даними, розширення доступу до антиретровірусної терапії дозволило попередити майже 12,1 млн смертей внаслідок СНІДу за період з 2010 року. В 2019 році у світі було зареєстровано 690 000 смертей внаслідок СНІДу (що на 39% є меншим, ніж в 2010 році) і 1,7 млн нових випадків ВІЛ-інфекції.

Глобальний каскад тестування і лікування ВІЛ на початок 2020 року виглядає таким чином: 81%–67%–59%.

Східна Європа і Центральна Азія – один з трьох регіонів, де епідемія ВІЛ-інфекції зростає. З 2010 року чисельність нових випадків ВІЛ-інфекції в регіоні збільшилася на 72%, а чисельність смертей внаслідок СНІДу збільшилася на 24%. 48% випадків ВІЛ-інфекції в регіоні зареєстровані в людей, які вживають

наркотики. Каскад медичної допомоги при ВІЛ-інфекції виглядає таким чином: 70%–44%–41%.

Значна кількість країн в Східній Європі повідомляють, що не дивлячись на досягнутий прогрес в сфері епідеміологічного нагляду, профілактики і лікування, діагноз в багатьох випадках ставиться надто пізно. І впродовж усього цього часу людина може піддавати ризику як своє власне здоров'я, так і здоров'я свого партнера.

Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області має ті ж закономірності, що й в цілому в Україні.

За 9 місяців 2020 року **вперше діагностовано 241 випадок ВІЛ-інфекції** (327 випадків за 9 міс. 2019 р.), в тому числі – **80 вперше діагностованих випадків СНІДу** (157 за 9 міс. 2019 р.).

Частотність реєстрації вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції – 9,7 випадків на 100 тисяч населення (відношення нових випадків ВІЛ-інфекції за 9 міс. 2020 р. до середньої чисельності постійного населення Львівської області станом на 01.08.2020 року, що виражене на 100 тис. нас.) проти 13,1 випадків за 9 міс. 2019 р., а **частотність реєстрації вперше діагностованих випадків СНІДу – 3,2 випадки на 100 тис. нас.** (при 6,3 випадки за 9 міс. 2019 р.).

Превалентність (поширеність) діагностованих випадків ВІЛ-інфекції станом на 1 жовтня 2020 року (відношення усіх нових та вже існуючих випадків ВІЛ-інфекції станом на 1 жовтня 2020 року до загальної чисельності постійного населення станом на 1 жовтня 2020 року, що виражене у % або на 100 тис. нас.) **становить 155,5 випадки на 100 тис. нас.** (або 3867 випадків).

Превалентність (поширеність) діагностованих випадків СНІДу станом на 1 жовтня 2020 року (відношення усіх нових та вже існуючих випадків СНІДу станом на 1 жовтня 2020 року до загальної чисельності постійного населення станом на 1 жовтня 2020 року, що виражене у % або на 100 тис. нас.) **становить 54,3 випадків на 100 тис. нас.** (або 1349 випадків).

Смертність і летальність. Показники, що характеризують смертність серед ВІЛ-позитивних осіб дають важливу інформацію щодо оцінки впливу заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на епідемію. Зменшення смертності від СНІДу свідчить про ефективність впроваджених заходів. В той же час, якщо на фоні зменшення частки смертності від СНІДу відбувається зростання смертності від інших причин можна говорити про ефективність лікування ВІЛ-інфекції та зростання тривалості життя ВІЛ-позитивних осіб.

Для аналізу смертності серед ВІЛ-позитивних осіб використовується показник **частотності загальної смертності** – відношення кількості ВІЛ-позитивних осіб, які померли за 9 місяців 2020 року до середньої чисельності наявного населення станом на 1 жовтня 2020 року. Так, у Львівській області за 9 місяців 2020 року померли **94 ВІЛ-позитивних особи**, що становить **3,8 випадки на 100 тис. населення** (при **67 ВІЛ-позитивному**, або **2,7 випадках на 100 тис. нас.**).

Частотність смертності від СНІДу – це відношення кількості ВІЛ-позитивних осіб, які померли від хвороб, обумовлених СНІДом до середньої чисельності наявного населення станом на 1 жовтня 2020 року). Так, за 9 місяців 2020 року **39 ВІЛ-позитивних осіб** померли від СНІДу, що становить **1,6**

випадки на 100 тис. населення (при 51 ВІЛ-позитивних, або 2,0 випадки на 100 тис. нас.).

Летальність – це частка смертельних випадків захворювання (виражається у відсотках або на 1000), тобто відношення кількості смертей від конкретної причини серед вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції до загальної кількості вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції. Слід пам'ятати, що смерть має настати саме від наслідків хвороби, оскільки в іншому випадку летальність завжди мала б дорівнювати 100% (всі люди коли небудь помирають). Летальність є індикатором тяжкості перебігу хвороби.

Летальність розраховується як для вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції, так і для вперше діагностованих випадків СНІДу або для окремих СНІД-індикаторних захворювань серед хворих на СНІД.

Летальність від СНІДу – це відношення кількості смертей від хвороб, обумовлених СНІДом серед вперше діагностованих випадків СНІДу до загальної кількості вперше діагностованих випадків СНІДу.

Впродовж 9 місяців 2018 – 2020 років у Львівській області було вперше зареєстровано 433 випадки СНІДу. За цей же час серед них закінчились смертю від СНІДу 35 випадків. Летальність становила $35/433 * 100 = 8,1\%$ за три роки.

Серед 433 випадків СНІДу, вперше зареєстрованих впродовж 9 місяців 2018 – 2020 років у Львівській області, 291 пов'язані з коінфекцією ТБ/ВІЛ і 142 – з іншими СНІД-індикаторними хворобами. За цей же час смертю від СНІДу завершився 19 випадків коінфекції та 11 випадків інших СНІД-індикаторних хвороб. Показники летальності за три роки становлять $19/291 * 100 = 6,5\%$ серед коінфікованих і $11/142 * 100 = 7,7\%$ серед інших хворих на СНІД.

Тепер ми можемо порівняти летальність від коінфекції ТБ/ВІЛ та іншими СНІД-індикаторними хворобами, що становить, відповідно, 6,5% проти 7,7%. Тобто співвідношення летальності коінфекції ТБ/ВІЛ до летальності інших СНІД-індикаторних хвороб за 9 місяців 2018 – 2020 рр. у Львівській області становить 7 до 8. Зазвичай більший «вбивця» зазначається першим, то ж співвідношення летальності від інших СНІД-індикаторних хвороб до летальності коінфекції буде 8 до 7 або 1,14 до 1. Іншими словами, летальність від інших СНІД індикаторних хвороб така ж, як і летальність від ко-інфекції ТБ/ВІЛ.

Показник структури шляхів інфікування ВІЛ надає важливу інформацію щодо провідного шляху інфікування в популяції, розраховується без врахування дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів. За 9 місяців 2020 року відсоток осіб, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом склав **72,1%** (за 9 міс. 2019 р. – 67,0%). Тобто продовжується тенденція до зростання статевого (переважно гетеросексуального) шляху інфікування.

Залишається актуальним інфікування ВІЛ внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом і складає за 9 міс. 2020 р. **27%** (за 9 міс. 2019 р. – 32,2%). Причинами для епідеміологічної настороги є перш за все високий ступінь ризику інфікування внаслідок особливостей вживання ін'єкційних наркотичних речовин, складнощі у залученні людей. Які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН) до профілактичних програм, а також найвищий, порівняно із іншими ключовими групами (КГ), рівень поширеності ВІЛ за

даними останнього біоповедінкового дослідження (БПД) 2017-2018 рр.: у середньому 22,6%. За даними досліджень під час сексуальних контактів ЛВІН інфікують ВІЛ інших осіб, при цьому ймовірність зараження багаторазово збільшується за наявності у одного з партнерів захворювань, що передаються статевим шляхом.

Серед **СНІД-індикаторних захворювань** переважає, як і в усіх регіонах України, ВІЛ-асоційований туберкульоз (ТБ), як легеневий, так і позалегенеєвий – у 52 випадках (65,0% з 80 випадків СНІДу) при 105 випадках (66,9% з 157 випадків СНІДу) за 9 міс. 2019 р. і 134 (68,4% з 196 випадків СНІДу) за 9 міс. 2018 р.

Також серед СНІД-індикаторних хвороб реєструвалися: рецидивуюча тяжка бактеріальна пневмонія – 7 випадків; токсоплазмоз ЦНС – 3 випадки; дисемінований мікоз – 6 випадків; саркома Капоші – 2 випадки; пневмонія, спричинена *Pneumocystis jirovecii* – 6 випадків; дисемінована нетуберкульозна мікобактеріальна інфекція – 1 випадок; хронічна персистуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу – 1 випадок; прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія – 1 випадок. Для порівняння, за 9 міс. 2019 р.: бактеріальні пневмонії – 13 осіб; пневмоцистна пневмонія – 17; токсоплазмоз – 7; саркома Капоші – 6 осіб та ін.

Знято з обліку (медичного спостереження) впродовж 9 міс. 2020 р. 320 осіб (за 9 міс. 2019 р. – 290 осіб). Серед **причин зняття** ВІЛ-інфікованих осіб з-під медичного нагляду є такі:

- відсутність ВІЛ-інфекції у дитини – 23 особи (за 9 міс. 2019 р. – 29);
- зміна місця проживання – 53 особи (за 9 міс. 2019 р. – 46 осіб);
- місце проживання невідоме – 5 осіб (за 9 міс. 2019 р. – 1);
- померли – 94 особи (за 9 міс. 2019 р. – 67 осіб).

Відповідно до рекомендацій ВООЗ втраченими для подальшого спостереження є ВІЛ-позитивні особи, які три місяці або більше (90 днів або більше) не відвідували ЗОЗ після останнього відвідування.

Аналіз за статтю – це відношення кількості хворих/померлих ВІЛ-позитивних однієї зі статей до середньої чисельності осіб певної статі. За 9 місяців 2020 р. захворіли 141 чоловіків (11,9 випадки на 100 тис. нас. чоловічої статі) і 61 жінок (4,6 випадки на 100 тис. нас. жіночої статі).

Показник співвідношення ВІЛ-позитивних жінок і чоловіків визначається за формулою:

$$\frac{\text{Число ВІЛ-позитивних жінок}}{\text{Число ВІЛ-позитивних чоловіків}} \times 100 = \frac{61}{141} \times 100 = 43,3, \text{ тобто у Львівській}$$

області на 100 ВІЛ-позитивних чоловіків припадає 43 ВІЛ-позитивних жінки (за січень-вересень 2019 р. – 40: жінок - 78/чоловіків - 194 x 100).

У сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за допомогою **показника пропорційної смертності** (окремих причин) розраховується частка смертей від різних СНІД-індикаторних захворювань від загальної кількості смертей від СНІДу, після чого робляться висновки щодо провідних причини смертності від СНІДу. Серед провідної причини смертності від СНІДу є ВІЛ-асоційований туберкульоз: в 15 випадках (38,5% від усіх випадків померлих від хвороб,

обумовлених СНІДом) за 9 міс. 2020 р. при 36 випадках (70,6%) за 9 міс. 2019 р. і 57 випадках (83,8%) за 9 міс. 2018 р.

Аналіз за причинами смерті – це відношення кількості смертей, пов'язаних з конкретною причиною серед ВІЛ-позитивних осіб до середньої чисельності наявного населення станом на 1 жовтня 2020 року (розраховується на 100 тис. населення).

ТБ залишається провідною причиною смерті серед ВІЛ-позитивних осіб, тому рання діагностика та початок лікування мають вирішальне значення для забезпечення виживання. Тому всі ЛЖВ мають проходити скринінг на ТБ під час кожного візиту до лікаря. Ранній початок АРТ коінфікованим на ТБ/ВІЛ є вкрай важливим для зниження показників смертності. Саме тому налагодження взаємодії між програмами боротьби з ТБ і ВІЛ є важливим з огляду на забезпечення доступу до інтегрованих послуг.

Оцінка тенденцій. Однією з цілей, визначених у Політичній декларації з питань ВІЛ/СНІДу «Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року» є зменшення кількості смертей від СНІДу на 75 % у порівнянні з рівнем 2010 року.

Темп приросту характеризує відносну швидкість зміни показника у часі, як правило, у процентному виразі.

Темп приросту показника смертності від СНІДу за 9 місяців 2020 року у порівнянні з 9 місяцями 2019 року складає:

$$\frac{\text{інтенсивний показник за січень–вересень 2020 р.} - \text{інтенсивний показник за січень–вересень 2019 р.}}{\text{інтенсивний показник за січень–вересень 2019 р.}} \times 100$$
$$= \frac{1,6 - 2,0}{2,0} \times 100 = \frac{-0,4}{2,0} \times 100 = -0,20 \times 100 = -20,0\%. \text{ Тобто за 9 місяців 2020 року смертність від СНІДу зменшилась на } -20,0\%.$$

Темп приросту за 9 місяців 2020 року у порівнянні з базовим 2010 роком (базисний) складає:

$$\frac{\text{інтенсивний показник за січень–вересень 2020 р.} - \text{інтенсивний показник за січень–вересень 2010 р.}}{\text{інтенсивний показник за січень–вересень 2010 р.}} \times 100$$
$$= \frac{1,6 - 2,5}{2,5} \times 100 = \frac{-0,9}{2,5} \times 100 = -0,36 \times 100 = -36,0\%. \text{ Тобто за період з 2010 по 9 місяців 2020 року смертність від СНІДу зменшилась на } 36,0\%.$$

З метою отримання найбільш повного уявлення про епідемічний процес ВІЛ-інфекції та особливості його перебігу серед різних груп населення проаналізуємо показники за статтю, віком, місцем проживання та ін.

Аналіз за віком. Розподіл ВІЛ-позитивних за віковими групами (з 241 випадку за 9 міс. 2020 р.):

- 0-14 років (діти, народжені від ВІЛ-позитивних матерів) – 38 (за 9 міс. 2019 р. – 54). В КНП ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я» (ЛОЦГЗ) станом на 01.10.2020 р. на офіційному обліку в педіатра знаходиться 280 дітей, з них 66 дітей з підтвердженим ВІЛ-статусом, в тому числі 20 дітей – в стадії СНІДу. У решти (214 дітей) – неуточнений діагноз (в стадії підтвердження).

- 0-18 років (діти за визначенням ВООЗ) – 1 підтверджена ВІЛ-позитивна дитина + 38 народжених від ВІЛ-позитивних матерів (за 9 міс. 2019 р. – 2 + 54 народжених від ВІЛ-позитивних матерів);
- 15-19 років (молодь, яка характеризує нові випадки інфікування ВІЛ) – 1 випадок (за 9 міс. 2019 р. – 4);
- 15-17 років (підлітки) – 0 випадків (за 9 міс. 2019 р. – 1 випадок);
- 15-24 років (молодь) – 17 (за 9 міс. 2019 р. – 19 випадків). Слід зазначити, що у молодих жінок віком 15–24 років ймовірність інфікування ВІЛ на 60% вище, ніж у молодих чоловіків тієї ж вікової групи;
- 15-49 років (репродуктивний вік) – 175 (за 9 міс. 2019 р. – 241 випадок);
- 15-65 років (працездатний вік) – 202 (за 9 міс. 2019 р. – 271 випадків);
- 50 років і старше – 27 випадків (за 9 міс. 2019 р. – 30 випадки).

Слід зазначити, що ймовірність зараження ВІЛ для молодих жінок у віці 15-24 роки в два рази вища, ніж для мужчин.

Звертає на себе увагу зростання питомої ваги захворілих у віковій групі 20-24 роки – з 5,5% за 9 міс. 2019 р. до 7,9% за 9 міс. 2020 р., а також у вікових групі 40-49 років – з 21,3% за 9 міс. 2019 р. до 30,2% за 9 міс. 2020 р. та 50 років і старші – з 11,0% за 9 міс. 2019 р. до 13,3% за 9 міс. 2020 р. Зміни у віковій структурі можуть свідчити, з одного боку, про «старіння» епідемії ВІЛ-інфекції, з іншого боку, підтверджують тенденцію пізнього звернення ВІЛ-позитивних людей до медичного закладу, тобто переважна частина осіб старше 40–50 років, які відносяться до так званих «нових випадків ВІЛ-інфекції», була інфікована декілька років тому.

Аналіз за групами населення.

За 9 місяців 2020 року відбулися пологи у 43 ВІЛ-інфікованих *вагітних* жінок, в тому числі : у 12 елективним кесаревим розтином, у 7 – кесаревим розтином за акушерськими показаннями і у 24 – через природні пологові шляхи.

З 43 ВІЛ-позитивних вагітних профілактику вертикальної трансмісії антиретровірусними препаратами отримали 40 жінок, в тому числі 17 жінок, вагітність у яких закінчилася пологами розпочали антиретровірусну терапію до вагітності, під час вагітності розпочали антиретровірусну терапію з 24-26-го тижня вагітності – 17 вагітних; після 24-26-го тижня вагітності – 6 вагітних.

Не отримала профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини 3 жінки. Перша жінка знала про свій ВІЛ-позитивний статус до вагітності, але написала письмову відмову від АРТ. Пологи відбулися шляхом елективного кесаревого розтину. Дитина отримала профілактику передачу ВІЛ від матері до дитини (ППМД) упродовж 28 днів 3 препаратами. Результат обстеження методом СКК в дитини негативний. Друга жінка також знала про свій ВІЛ-позитивний статус до вагітності, але в жіночній консультації на обліку не стояла і до Центру громадського здоров'я для отримання АРТ не зверталася. Поступила в пологовий будинок в потужному періоді. Дитина отримала профілактику передачу ВІЛ від матері до дитини (ППМД) упродовж 28 днів 3 препаратами. Третя жінка – на обліку в жіночій консультації не перебувала. Поступила в

пологовий будинок в потужному періоді. ВІЛ-позитивний статус встановлений експрес-тестами в пологах. Дитина отримала профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) упродовж 28 днів 3 препаратами.

За 9 місяців 2020 року рівень вірусного навантаження визначений у 41 вагітної, в т.ч. менше 50 копій РНК ВІЛ-1/мл – у 29 вагітних; від 50 до 1000 копій РНК ВІЛ-1 – у 7 вагітних; більше 1000 копій РНК ВІЛ 1 – у 5 вагітних.

Серед ключових щодо інфікування ВІЛ груп населення зареєстровано: 55 людей, які вживають наркотичні речовини в ін'єкційний спосіб (ЛВНІ) при оціночній їх кількості – **5496** осіб (затвердженій рішенням обласної координаційної ради з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам при Львівській обласній державній адміністрації 20.12.2019 р.), що складає **22,8%** від усіх випадків інфікування (при частці інфікування цим шляхом передачі **26,9%** за 9 міс. 2019 р.); **21** чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ) при оціночній їх кількості – **9900** осіб, що складає **8,7%** від усіх випадків інфікування (при **4,3%** таких випадків за 9 міс. 2019 р.); жодної людини, яка б надавала сексуальні послуги за винагороду (СП) при оціночній їх кількості – **2600** осіб, жодної трансгендерної людини (ТГ); **129** людей, які перебувають у в'язницях Львівської області; жодної в інших закритих установах; **54** статевих партнера ВІЛ-позитивних людей та представників ключових груп (за 9 міс.2019 р. – **64**).

Повний спектр можливостей профілактики інфікування ВІЛ, який зміг би дати максимальний ефект, все ще не використовується. Так, наприклад, за 9 міс. 2020 року прекоунктною профілактикою (ПреКП) скористалося тільки **54** чоловіків, які мають секс з чоловіками (щоденне використання ПреКП знижує ризик зараження ВІЛ при сексуальних контактах на 90% та у разі вживання ін'єкційних наркотиків на 70%).

ВООЗ і ЮНЕЙДС розглядають чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), працівників секс-бізнесу (СП), трансгендерних осіб (ТГ), людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВНІ), а також ув'язнених та осіб, які утримуються під вартою, в якості п'яти основних КГ, які особливо вразливі до ВІЛ і часто не мають адекватного доступу до послуг. За оцінками ЮНЕЙДС від 40 до 50% усіх нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих в світі відбуваються саме серед КГ та їх статевих партнерів. Для досягнення поставленої мети зі скорочення кількості нових випадків зараження ВІЛ серед КГ необхідні широкомасштабні програми та зусилля з формування відповідного соціального та правового середовища.

Згідно оновлених даних ЮНЕЙДС, групи ЧСЧ та ЛВНІ мають у 22 рази вищий ризик інфікування ВІЛ, ніж загальне населення, СП – у 21 рази. Ризик зараження серед трансгендерних людей в 12 рази перевищує ніж серед людей у віці 15–49 років.

Серед основних рекомендацій ЮНЕЙДС для країн – повна реалізація комплексних послуг зі зменшення шкоди, профілактики та лікування ВІЛ, включаючи програми забезпечення шприцами та голками, замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), контролю передозування за допомогою налоксону і надання безпечних приміщень для вживання наркотичних речовин.

Пенітенціарні установи є закладами підвищеного ризику щодо поширення соціально небезпечних інфекцій, зокрема ВІЛ-інфекції. Станом на 1

жовтня 2020 р. сфера управління Державної кримінально-виконавчої служби України у Львівській області налічує 4 установи. За даними відомчої статистики, станом на 01.10.2020 у 4 установах ДКВС утримували **129** ВІЛ-інфікованих осіб.

Таким чином, пріоритетними щодо інфікування ВІЛ групами населення для проведення інформаційно-просвітницьких та лікувальних заходів є: люди з ризикованою гетеросексуальною поведінкою, вагітні жінки, люди, які постраждали від сексуального насилля, підлітки та молодь, мігранти, в тому числі трудові мігранти та вимушені переселенці, безхатченки та люди з невизначеним місцем проживання, медичні працівники, військовослужбовці та учасники бойових дій, співробітники правоохоронних органів та рятувальних служб, статеві партнери представників пріоритетних груп.

Аналіз за географічною територією. В розрізі районів та міст обласного підпорядкування спостерігається гетерогенність (нерівномірність) поширення ВІЛ-інфекції з переважним залученням міст. Так, за увесь час епідемії (1987 – 9 місяців 2020 р.) показники **превалентності** (поширеності) **діагностованих випадків ВІЛ-інфекції** у містах Червонограді (589,4 на 100 тис. нас.), Бориславі (361,7), Львові (225,2), Стрию (222,5) та Дрогобичі (184,5) суттєво перевищують значення відповідного середньообласного показника (155,5), що на нашу думку обумовлено значною кількістю людей, які вживають ін'єкційні наркотики в містах, часткою робітників комерційного сексу (в тому числі приїжджих, з інших регіонів до Львова) і осіб з нетрадиційною сексуальною орієнтацією, а також більшою міграцією населення.

Аналіз за місцем проживання – це відношення показника кількості хворих або померлих жителів міста/села до чисельності міського/сільського населення. Перехід епідемії у сільське населення є ознакою її тяжкості, тому аналіз за місцем проживання (міська/сільська місцевість) надає важливу епідеміологічну інформацію. Серед міського населення зареєстровано 180 випадків ВІЛ-інфекції (11,7 випадки на 100 тис. відповідного населення), серед сільських мешканців – 61 випадків (6,2 випадків на 100 тис. відповідного нас.). Для порівняння, за 9 міс. 2019 р. зареєстрований 241 випадок серед міських мешканців (15,7 випадків на 100 тис. нас.) і 86 випадків – серед сільських мешканців (8,7 випадків на 100 тис. нас.). тобто спостерігається стабілізація кількості захворілих серед мешканців села та зменшення кількості випадків ВІЛ-інфекції у містах.

Аналіз показників сероепідеміологічного моніторингу за поширенням ВІЛ.

Послуги з тестування на виявлення ВІЛ-інфекції (ПТВ) включають дотестове інформування, тестування на ВІЛ та постановку діагнозу, післятестове консультування при необхідності, направлення на лікування і взаємозв'язок із заходами щодо профілактики, наданням допомоги і лікуванням.

Ефективність ПТВ вимірюється не кількістю проведених тестів, а кількістю людей, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, особливо серед ключових груп населення (КГН).

Глибокий аналіз тестування необхідний для визначення пріоритетних напрямків вкладання ресурсів. В рамках заходів протидії ВІЛ-інфекції у нас

наявний достовірний перелік місць надання ПТВ, в першу чергу в кабінетах інфекційних захворювань/кабінетах «Довіра»/сайтах АРТ.

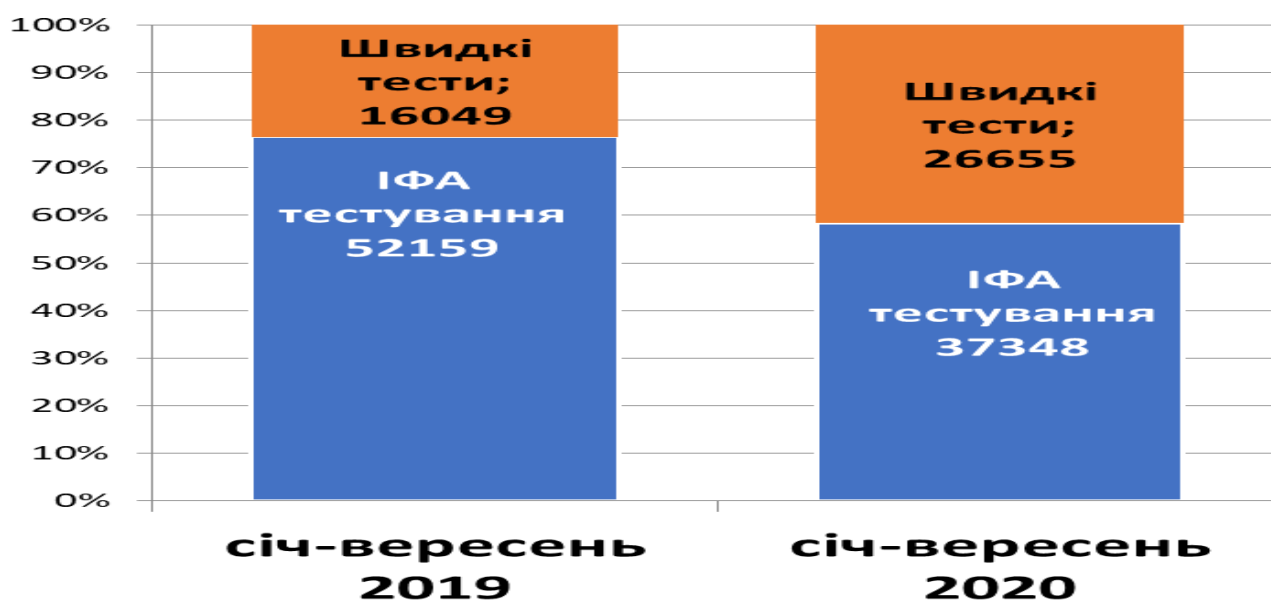
Аналіз проводиться за віком, статтю, результатом тестування (позитивний, негативний, невстановлений, невідомий), групами населення (вагітні, *статеві партнери ЛЖВ*, КГН, серодискордантні пари, діти і підлітки, пацієнти з туберкульозом – ТБ та вірусними гепатитами В і С), географічною територією (область, район, місто, ОТГ), місцем надання послуг (заклади охорони здоров'я, місцеві спільноти, інші (наприклад, самотестування)), тестування на ВІЛ пацієнтів, хворих на туберкульоз; повторного тестування для підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції на момент початку АРТ.

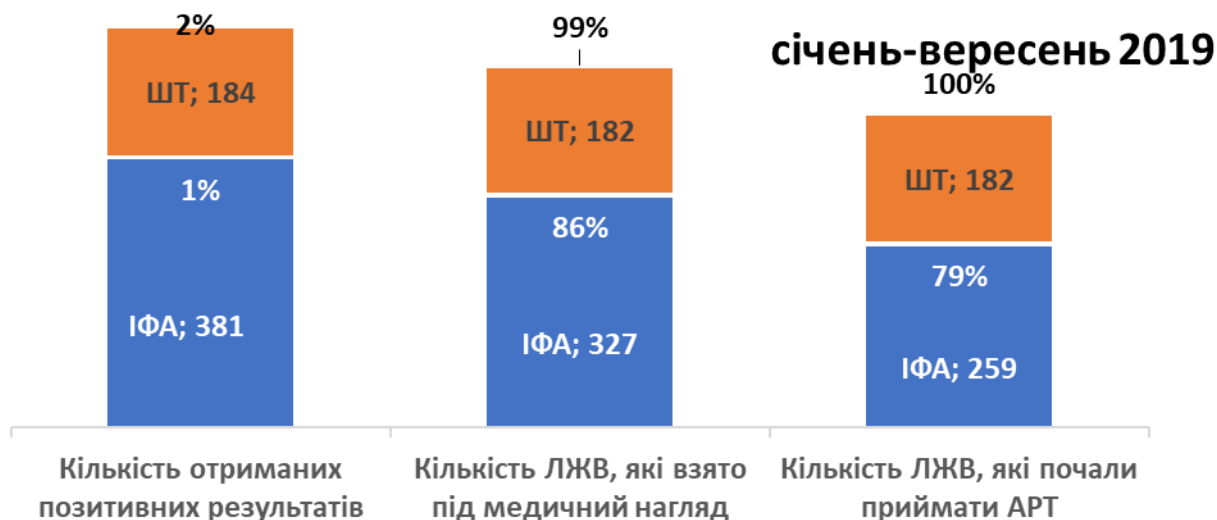
Сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ (СЕМ) відображає результати тестування на ВІЛ, що обліковуються в межах лабораторних скринінгових, підтверджуючих (верифікаційних) та ідентифікаційних досліджень. За 9 міс. 2020 року загалом обстежено 63999 громадян України. **65,9%** тестувань здійснюється серед донорів та вагітних (за 9 міс. 2019 р. – 76,2%) при середньоукраїнському показнику – **52,2%**.

За 9 міс. 2020 року, завдяки використанню швидких тестів, рівень охоплення тестуванням на ВІЛ представників **ключових груп ризику** щодо інфікування ВІЛ (сума кодів обстеження 101.2+102+103+104+105.2) склав **15 180** осіб, що на **+56,4%** більше, ніж за 9 місяців 2019 р. – **6 613** осіб.

Протилежна ситуація з **обстеженням загального населення**, проте **зменшення** кількості **обстежень** не таке суттєве, лише на **-6,1%** (63 999 обстеження за 9 міс. 2020 р. при 68 189 обстежених за 9 міс. 2019 р.). Аналогічний стан справ і з обстеженнями на виявлення ВІЛ-інфекції за клінічними показаннями в закладах охорони здоров'я – зменшення відбулося на **-37,9%** (з 8 336 осіб за 9 міс. 2019 р. до 5 177 осіб за 9 міс. 2020 р.). Така ситуація пов'язана із пандемією COVID-19.

Послуги з тестування на ВІЛ за 9 місяців 2019 та 2020 рр.





Інфікованість серед ЛВІН внаслідок впровадження профілактичних програм продовжує зменшуватися – з 1,0% за 9 міс. 2019 р. до 0,5% від кількості усіх обстежених за 9 міс. 2020 року.

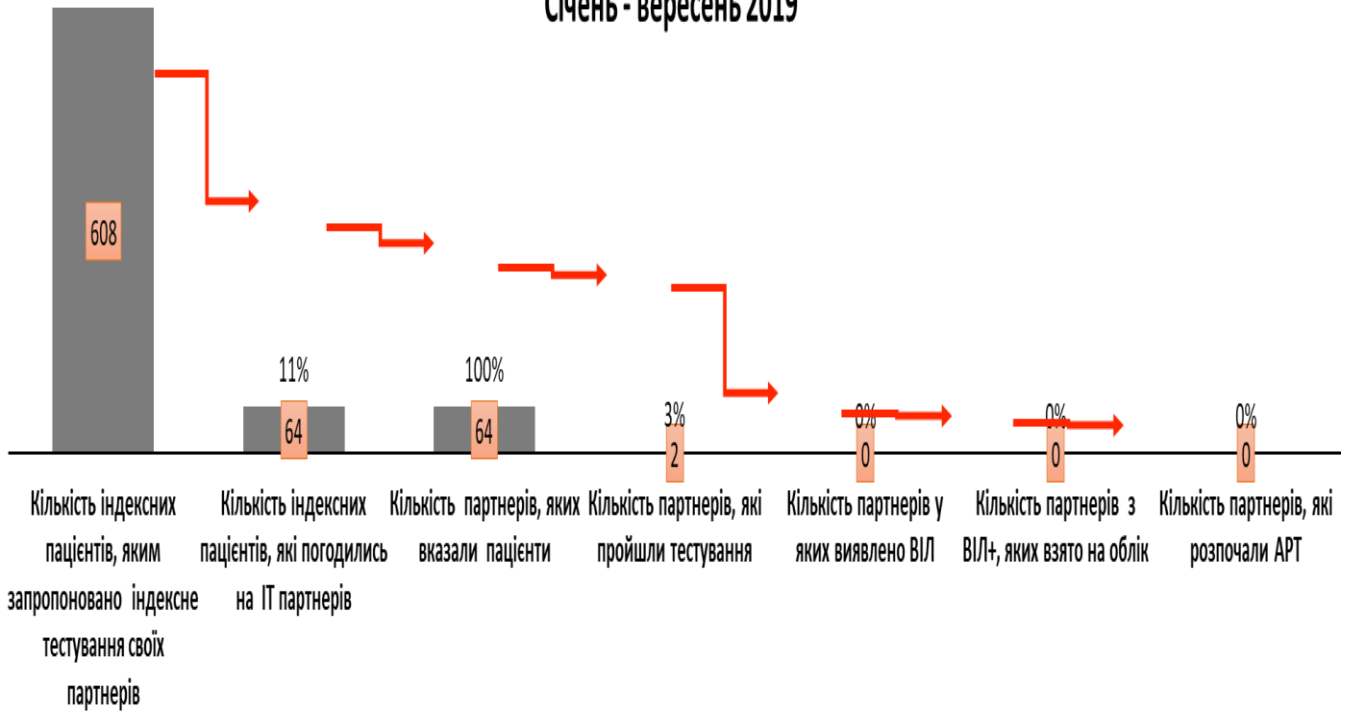
Тому тестування на ВІЛ рекомендовано раз на рік людям, які:

- мають постійного партнера із позитивним ВІЛ-статусом;
- мали незахищений секс із партнером, ВІЛ-статус якого вам невідомий;
- користувалися спільними голками та шприцами;
- мали повторні герпетичні та бактеріальні інфекцій, кандидоз ротової порожнини, оперізувальний лишай, туберкульоз.

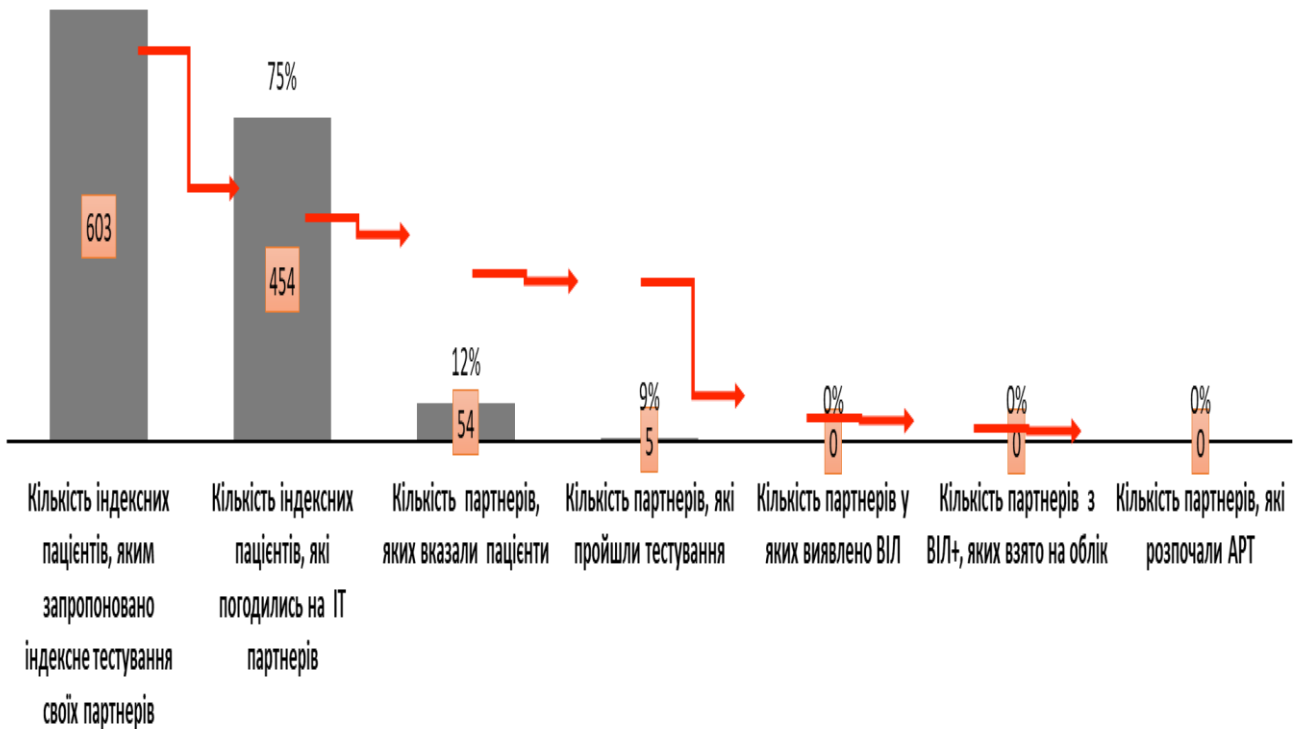
Пріоритетним напрямком реалізації «Національної Стратегії тестування на ВІЛ в Україні: 2019 – 2030 роки» є забезпечення інформування та тестування партнерів ЛЖВ. Це **індексне тестування** – цілеспрямований підхід до тестування на ВІЛ, при якому цю послугу пропонують членам сім'ї, статевим та ін'єкційним партнерам людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (ЛЖВ). Тому звертає на себе увагу низька результативність **індексного тестування (0% у 2019 та 2020 роках)**.

Кількість осіб, яких було виявлено та обстежено із використанням послуг з дослідження індексних випадків.

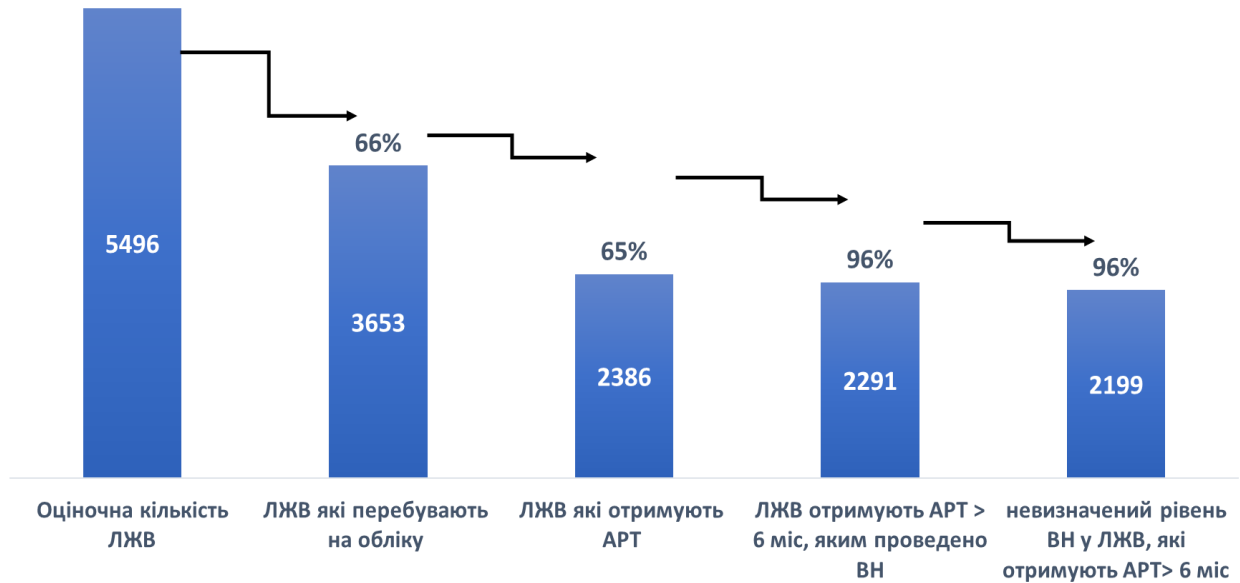
Січень - вересень 2019



Січень - вересень 2020



Показники медичного нагляду за ЛЖВ.



За результатами розрахунків у програмі Spectrum/EPP 5.5, в Львівській області на початок 2019 р. мешкало **5496 ЛЖВ** усіх вікових категорій, а за даними офіційної статистики під МН у ЗОЗ області станом на 01.10.2020 р. перебуває **3 653 ЛЖВ** (без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження). Співвідношення між оціночними та фактичними даними щодо кількості ЛЖВ складає 1,5:1, тобто **33%** осіб із числа ЛЖВ в області не звернулася за медичною допомогою та не перебувають на обліку у ЗОЗ.

5496 ЛЖВ - оціночна кількість ЛЖВ у Львівській області станом на 01.01.2020 (усі вікові категорії).

3 653 ЛЖВ (66% від оціночної кількості ЛЖВ) знають про свій ВІЛ-позитивний статус та перебувають під Медичним Наглядом (МН) у ЗОЗ Львівської області. Дані щодо кількості ЛЖВ, які перебувають під МН, отримані та узагальнені за результатами офіційної статистичної звітності у Львівській області, та не враховують кумулятивну кількість померлих ВІЛ-інфікованих осіб та дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження (214 дітей). Для досягнення перших 90% стратегії Fast-track залишилося не виявленими та не взятими під МН ще 1293 ЛЖВ.

2386 ЛЖВ (43,4%) від розрахункової кількості ЛЖВ на АРТ охоплені даною послугою. Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast-track не залучено до АРТ ще 2066 ЛЖВ.

В рамках програми Test&Treat (тестуй і лікуй) в 2019 році **84%** пацієнтів, яким була призначена антиретровірусна терапія, розпочинали її **впродовж 14 днів з моменту призначення**. Внаслідок децентралізації і залучення установ первинної медико-санітарної допомоги до скринінгу на ВІЛ в області значно збільшилася кількість пунктів тестування на ВІЛ-інфекцію.

Відповідно до зобов'язань, прийнятих в Політичній декларації ООН по боротьбі зі СНІДом у 2016 році, необхідним для досягнення цільових показників, встановлених на 2020 рік є диверсифікація тестування на ВІЛ та диференціювати практику медичного обслуговування для досягнення цільових показників «90-90-90». З цією метою Міністерством юстиції України

zareєстрований наказ МОЗ України від 11.02.2020 р. «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 10 липня 2013 року №585», яким вносяться суттєві зміни в порядок встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції (**будь-яким лікуючим лікарем**, який закінчив інтернатуру за спеціальністю «222 Медицина» та пройшов навчання на циклах спеціалізації або циклах тематичного удосконалення або на курсах інформації або стажування щодо ведення випадку ВІЛ-інфекції, а не тільки лікарями-інфекціоністами) та порядку організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД (**призначення антиретровірусної терапії будь-яким лікуючим лікарем будь-якого** закладу охорони здоров'я, який закінчив інтернатуру за однією з спеціальностей «222 Медицина» та пройшов курси спеціалізації або тематичне удосконалення з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти або курси інформації і стажування щодо ведення випадку ВІЛ-інфекції на базі закладів вищої освіти, закладів післядипломної освіти, науково-дослідних установ, закладів охорони здоров'я, а не тільки лікарями-інфекціоністами). Завдяки цим змінам очікується позитивний вплив на сферу громадського здоров'я, оскільки будуть усунуті бар'єри для впровадження рекомендованого ВООЗ підходу «Тестуй і стартуй» (Test and START), що дасть можливість досягнути глобальні цілі ЮНЕЙДС «90–90–90» (в 2020 році 90% людей, які живуть з ВІЛ, знатимуть свій діагноз; із них 90% прийматимуть антиретровірусну терапію (АРТ), а у 90% осіб на АРТ буде пригнічено вірус). Очікується, що внаслідок такої децентралізації і залучення установ первинної медико-санітарної допомоги до скринінгу на ВІЛ в області значно збільшиться кількість пунктів тестування на ВІЛ-інфекцію.

Станом на 01.10.2020 року забезпечено доступ до безперервної антиретровірусної терапії для 2386 хворих на ВІЛ-інфекцію, в т. ч. для 64 дітей 0-17 років. 100% ВІЛ-позитивних дітей, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ отримують АРТ. Вдалося збільшити охоплення антиретровірусною терапією ВІЛ-позитивних пацієнтів з ТБ під час лікування туберкульозу, що також знижує рівень смертності від конфекції ТБ/ВІЛ та покращує якість життя ЛЖВ.

На сьогодні увага змістилася з питання щодо кількості людей, які мають доступ до АРТ в бік важливості максимального пригнічення ВІЛ у ЛЖВ. Цей акцент обумовлений глибшим розумінням, що лікування не лише захищає ЛЖВ від хвороб, зумовлених ВІЛ, але також значно знижує ризик передачі збудника іншим людям.

Надання АРТ всім ЛЖВ незалежно від кількості клітин CD4 стало важливим кроком у досягненні успіху при лікуванні й догляді та сприятиме усуненню загрози поширення ВІЛ у контексті громадського здоров'я.

У жовтні 2017 року за підтримки UNAIDS відбулась зустріч глобальних експертів, на якій були розглянуті показники епідеміологічного переходу, що можуть бути використані країнами для кращого відстеження їхнього прогресу у досягненні цілей 95-95-95 на шляху подолання СНІДу як загрози громадському здоров'ю до 2030 року.

Таким чином, внаслідок COVID-19, наявні ознаки зменшення реєстрації випадків ВІЛ-інфекції.

Висновки:

- **Каскад** надання допомоги ЛЖВ у Львівській області: **66% – 65% – 96%** (прогалини 1 та 2 «90»);
- У **2020 році** у порівнянні із аналогічним періодом минулого року на 4 190 знизилася кількість тестувань на ВІЛ (за рахунок ІФА), хоча в цілому це не вплинуло на результативність тестування;
- Основні причини зниження тестування: низька настороженість лікарів загальної практики, пандемія COVID-19, економія на тестуванні ЗОЗ, перехід на амбулаторне лікування пацієнтів з ТБ тощо;
- Низька результативність **індексного тестування (0% у 2019 та 2020 роках)**;
- **1267 ЛЖВ**, які перебувають під медичним наглядом **не отримують АРТ**;
- У **2020 році збільшилася кількість пацієнтів, які не доведені під медичний нагляд** (у 2019 році втрачено 14,2% ЛЖВ; у 2020 році 40,6% між тестом на ВІЛ та медичним наглядом);
- Тільки **8% ЛЖВ** розпочинають АРТ в перші 7 днів від встановлення діагнозу.
- Зросла частка ВІЛ-позитивних у трьох вікових групах: 15-24 роки, 20-24 роки і 40-49 років. Особливо турбує зростання питомої ваги випадків ВІЛ-інфекції серед молодих людей віком 15–24 років: з 7,0% за 9 міс. 2019 р. до 8,3% за 9 міс. 2020 р., що свідчить про необхідність посилення профілактичних заходів;
- Показник інфікованості ВІЛ серед вагітних віком 15-24 років знизився з 0,11% за 9 міс. 2019 р. до 0,04% за 9 міс. 2020 р., який характеризує наявність прогресу у зниженні кількості нових випадків інфікування ВІЛ серед загального населення
- Спостерігається значна частка ВІЛ-позитивних осіб віком 50 років і старші серед вперше зареєстрованих випадків;
- Більшість випадків припадає на чоловіче населення: співвідношення чоловіків до жінок становить 2,3:1;
- Досягнення елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини ВІЛ. За 9 міс. 2020 р. у 43 ВІЛ-позитивних вагітних відбулися пологи (за 9 міс. 2019 р. – у 51; за 9 міс. 2018 р. – у 46). 93% ВІЛ-позитивних вагітних отримали профілактику вертикальної трансмісії антиретровірусними препаратами. Надання профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини сприяє подальшому зниженню частоти передачі ВІЛ від матері до дитини, а отже і до скорочення числа нових випадків ВІЛ-інфекції серед дітей;
- Туберкульоз – найбільш поширене СНІД-індикаторне захворювання;
- Туберкульоз - одна з основних причин смерті ВІЛ-позитивних осіб. Проте смертність від СНІДу продовжує знижуватися завдяки розширенню доступу до АРТ, а також досягнутому значному прогресу в поліпшенні надання послуг з ВІЛ та туберкульозу (ТБ). ЛЖВ, у яких не виявлено симптомів ТБ, потребують профілактичної терапії ТБ, що знижує ризик захворювання на ТБ і

смертність від коінфекції ТБ/ВІЛ приблизно на 40%. Тому своєчасність діагностики ВІЛ-інфекції, як і ранній початок АРТ, ступінь прихильності до лікування та наявність супроводу – все це є вагомими чинниками, що впливають на рівень смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ.

- Пізнє встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, захворюваність на СНІД та смертність від хвороб, зумовлених СНІДом, залишаються проблемою на шляху подолання епідемії ВІЛ-інфекції. Стабільно висока частка осіб, яким одночасно було встановлено діагнози ВІЛ-інфекція та СНІД: **68,8% (55 випадків з 80) - за січень-вересень 2020 р.;** **62,4% (98 випадків з 157) - за січень-вересень 2019 р.** Пізнє встановлення ВІЛ-позитивного статусу негативно впливає на подальший перебіг ВІЛ-інфекції та результативність лікування, що призводить до зростання летальних випадків, обумовлених СНІД-індикаторними станами та захворюваннями, серед ЛЖВ. Таким чином, нагальним є виконання завдання щодо своєчасного взяття на облік ВІЛ-позитивних людей, оскільки це негативно впливає на результати лікування та гальмує процес досягнення Україною цілей «90–90–90»;
- Залишається активним прихований компонент епідемічного процесу, який формується за рахунок недиагностованих хворих на ВІЛ-інфекцію. Тому необхідним є збільшення охоплення послугами з тестування на ВІЛ серед ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ. В цілому слід збільшити до рівня 90% кількість ЛЖВ, які знають свій ВІЛ-статус;
- Значна частина ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних досліджень (**41%** за 9 місяців 2020 року), не залучаються до медичного нагляду ;
- Широке поширення ВІЛ серед осіб груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (КГН), оскільки, як і раніше, вони знаходяться в маргінальному становищі через що й відіграють суттєву роль у поширенні ВІЛ;
- Посилення епідемічної значимості статевого шляху передачі (**72%** серед дорослих) та поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення. Тобто ще одним висновком з проведеного епідеміологічного аналізу є те, що епідемія ВІЛ-інфекції у Львівській області поширюється не тільки в групах найбільш високого ризику інфікування ВІЛ.
- Поступове зростання кількості та частки випадків серед ЧСЧ, недоврахування таких випадків через «закритість» даної групи та прихований характер епідемії ВІЛ в спільноті. Щорічне зростання кількості виявлених ВІЛ-позитивних ЧСЧ перш за все обумовлено покращенням доступу ЧСЧ до послуг з тестування на ВІЛ (ПТВ) та профілактичних програм в цілому. Через високий рівень стигматизації ЧСЧ у суспільстві, існує суттєвий недолік у ідентифікації гомосексуального шляху передачі серед чоловіків, які при встановленні діагнозу ВІЛ-інфекції найчастіше вказують в

якості ймовірного ризику інфікування ВІЛ статеві контакти з жінками. В зв'язку із цим необхідне розширення профілактичних програм серед ЧСЧ, особливо серед вікової групи 15-24 роки, як ключової групи щодо ВІЛ-інфікування;

- Переважне ураження епідемією осіб працездатного віку та міського населення;
- Нерівномірне поширення ВІЛ на різних адміністративних територіях Львівської області.
- Слід впроваджувати іноваційний підхід до тестування – **індексне тестування**, тобто модель, що передбачає надання послуг тестування на ВІЛ статевим партнерам і дітям до 15 років, які живуть з ВІЛ, з підтвердженим статусом;
- Доконтактна профілактика (ДКП) – використання ВІЛ-від'ємними людьми антиретровірусних препаратів для профілактики ВІЛ-інфекції повинна перетворитися в звичайний профілактичний захід.

Рекомендації:

- Підвищення мотивації та навчання серед медичного персоналу області щодо тестування на ВІЛ, в тому числі індексного тестування; перегляд маршрутів пацієнта;
- Підтримка впровадження індексного тестування;
- Проведення оцінки тестування на ВІЛ за ініціативою медичного працівника в певних ЗОЗ області;
- Проведення верифікації пацієнтів, які перебувають під медичним спостереженням, призначення АРТ;
- Проведення аналізу втрат пацієнтів між позитивним тестом на ВІЛ і призначенням АРТ та вжиття заходів в залежності від причин незадовільного доведення;
- Забезпечення раннього початку АРТ (в перші 7 днів встановлення діагнозу).

Таким чином, реального прориву в тестуванні, профілактиці, вирішенні проблеми стигми та дискримінації, оптимізації лікування ВІЛ-інфекції поки що не досягнуто. Рівень охоплення послугами ДКП, опіоїдної ЗПТ, який є необхідним для відчутного впливу на епідемію ВІЛ-інфекції, ще не досягнутий.

Отже, важливим компонентом стабілізації епідемії ВІЛ-інфекції залишається поінформованість населення про шляхи передачі інфекції, формування навиків відповідальної поведінки щодо запобігання інфікуванню, в першу чергу серед молоді та доступність до тестування на ВІЛ-інфекцію.

13.10.2020 р.

Підготував завідувач відділом моніторингу і оцінки КНП ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я» Андрій Сороколит (м.Львів, вул. Некрасова, 4, каб. №1; тел. моб. 067-583-0-555; e-mail: sorokolyt@gmail.com).