

Епідеміологічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Чернівецькій області

01.07.17р.

1. Загальні відомості

Рішенням XXXIV сесії Чернівецької обласної ради від 29.09.2015 року №140-34/15 була затверджена «Комплексна соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернівецькій області на 2015-2018 роки».

Україна перебуває у стані війни, девальвації національної валюти. Падіння української гривні відносно американського долара приводить до зниження купівельної спроможності імпорتنих товарів. Крім того, діючою програмою не передбачено фінансування з обласного бюджету соціального супроводу ВІЛ-інфікованих людей, насамперед ВІЛ-інфікованих дітей.

Вище викладене зумовило необхідність внесення змін до Комплексної соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернівецькій області на 2015 - 2018 роки в аспекті збільшення коштів. І вже в новому проекті програми передбачено фінансова підтримка заходу - здійснення медико-соціальних заходів із залучення та утримання ВІЛ-позитивних пацієнтів за медичними програмами шляхом затвердження та впровадження соціального стандарту догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ

18 травня 2017 року відбулось засідання обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, на якому головний лікар центру СНІДу доповів про стан виконання та фінансування «Комплексної соціальної програми протидії захворюванню на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Чернівецькій області на 2015-2018 роки» за 2016 рік.

01 березня 2017 року працівники центру СНІДу та громадських організацій, які працюють в сфері ВІЛ-інфекції прийняли участь в акції до Дня боротьби з наркоманією. Пересічні буковинці могли пройти анонімне експрес-тестування на ВІЛ-інфекцію.

11 травня 2017 р., 18 травня 2017 р., 25 травня 2017 р., 01 червня 2017 р. на базі ОКУ «Чернівецький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» для лікарів-інфекціоністів, сімейних лікарів ЦРЛ/ПМСД було проведено переривчасті курси з питань ВІЛ-інфекції на тему «Сучасні методи діагностики та лікування ВІЛ-інфекції»

З метою підготовки звітності з епіднагляду для Європейської бази TESSy у червні 2017 року працівниками центру СНІДу впроваджено електронну медичну інформаційну систему МІС «ВІЛ-інфекція в Україні».

03 квітня 2017 року Департаментом охорони здоров'я погоджено локальний прокол третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)», даний протокол впроваджено в центрі СНІДу.

З метою забезпечення відкритості та публічності інформації щодо залишків лікарських засобів та медичних виробів центр СНІДу долучився до єдиного ресурсу eliky.in.ua. Відповідно інформація про залишки ліків, які є на балансі центру СНІДу є доступною для будь-якої зацікавленої сторони.

23 червня 2017 року акредитаційною комісією Департаменту охорони здоров'я України була проведена експертиза відповідності закладу та присвоєна повторно перша кваліфікаційна категорія.

В 2017 році проведено дві робочі зустрічі регіональних робочих команд з проведення досліджень: «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» та «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед робітників секс бізнесу, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління».

2.Епідеміологічна ситуація

На сьогодні епідемічна ситуація дозволяє стверджувати, що масштаби з ВІЛ-інфекції продовжують поширюватися серед загального населення за рахунок збільшення статевого шляху передачі.

Динаміка реєстрації ВІЛ-інфекції станом на 01.01.2017р.

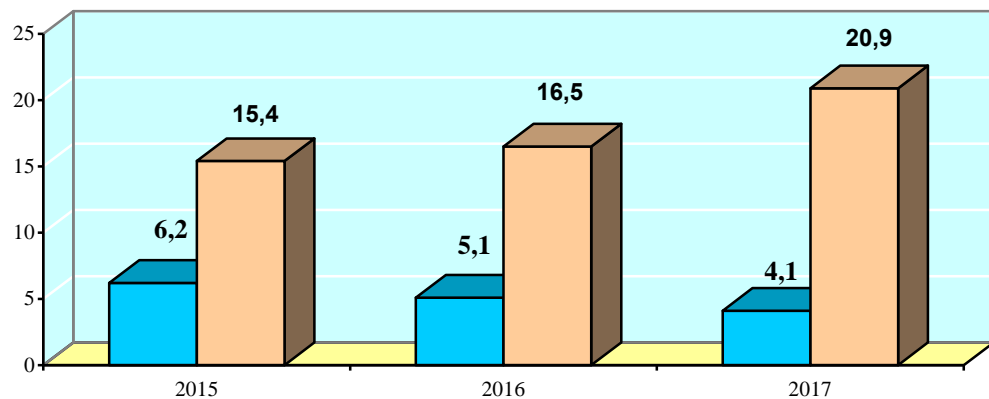
Показники	Область	Україна
ВІЛ-інфекція	1 668	306 296
СНІД	484	97 578
Смерть від СНІДу	200	43 206
Діти народженні ВІЛ-інфікованими жінками	368	

Протягом останніх трьох років за перше півріччя відмічається тенденція до зниження з 56 (6 місяців 2015 року) до 37 (6 місяців 2017 року). Причиною цього є неякісне передтестове консультування лікарями ЗОЗ, в результаті якого пацієнтів не повідомляють про ВІЛ-позитивний результат або ЗОЗ отримує результат після виписки пацієнтів. Із 37 ВІЛ-інфікованих осіб взятих з уперше встановленим діагнозом, 10 – діти, які народилися від ВІЛ-інфікованих жінок, їх статус буде уточнюватися.

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію

	2015 рік (6 міс)			2016 рік (6 міс)			2017 рік (6 міс)		
	абс. число	на 100 тис	темپ приросту, %	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %
Чернівецька область	56	6,2	-11,1	46	5,1	-17,9	37	4,1	-19,6
Україна	7 106	15,4	-34	7 610	16,5	+7,1	8 872	20,9	+16,6

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію



Нижче наведено розподіл по місцю проживання осіб з вперше в житті встановлено діагнозом ВІЛ-інфекції в 2016 році. Ці дані надані відповідно до електронного реєстру ВІЛ-інфікованих осіб центру СНІДу. Але необхідно зазначити, що ВІЛ-інфіковані люди, які проживають в районах, з метою запобігання розголосу не звертаються в ЗОЗ по місцю проживання, і попереджують лікарів центру СНІДу про дотримання конфіденційності.

Захворюваність ВІЛ-інфекцію станом на 01.07.2017 р.

Адміністративна територія	Статистичні показники	
	абсолютні числа	на 100 тисяч населення
Вижницький район		
Герцаївський район	1	3,0
Глибоцький район	4	5,4
Заставнівський район	1	2,0
Кіцманський район	2	2,9
Кельменецький район		
Новоселицький район	1	1,3
Путильський район		
Хотинський район	1	1,6
Сторожинецький район	5	5,0
Сокирянський район	4	9,3
м.Новодністровськ		
м.Чернівці	18	6,9
Чернівецька область	37	4,1

Показник охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком від кількості виявлених за даними СЕМ станом 01.07.2017 р. становить 58,7% (37 осіб із 63). А це означає, що майже половина усіх ВІЛ-позитивних людей, в яких підтверджено ВІЛ в 2016р. перебувають поза медичним наглядом, відповідно не отримують АРТ.

Якісне перед та після тестове консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію медичними працівниками в закладах охорони здоров'я

приведе до того, що люди з ВІЛ-позитивним результатом будуть знати про це, а відповідно отримувати необхідну медичну допомогу, що дасть шанс на тривале життя.

Крім того, з усіх осіб з вперше в житті встановлено діагнозом ВІЛ-інфекції в першому півріччі 2017 року, 6 - ВІЛ діагностовано вже в III та IV клінічних стадіях, що становить 22%. Цей факт свідчить про те, що в області є проблема пізньої діагностики ВІЛ-інфекції. І є підтвердженням пізнього звернення за медичною допомогою, невчасної діагностики, низького рівня проведення санітарно-просвітної роботи, насамперед серед сільського населення.

З метою вчасного виявлення ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях захворювання та своєчасного призначення їм антиретровірусної терапії, що вплине на захворюваність на СНІД та смертність від хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини, в регіоні, першочерговим є масштабне впровадження на території області консультування щодо тестування на ВІЛ з ініціативи медичних працівників.

В першому півріччі 2017 року 10 особам встановлено IV клінічну стадію (СНІД). З них 6 ВІЛ-інфікованих осіб перебували на обліку в центрі СНІДу раніше.

Це означає, що в області не в достатній мірі проводиться активне спостереження за ВІЛ-інфікованими особами, які перебувають під медичним наглядом, не в достатній мірі проводиться медикаментозна профілактика СНІД-індикаторних захворювань (в першу чергу профілактика туберкульозу) та антиретровірусна терапія.

А також, слід зазначити, що неактивна диспансерна група відмовляється від диспансеризації. У зв'язку з тим, що дані особи не отримують АРТ з плином часу, в них проявляються СНІД-індикаторні хвороби такі як туберкульоз, менінгоенцефаліти, вірусні гепатити тощо. Активна диспансерна група станом на 01.01.2017 року становить 59% (531 осіб із 895).

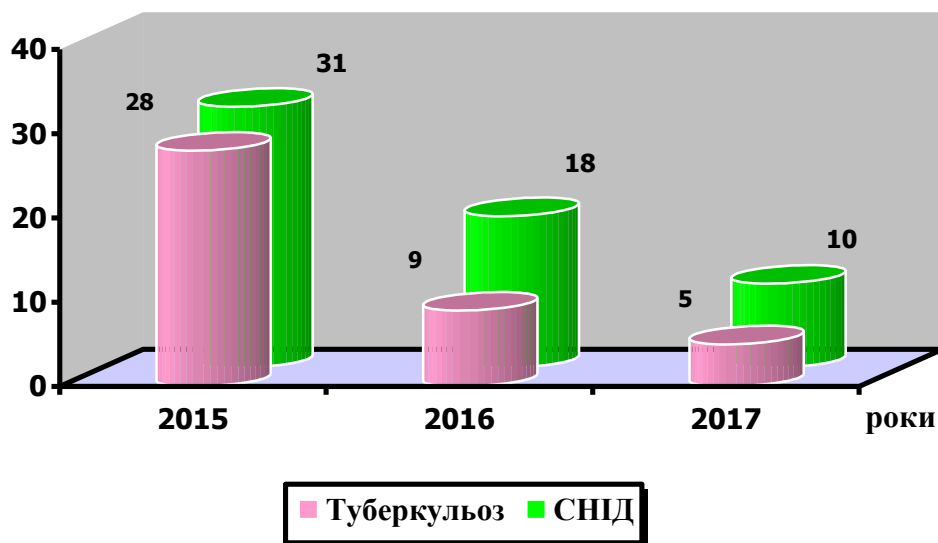
В області і надалі залишається проблема ко-інфекції ВІЛ/ТБ. Обидві хвороби негативно впливають на стан імунної системи та уражуючи клітини лімфатичної системи, підсилюють одна одну, створюючи смертельний тандем. На сьогодні, в регіоні туберкульоз став найпоширенішою опортуністичною хворобою при ВІЛ-інфекції та основною причиною розвитку СНІДу й смерті від СНІДу.

Відповідно до звітної форми №2-ВІЛ/СНІДу, в першому півріччі 2017 року зареєстровано 10 нових випадків СНІДу, з них – 2 це туберкульоз (52%), з них 5 - це ВДТБ, 5 – легеневий, 4 - з бактеріовиділенням. Саме бацилярні туб-хворі становлять небезпеку для оточуючих з точки зору інфекційного туберкульозу. І задача медиків, а саме лікарів-фтизіатрів, полягає в тому, що потрібно якомога швидше встановити діагноз - туберкульозу та призначити протитуберкульозну терапію. Враховуючи уніфікований клінічний протокол з надання медичної допомоги хворим на ВІЛ/ТБ (наказ МОЗ від 31.12.2014 №1039), антиретровірусну терапію необхідно починати усім хворим на

ТБ/ВІЛ, незалежно від кількості CD4 клітин якомога раніше (перші 2-8 тижнів). Проте, існує деяка розбіжність між медиками центру СНІДу та медиками фтизіатричної служби щодо оптимальної дати призначення АРТ. Лікарі-фтизіатри наполягають практично на одночасному призначенні АРТ після АМБТ, натомість, лікарі центрі СНІДу вважають за доцільне дочекатися доброї перенесення протитуберкульозних препаратів та високої прихильності до лікування. Крім того, слід згадати ще про п'ятьох ВІЛ-інфікованих осіб, котрі не ввійшли до звітної форми, як нові випадки СНІДу, оскільки вже раніше їм було встановлено 4 клінічну стадію, а в 2017 році в них було виявлено рецидив туберкульозу.

За рекомендацією фахівців ДУ «Український центр з контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» та з метою достовірності даних, працівники центру СНІДу здійснюють верифікацію статистичних показників хворих та померлих від ВІЛ/ТБ. Проте, останнім часом є проблема з наповнення інформації реєстру ВІЛ/ТБ-хворих (ТБ-менеджером), що створює певні незручності.

Захворюваність на СНІД та туберкульоз

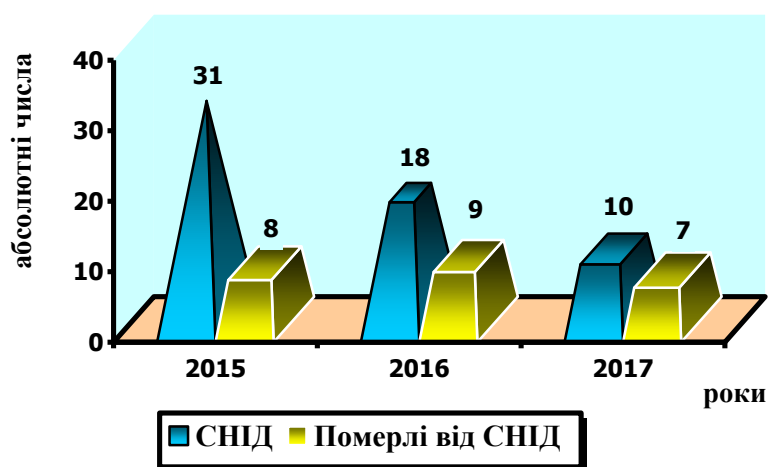


Захворюваність на СНІД

	2015 рік (6 міс)			2016 рік (6 міс)			2017 рік (6 міс)		
	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %
Чернівецька область	31	3,4	+82,3	18	2,0	-41,9	10	1,1	-99,4
Україна	3 700	8,0	-32,6	4 030	8,76	+8,9	4 681	11,0	+16,1

Якщо порівнювати три останні роки, то на перший погляд відмічається тенденція до зниження випадків СНІДу, в тому числі, випадків туберкульозу, але якщо провести аналіз щодо причин, то стає зрозумілим, що обліково-звітними формами не передбачено, облік повторних випадків СНІДу, і в першу чергу випадків рецидиву туберкульозу, як основного СНІД-індикаторного захворювання серед ВІЛ-інфікованих.

Захворюваність на СНІД та смертність від СНІДу



Протягом останніх трьох років кількість осіб, які померли від СНІДу залишається на одному рівні, і становить близько 8. Цей показник є в 4 рази нижчим ніж по Україні.

Смертність від СНІДу

	2015 рік (6 міс)			2016 рік (6 міс)			2017 рік (6 міс)		
	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %
Чернівецька область	8	0,9	+12,5	9	1,0	+12,5	7	0,8	-22,2
Україна	1 345	2,9	-19,6	1 428	3,1	+6,2	1 496	3,5	+4,8

В першому півріччі 2017 року усього померло 8 осіб, з них 7 причини пов'язаними з ВІЛ-інфекцією та 1 – непов'язаними з ВІЛ. Серед померлих, 6 осіб перебували у четвертій клінічній стадії та 3 померли внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ. Звичайно вище наведені цифри є малоінформативними для висновку, але напевно можна сказати точно про наступне.

Тому, необхідно терміново посилити напрям роботи з надання фтизіатричної допомоги ВІЛ-інфікованим/хворим на СНІД, і в першу чергу –

надання медикаментозної профілактики та лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб, призначення антиретровірусної терапії (надалі – АРТ) у хворих на ТБ/ВІЛ.

Нижче наведені дані про охоплення ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД обстеженням на СД4. Інформація надається про дорослих осіб, оскільки для дітей ключовим є визначення відсотку СД4, а не абсолютного показника. Серед ВІЛ-інфікованих дорослих 53% обстежено на рівень СД4.

Охоплення ВІЛ-інфікованих дорослих осіб обстеженням на СД4

	Взято під нагляд протягом звітного року		Перебували на кінець звітного року
	ВІЛ	СНІД	
Всього осіб	27	10	755
Кількість осіб, яким проведено СД4	21	7	402
більше 500	13	2	243
350-499	4	1	68
200-349	3	2	49
менше 200	1	2	42
% охоплення СД4	78%	70%	53%

Станом на 01.01.2017 р. АРТ отримує 482 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, з них 96 – діти віком до 18 років. Смертність серед людей, які приймають АРТ в 5 разів нижча, ніж серед пацієнтів, що її не отримують. З усіх померлих (8 ВІЛ-інфікованих людей): 4 осіб приймали АРТ, але тільки 2 з них, отримували таку терапію більше одного року, усі інші (4) не отримували її з різних причин. Фактично тільки двоє із восьми ВІЛ-інфікованих осіб отримували тривало АРТ (причина смерті – рецидив туберкульозу).

З метою достовірності даних, в закладі постійно здійснюється розбір кожного випадку смерті та проводиться звірка з даними управління статистики, що свідчить про достовірність показників в Чернівецькій області. Крім того, звірка відбувається з обласним протитуберкульозним диспансером (щодо ВІЛ/ТБ пацієнтів) та зі закладами пенітенціарної служби.

Кількість ВІЛ-інфікованих по клінічним стадіям станом на 01.07.2017 р. наведено нижче в таблиці:

Кількість ВІЛ-інфікованих осіб	895
з I кл.ст.	374
з II кл.ст.	93
з III кл.ст.	168
з IV кл.ст.	260

На обліку 140 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками: 98 дітей перебувають у стадії ВІЛ підтверджено та 42 - ВІЛ в стадії підтвердження.

Поширеність ВІЛ-інфекції

	2015 рік (6 міс)			2016 рік (6 міс)			2017 рік (6 міс)		
	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %
Чернівецька область	805	88,8	+9,7	849	93,6	+5,5	895	98,9	+5,4
Україна	124 279	291,3	-7,2	130 410	305,3	+4,9	135 414	319,5	+3,8

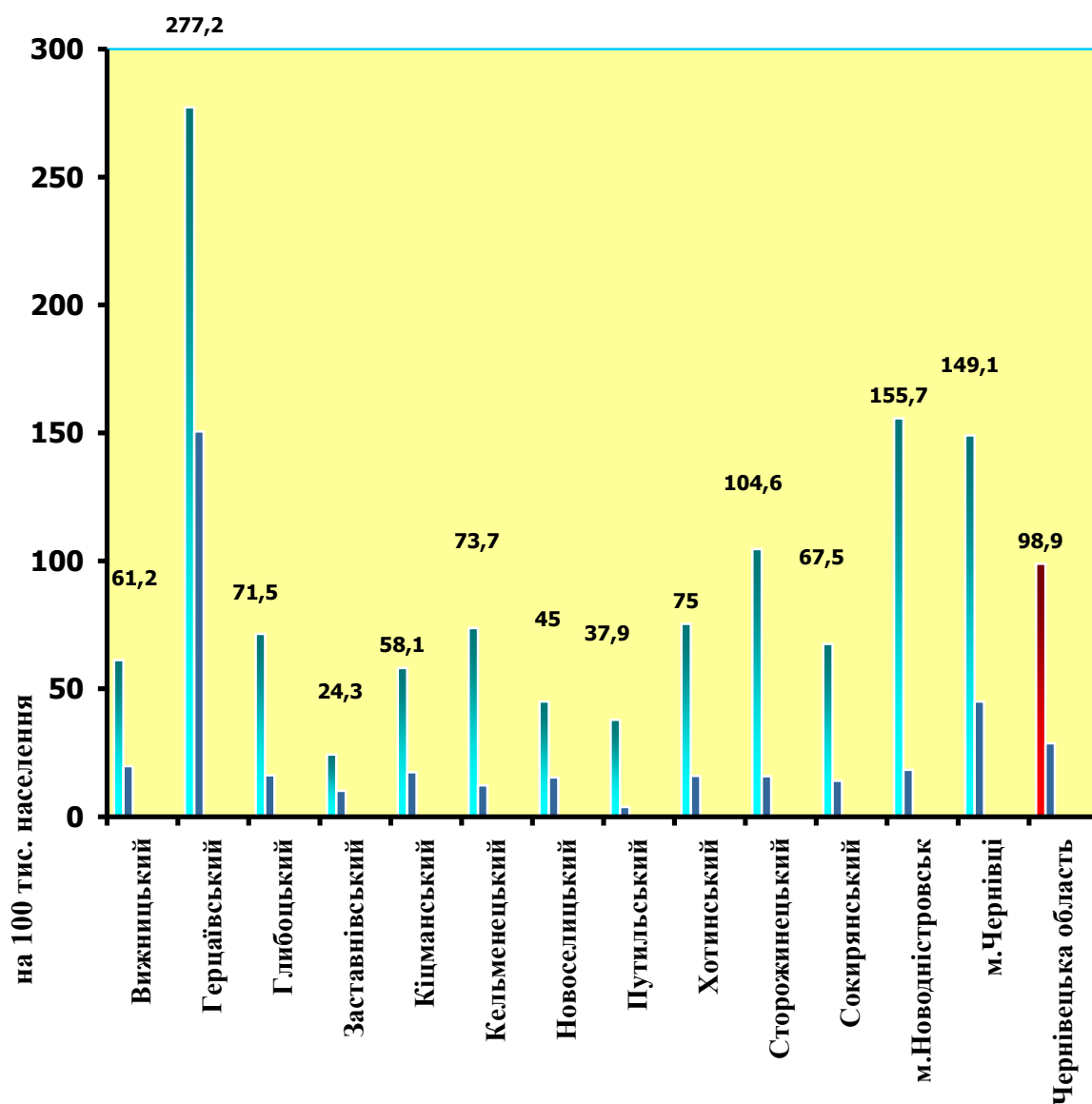
Поширеність СНІД

	2015 рік (6 міс)			2016 рік (6 міс)			2017 рік (6 міс)		
	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис	темп приросту, %
Чернівецька область	221	24,4	+16,3	249	27,5	+12,7	260	28,7	+4,4
Україна	31 509	66,0	+15,1	36 474	85,4	+15,8	40 186	94,8	+10,2

Щодо поширеності кількості ЛЖВ в Чернівецькій області ситуація є наступною та зображено графічно нижче.

Найвищий показник поширеності на ВІЛ-інфекцію в Герцаївському р-ні 277,2 на 100 тис. населення, м.Чернівці (149,1), м. Новодністровськ (155,7), Сторожинецькому р-ні (103,4). Слід відмітити, що у Герцаївському районі у Святовознесенському монастирі перебувають 83 ВІЛ-інфікованих дітей під опікою владики Михайла Лонгіна та всі крім однієї дитини отримують антиретровірусну терапію.

Поширеність ВІЛ-інфекції у м. Новодністровськ пов'язано з такими факторами: велика кількість молодих людей, котрі вживають ін'єкційні наркотики, відсутність профілактичних програм в місті, географічне розташування міста (на межі двох областей та Молдови), переселенці/мігранти з інших регіонів України, і звичайно, великий рівень безробіття.



Станом на 01.07.2017 р. в області проживають 19 людей, які прибули з ВІЛ-позитивним результатом в Чернівецьку область з Донецької та Луганської областей. Не можна не згадати те, що буковинці-чоловіки, які є військовослужбовцями під час проходження служби в районі АТО одружуються з ВІЛ-інфікованими жінками народженими в Донецькій чи Луганській областях. Тим самим, створюються дискордантні пари.

Враховуючи вище сказане, зрозуміло, що в Чернівецькій області з'являється нова група ризику щодо ВІЛ-інфікування - переселенці, зокрема особи, які прибули з районів АТО.

Інфікування ВІЛ серед вагітних за кодом 109.1 (обстежені первинно) становить <0,1 %. Цей показник достатньо точно відображає інфікування загального населення, і є значно нижчий ніж по Україні.

Світовий досвід свідчить, що СІН найбільш уразливі до ВІЛ, і поширення інфекції серед них відбувається з найбільшою швидкістю. Треба визнати, що в умовах концентрованої стадії епідемії, вирішальну роль у

визначені подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції відіграють масштаби та якість заходів з профілактики серед осіб із груп населення високого ризику інфікування ВІЛ та серед їхніх статевих партнерів.

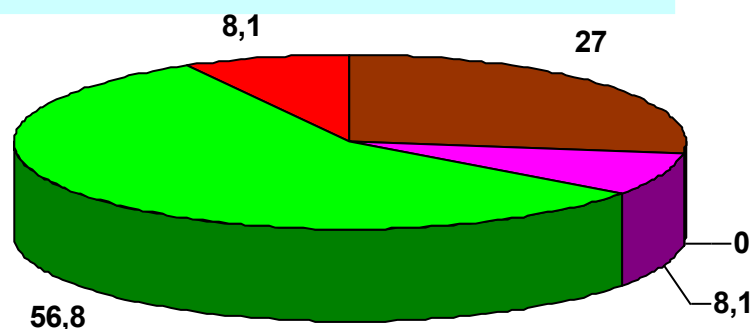
В області відмічається порівняно невисока доступність тестування на ВІЛ осіб з груп ризику. В першому півріччі 2017 року проведено 18 682 осіб без донорів та вагітних, що становить 2,1% від усіх обстежених. Кількість обстежених з ГПР обстежено 2451, це здійснюється завдяки громадським організаціям м. Чернівці ("Нова сім'я", "Люди Буковини"). Доступ до тестування осіб з ГПР в лікувально-профілактичних закладах залишається досить низьким.

Враховуючи вище сказане, заходи з тестування осіб, які не належать до груп підвищеного ризику, не є першочерговим пріоритетом, натомість охоплення лікувально-профілактичними закладами тестуванням на ВІЛ представників груп ризику є надзвичайно важливим, але залишається в області низьким та непослідовним.

Серед ВІЛ-інфікованих осіб в області, як і раніше, переважають чоловіки. Частка жінок в першому півріччі 2017 року складає 43%. Чоловіки були і є рушійною силою споживачів ін'єкційних наркотиків. Відповідно, у відсотковому співвідношенні ВІЛ-інфіковані чоловіки переважають ВІЛ-інфікованих жінок, які вживають ін'єкційні наркотики. В першому півріччі 2017 року взято під медичний нагляд 1 жінку та 3 чоловіків, ймовірний шлях інфікування яких – ін'єкційний.

У віковій структурі нових випадків ВІЛ переважають особи у віці 25-49 років. Сьогодні це становить 56,8% всіх нових випадків ВІЛ. Переважно, це чоловіки. Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІД вражає найбільш працездатну і репродуктивну частину населення, що може привести до посилення і загострення негативних демографічних і соціально-економічних тенденцій.

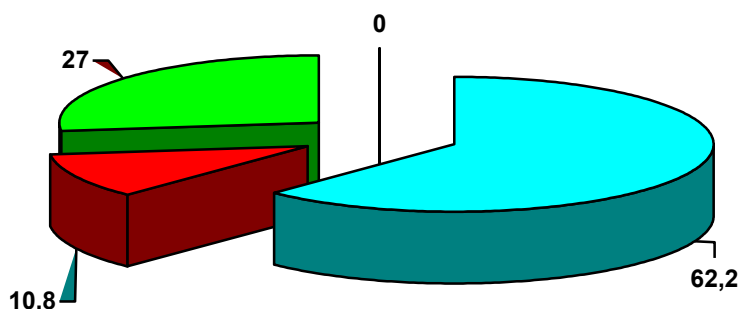
Розподіл нових випадків ВІЛ за віком, %



	0-14
	15-17
	18-24
	25-49
	50 і старше

Домінуючим шляхом передачі ВІЛ-інфекції в області є статевий шлях інфікування.

Розподіл шляхів ВІЛ-інфікування, %



	Статевий
	Парентеральний
	Народились від ВІЛ-інфікованої матері
	Не встановлений

Частка осіб, які інфікувалися статевим шляхом – 62,2%, парентеральним шляхом – 10,8%. Частка дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями – 27%. Слід відмітити, що ці діти протягом 1-ого року життя будуть двічі обстежені на наявність провірусного ДНК методом ПЛР та у віці 18 місяців на наявність антитіл до ВІЛ методом ІФА. За наявності негативних результатів обстеження на ВІЛ, діти будуть зняті з медичного нагляду. Рівень ПВТ за 2014 рік становить 4,35%.

У структурі шляхів інфікування ВІЛ в області продовжується зниження питомої ваги передачі ВІЛ внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом на тлі поступового збільшення частки випадків зараження статевим шляхом.

Цей факт підтверджує, що ВІЛ вражає загальне населення, котре не веде ризиковану поведінку щодо ВІЛ-інфікування.

Незважаючи на збільшення частки статевого шляху передачі ВІЛ, не можна недооцінювати участі СІН в розвитку епідемії ВІЛ. Вони, як і раніше, залишаються групою ризику інфікування ВІЛ і серед них так само поширений статевий шлях передачі інфекції: від СІН до їх статевих партнерів, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків.

За результатами проведеного епідеміологічного моніторингу за ВІЛ-інфекцією у регіоні в першому півріччі 2017 року, слід наголосити на основні проблемні питання, які заслуговують на увагу.

- пізня діагностика ВІЛ. Майже третина всіх вперше виявлених осіб діагностовано вже в III та IV клінічних стадіях,

- низький доступ до тестування на ВІЛ осіб з ГПР в лікувально-профілактичних закладах. Як правило, це здійснюється завдяки НУО.

- показник охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком від кількості виявлених за даними СЕМ становить трохи більше половини від усіх ВІЛ(+) осіб. Проте, інша половина ВІЛ(+) осіб не взяті під медичний нагляд та не отримують належного лікування (також і АРТ). Причина – в тому числі, неякісне перед та після тестове консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ.

- низька питома вага ВІЛ-інфікованих осіб, які пере направлені з НУО, серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. В першому півріччі НУО пере направили до центру СНІДу 2 ВІЛ-позитивні РКС. в 2016р.

- 50% осіб з вперше встановленим діагнозом СНІД є хворими і на туберкульоз.

- низький рівень тестування на ВІЛ-інфекції в місцях позбавлені волі. В області є дві колонії. Проте в першому півріччі 2016 року за кодом 112 обстежено лише п'ятеро осіб, один з яких виявився ВІЛ-позитивним.