

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему:

«ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ХВОРОБ»

Виконала студентка II курсу, групи ЗМГз-21
спеціальності 229 Громадське здоров'я
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
Марічук Ольга Василівна

Керівник – доктор біологічних наук,
професор
Лях Юрій Єремійович

Рецензент – кандидат наук з державного
управління,
ст. викладач кафедри громадського здоров'я та
фізичного виховання
Вівсянник Олег Михайлович

«РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ»

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання

(проф., д.м.н Гущук І.В.)

(підпис)

Протокол № _____ від «___» _____ 2024 р.

Острог, 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ.....	9
1.1. Історичний екскурс походження соціально значущих хвороб.....	9
1.2. Медико-соціальні проблеми соціально значущих хвороб.....	10
1.3. Загальний обзор та перелік соціально значущих хвороб.....	11
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВІЛ/СНІДУ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХМЕЛЬНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	18
2.1. Стан епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДУ в Хмельницькій області.....	18
2.2. Крос-секційний каскад послуг людей, які живуть з ВІЛ	27
2.3. Результати сероепідеміологічного моніторингу за поширенням ВІЛ- інфекції.....	29
2.4. Епідеміологічний аналіз та регіональні особливості захворюваності на туберкульоз в Україні та Хмельницькій області.....	39
РОЗДІЛ 3 РОЗРОБКА І МОДЕЛЮВАННЯ ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ТА ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ХВОРОБ.....	59
3.1. Державні стратегії у сфері поширеності соціально значущих хвороб.....	59
3.2. Антіретровірусна терапія. Профілактика ВІЛ серед ЧСЧ.....	61
3.3. Розробка рекомендацій національного і регіонального рівня протидії ВІЛ/СНІД та туберкульозу в Хмельницькій області.....	67
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	81
ДОДАТКИ.....	92

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
КГН	ключеві групи населення
КіТ	консультування і тестування
ЛВІН	люди вживаючі ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
МН	Медичний нагляд
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
НУО	неурядова організація
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ серед населення
СЗЗ	соціально значущі захворювання
СЗХ	соціально значущі хвороби
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ССЗ	серцево-судинні захворювання
ТБ	туберкульоз
ФОП	фізична особа – підприємець
ХОВ БО «Мережа ЛЖВ»	Хмельницьке обласне відділення Благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які

	живуть з ВІЛ/СНІД
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги
ЧСЧ	чоловіки, які практикують секс із чоловіками
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ШТ	швидкі тести
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу
Fast-Track	стратегії ЮНЕЙДС, метою якої є досягнення цілей «90–90–90» і викорінення дискримінації та стигми
Spectrum	програмне забезпечення

ВСТУП

Актуальність. Соціально значимі інфекційні хвороби це група інфекцій, які мають не лише медичне, а й соціальне значення. Ці хвороби з одного боку самі здатні спричиняти численні негативні соціальні наслідки, а з іншого - виникають і поширюються під впливом певних соціальних чинників, зокрема умов побуту, праці, культурних і релігійних переконань, сексуально-статевих уподобань тощо. Вони характеризуються масовістю, тобто надзвичайно високим рівнем поширеності, швидкими темпами щорічного приросту нових випадків інфекції, погіршенням якості життя хворої людини та відповідно обмеженням повноцінного функціонування хворого в суспільстві, небезпекою для осіб, які його оточують, переважним ураженням осіб молодого працездатного сексуально активного віку, можливістю профілактики та призупиненням розвитку хвороби на початковій її стадії.

Соціально значущі захворювання (СЗЗ) відносяться до найактуальніших питань сучасності і перетворились на одну з основних загроз здоров'ю населення. Соціальна значущість цих захворювань вимагає проведення ефективної профілактики та залучення не тільки медичних працівників, а й громадськості, органів влади, освіти, культури та ін. СЗЗ несуть великий збиток для суспільства: тимчасова та стійка втрата працездатності, необхідність величезних витрат на профілактику, лікування, реабілітацію, передчасна смертність, злочинність. Сучасні тенденції у здоров'ї населення свідчать про прогресуюче поширення неінфекційних захворювань та факторів ризику їх розвитку, значні медико-соціальні втрати та економічні збитки. У 2010 році 63% смертей у світі було обумовлено саме неінфекційними хворобами, проте вже в 2020 році їх частка склала 68%. До 2030 року прогнозується збільшення цієї частки до 75%. Особливо загрозливим є те, що з усіх смертей внаслідок неінфекційних захворювань 40% були передчасними. Провідну роль у формуванні глобального тягаря хвороб та рівнів смертності відіграють серцево-судинні захворювання (ССЗ), онкологічні хвороби, хронічні обструктивні

захворювання легень, діабет, а також фактори ризику їх розвитку. Глобальний тягар неінфекційних захворювань є не тільки великою загрозою системі охорони здоров'я, але і перешкоджає соціальному та економічному розвитку в усьому світі.

На сучасному етапі відбувається значне погіршення епідеміологічної ситуації щодо особливо небезпечних інфекцій як в Україні, так і в усьому світі. Це обумовлено наслідками повномасштабної війни з РФ, політичною та економічною нестабільністю, масовою міграцією населення, військовими конфліктами та передислокацією військ, новими умовами господарювання з порушенням стабільності систем епізоото-епідеміологічного нагляду, що діяли раніше, послабленням профілактичних заходів.

Об'єкт дослідження – епідеміологічні аспекти соціально значущих хвороб (СЗХ).

Предмет дослідження – соціально значущі хвороби ВІЛ/СНІД та туберкульоз.

Мета дослідження- виявлення епідемічних аспектів соціально значущих хвороб на прикладах аналізу епідемічної ситуації з ВІЛ /СНІДу та туберкульозу в Хмельницькій області.

Матеріали та методи. Для визначення тенденцій епідеміологічних показників проведений ретроспективний аналіз статистичних показників розвитку епідемії ВІЛ-інфекції та туберкульозу в Хмельницькій області. Проведено прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу у програмі SPECTRUM за період 2014 – 2023 років.

Методи дослідження: *теоретичні* – аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація інформації щодо динаміки показників захворюваності населення на прикладі Хмельницької області використовуючи бази даних Центру громадського здоров'я МОЗ України, Головного управління статистики Хмельницької області, Хмельницького обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, Хмельницького обласного протитуберкульозного

диспансеру; *емпіричні* – описова статистика, програма STATISTICA для статистичного аналізу даних.

Для досягнення цієї мети поставлені такі **завдання**:

1. Провести теоретичне обґрунтування сучасних соціально значущих хвороб.
2. Дослідити історичні аспекти виникнення та висвітлити медико-соціальні проблеми СЗЗ.
3. Оцінити стан епідеміологічної ситуації та регіональні особливості епідемічного процесу з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Хмельницькій області.
4. Проаналізувати стан епідеміологічної ситуації в області та тенденції індикаторів впливу на епідемію для досягнення цільових показників «95-95-95».
5. Проаналізувати інформацію щодо стану надання послуг з тестування на ВІЛ в Хмельницькій області за 2019-2023 роки.
6. Провести аналіз регіональних програм, зосереджуючи увагу на заходах, що пов'язані з найскладнішими для виконання індикаторами та питаннями, які потребують найбільшої уваги.
7. Оцінити стан епідеміологічної ситуації та регіональні особливості епідемічного процесу туберкульозу в Хмельницькій області.
8. Розробити та впровадити протиепідемічні та профілактичні заходи на місцевому рівні з урахуванням регіональних особливостей для ефективного впливу на епідеміологічний процес.

Використовувались статистичні бази даних Центру громадського здоров'я МОЗ України, Головного управління статистики Хмельницької області, Хмельницького обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, Хмельницького обласного протитуберкульозного диспансеру.

Наукова значимість полягає в тому, що вперше досліджено, проаналізовано, визначено епідеміологічні аспекти з ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Хмельницькій області, виявлено регіональні особливості епідемічного процесу та розроблено протиепідемічні та профілактичні заходи національного і регіонального рівнів.

Практична значимість дослідження полягає в розробці конкретних протиепідемічних та профілактичних заходів, які додатково до Державної стратегії рекомендовано впровадити на місцевому рівні для ефективного впливу на епідеміологічний процес:

1. Організація масового скринінгу на ВІЛ-інфекцію серед груп підвищеного ризику, таких як медичні працівники, люди, які живуть з ВІЛ, ув'язнені, та бездомні. Це допоможе вчасно виявляти нові випадки інфекції та забезпечити необхідне лікування.

2. Впровадження регулярних інформаційних кампаній для підвищення обізнаності населення щодо методів профілактики ВІЛ та туберкульозу. Це включає використання засобів масової інформації, соціальних мереж та проведення освітніх заходів у навчальних закладах та робочих колективах.

3. Децентралізація надання послуг антиретровірусної терапії (АРТ), відкриття нових сайтів АРТ відповідно до потреб пацієнтів у різних районах області, щоб забезпечити доступність лікування для всіх, хто його потребує.

4. Забезпечення соціально-психологічного супроводу для людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), з метою підвищення їх прихильності до лікування та зменшення рівня стигматизації та дискримінації.

5. Розширення можливостей для лабораторних досліджень на вірусне навантаження серед ЛЖВ, які отримують АРТ, шляхом забезпечення стабільного фінансування та постачання необхідних реагентів.

6. Підвищення якості послуг з консультування і тестування (КіТ) на ВІЛ на первинній ланці медичної допомоги, включаючи навчання медичних працівників якісному проведенню до- та післятестового консультування.

7. Інституціалізація послуг з КіТ на ВІЛ на рівні центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), що включає забезпечення необхідних ресурсів та тест-систем.

8. Розробка регіональних програм по боротьбі з туберкульозом, зокрема впровадження скорочених схем лікування чутливого туберкульозу та сучасних пероральних схем лікування для лікарсько-стійкого туберкульозу (ЛС-ТБ).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

1.1. Історичний екскурс походження соціально значущих хвороб

Поняття «соціально значущі захворювання» з'явилося у ХІХ столітті в епоху бурхливого промислового розвитку. Основним соціально значущим захворюванням на той час вважався туберкульоз. Високий рівень захворюваності пов'язували з важкими умовами праці, незадовільними побутовими умовами і недоступністю медичної допомоги. В ході історичного процесу соціальні перетворення, спрямовані на поліпшення умов праці, дотримання техніки безпеки, підвищення якості життя працюючих, розвиток медицини зумовили зниження захворюваності деякими хворобами даної групи.

У другій половині ХХ століття в економічно розвинених країнах світу сформувався новий «неепідемічний» тип патології населення, головною ознакою якого є те, що більшість населення цих країн помирає від причин, пов'язаних з неепідемічними захворюваннями: хвороб системи кровообігу та злоякісних новоутворень. З'явилися нові хвороби - «хвороби цивілізації»: зростають випадки травматизму, збільшується кількість смертей від психічних розладів [5]. В країнах, що розвиваються, основною причиною смертності населення є інфекційні та паразитарні захворювання, які зумовлюють «епідемічний тип патології населення». Є країни, які займають проміжне положення, отже мають «проміжний тип патології». У цих країнах зростає смертність від хронічних неепідемічних захворювань поряд з високою смертністю від інфекційних та паразитарних захворювань. Таким чином, відбулися зміни в патології населення світу, яка призвела до того, що більшість інфекційних хвороб, які були основною причиною смерті населення, поступилися своїм місцем «мовчазним вбивцям ХХІ століття» - СЗЗ, значення яких неухильно зростає [54]. Аналіз словосполучення «соціально значущі» показує, що захворювання даної групи мають велике значення для суспільства, представляють загрозу великій

кількості людей. Основні ознаки, які закладаються в поняття соціально значущого захворювання це:

- масовість захворювання, тобто високий рівень поширення захворювання серед населення, в тому числі наявність значного відсотка «прихованих» хворих в соціумі;
- високі темпи щорічного приросту кількості хворих, захворювання даної групи мають особливість досить швидко поширюватись;
- обмеження повноцінного функціонування хворого в соціумі за наявності такого захворювання;
- небезпека захворювання для оточуючих;
- інфекційний та неінфекційний характер.

СЗХ руйнують здоров'я й організм людини, та несуть негативні соціальні наслідки: втрата родини, друзів, роботи, засобів існування та ін. СЗХ забирають життя переважно молодих особ та людей працездатного віку. Важливою особливістю СЗЗ є те, що дотримання певних правил та поінформованість населення щодо профілактики цих захворювань дозволить уникнути їх або, принаймні, виявити на ранній стадії.

1.2. Медико-соціальні аспекти соціально-значущих хвороб

Медико-соціальне значення цих захворювань визначається: зростанням їх ролі в структурі захворюваності та смертності населення; провідною роллю їх серед причин інвалідності; вони обумовлюють значні рівні госпіталізації; значна потреба в спеціалізованій медичній допомозі; значні економічні витрати на лікування та реабілітацію [59].

Все це призводить до великих економічних, соціальних і медико-демографічних втрат суспільства, підриває репродуктивне здоров'я, посилює навантаження на систему охорони здоров'я, несе загрозу національному розвитку країни, а також негативно впливає на стан сім'ї та особистості хворого. Переважання в структурі захворюваності та смертності неінфекційної патології збільшується з кожним роком. Так в 2019 році 68% смертей було обумовлено

неінфекційними захворюваннями, в 2012 році їх частка становила 63%, а до 2030 року прогнозується збільшення цієї частки до 75%. Універсальні загальні чинники виникнення проблеми соціально значущих захворювань або «хвороб цивілізації та соціальної дезадаптації», полягають в тому, що людина створила нове, незвичайне для фізіологічних процесів організму середовище, в результаті гіпертрофованої або безконтрольної фізичної діяльності, що призводить до патологічних порушень в організмі [60]. Першочергово негативного значення набувають соціальні фактори: зміна традиційних особливостей харчування; забруднення навколишнього середовища (повітря, ґрунту, води); радіаційне забруднення; використання нових синтетичних матеріалів в промисловості, будівництві, в побуті; зміна ритмів життя, перевтома, нервові напруження; гіподинамія; надмірна технізація і інформатизація, які впливають на фізичне та психічне здоров'я населення. Зменшити або усунути вплив цих факторів на здоров'я людини можливо тільки на основі проведення широкомасштабних комплексних соціально-гігієнічних досліджень різного рівня та підвищення відповідальності кожного за своє здоров'я [49].

1.3. Загальний обзор та перелік соціально значущих хвороб

У сучасних умовах до соціально значущих захворювань належать: хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, нещасні випадки, травми, отруєння, цукровий діабет, ожиріння, психічні розлади, туберкульоз, ВІЛ-інфекція / СНІД, наркоманія, алкоголізм, нікотиноманія та інші [63]. Основними захворюваннями, які суттєво впливають на формування глобального тягаря захворювань і рівнів смертності є серцево-судинні та онкологічні недуги, а також хронічні респіраторні захворювання та цукровий діабет. За даними ВООЗ на вищезазначені захворювання припадає дві третини всіх смертей у світі (80% в Європейському регіоні), причому основними причинами більшості захворювань є вживання тютюну, нездорове харчування, недостатня фізична активність і зловживання алкоголем.

Хвороби системи кровообігу. В Україні вони обумовлюють дві третини випадків смертей та третину причин інвалідності (в структурі смертності на їх частку припадає 67,5%, в структурі інвалідності — 32%) [64]. У структурі поширеності захворювань серед населення України на їх частку припадає 30,99%, а серед дорослого населення — 37,50%. У структурі первинної захворюваності серед населення України на їх частку припадає 6,99%, а серед дорослого населення — 10,6%. Найбільш поширеними серцево-судинними захворюваннями є: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні захворювання. Поширеність захворювань системи кровообігу в Україні становила 52 718,8 випадків на 100 тис. населення, а захворюваність — 4 381,8 випадків на 100 тис. населення. Серед дорослого населення поширеність захворювань системи кровообігу склала 63 312,9 випадків на 100 тис. населення, а захворюваність — 5 136,3 випадків на 100 тис. населення. Спосіб життя є найважливішим фактором ризику захворювань системи кровообігу, а саме: шкідливі звички (куріння і вживання алкоголю), ожиріння, гіподинамія, стреси та інші [8].

Злоякісні новоутворення щороку забирають до 10 млн. життів у світі і за прогнозами експертів ВООЗ до 2030 року ця цифра буде збільшуватись як в розвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються. Виникнення проблеми пов'язане зі старінням населення світу і в віці 65+ років смертність від даної патології в 10 разів перевищує цей показник в молодому віці. Смертність від злоякісних новоутворень становить 13% всіх випадків смертей в Україні (15–17% смертей осіб працездатного віку). В Україні смертність від новоутворень становить 202,7 випадки на 100 тис. усього населення. Основними причинами смерті чоловічого населення України є новоутворення легень, товстої кишки, шлунка та передміхурової залози, які зумовлюють 50% онкологічної смертності. Основними причинами смерті жіночого населення України є новоутворення молочної залози, легень, шлунка, товстої кишки, шийки матки і яєчників, які обумовлюють 60% онкологічної смертності.

Травматизм. Найпоширенішим видом травматизму в Україні є побутовий, після нього вуличний і виробничий, а найвища смертність спостерігається при дорожньо-транспортному травматизмі. В результаті нещасних випадків, травм та отруєнь в Україні гине понад 60 тис. осіб щорічно, 70% яких є особами працездатного віку. Характерною рисою смертності від зовнішніх причин в Україні є гендерна, яка полягає у значному переважанні показників смертності а саме в п'ять разів чоловічого населення над відповідними показниками смертності жіночого населення. Основна частина у формуванні смертності від зовнішніх причин належить випадковим отруєнням (насамперед алкогольних, які становлять 70% всіх отруєнь), самогубств та пошкоджень з невизначеною метою.

Цукровий діабет. В Україні на цукровий діабет хворіє 1,2 млн. осіб, рівень поширеності становить 2 790,7 випадків на 100 тис. населення, а рівень захворюваності — 231,5 випадків на 100 тис. всього населення. Щорічно реєструється близько 100 тис. нових випадків захворювання. Цукровий діабет обумовлює 3% первинної інвалідності дорослого населення України. Основними факторами ризику виникнення цукрового діабету II-го типу є ожиріння, порушення обміну речовин, літній вік, а для цукрового діабету I-го типу — це спадкова схильність і фактори способу життя, що призводять до абсолютної недостатності інсуліну в результаті деструкції бета-клітин підшлункової залози (вірусні інфекції, високий вміст вуглеводів та жирів в їжі, хімічні речовини, що викликають загибель клітин підшлункової залози) [6].

Ожиріння. Проблема поширеності серед населення України надлишкової маси тіла набуває особливої значущості [4]. За розрахунковими даними ВООЗ, надлишкову масу тіла мають 53% українців, у т. ч. 50,5% чоловіків і 56,0% жінок. При цьому, страждають ожирінням 21,3% населення, в т. ч. 15,9% чоловіків і 25,7% жінок відповідно. Поширення ожиріння зумовлене нездоровим раціоном харчування, в якому переважають продукти з високим вмістом цукру і жирів та низьким вмістом вітамінів та мікроелементів, а також психологічними порушеннями харчової поведінки, сидячий спосіб життя

сприяють низькій фізичній активності, а стреси і шкідливі звички посилюють проблему ожиріння [47].

Психічні розлади — це стан психіки, відмінний від нормального здорового, тому важливим є визначення психічного здоров'я, яке розглядають в єдності з психічним благополуччям.

Рівень смертності від розладів психіки та поведінки в Україні становить 3,6 випадків на 100 тис. населення. На думку фахівців ВООЗ до найбільш значущих психічних розладів відносяться: депресії, деменції та самогубства. Крім того найпоширенішими психічними розладами у дорослих є: залежність від алкоголю та психоактивних речовин; порушення прийому їжі (анорексія, булімія); сексуальні проблеми; розлади сну; особистісні розлади; шизофренія; хвороба Альцгеймера. Виділяють соціально вразливі групи населення, а саме: підлітки, безробітні, самотні, літні особи, які мають високий ризик розвитку психічних розладів. До факторів ризику розвитку даної патології належать дестабілізація життя суспільства, поширення шкідливих звичок (алкоголізм, наркоманія), нездоровий спосіб життя, невпевненість у майбутньому [54].

Туберкульоз - це інфекція, яка вимагає тривалого лікування, поширення туберкульозу є соціальною проблемою, медична проблема становить лише 10%. Захворюваність на туберкульоз в Україні становить 70,4 на 100 тис. усього населення і 7,4 на 100 тис. дитячого населення (0–14 років). Найвищі показники захворюваності реєструються у віковій групі 50–59 років, переважно у чоловіків і збільшується рівень захворюваності дітей віком до 14 років. Несприятливим є збільшення показника первинної інвалідності у зв'язку з туберкульозом, особливо для осіб працездатного віку. Поширення туберкульозу призводить до скорочення тривалості життя, зростання рівня смертності, тимчасової та стійкої втрати працездатності, збільшення необхідного обсягу медичних послуг, соціальної нерівності та дискримінації [7]. Тому індикатором соціального благополуччя країни є сприятливий підхід уряду до проблеми захворюваності на туберкульоз.

ВІЛ-інфекція/СНІД - вірусне захворювання, що має у своїй основі імунodefіцит, який стає причиною розвитку супутніх інфекцій та онкологічних процесів. СНІД — це остання стадія ВІЛ-інфекції, може бути вродженою або набутою. В Україні за даними Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України було зареєстровано 15 808 нових випадків ВІЛ-інфекції (з них 2 961 дитина до 14 років). Всього з 1987 року в Україні офіційно зареєстровано 280 297 нових випадків ВІЛ-інфекції, від СНІДу в Україні померло 38 128 осіб. Українці найчастіше інфікуються через незахищений секс. Якщо в 2005 році через сексуальні контакти інфікувалися 33% людей, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція, то в 2012 році цей відсоток зріс до 51. У 2015 році цей показник склав 60%. Більшість випадків інфікування ВІЛ в Україні сьогодні реєструються у молодих людей від 15 до 30 років. Україна залишається лідером в Європі за масштабами розповсюдження ВІЛ-інфекції. За оцінками експертів, в Україні з ВІЛ-інфекцією живе майже 290 тисяч осіб і тільки кожен другий знає про свій діагноз.

Наркоманія. Наркотизація населення України залишається вкрай актуальною проблемою. Соціальний портрет споживачів наркотичних засобів в останні роки досить стабільний (за даними МВС України). В основному це молоді люди у віці 15–27 років, 74% з них ніде не працюють і не навчаються, майже 2% — це учні технікумів та ліцеїв, 0,4% — студенти ЗВО. 73% споживачів наркотиків — міські жителі, проте частка сільської молоді поступово збільшується. Споживання наркотичних засобів в Україні орієнтоване на речовини, вироблені всередині країни. Найбільш популярними наркотичними засобами, як і раніше, залишаються опіоїди, канабіноїди та полінаркотизм. За отриманими даними, кількість споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні становить від 278 до 387 тис. осіб [62]. Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом тісно пов'язане з проблемою ВІЛ / СНІДу. Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні від 1995 до 2007 року включно, був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 відбулася

зміна шляхів передачі з домінуванням статевого, тенденція до якого зберігається. Це майже 60% серед нових випадків інфікування ВІЛ-інфекцією.

Алкоголізм. Алкоголізація населення — актуальна проблема сучасного суспільства. За даними ВООЗ, вона підвищує ризик розвитку понад 200 хвороб, включаючи цироз печінки, рак, серцево-судинні захворювання. Вживання алкоголю посилює розвиток таких інфекційних захворювань, як туберкульоз і пневмонія. В Україні рівень споживання алкоголю має негативну тенденцію. Україна у світовому рейтингу посідає одне з перших місць за показником споживанням алкоголю на душу населення (15,6 л) Майже 3,3 млн. осіб щорічно помирають в результаті зловживання алкоголем, що становить приблизно 5,9% усіх випадків смертності і 5,1% глобального тягара хвороб. Причиною більше половини цих випадків є хронічна патологія, включаючи рак, серцево-судинні захворювання і цироз печінки. від причин, що пов'язані з вживанням алкоголю, в країні щорічно помирає більше 40 тисяч осіб. Він у 30% випадків є причиною передчасної смерті українських чоловіків. Протягом року реєструється 8 тис. алкогольних отруень, майже 4 тис. гострих алкогольних психозів, 36 тис. нових випадків хронічного алкоголізму, 8 тис. кардіопатій. Алкоголь традиційно є однією з основних причин виникнення дорожньо-транспортних пригод, нещасних випадків невиробничого характеру, травматизму. Медико-соціальні наслідки алкоголізму вимірюються смертністю від алкоголізму, кількістю нещасних випадків, рівнем госпіталізації хворих з алкоголізмом. Економічні наслідки пов'язані зі зниженням якості і продуктивності роботи на виробництві, підвищенням рівня травматизму, зменшенням кількості працездатного населення. Медико-біологічні наслідки обумовлені зниженням середньої тривалості життя на 10–20 років, зниженням народжуваності, підвищенням материнської і дитячої смертності, зростанням захворюваності населення, загальним погіршенням генофонду нації. Соціальні наслідки обумовлені збільшенням злочинності, зниженням загального інтелектуального рівня суспільства, моралі і духовності, що тягне за собою розпад сім'ї і сирітство.

Нікотиноманія. Захворювання, пов'язані з тютюном, є однією з найбільших загроз для громадського здоров'я - щорічно через куріння у світі помирає більше 7 мільйонів осіб, в Україні ж із життя йде 63 тисячі людей. За прогнозами, до 2030 р. ця цифра зросте до 8 млн осіб, якщо не буде вжито рішучих заходів для боротьби з цією епідемією. Вживання тютюну є також одним з чотирьох основних факторів ризику, які лежать в основі глобальної епідемії неінфекційних захворювань — раку, серцево-судинної хвороби, хвороби легень і діабету [61]. Ці захворювання є причиною передчасної смерті (до досягнення віку 70 років) 16 млн осіб, причому більше 80% цих випадків припадає на країни з низьким і середнім рівнями доходу. Втрати населення України внаслідок паління тютюну майже 120 тисяч осіб щорічно. В нашій країні серед працездатного населення палять 42% чоловіків і 26% жінок. З 15 років починають палити 24% чоловіків і 8% жінок, а в період 15–24 роки — 67% та 60% відповідно.

Висновок: ВІЛ-інфекція та туберкульоз заслуговують на пріоритетну увагу серед соціально значущих захворювань з кількох ключових причин. Їх висока поширеність, взаємопов'язаність, серйозні медичні та соціально-економічні наслідки роблять ці захворювання надзвичайно важливими для ефективного реагування на рівні охорони здоров'я. В умовах війни ці захворювання потребують особливої уваги, оскільки руйнування інфраструктури, переміщення населення та психологічний стрес сприяють їхньому поширенню та ускладнюють ефективну боротьбу з ними. Комплексні заходи профілактики, лікування та підтримки на місцевому рівні є ключовими для зменшення впливу цих захворювань на населення.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ СОЦІАЛЬНО ЗНАЩУЩИХ ХВОРОБ ВІЛ/СНІДу, ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХМЕЛЬНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

2.1. Стан епідемічної ситуації ВІЛ/СНІД в Хмельницькій області

За період 1996 - 2023 р. зареєстровано 5240 випадків ВІЛ-інфекції серед жителів Хмельницької області, включаючи дітей з тимчасово неуточненим діагнозом, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, 1806 випадків СНІДу, 904 випадки смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

За оперативними даними, впродовж 2023 року взято під нагляд з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція 221 особа. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію склав 17,8 на 100 тис. населення, що на 31,9% більший порівняно з 2022 року, що передусім зумовлено меншим охопленням скринінговими дослідженнями у 2022 році через воєнний стан у державі.

Під диспансерний нагляд взято 30 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які перебуватимуть під наглядом до уточнення ВІЛ-статусу (18 місяців).

Протягом 2014-2023 р. показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію та СНІД в області мали хвилеподібні тенденції від суттєвого зниження до наступних підйомів (рис. 2.1) . Так в 2014 році захворюваність на ВІЛ-інфекцію була 21,9 на 100 тис. нас., 2016 р. - 15,6 на 100 тис. нас., 2018 р. - 21,2 на 100 тис. нас., 2021 р. - 10,9 на 100 тис. нас., 2023 р. – 17,8 на 100 тис. нас. Захворюваність на СНІД в області в 2014 році була 12,0 на 100 тис. населення , а вже в 2018 р. - 13,3 на 100 тис. населення, з тимчасовим зниженням в 2022 р. (5,1 на 100 тис. нас.).

Показник захворюваності на СНІД в 2023 році складає 7,1 на 100 тис. населення, що на 37,3% більше минулого року, коли почалися воєнні дії.

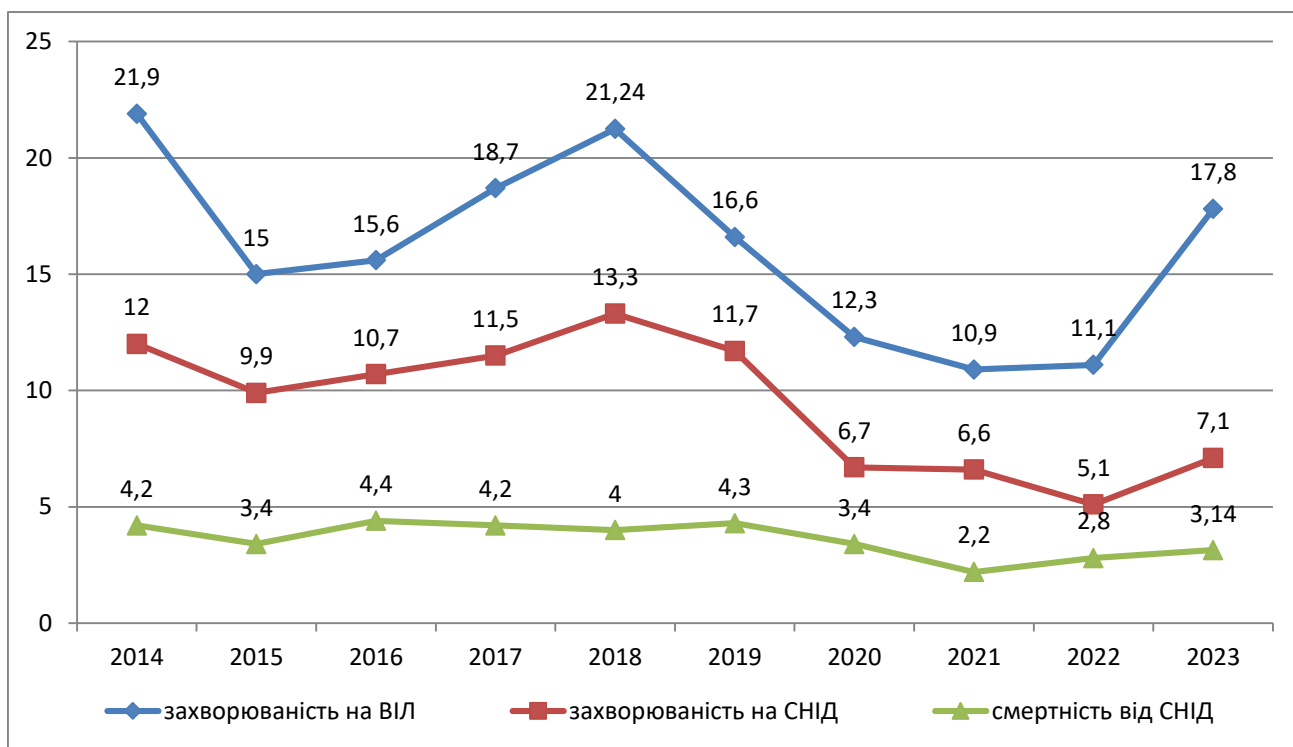


Рис. 2.1 - Показники захворюваності ВІЛ-інфекції/СНІДу та смертності від СНІД в області, 2014-2023 рр. (на 100 тис. нас.)

В структурі захворілих на ВІЛ-інфекцію все ще переважають чоловіки (2014 р. - 60%, 2023 р. - 55%), хоча частка жінок має тенденцію до збільшення, що зумовлено активацією статевого шляху передачі ВІЛ (рис. 2.2).

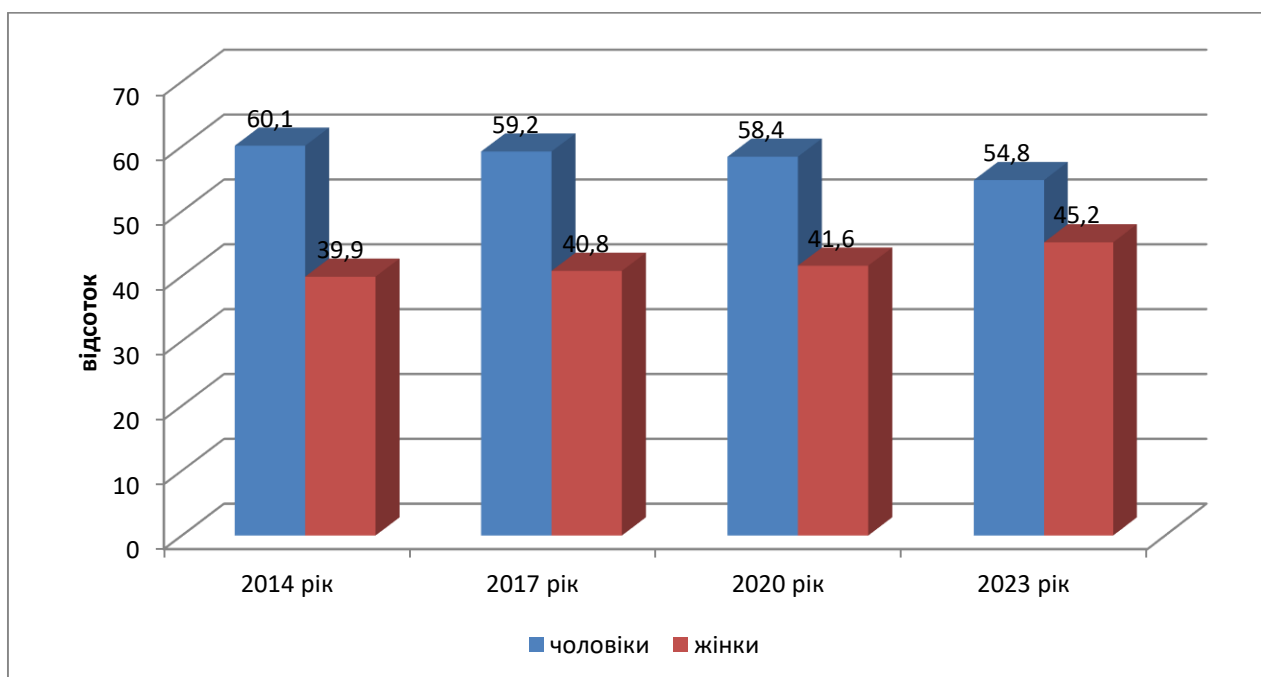


Рис. 2.2 - Розподіл випадків ВІЛ-інфекції по статті (%)

Така сама тенденція спостерігається і в структурі захворілих на СНІД. Серед захворілих переважають чоловіки, так в 2014 році це було 75,2 відсотки від захворілих, а в 2023 р. - 61,1%.

Захворюваність міського населення на ВІЛ – інфекцію продовжує залишатися в рази вище, ніж сільського (2018 р. –27% сільського, а в 2023 р. – 34%). Також сама ситуація і серед захворілих на СНІД, захворюваність міського населення перевищує сільське в 2,5 рази.

Зменшилася доля осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції у віковій групі 18-24 років з 5,1% (2018 р.) до 0,9% (2023 р.). Як і раніше, найбільше нових випадків ВІЛ-інфекції було зареєстровано серед осіб вікової групи 25–49 років (65,6%).

Основним шляхом передачі ВІЛ в області, як і у всій Україні з 1997 до 2008 року включно був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 р. в Україні відбулася зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ – із парентерального при вживанні ін'єкційних наркотиків на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах. Така сама ситуація спостерігалася і в Хмельницькій області починаючи з 2009 року. Частка осіб із статевим (гомо- та гетеросексуальним) шляхом інфікування ВІЛ щорічно збільшувалася і в 2023 році становить 78,7% проти 6,8% у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків (рис. 2.3). Також в 2023 році вперше зареєстровано випадок зараження ВІЛ-інфекцією парентеральним шляхом унаслідок інших немедичних втручань (надання першої допомоги на полі бою).

Аналіз структури шляхів передачі ВІЛ-інфекції в Хмельницькій області з 2018 по 2023 рік показує що основний вектор передачі ВІЛ-інфекції в області - через статевий контакт, в той час як інші шляхи передачі, такі як парентеральний та від матері до дитини, становлять меншу частину загальної кількості інфікувань (рис. 2.4). Тобто, у 3 з 4 випадків інфікування ВІЛ відбулося через статевий контакт (як гомосексуальний, так і гетеросексуальний), в той час як на всі інші шляхи передачі (парентеральний, від матері до дитини, невизначено) припадає лише 1 з 4 випадків.

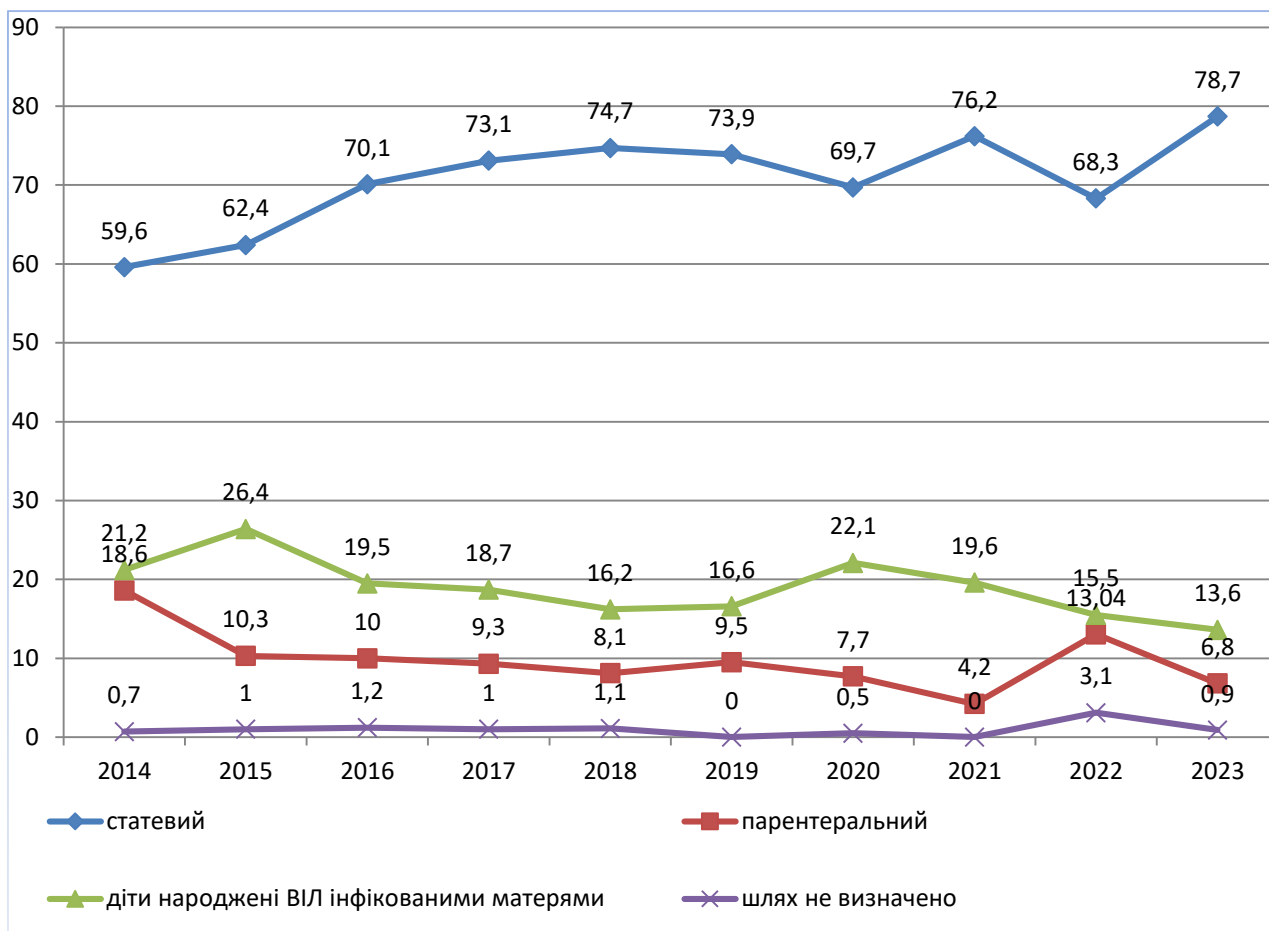


Рис. 2.3 - Шляхи передачі ВІЛ-інфекції в Хмельницькій області за 2014-2023 роки

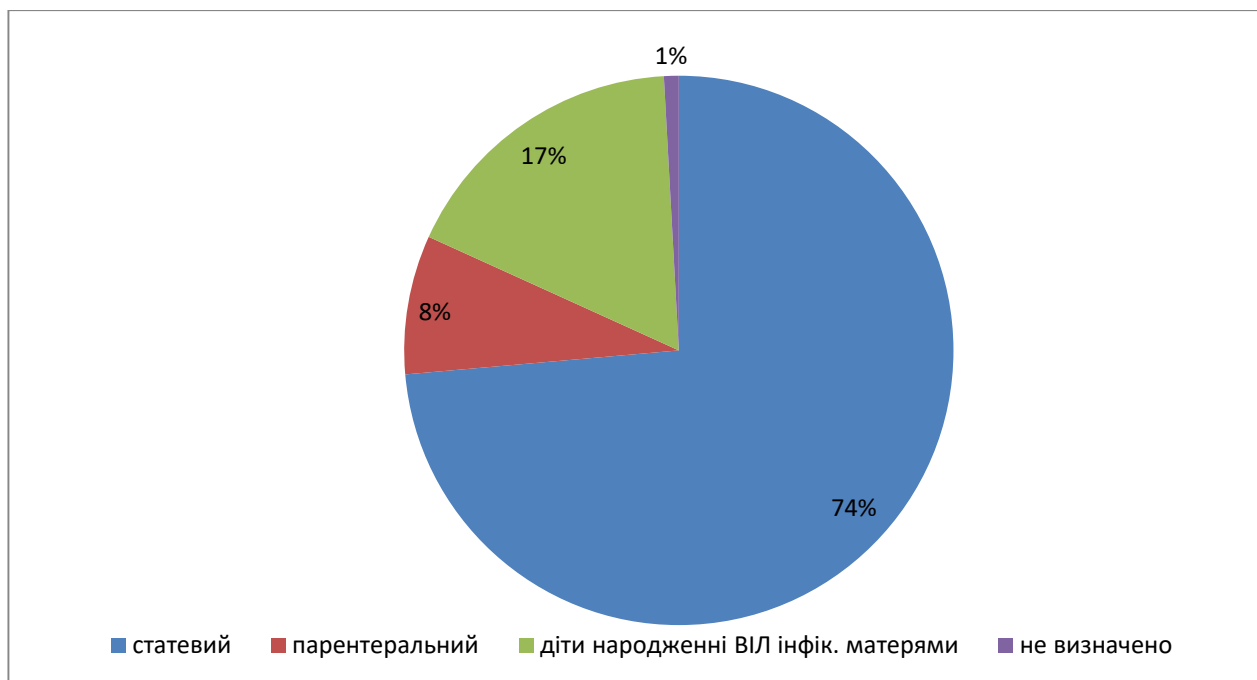


Рис. 2.4 - Структура шляхів передачі ВІЛ-інфекції в Хмельницькій області за 2018-2023 роки

Показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних осіб зріс

та становить 87% в 2023 році (2016 р. – 78,9%). Серед ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на диспансерному обліку, у віковій структурі переважає вікова група 25-49 років (145 осіб – 65,6%).

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в області є туберкульоз (ТБ). За статистичними даними в 2016 р. туберкульоз виявлено у 55,1% вперше зареєстрованих хворих на СНІД (2023 р.- 33,3%).

За даними епідеміологічного моніторингу з 1987 р. в Хмельницькій області зареєстровано 1423 випадків смерті серед людей, які живуть з ВІЛ, у т.ч. 927 - від хвороб, обумовлених СНІДом; рівень смертності від СНІДу коливається від 4,2 (2014 р.) до 3,14 на 100 тис. нас. (2023 р.), з максимальним значенням в 2016 р. (4,4). Серед усіх померлих структура випадків причин смерті дещо змінювалася. В останні роки причини смерті не пов'язані з ВІЛ-інфекцією переважають в 54%.

Серед осіб померлих протягом 2014-2023 р. від хвороб, зумовлених СНІДом переважали чоловіки (69%). В структурі померлих за віком переважають особи вікової групи 25-49 років (72,4%). 33,4% померлих були інфіковані внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків та 65% - гетеросексуальним статевим шляхом.

Показники поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу мають сталу тенденцію до зростання. При цьому поширеність ВІЛ-інфекції та СНІДу серед осіб, які інфіковані парентеральним шляхом зменшується, а серед осіб, які інфіковані статевим шляхом зростає. Так показник поширеності ВІЛ-інфекції в 2014 році був 142,4 на 100 тис, а вже в 2023 р.- 195,8. Поширеність СНІДу в 2023 році склала 77,5 на 100 тис. населення, попри 40,8 у 2014 році.

Після аналізу розповсюдженості ВІЛ-інфекції/СНІДу серед адміністративних районів Хмельницької області у 2023 році можна прийти до висновку, що найменша кількість випадків відзначена в Кам'янець-Подільському районі, тоді як найвищу розповсюдженість виявлено у місті Хмельницькому (рис. 2.5).

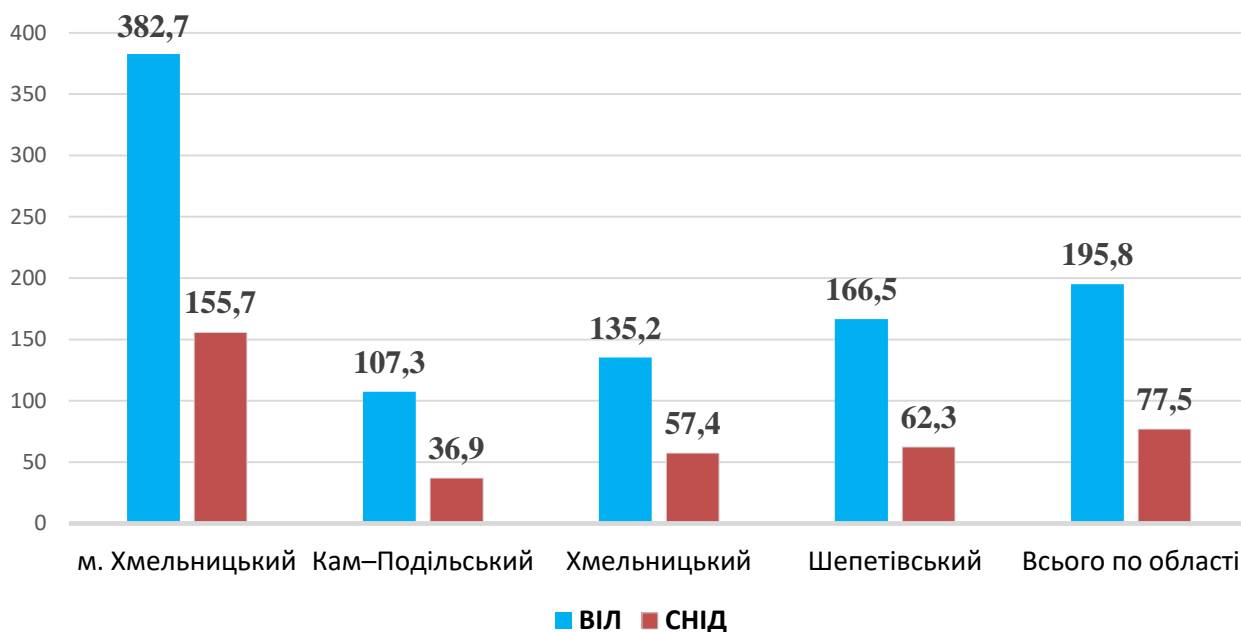


Рис. 2.5 - Поширеність ВІЛ-інфекції/СНІДу в Хмельницькій області у 2023 році по адміністративним районам

За останнє десятиріччя в Хмельницькій області як і в Україні спостерігається зростання гетеросексуального шляху передачі ВІЛ, що зокрема торкнулося жінок репродуктивного віку. Відповідно, може збільшуватися кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Отже профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини має надзвичайно важливе значення, оскільки є єдиним шляхом уникнення інфікування дитини і збереження здоров'я матері. З метою подальшого удосконалення організації профілактичної і медичної допомоги, а також для своєчасного отримання якісних послуг для вагітних та дітей у зв'язку з ВІЛ, сифілісом та вірусними гепатитами, у 2022 році були затверджені стандарти надання медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», «ВІЛ-інфекція», «Сифіліс», «Нормальна вагітність».

За період 2016–2023 рр. в області спостерігається тенденція незначного коливання рівня поширеності ВІЛ серед вагітних за результатами первинного тестування на ВІЛ-інфекцію з 0,33% в 2016 році до 0,24% в 2023 (рис. 2.6).

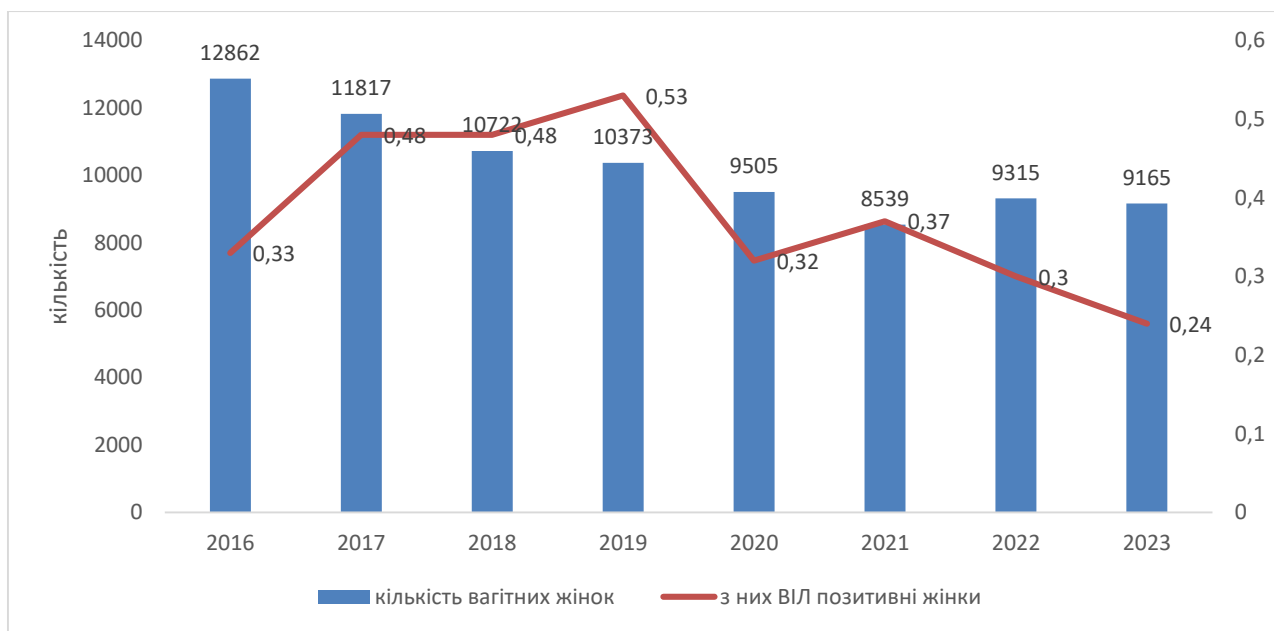


Рис. 2.6 - Поширеність ВІЛ серед вагітних за 2016-2023 роки в Хмельницькій області

Аналіз динаміки кількості випадків ВІЛ-позитивних жінок, які виявили свій статус до вагітності та під час неї, показує, що кількість таких випадків також підлягає незначному коливанню (рис. 2.7). Після зростання в 2019 році кількість випадків ВІЛ-позитивних жінок, відомих до вагітності, зменшилася у наступні роки. Тенденція коливання кількості випадків встановлених під час вагітності більш стабільна, ніж у відомих до вагітності. Максимальне значення було у 2017 році, а мінімальне - у 2022 році.

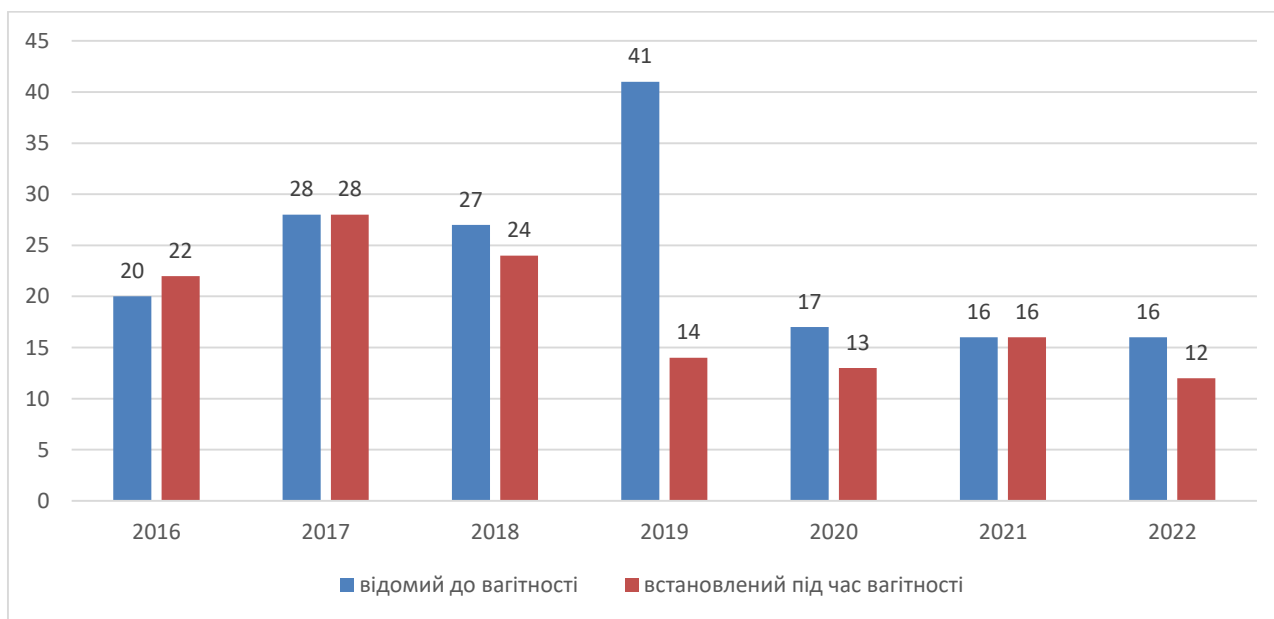


Рис. 2.7 - ВІЛ-статус у вагітних за 2016-2022 роки в Хмельницькій області

Передача ВІЛ від матері до дитини відбувається під час вагітності, під час або після пологів різними шляхами. Заходи з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) є невід’ємною частиною базової комплексної стратегії ВООЗ, яка охоплює чотири основних напрями:

- первинна профілактика інфікування ВІЛ серед жінок
- профілактика небажаних вагітностей у ВІЛ-позитивних жінок
- профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
- догляд і підтримка ВІЛ-позитивних жінок та їхніх дітей, близького оточення.

За період 2016 - 2023 р. в області народилось 284 дитини від ВІЛ-інфікованих жінок. Профілактичні втручання в групі ВІЛ-інфікованих вагітних та новонароджених зменшили передачу ВІЛ від матері до дитини до 0% (2016 - 2023 р.). Тобто, діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками впродовж 2016 – 2023 р.р., були зняті з обліку після 18 місячного віку в зв'язку з відсутністю антитіл в сироватці крові (рис. 2.8).

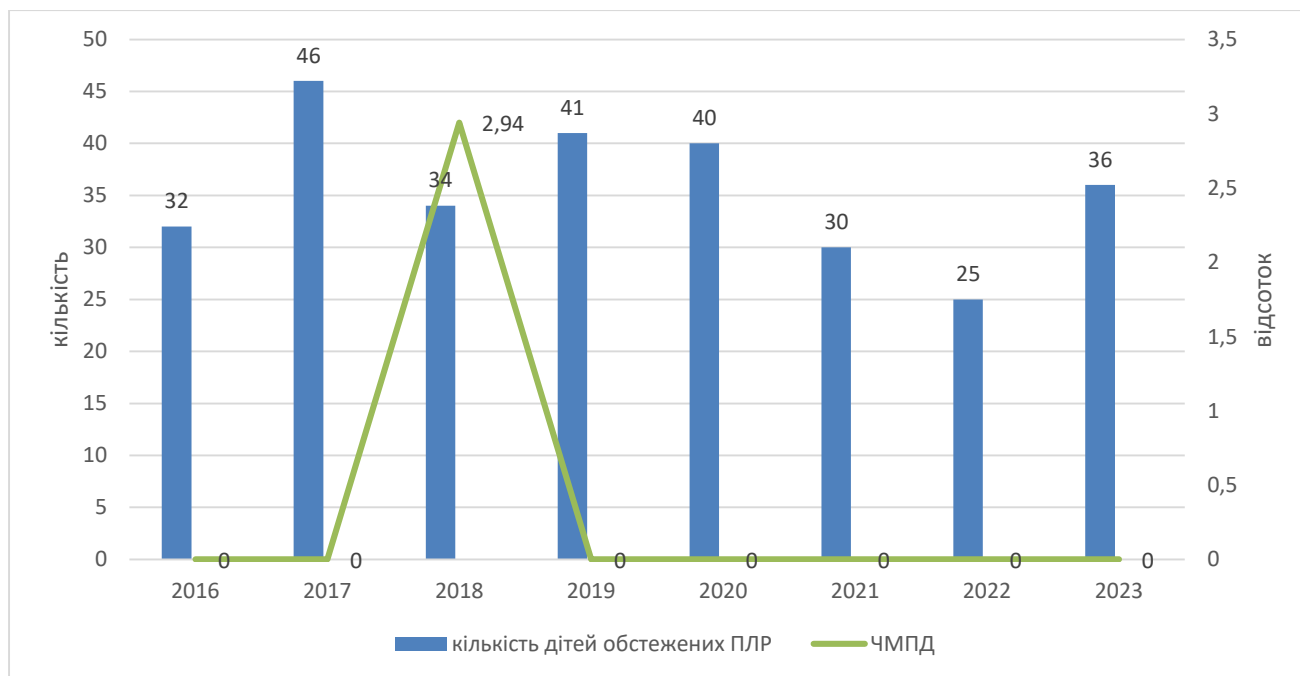


Рис. 2.8 - Частота передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини за результатами ранньої діагностики (ПЛР)

Проведений аналіз дозволив визначити такі основні тенденції розвитку епідемії ВІЛ в області:

- активізація статевого шляху передачі ВІЛ, що вказує на перехід епідемічного процесу із середовища людей, які вживають ін'єкційні наркотики до загального населення та вказує на ускладнення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції внаслідок сумісного впливу на перебіг епідемії парентерального та статевих шляхів передачі збудника.

- у віковій структурі ВІЛ-інфікованих осіб спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб, старших 30 років;

- охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним наглядом в області залишається на недостатньому рівні;

- частка осіб, яких було взято на облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції зростає;

- результатом пізнього звернення ВІЛ-позитивних осіб до ЗОЗ є зростання показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу в області;

- показник поширеності ВІЛ-інфекції має сталу тенденцію до зростання (від 142,4 на 100 тис в 2014 році до 195,8 в 2023 р.);

- показник захворюваності протягом 2014-2023 р на ВІЛ-інфекцію має хвилеподібні тенденції (2014р. - 21,9 на 100 тис. нас., 2016 р. - 15,6 на 100 тис. нас., 2018 р. - 21,2 на 100 тис. нас., 2021 р. - 10,9 на 100 тис. нас., 2023 р. – 17,8 на 100 тис. нас);

- спостерігається тенденція незначного коливання рівня поширеності ВІЛ серед вагітних, які були піддані первинному тестуванню на ВІЛ-інфекцію (з 0,33% у 2016 році до 0,24% у 2023 р);

- профілактичні втручання в групі ВІЛ-інфікованих вагітних та новонароджених зменшили передачу ВІЛ від матері до дитини до 0%. Тобто, діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками впродовж 2016 – 2023 р.р., були зняті з обліку після 18 місячного віку в зв'язку з відсутністю антитіл в сироватці крові.

2.2. Крос-секційний каскад послуг людей, які живуть з ВІЛ станом на 01.01.2024

Крос-секційний каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) в Хмельницькій області (рис. 2.9), що відображає виконання профілактичних та лікувальних програм, побудовано з урахуванням оціночних даних та ґрунтується на рутинних показниках моніторингу тестування, лікування, лабораторного супроводу.

Базовим показником для представлення каскаду лікування ВІЛ-інфекції є оцінка чисельності людей, які живуть з ВІЛ, яка щороку оновлюється за методологією ЮНЕЙДС з використанням програми моделювання Spectrum. Та в 2023 році через певну обмеженість даних внаслідок масштабного російського вторгнення (насамперед для окупованих територій та районів, де тривають широкомасштабні бойові дії) на національному рівні було прийнято консенсусне рішення не використовувати оновлені оцінки кількості ЛЖВ та тягаря епідемії.

За результатами розрахунків у програмі Spectrum/EPP 6.19 на початок 2022 р. в області мешкало 3100 ЛЖВ усіх вікових категорій, цей же показник залишився і на 2023 рік. А за даними офіційної статистики під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я Хмельницької області перебувало 2467 ЛЖВ (без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження). Співвідношення між оціночними та фактичними даними щодо кількості людей, які живуть з ВІЛ сягає майже 80%, тобто з 10 людей, які живуть з ВІЛ 2 людей не охоплені медичним наглядом та потенційно не знають свій статус.

3100 ЛЖВ – оціночна кількість людей, які живуть з ВІЛ, усі вікові категорії.

2467 ЛЖВ (79,6% від оціночної кількості) знають про свій ВІЛ-позитивний статус та перебувають під медичним наглядом (без дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими жінками, та діагноз ВІЛ-інфекції в яких в стадії підтвердження). Для досягнення перших 90% стратегії Fast Track залишилися не виявленими та не взятими під медичний нагляд ще 323 людей, які живуть з ВІЛ.

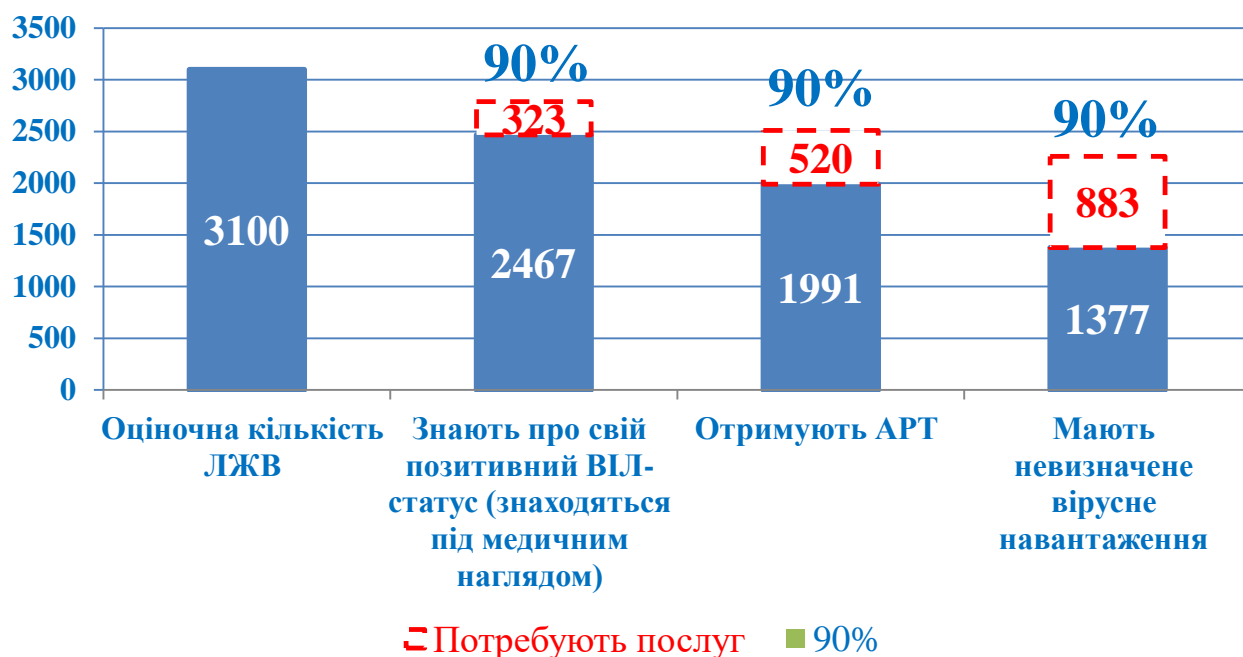


Рис.2.9 - Каскад послуг для ЛЖВ в Хмельницькій області станом на 01.01.2024

1991 ЛЖВ (71,4% від оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ, які знають про свій позитивний ВІЛ-статус та перебувають під медичним наглядом) отримують антиретровірусну терапію. Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast Track не залученими до послуг антиретровірусної терапії залишилося 520 людей, які живуть з ВІЛ.

1377 людей, які живуть з ВІЛ (54,8% від оціночної кількості людей, які повинні бути на антиретровірусній терапії (АРТ)) отримували АРТ 6 місяців і більше та досягли невизначеного рівня вірусного навантаження. Для досягнення третьої цілі 90% стратегії Fast Track ще 883 чоловіка, які живуть з ВІЛ, які охоплені послугою АРТ, повинні мати невизначуваний рівень вірусного навантаження.

Проте, незважаючи на успіхи в охопленні АРТ всіх, хто її потребує, досягти цільових показників UNAIDS 90-90-90 до 2023 року не вдалося. А відставання від оновлених глобальних показників 95-95-95 ще більше. Якщо спиратися (умовно) на попередні оцінки кількості людей, які живуть з ВІЛ, то каскад лікування ВІЛ «95-95-95» за 2023 рік виглядає як «80-68-49». Тобто, знають свій ВІЛ-статус (офіційно зареєстровані та перебувають під медичним

наглядом) 2467 людей, які живуть з ВІЛ (80%), з них отримують антиретровірусну терапію 1991 особа (68%), з них 1377 осіб (49%) мають пригнічене вірусне навантаження.

2.3. Результати сероепідеміологічного моніторингу за поширенням ВІЛ-інфекції

За даними сероепідеміологічного моніторингу за поширенням ВІЛ-інфекції (СЕМ) щорічна кількість скринінгових обстежень на ВІЛ в області була відносно стабільною. Наразі ми спостерігаємо пропорційне зниження кількості діагностованих та взятих на диспансерний облік випадків ВІЛ-інфекції з 2020 року, пов'язане з пандемією COVID-19, викликаною SARS-CoV-2. Цей призвело до обмеження доступу до медичних ВІЛ-послуг, зокрема послуг з тестування, що обумовлено локдаунами, перепрофілюванням багатьох лікарень під стаціонари для надання медичної допомоги хворим на COVID-19. Також зниження кількості тестувань відбулося внаслідок розгорнутої війни проти України в 2022 році.

Таблиця 2.1

Основні результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції в Хмельницькій області

Роки	Кількість осіб, обстежених на ВІЛ інфекцію	З них осіб, у яких виявлено серологічні маркери ВІЛ	Відсоток позитивних
2018	74500	407	0,55
2019	77007	346	0,45
2020	53982	329	0,61
2021	49680	266	0,54
2022	49418	206	0,42
2023	60517	254	0,40

В області впроваджуються заходи по створенню умов для надання послуг з тестування на ВІЛ загальному населенню області. Забезпечений необмежений доступ до тестування на ВІЛ мережею кабінетів «Довіра», які функціонують на базі обласного центру СНІДу, та 6-ти закладів охорони здоров'я області. Надання послуг з тестування на ВІЛ здійснюється також закладами первинної медико-санітарної допомоги, акушерсько-гінекологічною, наркологічною, шкірно-венерологічною, протитуберкульозною, пенітенціарною службами, службою крові та неурядовими організаціями. За рахунок коштів державного бюджету у повному обсязі забезпечено тестування на ВІЛ вагітних і донорів.

За даними сероепідеміологічного моніторингу в області за 2019-2023 роки обстежено 290604 осіб, що приблизно становить біля 7 % населення області. У структурі обстежених найбільшу частку становлять донори та вагітні (рис.2.10).

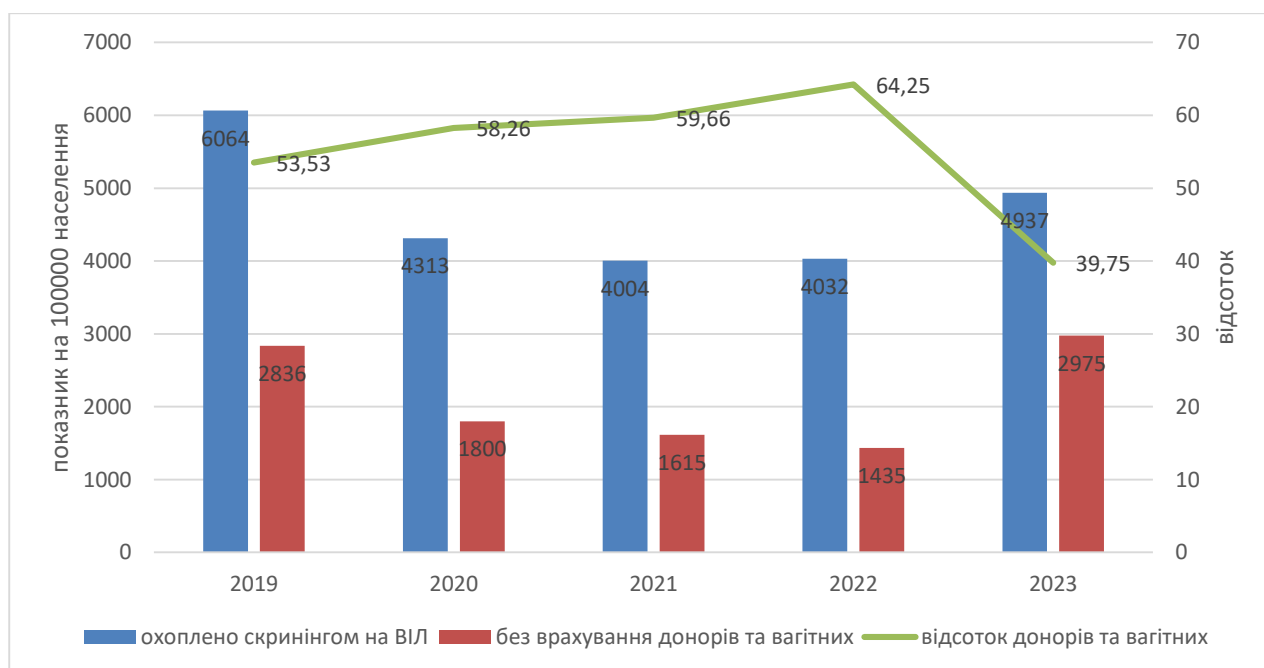


Рис. 2.10 - Охоплення населення скринінгом на ВІЛ у Хмельницькій області за 2019-2023 роки

Обстеження осіб з ключових груп населення має тенденцію до зниження з 12,22% в 2019 році до 3,13% в 2023 році, що не припустимо мало (рис. 2.11). Це свідчить про те, що впровадження в закладах охорони здоров'я області вимог наказу МОЗ України від 05.04.2019 № 794 «Про удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-

інфекції/СНІДу» (зі змінами) відбувається дуже повільно. За цей період виявлено 143 позитивних результати на ВІЛ серед осіб з ключових груп населення, що становить 1,05% в 2023 р., 0,62% -2022, 1,49%-2021, 1,02%- 2020 та 0,27% -2019 р.

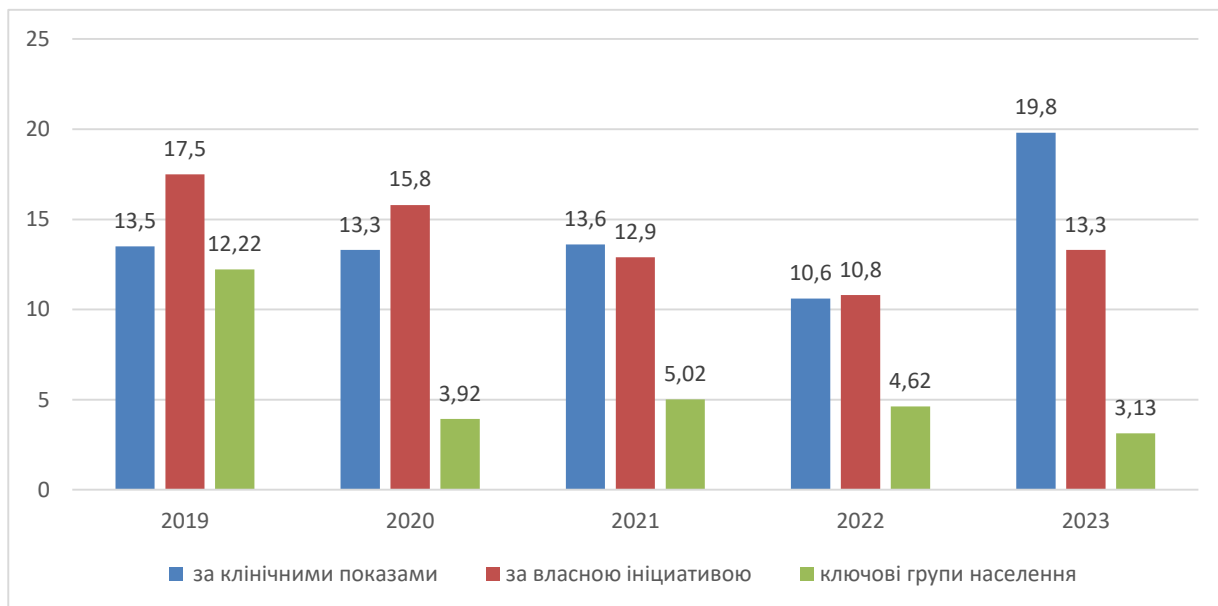


Рис.2.11 - Питова вага проходження тестування на ВІЛ на протязом 2019-2023 років

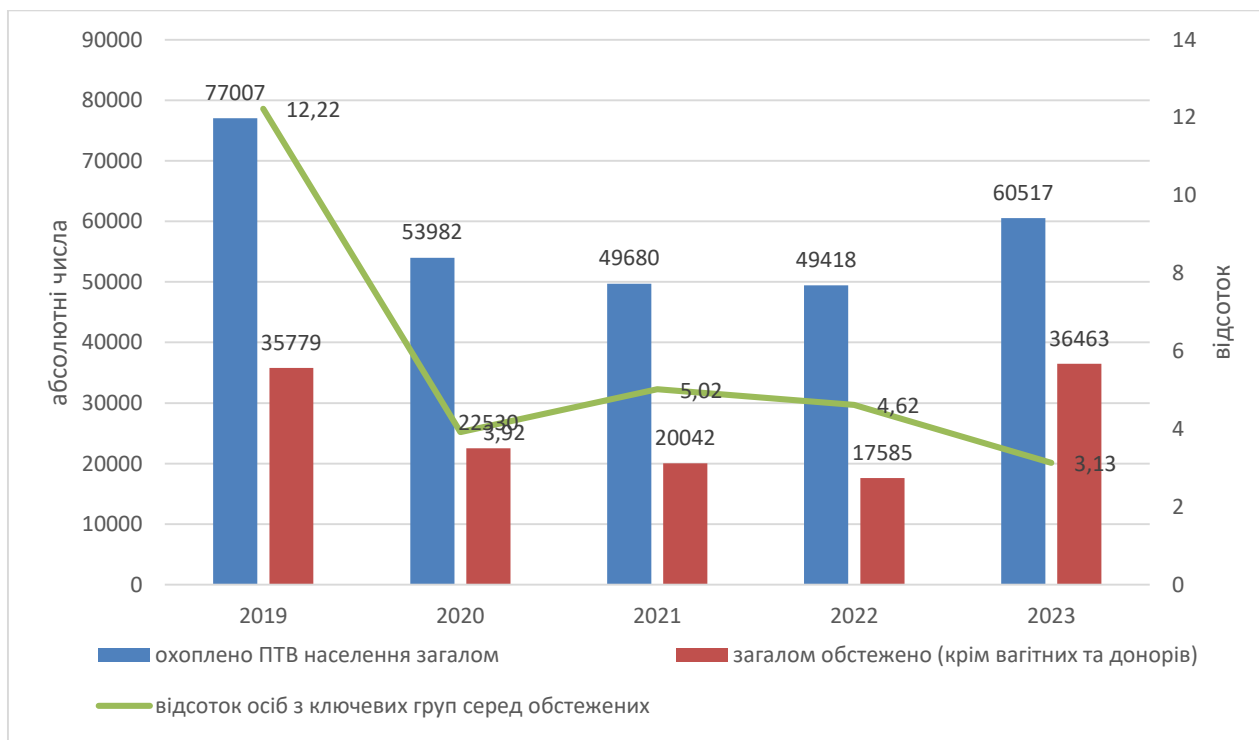


Рис. 2.12 Відсоток осіб з ключевих груп населення в Хмельницькій області за 2019-2023 роки.

Аналізуючи період з 2019 по 2023 роки спостерігається, що для отримання послуг з тестування на ВІЛ за направленням медпрацівника було обстежено від 29% до 33,7% осіб від загальної кількості обстежених (без врахування донорів та вагітних). Тобто послуги з тестування на ВІЛ третині населення проводиться при їх зверненні за медичною допомогою, що не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг людей, які живуть з ВІЛ (рис. 2.13). У структурі позитивних результатів тестування на ВІЛ також найбільша частка припадає на осіб, виявлених за кодом 113 (особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з тестування на ВІЛ при зверненні за медичною допомогою в ЗОЗ).

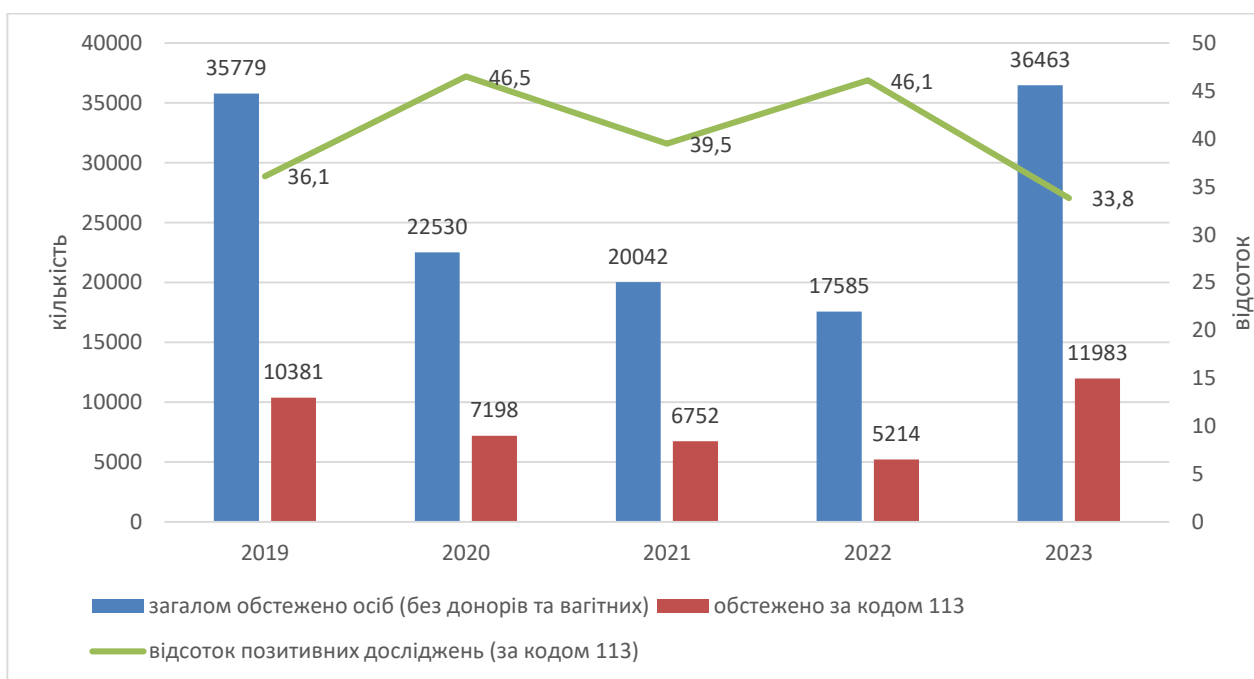


Рис.2.13 - Обстеження осіб, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з тестування на ВІЛ при зверненні за медичною допомогою в ЗОЗ Хмельницької області за 2019-2023 роки

Лабораторна діагностика є першим кроком при встановленні факту інфікування ВІЛ. В Україні кожен випадок ВІЛ-інфекції підтверджується на підставі лабораторних критеріїв, визначених наказом МОЗ від 28.12.2015 р. № 905, які відповідають міжнародному підходу щодо визначення випадків ВІЛ-інфекції. Порядок проведення тестування на ВІЛ-інфекцію здійснюється

відповідно до наказу МОЗ від 21.12.2010 р. № 1141. Національна система надання послуг з тестування на ВІЛ базується на принципах добровільності, конфіденційності, безоплатності, надання правильних результатів, забезпечення зв'язку з послугами профілактики, лікування та догляду. Будь-яка особа, як громадянин України, так і громадянин іншої держави або особа без громадянства, мають право дізнатися про свій ВІЛ-статус шляхом проведення тестування на ВІЛ у ЗОЗ.

Тестування на ВІЛ-інфекцію методом імуноферментного аналізу в області проводяться в 2-х лабораторіях – в обласному Центрі СНІДу (скрінінгові, верифікаційні та ідентифікаційні обстеження загального населення) та обласній станції переливання крові (обстеження донорів).

Проблемним в області залишається відслідковування доведення до медичного нагляду осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ, особливо з числа тих, що тестуються в закладах охорони здоров'я первинної ланки. На сьогодні не законодавчо не передбачено інформування щодо такого пацієнта в заклади охорони здоров'я, які здійснюють нагляд за ВІЛ-інфікованими. Так, пацієнт направляється до спеціалістів Центру, створюється направлення на консультацію, але моніторинг за даним етапом відсутній. Особливо така ситуація негативна створюється у віддалених від закладів населених пунктах регіону. Хоча в поточному році намітилась тенденція до покращення своєчасності взяття під медичний нагляд пацієнтів.

Реформа в охороні здоров'я наближує сімейну медицину до пацієнта. Проте, в закладах, які знаходяться територіально у найвіддаленіших районах області, відсутні обладнані лабораторії для проведення спеціалізованих досліджень. Тому, з метою покращення надання медичної допомоги, зокрема вчасного виявлення ВІЛ-інфекції та доведення людей, які живуть з ВІЛ під нагляд та отримання ними лікування в державі запроваджено надання послуг з тестування на ВІЛ швидкими тестами (ШТ).

На рівні області наявні накази, щодо обстеження населення регіону ШТ на ВІЛ -інфекцію.

Наказом ДОЗ ХОДА від 19.05.2021 №74 «Про затвердження алгоритмів обстеження на ВІЛ-інфекцію та удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу» затверджено Маршрут пацієнта з тестування на ВІЛ-інфекцію на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги.

Наказом ДОЗ ХОДА від 22.10.2021 року №663/Адм «Про обстеження на ВІЛ-інфекцію за допомогою швидких тестів» керівників закладів охорони здоров'я зобов'язано розробити клінічні маршрути пацієнтів щодо проведення діагностики ВІЛ-інфекції.

Наказом ДОЗ ХОДА від 28.11.2022 року №689-Адм дані алгоритми та маршрути пацієнтів були поновлені.

Наказом ДОЗ ХОДА від 11.11.2022 року №642-Адм затверджено «Алгоритм обстеження вагітних жінок на ВІЛ-інфекцію та сифіліс із застосуванням ШТ, закуплених за кошти Глобального фонду».

Обстеження на ВІЛ – інфекцію ШТ в області здійснюють усі ЗОЗ (24 ЗОЗ обласного рівня, 51 ЗОЗ адміністративних районів), включаючи заклади кримінально-виконавчої служби.

На жаль, через значне інформаційне навантаження на медпрацівників в закладах, існує проблема звітності. Звіти подаються загалом 60 ЗОЗ.

В Хмельницькій області тестування на ВІЛ-інфекцію проводять 2 неурядові організації: Асоціація громадського здоров'я «Вікторія» та Хмельницьке обласне відділення Благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД (ХОВ БО «Мережа ЛЖВ»).

Заклади охорони здоров'я області відповідно до їх замовлення забезпечені ШТ на ВІЛ.

Протягом останніх років в області кількість тестувань швидкими тестами стрімко почала збільшуватися (рис. 2.14). Так, в 2021 році було обстежено 4587 осіб, в 2022 році – 7879, за 2023 рік - 31896. Збільшилась також і кількість виявлених позитивних результатів – 48, 77 та 159 відповідно. Ця тенденція набула сталості на фоні військових подій в Україні і в 2023 році сягнула 52,7 %

від усіх тестувань на ВІЛ або 87,5% у структурі скринінгу населення без врахування донорів та вагітних.

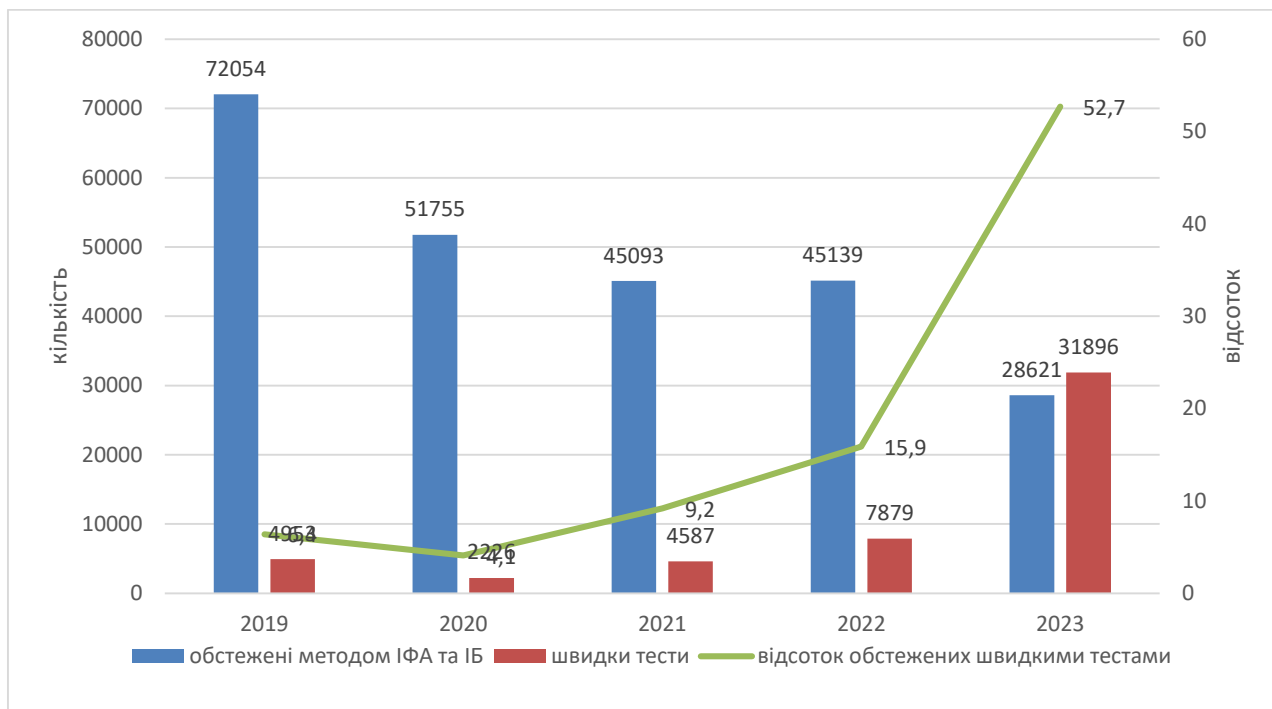


Рис. 2.14 - Обсяги застосування швидких тестів для діагностики ВІЛ – інфекції в Хмельницькій області за 2019-2023 роки

Найчастіше швидкі тести використовуються для обстеження на ВІЛ інфекцію осіб за кодом 112 (засуджені) - майже 100 %.

Всього обстежено пацієнтів на наявність ВІЛ-інфекції за кодом 100 (громадяни України) в 2023 році 60517 проти 49418 за 2022 рік.

За даними сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ в області за 2023р. в структурі позитивних результатів найбільша частка припадає на осіб за такими кодами (причинами) обстеження на наявність антитіл до ВІЛ (рис. 2.15):

Код 113 – особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою в ЗОЗ – 86 (33,9%) проти 95 (49,5%) за минулий рік. В 2023 році з 86 позитивних 67 (77,9%) виявлено швидкими тестами.

Код 101 – особи, які мали статеві стосунки з ВІЛ-інфікованими - 23 (9,0%), проти 10 (5%) у 2022р. В 2023 році з 23 позитивних 20 (87%) виявлено швидкими тестами.

Код 106 – призовники, абітурієнти військових закладів - 21 (8,3%), проти 10 (5%) у 2022р.

Код 108.1 – первинний донор - виявлено 6 позитивних пацієнтів, у 2022р – 12.

Код 116 – особи, обстежені за власною ініціативою – 59 (23,2%), проти 31 (15,1%) у 2022р. В 2023 році з 59 позитивних 38 осіб виявлено швидкими тестами, що складає 64,4%.

Код 109.1 вагітні – 13 (5,1%) проти 10 (5%) у 2022р.

Код 102 – споживачі ін'єкційних наркотичних речовин – 5 (2%) проти 1(0,5%)

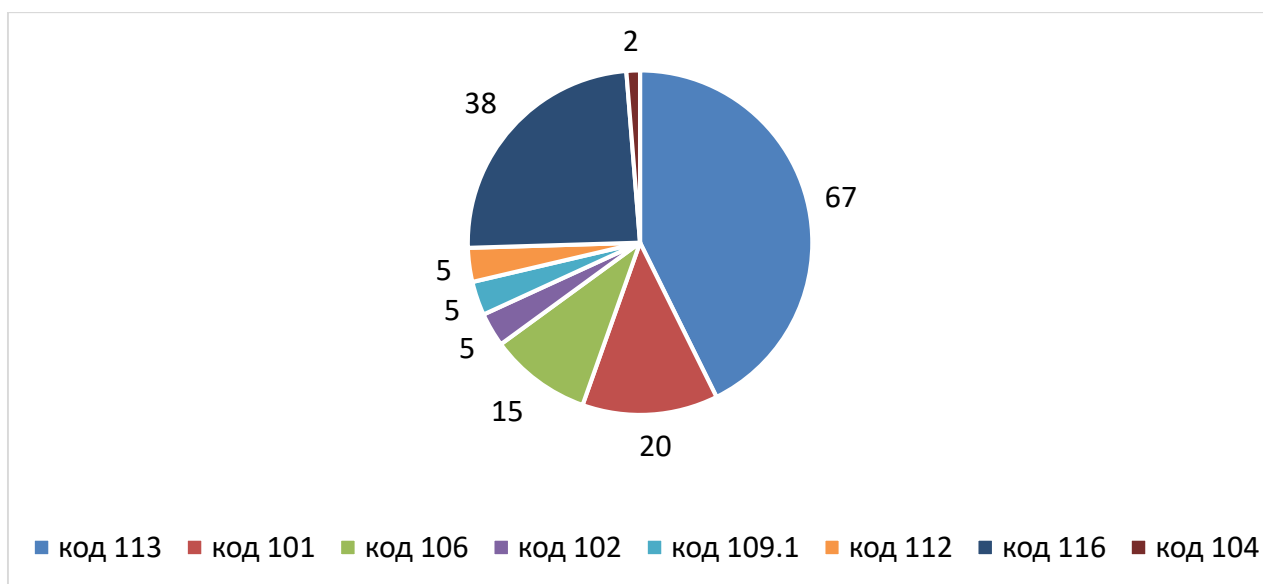


Рис. 2.15 - Кількість виявлених нових випадків зараження ВІЛ за допомогою швидких тестів по кодах обстеження в 2023р у Хмельницькій області

За даними результатів сероепідеміологічного моніторингу у 2023 році 74% усіх досліджень інструментальними методами (ІФА та ІБ) були виконані для обстежень на ВІЛ-інфекцію донорів та вагітних.

Скринінговий етап тестування на ВІЛ-інфекцію проводять всі ЗОЗ області як на первинній ланці, так і на спеціалізованому рівні надання медичних послуг. Верифікаційний та ідентифікаційний етап тестування на ВІЛ – інфекцію проводиться в Центрі СНІДу та ЗОЗ, на базі яких створено сайти АРТ.

Серопозитивні особи залишаються постійним джерелом ВІЛ-інфекції та сприяють її поширенню серед населення області. Загально визначеним є факт, що офіційні дані не відображають реальний масштаб епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, зокрема дійсну кількість людей, інфікованих ВІЛ. Вони лише надають інформацію про осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція, і які були внесені до офіційного реєстру випадків ВІЛ-інфекції. Значно більша кількість громадян можуть бути інфікованими, але вони необізнані щодо свого статусу та залишаються поза увагою медичних працівників і продовжують розповсюджувати збудник інфекції.

Медична допомога людям, які живуть з ВІЛ, надається усіма медичними закладами області на всіх рівнях надання медичної допомоги за територіальним принципом. Спеціалізована медична допомога при захворюваннях, які пов'язані з ВІЛ-інфекцією надається

- поліклінічним і стаціонарним відділеннями Хмельницького обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом;
- 6 кабінетами «Довіра» в закладах охорони здоров'я, які заключили договір з НСЗУ по наданню послуг по 21 пакету;
- протитуберкульозним диспансером (пацієнтам з активними формами туберкульозу, забезпечення ліками для профілактики туберкульозу);
- наркологічним диспансером (СІН);
- онкологічним диспансером (пацієнтам з онкопатологією).

З діагностичною метою ВІЛ-інфіковані пацієнти направляються в інші заклади охорони здоров'я: обласну та міську лікарні, обласний онкологічний диспансер, заклади акушерсько-гінекологічного профілю, тощо.

Попри воєнний стан обстеження на ВІЛ та всі види медичної допомоги ВІЛ-інфікованим в області лишаються безвідмовними, безоплатними та доступними.

На сьогодні в області, як і в цілому в державі, здійснюється медична реформа (створення госпітальних округів, кластерні, надкластерні, самостійні заклади охорони здоров'я), відповідно відбуваються зміни в кадрових ресурсах.

Приходять нові спеціалісти, які потребують додаткового навчання. Через багатокomпонентні звіти по проведенню послуг з тестування на ВІЛ, використанню та залишків швидких тестів проблемою є узагальнення інформації в розрізі закладів охорони здоров'я.

Доцільним було б розробити та надати на регіони розроблений уніфікований електронний інструмент по наданню послуг з тестування в регіоні на зразок електронного інструменту по узагальненню форми №3-ВІЛ/СНІД (квартальна) «Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію». За допомогою цього інструменту можна було отримати аналітику і узагальнення інформації в розрізі рівнів надання медичних послуг.

В області відсутня мобільна амбулаторія, тестування на ВІЛ в умовах якої є одним із підходів проведення тестування на ВІЛ за межами ЗОЗ, який дозволяє збільшити охоплення тестуванням на ВІЛ для найбільш важкодоступних ключових контингентів населення. Створення чіткого графіку виїздів та систематичний зв'язок з пацієнтами дозволить на теренах Хмельницької області якісно проводити диспансеризацію хворих, контролювати ефективність лікування та лабораторний супровід, забезпечувати лікарськими засобами. Доцільним було б адвокатувати перед міжнародними донорами щодо закупівлі для КНП «Хмельницький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» такої мобільної амбулаторії.

Послуги з догляду та підтримки доступні не всім людям, які живуть з ВІЛ оскільки у районних закладах охорони здоров'я та центрах первинної медико-санітарної допомоги дані послуги не надаються.

Мережа сайтів АРТ потребує розширення з одночасними наданням права призначати терапію лікарям первинної ланки.

Слід звернути увагу на те, що своєчасне повне охоплення лікуванням ВІЛ-інфікованих має не тільки медичне значення, але є також вагомим профілактичним заходом попередження поширення вірусу .

Тому ми повинні виконувати стратегію ВООЗ «95-95-95» всі разом: тестування - переадресація до закладів, як спостерігають ВІЛ-інфікованих, для

отримання лікування, – ефективного лікування, так як неадекватно підібрана схема лікування та переривання прийому препаратів навіть на 1 добу може призвести до формування стійкості ВІЛ до антивірусних препаратів. Це дасть можливість попередити виникнення нових випадків ВІЛ-інфекції, смертей, обумовлених СНІДом, уникнути додаткових витрат.

2.4. Епідеміологічний аналіз та регіональні особливості захворювання на туберкульоз в Хмельницькій області

Майже третина населення Земної кулі інфікована туберкульозною паличкою (тобто латентною туберкульозною інфекцією), втім хвороба розвивається не у всіх інфікованих людей. Змагання людства з цією підступною хворобою триває з перемінним успіхом багато століть Туберкульозом хворіють особи різного віку та соціального статусу, але найбільше ураженими є дорослі люди працездатного віку.

У 1993 році Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила туберкульоз «глобальною загрозою для здоров'я». Це захворювання поширене в усіх країнах та серед людей всіх вікових груп. Наразі туберкульоз не ліквідований ні в одній країні світу. Найбільш розповсюджений він у країнах Південній Африці (від 300 і більше випадків на 100000 населення), Індії (100-200 випадків на 100 тис. населення), країнах СНД, Прибалтиці (50-100 випадків на 100 тис. населення).

У травні 2014 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я ухвалила Глобальну стратегію «Покласти край туберкульозу» на період 2016–2035 рр. Головним завданням Стратегії є звільнення світу від туберкульозу із досягненням нульового рівня захворюваності й смертності, а жодна із постраждалих сімей не повинна мати катастрофічних витрат, пов'язаних із туберкульозом.

Цільовими показниками для досягнення мети в рамках нової Стратегії є зменшення рівня захворюваності на туберкульоз нижче десяти випадків на 100 000 населення, зменшення кількості смертей від туберкульозу на 95% (порівняно з 2015 р.) і зниження показника захворюваності на туберкульоз на 90% (порівняно з 2015 р.).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна посідає п'яте місце у світі і друге в Європі по захворюваності та смертності від туберкульозу.

Туберкульоз виліковний, проте від нього серед інфекційних хвороб помирає найбільша кількість людей через несвоєчасний початок лікування.

Подолання туберкульозу в Україні потребує консолідації зусиль держави та суспільства на національному, регіональному та місцевому рівнях, адже збереження здоров'я населення України – цінність, що має стратегічне значення для розвитку держави.

Фахівцями «Центру громадського здоров'я» були розроблені та введені в дію такі нормативно правові акти:

- Закон України «Про подолання туберкульозу в Україні» від 14.07.2023 № 3269-IX;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України « Про схвалення Державної Стратегія сталого розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024 - 2026 роки»
- Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я»
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 102 від 19.01.2023 року « Про затвердження стандартів медичної допомоги «Туберкульоз».
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 632 від 04.04.2023 року «Про затвердження Методики розрахунку граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом» {Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1030 від 06.06.2023}
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 692 від 13.04.2023 року «Про затвердження Порядку надання послуг медико-

психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом»

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2023 № 1444 "Про затвердження Граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом"
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2022 № 302 «Про затвердження Порядку організації виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції»
- Стратегія та план технічної допомоги щодо розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я у сферах ВІЛ і туберкульозу

Стан епідеміологічної ситуації

За оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я, епідемія туберкульозу в Україні почалася в 1995 році, коли захворюваність була - 83,2 випадків на 100 тис. населення [1-5]. Найвищого рівня захворюваність сягнула у 2005 році і становила 84,1 випадок на 100 тис. населення. Тоді ж і смертність від туберкульозу встановила свій пік із позначкою 25,3 на 100 тис. населення.

Від початку епідемії туберкульозу в Україні минуло майже 30 років, але не тільки не досягнуто до епідемічного рівня захворюваності, а й за усіма епідемічними показниками ситуація значно погіршилася. Якщо у 1995 році 1 особа, що захворіла на туберкульоз, припадала на 2104 особи, при загальній чисельності населення у 51,7 млн. чоловік, то у 2022 році цей показник становив 1 хворий на 2065 осіб, при загальній чисельності населення майже 41 млн. чоловік.

За даними ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» у 2023 році кількість уперше зареєстрованих в Україні захворювань на туберкульоз, включно з його рецидивами, становила 19 851, або 48,4 на 100 000 населення, що на 7,3 % більше аналогічного показника 2022 року - 18 510 осіб, або 45,1 на 100 тис. населення (рис. 2.16).

Для реалізації Стратегії ліквідації туберкульозу Україна повинна

досягнути до 2035 р. зниження показника захворюваності на туберкульоз на 90% порівняно до такого у 2015 р. (з 70,5 до 7,1 на 100 000 населення).



Рис. 2.16 - Динаміка захворюваності на ТБ (нові випадки та рецидиви) за період 2014–2023 рр. (на 100 тис. населення)

За розрахунками Всесвітньої організації охорони здоров'я майже 20% хворих щороку залишаються невиявленими, внаслідок чого не отримують лікування та заражують оточуючих.

Ефективність протитуберкульозних заходів багато в чому залежить від своєчасної і всебічної оцінки епідеміологічних показників і аналізу показників в динаміці. Для об'єктивної оцінки протитуберкульозних заходів слід розглядати комплексні показники, їх взаємозв'язок і вплив зовнішніх факторів.

В умовах поширення на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та у зв'язку із військовою агресією російської федерації проти України, спостерігається недовиявлення випадків ТБ.

Кількість повідомлень про захворюваність туберкульозом (нові випадки та рецидиви) скоротилася з 25237 випадків у 2019 році до 17593 у 2020 році. У 2021 році відбулося часткове відновлення цього показника до 18241 випадку, але це

все ще набагато нижче пандемічного рівня. До зниження захворюваності призвели зовнішні чинники:

- оновлені вимоги для “нового нормального життя” такі як дотримання фізичної дистанції, носіння масок, віддалена робота, карантин та закриття установ, страх вийти в соціум, збільшує розрив між пацієнтом та отриманням послуг;

- наплив позапланових хворих та великий ступінь завантаженості медичного персоналу, не може не відбиватися на якості надання послуг та здоров'ї пацієнтів

- збільшений ризик зараження медичного персоналу, який працює в безпосередній зоні ризику, а також змушений працювати понаднормовий час, призводить до більшої захворюваності на COVID-19 серед медичного персоналу, викликаючи тим самим нестачу цінних кадрів на місцях.

Всі ці чинники пояснюють причини, через які , багато людей з туберкульозом не були виявлені і не отримували лікування.

Після пандемія COVID-19 ще довго будуть прослідковуватися наслідки для національної програми та відбиватимуться на досягненні короткострокових та довгострокових цілей програми по туберкульозу. В цілому, загрози COVID-19 можуть бути умовно поділені на прямі та непрямі загрози, а за рівнем наслідків безпосередні та віддалені. В Хмельницькій області також прослідковуються ці наслідки (рис. 2.17). Зниження захворюваності туберкульозом (нові випадки та рецидиви) в 2020 році на 35,9% в порівнянні з 2019 роком (465 випадків та 732 відповідно). Загальна захворюваність в Хмельницькій області на туберкульоз у 2023 році в порівнянні з 2022 роком зросла на 37,5%, становлячи 47,7 на 100 тис.населення (або 585 випадків).

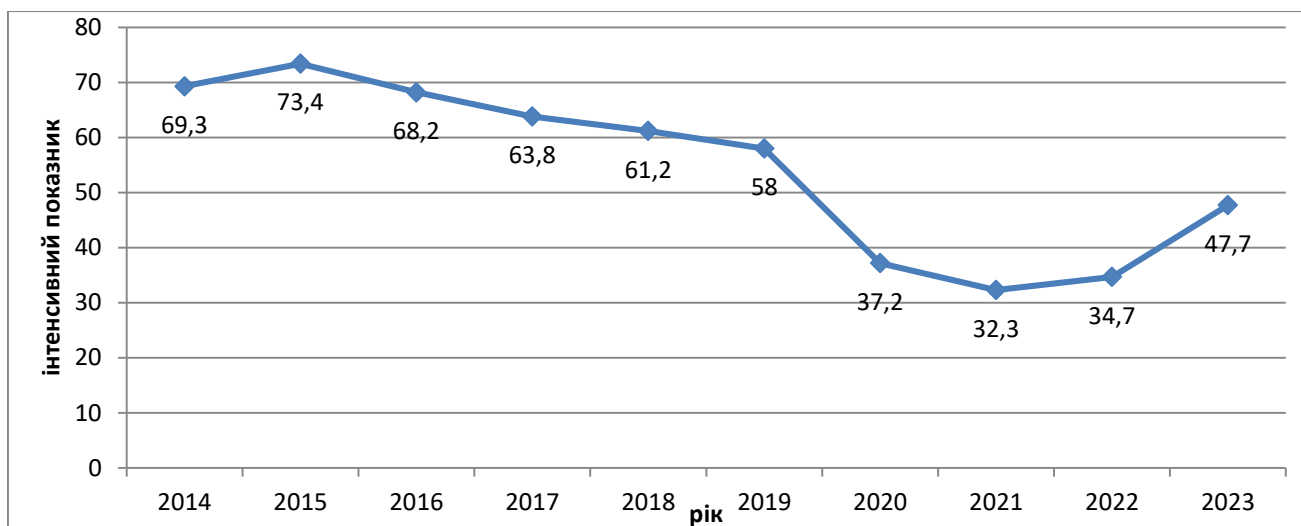


Рис. 2.17 - Динаміка захворюваності туберкульозом (нові випадки та рецидиви) в Хмельницькій області на протязі 10 років

В регіонах України спостерігається значне коливання захворюваності на туберкульоз від 15,2 до 99,6 на 100 тис. населення (рис. 2.18). В 14 регіонах України з 24 спостерігається зростання рівня захворюваності. Найвищі показники захворюваності на ТБ зареєстровано в Одеській (99,6), Кіровоградській (92,1), Дніпропетровській (86,1) областях; найнижчі показники – у м. Києві (33,3), Тернопільській (27,6), Донецькій (16,1) та Херсонській (15,2) областях.

За 2023 рік показник захворюваності на туберкульоз в Україні підвищився на 7,3%. Зростанню захворюваності на туберкульоз в різних регіонах України можуть сприяти такі фактори:

- конфлікт на сході країни може сприяти міграційним процесам, у результаті чого люди можуть опинитися в умовах, що сприяють поширенню інфекційних захворювань, включаючи туберкульоз;
- скупчення людей в незахищених укриттях, недостатнє харчування та стреси все це сприяє поширенню інфекції серед вразливих груп населення;
- внаслідок воєнних конфліктів або економічних криз, може страждати інфраструктура медичних закладів, що ускладнює доступ до адекватної медичної допомоги та діагностики туберкульозу;
- зміщення акценту медичної допомоги: під час воєнних конфліктів,

пріоритет може бути надано лікуванню травматичних ушкоджень, що може впливати на доступність та якість медичної;

- нерівномірне навантаження на систему охорони здоров'я: різні регіони можуть мати різний рівень доступності медичної допомоги, наявності кваліфікованих лікарів і діагностичних засобів. У віддалених або економічно вразливих областях може бути складніше забезпечити ефективний контроль за туберкульозом.

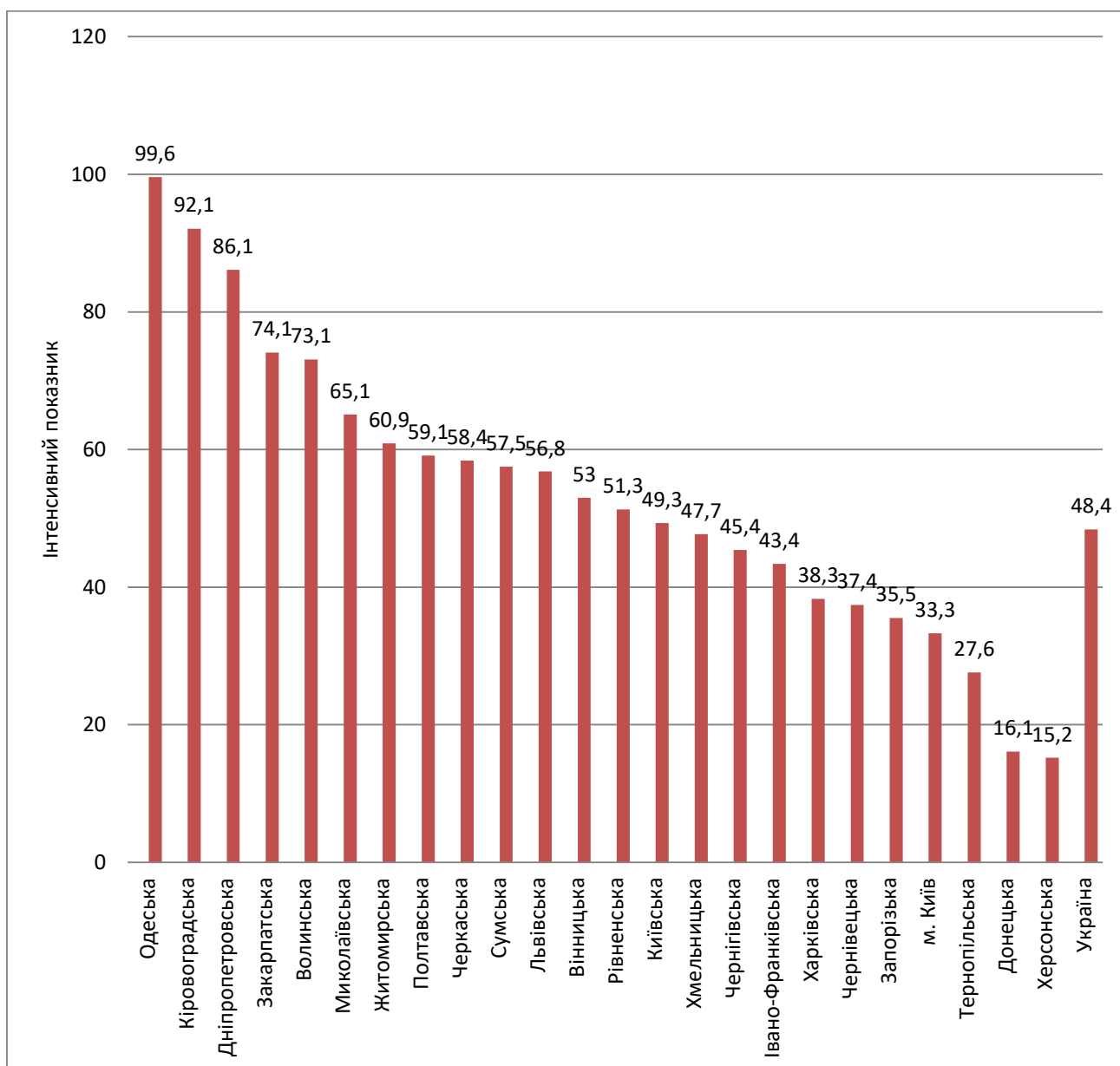


Рис. 2.18 - Показник захворюваності на туберкульоз у 2023 році (рейтинг по областям)

Показник захворюваності на туберкульоз серед дітей віком від 0 до 14 років у 2023 році збільшився як в Україні, так і в Хмельницькій області. В Україні цей показник склав 10,4 на 100 тис. дитячого населення, а в Хмельницькій області - 6,8 на 100 тис. дитячого населення (рис. 2.19). Це свідчить про те, що діти є вразливою групою у контексті поширення туберкульозу.

Також, показник захворюваності серед підлітків (15–17 років включно) зріс на 55,3% в Україні та на 1,3 рази в Хмельницькій області. Це також вказує на погіршення епідемічної ситуації серед цієї вікової групи, що може бути пов'язано з різними факторами, такими як погіршення стану санітарно-гігієнічних умов, низький рівень свідомості про туберкульоз та недостатнє проведення профілактичних заходів.

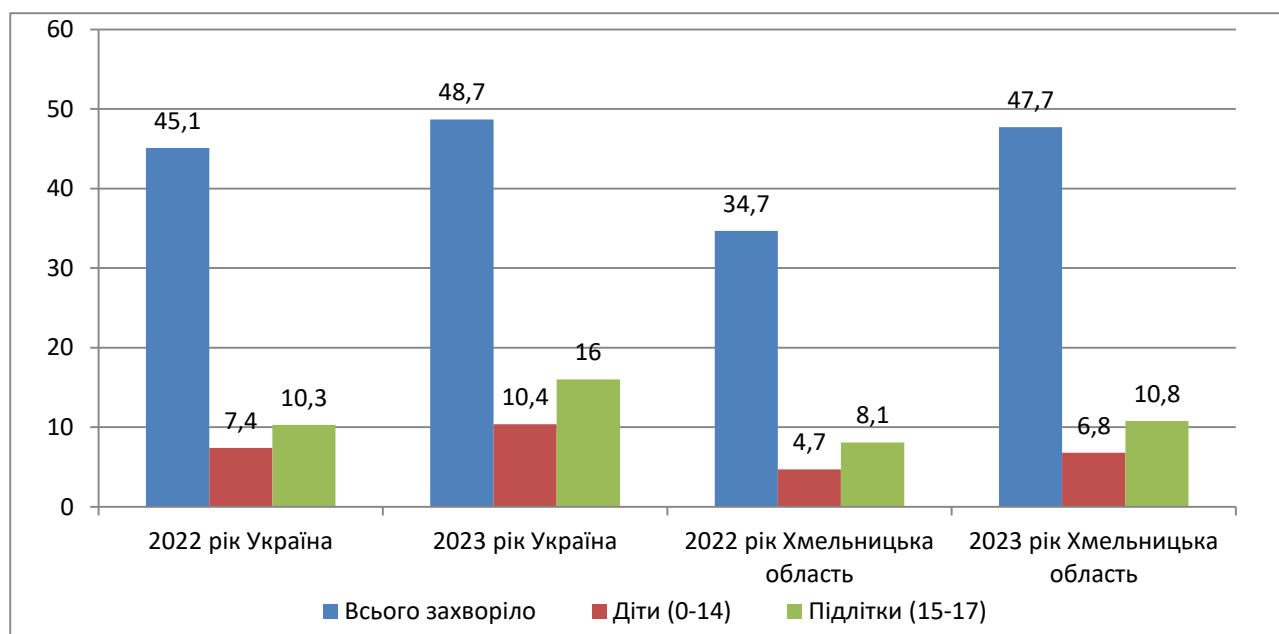


Рис. 2.19 - Захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, серед населення України та Хмельницької області на 100 тис. населення

Ці дані ще раз підкреслюють необхідність активізації заходів з профілактики, діагностики та лікування туберкульозу серед дітей та підлітків, а також визначення факторів, які сприяють поширенню хвороби серед цих вразливих груп населення. Важливою причиною збільшення захворюваності серед дітей може бути погіршення епідемічної ситуації серед дорослих, що може

вказувати на необхідність комплексного підходу до контролю за туберкульозом у всьому населенні.

Щодо показників захворюваності на туберкульоз серед міського та сільського населення Хмельницької області то вони нічим не відрізняються від загальних по Україні (рис. 2.20). Майже в усіх областях України захворюваність на туберкульоз (нові випадки і рецидиви) серед сільських жителів є вищою на 20–30%, ніж захворюваність міських жителів

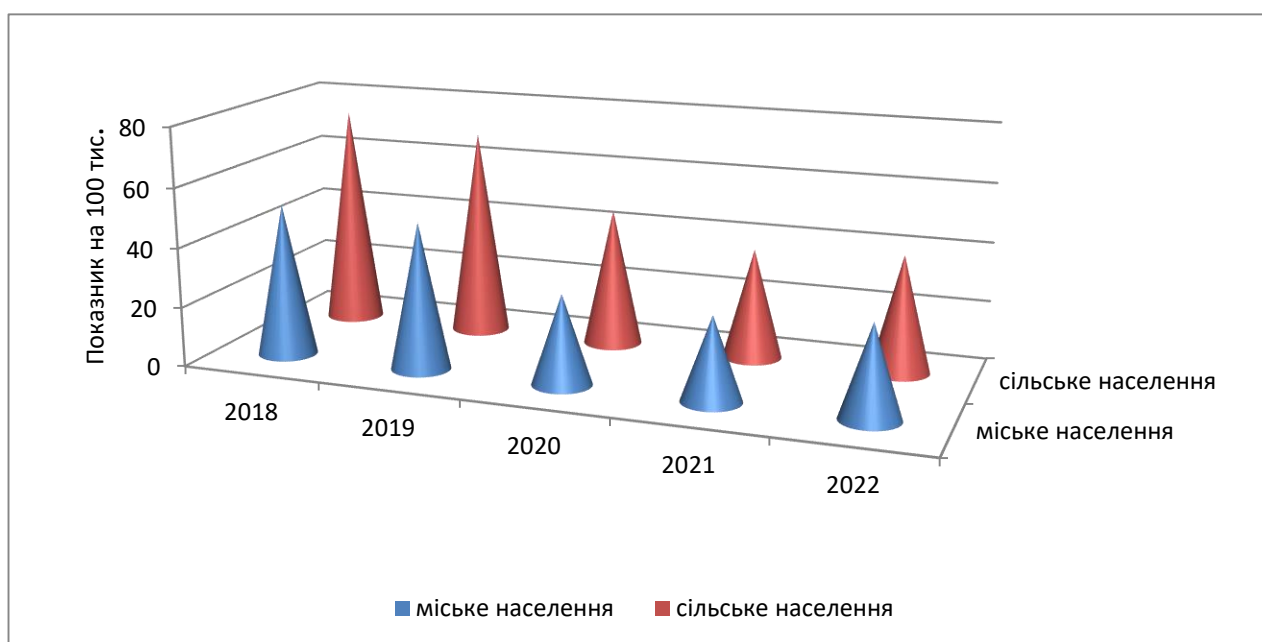


Рис. 2.20 - Розподіл рівня захворюваності на туберкульоз серед міського та сільського населення Хмельницької області за 2018-2022 роки

Темп зниження рівня захворюваності міських жителів вищий ніж сільських жителів (рис. 2.21). Це може бути обумовлено кількома факторами:

- недостатність медичних ресурсів в сільських районах: може бути менше медичних закладів, лікарів та діагностичного обладнання, що може ускладнювати виявлення та лікування туберкульозу;
- обмежений доступ до медичної допомоги через віддаленість медичних закладів та обмежену транспортну інфраструктуру. Це може призводити до пізньої діагностики та початку лікування, що збільшує ризик поширення туберкульозу.
- жителі сільської місцевості можуть стикатися з більшою

стигматизацією та дискримінацією через хворобу, що може обмежувати їхню можливість отримати допомогу та лікування, а також можуть приховувати захворювання;

- низький рівень освіти та усвідомлення про туберкульоз: у сільських районах може бути менша обізнаність населення про туберкульоз, його симптоми, методи лікування та профілактики, що може призводити до затримки у виявленні та лікуванні хвороби.

Для зменшення нерівностей у захворюваності на туберкульоз між міським та сільським населенням важливо здійснювати цілеспрямовані заходи, такі як розширення мережі медичних закладів у сільських районах, надання мобільних медичних послуг, проведення просвітницької роботи щодо туберкульозу. Також важливо забезпечити доступність антибактеріального лікування та діагностичних тестів у всіх регіонах країни.

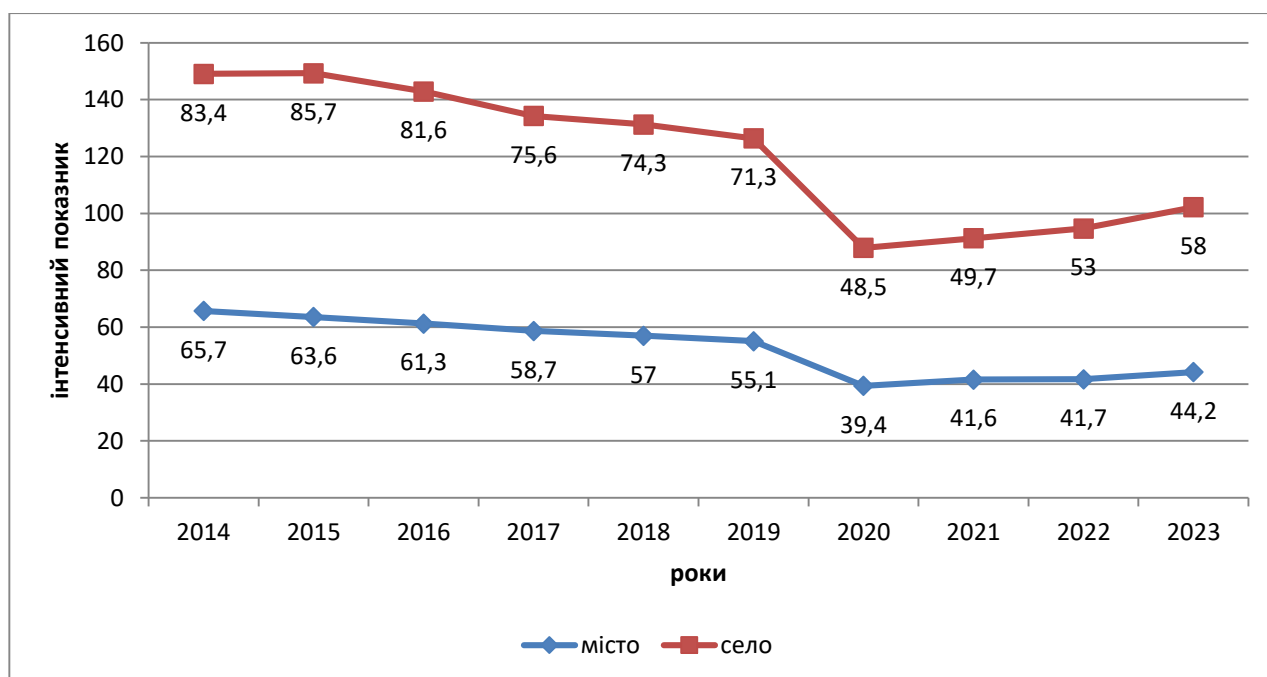


Рис. 2.21 - Динаміка захворюваності на туберкульоз міських та сільських жителів України (на 100 тисяч відповідного населення) за 10 років

Показник поширеності туберкульозу в Україні протягом останніх семи років має тенденцію до зниження: у 2022 р. поширеність зменшилась на 7,8% порівняно з показниками 2021 р (рис. 2.22). Найвищий рівень поширеності ТБ

було зареєстровано в Одеській (125,1), Миколаївській (87,3), Дніпропетровській (79,2) та Закарпатській (70,9) областях (рис. 2.23).

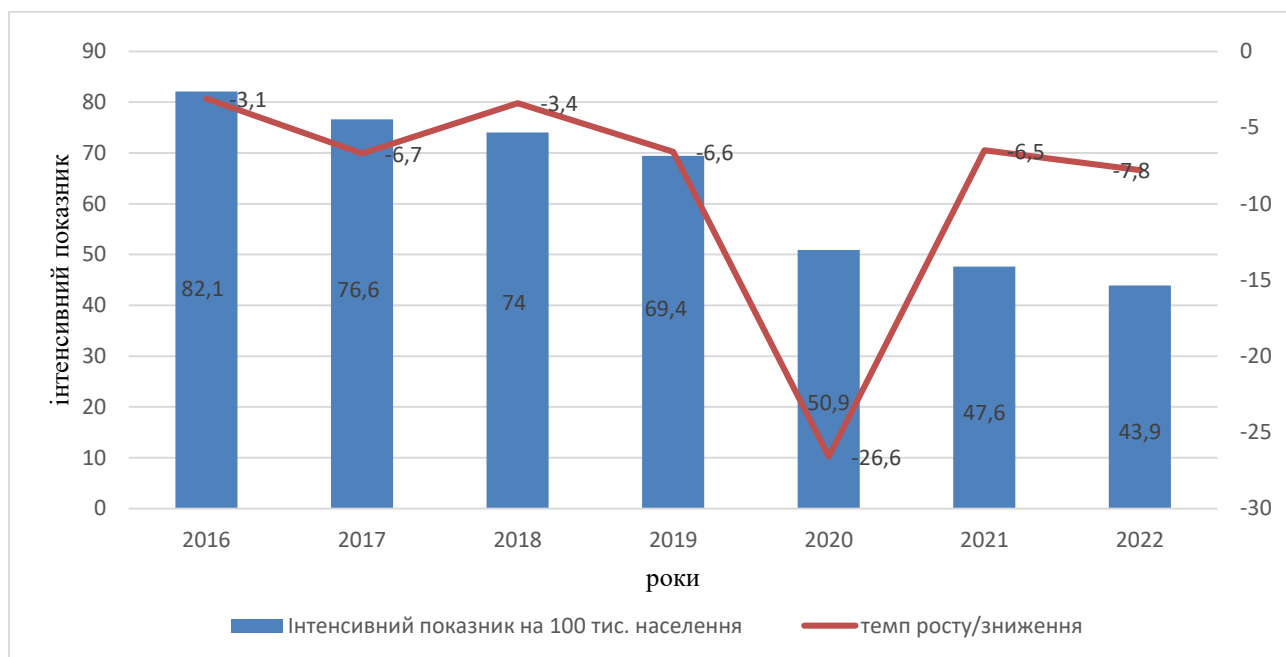


Рис. 2.22 - Поширеність усіх форм активного туберкульозу серед населення України за період 2016–2022 рр.

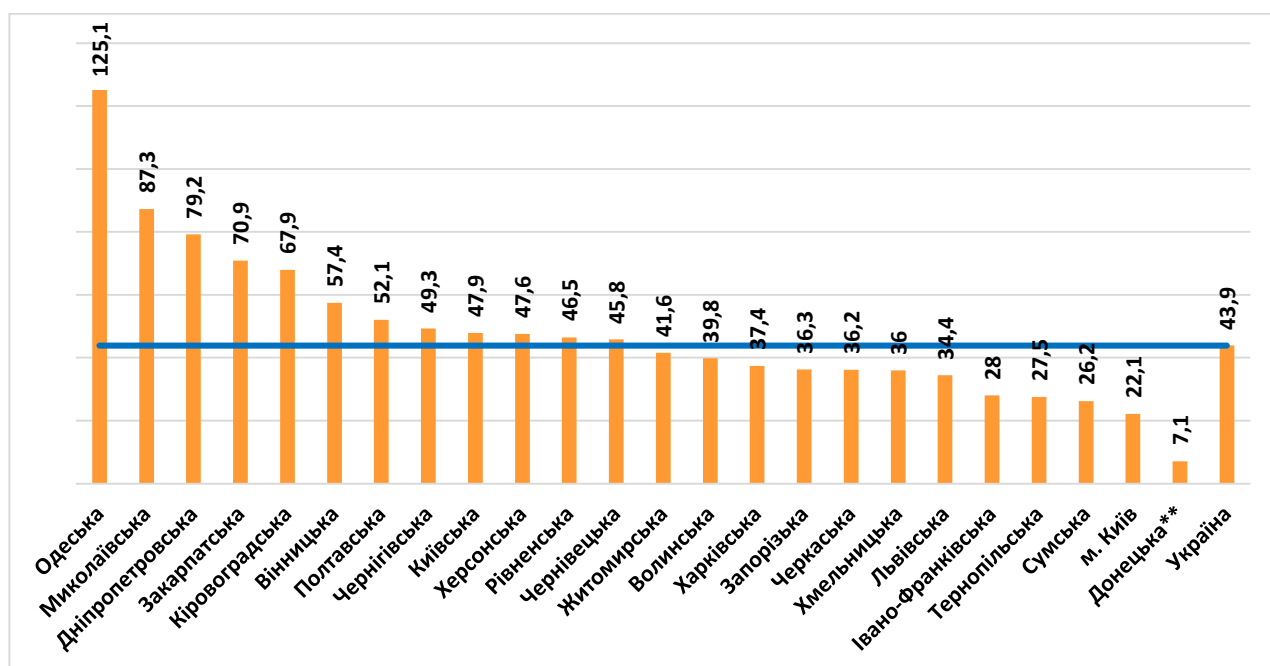


Рис. 2.23 - Поширеність усіх форм активного туберкульозу в регіонах України за 2022 рік

Показник поширеності туберкульозу в Хмельницькій області демонструє тенденцію до зниження за період з 2016 року до 2022 року. Протягом розглянутого періоду він зменшився з 62,9 до 36,0. Це зниження свідчить про

успішність заходів з контролю туберкульозу в області, таких як програми скринінгу, лікування та профілактики. (рис. 2.24)

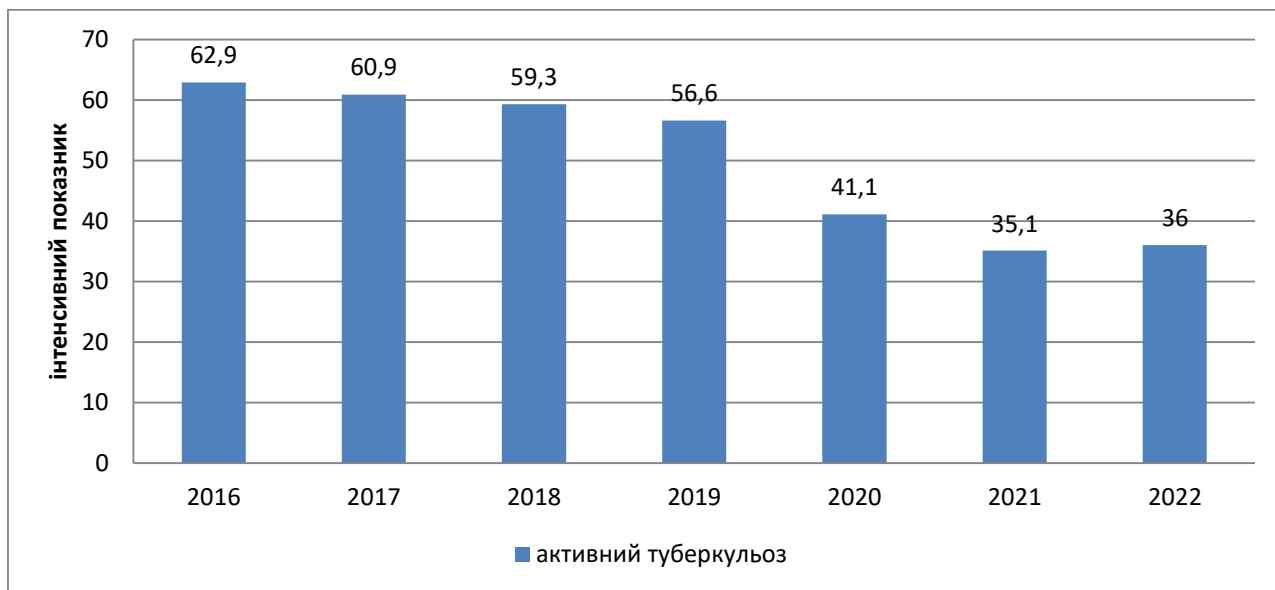


Рис. 2.19 - Поширеність усіх форм активного туберкульозу серед населення Хмельницької області за період 2016–2022 років

З 2018 по 2022 рр. в Україні захворюваність на ТБ чоловіків більш чим у 2 рази перевищує рівень захворюваності на ТБ серед жінок. Частка хворих чоловіків постійно перевищує частку хворих жінок у загальній структурі захворюваності на ТБ. Така тенденція спостерігається у всіх вікових групах населення, але найбільше серед осіб працездатного віку (18-64 роки). Протягом останніх п'яти років частка всіх нових випадків ТБ і рецидивів захворювання серед чоловіків залишалася майже стабільною на рівні близько 70%. Проте, у 2022 році частка чоловіків збільшилась до 74,4% (рис. 2.20).

Тенденція збільшення частки чоловіків серед нових випадків туберкульозу може мати декілька пояснень. Одним з можливих факторів є менша увага до здоров'я серед чоловіків порівняно з жінками. Чоловіки можуть бути менш схильними до відвідування лікаря для профілактичних медичних оглядів і менше дотримуватися рекомендацій з підтримання здорового способу життя. Іншим фактором, який може мати вплив на збільшення частки чоловіків, зокрема, якщо вони пов'язані з військовими. Військова служба може збільшити ризик зараження туберкульозом через неблагополучні умови життя та

нагромадження людей в обмеженому просторі. Отже, ця тенденція може бути результатом комбінації різних чинників, включаючи культурні, соціальні та професійні аспекти. Для зменшення випадків туберкульозу серед чоловіків важливо створювати доступні умови для медичного обслуговування та забезпечувати адекватні умови життя, особливо для вразливих груп, таких як військовослужбовці.

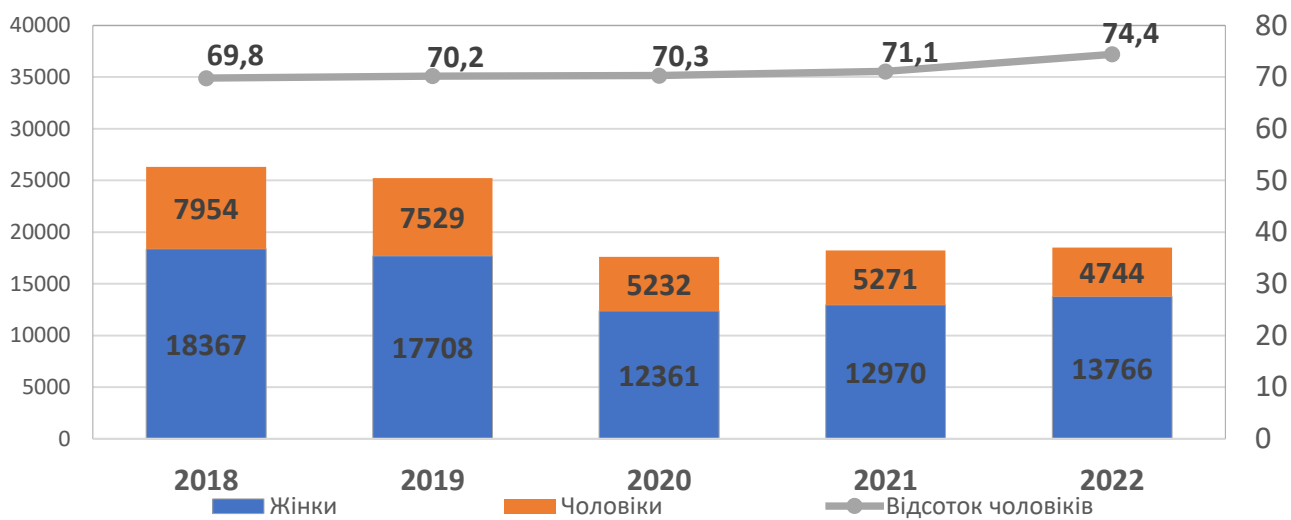


Рис. 2.20 - Кількість нових випадків туберкульозу і рецидивів захворювання з розподілом за статтю

Аналіз соціальної структури нових випадків туберкульозу в Хмельницькій області у 2022 році вказує на те, що ця хвороба має суттєвий вплив на соціально незахищені верстви населення (рис. 2.21). Зокрема:

- Понад половина (51,4%) випадків туберкульозу серед нових пацієнтів стосується непрацездатних осіб працездатного віку. Це може бути пов'язано з різними факторами, такими як безробіття, низький рівень освіти або доступ до медичних послуг.
- 26,0 % нових випадків туберкульозу становлять пенсіонери, що також може вказувати на певні проблеми у цій соціальній групі, такі як недостатній медичний догляд, погіршення здоров'я або низький рівень гігієни.
- 1,4% нових випадків туберкульозу відносяться до осіб, які

повернулися з місць позбавлення волі, і 0,3% - до осіб без постійного місця проживання.

Це свідчить про існуючі проблеми у цих вразливих соціальних групах. Отже, дані аналізу показують, що існує необхідність у спрямованих заходах для попередження та контролю туберкульозу серед цих соціально незахищених верств населення, включаючи поліпшення доступу до медичних послуг, підвищення рівня освіти про профілактику хвороби, а також покращення умов проживання та ув'язнення.

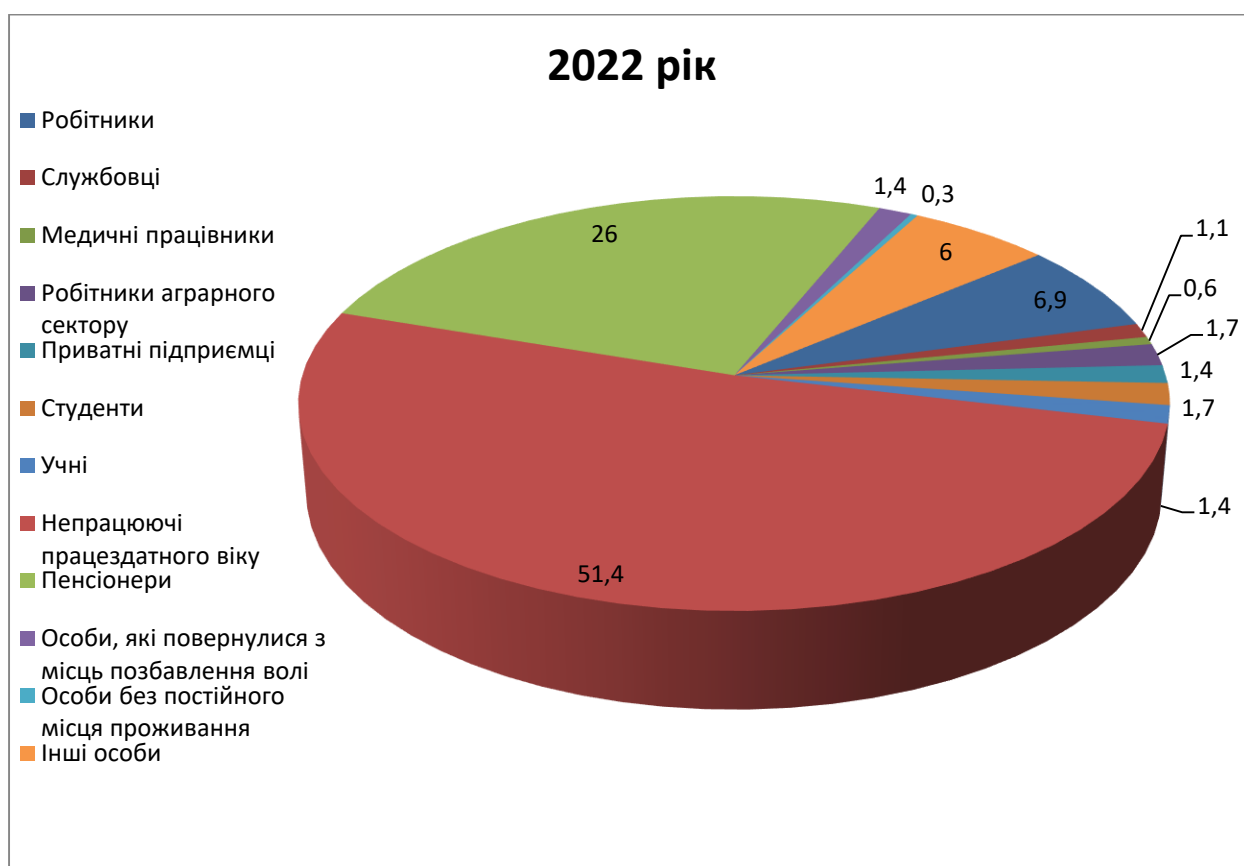


Рис. 2.21. Соціальна структура нових випадків туберкульозу у Хмельницькій області

Якщо проводити аналіз соціальної структури нових випадків туберкульозу по Україні за 2022 рік, то він майже не відрізняється від Хмельницького регіону. 55,7% випадків туберкульозу серед нових пацієнтів стосується непрацездатних осіб працездатного віку, 14,6% - пенсіонерів, 1,9% нових випадків туберкульозу відносяться до осіб, без постійного місця проживання та 0,3% - до осіб, які повернулися з місць позбавлення волі.

Зниження показників зловживання алкоголем та споживання ін'єкційних наркотиків серед нових випадків туберкульозу у 2022 році порівняно з 2019 роком є позитивними сигналами, оскільки зменшення цих факторів ризику може сприяти зниженню поширення туберкульозу та поліпшенню стану здоров'я населення в цілому (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Соціальна структура нових випадків туберкульозу
за факторами ризику з 2014 року по 2022 рік

Рік	Всього зареєстровано нових випадків туберкульозу		в тому числі відсоток від загальної кількості зареєстрованих за факторами ризику			
			зловживають алкоголем		споживають ін'єкційні наркотики	
	Україна	Хмельницька область	Україна	Хмельницька область	Україна	Хмельницька область
2014	25543	748	12,1	15,1	7,0	1,9
2015	23896	724	12,5	12,3	3,0	0,8
2016	23292	690	13,1	15,4	2,8	1
2017	21995	612	13,7	21,2	3,0	1,6
2018	21314	592	15,2	18,8	2,6	1,7
2019	20643	579	18,4	14,5	3,9	1,9
2020	14298	376	16,2	11,4	3,5	0,8
2021	14688	326	17	9,5	3,5	1,2
2022	15052	350	12,5	8,0	2,3	0,0

Проте, навіть при деякому зниженні, показники залишаються достатньо високими, що свідчить про необхідність продовження та посилення заходів з профілактики та контролю за зловживанням алкоголем та наркотиками, як з боку країни так і громадських організацій. Повинно бути забезпечено надання доступної та ефективної медичної допомоги особам, які вживають алкоголь та

наркотики, включаючи програми підтримки та реінтеграції. Особлива увага повинна бути приділена вразливим групам населення, таким як: безпритульні особи, особи, які повернулися з місць позбавлення волі, особи з інвалідністю, соціально відсторонені групи, які мають підвищений ризик залежності та захворювання на туберкульоз.

Рівень смертності за дев'ятирічний період у нашому регіоні знизився на 44,8 % - з 8,7 у 2014 р. до 3,9 у 2022 р. Померло від усіх форм туберкульозу у 2014 році 114 осіб, а у 2022 році - кількість померлих склала 49 осіб, тобто показник смертності у 2022 р. знизився. Аналогічна тенденція відмічена і загалом по Україні (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Смертність від туберкульозу

Роки	Хмельницька область		Україна	
	абсолютна кількість	на 100 тисяч населення	абсолютна кількість	на 100 тисяч населення
2014	114	8,7	5240	12,2
2015	100	7,7	4602	10,8
2016	96	7,4	4064	9,5
2017	95	7,5	3735	9,3
2018	77	6,1	3695	9,4
2019	84	6,7	3418	8,8
2020	55	4,4	2927	7,4
2021	50	4,1	2873	7,5
2022	49	3,9	3015	8,1

Протягом періоду з 2014 по 2023 роки в Хмельницькому регіоні спостерігається часткове зменшення захворюваності на туберкульоз легень,

включаючи нові випадки та рецидиви (рис. 2.22). Одночасно відзначається тенденція до збільшення кількості випадків позалегенового туберкульозу у загальній структурі захворюваності.

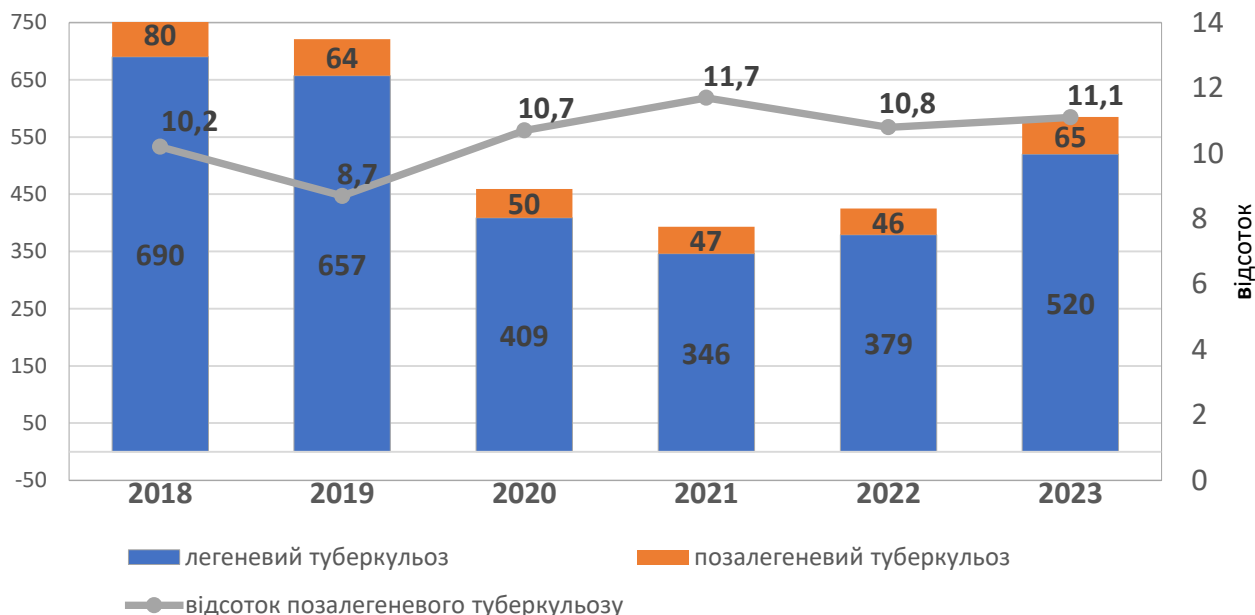


Рис. 2.22 - Динаміка реєстрації нових випадків і рецидивів легеневого та позалегенового туберкульозу в Хмельницькій області

Висновки: Проведений аналіз дозволив визначити такі основні тенденції розвитку ВІЛ епідемії в області:

- активізація статевого шляху передачі ВІЛ, що вказує на перехід епідемічного процесу із середовища людей, які вживають ін'єкційні наркотики до загального населення та вказує на ускладнення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції внаслідок сумісного впливу на перебіг епідемії парентерального та статевих шляхів передачі збудника.
- у віковій структурі ВІЛ-інфікованих осіб спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб, старших 30 років;
- охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним наглядом в області залишається на недостатньому рівні;
- частка осіб, яких було взято на облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції зростає;

- результатом пізнього звернення ВІЛ-позитивних осіб до ЗОЗ є зростання показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу в області;
- показник поширеності ВІЛ-інфекції має сталу тенденцію до зростання (від 142,4 на 100 тис в 2014 році до 195,8 в 2023 р.);
- показник захворюваності протягом 2014-2023 р на ВІЛ-інфекцію має хвилеподібні тенденції (2014р. - 21,9 на 100 тис. нас., 2016 р. - 15,6 на 100 тис. нас., 2018 р. - 21,2 на 100 тис. нас., 2021 р. - 10,9 на 100 тис. нас., 2023 р. – 17,8 на 100 тис. нас);
- спостерігається тенденція незначного коливання рівня поширеності ВІЛ серед вагітних, які були піддані первинному тестуванню на ВІЛ-інфекцію (з 0,33% у 2016 році до 0,24% у 2023 р);
- профілактичні втручання в групі ВІЛ-інфікованих вагітних та новонароджених зменшили передачу ВІЛ від матері до дитини до 0%. Тобто, діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками були зняті з обліку після 18 місячного віку в зв'язку з відсутністю антитіл в сироватці крові.

З кожним роком зростає кількість ЛЖВ, які залучаються до АРТ. Проте, незважаючи на успіхи в охопленні АРТ всіх, хто її потребує, досягти цільових показників UNAIDS 90-90-90 до 2023 року не вдалося. Для досягнення цільових показників UNAIDS залишилися не виявленими та не взятими під медичний нагляд 323 людини, які живуть з ВІЛ, 520 - не залученими до послуг АРТ, 883 людини, які живуть з ВІЛ та охоплені послугою АРТ, повинні мати невизначуваний рівень вірусного навантаження.

За даними сероепідеміологічного моніторингу в області за 2019-2023 роки обстежено 290604 осіб, що становить майже 7 % населення області. У структурі обстежених найбільшу частку становлять донори та вагітні. Послуги з тестування на ВІЛ третині населення проводиться при їх зверненні за медичною допомогою, що не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг ЛЖВ. У структурі позитивних результатів тестування на ВІЛ найбільша частка припадає на осіб, виявлених за кодом 113.

Протягом останніх років в області кількість тестувань швидкими тестами стрімко почала збільшуватися і в 2023 році сягнула 52,7 % від усіх тестувань на ВІЛ або 87,5% у структурі скринінгу населення без врахування донорів та вагітних.

Мережа сайтів АРТ потребує розширення з одночасними наданням права призначати терапію лікарям первинної ланки.

Слід звернути увагу на те, що своєчасне повне охоплення лікуванням ВІЛ-інфікованих має не тільки медичне значення, але є також вагомим профілактичним заходом попередження поширення вірусу .

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна посідає п'яте місце у світі і друге в Європі по захворюваності та смертності від туберкульозу.

Туберкульоз виліковний, проте від нього серед інфекційних хвороб помирає найбільша кількість людей через несвоєчасний початок лікування.

За даними ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» у 2023 році кількість уперше зареєстрованих в Хмельницькій області захворювань на туберкульоз, включно з його рецидивами, становила 585 випадків, або 47,7 на 100 000 населення, що на 37,5 % більше аналогічного показника 2022 року.

Показник захворюваності на туберкульоз серед дітей віком від 0 до 14 років у 2023 році збільшився як в Україні, так і в Хмельницькій області (6,8 на 100 тис. дитячого населення).

Також, показник захворюваності серед підлітків (15–17 років включно) зріс на 55,3% в Україні та на 1,3 рази в Хмельницькій області. Це також вказує на погіршення епідемічної ситуації серед цієї вікової групи, що може бути пов'язано з різними факторами, такими як погіршення стану санітарно-гігієнічних умов, низький рівень свідомості про туберкульоз та недостатнє проведення профілактичних заходів.

Захворюваності на туберкульоз серед сільських жителів є вищою на 20–30%, ніж захворюваність міських. Для зменшення нерівностей у захворюваності

на туберкульоз між міським та сільським населенням важливо здійснювати цілеспрямовані заходи, такі як розширення мережі медичних закладів у сільських районах, надання мобільних медичних послуг, проведення просвітницької роботи щодо туберкульозу. Також важливо забезпечити доступність антибактеріального лікування та діагностичних тестів у всіх ЗОЗ області.

Показник поширеності туберкульозу в Хмельницькій області демонструє тенденцію до зниження за період з 2016 року до 2022 року. Протягом розглянутого періоду він зменшився з 62,9 до 36,0. Це зниження свідчить про успішність заходів з контролю туберкульозу в області, таких як програми скринінгу, лікування та профілактики.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА І МОДЕЛЮВАННЯ ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ТА ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ СОЦІАЛЬНО ЗНАЩУЩИХ ХВОРОБ

3.1. Державні стратегії у сфері протидії поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу

В Україні діє Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року затверджена розпорядженням КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1415-р.

Держава гарантує забезпечення: пріоритетності в профілактиці поширення ВІЛ-інфекції інформаційно-роз'яснювальної роботи з населенням щодо принципів здорового та відповідального способу життя, духовних цінностей і відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків; популяризації здорового способу життя; моніторингу та аналізу епідемічної ситуації, розроблення та впровадження епідеміологічно обґрунтованих заходів з контролю, профілактики та запобігання захворюванню на ВІЛ-інфекцію відповідно до порядку, затвердженого центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я; доступності та належної якості тестування на ВІЛ, а також забезпечення безпечності тестування для обстежуваної особи та персоналу, який його проводить;

Особлива увага надається ранній та своєчасній діагностиці туберкульозу та ВІЛ-інфекції, лікуванню пацієнтів, профілактичним заходам серед населення.

Керуючись Державною стратегією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу і, водночас, зважаючи на епідеміологічну специфіку кожного регіону, в Хмельницькій області, як і в більшості областей України, розроблені та впроваджені обласні цільові соціальні програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

На виконання зазначеної Стратегії в області розроблений план заходів із конкретними строками та відповідальними сторонами, активізована робота по співробітництву с громадськими ВІЛ-сервісними організаціями; посилена

робота по захисту та дотриманню прав та свобод внутрішньо переміщених осіб, забезпечення необхідним медичним обслуговуванням та обстеженням на туберкульоз, забезпечено діагностику ВІЛ в повному обсязі серед донорів та вагітних, доступ до добровільного та безкоштовного консультування та тестування, насамперед груп ризику з метою раннього виявлення ВІЛ-інфекції та інше. Основною метою обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу; запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу; надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам груп підвищеного ризику, щодо інфікування ВІЛ; послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у рамках реформування системи охорони здоров'я.

Зважаючи на те, що профілі епідемії ВІЛ/СНІДу різняться на різних адміністративних територіях, було проведено оцінювання відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Хмельницькій області з метою виявлення специфічних для області питань, що потребують особливої уваги.

ВООЗ започаткувала досягнення глобальних цілей Fast Track «95-95-95» до 2030 року. Обов'язковим компонентом у досягненні цих цілей є розширення доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ, забезпечення надання ефективних послуг з тестування на ВІЛ.

Для оцінки ефективності регіональних програм затверджено перелік показників, які будуть проаналізовані, чи відповідають вони цілям стратегії FT.

ВІЛ-асоційований ТБ негативно впливає на зусилля у боротьбі з туберкульозом. З оглядом на це, ВООЗ та Організація Об'єднаних Націй (ООН) оголосили епідемії ВІЛ та ТБ взаємопов'язаними глобальними проблемами руйнівної дії, які вимагають негайного втручання. З метою ліквідації глобальної епідемії ТБ, на період 2016–2035 рр. розроблена Стратегія ВООЗ з ліквідації ТБ (Стратегія), а також цілі у сфері сталого розвитку (ЦСР) ООН. Цільові показники Стратегії включають в себе: зниження до 2030 р. смертності від ТБ на 95% та зниження захворюваності (кількості нових випадків на рік) на 90 % в порівнянні

з 2015 роком. Україна, як член ВООЗ, взяла на себе зобов'язання досягнути намічених цілей. Для прискорення прогресу на рівні країни необхідна реалізація ключових заходів по лікуванню та профілактиці ТБ, у тому числі поєднаного з ВІЛ-інфекцією, які розроблені з урахуванням регіональних особливостей, а також в контексті оптимального охоплення послугами охорони здоров'я, багатосекторальної дії щодо усунення соціально-економічних детермінант і наслідків ТБ та ВІЛ/СНІДу [11] .

3.2. Антиретровірусна терапія. Профілактика ВІЛ серед ЧСЧ

Антиретровірусна терапія (АРТ) є одним з вирішальних факторів впливу на зменшення ризику передавання вірусу та зниження захворюваності й смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією серед людей, які живуть з ВІЛ. Попри наявні виклики тривають заходи з подальшого розширення антиретровірусної терапії і утримання на лікуванні тих, хто вже її отримує.

Загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ, та отримують АРТ, збільшилася станом на 01.01.2024 на 7,9% і становить 1991 особу, в тому числі 9 внутрішньо переміщених осіб (на 01.01.2023 - 1927, в тому числі 95 внутрішньо переміщених осіб). В 2023 році, внутрішньо переміщені особи, які залишились тимчасово проживати на території області були переведені та взяті на диспансерний облік в Центрі СНІДу.

Одним із комплексних індикаторів оцінки успіху та ефективності реалізації заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції вважається показник смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ. Забезпечення антиретровірусною терапією для ВІЛ-інфікованих пацієнтів є одним із ключових факторів, які зменшують смертність, пов'язану з ВІЛ-інфекцією.

В Хмельницькій області показник зняття людей, які живуть з ВІЛ з медичного обліку внаслідок смерті протягом 2019-2023р. знаходиться в межах 4,3 – 3,2 на 100 тис. населення, так само як і індикатор смертності за причинами безпосередньо пов'язаними з ВІЛ-інфекцією не має чітко вираженої тенденції, а має деякі коливання.

Щорічно більше 65% з числа померлих ВІЛ-інфікованих осіб становили особи, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом (2019 р. – 63,6% , 2021 р. - 69%, 2023 -71%). Додатковий аналіз доступності антиретровірусної терапії в групі людей, які інфікувалися статевим шляхом показує, що частка охоплених послугою антиретровірусної терапії в цій групі є недостатньою. Серед померлих осіб, які інфікувалися статевим шляхом частка тих, хто отримували антиретровірусну терапію складає приблизно 65% (2019 р. – 50 осіб, 2023 р.- 39 осіб). Серед померлих по причинах безпосередньо пов'язаними з ВІЛ- інфекцією частка тих, хто отримували антиретровірусну терапію коливається в межах від 46% до 59% (2019 р. – 29 осіб, 2021 р.- 13 осіб, 2023-23).

Серед інших чинників, які не дозволяють людям, які живуть з ВІЛ вчасно отримувати лікування, є виявлення та взяття під медичний нагляд хворих у пізніх стадіях ВІЛ-інфекції. Так, відсоток людей, які живуть з ВІЛ, яких було взято під медичний нагляд у III - IV клінічних стадіях, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2019-2023р. залишався доволі високим (від 55,5% до 68%).

У людей, які живуть з ВІЛ в третині випадків було діагностовано ко-інфекцію ВІЛ/ТБ. Однією з причин цього є звернення за медичною допомогою в термінальній стадії, коли надається паліативна допомога, і відповідно не призначається протитуберкульозне лікування та антиретровірусна терапія.

В обласному Центрі СНІДу з метою формування прихильності до позитивного лікування антиретровірусними препаратами працює мультидисциплінарна команда, до складу якої входять, лікар, сестра медична, психолог та соціальний працівник. У 80% пацієнтів, які перебувають на лікуванні, сформовано високу прихильність до прийому препаратів (рис. 3.1) . Охоплено профілактичним лікуванням туберкульозу 100% потребуючих пацієнтів.

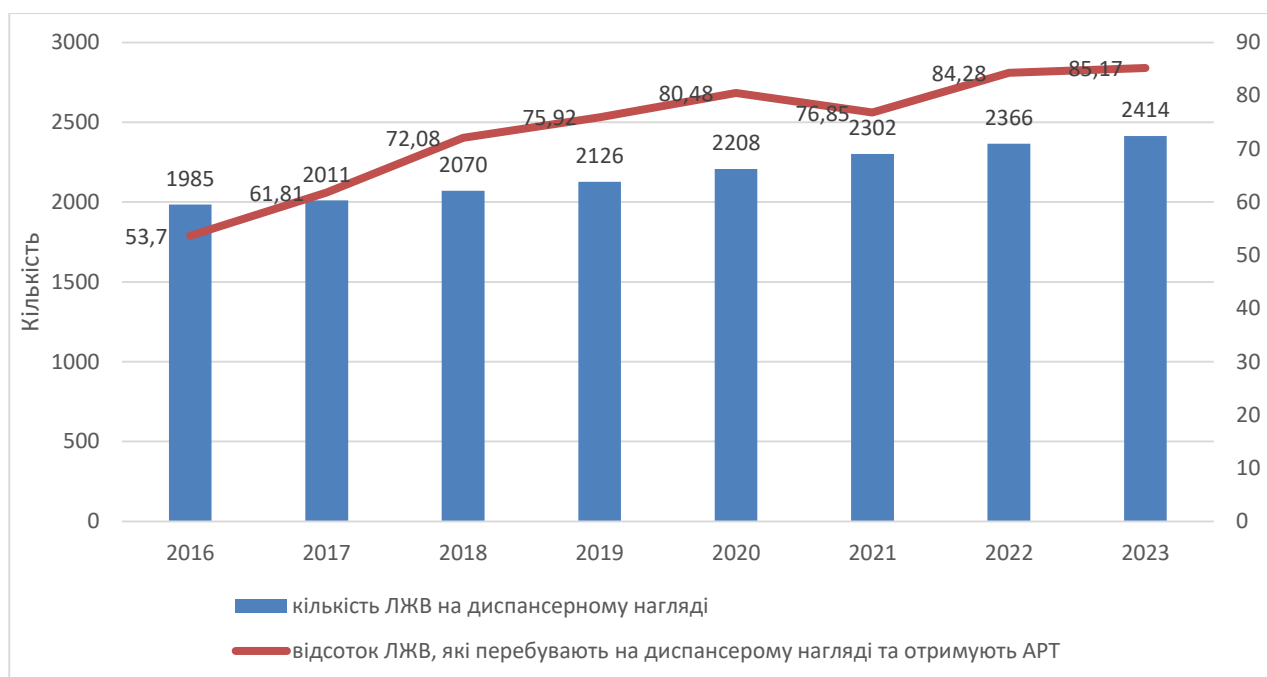


Рис. 3.1- Охоплення АРТ терапією ЛЖВ в Хмельницькій області

Крім цього, в області вже кілька років тому розпочато роботу по наближенню надання медичної допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам до місця проживання, а саме надання антиретровірусного лікування на базі кабінетів «Довіра» закладів охорони здоров'я: Славутська міська лікарня ім. Ф.М. Михайлова, Старокостянтинівська багатoproфільна лікарня, Дунаєвецька багатoproфільна лікарня, Шепетівська багатoproфільна лікарня, спеціалізована медико-санітарна частина м. Нетішин та Лікувальний діагностично-консультативний центр Кам'янець-Подільської міської ради.

Проблем щодо забезпечення антиретровірусними препаратами у 2022-2023 роках не було.

Незважаючи на те, що кількість людей, які живуть з ВІЛ, та отримують антиретровірусну терапію зростає, проте залишається частка осіб, які потребували, але не отримували терапію з різних причин: асоціальна поведінка, вживання ін'єкційних наркотиків, відсутність підтримки з боку близького оточення щодо необхідності прийому антиретровірусної терапії, низька мотивація та недостатня поінформованість ключевих груп населення щодо можливості отримання антиретровірусної терапії. Лікування для ключевих груп

населення, як і для загального населення, надається в закладах охорони здоров'я різних адміністративно-територіальних одиниць області.

Безпосередньо в Центрі СНІДу під медичним наглядом перебуває більше 1600 ВІЛ-інфікованих, серед них 1000 осіб - це жителі м. Хмельницького, 600 осіб – проживають на території області. Після початку реформи на вторинному рівні частина ЗОЗ, в складі яких були кабінети «Довіри», не заключили договір на закупівлю медичних послуг за пакетом «Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)». Відповідно пацієнти перейшли під медичний нагляд до Центру СНІДу. Економічна ситуація призвела до подорожчання проїзду та втрати роботи, що вплинуло на спроможність доїзду пацієнтів до Центру СНІДу для проведення для проведення моніторингу ефективності лікування та отримання лікарських засобів. Дану ситуацію погіршує і відсутність в області мобільної лабораторії, оснащеної всім необхідним обладнанням для забору крові та транспортування ліків.

Протягом 2019-2023 р. у Хмельницькому Центрі СНІДу було зафіксовано 89 випадків ускладнень/побічної дії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пов'язаних з отриманням АРТ, відміни препаратів не було.

В області було розпочато з 2013 року децентралізацію послуг ЛЖВ для забезпечення виконання заходів з залучення до антиретровірусної терапії відповідних людей.

На тлі розширення мережі ЗОЗ, які надають послуги людям, які живуть з ВІЛ, чисельність немедичних установ, які надають послуги з догляду та підтримки з 2018 р. не змінилася, охоплення цими послугами залишається недостатнім.

В області діють 4 установи, які надають послуги з догляду та підтримки для ключевих груп населення, а саме: Центр СНІДу, Державна кримінально-виконавча служба України, ХОВ БО «Мережа ЛЖВ» та Асоціація громадського здоров'я «Вікторія». Зокрема ГО "Вікторія" надає наступні послуги для КГН: допомога соціальних працівників клієнтам у тестуванні на ВІЛ, гепатит С; переадресація та супровід ВІЛ-позитивних осіб; рання діагностика ТБ за

допомогою скринінгової анкети; збір/обмін використаних шприців; розповсюдження презервативів, спиртових серветок, лубрикантів. ХОВ БО «Мережа ЛЖВ» - консультація соціального працівника (оцінка потреб, інформаційне консультування, формування прихильності до АРТ та медичних послуг, скринінг на ТБ, оцінка прихильності до АРТ), індивідуальне представництво інтересів (доступ до медичних та соціальних послуг, оформлення/відновлення документів, (пере)оформлення групи інвалідності), патронаж соціального працівника (доставка АРТ, сприяння в проходженні діагностики, допомога в підтримці лікувального режиму, взаємодія з фахівцями і пошук додаткових ресурсів) тощо.

Послуги з догляду та підтримки, які на сьогодні надаються людям, які живуть з ВІЛ в області, не відповідають реальним потребам. Наприклад, існуючі методи роботи соціальних працівників неурядових організацій не дозволяють переконати людей з ризиковою статевою поведінкою а також споживачів ін'єкційних наркотиків звернутися за антиретровірусною терапією та отримувати підтримку під час лікування. Профілактична робота, яка ведеться представниками неурядових організацій не передбачає розширення масштабів та інтенсивності заходів. На державному рівні прораховано пакет послуг для людей, які живуть з ВІЛ як компонент з догляду та підтримки, але на місцевому рівні ці послуги були виключені із обласної програми на етапі погодження. Послуги з догляду та підтримки в області реалізуються виключно ХОВ БО «Мережа ЛЖВ».

Соціальні та психологічні послуги для ВІЛ-позитивних осіб надаються переважно в обласному центрі. Послуги з консультування та тестування для мешканців сільської місцевості надаються на рівні ПМСД не в повному обсязі.

Серед державних організацій головними надавачами соціальних послуг в області є соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді. Проте в їх роботі практично відсутні специфічні послуги, пов'язані з ВІЛ.

Представники неурядових організацій мають можливість підготовки соціальних працівників. Перешкодами для правильного виконання заходів є:

- низька продуктивність неурядових організацій та ЗОЗ щодо утримання пацієнтів на АРТ та своєчасного отримання пацієнтами АРТ;

- послуги є слабо інтегровані та не є направленими на потреби пацієнтів.

За даними сероепідеміологічного моніторингу впродовж 2019 – 2023 р. виявлено 6 ВІЛ-позитивних ЧСЧ (2023 р.-3, 2021-2 р. та 2020 р. -1 випадок).

За даними рутинного епідеміологічного нагляду гомосексуальний контакт, як шлях зараження ВІЛ, було визначено у 4 пацієнтів (2023 р., 2020 р. по 1 випадку; 2021р. –2). Така розбіжність в статистиці свідчить, що під час первинного звернення до ЗОЗ пацієнти не розкривають свою сексуальну орієнтацію та визначаються за різними кодами.

За даними біоповедінкових досліджень рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ складає – 2,9%.

З огляду на той факт, що результати дозорного епіднагляду не збігаються з статистичними даними, можна припустити, що сьогодні існує суттєве недоврахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних з сексуальними стосунками серед чоловіків. Тому епідемічна ситуація в групі ЧСЧ потребує ретельного та регулярного моніторингу.

У ЗОЗ області дуже повільно, але з кожним роком зростає чисельність осіб піж диспансерним наглядом, які інфікувались ВІЛ гомосексуальним шляхом (2019 р. - під наглядом перебувало 8 осіб, 2023 р. -19 осіб).

Заходи, які виконуються, не призводять до змін, з наступних причин:

- високий рівень стигматизації ЧСЧ в суспільстві;
- в ЗОЗ відсутня політика щодо залучення до програм з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ЧСЧ;
- відсутність в області ЧСЧ-сервісних неурядових організацій.

Оцінка загальної чисельності груп підвищеного ризику інфікування як на національному, так і регіональному рівнях є важливим стратегічним ресурсом для подальшого прийняття рішень щодо відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу.

В обласній цільовій соціальній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та місцевих програмах, заходи з профілактики ВІЛ/СНІД серед ЧСЧ не передбачені, а профілактичні програми серед ЧСЧ, які фінансуються міжнародними донорськими організаціями, протягом років, що аналізуються, в області не реалізовувалися. Внаслідок цього, представники ключевих груп населення взагалі не отримують пакет послуг. Кадрові та матеріальні ресурси для забезпечення надання послуг з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ не розвинуті, надаються переважно на базі СНІД служби області. Питання переадресації ЧСЧ, тестування, лікування, догляд та підтримка в області не розроблені та не відпрацьовані через відсутність неурядових організацій.

Для планування ефективних рішень на обласному рівні національними та міжнародними експертами проведено розрахунки розміру популяції ЧСЧ, яка станом на 01.08.2019 становить 900 осіб.

Програми профілактики серед ЧСЧ є пріоритетним завданням на шляху подолання епідемії ВІЛ/СНІД в області, особливо зважаючи на отримані прогностні показники щодо росту нових випадків серед групи ЧСЧ в майбутньому.

3.3. Розробка рекомендацій національного і регіонального рівня протидії ВІЛ/СНІД та туберкульозу в Хмельницькій області

Проведений аналіз показників захворюваності на туберкульоз в Хмельницькій області за 2023 рік у порівнянні з 2022 р., показав зростання захворюваності на 37,5%, становлячи 47,7 на 100 000 населення (або 585 випадків). Це може вказувати на погіршення епідемічної ситуації щодо цієї хвороби в області. З 2014 р. Україну включено до переліку країн світу з найвищим тягарем туберкульозу із множинною лікарською стійкістю. При цьому стає очевидним взаємозв'язок між розповсюдженням туберкульозу та початком війною з РФ.

Наразі в Україні достатньо інноваційних підходів до лікування і профілактики туберкульозу. В рамках міжнародного партнерства Міністерства

охорони здоров'я в країні використовують інноваційні ліки, застосування яких дозволяє виліковувати пацієнтів від туберкульозу за 6-9 місяців, тоді як раніше цей термін складав рік чи два. Для діагностики та лікування дітей від латентної форми туберкульозу в Україні застосовуються сучасні діагностичні методи, як квантиферонові тести. Безоплатні квантиферонові тести призначаються для діагностування дітей із груп ризику, зокрема тих, які контактували чи контактують з хворим на туберкульоз, але не раніше ніж через 8 тижнів від моменту контакту. Це найбільш вразлива група, адже діти інфікуються туберкульозом від батьків або близького оточення. Окрім дітей, у групі ризику - дорослі, які мали/мають контакт із хворим на туберкульоз, медичні працівники та внутрішньо переміщені особи. Змінилися підходи в госпіталізації та діагностуванні. Послуги стали доступнішими на рівні первинної ланки медичної допомоги, тобто сімейний лікар може забезпечувати амбулаторне ведення пацієнта, проводить скринінг, оцінює ризик захворювання, скеровує пацієнта на радіологічне обстеження та обстеження мокротиння чи іншого біологічного матеріалу на молекулярно-генетичній системі. Також сімейний лікар може призначити дообстеження у фтизіатра, визначити необхідність проведення флюорографії. Пацієнтам, у яких немає підозри на туберкульоз, які не належать до груп ризику, не потрібне щорічне флюорографічне обстеження! Крім того не потрібно всім дітям без виключення проводити реакцію Манту, тільки тим, які відносяться до груп ризику.

Україна першою в Європейському регіоні привела національні стандарти охорони здоров'я у разі туберкульозу у відповідність до рекомендацій ВООЗ 2022 року. 19 січня 2023 року наказом МОЗ України № 102 були затверджені стандарти медичної допомоги «Туберкульоз» [29]. Дані стандарти спрямовані на удосконалення нормативної бази на засадах доказової медицини та рекомендацій ВООЗ. Вони дозволять підвищити якість лікування, знизити рівень захворюваності, інвалідизації та смертності, а також зменшити витрати та ризики для пацієнтів.

На рівні місцевих громад необхідно розробляти та впроваджувати програми масового скринінгу серед груп ризику та підвищити обізнаність населення громади про методи профілактики туберкульозу. Здійснювати регулярний скринінг серед груп підвищеного ризику (медичні працівники, люди, які живуть з ВІЛ, ув'язнені, бездомні тощо). Впровадити системи моніторингу та оцінки для контролю ефективності впроваджених заходів та своєчасного коригування програм.

В ЗОЗ області впроваджувати сучасні методи діагностики туберкульозу, включаючи молекулярні методи, що забезпечують швидке та точне виявлення захворювання, на рівні ЗОЗ адміністративних одиниць. Запровадити скорочені режими лікування чутливого туберкульозу та сучасні пероральні схеми лікування для ЛС-ТБ. Використовувати інтегрований підхід до ухвалення рішень щодо лікування дітей з імовірним туберкульозом легень та адаптувати педіатричні схеми лікування до місцевих умов та умов проживання дітей та підлітків.

Хмельницькому обласному фтизіопульмонологічному медичному центру проводити регулярні навчання та тренінги для медичного персоналу щодо нових стандартів діагностики та лікування туберкульозу.

Всі ці заходи дозволять значно підвищити ефективність боротьби з туберкульозом та покращити результати лікування пацієнтів.

Епідемія ВІЛ-інфекції залишається однією з серйозних проблем у сфері охорони здоров'я Хмельницької області. Провівши оцінку стану епідеміологічної ситуації у Хмельницькій області та на підставі результатів сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції розробила рекомендації для національного та регіонального рівнів для протидії ВІЛ/СНІД в Хмельницькій області . Результати оформила у вигляді додатку А. Розроблені рекомендації надала керівництву закладів ПМСД, обласному Центру СНДу, Департаменту охорони здоров'я в Хмельницькій області, ФОП, які здійснюють медичну діяльність та НУО.

Висновки: існуючі програми, які реалізують ЗОЗ недостатньо спрямовані на виявлення ВІЛ на ранніх стадіях і, відповідно, не досягають мети щодо зменшення смертності серед людей, які живуть з ВІЛ та не приводять до очікуваних змін. Значна питома вага померлих людей, які живуть з ВІЛ розпочинають антиретровірусну терапію пізно, що не дозволяє досягти належного рівня її ефективності. Це може бути обумовлено:

- пізнім виявленням та зверненням ВІЛ-інфікованих осіб за медичною допомогою;
- недостатньо ефективною роботою у напрямку розвитку прихильності до антиретровірусної терапії та своєчасного її початку серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Причинами недостатнього охоплення людей, які живуть з ВІЛ, антиретровірусною терапією є пізні виявлення та залучення людей, які живуть з ВІЛ до медичного нагляду, низька прихильність пацієнтів до лікування, недостатній рівень соціально-психологічного супроводу з боку неурядових організацій, слабка мотивація та поінформованість ключевих груп населення щодо можливості отримання послуг, зокрема антиретровірусної терапії.

На фоні зростання доступності програми антиретровірусної терапії для ВІЛ-інфікованих, заходи, які виконуються, не дозволяють забезпечити достатній об'єм доступу людям, які живуть з ВІЛ до лікування внаслідок:

- кадрового дефіциту;
- незручного територіального розташування ЗОЗ, який видає антиретровірусну терапію.

В області послуги для ЧСЧ не надаються. При зверненні за медичною допомогою або за власним бажанням в ЗОЗ надаються послуги з КіТ ЧСЧ як і для загального населення.

Фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ за кошти обласних бюджетів не передбачено.

Через відсутність неурядових організацій, яка реалізовує програми підтримки ЧСЧ на рівні області, не забезпечуються ЧСЧ презервативами,

лубрикантами, ШТ на ВІЛ та ПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ЧСЧ.

Проведений аналіз показників захворюваності на туберкульоз в Хмельницькій області за 2023 рік у порівняння з 2022 р., показав зростання захворюваності на 37,5%, становлячи 47,7 на 100 000 населення (або 585 випадків). Це може вказувати на погіршення епідемічної ситуації щодо цієї хвороби в області. З 2014 р. Україну включено до переліку країн світу з найвищим тягарем туберкульозу із множинною лікарською стійкістю. При цьому стає очевидним взаємозв'язок між розповсюдженням туберкульозу та початком війною з РФ.

На рівні місцевих громад необхідно розробляти та впроваджувати програми масового скринінгу серед груп ризику та підвищити обізнаність населення громади про методи профілактики туберкульозу. Здійснювати регулярний скринінг серед груп підвищеного ризику (медичні працівники, люди, які живуть з ВІЛ, ув'язнені, бездомні тощо). Впровадити системи моніторингу та оцінки для контролю ефективності впроваджених заходів та своєчасного коригування програм.

В ЗОЗ області впроваджувати сучасні методи діагностики туберкульозу, включаючи молекулярні методи, що забезпечують швидке та точне виявлення захворювання, на рівні ЗОЗ адміністративних одиниць. Запровадити скорочені режими лікування чутливого туберкульозу та сучасні пероральні схеми лікування для ЛС-ТБ. Використовувати інтегрований підхід до ухвалення рішень щодо лікування дітей з імовірним туберкульозом легень та адаптувати педіатричні схеми лікування до місцевих умов та умов проживання дітей та підлітків.

Хмельницькому обласному фтизіопульмонологічному медичному центру проводити регулярні навчання та тренінги для медичного персоналу щодо нових стандартів діагностики та лікування туберкульозу.

ВИСНОВКИ

Поставлені завдання проведені в повному обсязі.

Соціально значимі інфекційні хвороби це група інфекцій, які мають не лише медичне, а й соціальне значення. Ці хвороби з одного боку самі здатні спричиняти численні негативні соціальні наслідки, а з іншого - виникають і поширюються під впливом певних соціальних чинників, зокрема умов побуту, праці, культурних і релігійних переконань, сексуально-статевих уподобань тощо. Вони характеризуються масовістю, тобто надзвичайно високим рівнем поширеності, швидкими темпами щорічного приросту нових випадків інфекції, погіршенням якості життя хворої людини та відповідно обмеженням повноцінного функціонування хворого в суспільстві, небезпекою для осіб, які його оточують, переважним ураженням осіб молодого працездатного сексуально активного віку, можливістю профілактики та призупиненням розвитку хвороби на початковій її стадії.

Соціальна значущість цих захворювань вимагає проведення ефективної профілактики та залучення не тільки медичних працівників, а й громадськості, органів влади, освіти, культури та ін. Ці хвороби несуть великий збиток для суспільства: тимчасова та стійка втрата працездатності, необхідність величезних витрат на профілактику, лікування, реабілітацію, передчасна смертність, злочинність. Сучасні тенденції у здоров'ї населення свідчать про прогресуюче поширення неінфекційних захворювань та факторів ризику їх розвитку, значні медико-соціальні втрати та економічні збитки. У 2010 році 63% смертей у світі було обумовлено саме неінфекційними хворобами, проте вже в 2020 році їх частка склала 68%. До 2030 року прогнозується збільшення цієї частки до 75%. Особливо загрозливим є те, що з усіх смертей внаслідок неінфекційних захворювань 40% були передчасними. Провідну роль у формуванні глобального тягара хвороб та рівнів смертності відіграють серцево-судинні захворювання, онкологічні хвороби, хронічні обструктивні захворювання легень, діабет, а також фактори ризику їх розвитку. Глобальний тягар неінфекційних

захворювань є не тільки великою загрозою системі охорони здоров'я, але і перешкоджає соціальному та економічному розвитку в усьому світі. На сучасному етапі відбувається значне погіршення епідеміологічної ситуації щодо особливо небезпечних інфекцій як в Україні, так і в усьому світі. Це обумовлено наслідками повномасштабної війни з РФ, політичною та економічною нестабільністю, масовою міграцією населення, військовими конфліктами та передислокацією військ, новими умовами господарювання з порушенням стабільності систем епізоото-епідеміологічного нагляду, що діяли раніше, послабленням профілактичних заходів. ВІЛ-інфекція та туберкульоз заслуговують на пріоритетну увагу серед соціально значущих захворювань з кількох ключових причин. Їх висока поширеність, взаємопов'язаність, серйозні медичні та соціально-економічні наслідки роблять ці захворювання надзвичайно важливими для ефективного реагування на рівні охорони здоров'я. В умовах війни ці захворювання потребують особливої уваги, оскільки руйнування інфраструктури, переміщення населення та психологічний стрес сприяють їхньому поширенню та ускладнюють ефективну боротьбу з ними. Комплексні заходи профілактики, лікування та підтримки на місцевому рівні є ключовими для зменшення впливу цих захворювань на населення.

Епідемія ВІЛ-інфекції залишається однією з серйозних проблем у сфері охорони здоров'я Хмельницької області. З початку епідемії в області було зареєстровано більше 5240 випадків інфікування ВІЛ, від СНІДу загинуло 904 людини, практично щодня одна людина в області стає ВІЛ-інфікованою. Активізація статевого шляху передачі ВІЛ вказує на перехід епідемічного процесу із середовища ЛВІН до загального населення і є провісником ускладнення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції внаслідок сумісного впливу на перебіг епідемії парентерального та статевого шляхів передачі збудника. У віковій структурі ВІЛ-інфікованих осіб спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб, старших 30 років. Спостерігається тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних та донорів. Охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним наглядом в області залишається на недостатньому

рівні. Частка осіб, яких було взято на облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції зростає. Результатом пізнього звернення ВІЛ-позитивних осіб до ЗОЗ є зростання показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу в області. Рівень смертності від СНІДу коливається від 4,2 (2014 р.) до 3,14 на 100 тис.нас. (2023 р.), з максимальним значенням в 2016 р. (4,4). Показник поширеності ВІЛ-інфекції має сталу тенденцію до зростання (2014 р. – 142,4 на 100 тис, 2023 р. – 195,8). При цьому поширеність ВІЛ-інфекції серед осіб, які інфіковані парентеральним шляхом зменшується, а серед осіб, які інфіковані статевим шляхом зростає. Протягом 2014-2023 р. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області мав хвилеподібні тенденції від зниження до наступних підйомів (2014р. - 21,9 на 100 тис. нас., 2016 р. - 15,6 на 100 тис. нас., 2018 р. - 21,2 на 100 тис. нас., 2021 р. - 10,9 на 100 тис. нас., 2023 р. – 17,8 на 100 тис. нас). В структурі захворілих на ВІЛ-інфекцію все ще переважають чоловіки (2014 р. - 60%, 2023 р. - 53%), хоча частка жінок має тенденцію до збільшення. Спостерігається тенденція незначного коливання рівня поширеності ВІЛ серед вагітних, які були піддані первинному тестуванню на ВІЛ-інфекцію (з 0,33% у 2016 році до 0,24% у 2023 р);

Проаналізувала стан епідеміологічної ситуації в області та тенденції індикаторів впливу на епідемію для досягнення цільових показників «95-95-95». З кожним роком зростає кількість ЛЖВ, які залучаються до АРТ. За даними офіційної статистики під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я області перебувало 2467 людей, які живуть з ВІЛ (без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження). Проте, незважаючи на успіхи в охопленні АРТ всіх, хто її потребує, досягти цільових показників UNAIDS 90-90-90 не вдалося. Співвідношення між оціночними та фактичними даними щодо кількості людей, які живуть з ВІЛ сягає майже 80%, тобто з 10 людей, які живуть з ВІЛ 2 людей не охоплені медичним наглядом та потенційно не знають свій статус. Отримують антиретровірусну терапію 68% людей, які живуть з ВІЛ та перебувають під медичним наглядом. З них 1377 осіб (49%) мають пригнічене вірусне навантаження. Каскад лікування ВІЛ «95-95-95» за 2023 рік виглядає як

«80-68-49». Майже 500 людей, які живуть з ВІЛ, і надалі не мають доступу до АРТ, а значна частка людей, яким призначена терапія, стикаються з економічними труднощами, стигматизацією і дискримінацією, шкідливими упередженнями і внаслідок цього не починають лікування своєчасно. Спостерігається погіршення показників, що характеризують смертність серед людей, які живуть з ВІЛ, в тому числі і серед тих, які отримували АРТ. Діти та підлітки, вагітні, пацієнти з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, які перебувають під медичним наглядом, охоплені АРТ. Частка людей, що живуть з ВІЛ, які знаходились на регулярному моніторингу стану здоров'я, потребували та не отримували АРТ, зросла. Погіршується показник утримання на терапії. Зменшуються обсяги надання послуг з догляду та підтримки для людей, які живуть з ВІЛ, що проживають за межами обласного центру. Основною метою лікування ВІЛ є зниження вірусного навантаження людини до рівня, який неможливо визначити. Вірусне навантаження, яке не визначається, означає, що рівень ВІЛ у крові занадто низький, щоб його можна було виявити за допомогою тесту на вірусне навантаження. Люди з ВІЛ, які підтримують вірусне навантаження, яке не визначається, фактично не мають ризику передачі ВІЛ своїм ВІЛ-негативним партнерам статевим шляхом.

За даними сероепідеміологічного моніторингу в області за 2019-2023 роки обстежено 290604 осіб, що становить майже 7 % населення області. У структурі обстежених найбільшу частку становлять донори та вагітні. Послуги з тестування на ВІЛ третині населення проводиться при їх зверненні за медичною допомогою, що не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг ЛЖВ. У структурі позитивних результатів тестування на ВІЛ найбільша частка припадає на осіб, виявлених за кодом 113. За даними СЕМ щорічна кількість скринінгових обстежень на ВІЛ в області була відносно стабільною до пандемії COVID -19. Під час пандемії постерігаємо пропорційне зниження кількості діагностованих та взятих на диспансерний облік випадків ВІЛ-інфекції через обмеження доступу до медичних ВІЛ-послуг, зокрема послуг з тестування, що обумовлено локдаунами, перепрофілюванням багатьох лікарень

під стаціонари для надання медичної допомоги хворим на COVID-19. Також зниження кількості тестувань відбулося внаслідок розгорнутої війни проти України в 2022 році. Протягом останніх років в області кількість тестувань швидкими тестами стрімко почала збільшуватися і в 2023 році сягнула 52,7 % від усіх тестувань на ВІЛ або 87,5% у структурі скринінгу населення без врахування донорів та вагітних. Мережа сайтів АРТ потребує розширення з одночасними наданням права призначати терапію лікарям первинної ланки.

Проаналізувала регіональні програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу і виявила що існуючі програми, які реалізують ЗОЗ недостатньо спрямовані на виявлення ВІЛ на ранніх стадіях і, відповідно, не досягають мети щодо зменшення смертності серед людей, які живуть з ВІЛ та не приводять до очікуваних змін. Значна питома вага померлих людей, які живуть з ВІЛ розпочинають антиретровірусну терапію пізно, що не дозволяє досягти належного рівня її ефективності. Це може бути обумовлено:

- пізнім виявленням та зверненням ВІЛ-інфікованих осіб за медичною допомогою;
- недостатньо ефективною роботою у напрямку розвитку прихильності до антиретровірусної терапії та своєчасного її початку серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Причинами недостатнього охоплення людей, які живуть з ВІЛ, антиретровірусною терапією є пізні виявлення та залучення людей, які живуть з ВІЛ до медичного нагляду, низька прихильність пацієнтів до лікування, недостатній рівень соціально-психологічного супроводу з боку неурядових організацій, слабка мотивація та поінформованість ключевих груп населення щодо можливості отримання послуг, зокрема антиретровірусної терапії. На фоні зростання доступності програми антиретровірусної терапії для ВІЛ-інфікованих, заходи, які виконуються, не дозволяють забезпечити достатній об'єм доступу людям, які живуть з ВІЛ до лікування внаслідок: кадрового дефіциту; незручного територіального розташування ЗОЗ, який видає антиретровірусну терапію; низької продуктивності неурядових організацій та ЗОЗ, щодо утримання

пацієнтів на АРТ та своєчасного отримання пацієнтами АРТ; послуги є слабо інтегровані та не є направленими на потреби пацієнтів. Послуги з догляду та підтримки, які на сьогодні надаються ЛЖВ в області, не відповідають реальним потребам та надаються переважно в обласному центрі НУО. Серед державних організацій головними надавачами соціальних послуг в області є соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді. Проте в їх роботі практично відсутні специфічні послуги, пов'язані з ВІЛ. В області послуги для ЧСЧ не надаються. При зверненні за медичною допомогою або за власним бажанням в ЗОЗ надаються послуги з КіТ ЧСЧ як і для загального населення. Фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ за кошти обласних бюджетів не передбачено. Через відсутність неурядових організацій, яка реалізовує програми підтримки ЧСЧ на рівні області, не забезпечуються ЧСЧ презервативами, лубрикантами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ЧСЧ.

Проаналізувала стан епідеміологічної ситуації та особливості епідемічного процесу туберкульозу в Хмельницькій області. Проведений аналіз дозволив визначити такі основні тенденції розвитку туберкульозу в області:

- показник захворюваності на туберкульоз в Хмельницькій області за 2023 рік у порівнянні з 2022 р., показав зростання захворюваності на 37,5%, становлячи 47,7 на 100 000 населення (або 585 випадків). Це може вказувати на погіршення епідемічної ситуації щодо цієї хвороби в області. З 2014 р. Україну включено до переліку країн світу з найвищим тягарем туберкульозу із множинною лікарською стійкістю. При цьому стає очевидним взаємозв'язок між розповсюдженням туберкульозу та початком війною з РФ.

- показник захворюваності на туберкульоз серед дітей віком від 0 до 14 років у 2023 році збільшився і становить 6,8 на 100 тис. дитячого населення а серед підлітків (15–17 років включно) зріс на 1,3 рази;

- захворюваності на туберкульоз серед сільських жителів є вищою на 20–30%, ніж міських;

- аналіз соціальної структури нових випадків туберкульозу в Хмельницькій області у 2022 році вказує на те, що ця хвороба має суттєвий вплив на соціально незахищені верстви населення;

- зниження показників зловживання алкоголем та споживання ін'єкційних наркотиків серед нових випадків туберкульозу у 2022 році порівняно з попередніми роками.

Рекомендовано впровадити на регіональному рівні системи соціальної підтримки та соціальної реінтеграції хворих на туберкульоз відповідно до індивідуальних потреб із залученням служб соціального захисту населення, неурядових організацій та центрів зайнятості. На рівні місцевих громад розробляти та впроваджувати програми масового скринінгу серед груп ризику та підвищити обізнаність населення громади про методи профілактики туберкульозу. Здійснювати регулярний скринінг серед груп підвищеного ризику (медичні працівники, люди, які живуть з ВІЛ, ув'язнені, бездомні тощо). Впровадити системи моніторингу та оцінки для контролю ефективності впроваджених заходів та своєчасного коригування програм. В ЗОЗ області впроваджувати сучасні методи діагностики туберкульозу, включаючи молекулярні методи, що забезпечують швидке та точне виявлення захворювання, на рівні ЗОЗ адміністративних одиниць. Запровадити скорочені режими лікування чутливого туберкульозу та сучасні пероральні схеми лікування для ЛС-ТБ. Використовувати інтегрований підхід до ухвалення рішень щодо лікування дітей з імовірним туберкульозом легень та адаптувати педіатричні схеми лікування до місцевих умов та умов проживання дітей та підлітків. Хмельницькому обласному фтизіопульмонологічному медичному центру проводити регулярні навчання та тренінги для медичного персоналу, щодо нових стандартів діагностики та лікування туберкульозу. Організовувати семінари та інші заходи з питань протидії туберкульозу для представників різних груп населення та громадських організацій, фахівців, які надають психосоціальну підтримку хворим на туберкульоз. Такі заходи сприятимуть підвищенню обізнаності про туберкульоз, його профілактику та лікування, а також

покращенню комунікації між різними учасниками процесу боротьби з туберкульозом. Також впровадження таких заходів дозволить значно підвищити ефективність боротьби з туберкульозом, покращити результати лікування пацієнтів та зменшити витрати на охорону здоров'я завдяки зниженню кількості випадків захворювання та зменшенню необхідності в тривалому лікуванні та реабілітації.

Розробила рекомендації для протидії ВІЛ/СНІД в Хмельницькій області згідно виявлених проблем. Усі рекомендації були передані керівництву закладів ПМСД, обласному Центру СНІДу, Департаменту охорони здоров'я у Хмельницькій області, управлінню охорони здоров'я по адміністративних територіях та НУО. А саме:

- Організація масового скринінгу на ВІЛ-інфекцію серед груп підвищеного ризику, таких як медичні працівники, люди, які живуть з ВІЛ, ув'язнені, та бездомні. Це допоможе вчасно виявляти нові випадки інфекції та забезпечити необхідне лікування.
- Впровадження регулярних інформаційних кампаній для підвищення обізнаності населення щодо методів профілактики ВІЛ. Це включає використання засобів масової інформації, соціальних мереж та проведення освітніх заходів у навчальних закладах та робочих колективах.
- Децентралізація надання послуг антиретровірусної терапії (АРТ), відкриття нових сайтів АРТ відповідно до потреб пацієнтів у різних районах області, щоб забезпечити доступність лікування для всіх, хто його потребує.
- Забезпечення соціально-психологічного супроводу для людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), з метою підвищення їх прихильності до лікування та зменшення рівня стигматизації та дискримінації.
- Розширення можливостей для лабораторних досліджень на вірусне навантаження серед ЛЖВ, які отримують АРТ, шляхом забезпечення стабільного фінансування та постачання необхідних реагентів.

- Підвищення якості послуг з консультування і тестування (КіТ) на ВІЛ на первинній ланці медичної допомоги, включаючи навчання медичних працівників якісному проведенню до- та післятестового консультування.

- Інституціалізація послуг з КіТ на ВІЛ на рівні центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), що включає забезпечення необхідних ресурсів та тест-систем.

Ці заходи сприятимуть покращенню епідеміологічної ситуації в регіоні та допоможуть у досягненні цілей національних та регіональних програм протидії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Біостатичні методи аналізу інформації: Навчально-методичний посібник. / Лях Ю.Є., Гур'янов В.Г., Лях М.В., Войнаровський А.М. . Видавництво Острог. Національний університет «Острозька академія», 2020 - 177 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні : Інформ. бюлетень / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦСЕС МОЗ України. – 2019. – № 25. – 30 с.
3. Висоцька Святослава / Інституційні засади адміністрування протиепідемічних заходів в умовах сучасної системи охорони здоров'я України, Науковий вісник : державне управління № 2(8) 2021.
4. Власенко М. В. Цукровий діабет і ожиріння – епідемія ХХІ століття : сучасний підхід до проблеми / М. В. Власенко, І. В. Семенюк, // Український терапевтичний журнал. – 2021. – № 2. – С. 50–55.
5. Громадське здоров'я: підручник / Грузева Т. С., Лехан В. М., Огнев В. А. та ін.; за заг.ред. Грузевої Т.С. Вінниця : Нова Книга, 2022. – 560 с.
6. Довідник з клінічної ендокринології. За редакцією М.Д. Тронька, О.В. Большової. Бібліотека практикуючого лікаря. К.: Видавничий дім Медкнига, 2020:368.
7. Досягнення та складні питання щодо подолання туберкульозу в Україні (консолідований погляд з різних регіонів) / Л. Д. Тодоріко, В. І. Петренко, Ю. М. Валецький [та ін.] // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2020. – № 1. – С. 10–17.
8. Дудник С. В. Хвороби системи кровообігу як соціально-медична проблема / С. В. Дудник, І. І. Кошеля // Україна. Здоров'я нації. – 2019. – № 3 (44). – С. 20–21.
9. Закон України « Про систему громадського здоров'я » від 06.09.2022 № 2573-ІХ.
10. Закон України « Про подолання туберкульозу в Україні » від 14.07.2023 № 3269-ІХ.

11. Закон України «Про внесення змін до Закону України "Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ" щодо застосування сучасних підходів до профілактики, тестування і лікування ВІЛ-інфекції відповідно до керівних документів Всесвітньої організації охорони здоров'я» від 12.01.2023 № 2869-IX.
12. Іванюк А. В., Орлова Н. М. Хвороби системи кровообігу як причина втрати трудового потенціалу Київської області // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2020.- № 4 (86) – С. 26-33.
13. Інструмент зниження ризику ВІЛ. CDC. <https://www.hivrisk.cdc.gov/> (2020).
14. Інфекційні хвороби: підручник / О.А. Голубовська, М.А. Андрейчин, А.В. Шкурба та ін.; за ред. О.А. Голубовської. – 2-е вид., переробл. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2018. – 688 с.
15. Інфекційні хвороби: підручник / В.М. Козько, Г.О. Соломенник, К.В. Юрко та ін.; за ред. В.М. Козька. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 312 с.
16. Л.І.Довгань. Організація моніторингу туберкульозу у системі публічного управління. Наукові перспективи : журнал № 11(29) 2022 С. 30-34
17. Лопушинський І. П., Бондарева Л. В., Дурман М.О. Регіональна політика України щодо запобігання та протидії епідемії туберкульозу: механізми формування та реалізації (на прикладі Херсонської області). Наукові перспективи: журнал. 2021. № 2 (8) С. 149-166.
18. Нагорна А.М., Соколова М. П. Нормативно-правове регулювання профілактики та надання медичної допомоги хворим на загальний і професійний туберкульоз в Україні. Український журнал з проблем медицини праці. 2020. Т. 16, № 1. С. 3-16.
19. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку ведення обліку, звітності та епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами та Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації» від 30.07.2020 № 1726, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 30.12.2020 № 1332/35615.

20. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.04.2019 № 794 «Про удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 01 липня 2019 року за № 698/33669.
21. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.2022 № 2092 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція».
22. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.08.2023 № 1465 «Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» .
23. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.08.2023 № 1429 «Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України щодо первинної облікової документації та звітності у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2023 р. за № 1701/40757.
24. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.09.2023 № 1632 «Про затвердження Переліку ключових груп щодо інфікування ВІЛ та критеріїв їх визначення» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 16 жовтня 2023 р. за № 1804/40860.
25. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2024 № 140 «Про затвердження Порядку надання послуг з догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 лютого 2024 р. за № 216/41561.
26. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.02.2024 № 288 «Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників деяких ключових груп щодо інфікування ВІЛ» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07 березня 2024 р. за № 332/41677.
27. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.03.2024 № 427 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2024 року № 288» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 15 березня 2024 р. за № 392/41737.

28. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.03.2024 № 1903 «Про затвердження Змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2013 року № 585» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 16 вересня 2020 р. за № 894/35177.
29. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.03.2024 № 1903 «Зміни до Порядку ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ, та здійснення медичного нагляду за ними» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 16 вересня 2020 р. за № 895/35178.
30. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.03.2024 № 1903 «Зміни до Порядку організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 16 вересня 2020 р. за № 896/35179.
31. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.07.2019 № 1556 «Про затвердження методик розрахунку граничних тарифів на надання послуг, пов'язаних з ВІЛ» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 серпня 2019 р. за № 856/33827.
32. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2023 № 2216 «Про затвердження Змін до Порядку надання паліативної допомоги» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 січня 2024 р. за № 52/41404.
33. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.11.2013 № 955 «Порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 20 листопада 2013 р. за № 1980/24512 {Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 2019 від 23.09.2021 }
34. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 102 від 19.01.2023 року «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Туберкульоз».
35. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 632 від 04.04.2023 року «Про затвердження Методики розрахунку граничних тарифів на надання

- послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 01 червня 2023 р. за № 915/39971 {Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1030 від 06.06.2023}.
36. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 692 від 13.04.2023 року «Про затвердження Порядку надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 червня 2023 р. за № 973/40029.
37. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11.08.2023 № 1444 «Про затвердження Граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 18 серпня 2023 року за № 1443/40499
38. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2022 № 302 «Про затвердження Порядку організації виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 березня 2022 р. за № 366/37702
39. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2021 № 406 «Про затвердження Порядку епідеміологічного нагляду за туберкульозом та Зміни до критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 травня 2021 р. за № 622/36244
40. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.02.2019 № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 квітня 2019 р. за № 408/33379
41. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.10.2021 № 2244 «Про затвердження Змін до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз»

- зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 листопада 2021 р. за № 1553/37175
42. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.03.2024 № 422 «Деякі питання утворення трирівневої лабораторної мережі з діагностики туберкульозу у системі протитуберкульозної медичної допомоги населенню» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 09 травня 2024 р. за № 678/42023
43. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.02.2024 № 394/5 «Про затвердження Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства юстиції України щодо приведення у відповідність до термінології Закону України «Про подолання туберкульозу в Україні» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 лютого 2024 р. за № 218/41563
44. Н. В. Гранкіна Епідеміологічні аспекти захворюваності на ВІЛ-асоційований туберкульоз у Дніпропетровській області //Український пульмонологічний журнал. 2019, № 1. Додаток - С.21-22
45. О. М. Балакірева О.М., Соціально-економічні аспекти ВІЛ/СНІДу в Україні – К.: Укр. Ін-т соціальних досліджень; 2018. – 146 с.
46. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2019 рік : аналітикоінформаційний довідник / А. В. Іпатов, О. М. Мороз, І. Я. Ханюкова та ін. ; за редакцією головного спеціаліста з питань медичної допомоги населенню Департаменту реалізації політики Р. Я. Перепеличної. – Дніпро : Акцент ПП, 2020. – 184 с.
47. Паньків В. І. Ожиріння як медико-соціальна проблема /В. І. Паньків // Практична ангіологія. – 2018. – № 4 (5). – С. 36–42.
48. Плужнікова, Т. В., Ляхова, Н. О., & Краснова, О. І. (2022). Аналіз показників поширеності та захворюваності на туберкульоз серед населення України протягом 2017-2021 років. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина», (2(66), 146-151.
49. Посібник з біостатистики. Аналіз результатів медичних досліджень у пакеті EZR (R–statistics) / В. Г. Гур'янов, Ю. Є. Лях, В. Д. Парій, О. В. Короткий, О.

- В. Чалий, К. О. Чалий, Я. В. Цехмістер : Навчальний посібник. – К. : Вістка, 2018. – 208 с
50. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174 «Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу». {Із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 214 від 13.03.2019; № 1156 від 18.12.2019; № 902 від 30.09.2020 }.
51. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я».
52. Постанова Кабінету Міністрів України від 26 квітня 2023 року № 463 «Деякі питання виплати щомісячної державної допомоги ВІЛ-експонованим дітям до встановлення їм ВІЛ-статусу та дітям, які живуть з ВІЛ».
53. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2024–2026 роках».
54. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: навчальний посібник / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва. К.: ВСВ «Медицина», 2019. 344 с.
55. Рингач Н. О. Регіональні особливості втрат років потенційного життя через передчасну смертність від основних причин в Україні / Н. О. Рингач, Л. В. Лущик // Демографія та соціальна економіка. – 2019. – № 3 (34). – С. 39–55.
56. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року».
57. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 07 липня 2021 р. № 745-р «Про внесення змін до складу Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу».
58. Семигіна Т. Профілактика соціально небезпечних захворювань // Віче. – 2020. – № 8. – С. 15–18.
59. Соціально значущі інфекції: в 2 т. / В.В. Нечаєв – СПб.: Спец. лит., 2019. – Т. 2. – 320 с.

60. Соціально значущі та особливо небезпечні інфекційні хвороби: навч. посіб. / К.В. Юрко, Г.О. Соломенник. – К.: ВСВ «Медицина», 2023. – 255 с.
61. Соціальна медицина, громадське здоров'я. навч. посіб. : у 4 т. / за заг. ред. В.А. Огнєва. Харків: ХНМУ, 2023. Т. 2. Громадське здоров'я. 324 с.
62. Соціально-психологічна реабілітація в рамках програмими замісної підтримуючої терапії / За ред. С. В. Дворяка. – К., 2023 –92 с.
63. Страшко С.В., Кривич І.П., Гусєва Г.М., Білик В.Г. / редакція Семеренко Г.В. Інфекційні та неінфекційні хвороби, що набули соціального значення // Додаток до підручника з основ медичних знань для студентів педагогічних спеціальностей закладів вищої освіти. – Київ: Видавництво «Алатон», 2019. – Вид. 2.– 74 с.
64. Теренда Н. О. Смертність від серцево-судинних захворювань як державна проблема / Н. О. Теренда // Вісник наукових досліджень. – 2019. – № 4. – С. 11–13
65. Тодоріко Л.Д., Гуменюк М. І., Шевченко О. С., Єременчук І. В., Сем'янів І. О. Прогностичний аналіз ситуації з туберкульозу у світі за результатами щорічної доповіді ВООЗ. *Infusion & chemotherapy*. 2019. № 4. С. 10-17.
66. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник). - К., 2018. - 105 с.
67. Чорна В. В. Важливість створення безпечного лікарняного середовища у профілактиці інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. *Одеський медичний журнал* : 2023. № 1. С.18-23.
68. Ю. І. Фещенко. Ситуація з туберкульозом в Україні в період реформування охорони здоров'я / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич. – ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», 2019.
69. Aaron J. Siegler, Sarah Wiatrek, Farah Mouhanna, K. Rivet Amico, Karen Dominguez, Jeb Jones, Rupa R. Patel, Leandro A. Mena & Kenneth H. Mayer Validation of the HIV Pre-exposure Prophylaxis Stigma Scale: Performance of

- Likert and Semantic Differential Scale Versions. *AIDS and Behavior* (2020) 24:2637–2649 <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02820-6>
70. Aven T. Risk assessment and risk management: Review of recent advances on their foundation. / Aven T. // *European Journal of Operational Research*. — 2016. — № 253. — P. 1—13.
71. Brian Mustanski, Artur Queiroz, James L. Merle, alithia zamantakis, Juan Pablo Zapata, Dennis H. Li, Nanette Benbow, Maria Pyra, and Justin D. Smith. A Systematic Review of Implementation Research on Determinants and Strategies of Effective HIV Interventions for Men Who Have Sex with Men in the United States. *Annual review of psychology* (2024) 75:55-85 <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032620-035725>
72. Catania JA, Huun C, Dolcini MM, Urban AJ, Fleury N, Ndyetabula C, Singh R, Young AW, Conserve DF, Lace J, Msigwa JS. Overcoming cultural barriers to implementing oral HIV self-testing with high fidelity among Tanzanian youth. *Transl Behav Med* (2021) 11(1):87-95 <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz157>.
73. Charlotte-Paige Rolle, Udodirim Onwubiko, Jennifer Jo, Anandi N. Sheth, Colleen F. Kelley & David P. Holland. PrEP Implementation and Persistence in a County Health Department Setting in Atlanta, GA. *AIDS and Behavior* (2019) 23: 296-303 <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02654-x>
74. CDC (Cent. Dis. Control Prev.). 2021b. Estimated HIV incidence and prevalence in the United States, 2015–2019. *HIV Surveill. Suppl. Rep* 26(1). <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-supplementalreport-vol-26-1.pdf>.
75. Hojilla JC, Vlahov D, Crouch PC, Dawson-Rose C, Freeborn K, Carrico A. HIV Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Uptake and Retention Among Men Who Have Sex with Men in a Community-Based Sexual Health Clinic. *AIDS and Behavior* (2019) 22:1096-1099 <https://doi.org/10.1007/s10461-017-2009-x>
76. Joseph A Catania , M Margaret Dolcini , Gary Harper , Dennis Fortenberry , Ryan R Singh , Omar Jamil , Amy W Young , Lance Pollack , E Roberto Orellana. Oral

- HIV Self-Implemented Testing: Performance Fidelity Among African American MSM. *AIDS and Behav.* 2020 Feb;24(2):395-403.
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02711-5>
77. Mustanski B, Queiroz A, Merle JL, Zamantakis A, Zapata JP, Li DH, Benbow N, Pyra M, Smith JD. A Systematic Review of Implementation Research on Determinants and Strategies of Effective HIV Interventions for Men Who Have Sex with Men in the United States. *Annu Rev Psychol.* 2024 Jan 18;75:55-85.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032620-035725>
78. Nachega JB, Musoke P, Kilmarx PH, et al. Global HIV control: is the glass half empty or half full? *Lancet HIV.* 2023;10:e617–22. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(23\)00150-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(23)00150-9)
79. Nieto-Gutierrez W, Komori-Pariona JK, Sánchez AG, et al. Factores asociados a la homofobia en estudiantes de medicina de once universidades peruanas. *Rev Colomb Psiquiatr* (2019) 48:208–214 <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.01.003>
80. Rogério M. Pinto, Ashley Lacombe-Duncan , Emma Sophia Kay & Kathryn R. Berringer. Expanding Knowledge About Implementation of Pre-exposure Prophylaxis (PrEP): A Methodological Review. *AIDS and Behavior* (2019) 23:2761–2778 <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02577-7>
81. Romani L, Ladera-Porta K, Quiñones-Laveriano DM, et al. Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en personas LGBTI De Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2021;38:240–247.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6149>
82. Sarit A. Golub, Rachel A. Fikslin, Matthew H. Goldberg, Stephanie M. Peña & Asa Radix . Predictors of PrEP Uptake Among Patients with Equivalent Access. *AIDS and Behavior* (2019) 23:1917–1924 <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2376-y>
83. Seminario AL, Karczewski AE, Stanley S, et al. Implementation of REDCap mobile app in an oral HIV clinical study. *BMC Public Health.* 2024;24:629.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-17837-y>

84. Yzette Lanier, Alena Campo. The Role of Relationship Characteristics On Use of Combination HIV Prevention Methods Among Young Black And Latino Heterosexual Adolescents And Young Adults. *Journal of Adolescent Health* (2019) 64(2): S27–28 [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(18\)30526-3/abstract](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(18)30526-3/abstract) .

ДОДАТКИ

Додаток А

Рекомендації для національного та регіонального рівнів для протидії
ВІЛ/СНІД в Хмельницькій області.

Проблеми в області протидії ВІЛ, виявлені за результатами оцінки	Рекомендації для національного рівня	Рекомендації для регіонального рівня
Напрямок АРТ		
Недостатнє охоплення АРТ ЛЖВ	Переглянути регіональні квоти щодо включення нових пацієнтів на АРТ, враховуючи потребу у 95% охопленні цією послугою.	Децентралізація АРТ-послуг шляхом відкриття сайтів АРТ відповідно до потреб пацієнтів
Низька прихильність пацієнтів до АРТ	Розширення доступу до АРТ та впровадження на рівні країни програм соціальної підтримки для підвищення прихильності до лікування. Впровадити системи моніторингу та оцінки для контролю ефективності впроваджених заходів, виявлення проблемних зон та своєчасного коригування програм.	Організувати охоплення послугами ЛЖВ, які отримують АРТ, якомога ближче до місця проживання. Надавати орієнтовану на пацієнта психосоціальну підтримку ЛЖВ за підтримки НУО. Проводити освітні заходи для підвищення обізнаності громадськості про діагностику та лікування ВІЛ.
Низьке охоплення	При розробці проектних пропозицій необхідно	Залучати співробітників місцевих соціальних служб

послугами з догляду та підтримки для ЛЖВ	забезпечити фінансову підтримку клієнта тільки в разі його довгострокового утримання в проєкті /на АРТ або завершені лікування (ТБ).	до надання послуг з догляду та підтримки ЛЖВ
Низький відсоток лабораторних досліджень на ВН серед ЛЖВ, охоплених послугами АРТ	Забезпечити стале державне фінансування та забезпечення реагентами для регіональних лабораторних досліджень	Передбачити можливість закупівлі тест-систем для визначення ВН із обласного бюджету для обстеження пацієнтів, які перебувають на АРТ на ВН
Напрямок консультування і тестування		
Збільшення числа осіб, взятих на облік в МОЗ, яким вперше в житті був поставлений діагноз ВІЛ-інфекція на III-IV клінічній стадії	Внести зміни в нормативну документацію щодо можливості передавати інформацію щодо ВІЛ-інфікованих між ЗОЗ (взявши за основу надання згоди на проведення медичних маніпуляцій, лікування тощо під час постановки на МН).	Провести навчання з ранньої діагностики ВІЛ для медичних працівників ЗОЗ, щодо надання якісного консультування після проведеного тестування
Активізація статевого шляху зараження ВІЛ-інфекцією	Запускати освітні кампанії з підвищення обізнаності населення про статовий шлях передачі ВІЛ, методи профілактики, важливість використання засобів	Організувати програми безкоштовного розподілу презервативів у громадських місцях, медичних закладах та через НУО.

	<p>захисту (презервативів) та регулярного тестування. Використовувати різні платформи, такі як соціальні мережі, телебачення та радіо, Інтернет, зовнішню рекламу.</p> <p>Впровадити програми сексуальної освіти в школах, які охоплюють питання ВІЛ-інфекції, безпечного сексу, контрацепції та захисту від інфекцій, що передаються статевим шляхом.</p>	<p>Забезпечити доступ до презервативів у нічних клубах, барах та інших місцях скупчення молоді.</p> <p>Розмістити автомати з презервативами у місцях, де молодь часто проводить час, включаючи університети, клуби та інші розважальні заклади.</p>
<p>Низька якість послуг з КіТ з використанням ШТ на первинній ланці надання медичної допомоги</p>	<p>Впровадити системи моніторингу та оцінки якості послуг з консультування та тестування на ВІЛ, що надаються на первинному рівні.</p> <p>Регулярно проводити аудити та контрольні перевірки для забезпечення дотримання встановлених стандартів.</p>	<p>Забезпечити наявність достатньої кількості ШТ та інших необхідних матеріалів у всіх медичних закладах первинної ланки, включно з ФОП, які проводять медичну практику</p> <p>Організувати регулярні тренінги та навчання для медичних працівників щодо проведення КіТ на</p>

		ВІЛ із використанням ШТ. Це включає як технічні аспекти тестування, так і навички консультування пацієнтів.
Не було реалізовано жодного проекту щодо оцінки психологічного компоненту, впливу стигми та дискримінації на ефективність та якість послуг КіТ серед ЛЖВ/КГН	Організувати наукове дослідження для оцінки впливу стигми та дискримінації на якість та ефективність послуг з КіТ на ВІЛ серед ЛЖВ та КГН із залученням експертів, розробки методології дослідження та отримання фінансування. На основі результатів дослідження розробити та впровадити стратегії боротьби зі стигмою та дискримінацією, що впливають на доступ до послуг КіТ серед ЛЖВ та КГН.	Проводити тренінги та семінари для медичних працівників, соціальних працівників та інших фахівців з метою підвищення їх обізнаності щодо впливу стигми та дискримінації на ЛЖВ та КГН.
Зменшується частка обстежених осіб з КГН	Організувати інформаційні кампанії для підвищення обізнаності КГН щодо важливості регулярного тестування на ВІЛ. Використовувати різні засоби масової інформації,	Провести навчання з питань якості передтестового консультування для медичних працівників ЗОЗ. Впровадити мобільні пункти тестування та організувати виїзні

	включаючи соціальні мережі, телебачення та радіо.	тестування у місцях, де збираються представники КГН (наприклад, клуби, соціальні центри).
Недостатня поінформованість загального населення та КГН про профілактичні послуги щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу	Провести масштабні інформаційні кампанії для підвищення обізнаності населення про профілактичні заходи щодо ВІЛ/СНІДу. Використовувати різні канали, такі як телебачення, радіо, соціальні мережі, друковані видання та зовнішню рекламу Впровадити інтерактивні методи навчання та інформування, такі як вебінари, онлайн-тренінги, мобільні додатки та інтерактивні веб-ресурси	Провести місцеву інформаційну кампанію щодо інформування населення про доступність профілактичних послуг у регіоні та щодо підвищення обізнаності населення щодо методів профілактики ВІЛ
Напрямок ЧСЧ		
Відсутність НУО, що надають послуги ЧСЧ на місцях, через що послуги для ЧСЧ не надаються	Ініціювати можливості для надання допомоги існуючим НУО в нарощуванні потенціалу та роботі з ЧСЧ	Залучити працівників соціальних служб області в питаннях надання послуг КГН, в тому числі ЧСЧ.

<p>В ЗОЗ відсутня політика щодо залучення до програм з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ЧСЧ</p>	<p>Впровадити системи моніторингу та оцінки ефективності програм залучення ЧСЧ до профілактики та лікування ВІЛ-інфекції. Регулярно аналізувати результати та вносити корективи для покращення якості послуг.</p>	<p>Впровадити системи моніторингу та оцінки ефективності програм залучення ЧСЧ до профілактики та лікування ВІЛ-інфекції. Регулярно аналізувати результати та вносити корективи для покращення якості послуг.</p> <p>Гарантувати конфіденційність та безпеку пацієнтів ЧСЧ, які звертаються за медичною допомогою, що включає захист особистих даних та дотримання прав пацієнтів.</p>
<p>Представники ЧСЧ стикаються з упередженнями, стигматизацією та дискримінацією</p>	<p>Провести інформаційні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності ЧСЧ про доступні послуги з профілактики та лікування ВІЛ. Використовувати різні комунікаційні канали, включаючи соціальні мережі, інтернет-платформи та інші засоби масової інформації.</p> <p>Розробити та впровадити чітку політику щодо</p>	<p>Організувати регулярні тренінги для медичного персоналу щодо специфічних потреб ЧСЧ, профілактики ВІЛ-інфекції, а також методів комунікації без стигматизації та дискримінації. Це допоможе створити більш привітне та підтримуюче середовище в ЗОЗ.</p> <p>Забезпечити доступ ЧСЧ до повного спектру медичних</p>

	<p>залучення ЧСЧ до програм з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки. Ця політика повинна включати конкретні заходи для забезпечення доступу до послуг, боротьби зі стигматизацією та дискримінацією, а також створення дружнього середовища для ЧСЧ.</p>	<p>послуг, включаючи профілактику, діагностику, лікування ВІЛ-інфекції, а також психологічну підтримку та консультування. Це може включати спеціалізовані клініки або окремі години прийому в загальних клініках.</p>
--	---	---