

## Оперативний (поточний) епідеміологічний аналіз даних щодо оцінки епідемії ВІЛ-інфекції у Львівській області за статистичними показниками станом на 01.07.2020 року

За даними об'єднаної Програми організації Об'єднаних Націй з ВІЛ-інфекції (ЮНЕЙДС) у 2019 році кількість нових випадків інфікування ВІЛ-інфекцією (1,7 млн) знизилася на 40% в порівнянні з 1998 роком (2,8 млн), коли цей показник досяг пікового значення. Чисельність людей, які померли від супутніх СНІДу хвороб (690 000, знизилася на 60% відносно пікового показника 2004 року (1,7 млн) і на 39% з 2010 року.

В 2019 році на жінок і дівчаток припадало приблизно 48% усіх нових випадків інфікування.

Згідно із доповіддю ЮНЕЙДС про глобальну епідемію СНІДу, цільові показники 2020 року не будуть виконані через вкрай нерівномірно досягнуті успіхи (особливо щодо розширення доступу до антиретровірусної терапії, стигми та дискримінації), а також COVID-19 досить серйозно пригальмував прогрес в протидії ВІЛ-інфекції. Внаслідок невиконання цільових показників (не досягнення цілей) з 2015 по 2020 рік в усьому світі відбулося на 3,5 мільйони більше інфікувань ВІЛ і на 820 000 більше смертей внаслідок СНІДу, Більше того, заходи протидії ВІЛ-інфекції можуть сповільнитися ще на 10 і більше років, якщо пандемія COVID-19 призведе до серйозних порушень в роботі служб протидії ВІЛ-інфекції.

Чотирнадцять країн досягли цільових показників 90-90-90 (90% людей, які живуть з ВІЛ, знають про свій статус, з них 90% отримують антиретровірусну терапію, і в 90% з тих, хто отримує лікування досягнутий невизначальний рівень вірусного навантаження). В їх переліку Єсватіні – країна, яка при найбільшій поширеності ВІЛ у світі (27% в 2019 році) обіграла встановлені показники і досягла рівнів 95-95-95.

В 2019 році 81% людей, які живуть з ВІЛ, знали свій статус, 67% людей, які знали свій статус, мали доступ до лікування; супресія вірусного навантаження спостерігалася у 59% людей на АРТ.

У 2019 році зареєстровано приблизно 1,7 млн випадків ВІЛ-інфекції, що більш як в три рази перевищує глобальний цільовий показник. Прогрес спостерігається в східній і південній частинах Африки, де чисельність нових випадків ВІЛ-інфекції з 2010 року знизилася на 38%. Це складає вражаючий контраст з регіоном Східної Європи і Центральної Азії, де з 2010 року чисельність нових випадків інфікування ВІЛ зросла на **72%!!!**

Від хвороб, обумовлених СНІДом, в 2019 році померли 690 000 осіб, а 12,6 млн з 38 млн людей, які живуть з ВІЛ, не мали доступу до життєво необхідного лікування. Приблизно 62% нових випадків ВІЛ-інфекції за 2019 рік припадає на частку ключових груп ризику і їх сексуальних партнерів, в тому числі чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), секс-працівників (СП), людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН) і ув'язнених, хоча й ці групи складають незначний відсоток загального населення. Натомість 99% нових випадків інфікування ВІЛ ключових груп населення (КГН) є у Східній Європі і Центральній Азії. В Україні 86600 секс-працівників (поширеність ВІЛ – 5,2%), ЧСЧ – 179400 осіб

(поширеність ВІЛ – 7,5%), ЛВІН – 350300 осіб (поширеність ВІЛ серед цієї групи – 22,6%).

Ризик інфікування ВІЛ в 26 разів є вищим серед ЧСЧ; в 29 разів серед ЛВІН; в 30 разів серед СП; в 13 разів вищий серед трансгендерних осіб (ТГ).

Туберкульоз є основною причиною смертності серед людей, які живуть з ВІЛ, і складає 1/3 випадків смерті, обумовленої СНІДом. Тільки в 2018 році приблизно в 10 млн людей мали туберкульоз, приблизно у 9% з них була ВІЛ-інфекція. Люди, які живуть з ВІЛ, і не мають симптомів туберкульозу, потребують профілактичної терапії захворювання. Це зменшує ризик розвитку туберкульозу і скорочує смертність від туберкульозу/ВІЛ приблизно на 40%. За оціночними даними 44% людей, які живуть з ВІЛ і туберкульозом, не знають про свою коінфекцію і тому не отримують лікування.

Питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань. За оцінкою ВООЗ/ЮНЕЙДС Україна продовжує залишатись регіоном з високим рівнем поширення ВІЛ серед країн Центральної Європи та Східної Азії. За оціночними даними на початок 2020 року в Україні проживає 250 тисяч ВІЛ-позитивних осіб. В порівнянні з 2010 роком кількість нових випадків ВІЛ-інфекції в 2019 році знизилася на 13%, а випадків СНІДу – на 55%.

Аналіз ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу свідчить про те, що контроль за епідемією здійснюється не в повній мірі: лише кожна друга ВІЛ-інфікована особа знає про свій позитивний статус і звертається до медичного закладу; відзначається високий відсоток позитивних результатів серед донорів крові, передусім первинних; реєструються випадки передачі ВІЛ від матері до дитини; набуває все більшу епідемічну значимість високо стигматизована група чоловіків, які мають секс з чоловіками. Особливо загрозливим є несвоєчасне звернення людей, які живуть з ВІЛ, за медичною допомогою, а відтак пізнє виявлення СНІДу та поєднаних форм ВІЛ-інфекції/ТБ, що обумовлює високий рівень смертності серед хворих. Зазначене обґрунтовує висновок про відсутність комплексності у підходах, що поєднують профілактичні та лікувальні програми на державному і регіональному рівнях в єдину дієву систему протидії.

Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області має ті ж закономірності, що й в цілому в Україні. Особливістю ВІЛ-інфекції є досить тривалий інкубаційний період, внаслідок чого захворювання можна діагностувати лише через декілька років після початку інфекційного процесу в організмі людини.

За 6 місяців 2020 року **вперше діагностовано 155 випадків ВІЛ-інфекції** (200 випадків за 6 міс. 2019 р.), в тому числі – **54 вперше діагностованих випадків СНІДу** (98 за 6 міс. 2019 р.).

**Частотність реєстрації вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції – 6,2 випадків на 100 тисяч населення** (відношення нових випадків ВІЛ-інфекції за 6 міс. 2020 р. до середньої чисельності постійного населення Львівської області станом на 01.07.2020 року, що виражене на 100 тис. нас.) проти 8,0 випадків за 6 міс. 2019 р., а **частотність реєстрації вперше**

діагностованих випадків СНІДу – **2,2 випадки на 100 тис. нас.** (при 3,9 випадки за 6 міс. 2019 р.).

**Превалентність** (поширеність) **діагностованих випадків ВІЛ-інфекції станом на 1 липня 2020 року** (відношення усіх нових та вже існуючих випадків ВІЛ-інфекції станом на 1 липня 2020 року до загальної чисельності постійного населення станом на 1 липня 2020 року, що виражене у % або на 100 тис. нас.) **становить 156,2 випадки на 100 тис. нас.** (або 3896 випадків).

**Превалентність** (поширеність) **діагностованих випадків СНІДу станом на 1 липня 2020 року** (відношення усіх нових та вже існуючих випадків СНІДу станом на 1 липня 2020 року до загальної чисельності постійного населення станом на 1 липня 2020 року, що виражене у % або на 100 тис. нас.) **становить 55,0 випадків на 100 тис. нас.** (або 1372 випадки).

**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 6 місяців 2020 року до середньої чисельності наявного населення станом на 1 липня 2020 року. Так, у Львівській області за 6 місяців 2020 року померли **76 ВІЛ-позитивних особи**, що становить **3,0 випадки на 100 тис. населення** (при **51 ВІЛ-позитивному**, або **2,0 випадках на 100 тис. нас.** за 6 міс. 2019 р.).

**Частотність смертності від СНІДу** – це відношення кількості ВІЛ-позитивних осіб, які померли від хвороб, обумовлених СНІДом до середньої чисельності наявного населення станом на 1 липня 2020 року). Так, за 6 місяців 2020 року **29 ВІЛ-позитивних осіб** померли від СНІДу, що становить **1,2 випадки на 100 тис. населення** (при **39 ВІЛ-позитивних**, або **1,5 випадки на 100 тис. нас.** за 6 міс. 2019 р.).

**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 січня-червня 2018 – 2020 років у Львівській області було вперше зареєстровано 280 випадків СНІДу. За цей же час серед них закінчились смертю від СНІДу 16 випадків. Летальність становила  $16/280 * 100 = 5,7\%$  за три роки.

Серед 280 випадків СНІДу, вперше зареєстрованих впродовж січня-червня 2018 – 2020 років у Львівській області, 200 пов'язані з коінфекцією ТБ/ВІЛ і 80 – з іншими СНІД-індикаторними хворобами. За цей же час смертю від СНІДу завершилося 8 випадків коінфекції та 8 випадків від інших СНІД-індикаторних хвороб. Показники летальності за три роки становлять  $8/200 * 100 = 4\%$  серед коінфікованих і  $8/80 * 100 = 10\%$  серед інших хворих на СНІД.

Тепер ми можемо побачити різницю між порівнянням летальності від коінфекції ТБ/ВІЛ та іншими СНІД-індикаторними хворобами, яка не така «смертельна» (відповідно, летальність 4% проти 10%). Тобто співвідношення летальності коінфекції ТБ/ВІЛ до летальності інших СНІД-індикаторних хвороб за січень-червень 2018 – 2020 рр. у Львівській області становить 4 до 10. Зазвичай більший «вбивця» зазначається першим, то ж співвідношення летальності інших СНІД-індикаторних до летальності коінфекції буде 10 до 4 або 2,5 до 1. Іншими словами, летальність від інших СНІД індикаторних хвороб є в 2,5 рази більшою, ніж летальність від ко-інфекції.

**Показник структури шляхів інфікування ВІЛ** надає важливу інформацію щодо провідного шляху інфікування в популяції, розраховується без врахування дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів. За січень-червень 2020 року відсоток осіб, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом склав 76,5% (за січень-червень 2019 р. – 66,3%). Тобто продовжується тенденція до зростання статевого (переважно гетеросексуального) шляху інфікування.

Серед **СНІД-індикаторних захворювань** переважає, як і в усіх регіонах України, ВІЛ-асоційований туберкульоз (ТБ), як легеневий, так і позалегенеий – у 38 випадках (70,4% від усіх випадків СНІДу) при 68 випадках (69,4%) за січень-червень 2019 р. і 94 випадках (73,4%) за січень-червень 2018 р.

Слід зазначити, що серед усіх ВІЛ-позитивних проводиться скринінг на активний ТБ за допомогою скринінгової анкети. Цей індикатор допомагає оцінити ступінь виконання рекомендацій щодо проходження всіма людьми, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) скринінгу та активний ТБ під час кожного візиту до лікаря. У відповідності до рекомендацій ВООЗ діагностика ТБ має бути проведена за допомогою молекулярно-генетичного методу швидкої діагностики «GeneXpert MTB/RIF». Показник дає змогу визначити тягар активної форми ТБ у осіб, які живуть з ВІЛ, які вперше включені в програми допомоги при ВІЛ. Також усім людям, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), крім скринінгового опитування на ТБ (якщо результат скринінгу буде негативним), – при наявності показів, має бути призначене профілактичне лікування ТБ. Ті, в кого під час скринінгу були виявлені симптоми ТБ мають пройти відповідне діагностичне обстеження. У випадку якщо підозра на активний ТБ буде знята, вони також мають пройти курс профілактичного лікування ТБ. Частка поєднаної інфекції (конфекції) ВІЛ/ТБ визначає групу населення для профілактичного лікування котримаксазолом та АРТ.

Також зареєстровані інші СНІД-індикаторні захворювання: рецидивуюча тяжка бактеріальна пневмонія – 5 випадків; токсоплазмоз ЦНС – 2 випадки; дисемінований мікоз – 4 випадки; саркома Капоші – 1 випадок; пневмонія,

спричинена *Pneumocystis jirovecii* – 2 випадки; дисемінована нетуберкульозна мікобактеріальна інфекція – 1 випадок.

Знято з обліку (медичного спостереження) впродовж січня-червня 2020 р. 205 осіб (за січень-червень 2019 р. – 175 осіб). Серед **причин зняття** ВІЛ-позитивних осіб з-під медичного нагляду є такі:

- відсутність ВІЛ-інфекції у дитини – 11 осіб (за січень-червень 2019 р. – 17);
- зміна місця проживання – 35 осіб (за січень-червень 2019 р. – 32 особи);
- місце проживання невідоме – 5 осіб (за січень-червень 2019 р. – 1);
- померли – 76 осіб (за січень-червень 2019 р. – 51 особа).

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

**Аналіз за статтю** – це відношення кількості хворих/померлих ВІЛ-позитивних однієї зі статей до середньої чисельності осіб певної статі. За 6 місяців 2020 р. захворіли 97 чоловіків (8,2 випадки на 100 тис. нас. чоловічої статі) і 39 жінок (3,0 випадки на 100 тис. нас. жіночої статі).

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

$$\frac{\text{Число ВІЛ-позитивних жінок}}{\text{Число ВІЛ-позитивних чоловіків}} \times 100 = \frac{39}{97} \times 100 = 40,2, \text{ тобто у Львівській}$$

області на 100 ВІЛ-позитивних чоловіків припадає 40 ВІЛ-позитивних жінок (за січень-червень 2019 р. – 42).

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 11 випадках (37,9% від усіх випадків померлих від хвороб, обумовлених СНІДом) за 6 міс. 2020 р. при 26 випадках (66,7%) за 6 міс. 2019 р. і 37 випадках (78,7%) за 6 міс. 2018 р.

**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 січень-червень 2020 року у порівнянні з січнем-червнем 2019 року складає:

$$\frac{\text{інтенсивний показник за січень–червень 2020 р.} - \text{інтенсивний показник за січень–червень 2019 р.}}{\text{інтенсивний показник за січень–червень 2019 р.}} \times 100 =$$

$= \frac{1,2 - 1,5}{1,5} \times 100 = \frac{-0,3}{1,5} \times 100 = -0,2 \times 100 = -20,0\%$ . Тобто за 6 місяців 2020 року смертність від СНІДу зменшилась на **-20,0%**.

Темп приросту за січень-червень 2020 року у порівнянні з базовим 2010 роком (базисний) складає:

$$\frac{\text{інтенсивний показник за січень-червень 2020 р.} - \text{інтенсивний показник за січень-червень 2010 р.}}{\text{інтенсивний показник за січень-червень 2010 р.}} \times 100 =$$

$= \frac{1,2 - 2,5}{2,5} \times 100 = \frac{-1,3}{2,5} \times 100 = -0,52 \times 100 = -52,0\%$ . Тобто за період з 2010 по 6 місяців 2020 року смертність від СНІДу зменшилась на **52,0 %**.

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 155 випадків за січень-червень 2020 р.):

- 0-14 років (діти, народжені від ВІЛ-позитивних матерів) – 19 (за січень-червень 2019 р. – 28);
- 0-18 років (діти за визначенням ВООЗ) – 1 + 19 народжених від ВІЛ-позитивних матерів (за січень-червень 2019 р. – 0 + 28 народжених від ВІЛ-позитивних матерів);
- 15-19 років (молодь, яка характеризує нові випадки інфікування ВІЛ) – 1 випадок (за січень-червень 2019 р. – 2);
- 15-17 років (підлітки) – 0 випадків (за січень-червень 2019 р. – 0 випадків);
- 15-24 років (молодь) – 14 (за січень-червень 2019 р. – 10 випадків);
- 15-49 років (репродуктивний вік) – 118 (за січень-червень 2019 р. – 148 випадків);
- 15-65 років (працездатний вік) – 136 (за січень-червень 2019 р. – 172 випадки);
- 50 років і старше – 18 випадків (за січень-червень 2019 р. – 24 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 4,7% за 6 міс. 2019 р. до 9,6% за 6 міс. 2020 р., а також у віковій групі 40-49 років – з 17,4% за 6 міс. 2019 р. до 31,6% за 6 міс. 2020 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 липня 2020 року (розраховується на 100 тис. населення).

Показник смертності, викликаної конкретною причиною аналізується за двома великими групами: смертність від причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією та смертність від причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Перша група аналізується за смертністю від хвороб, обумовлених СНІДом. Далі в кожній з цих груп аналізується смертність за конкретними причинами (СНІД-індикаторними та іншими хворобами).

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. Люди з активним ТБ мають обов'язково бути протестовані на ВІЛ перед початком терапії. ВООЗ рекомендує проведення молекулярної діагностики ТБ в якості першого тесту, якщо є підозра на ТБ. ЛЖВ, у яких був виключений активний ТБ мають пройти курс профілактичного лікування, а хворим на ТБ має бути призначено АРТ.

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.

Коінфекція ВІЛ ускладнює перебіг гепатиту В і С; супутня ВІЛ-інфекція підвищує ризик настання смерті внаслідок цирозу, гепатоцелюлярної карциноми і смертності через захворювання печінки, а також знижує реакцію на лікування. Тому нами здійснюється моніторинг взаємозв'язку між програмами допомоги при ВІЛ та ВГ, а саме *скринінг на вірусний гепатит В*. Це має важливе значення для оцінки потреб у зв'язку з лікуванням вірусного гепатиту В. Наявність поверхневого антигену вірусу гепатиту В протягом мінімум 6 місяців вказує на хронічний гепатит В, що сигналізує клініцистам на необхідність проведення подальшої клінічної та лабораторної оцінки і лікування. Обізнаність про статус щодо ВІЛ/гепатиту В дозволяє призначити АРВ-препарати, ефективні для боротьби як з гепатитом В, так і з ВІЛ-інфекцією.

*Аналіз за групами населення. Серед ключових щодо інфікування ВІЛ груп населення зареєстровано: 32* 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 **23,5%** від усіх випадків інфікування (при частці інфікування цим шляхом передачі **33,5%** за січень-червень 2019 р.); **17** чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ) при оціночній їх кількості – **9900** осіб, що складає **12,5%** від усіх випадків інфікування (при **4,7%** таких випадків за січень-червень 2019 р.); жодної людини, яка б надавала сексуальні послуги за винагороду (СП) при оціночній їх кількості – **2600** осіб, трансгендерних людей (ТГ); **128** людей, які перебувають у в'язницях Львівської області; жодної в інших закритих установах; **23** статевих партнерів ВІЛ-позитивних людей та представників ключових груп (за січень-червень 2019 р. – **5**).

Пенітенціарні установи є закладами підвищеного ризику щодо поширення соціально небезпечних інфекцій, зокрема ВІЛ-інфекції. Станом на 1 липня 2020 р. сфера управління Державної кримінально-виконавчої служби України у Львівській області налічує 4 установи. За даними відомчої статистики, станом на 01.07.2020 у 4 установах ДКВС утримували **128** 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 – 6 місяців 2020 р.) показники поширеності ВІЛ-інфекції у містах Червонограді (586,0 на 100 тис. нас.), Бориславі (358,1), Львові (227,0), Стрию (225,6) та Дрогобичі (192,2) суттєво перевищують значення відповідного середнього показника в цілому по області (156,4), 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 зареєстрований 115 випадків ВІЛ-інфекції (7,5 випадки на 100 тис. відповідного населення), серед сільських мешканців – 40 випадків (4,1 випадків на 100 тис. відповідного нас.). Для порівняння, за січень-червень 2019 р. зареєстровано 159 міських мешканців (10,3 випадків на 100 тис. нас.) і 41 – сільських мешканців (4,2 випадків на 100 тис. нас.), тобто спостерігається деяка 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.**



У першому півріччі 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 **9412** осіб, що на 44,1% більше, ніж за 6 місяців 2019 р. – **5263** особи.

Протилежна ситуація з **обстеженням загального населення**, проте **зменшення** кількості **обстежень** не таке суттєве, лише на **-11,6%** (41742 обстеження за 6 міс. 2020 р. при 47244 обстежених в першому півріччі 2019 р.). Аналогічно відбулося і з обстеженнями на виявлення ВІЛ-інфекції за клінічними показаннями в закладах охорони здоров'я – зменшення відбулося на **-48,6%** (з 6092 осіб за 6 міс. 2019 р. до 3131 осіб за 6 міс. 2020 р.). Така ситуація пов'язана із пандемією COVID-19.

**Інфікованість серед ЛВІН** внаслідок впровадження профілактичних програм продовжує залишатися стабільною – на рівні 0,7% від кількості усіх обстежених за перше півріччя 2019-2020 років. Тому тестування на ВІЛ рекомендовано раз на рік людям, які:

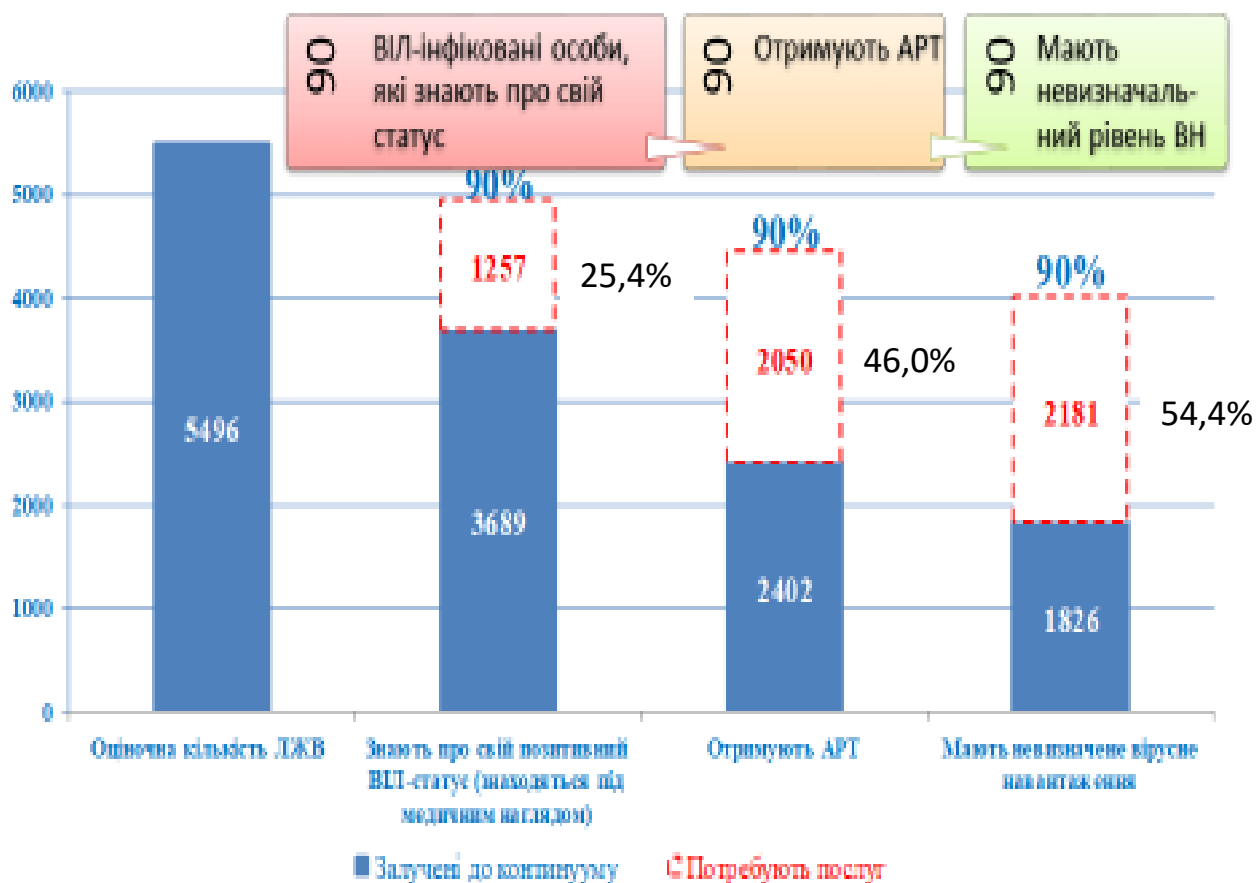
- мають постійного партнера із позитивним ВІЛ-статусом;
- мали незахищений секс із партнером, ВІЛ-статус якого вам невідомий;
- користувалися спільними голками та шприцами;
- мали повторні герпетичні та бактеріальні інфекції, кандидоз ротової порожнини, оперізувальний лишай, туберкульоз.

#### ***Показники медичного нагляду за ЛЖВ. Каскадні показники.***

У сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу каскади розглядаються як система вимірювання масштабу прогалин у діагностиці, лікуванні, догляду та підтримці, профілактиці ВІЛ серед хворих на ВІЛ-інфекцію, або осіб, які перебувають під дією чинників ризику. Каскади складаються з ланцюжка послідовних подій, кожна з яких пов'язана як з досягненнями попередньої події, так і з впливом на кінцевий результат. В контексті ВІЛ-інфекції кінцевий результат виражається у зменшенні інцидентності, негативного впливу на здоров'я ВІЛ-позитивних осіб, та смертності.

Результати каскадного аналізу у подальшому використовуються нами для розробки заходів, що мають бути впроваджені на кожному з етапів для досягнення результату та вдосконалення програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

## Каскад послуг для ЛЖВ станом на 01.07.2020 р. У Львівській області



Крос-секційний каскад послуг ЛЖВ у Львівській області станом на 01.07.2020 р.

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 3689 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).

3689 ЛЖВ (67% 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 (203 дитини). Для досягнення перших 90% стратегії Fast-track залишилося не виявленими та не взятими під МН ще 1257 ЛЖВ.

2402 ЛЖВ (43,7%) від розрахункової кількості ЛЖВ на АРТ охоплені даною послугою. Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast-track не залучено до АРТ ще 2050 ЛЖВ.

1826 ЛЖВ (42,8%) від кількості ЛЖВ, які отримують АРТ мають невизначений рівень ВН досягли цього рівня. Для досягнення третьої цілі 90% стратегії Fast-track необхідно, щоб ще 2181 ЛЖВ від розрахункової кількості отримали АРТ і їх рівень ВН був невизначуваний.

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.

- Зросла частка ВІЛ-позитивних у двох вікових групах: 20-24 роки і 40-49 років;
- Спостерігається значна частка ВІЛ-позитивних осіб віком 50 років і старші серед вперше зареєстрованих випадків;
- Туберкульоз - найбільш поширене СНІД-індикаторне захворювання;
- Туберкульоз - одна з основних причин смерті ВІЛ-позитивних осіб;
- Стабільно висока частка осіб, яким одночасно було встановлено діагнози ВІЛ-інфекція та СНІД: 68,5% - за січень-червень 2020 р.; 63,3% - за січень-червень 2019 р.;
- Залишається активним прихований компонент епідемічного процесу, який формується за рахунок недиагностованих хворих на ВІЛ-інфекцію;
- Деяка частина ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних досліджень, не залучаються до медичного нагляду;
- Широке поширення ВІЛ серед осіб груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (КГН);
- Посилення епідемічної значимості статевого шляху передачі (76,5% серед дорослих) та поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення;
- Поступове зростання кількості та частки випадків серед ЧСЧ, недоврахування таких випадків через «закритість» даної групи та прихований характер епідемії ВІЛ в спільноті;
- Переважне ураження епідемією осіб працездатного віку та міського населення;
- Нерівномірне поширення ВІЛ на різних адміністративних територіях Львівської області.

Отже, важливим компонентом стабілізації епідемії ВІЛ-інфекції є 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.

20.07.2020 р.

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