

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: **«Соціальні аспекти поширення ВІЛ-інфекції в період війни»**

Виконала студентка 2 курсу, групи МГЗ-21
спеціальності 229 Громадське здоров'я
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
Поліщук Юлія Володимирівна

Керівник – лікар інфекціоніст, аспірантка ДУ
«Інститут громадського здоров'я О. М. Марзєєва
НАМНУ», викладач
Брезицька Дануся Михайлівна
Рецензент – кандидат медичних наук, старший викладач
Харитонюк Раїса Олександрівна

«РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ»

**Завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання**

_____ (професор, д.м.н. Гушук І. В.)
(підпис)

Протокол № _____ від «___» _____ 2025 р.

Острог, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ	11
1.1. Загальне поняття та характеристика ВІЛ-інфекції в тому числі інших соціально небезпечних захворювань.....	11
1.2. Нормативно-правова база щодо ВІЛ-інфекції.....	20
1.3. Вплив соціальних факторів на поширення ВІЛ-інфекції.....	27
Висновки до розділу 1.....	32
РОЗДІЛ 2. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС ВІЙНИ	34
2.1. Дослідження поширеності ВІЛ-інфекції у 2020-2024 рр.	34
2.2. Епідеміологічний аналіз та регіональні особливості захворюваності на ВІЛ-інфекцію	47
Висновки до розділу 2.....	52
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ЯК МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНЕ ПИТАННЯ.....	55
3.1. Державні стратегії у сфері поширеності ВІЛ-інфекції.....	55
3.2. Антитретровірусна терапія та профілактичні заходи ВІЛ серед військовослужбовців.....	58
3.3. Рекомендації національного і регіонального рівня протидії ВІЛ/СНІД під час воєнних дій.....	61
Висновки до розділу 3.....	66
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	72

ВСТУП

Актуальність. У світі приблизно 37 мільйонів осіб живуть із вірусом імунного дефіциту людини (ВІЛ). Ця інфекція має глибокий соціальний характер і входить до числа п'яти найнебезпечніших захворювань, які щороку забирають мільйони життів. Вперше про цю хворобу заговорили у 1981 році в Сполучених Штатах Америки. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, наразі кількість інфікованих перевищує 35 мільйонів. Що шість секунд на планеті з'являється ще одна людина з ВІЛ-позитивним статусом, що становить реальну загрозу для подальшого існування людства. Масове поширення ВІЛ у всіх регіонах світу, зростання захворюваності серед молоді та жінок свідчать про втрату контролю над ситуацією. Це, у поєднанні з високою вартістю лікування, завдає серйозного удару по соціально-економічному становищу країн. У 2023 році приблизно 630 тисяч осіб померли внаслідок захворювань, пов'язаних із ВІЛ, а близько 1,3 мільйона нових випадків зараження було зафіксовано. Попри те, що ліків, які б повністю виліковували ВІЛ, наразі не існує, завдяки сучасним методам профілактики, ранньої діагностики, ефективної терапії та догляду (включно з лікуванням опортуністичних інфекцій), ВІЛ-інфекція сьогодні вважається хронічною, але контрольованою. Це дозволяє людям із ВІЛ жити повноцінним, довгим і здоровим життям [4].

В Україні широке поширення ВІЛ-інфекції розпочалося з 1994 року. Основною причиною цього стала трансформація суспільних уявлень про інтимне життя: зростання наркозалежності та сексуальної свободи створили сприятливі умови для поширення вірусу. Осіб, які мають подібний стиль життя, зараховують до так званих груп підвищеного ризику. Проблематика ВІЛ-інфекції є актуальною для кожного, адже вірус не робить винятків залежно від соціального положення, способу життя чи індивідуальних звичок — він здатен проникнути в організм будь-якої людини. За статистичними даними видання «ВІЛ-інфекція/СНІД» В.Д. Москалюка та С.Р. Меленко, Україна посідає першість

серед країн Європи за поширеністю ВІЛ-інфекції, яке відбулося в результаті соціально-економічної кризи останнього. Соціальні проблеми, які супроводжують економічний занепад, стали передумовою стрімкого зростання кількості людей, які вживають ін'єкційно наркотики та поширення комерційного сексу. Особливістю питання поширеності ВІЛ-інфекції є те, що хворіють переважно люди молодого віку. Надзвичайно швидке зростання чисельності ВІЛ-інфікованих у нашій країні відбувається з 1994 року. Нині Україна перебуває в епіцентрі епідемії ВІЛ - інфекції у Східній Європі: кількість нових випадків перевищує відповідний показник вдвічі для Західної Європи і майже в 14 - Центральної Європи. У зв'язку з пандемією COVID-19 та низкою інших глобальних викликів, темпи боротьби з ВІЛ-інфекцією у світі значно знизилися, повідомляє пресслужба Спільної програми ООН з ВІЛ/СНІД (UNAIDS). Згідно з їхніми даними, за останні два роки обсяги фінансування та зусилля, спрямовані на протидію ВІЛ, скоротилися, що поставило під загрозу мільйони життів. Зокрема, у період з 2020 до 2021 року загальне зниження нових випадків інфікування становило лише 3,6% — найменше річне зменшення з 2016 року. Ріст кількості заражених фіксується у тих частинах Азіатсько-Тихоокеанського регіону, де раніше спостерігалася тенденція до зниження захворюваності. Водночас раніше досягнутий значний прогрес у Східній та Південній Африці також суттєво сповільнився. Найбільш динамічне розповсюдження вірусу з 2015 року відзначено на Філіппінах, у Мадагаскарі, Демократичній Республіці Конго та Південному Судані. Водночас такі країни, як Південно-Африканська Республіка, Нігерія, Індія та Танзанія, продемонстрували значне скорочення темпів інфікування, навіть в умовах пандемії. Хоча 75% людей, які живуть з ВІЛ, мають доступ до антиретровірусного лікування, темпи охоплення терапією у 2021 році також зменшилися. Особливо критичною є ситуація серед дітей: лише 52% ВІЛ-позитивних дітей отримують необхідне лікування, і розрив у доступі до медичної допомоги між дорослими та дітьми продовжує зростати, наголошують

у UNAIDS. Враховуючи кілька стадій ВІЛ-інфекції, починаючи з періоду інфікування – спочатку транзиторний грипоподібний синдром, пов'язаний із сероконверсією, який може тривати кілька тижнів, потім безсимптомний період тривалістю щонайменше кілька років, а потім симптоматичний період, що включає опортуністичні інфекції різного ступеня тяжкості – вразливість до стигматизації варіюється. Наприклад, суспільство важче ідентифікує людину, яка живе з ВІЛ/СНІДом, в безсимптомний період і не проявляє фізичних проявів ВІЛ-інфекції. Навіть якщо відомо, що вона має позитивний результат, вона все одно може бути менш вразливою до стигматизації, оскільки вона стабільно здатна працювати та забезпечувати свою сім'ю, тим самим обмежуючи потенційне розлучення та втрату статусу, незважаючи на навішування ярликів. З іншого боку, людину, яка живе з ВІЛ та перебуває на пізній стадії інфекції та страждає від синдрому виснаження, легко ідентифікувати, і вона стає все більш вразливою до дискримінації. Окрім впливу стадії захворювання на ВІЛ на стигму, пов'язану з хворобами, слід також розуміти індивідуальний та соціальний контекст, що передує інфекції. Соціальні сили, такі як бідність, сексизм, расизм та інші, створюють дублюючі та посилюючі стигматизовані умови, що призводять до схильності людей до ВІЛ-інфекції та обмежують їхню здатність доступу до діагностичних та лікувальних послуг. Такі сили становлять структурне насильство, і жертви такого насильства мають підвищений ризик стигми, пов'язаної з хворобами [2].

Стигма, пов'язана з ВІЛ/СНІДом, згадується як постійна та згубна проблема в будь-якій дискусії щодо ефективних заходів реагування на епідемію. Окрім руйнівного впливу на сімейне, соціальне та економічне життя людей, стигма, пов'язана з ВІЛ/СНІДом, вважається основною перешкодою для доступу до послуг профілактики, догляду та лікування. Незважаючи на широке визнання диференційованого ставлення до осіб, які живуть з ВІЛ/СНІДом (ЛЖВС), з боку суспільства та його інституцій, протягом перших 25 років епідемії громадські,

національні та глобальні суб'єкти мали лише обмежений успіх у пом'якшенні шкідливих наслідків стигми, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом. Описуючи стійку відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу, Пітер Піот, виконавчий директор UNAIDS, визначає боротьбу зі стигмою та дискримінацією як один із п'яти ключових імперативів успіху [5].

Одним із чинників, що спричинив уповільнення глобальної боротьби з ВІЛ, стало підвищення світових цін на продукти харчування, пов'язане з воєнними подіями навколо України. У звіті UNAIDS зазначено, що це значно підвищило ризик переривання лікування для ВІЛ-позитивних осіб через зменшення доступу до харчів, необхідних для підтримки здоров'я. Організація також застерігає: якщо не буде вжито термінових заходів для подолання соціальної нерівності, що сприяє розповсюдженню інфекції, світові загрожують серйозні наслідки. Прогнози вказують, що без змін нинішнього підходу до 2025 року кількість нових випадків зараження перевищить 1,2 мільйона на рік, у той час як країни-члени ООН поставили за мету знизити цей показник до 370 тисяч. Для України, як і для багатьох інших держав, проблема ВІЛ/СНІДу виходить за межі медицини. Вона має глибокі наслідки у демографічній сфері — зростання смертності, збільшення кількості дітей-сиріт, зниження народжуваності та загального приросту населення. У соціально-економічному контексті вплив інфекції відчувається на рівні окремих осіб, сімей, підприємств і навіть економіки країни в цілому. За даними Українського центру профілактики та контролю за ВІЛ/СНІДом при МОЗ, спостерігається стійке зростання кількості зареєстрованих випадків ВІЛ, захворювань на СНІД та смертей, пов'язаних із цією інфекцією. Офіційна статистика підтверджує: епідемічна ситуація в Україні продовжує загострюватися, охоплюючи всі регіони країни [1].

За інформацією Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, у зв'язку з воєнними подіями в країні, ведеться спостереження за кількістю внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які живуть із ВІЛ, а також за

дітьми, що були піддані впливу цього вірусу. Такий облік здійснюють медичні заклади, що надають спеціалізований нагляд за людьми з ВІЛ, відповідно до запитів ЦГЗ МОЗ України. Станом на 1 липня 2024 року, згідно з поточними даними, загальна кількість внутрішньо переміщених осіб з ВІЛ-статусом становила 2341 особу. Із них — 53% чоловіки, 47% жінки, включаючи 6 вагітних жінок, інфікованих ВІЛ. Основна частка переселенців (74,8%) належить до вікової категорії 25–49 років; молодь 18–24 років становить 2,8%; люди віком понад 50 років — 19,9%; діти до 18 років — 2,5%. Серед новонароджених зареєстровано 31 дитину, яка могла бути інфікована ВІЛ від матері. Найбільше переселенців прибули з територій, де ведуться бойові дії: Донецької (42,2%), Херсонської (15,3%) та Луганської (9,8%) областей. Близько третини ВПО обрали місцем тимчасового проживання Дніпропетровську область (32,4%), ще 25,4% — західні регіони країни, а 12,6% оселилися в Одеській області [2]. Тимчасова втрата контролю над окремими територіями України ускладнює отримання повної інформації про рівень поширення ВІЛ серед населення. Як і в попередньому році, загальнодержавна статистика не охоплює в повному обсязі дані з Донецької, Луганської, Запорізької та Херсонської областей, а також з Автономної Республіки Крим і міста Севастополь. Попри складну ситуацію, система епідеміологічного нагляду в Україні продовжує виконувати свої функції. Належна увага приділяється збору достовірної інформації про надання профілактичних послуг, тестування населення на ВІЛ, реєстрацію випадків інфікування та здійснення відповідних заходів у сфері громадського здоров'я. За словами Олександри Виноградової, технічної радниці проєкту USAID "Інновації для подолання епідемії ВІЛ", на сьогодні Україна і світ загалом стали перед новими викликами поширення ВІЛ, які створило повномасштабне вторгнення - це гуманітарні, медичні і психологічні. Гуманітарні виклики виникають тоді, коли інфіковані особи в умовах збройного конфлікту опиняються в ситуації, що загрожує їхньому існуванню. Їхні головні клопоти зводяться до евакуації,

пошуку їжі, безпеки від обстрілів і переїздів, тому питання регулярного прийому антиретровірусних препаратів відходить на другий план. Проте перерви в лікуванні є надзвичайно небезпечними. Антиретровірусна терапія стримує активність вірусу, підтримуючи рівень препарату в організмі на стабільному рівні. У такому стані вірус не здатен розмножуватися, мутувати та поширюватися далі, що значно знижує ризик передачі інфекції іншим. У разі припинення прийому ліків вірус починає пристосовуватися до медикаментів, формуючи стійкість до них. У результаті раніше ефективна схема лікування стає безрезультатною, і виникає потреба в переході на дорожчі або менш доступні препарати. Медичні – руйнується медична інфраструктура, з країни виїжджають кадри, окупанти знищують або вивозять техніку, на якій проводять діагностику. "В таких умовах (біля місць бойових дій чи окупації – "УП.Життя") люди відриваються від лікування, бо, по-перше, це не пріоритет і для них, і для медичної системи, а по-друге, це складно зробити, навіть якщо б людина хотіла", – пояснює Олександра Виноградова. Третій бар'єр – психологічний. "Його ми спостерігали і в 2014 році. Мова про упереджене ставлення до внутрішньо переміщених осіб. ВІЛ і без того стигматизоване захворювання і, пересуваючись країною чи виїжджаючи за кордон, люди можуть приховувати свій статус, бо бояться, що їм відмовлять у житлі чи евакуації. Виходить, що ти переселенець плюс ти ВІЛ-інфікований", – пояснює експертка. Через це, переміщення людей із ВІЛ складно відстежувати. Часто пацієнти, від'їжджаючи з одних місць, де були на обліку, не повідомляють про це своїх лікарів, зазначає Олександра Виноградова. "Плюс загострюється проблема вживання алкоголю, наркотиків, і це часто призводить до незахищеного сексу", – додає вона [3].

Згідно з інформацією Центру громадського здоров'я України, щомісяця понад 3 000 внутрішньо переміщених осіб, які живуть з ВІЛ, потребують доступу до медичних послуг та продовження терапії у нових місцях проживання. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість дорослих осіб з

ВІЛ, які вимушено опиняться за межами країни, може перевищити 30 000. Інфекціоністка Ірина Раус зауважує, що війна призвела також до зростання кількості критичних ситуацій, пов'язаних із ризиком інфікування через контакт із кров'ю. Зокрема, мова йде про випадки, коли люди, маючи власні поранення на руках, змушені надавати першу допомогу постраждалим від обстрілів без використання захисних засобів, таких як медичні рукавички. "На фоні того, що в країні війна, руйнування, люди втрачають дім, життя, близьких, бажання жити посилюється. Люди докладають зусиль, щоб зберегти своє життя. Для чогось же вони це роблять – значить, їх щось тримає. Тому потрібно обстежуватися і, у випадку позитивного ВІЛ-статусу, лікуватися", – вважає Олександра Виноградова.

Об'єкт дослідження: поширення ВІЛ-інфекції під час війни та соціальні аспекти цього процесу.

Предмет дослідження: показники, які характеризують епідеміологічні особливості ВІЛ-інфекції під час війни.

Мета роботи: проаналізувати та дослідити соціальні аспекти поширення ВІЛ-інфекції під час війни.

Завдання:

1. Зібрати, вивчити та систематизувати теоретичний матеріал про ВІЛ-інфекцію та інші соціально небезпечні захворювання;
2. Охарактеризувати нормативно-правову базу щодо ВІЛ-інфекції;
3. Дослідити вплив соціальних факторів на поширення ВІЛ-інфекції;
4. Описати стан поширеності ВІЛ-інфекції у 2020-2024 рр.;
5. Провести епідеміологічний аналіз та визначити регіональні особливості захворюваності на ВІЛ-інфекцію 2020-2024 рр.;
6. Зробити аналіз державних стратегій у сфері поширеності ВІЛ-інфекції;
7. Проаналізувати інформацію щодо стану проведення антиретровірусної терапії та профілактичних заходів ВІЛ серед військовослужбовців

8. Надати рекомендації національного і регіонального рівня протидії ВІЛ/СНІД під час воєнних дій.

Методи дослідження: бібліографічний, аналітичний, епідеміологічний, статистичний, гігієнічний, біологічний.

Наукова новизна: полягає в комплексному та системному аналізі соціальних аспектів поширення ВІЛ-інфекції під час воєнного стану.

Апробації: Результати дослідження оприлюднено у вигляді доповіді «Соціальні аспекти поширення ВІЛ-інфекції в період війни» на XXIX науковій викладацько-студентській конференції «Дні науки» в Національному університеті «Острозька академія», яка проходила з 12 до 16 травня 2025 року.

Структура роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, кожен з яких має підрозділи, загальних висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 77 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

1.1. Загальне поняття та характеристика ВІЛ-інфекції в тому числі інших соціально небезпечних захворювань

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) є лентівірусом, частиною родини Retroviridae. Він передається через статеві виділення та кров, інфікуючи імунні клітини, що експресують рецептори CD4 – насамперед CD4+ лімфоцити, а також тканинні макрофаги та моноцити. Безперервна реплікація ВІЛ призводить як до опосередкованого вірусом, так і до імунної деструкції клітин CD4+, що з часом призводить до опортуністичної інфекції, що є визначальною ознакою синдрому набутого імунодефіциту (СНІД). Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) — це вірус, який атакує імунну систему організму. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) виділяє такі стадії розвитку ВІЛ-інфекції в організмі людини [8]:

1. Початкова, або гостра ВІЛ-інфекція.
2. Безсимптомна, або латентна стадія.
3. Стадія ранніх клінічних проявів ВІЛ-інфекції.
4. Стадія синдрому набутого імунодефіциту (СНІД).

На основі наукових досліджень встановлено існування двох основних типів вірусу імунодефіциту людини: ВІЛ-1 та ВІЛ-2. Перший, ВІЛ-1, має походження від шимпанзе, тоді як джерелом другого, ВІЛ-2, стали чадні мавпи мангабеї. ВІЛ-1 є найбільш поширеним у глобальному масштабі, і за відсутності лікування зазвичай прогресує до синдрому набутого імунодефіциту (СНІДу). ВІЛ-1 має складну генетичну структуру і класифікується на кілька груп: М (основна), N, O та P. Група М є відповідальною за переважну частину випадків захворювання в усьому світі та ділиться на дев'ять підтипів, кожен з яких характерний для окремих географічних регіонів. Вважається, що обидва типи

ВІЛ з'явилися на території Західної та Центральної Африки, де відбулося передання вірусу від мавп до людини внаслідок міжвидової передачі. Зокрема, ВІЛ-1 виник у південних районах Камеруну шляхом еволюції мавпячого вірусу SIV-cpz, який заражає диких шимпанзе підвиду *Pan troglodytes troglodytes* [1,2]. ВІЛ-2 сформувався у західноафриканському регіоні — від південного Сенегалу до Кот-д'Івуару — на основі вірусу SIV-smm, що інфікує темношерстих мангабеїв (*Cercopithecus atys*) та вузьконосих мавп. Цікаво, що деякі види широконосих приматів, як-от нічні мавпи, виявляють природну стійкість до ВІЛ-1, ймовірно, через наявність злитих генів, відповідальних за протівірусний захист. Наукові дані свідчать, що ВІЛ-1 щонайменше тричі долав видовий бар'єр, внаслідок чого виникли три окремі вірусні групи — М, N та О. Генетичний аналіз дозволив визначити, що спільний предок ВІЛ-1 групи М існував приблизно у 1910 році. З моменту своєї першої ідентифікації майже три десятиліття тому пандемічна форма ВІЛ-1 заразила щонайменше 60 мільйонів людей і спричинила понад 25 мільйонів смертей. Країни, що розвиваються, зазнали найбільшого рівня захворюваності та смертності від ВІЛ/СНІДу, причому найвищі показники поширеності зареєстровані серед молоді [1]. У країнах Субсахарської Африки деякі дослідники пов'язують поширення вірусу імунodefіциту людини з історичними процесами колонізації та урбанізацією великих африканських міст у колоніальний період. Ці зміни спричинили суттєві соціальні трансформації: зросла кількість випадкових статевих зв'язків, поширилась проституція і захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ). Такі інфекції, як сифіліс, часто супроводжуються утворенням виразок на статевих органах, що суттєво підвищує ризик інфікування ВІЛ при статевому контакті. У звичайних умовах ймовірність передачі вірусу під час вагінального акту є порівняно низькою, однак за наявності генітальних виразок вона може зростати в десятки або навіть сотні разів. Про масштаби поширення ЗПСШ у колоніальних містах на початку ХХ століття свідчать такі факти: у 1928 році в східній частині

Леопольдвіля (сучасна Кіншаса — один із перших центрів поширення ВІЛ групи М) принаймні 45% жінок займалися проституцією, а до 1933 року приблизно 15% населення цього міста було інфіковано сифілісом. Ретроспективні дослідження засвідчили, що поява ВІЛ у Кіншасі співпала з піком захворюваності на генітальні виразки в середині 1930-х років [3]. Альтернативна гіпотеза висуває іншу причину активного розповсюдження ВІЛ: масове використання нестерильних багаторазових шприців у повоєнні роки в Африці. Під час кампаній з вакцинації, а також при введенні антибіотиків і препаратів проти малярії часто нехтували належною санітарною обробкою медичних інструментів. Підтвердженням раннього поширення ВІЛ стало дослідження зразка крові, взятої у 1959 році, де вперше було зафіксовано присутність вірусу в організмі людини. Існують також дані, що вже у 1966 році ВІЛ міг циркулювати у США. Більшість випадків інфікування за межами Субсахарської Африки можна простежити до однієї особи, яка, ймовірно, заразилася на Гаїті й перенесла вірус до Сполучених Штатів близько 1969 року. У 1986 році було підтверджено генетичну тотожність двох вірусів, відкритих незалежно у 1983 році французькими та американськими вченими. Тоді ж обидва отримали спільну офіційну назву — вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) [4]. У кількох статтях, опублікованих з 2001 року, Престон Маркс, Філіп Алькабес та Ернест Друкер припустили, що ВІЛ з'явився через швидку послідовну передачу ВІЛ від людини до людини (після того, як мисливець за м'ясом диких тварин або обробник інфікувався ВІЛ) через небезпечні або нестерильні ін'єкції. Хоча обидва також припустили, що це могло бути одним із основних факторів ризику виникнення ВІЛ, Престон Маркс більш детально виклав механізми, що лежать в основі, і написав перший огляд ін'єкційних кампаній, проведених у колоніальній Африці. Генетичні дослідження вірусу в 2008 році припустили, що останній загальний предок групи ВІЛ-1 М походить з міста Леопольдвіль (сучасна Кіншаса) в Бельгійському Конго, приблизно в 1910 році. Прихильники цього датування

пов'язують епідемію ВІЛ з появою колоніалізму та зростанням великих колоніальних африканських міст, що призвело до соціальних змін. 2008 року Люк Монтаньє і Франсуаза Барр-Сінуссі ушановані Нобелівської премії в області фізіології або медицини «за відкриття вірусу імунодефіциту людини» Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) виникає на пізніх стадіях розвитку інфекції, який було відкрито ще в 1983 р. французькими вченими в лабораторії М.Л. Монтаньє та американського дослідника Р. Галла. [23].

Однією з ключових особливостей вірусу імунодефіциту людини, яка сприяла перетворенню інфекції на глобальну епідемію в останні десятиліття, є наявність так званого «серонегативного» або прихованого етапу. Його характерною рисою є те, що протягом перших 2–3 місяців після зараження ВІЛ не проявляється в організмі клінічно, а стандартні лабораторні тести показують негативні результати. У цей час інфікована людина зазвичай не відчуває жодних симптомів і має задовільне самопочуття. Однак саме в цей безсимптомний період вона вже може передавати вірус іншим. У більшості випадків ВІЛ-інфекція не має зовнішніх ознак. Проте імунна система реагує на наявність вірусу, і одними з перших змін є збільшення лімфатичних вузлів, особливо в ділянках привушної та підщелепної зон. Також можуть виникати симптоми, схожі на вірусні захворювання: слабкість, втома, м'язовий або суглобовий біль, нудота. Після потрапляння в організм ВІЛ починає активно розмножуватися, уражаючи різні клітини та органи. У третини заражених через 6–8 тижнів розвивається гостра форма інфекції, яка супроводжується підвищеною температурою тіла, загальною слабкістю, болями в суглобах — симптомами, схожими на гостру респіраторну інфекцію. Водночас в інших цей період може пройти майже непомітно. Через приблизно 1,5–3 місяці після інфікування в організмі з'являються специфічні антитіла до ВІЛ, на виявленні яких і базується лабораторна діагностика. Період від моменту зараження до появи антитіл має назву «сероконверсійне вікно» або «діагностичний проміжок» [11].

Після завершення гострої фази ВІЛ-інфекції настає безсимптомний етап, який може тривати 8–12 років. У цей період людина зазвичай почувається здоровою, веде звичний спосіб життя, хоча іноді можуть спостерігатися збільшені лімфатичні вузли та часті застудні захворювання. Незважаючи на відсутність явних симптомів, такі особи є носіями вірусу і становлять серйозну небезпеку для сексуальних партнерів та осіб, з якими ділять ін'єкційні інструменти. Вони також не можуть бути донорами крові чи органів. Упродовж цього періоду вірус постійно руйнує клітини імунної системи — CD4-лімфоцити, які відповідають за захист організму від бактеріальних, вірусних, грибкових та інших патогенних агентів. У здорової людини їхня концентрація становить близько 1000 клітин на мілілітр крові. Щороку в інфікованої особи цей показник зменшується приблизно на 50 одиниць. Коли рівень CD4 знижується до 300–200 клітин і нижче, імунна система втрачає здатність протистояти інфекціям, і розвиваються так звані опортуністичні інфекції — захворювання, які активуються лише на тлі значного ослаблення імунітету. На цьому етапі людина відчуває загальне погіршення самопочуття: спостерігається різке схуднення, хронічна втома, слабкість. Ця стадія хвороби класифікується як СНІД. Серед його проявів — герпетичні ураження (наприклад, оперізуючий лишай), грибкові інфекції шкіри та слизових оболонок, а також активізація або первинна поява туберкульозу. Імунна система продовжує чинити опір, доки вірус остаточно не порушить її функціонування. У фазі СНІДу характерними симптомами стають тривала лихоманка, хронічна діарея, значна втрата маси тіла та нічна пітливість. Ознаки СНІДу можуть бути різноманітними, оскільки організм вже не здатний самотійно боротися з будь-якою інфекцією[3]. Симптоматика ВІЛ відрізняються залежно від стадії інфекції. ВІЛ легше поширюється в перші кілька місяців після зараження людини, але багато хто на цьому етапі не знає про свій статус до пізніх стадій. У перші кілька тижнів після зараження люди можуть не відчувати симптомів [21].

Не всі, хто інфікований туберкульозом, хворіють. Якщо ви інфіковані, але не маєте симптомів, це називається неактивним туберкульозом або латентним туберкульозом. Туберкульоз перебуває у стані сну (сплячого стану) у вашому організмі. Близько 13 мільйонів людей у США хворіють на латентний туберкульоз. Деякі люди можуть мати латентну туберкульозну інфекцію протягом усього життя, ніколи не розвиваючи симптомів (активний туберкульоз). Але туберкульоз може стати активним, якщо ваша імунна система ослаблена. Ослаблена імунна система може бути не в змозі зупинити ріст бактерій. Поширення туберкульозу є соціальною проблемою, медичний аспект становить лише 10%. Захворюваність на туберкульоз в Україні складає 70,4 на 100 тис. усього населення та 7,4 на 100 тис. дитячого населення (0–14 років). Найвищі показники захворюваності фіксуються в віковій категорії 50–59 років, переважно серед чоловіків, і зростає рівень захворюваності серед дітей до 14 років. Негативним є підвищення показника первинної інвалідності через туберкульоз, особливо серед осіб працездатного віку. Поширення туберкульозу призводить до зменшення тривалості життя, збільшення рівня смертності, тимчасової та стійкої втрати працездатності, потреби в більшому обсязі медичних послуг, соціальної нерівності та дискримінації. Тому показником соціального благополуччя країни є позитивний підхід уряду до вирішення проблеми захворюваності на туберкульоз [12].

Проблема вживання наркотичних речовин серед населення України й надалі залишається однією з найактуальніших соціально-демографічних загроз. Соціально-демографічний профіль осіб, які вживають наркотики, впродовж останнього періоду залишається відносно незмінним (за інформацією МВС України). Переважно це молоді люди віком від 15 до 27 років, серед яких 74% не працюють і не навчаються, близько 2% — учні професійно-технічних навчальних закладів, а 0,4% — студенти вищих навчальних установ. Більшість (73%) споживачів наркотиків проживають у містах, хоча частка молоді із

сільської місцевості поступово зростає. Основна частина наркотичних речовин, які вживаються в Україні, є вітчизняного виробництва. Найпоширенішими залишаються опіоїди, канабіноїди, а також поєднане вживання декількох видів наркотиків (полінаркотизм). За наявною статистикою, чисельність осіб, які використовують наркотики ін'єкційним способом, коливається від 278 до 387 тисяч. Ін'єкційне вживання наркотичних засобів тісно пов'язане з поширенням ВІЛ-інфекції, будучи причиною приблизно кожного десятого випадку інфікування. Водночас, вживання наркотиків також опосередковано сприяє передачі інфекцій через зниження контролю за поведінкою в стані сп'яніння, що призводить до ризикованих сексуальних контактів, зокрема — без використання засобів захисту. У період з 1995 по 2007 рік основним шляхом передачі ВІЛ в Україні залишався парентеральний, переважно через ін'єкційне введення наркотиків. Починаючи з 2008 року, домінуючим шляхом стала статева передача, і ця тенденція зберігається донині — на неї припадає близько 60% нових випадків ВІЛ-інфікування [13].

У сучасних умовах алкоголізм залишається однією з найсерйозніших соціально-оздоровчих проблем, масштаби якої щороку продовжують зростати. Втрата моральних орієнтирів у суспільстві та легкий доступ до алкогольних напоїв сприяють масовому поширенню вживання алкоголю, що, в свою чергу, призводить до зростання залежності як серед дорослого населення, так і серед дітей та підлітків. У 2019 році у світі було зафіксовано 2,6 мільйона випадків смертей, пов'язаних із вживанням алкоголю, зокрема 2 мільйони серед чоловіків і 600 тисяч серед жінок. Найбільше від наслідків вживання алкоголю потерпають молоді люди віком від 20 до 39 років — саме на цю вікову категорію припало 13% усіх випадків смерті, пов'язаних з алкоголем. Згідно з глобальними даними за 2019 рік, орієнтовно 400 мільйонів осіб віком 15 років і старше мають порушення, викликані вживанням алкоголю, з них близько 209 мільйонів страждають на алкогольну залежність. Вживання спиртних напоїв є чинником

розвитку понад 200 хвороб, травматичних ушкоджень і інших порушень здоров'я. Водночас, кількісне оцінювання глобального тягара хвороб і травм, пов'язаних із вживанням алкоголю, наразі можливе лише для 31 нозологічної форми, базуючись на наявних наукових дослідженнях щодо впливу алкоголю на їх виникнення, поширення та наслідки [10].

Тютюн вбиває близько половини людей, які його споживають, і є однією з головних причин виникнення серцево-судинних захворювань, онкологічних недуг та передчасної смертності. Щороку від хвороб, викликаних курінням, у світі гине понад 8 мільйонів людей. В Україні цей показник не менш шокує: за рік ми втрачаємо 85 тисяч громадян, життя яких обірвав тютюн. Наразі, згідно зі звітом, у Південно-Східній Азії ВООЗ спостерігається найвищий відсоток споживачів тютюну – 26,5%, а Європейський регіон трохи відстає – 25,3%. У доповіді зазначено, що до 2030 року в Європейському регіоні ВООЗ, за прогнозами, будуть найвищі показники поширеності – понад 23%. Споживання тютюну серед жінок у Європі вдвічі перевищує середньосвітовий рівень і зменшується набагато повільніше, ніж у інших регіонах. Вживання тютюну є також одним із чотирьох основних чинників ризику, що лежать в основі глобальної епідемії неінфекційних хвороб — раку, серцево-судинних хвороб, хвороб легень та діабету. Ці хвороби є причиною передчасної смерті (до 70 років) 16 мільйонів осіб, при цьому понад 80% таких випадків припадає на країни з низьким та середнім рівнями доходу [9].

Гепатит — це запальне ураження печінки, яке найчастіше має вірусне походження. Виділяють п'ять основних різновидів вірусів гепатиту: А, В, С, D і Е. Усі вони викликають ураження печінкової тканини, проте мають суттєві відмінності між собою. Зокрема, віруси типів В і С часто спричиняють хронічне запалення печінки у мільйонів осіб у всьому світі й є провідною причиною розвитку цирозу та злоякісних новоутворень печінки. За інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2015 році вірусні форми гепатиту

призвели до загибелі 1,34 мільйона людей. Зараження вірусами гепатиту А та Е відбувається переважно фекально-оральним шляхом — коли неінфікована особа споживає їжу або воду, контаміновану випорожненнями людини, яка є носієм інфекції. У побутових умовах можливе інфікування через недостатню гігієну рук, наприклад, коли хвора людина готує їжу для членів родини. Передача вірусів гепатиту В, С і D відбувається через порушені шкірні покриви або слизові оболонки при контакті з біологічними рідинами інфікованої особи (насамперед із кров'ю), зокрема внаслідок [13]:

- переливання зараженої крові або її компонентів;
- використання наркотичних речовин ін'єкційним або інтраназальним способом;
- проведення медичних чи немедичних процедур із застосуванням нестерильних інструментів (операції, стоматологічні втручання, гемодіаліз, нанесення татуювань, пірсинг, манікюр тощо);
- інфікування дитини під час народження від ВІЛ-позитивної матері (особливо актуально для гепатиту В);
- у побуті — через спільне користування предметами особистої гігієни, які можуть містити залишки крові (бритви, зубні щітки тощо);
- під час незахищених інтимних контактів.

У світі вірус гепатиту В (ВГВ) є причиною приблизно 370 мільйонів хронічних інфекцій, вірус гепатиту С (ВГС) – приблизно 130 мільйонів, а ВІЛ – приблизно 40 мільйонів. Серед ВІЛ-інфікованих осіб, за оцінками, 2-4 мільйони мають хронічну коінфекцію ВГВ, а 4-5 мільйонів – коінфекцію ВГС. ВГВ, ВГС та ВІЛ мають спільні шляхи передачі, але вони відрізняються поширеністю залежно від географічного регіону та ефективності, з якою певні типи контактів їх передають. З-поміж ВІЛ-позитивних осіб, досліджених у Західній Європі та США, хронічна інфекція ВГВ була виявлена у 6-14% загалом, включаючи 4-6% гетеросексуалів, 9-17% чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), та 7-10%

споживачів ін'єкційних наркотиків. Інфекція ВГС була виявлена у 25-30% ВІЛ-позитивних осіб загалом; 72-95% споживачів ін'єкційних наркотиків, 1-12% ЧСЧ та 9-27% гетеросексуалів. Характеристики ВІЛ-інфікованих осіб відрізняються залежно від супутнього вірусу гепатиту, їхні епідеміологічні моделі можуть змінюватися з часом, і необхідні системи спостереження для моніторингу моделей їхньої інфекції, щоб забезпечити належне цілеспрямоване вжиття профілактичних заходів. Хоча ВІЛ не викликає гепатиту (як і гепатит не викликає ВІЛ), існує зв'язок через пошкодження печінки. ВІЛ пригнічує імунну систему, що полегшує проникнення гепатиту С в організм та пошкодження печінки. Гепатит В часто є мовчазним вірусом, і тисячі людей не знають, що вони ним інфіковані. Якщо вірус не виявити, він може призвести до пошкодження печінки та збільшити ризик розвитку раку печінки. Ще однією причиною частішого поширення коінфекцій ВІЛ та гепатиту є те, що вони поширюються через кров та інші рідини організму. Якщо людина займається ризикованою поведінкою, такою як незахищений секс з партнером, хворим на ВІЛ або гепатит, або спільне використання голок, ризик передачі зростає. Згідно з останніми звітами Центрів контролю та профілактики захворювань, ВІЛ найчастіше передається через статевий контакт між чоловіками, далі йдуть гетеросексуальні контакти та вживання ін'єкційних наркотиків [27, 28].

1.2. Нормативно-правова база щодо ВІЛ-інфекції

Законодавство України визначає низку законів для захисту координації у вирішенні питань, що стосуються ВІЛ-інфекції і ВІЛ-інфікованих осіб та в узгодженні принципів толерантного ставлення до набутого ВІЛ-статусу осіб [48]:
Закони України

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я – визначають юридичні, організаційні, фінансові та соціальні основи системи охорони здоров'я в

Україні, а також регулюються суспільні взаємовідносини у цій галузі з метою сприяння всебічному розвитку фізичного та морального потенціалу людини, підтримання високої працездатності та активного довголіття населення, усунення чинників, які негативно впливають на стан здоров'я, профілактики та зменшення рівня захворюваності, інвалідності й смертності, а також покращення спадкових характеристик.

2. Про захист населення від інфекційних хвороб – окреслює юридичні, організаційні та економічні основи діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ і організацій, що спрямована на недопущення виникнення та стримування поширення інфекційних захворювань серед населення, оперативне реагування на спалахи та їх ліквідацію, а також визначає права, обов'язки та ступінь відповідальності фізичних і юридичних осіб у сфері охорони громадського здоров'я від інфекційних недуг.
3. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ – відповідно до положень міжнародного законодавства, цей Закон встановлює механізми правового регулювання у сфері запобігання, медичної допомоги, опіки та підтримки, необхідних для забезпечення результативної протидії поширенню захворювання, спричиненого вірусом імунодефіциту людини, а також визначає відповідні правові та соціальні гарантії для осіб, які живуть з ВІЛ.
4. Про систему громадського здоров'я – цей Закон встановлює юридичні, адміністративні, фінансові та соціальні основи функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення фізичного стану населення, профілактики захворювань, підвищення якості та продовження тривалості життя. Документ урегульовує суспільні взаємовідносини у сфері охорони громадського здоров'я та забезпечення санітарно-епідемічної

безпеки, визначає відповідні права та обов'язки органів державної влади і місцевого самоврядування, а також фізичних та юридичних осіб у цій галузі. Крім того, Закон встановлює правові та організаційні механізми державного контролю (нагляду) у сферах господарської діяльності, які потенційно можуть становити загрозу для санітарно-епідемічного благополуччя населення.

Укази Президента

1. Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні.
2. Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні.
3. Про заходи щодо забезпечення захисту прав і законних інтересів дітей.

Постанови Верховної Ради України

1. Про законопроекти з питань внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення».
2. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Шляхи реформування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні».

Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України

1. Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.
2. Про розмір щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ.
3. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року.
4. Розпорядження КМУ від 18 червня 2024 р. № 564-р Київ Про затвердження операційного плану заходів з реалізації у 2024-2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року.

Особи, які живуть з ВІЛ, а також представники груп із підвищеним ризиком зараження вірусом імунодефіциту людини, включаючи громадян України, іноземців і осіб без громадянства, які постійно проживають в Україні, осіб, які подали клопотання про надання статусу біженця та тих, хто вже отримав цей статус, шукачів притулку, а також іноземців і осіб без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах тимчасово, мають повний обсяг прав і свобод, гарантованих Конституцією, законодавством та нормативно-правовими актами України. Відповідно до Закону України «Про протидію поширенню захворювань, спричинених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та забезпечення правового і соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ», держава гарантує здійснення заходів профілактики, медичного лікування, догляду й підтримки у разі ВІЛ-асоційованих хвороб, а також забезпечує правовий і соціальний захист для таких осіб. Відповідно до цього Закону, держава забезпечує соціальну підтримку осіб, інфікованих ВІЛ, пацієнтів, які страждають на СНІД, членів їхніх родин, а також медичного персоналу, що працює у сфері протидії поширенню цієї хвороби [49]. Крім того, закон гарантує надання всіх форм медичної допомоги ВІЛ-позитивним особам і хворим на СНІД, а також доступність, належну якість і результативність медичних обстежень для виявлення ВІЛ-інфекції, включно з можливістю проходження анонімного тестування відповідно до вимог чинного законодавства. Слід підкреслити, це право людей, які живуть з ВІЛ, на доступ до інформації, а також на захист від розголошення їх ВІЛ-позитивного статусу третім сторонам[51]:

1. Усі особи, які мають ВІЛ, мають невід'ємне право вільно ознайомлюватися з даними щодо свого здоров'я, що зберігаються у медичних закладах.

2. Також вони мають право на отримання вичерпної інформації про доступні послуги з надання психологічної, соціальної та правової допомоги, і

можуть скористатися цими послугами без ризику розкриття свого ВІЛ-статусу.

3. Надання медичної допомоги здійснюється з обов'язковим дотриманням принципу конфіденційності та відповідно до норм законодавства, що передбачають кримінальну відповідальність за розголошення діагнозу, пов'язаного з ВІЛ.

Інформація щодо результатів тестування на ВІЛ, а також дані про наявність або відсутність інфекції у людини є приватною і належить до лікарської таємниці. Медичні працівники зобов'язані забезпечити належне зберігання конфіденційної інформації про ВІЛ-позитивних осіб і не допустити її витоку чи оприлюднення стороннім особам [52].

4. Медичний працівник має право передавати інформацію про ВІЛ-позитивну особу лише в таких випадках:

- самій особі, яка проходила тестування, її батькам або іншим законним представникам (за наявності відповідних підтверджуючих документів);
- іншим медичним спеціалістам або закладам охорони здоров'я — виключно з метою надання медичної допомоги цій людині;
- стороннім особам — лише на підставі судового рішення у випадках, передбачених чинним законодавством.

Окремо слід наголосити, що передача інформації про ВІЛ-позитивну людину іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я дозволяється лише за наявності свідомої письмової інформованої згоди цієї особи. Така згода повинна бути надана виключно для цілей, пов'язаних із лікуванням ВІЛ-асоційованих захворювань, і лише у випадку, якщо знання лікарем ВІЛ-статусу пацієнта є критично важливим для ефективного лікувального процесу [50].

5. Розкриття інформації про позитивний ВІЛ-статус особи її партнеру (партнерам) з боку медичного працівника можливе лише за таких умов:

- особа, яка живе з ВІЛ, самостійно звертається до медичного працівника з письмово оформленим запитом про інформування партнера;
- у разі смерті такої особи, втрати нею свідомості або за наявності високої ймовірності, що вона не прийде до тями й не зможе надати усвідомлену згоду.

Окрім загальновизнаних прав пацієнта, ВІЛ-позитивні особи та хворі на СНІД мають додаткові гарантії, зокрема право [51]:

- бути проінформованими щодо доступних сервісів із надання психологічної, соціальної та юридичної підтримки, а також, за потреби, скористатися цими послугами конфіденційно, без розголошення ВІЛ-статусу;
- брати участь у програмах допоміжних репродуктивних технологій за умови дотримання заходів, що унеможливають передачу ВІЛ-інфекції дитині
- отримати компенсацію за завдану шкоду у випадках порушення їхніх прав, пов'язаних із розголошенням або передачею інформації про ВІЛ-позитивний статус;
- безкоштовно отримувати антиретровірусну терапію та медикаменти для лікування супутніх інфекцій відповідно до порядку, встановленого центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Не допускається відмова у зарахуванні до закладів освіти осіб, які є ВІЛ-позитивними, з огляду на їхній діагноз, а також не дозволяється обмеження прав їхніх родичів чи близьких на цій підставі. Лише за добровільною згодою ВІЛ-інфіковані особи можуть брати участь у наукових дослідженнях, випробуваннях лікарських препаратів і методів лікування, а також у навчальних заходах, фото- чи відеозйомці, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією. Забороняється звільнення з роботи або відмова у працевлаштуванні, вступі до навчальних, медичних чи соціальних установ, а також у наданні медичних або соціальних послуг на підставі позитивного ВІЛ-статусу. Крім того, не допускається порушення чи обмеження

прав і свобод членів родин ВІЛ-позитивних осіб з цієї ж причини. Передбачено низку пільг для батьків та інших законних представників, які опікуються ВІЛ-інфікованими дітьми, що мають діагностовані захворювання, пов'язані з ВІЛ. Мати або батько має право перебувати разом із дитиною віком до 14 років у стаціонарному медичному закладі, при цьому звільняється від виконання трудових обов'язків на період догляду та отримує виплату допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю [51]. Особи, які виховують дитину до 18 років, інфіковану вірусом імунодефіциту, мають право на додаткову щорічну відпустку тривалістю 10 календарних днів у літній період або в інший зручний для них час. Держава забезпечує кожній дитині право на медичний захист, безкоштовну професійну допомогу в державних і комунальних медичних установах, а також створює умови, сприятливі для безпечного життя, гармонійного розвитку, збалансованого харчування та формування навичок здорового способу життя. Сім'ям, які виховують дітей, призначається щомісячна грошова допомога від держави в розмірі 10 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян — згідно з встановленим порядком. Ці кошти перераховуються на персональний банківський рахунок одного з батьків або офіційного представника дитини. У випадку з дітьми-сиротами чи тими, хто залишився без батьківського піклування та перебуває в державних установах, кошти можуть бути зараховані на рахунок дитини — за письмовою заявою опікунів або законних представників із доданням копії свідоцтва про народження. Крім того, за кошти державного бюджету Україна гарантує забезпечення новонароджених, матері яких є ВІЛ-позитивними, спеціалізованими дитячими молочними сумішами. Однак окрім гарантованих прав, ВІЛ-інфіковані особи та пацієнти з діагнозом СНІД також мають наступні зобов'язання [52]:

- вживати запропоновані закладами охорони здоров'я заходи для недопущення передачі ВІЛ-інфекції іншим особам;

- проінформувати партнерів, з якими мали статеві стосунки до виявлення інфекції, про можливу загрозу зараження;
- утримуватися від донорства крові, її компонентів, інших біологічних рідин, тканин, клітин або органів для медичного використання.

У разі невиконання цих обов'язків, іноземці або особи без громадянства, які живуть із ВІЛ та створюють загрозу здоров'ю населення або порушують права та законні інтереси громадян України, можуть бути примусово видворені з території держави [50].

1.3. Вплив соціальних факторів на поширення ВІЛ-інфекції

Медико-соціальне значення ВІЛ-інфекції зумовлюється низкою чинників: зростаючим внеском у загальну структуру захворюваності та смертності населення, провідною роллю серед причин встановлення інвалідності, високим рівнем госпіталізацій, суттєвою потребою в наданні спеціалізованої медичної допомоги, а також вагомими витратами на лікування і реабілітаційні заходи [14]. Сукупність цих обставин спричиняє значні економічні, соціальні та демографічні втрати для суспільства, негативно впливає на репродуктивне здоров'я, посилює навантаження на систему охорони здоров'я, створює загрозу для сталого розвитку держави, а також несприятливо позначається на благополуччі родини та психологічному стані самого пацієнта. З кожним роком зростає домінування неінфекційних захворювань у загальній структурі смертності та захворюваності. Так, у 2019 році 68% усіх випадків смерті були пов'язані з неінфекційними хворобами (у 2012 році ця частка становила 63%), а до 2030 року прогнозується її зростання до 75%. У результаті епідемії СНІДу у світі загинули близько 40 мільйонів осіб. Протягом 2019 року СНІД став причиною смерті 630 тисяч людей, а понад 1 мільйон нових осіб інфікувалися ВІЛ. В Україні в 2022 році через СНІД померло 1 293 особи, а за десять місяців 2023 року (станом на 1

листопада) — ще 1 198. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в Україні щорічно зростає. Серед основних шляхів передачі інфекції переважає статевий (80,0%), проте зберігає актуальність і парентеральний шлях, зокрема через вживання ін'єкційних наркотиків (19,2%). ВІЛ передається від людини до людини через рідини організму інфікованої людини, включаючи кров, грудне молоко, сперму та вагінальні рідини, але натомість він не поширюється через поцілунки, обійми чи спільне харчування. Фактори ризику зараження ВІЛ:

1. Незахищений анальний або вагінальний секс. Сприйнятливий анальний секс є найбільш ризикованим. Наявність кількох партнерів також підвищує ризик. Правильне використання нового презерватива кожного разу під час статевого акту значно знижує цей ризик [31, 33].

2. Вживання наркотиків і спільні голки чи шприци.

3. Наявність ВІЛ-інфікованого сексуального партнера, який не приймає ліки від ВІЛ або має вірусне навантаження, яке можна визначити [2].

Як на внутрішньому, так і на міжнародному рівні, ВІЛ – це захворювання, яке є невід'ємною частиною соціальної та економічної нерівності, оскільки воно непропорційно часто вражає людей з нижчим соціально-економічним статусом та збіднілих районів. Дослідження соціально-економічного статусу та ВІЛ/СНІДу показують, що соціально-економічний статус людини може впливати на її ймовірність зараження ВІЛ та розвитку СНІДу. Крім того, соціально-економічний статус є ключовим фактором, що визначає якість життя людей після того, як вони перенесли вірус. Брак соціально-економічних ресурсів пов'язаний з практикою ризикованої поведінки для здоров'я, яка може призвести до зараження ВІЛ. До такої поведінки належить вживання психоактивних речовин, що знижує ймовірність використання презервативів. Обмежені економічні можливості та періоди безпритульності пов'язані з ризикованими сексуальними практиками, такими як обмін сексу на гроші, наркотики, житло, їжу та безпеку. Зрештою, ці практики можуть наражати людей на ризик

зараження ВІЛ. Життя в бідності також може призвести до недостатності харчування, що може сприяти інфікуванню ВІЛ/СНІДом. Нестача їжі може призвести до транзакційного сексу та розбіжностей у владі в сексуальних стосунках, що може наражати людину на ризик зараження. Крім того, люди можуть продовжувати відчувати голод після зараження ВІЛ [30].

Було виявлено, що рівень поширеності ВІЛ у бідних міських районах еквівалентний багатьом країнам з низьким рівнем доходу з генералізованими епідеміями. Дослідження міського здоров'я показали, що такі фактори, як рівень бідності та безробіття, порожні будівлі та високий рівень злочинності, пов'язані з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ. Однак усі ці фактори тісно пов'язані між собою, що ускладнює виокремлення механізмів, що сприяють інфікуванню ВІЛ. Хоча ВІЛ переважно локалізований у великих містах, тенденції протягом багатьох років свідчать про зростаючий вплив хвороби на жінок, меншини, людей похилого віку, сільських жителів та тих, хто живе на Півдні (Національна асоціація охорони здоров'я сільських районів, 2014). Сільські жителі стикаються з унікальними проблемами, такими як відстань до медичних закладів, брак медичних закладів та медичних працівників з досвідом роботи з ВІЛ/СНІДом, обмежена доступність допоміжних або допоміжних послуг, стигма та дискримінація, а також обмежена освітня та економічна інфраструктура. Показники соціально-економічного статусу (СЕС) можуть по-різному впливати на ризик ВІЛ-інфекції для чоловіків та жінок. Було виявлено, що нерівність доходів пов'язана зі збільшенням ризику ВІЛ-інфекції для чоловіків, тоді як бідність, стан здоров'я та житлові обставини збільшують ризик для жінок. Однак, як для чоловіків, так і для жінок, підвищення рівня бідності та безробіття, а також зниження медіанного доходу домогосподарства пов'язані з нижчою ймовірністю виживання після встановлення діагнозу ВІЛ. Інші показники СЕС, включаючи бідність, безпритульність, голод та нижчий рівень освіти, також були пов'язані з вищою смертністю [20].

Вплив ВІЛ на фізичне та психічне функціонування може ускладнити підтримку регулярної роботи. Пацієнти з ВІЛ-інфекцією також можуть зіткнутися з тим, що їхні робочі обов'язки суперечать їхнім потребам у медичному обслуговуванні. Тяжкість захворювання та самотійно повідомлена дискримінація на роботі, пов'язана з ВІЛ, наражають ВІЛ-позитивних жінок та осіб з низьким рівнем освіти на ризик втрати роботи. Дослідження показують, що рівень безробіття серед людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, може коливатися від 45 до 65 відсотків. Люди з запущеною ВІЛ-інфекцією та СНІДом можуть мати право на отримання допомоги по інвалідності, яка обмежує їхню здатність заробляти додатковий дохід. В одному дослідженні роботодавці, які вважали, що кандидати на роботу з ВІЛ/СНІДом є некомпетентними та не можуть виконувати обов'язки, пов'язані з роботою, заявили, що вони з меншою ймовірністю проведуть співбесіди з гіпотетичними кандидатами. Це може мати наслідки для практики найму та економічних можливостей людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом [38].

Соціально-економічний статус часто визначає доступ до лікування ВІЛ. Особи з низьким СЕС починають лікування пізніше порівняно з більш заможними пацієнтами, що знижує їхні шанси на виживання. Структурні фактори, включаючи бідність, брак можливостей працевлаштування, обмежений доступ до медичного обслуговування та обмежену транспортну інфраструктуру, були виділені як незалежні, так і взаємодіючі фактори, що сприяють залученню ВІЛ-позитивних жінок до медичного обслуговування.

У пацієнтів з нижчим рівнем соціально-економічного статусу (СЕС) спостерігається підвищений рівень смертності від ВІЛ/СНІДу. Дослідження показують, що підвищення СЕС пов'язане зі зниженням смертності від ВІЛ/СНІДу, а рівень смертності від ВІЛ/СНІДу в окрузі з високим СЕС був майже втричі вищим, ніж у окрузі з низьким СЕС. Жінки, які проживають у бідніших домогосподарствах, можуть стикатися з труднощами до, під час та

після пологів, що може наражати їх на ризик зараження ВІЛ та ускладнень. Жінки з малозабезпечених домогосподарств можуть мати менше можливостей отримати доступ до пренатальної допомоги, яка могла б дозволити їм пройти тестування на ВІЛ. Відсутність продовольчої безпеки також може вплинути на здоров'я матері та дитини, включаючи дотримання антиретровірусної терапії (АРТ) та грудне вигодовування [39].

Бездомні та маргіналізовані особи, які проживають у житлі та вважаються особами з нестабільною продовольчою сферою, частіше мають нижчий рівень CD4 (Т-клітин), гірше дотримання режиму прийому ліків та неповне пригнічення реплікації ВІЛ. Нестабільність у сфері продовольчої безпеки та нестабільність проживання пов'язані не лише з гіршим дотриманням режиму прийому ліків, але й з непослідовним медичним обслуговуванням та гіршим доступом до нього, а також менш сприятливим ставленням до медичних працівників.

Перешкоди та фактори, що сприяють дотриманню АРТ, відрізняються в країнах з обмеженими та багатими ресурсами. У країнах з обмеженими ресурсами бідність може перешкоджати доступу до медичної допомоги та подальшого лікування, тоді як у країнах з багатими ресурсами фактори, пов'язані з бідністю, такі як залежність або депресія, можуть перешкоджати людям, які живуть з ВІЛ, дотримуватися режиму прийому ліків [46].

Загальні, універсальні передумови виникнення соціально значущих захворювань, або так званих «хвороб цивілізації та соціальної дезадаптації», полягають у тому, що людина сформувала нове, не властиве для природного функціонування організму середовище. Це середовище виникло внаслідок надмірних або неконтрольованих фізичних навантажень, що провокують патологічні зміни в організмі. Особливої шкоди завдають соціальні чинники, серед яких: трансформація традиційної системи харчування; екологічне забруднення (повітря, ґрунтів, водойм); радіаційний вплив; широке використання синтетичних матеріалів у промисловості, будівництві та побуті;

зміна темпу життя, хронічна втома, стресові навантаження; малорухливий спосіб життя; надмірна механізація та інформатизація, що негативно позначаються на соматичному та психічному здоров'ї населення [40]. Зменшення або усунення негативного впливу цих чинників на стан здоров'я можливе лише за умови реалізації масштабних, міждисциплінарних соціально-гігієнічних досліджень на різних рівнях, а також за умови підвищення особистої відповідальності кожного за власне здоров'я.

Висновки до розділу 1

1. За результатами написання першого розділу вивчено, зібрано та систематизовано теоретичний матеріал про соціально небезпечні захворювання в тому числі ВІЛ-інфекція. Соціальні проблеми, які супроводжують економічний занепад, стали передумовою стрімкого зростання кількості людей, які вживають ін'єкційно наркотики та поширення комерційного сексу. Особливістю питання поширеності ВІЛ-інфекції є те, що хворіють переважно люди молодого віку. Нині Україна перебуває в епіцентрі епідемії ВІЛ - інфекції у Східній Європі: кількість нових випадків перевищує відповідний показник вдвічі для Західної Європи і майже в 14 - Центральної Європи. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) виділяє такі стадії розвитку ВІЛ-інфекції в організмі людини: початкова, або гостра ВІЛ-інфекція, безсимптомна, або латентна стадія, стадія ранніх клінічних проявів ВІЛ-інфекції, стадія синдрому набутого імунodefіциту (СНІД). Описано історичний аспект походження ВІЛ-інфекції, що свідчить про те, що вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) — це вірус, який атакує імунну систему організму. Синдром набутого імунodefіциту (СНІД) виникає на пізніх стадіях розвитку інфекції, який було відкрито ще в 1983 р. французькими вченими в лабораторії М.Л. Монтаньє та американського дослідника Р. Галла. Відповідно до іншої точки зору, ключовим фактором, який сприяв пристосуванню ВІЛ до людського організму та його подальшому

розповсюдженню, стала ризикована медична практика в африканських країнах у період після завершення Другої світової війни. Зокрема, йдеться про використання багаторазових шприців без належної стерилізації під час масштабних кампаній із вакцинації, а також при введенні антибіотиків і засобів проти малярії. У 2008 році Люк Монтаньє та Франсуаза Барр-Сінуссі отримали Нобелівську премію з фізіології або медицини за відкриття вірусу, що спричиняє імунodefіцит у людей.

2. Охарактеризовано нормативно-правову базу щодо ВІЛ-інфекції, яка передбачає особам, які живуть з ВІЛ, а також представники груп із підвищеним ризиком зараження вірусом імунodefіциту людини мають повний обсяг прав і свобод, гарантованих Конституцією, законодавством та нормативно-правовими актами України. Відповідно до Закону України «Про протидію поширенню захворювань, спричинених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та забезпечення правового і соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ», держава гарантує здійснення заходів профілактики, медичного лікування, догляду й підтримки у разі ВІЛ-асоційованих хвороб, а також забезпечує правовий і соціальний захист для таких осіб.

3. Досліджено вплив соціальних факторів на поширення ВІЛ-інфекції, який визначається: зростанням його ролі в структурі захворюваності та смертності населення; провідним центром серед причин інвалідності; обумовлює значні рівні госпіталізації; значну потребу в спеціалізованій медичній допомозі; значні економічні витрати на лікування та реабілітацію. Усі вище зазначені фактори призводять до колосальних економічних, соціальних і медико-демографічних втрат суспільства, руйнують репродуктивне здоров'я, посилюють навантаження на систему охорони здоров'я, становлять загрозу національному розвитку країни, а також негативно впливають на стан сім'ї та особистості хворого.

РОЗДІЛ 2.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Дослідження поширеності ВІЛ-інфекції у 2020-2024 рр.

Станом на кінець 2020 року під спостереженням закладів охорони здоров'я перебували 144 089 осіб із діагнозом ВІЛ-інфекції, а також 4261 дитина з підозрою на ВІЛ, яка проходила етап підтвердження діагнозу. Показник поширеності ВІЛ серед населення, згідно з даними диспансерного обліку, становив 378,8 випадків на 100 тисяч осіб. Рівень охоплення медичним контролем вперше виявлених ВІЛ-позитивних пацієнтів досяг 82,7% (в межах від 47,3 до 100%). Серед нових випадків у 2020 році: за статтю: переважну частку склали чоловіки – 62%; за віковими групами: основна маса нововиявлених осіб належала до віку 25–49 років (82,1%), молодь 15–24 років становила 3,9%, а люди віком 50 років і більше – 13,5%; за шляхами інфікування: у 0,2% випадків джерело зараження залишився невстановленим, переважає статевий шлях передачі – 59%. Зафіксовано зростання на 42% кількості випадків інфікування серед людей, які вживали ін'єкційні наркотики. У 0,4% підтверджено вертикальний шлях зараження – від матері до дитини. Щодо своєчасності виявлення, частка осіб, які були поставлені на облік з рівнем CD4 < 350 клітин/мкл, зменшилася з 54% до 48% [14]. Поширеність ВІЛ серед вагітних, за результатами первинного скринінгу, продовжує знижуватись і у 2020 році становила 0,21%. Проте найвищі показники зафіксовано в Одеській (0,50%), Київській (0,43%) та Дніпропетровській (0,37%) областях. Упродовж року було офіційно зареєстровано 4139 випадків захворювання на СНІД та 2114 летальних випадків, спричинених цим захворюванням. Показник захворюваності на СНІД на 100 тисяч населення знизився з 19,5 до 10,9, а рівень смертності – з 7,7 до 5,5. Також 1930 новонароджених, що з'явилися на світ у ВІЛ-позитивних матерів, були взяті під нагляд із невизначеним ВІЛ-статусом. Згодом 1860 із них були

зняті з обліку після лабораторного підтвердження відсутності інфекції. Аналіз результатів СЕМ (системи епідагляду за ВІЛ) за 2020 рік на регіональному рівні свідчить про те, що найкращу ситуацію зафіксовано в Донецькій області, де на донорів та вагітних припадало лише 25% тестувань. Натомість найвищі показники цієї частки спостерігались у Кіровоградській та Івано-Франківській областях, де активність тестування серед інших груп населення була найнижчою, і дві третини всіх ПТВ (первинних тестів на ВІЛ) припадали саме на вагітних та донорів. За даними СЕМ щорічна кількість скринінгових обстежень на ВІЛ в Україні до 2020 року була відносно стабільною – на рівні 2,3-2,5 млн. досліджень, однак внаслідок карантинних обмежень через епідемію COVID-19 активність населення щодо тестування на ВІЛ зменшилась. У 2021 році обстежено на ВІЛ-інфекцію 1 922 018 громадян України - 5,1% від середньорічної чисельності населення або 5 093 на 100 000 населення. Кількість позитивних результатів обстеження зменшилась відносно 2020 року на 11% і становила 19 040. Загальний рівень інфікованості ВІЛ залишився у межах 0,9-1,1% [13].

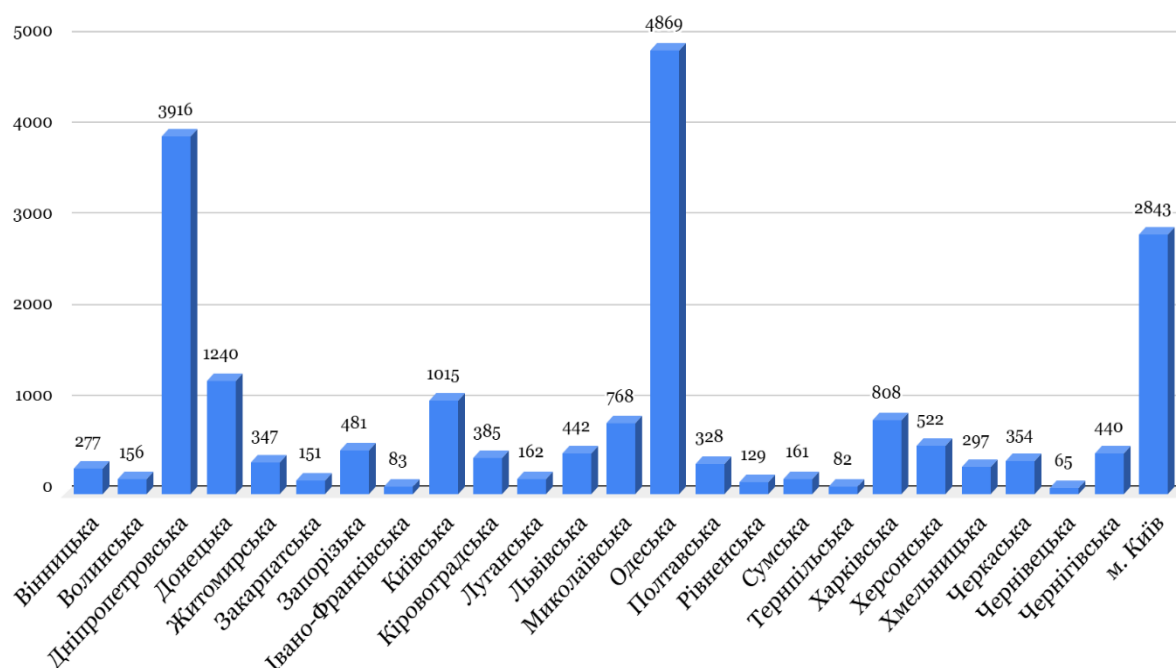


Рисунок 1. Поширеність ВІЛ-інфекції у регіонах України за даними медичного нагляду у кількості осіб станом на 2020 рік.

Відповідно до офіційної статистики, станом на кінець 2021 року в Україні проживало приблизно 245 тисяч осіб із підтвердженим ВІЛ-статусом. Рівень ВІЛ-інфікованості серед вагітних жінок продовжує демонструвати тенденцію до зниження: з 0,33% у 2015 році до 0,24% у 2021-му. Водночас найвищі показники були зафіксовані у Полтавській області (0,78%), а також в Одеській та Миколаївській (по 0,54%), Дніпропетровській і Житомирській (по 0,38%) та Донецькій (0,36%). Зміни у статево-віковому профілі нових випадків ВІЛ: структура нових випадків за статтю поступово змінюється — зберігається тенденція до зростання частки чоловіків, яка у 2021 році досягла 63%. За віковими характеристиками переважає група 25–49 років, яка становила 82,2% у 2020 році [14]. Частка молоді у віці 15–24 роки продовжує зменшуватись і складала 3,3% (517 осіб). Як і в попередні роки, більшість нових випадків ВІЛ-інфекції реєструється серед мешканців міст — 81%. Шляхи передачі ВІЛ залишаються відносно стабільними: провідним шляхом залишається статевий — 64,9% випадків. Парентеральний (через ін'єкції) становив 34,7% (3661 особа). Вертикальна передача (від матері до дитини) — 0,3% (48 випадків). У 0,1% випадків (21 особа) шлях інфікування не був встановлений. Поширеність парентерального шляху суттєво варіюється між регіонами: від 1,2% у Закарпатській до 54,1% у Херсонській області. Варто зазначити, що понад половина всіх нових випадків ВІЛ була зафіксована лише у двох регіонах — Одеській (1578 осіб) та Дніпропетровській (1330 осіб). У 2021 році в Україні було зареєстровано 4151 випадок розвитку СНІДу серед людей з ВІЛ, що відповідає показнику 11,0 на 100 тисяч населення. Найвищу кількість випадків зафіксовано в Одеській області — 997 осіб, що становить приблизно 25% усіх зареєстрованих в країні випадків [14]. Відповідно, рівень захворюваності на СНІД у цьому регіоні сягнув 42,2 на 100 тисяч — майже вчетверо більше за середній по країні.

Найнижчі показники були зафіксовані в Івано-Франківській (1,0), Тернопільській (2,3) та Закарпатській (2,6) областях.

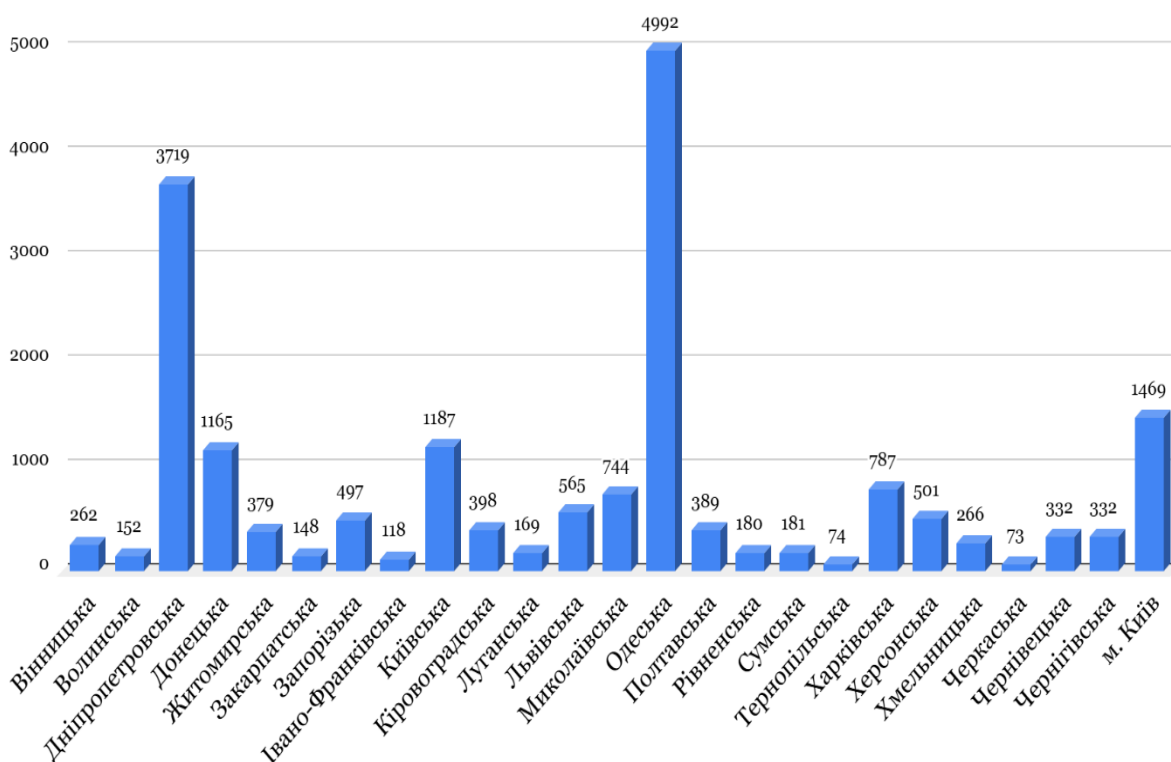


Рисунок 2. Поширеність ВІЛ-інфекції у регіонах України за даними медичного нагляду у кількості осіб станом на 2021 рік.

Із початком повномасштабного збройного конфлікту на території України в лютому 2022 року виникли суттєві труднощі у здійсненні епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією. Було ускладнено логістичні процеси з надання профілактичних послуг, проведення тестувань, забезпечення лікування ВІЛ та здійснення клініко-лабораторного контролю за перебігом ВІЛ/СНІД серед людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), особливо у південно-східних регіонах країни. Наслідки кризи та відновлення доступу населення до відповідних медичних послуг мають нерівномірний характер і залежать від динаміки бойових дій, рівня руйнування медичної інфраструктури, масштабів внутрішнього переміщення населення та оперативних змін ситуації в окремих областях. Згідно з результатами сероепідеміологічного моніторингу, за перші дев'ять місяців 2022 року кількість проведених тестів на ВІЛ (ПТВ) скоротилась із 1,4 млн до 1,1 млн

у порівнянні з аналогічним періодом попереднього року, що становить спад на 23%. Зокрема, на 26% зменшився обсяг швидких тестувань. Найбільш суттєві зміни були зафіксовані у східних регіонах країни, де рівень тестування скоротився на 59%, а в деяких районах із початком бойових дій тестування практично припинилося. Наприклад, у Луганській області за вказаний період було обстежено лише 951 особу. У 2021 році на східні області припадало 30% загального обсягу ПТВ в Україні, тоді як у 2022-му ця частка скоротилася до 20%. Схожа ситуація спостерігалася і на півдні країни — обсяг тестувань зменшився на 38%, переважно через суттєве скорочення в Херсонській області (на 58%). Водночас у західних і центральних регіонах ситуація була зворотною — кількість тестувань зросла [15]. Зокрема, у Сумській та Івано-Франківській областях зафіксовано приріст обсягів тестування на понад 25% (на 28% і 27% відповідно). Очікуваним результатом стало зниження кількості виявлених ВІЛ-позитивних випадків. У порівнянні з довоєнним періодом, за дев'ять місяців кількість нових діагнозів ВІЛ зменшилася на 18% — з 14 556 до 11 871 осіб, зокрема на сході країни кількість виявлених випадків скоротилася утричі (на 35%). Натомість у центральних та західних областях кількість виявлених випадків ВІЛ-інфекції зросла — на 20% і 5% відповідно. При цьому загальний відсоток позитивних результатів тестування в країні підвищився з 1,0% до 1,1% (збільшення на 6%). На регіональному рівні цей показник суттєво варіюється: від традиційно низького рівня у західних областях (0,3%) до найвищого показника, зафіксованого в Одеській області — 4,1%. У закладах охорони здоров'я станом на 01.10.2022 року під медичним наглядом перебували 155 722 людини, які живуть з ВІЛ, або 376,0 на 100 000 населення. За даними офіційної реєстрації, найвищий рівень поширеності ВІЛ-інфекції на 100 000 населення зареєстровано в Одеській (1 138,8), Дніпропетровській (924,7), Миколаївській (742,1), Херсонській (462,3), Київській (443,0), Чернігівській (407,1) областях та м. Київ (619,3). Порівняно з аналогічним періодом 2021 року диспансерна група по Україні збільшилася на 4%. Найвищий приріст відбувся у Закарпатській (+ 44%), Тернопільській (+ 14%), Рівненській (+ 12%), Львівській (+ 10%) областях та м.

Київ (+ 28%). Значно поменшала диспансерна група в областях, які найбільше постраждали внаслідок масштабної війни на території країни: Харківська (на 13%), Донецька (на 10%), Луганська (на 7%) [15].

За оперативними даними, впродовж дев'яти місяців 2022 року виявлено та офіційно зареєстровано 9 241 випадок ВІЛ-інфекції (22,2 на 100 000 населення), із найвищими показниками захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 000 населення в Одеській (124,9), Дніпропетровській (66,3), Київській (27,6), Миколаївській (23,3) та Кіровоградській (23,1) областях. Показник захворюваності за дев'ять місяців 2022 року на 21% менший порівняно з аналогічним періодом 2021 року, що насамперед зумовлено зменшенням скринінгу. Найбільше ці зміни відчутні на сході країни, де в Луганській області показник впав на 89%, Донецькій — на 68%, Харківській — на 62% та Херсонській — на 54% [15].

Як і раніше, найбільше випадків ВІЛ-інфекції було зареєстровано серед осіб вікової групи 30–49 років, а у статевій структурі переважають чоловіки (66%). У середньому щодня в Україні реєстрували 34 випадки захворювання на ВІЛ-інфекцію, 8 випадків захворювання на СНІД і 4 смерті від хвороб, зумовлених СНІДом. У структурі шляхів інфікування ВІЛ переважна частка випадків припадає на статевий (68,3%), а третина, які і раніше, — на парентеральний шлях інфікування внаслідок вживання наркотичних препаратів ін'єкційним способом (31,3%).

За дев'ять місяців зареєстровано 955 смертей від СНІДу. Показник смертності на 100 000 населення становить 2,3. Найвищі рівні смертності зареєстровано в Одеській (7,4), Дніпропетровській (7,0), Кіровоградській (4,3), Миколаївській (4,3), Чернігівській (3,4) та Київській (2,9) областях. Смертність зменшилася на 34% відносно аналогічного періоду 2021 року (3,8 на 100 000). Найбільше зниження показника зафіксували у Луганській (– 75%), Сумській (– 75%), Донецькій (– 68%), Харківській (– 62%) та Херсонській (– 54%) областях.

Від початку року станом на 01.10.2022 загальна кількість ЛЖВ, які отримують АРТ, зменшилася на 6% (на 7 808) і становить 122 431 осіб.

Національний показник охоплення АРТ тих ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом, знизився з 87% до 79%. Через зменшення кількості виявлених осіб з ВІЛ-інфекцією дещо уповільнився і темп набору нових пацієнтів на АРТ. Найменшу кількість ЛЖВ залучено до лікування у березні – квітні. Загалом за дев'ять місяців цього року розпочали АРТ на 21% менше ЛЖВ, ніж за аналогічний період довоєнного року (9 722 проти 12 331 відповідно). Як і решта показників, темп приросту нових пацієнтів має значні регіональні відмінності — від – 74% у Луганській області до + 54% у Закарпатській [16].

Згідно з отриманою інформацією про облік внутрішньо переміщених ВІЛ-позитивних осіб та ВІЛ-експонованих дітей у закладах охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за ЛЖВ, у зв'язку з воєнним станом (лист від 24.03.2022 № 03-09/16/1357/22), загальна кількість таких ВПО на кінець вересня 2022 року становила 3 255, зокрема 1 896 (55%) чоловіків і 1 485 (45%) жінок, з них 34 вагітні. За віковим розподілом: 0–14 років — 116 (3%), 15–17 років — 33 (1%), 18–24 роки — 100 (3%), 25–49 років — 3 135 (79%), 50 років і старші — 478 (15%). Також серед ВПО зареєстровано 36 ВІЛ-експонованих новонароджених. Найбільше ВПО прибуло в інші регіони з Донецької (38,6%), Луганської (10,6%), Харківської (10%) та Херсонської (9,4%) областей.

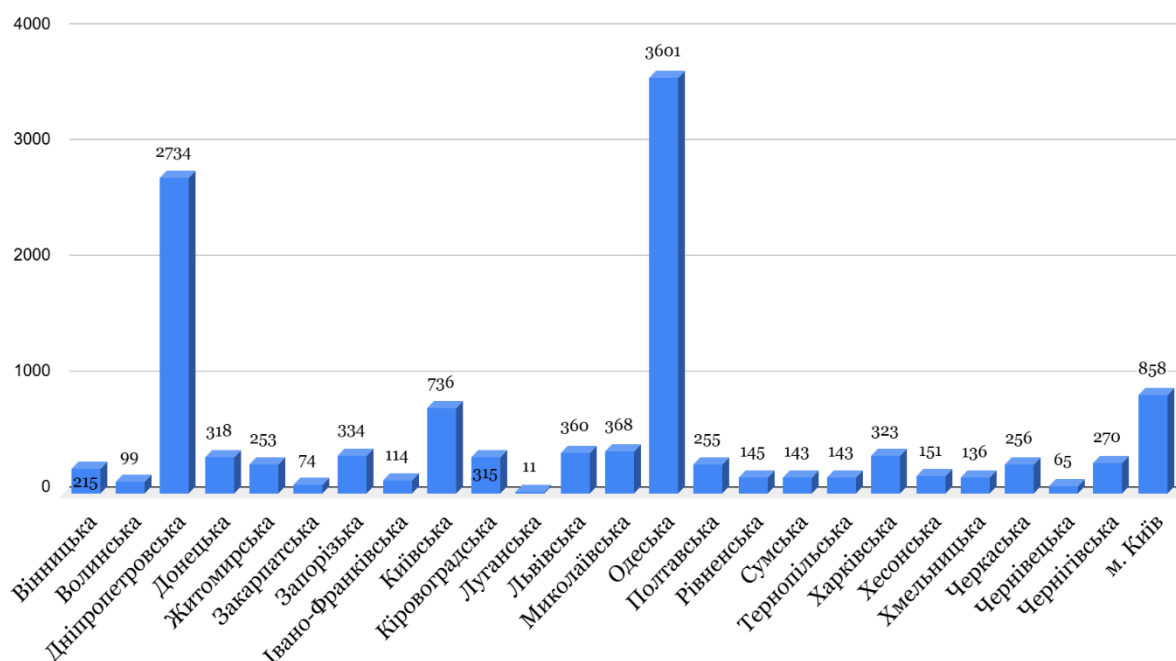


Рисунок 3. Поширеність ВІЛ-інфекції у регіонах України за даними медичного нагляду у кількості осіб станом на 2022 рік.

В Україні станом на 1 листопада 2023 року встановлено 158 803 випадки ВІЛ-інфекції і 48 908 випадків СНІДу, з них 9 769 випадків ВІЛ і 2 738 випадків СНІДу зареєстровано у 2023 році. Але насправді цифри можуть бути більшими. Згідно з оцінювальними даними, на кінець 2021 року кожна четверта людина з ВІЛ не знала про свій статус. Вагомим чинником впливу на загальні результати є місцеві зміни в окремих регіонах.

Загальне зменшення кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на 24% відносно 2021 року пов'язане майже двократним зменшенням кількості зареєстрованих 2023 року у Дніпропетровській (-652), Донецькій (-730) та Одеській (-2378), на які раніше припадала більша частка (56%) від загального показника вперше взятих на облік з ВІЛ-інфекцією [16].

Показник захворюваності за даними офіційної реєстрації зменшився і становить 28,4 на 100 тис. населення (з використанням у знаменнику даних про чисельність наявного населення України на 1 січня 2022 року). Значно перевищують середній рівень в країні показники у Дніпропетровській (88,6), Одеській (78,3), Миколаївській (42,1), Київській (42,0), Кіровоградській (37,2), Чернігівській (38,6) та Житомирській (29,3) областях та у м. Київ (36,8).

Порівняння показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію із розрахунку на наявне населення (41,0 млн. за даними Держстату станом на 1 січня 2022 року) та оціночну чисельність населення у 2023 році (31,7 млн. інформацією Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України) вказує на суттєве зниження показників в деяких регіонах, особливо тих, де відбулася найбільша міграція з відтоком населення.

Соціально-демографічна структура випадків ВІЛ-інфекції становить, що більшість людей, яких було взято на облік, є мешканцями міста (76,7%). За статтю переважають чоловіки - їхня частка складає майже дві третини (63,5%) випадків. Приросту числа випадків серед дітей і підлітків не спостерігається. За віком більшість (77,6%) складають особи вікової групи 25-49 років. Проте,

продовжує поступово збільшуватися питома вага осіб віком 50 років і старших, частка яких зросла з 14,3% у 2021 році до 19,3% [16].

У 2023 році кількість зареєстрованих випадків СНІДу незначно збільшилась і становила 3351 випадки. Найвищі показники на СНІД зареєстровані у Донецькій та Одеській областях. Якщо загалом, то темп приросту захворюваності становив -4%, у деяких регіонах ситуація вказує на тривожні сигнали. Про погіршення ситуації порівняно з 2021 роком свідчить позитивний Тпр показника у Харківській (160%), Івано-Франківській (99%), Запорізькій (80%) та Донецькій (79%) областях. Серед усіх випадків ВІЛ-інфекції, зареєстрованих у 2023 році, на випадки СНІДу в середньому припадає 29%. На цьому фоні суттєво відрізняються області, де практично у кожному другому випадку серед людей з ВІЛ-інфекцією на етапі взяття під медичний нагляд був діагностований СНІД: Вінницька (69%), Житомирська (52%), Хмельницька (46%) та Харківська (44%) області. Найбільшу кількість випадків СНІДу було зареєстровано у Одеській області (669) - кожен п'ятий випадок в Україні та у Дніпропетровській області (554). Окрім регіональних відмінностей, частота випадків серед осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції відрізняється залежно від шляхів інфікування. Найменше таких випадків у 2023 році було серед випадків з парентеральним шляхом (15%), найбільше (32%) - з гетеросексуальним. У 2023 році АРВ-терапію отримують 121 820 українців, із них 119 730 – це дорослі, 1 990 – діти. 7 500 наших співгромадян із ВІЛ отримують АРВ-терапію у країнах Європи.

Станом на 1 жовтня 2024 року під медичним спостереженням у закладах охорони здоров'я перебували 147 599 осіб, які живуть із ВІЛ, що відповідає показнику 360,0 випадків на 100 000 населення. Згідно з офіційною статистикою, найвищий рівень поширення ВІЛ-інфекції на 100 000 жителів, як і раніше, зафіксовано в Одеській (971,8), Дніпропетровській (938,8), Миколаївській (747,4) областях, а також у місті Київ (631,0).

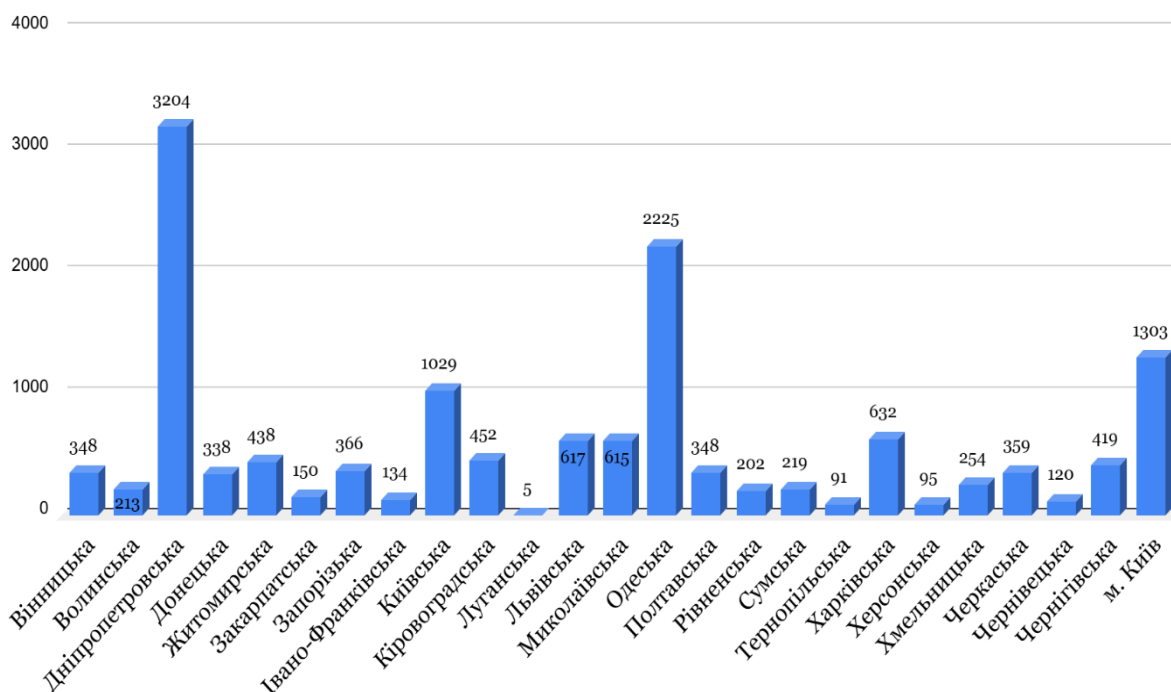


Рисунок 4. Поширеність ВІЛ-інфекції у регіонах України за даними медичного нагляду у кількості осіб станом на 2023 рік.

У порівнянні з аналогічним періодом 2023 року (9 місяців), чисельність диспансерної групи в Україні скоротилася на 7,1%, що зафіксовано у 16 регіонах. Найбільше зниження чисельності спостерігається в таких областях: Запорізька (темپ приросту — мінус 52,4%), Луганська (–40,4%), Закарпатська (–16,0%), а також Київська та Донецька області (по –15,0%). З огляду на наявні тенденції, можна прогнозувати подальше поступове скорочення диспансерної групи у зв'язку з досягненням строків зняття з обліку [17].

За даними СЕМ за дев'ять місяців 2024 року обсяги послуг з тестування на ВІЛ (далі – ПТВ) зросли з 1 561 574 до 1 927 705 (Тпр +23,4%) порівняно з аналогічним періодом 2023 року, за рахунок швидких тестів (по країні Тпр +39,5%). Кількість виявлених ВІЛ-позитивних осіб знизилась (Тпр -11,3%). Загальна результативність тестування населення на ВІЛ-інфекцію по країні за 9 місяців 2024 року знизилась у всіх областях та становила 0,5% (за 9 місяців 2023 року - 0,7%). На рівні областей показник коливається від низьких цифр у Тернопільській (0,19%) та Івано-Франківській (0,21%), до найвищих показників у Одеській (1,05%), Донецькій (0,93%) та Дніпропетровській (0,79%) областях.

Кількість тестувань зросла по всіх областях, крім Львівської, Чернівецької, Івано-Франківської. Найбільший приріст тестувань відбувся у Хмельницькій (Тпр +63,5%), Закарпатській (Тпр +66,9%) та Херсонській (Тпр +92,7%) областях, в 2 рази по закладах Луганської області, які перемістилися на підконтрольні території. Збільшення обсягів тестувань відбулось переважно за рахунок не ключових груп. Частка донорів і вагітних серед обстежених на ВІЛ осіб становить 30,1% (за 9 місяців 2023 р. – 37,0%), частка призовників - 21,6% (за 9 місяців 2023 р. – 7,9%).

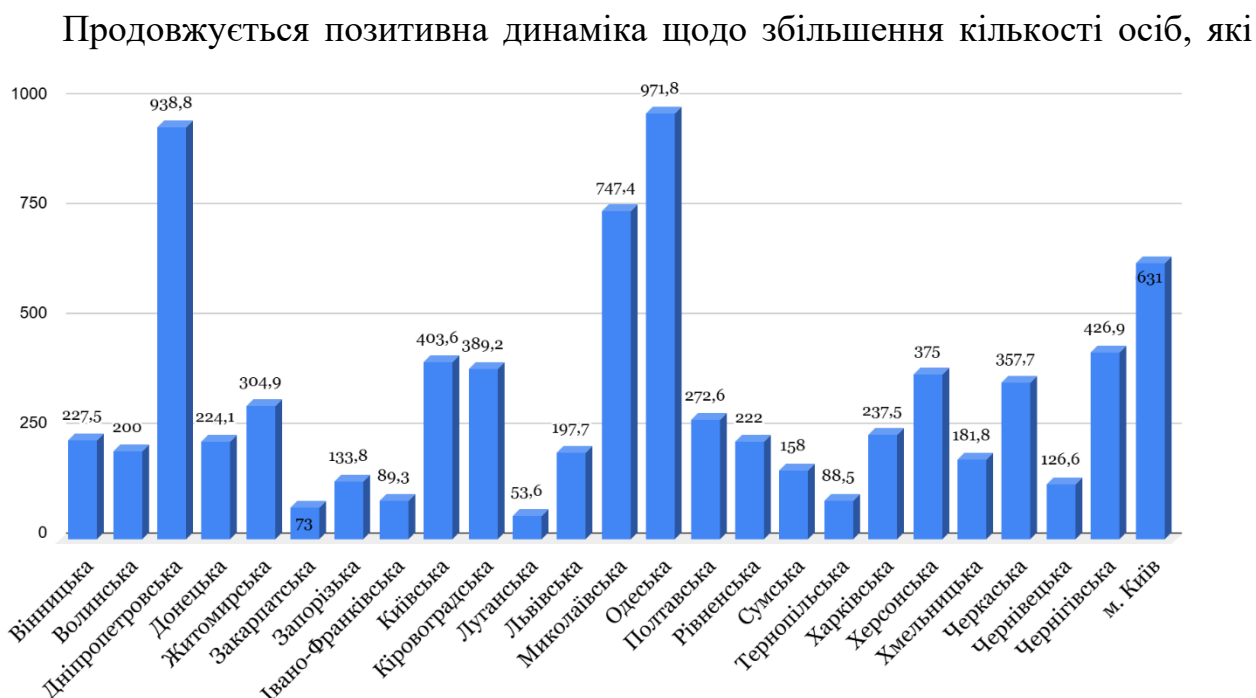


Рисунок 5. Поширеність ВІЛ-інфекції у регіонах України за даними медичного нагляду у кількості осіб станом на 2024 рік.

пройшли тестування на ВІЛ за кодом 113 (обстеження з ініціативи медичного працівника – приріст 20,5%) та кодом 116 (самостійне звернення для обстеження – приріст 21,8%) у порівнянні з аналогічним періодом 2023 року [17].

Натомість у середовищі представників ключових груп населення відбулося зменшення охоплення тестуванням — кількість протестованих знизилася на 41,8%, що характерно для 16 регіонів. Зростання кількості тестувань співпадає з областями, де загальний обсяг протестованих також збільшився — у

Хмельницькій та Херсонській областях кількість тестів зросла вдвічі, а у Сумській (+52,5%) та Чернівецькій (+31,5%) зафіксовано суттєве зростання. Протягом поточного періоду 2024 року було виявлено та офіційно зафіксовано 7841 новий випадок ВІЛ-інфекції, що відповідає показнику 19,1 на 100 тисяч населення. Найвищі рівні захворюваності спостерігалися у таких областях: Дніпропетровська (54,1), Одеська (43,9), Кіровоградська (30,6), Чернігівська (26,8), Миколаївська (26,7) та Київська (26,2). Інтенсивний показник захворюваності за дев'ять місяців 2024 року виявився на 11% нижчим у порівнянні з аналогічним періодом 2023 року (під час розрахунків використовувалися найактуальніші офіційні дані щодо чисельності населення). Зменшення зафіксоване у 13 регіонах, зокрема у Запорізькій (–29%), Одеській (–26%) та Чернівецькій (–24%) областях. Водночас у 10 областях показник навпаки зріс — зокрема у Полтавській (+22%), Вінницькій (+27%) та Херсонській (+61%). Як і в попередні роки, найбільшу кількість випадків ВІЛ-інфекції було виявлено серед осіб віком від 30 до 49 років, на яких припадає 68,95% усіх зареєстрованих випадків. Серед нововиявлених пацієнтів продовжують домінувати чоловіки — 65,6%. У розрізі механізмів інфікування переважає статевий шлях передачі ВІЛ — 80,3% від усіх випадків. Проте парентеральна передача інфекції через ін'єкційне вживання наркотиків також залишається значущою — 19,0%. У порівнянні з 9 місяцями 2023 року, коли статевий шлях становив 73,9%, спостерігається подальше зростання цієї форми передачі [18].

Станом на 1 жовтня 2024 року офіційно зареєстровано 2312 випадків СНІДу, що становить 5,6 на 100 тисяч населення — на 6,2% менше, ніж за відповідний період 2023 року. Зниження рівня захворюваності на СНІД зафіксовано у 16 регіонах. Водночас у Чернігівській області цей показник зріс удвічі, а в Полтавській області — майже удвічі.

Характеристика проведених тестувань та виявлених випадків. В періоді 2020–2024 відбувались різні кількісні показники проведених тестувань на

виявлення ВІЛ-інфекції в Україні. З кожним роком спостерігалось все більше залучення тестових систем: від 1211729 у 2020 році до 2587184 у 2024 році. Відповідність таких кількісних характеристик була пов'язана, передусім, для перевірки призовного військового персоналу, який залучався до війни. Тенденція в збільшенні тестових заходів не показала збільшеної кількості випадків ВІЛ 2023-2024 рр., оскільки основна увага не була зосереджена на групах ризику, які могли б бути носіями вірусу. Протягом 2022 року було здійснено найменшу кількість тестових перевірок, характеризувати таку ситуацію можуть події війни, що зумовили обмежений доступ до ресурсного забезпечення тестів та руйнування системи зв'язку між закладами охорони здоров'я, що переключилися на логістику швидкого реагування на воєнну ситуацію.

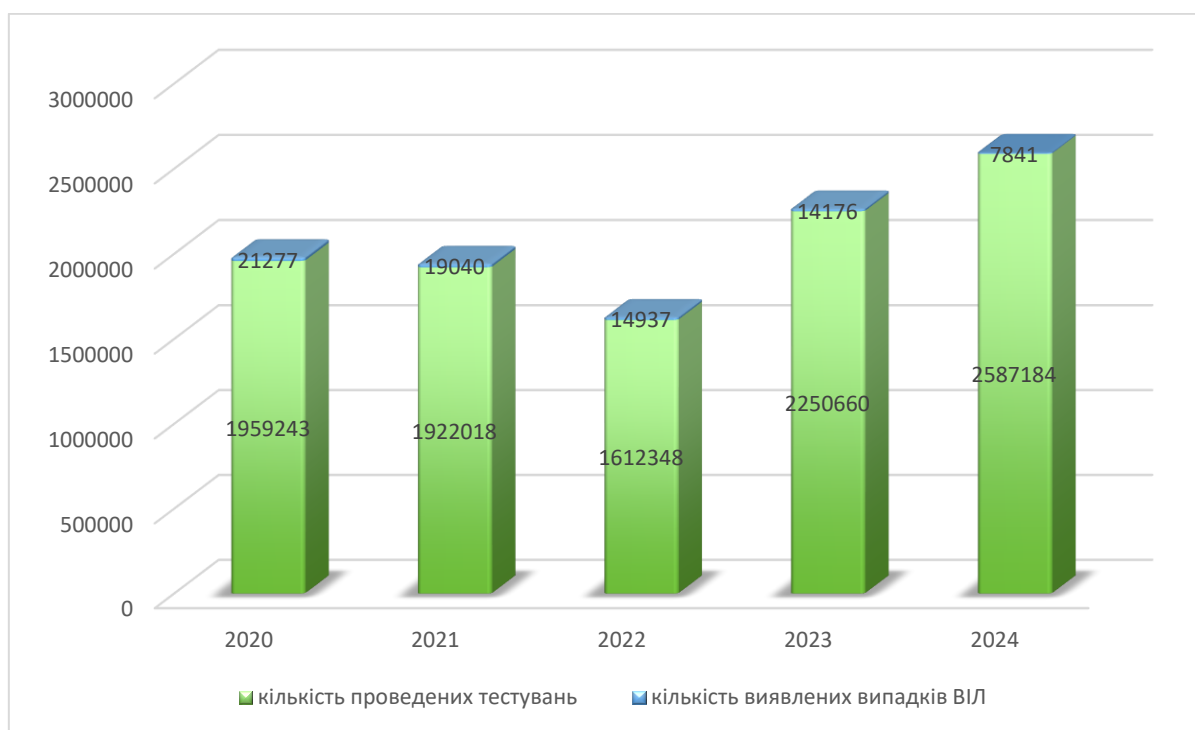


Рисунок 6. Динаміка кількості обстежень на ВІЛ та показника інфікованості.

Тенденції до шляхів поширеності. Аналізуючи ситуацію щодо шляхів передачі та факторів ризику, відповідно, можна помітити тенденцію до збільшення частоти випадків передачі статевим шляхом. Така ситуація може бути показником необізнаності населення щодо факторів ризику ВІЛ-інфекції та нехтування правилами безпеки здоров'я. Актуальним, але з меншою частотою

залишається відсоток інфікувань внаслідок парентерального вживання наркотиків. Така ситуація може бути показником того, що станом на сьогодні люди з наркотичною залежністю змінюють тип вживання наркотичних сполук або вживають превентивні заходи щодо ін'єкційного способу. З мінімальним показником визначається вертикальний шлях передачі, що може свідчити про обізнаність майбутніх матерів щодо свого стану здоров'я, вчасного скринінгу та проведення превентивних заходів задля збереження здоров'я дитини.

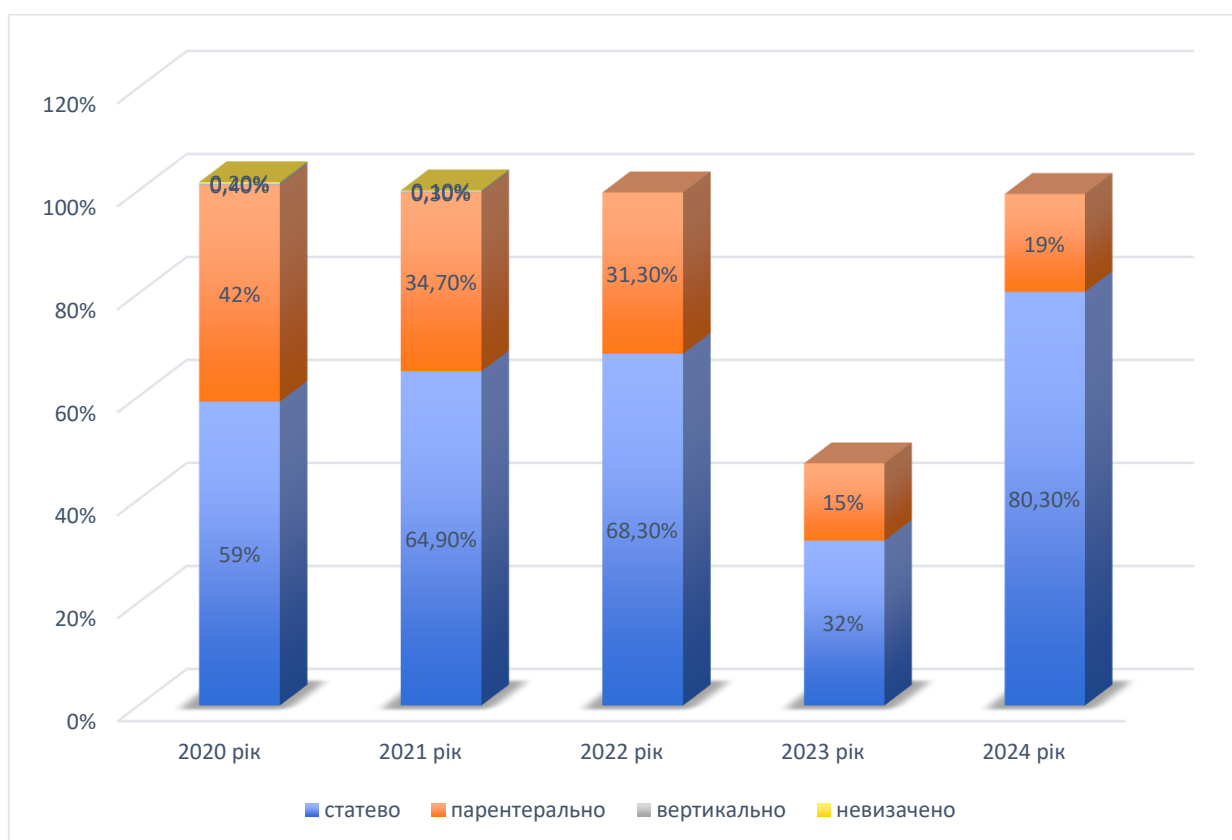


Рисунок 7. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції 2020-2024 рр.

2.2. Епідеміологічний аналіз та регіональні особливості захворюваності на ВІЛ-інфекцію

Згідно з даними Об'єднаної програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), на початок 2023 року кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у світі порівняно з 2010 роком знизилася на 38% (з 2,1 млн до 1,3 млн осіб), а смертність від СНІДу скоротилася на 51% (з 1,3 млн до 630 тис. осіб). Це

сталось на фоні зростання числа людей, які отримують антиретровірусну терапію (АРТ), що збільшилося з 7,7 млн до 29,8 млн осіб [24].

Однак досягнення в боротьбі з пандемією ВІЛ в останні три роки поступово знижуються, головним чином через негативну епідеміологічну ситуацію в країнах Східної Європи та Центральної Азії, зокрема в Україні [24]. За інформацією Європейського Центру контролю та профілактики захворювань, у 2022 році найвищі рівні захворюваності на ВІЛ були зафіксовані в Росії (38,4 на 100 тис. населення), Україні (29,8), Республіці Молдова (28,4) та Казахстані (20,7), де основними групами ризику залишаються люди з незахищеними гетеросексуальними контактами та особи, які ін'єкційно вживають наркотики (ЛВІН) [24].

З 1987 року ВІЛ-інфекція в Україні поширювалася поступово, охоплюючи нові регіони та соціальні групи, що відбувалося на фоні кризових ситуацій у суспільстві та економіці, які також впливали на розвиток епідемічного процесу (ЕП). Розвиток ЕП ВІЛ-інфекції є складним і багатофакторним, визначається впливом біологічних, природних і соціальних чинників. Враховуючи масштаби поширення ВІЛ в Україні, важливим є дослідження основних етапів розвитку епідемічного процесу та факторів ризику інфікування на кожному етапі, що є необхідною умовою для розробки ефективних профілактичних заходів та оцінки їх результативності.

Сучасний етап боротьби з ВІЛ-інфекцією характеризується посиленням ролі держави в реалізації заходів боротьби в рамках Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року [8]. Проте цей період відзначається значним впливом соціально-економічних факторів. Зокрема, варто зазначити обмеження доступу до ВІЛ-сервісних послуг через пандемію COVID-19 у 2020–2021 роках, що було спричинено локдаунами, перепрофілюванням багатьох медичних установ для лікування пацієнтів з COVID-19 та іншими чинниками [24], а також початком масштабного

вторгнення РФ у лютому 2022 року та супутнім переміщенням населення [24]. На шостому етапі можна виділити два основні фактори — вплив COVID-19 та військовий стан, проте це буде розглянуто в окремому дослідженні. До початку війни епідемія ВІЛ в Україні вважалася другою за масштабами в Східній Європі та Центральній Азії. В умовах війни ризик зараження ВІЛ значно зростає через збільшення кількості травм, поранень, переливань крові, контактів з кров'ю, надання першої медичної допомоги на полі бою тощо. Це матиме негативні наслідки і сприятиме зростанню числа нових випадків ВІЛ-інфекції та погіршенню клінічного перебігу хвороби у ВІЛ-позитивних людей в Україні, перш за все через труднощі з доступом до лікування [25, 26].

Згідно з оцінками ВООЗ, через війну близько 5 000 ВІЛ-позитивних осіб, які проживали в Україні, опинилися за межами країни. Встановлено, що саме міграція ЛЖВ з України до Європи під час війни призвела до рекордного числа нових випадків ВІЛ-інфекції в країнах Європейського регіону ВООЗ, де у 2022 році кількість мігрантів з України серед осіб з уперше діагностованою ВІЛ-інфекцією зросла вдесятеро порівняно з 2021 роком [27].

Протягом 2019–2023 років спостерігається істотне зменшення рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію на фоні початку пандемії COVID-19 та війни: 42,5 → 41,1 → 40,6 → 29,8 → 28,4 на 100 тис. осіб. Найвищий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. населення традиційно реєструється в Південно-Східному регіоні України. У 2023 році це Дніпропетровська (88,6 на 100 тис. осіб), Одеська (78,3) та Миколаївська (42,1) області. Інтенсивні міграційні потоки з Сходу України в 2022–2023 роках сприяли подвоєнню рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію в західних та центральних областях, зокрема у Волинській (з 9,7 до 16,6 на 100 тис. осіб), Закарпатській (з 5,9 до 9,0), Львівській (з 14,6 до 21,2), Хмельницькій (з 11,0 до 15,7), Чернівецькій (з 7,1 до 10,4), Чернігівській (з 28,4 до 38,6) областях та Києві (з 29,5 до 36,8).

У період 2019–2023 років в Україні відбулися помітні трансформації в динаміці епідемії ВІЛ-інфекції. Зокрема, у 2020 році було зафіксоване зменшення частки випадків зараження через статеві контакти до 61% та зростання частки інфікувань, пов'язаних із вживанням ін'єкційних наркотиків, до 38%. Така зміна, ймовірно, обумовлена обмеженим доступом до медичних послуг у період пандемії COVID-19, а також посиленою активністю громадських організацій серед представників ключових уразливих груп, які використовували альтернативні підходи до виявлення ВІЛ-інфекції. Із початком повномасштабного вторгнення Росії в лютому 2022 року та супутніми масовими переміщеннями населення, рівень захворюваності на ВІЛ у центральних та західних областях зріс у 1,5–2 рази. Водночас найвищі показники реєструються у південно-східних регіонах. Спостерігається стійка тенденція до зростання частки статевого шляху передавання вірусу та скорочення випадків, пов'язаних з ін'єкційним уживанням наркотиків. Моделювання розвитку епідеміологічної ситуації свідчить про можливе зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції до 2030 року. Однак, незважаючи на позитивні прогнози, контроль над епідемією в Україні досі не є досягнутим через повільне зростання охоплення антиретровірусною терапією (АРТ) та недостатньо динамічне зниження кількості нових випадків [24].

До 2020 року обсяги скринінгових досліджень на антитіла до ВІЛ залишалися стабільними і становили в середньому 2,3–2,5 мільйона тестувань на рік. Однак у 2022 році, в умовах карантинних обмежень та воєнного стану, цей показник впав до рекордно низького рівня — 1,6 мільйона. Уже у 2023 році обсяг тестувань зріс на 40% і сягнув 2,25 мільйона завдяки суттєвому збільшенню кількості обстежень, ініційованих медичними працівниками, а також добровільних звернень — на майже 70% [44].

Таким чином, у 2023 році індикатор охоплення населення тестуванням на антитіла до ВІЛ (на 100 тисяч осіб) збільшився у 1,6 раза в порівнянні з

попереднім роком. Загалом за 2019–2023 роки рівень виявлення ВІЛ в Україні демонструє поступове зниження — з 0,9% до 0,6%. Ймовірним фактором цього зниження є відсутність у статистичних даних з 2022 року інформації з тимчасово окупованих територій Донецької, Луганської, Запорізької та Херсонської областей, які традиційно характеризувалися високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції [24].

Відповідно до класифікації ВООЗ/ЮНЕЙДС, Україна перебуває на етапі концентрованої епідемії ВІЛ-інфекції, коли захворювання інтенсивно поширюється серед окремих специфічних (ключових) груп населення, проте ще не досягло широкого розповсюдження серед загальної популяції. У кількісному вимірі це відповідає ситуації, коли рівень поширеності ВІЛ стабільно перевищує 5% щонайменше в одній ключовій групі, але залишається нижчим за 1% серед вагітних жінок. У більшості областей країни, як і в цілому по Україні, зберігається концентрована фаза епідемії. Водночас у семи регіонах, де показник поширеності ВІЛ серед вагітних жінок дорівнює або перевищує 1%, спостерігаються ознаки переходу до змішаної моделі епідемії, що свідчить про поступову генералізацію процесу. Закарпатська область, навпаки, характеризується низьким рівнем епідемічного навантаження. До 2022 року у Луганській області фіксувалася змішана стадія епідемії, однак обмеженість даних за 2022–2023 роки унеможлиблює уточнення актуального епідеміологічного стану в цьому регіоні [42].

Оціночні та прогностичні дані щодо епідемії. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, проведення національних оцінок та складання прогнозів щодо поширення ВІЛ/СНІД є важливою складовою епідеміологічного нагляду та частиною глобальної аналітичної системи, що дозволяє визначати вплив епідемії на населення та оцінювати ефективність заходів у сфері протидії ВІЛ. У 2023 році, враховуючи обмеженість актуальних статистичних даних, було ухвалено рішення використовувати останні доступні оцінки й прогнози, сформовані на

початку 2022 року за допомогою програмного пакета Spectrum (версія 6.19). Згідно з прогнозами, до кінця 2025 року очікується поступове зростання кількості людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), до 252 тисяч осіб, що пов'язано насамперед із підвищенням тривалості їхнього життя завдяки АРТ.

Поширеність ВІЛ серед дорослого населення віком від 15 років становитиме близько 0,7%. Прогноз також передбачає значну зміну вікової структури ЛЖВ — кожні 8–10 років середній вік таких осіб зміщується у бік старших вікових категорій. Так, вже на початку 2022 року майже половина всіх ЛЖВ була старше 40 років, а до кінця 2025 року понад 50% становитимуть особи віком понад 45 років. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні, за прогнозами, продовжуватиме знижуватись — очікуваний показник на 2025 рік становить близько 5 600 нових інфікувань [24].

Висновки до розділу 2

1. Описано стан поширеності ВІЛ-інфекції у 2020-2024 рр., яка показує, що під медичним наглядом на кінець 2020 року у ЗОЗ перебували 144 089 людей з ВІЛ-інфекцією та 4261 дитина з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження. За даними диспансерної звітності, рівень поширеності інфекції становив 378,8 випадків на 100 тисяч населення. Частка нововиявлених ВІЛ-позитивних пацієнтів, охоплених медичним наглядом, досягла 82,7%. Серед нових випадків, зафіксованих у 2020 році, переважали чоловіки — 62%. За офіційною статистикою, наприкінці 2021 року в Україні проживало близько 245 тисяч людей із підтвердженим ВІЛ-статусом. Найвищі показники розповсюдження зафіксовано в Полтавській області (0,78%), Одеській та Миколаївській (по 0,54%), а також у Дніпропетровській, Житомирській (по 0,38%) та Донецькій (0,36%) областях. Спостерігається поступова трансформація статево-вікової структури нових випадків ВІЛ-інфекції, зокрема зростання частки інфікованих чоловіків. Із початком повномасштабної війни в лютому 2022 року постали

суттєві труднощі у здійсненні епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією, що ускладнило логістичні процеси щодо профілактики, тестування, лікування та лабораторного моніторингу стану людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), особливо у південно-східних регіонах. Натомість у центральних і західних областях ситуація протилежна — спостерігається зростання обсягів тестування на ВІЛ. Зокрема, у Сумській області обсяг проведених ПТВ (первинного тестування на ВІЛ) зріс на 28%, а в Івано-Франківській — на 27%. За оперативною інформацією, упродовж перших дев'яти місяців 2022 року офіційно зафіксовано 9 241 новий випадок ВІЛ-інфекції, що відповідає рівню 22,2 випадка на 100 тисяч населення. Найвищі показники захворюваності зареєстровано в Одеській (124,9), Дніпропетровській (66,3), Київській (27,6), Миколаївській (23,3) та Кіровоградській (23,1) областях. Станом на 1 жовтня 2024 року на диспансерному обліку перебувало 147 599 ЛЖВ, що відповідає 360,0 випадкам на 100 тисяч населення. Як і раніше, найвищі показники поширеності ВІЛ-інфекції на 100 тисяч населення зафіксовані в Одеській (971,8), Дніпропетровській (938,8), Миколаївській (747,4) областях та місті Києві (631,0). Порівняно з аналогічним періодом 2023 року, чисельність диспансерної групи ВІЛ-інфікованих осіб по Україні зменшилася на 7,1%, причому така тенденція спостерігається у 16 регіонах країни.

2. Здійснено епідеміологічне дослідження, у межах якого проаналізовано динаміку поширення ВІЛ-інфекції в Україні у 2020–2024 роках та виокремлено регіональні особливості. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, внаслідок війни близько 5 000 ВІЛ-інфікованих осіб були змушені залишити територію України. Установлено, що переміщення людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), до країн Європи під час воєнного конфлікту стало однією з причин безпрецедентного зростання кількості нових випадків ВІЛ-інфекції в європейському регіоні ВООЗ. Так, у 2022 році кількість громадян України серед осіб з уперше виявленим ВІЛ у країнах Європи зросла у 10 разів порівняно з 2021

роком. Активні міграційні процеси зі східних регіонів України протягом 2022–2023 років спричинили суттєве зростання захворюваності на ВІЛ у центральних і західних областях, зокрема, у Волинській (з 9,7 до 16,6 на 100 тис. осіб), Закарпатській (з 5,9 до 9,0), Львівській (з 14,6 до 21,2), Хмельницькій (з 11,0 до 15,7), Чернівецькій (з 7,1 до 10,4), Чернігівській (з 28,4 до 38,6) областях та Києві (з 29,5 до 36,8). Відповідно до класифікації ВООЗ та ЮНЕЙДС, Україна перебуває на етапі концентрованої епідемії ВІЛ — це фаза, коли інфекція інтенсивно поширюється серед окремих вразливих груп, але ще не охоплює широку загальну популяцію.

РОЗДІЛ 3.

ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ЯК МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНЕ ПИТАННЯ

3.1. Державні стратегії у сфері поширеності ВІЛ-інфекції

Україна виділяється серед європейських країн за епідеміологічними даними щодо ВІЛ. З лютого 2022 року військовий конфлікт з російськими військами створив безпрецедентні виклики для профілактики та догляду за ВІЛ-інфікованими. Фонд охорони здоров'я у зв'язку зі СНІДом (АНФ), глобальна некомерційна організація, яка працює в Україні з 2009 року, впровадила план готовності для захисту персоналу та підтримки місцевих закладів у забезпеченні безперервності догляду протягом усієї війни. Завдяки плану дій у надзвичайних ситуаціях, відданості персоналу, стабільному керівництву, надійній комунікації та гнучкій/безперервній підтримці клінік, співробітників та клієнтів, програма АНФ в Україні зазнала збільшення кількості нових записів на лікування та нових випадків початку антиретровірусної терапії, що відображає безперервність тестування, зосередженість на прив'язці до догляду та ефективний підхід до відкриття нових закладів, що підтримують як внутрішньо переміщених клієнтів, так і пацієнтів, переміщених з інших служб. Наразі АНФ підтримує лікування приблизно кожної третьої людини, яка живе з ВІЛ в Україні, а програми охоплюють більшу частину території країни. Додаткова онлайн-таблиця 1 показує показники профілактики та догляду за ВІЛ у Глобальній програмі АНФ, Україні та інших країнах з низьким середнім рівнем доходу за допомогою послуг АНФ, що підкреслює актуальність ініціатив АНФ у 2022 році, а також порівняння з даними за 2021 рік. Маріуполь, розташований на південному сході України, є історичним центром торгівлі та виробництва з населенням приблизно 100 000 мешканців. Місто окуповано російськими військами з травня 2022 року. Підтримуваний АНФ Маріупольський центр СНІДу був зруйнований і припинив

свою діяльність разом з багатьма іншими цивільними закладами міста протягом перших місяців конфлікту. Інші клініки у східних містах також були змушені тимчасово або повністю закритися через напади та обстріли. Незважаючи на ці невдачі, у квітні 2023 року АНФ Україна встановила три нові партнерства з урядовими установами, що працюють у західних регіонах країни, для підтримки людей, які живуть з ВІЛ та мігрують на захід. Центри СНІДу в Хмельницькому, Івано-Франківську та Чернівцях почали впроваджувати моделі тестування та клінічної допомоги АНФ для задоволення потреб зростаючої кількості клієнтів. Партнерство включало медикаменти, ліки від опортуністичних інфекцій, підтримку діагностичними ресурсами та загальну підтримку із забезпеченням орієнтованого на людину підходу [31].

Міжнародним навчально-освітнім центром охорони здоров'я (I-TECH) при Вашингтонському університеті (UW), партнером з технічної допомоги Міністерства охорони здоров'я (МОН) України було організовано якісне дослідження. I-TECH співпрацює з пріоритетними медичними закладами в Донецькій області протягом десятиліття. Під час війни I-TECH підтримував адаптацію до надання послуг PrEP, сприяв наданню фінансової та матеріальної допомоги медичним закладам, а також надавав навчальну та психологічну підтримку медичним працівникам.

Учасники дослідження були пов'язані з десятима медичними закладами Донецької області, які до війни надавали послуги приблизно 9500 ВІЛ-інфікованим людям. Серед респондентів були лікарі-інфекціоністи та інші лікарі, а також медсестри з пунктів АРТ та PrEP. Їх індивідуально запросили до участі українські співробітники I-TECH, які особисто знали кожного респондента завдяки попередній професійній співпраці. Індивідуальні поглиблені якісні інтерв'ю тривалістю 30–45 хвилин були проведені через Zoom у вересні 2022 року та стосувалися досвіду з 24 лютого 2022 року. Інтерв'юерами були українські співробітники I-TECH з глибокими знаннями програм боротьби з ВІЛ

та якісного інтерв'ювання [32].

В Україні діє Національна стратегія у сфері боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом та вірусними гепатитами на період до 2030 року, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року № 1415-р. Держава забезпечує гарантії: надано перевагу запобіганню розповсюдженню ВІЛ-інфекції, проведенню інформаційно-просвітницької діяльності серед населення щодо принципів здорового та усвідомленого стилю життя, етичних норм і виваженої поведінки в інтимній сфері; активному просуванню ідеї здорового способу життя; здійсненню постійного епіднагляду та аналізу санітарно-епідемічної ситуації, а також розробці й реалізації науково обґрунтованих протиепідемічних заходів із виявлення, попередження та стримування поширення ВІЛ, згідно з регламентом, затвердженим профільним центральним органом виконавчої влади, відповідальним за формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Також приділяється увага забезпеченню широкого доступу до якісного тестування на ВІЛ і дотриманню стандартів безпеки під час проведення обстеження як для пацієнтів, так і для медичного персоналу.

Особлива увага приділяється ранньому та своєчасному виявленню туберкульозу та ВІЛ-інфекції, лікуванню пацієнтів, профілактичним заходам серед населення. Відповідно до Державної стратегії у сфері боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом і з урахуванням епідеміологічних характеристик кожного регіону України були розроблені та впроваджені обласні цільові соціальні програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Для реалізації зазначеної стратегії в області був створений план дій з конкретними термінами виконання та відповідальними сторонами, активізовано співробітництво з громадськими ВІЛ-сервісними організаціями; посилено роботу з захисту та забезпечення прав та свобод внутрішньо переміщених осіб, організовано необхідне медичне обслуговування та обстеження на туберкульоз, забезпечено повне тестування на

ВІЛ, доступ до добровільного та безкоштовного консультування та тестування, особливо серед груп ризику з метою раннього виявлення ВІЛ-інфекції тощо. Основною метою обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу; запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу; надання якісних та доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, передусім для представників груп підвищеного ризику зараження ВІЛ; надання послуг з лікування, медичної допомоги, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у межах реформи системи охорони здоров'я.

Беручи до уваги різні профілі епідемії ВІЛ/СНІДу на різних адміністративних територіях, було проведено оцінювання відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу з метою виявлення специфічних для регіону питань, що потребують особливої уваги. ВООЗ започаткувала досягнення глобальних цілей Fast Track «95-95-95» до 2030 року. Обов'язковим компонентом для досягнення 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 набір показників, які будуть проаналізовані на відповідність цілям стратегії Fast Track [11].

3.2. Антиретровірусна терапія та профілактичні заходи ВІЛ серед військовослужбовців

У серпні Міністерство оборони України ухвалило оновлений перелік хвороб, за якими визначається придатність до військової служби. Тепер до армії можуть призвати громадян, інфікованих ВІЛ, навіть на другій та третій стадіях хвороби. До початку повномасштабного вторгнення українці призовного віку з ВІЛ-позитивним статусом, визнавалися непридатними до військової служби. Після введення воєнного стану та внесення змін Міністерством оборони, до

мобілізації не підлягають лише особи, у яких наявна найбільш важка, четверта стадія захворювання. Ці зміни в Міноборони пояснюють тим, що при регулярному прийомі антиретровірусної терапії навантаження на організм значно знижується, а ризик передачі ВІЛ стає практично нульовим. Таке рішення, яке виключає дискримінаційне правило щодо позитивного ВІЛ-статусу, є позитивною зміною. Однак сама процедура призову ВІЛ-інфікованих все ще має недоліки. За словами координаторки громадської приймальні УГСПЛ у Львові Лідії Тополевської: *«Одна справа, коли мова йде про тих, хто свідомо, з початку інфікування приймає терапію та живе повноцінним життям. Але багато людей через нерозвинену культуру тестування дізнаються про свій статус запізно та не починають лікування вчасно. У більшості з тих, з ким я стикалася, є проблеми з пам'яттю, мовою, координацією. У війську ж, де мова йде про бойові дії, людина повинна бути дуже адекватною, щоб не підставити своїх товаришів. Тому в питаннях призову не має бути лише «суб'єктивного трактування». Необхідно брати до уваги загальний стан організму»* [19].

Кандидат медичних наук, лікар-інфекціоніст, в минулому Керівник аналітичного відділу благодійної організації "100% ЖИТТЯ", а нині полковник ЗСУ та військовий лікар, який надає медичну допомогу та підтримує бійців на фронті, зокрема військовослужбовців, які живуть з ВІЛ та іншими інфекційними захворюваннями Віктор Третяков говорить про те, що нині впроваджують на полі бойових дій профілактичні заходи, що охоплюють тестування, інформаційна політика щодо ВІЛ-інфекції. ГО "Елеос-Україна" для підтримки військовослужбовців та боротьби зі стигмою і дискримінацією щодо людей з ВІЛ у армії залучає священників капеланської служби та керівників медичних підрозділів. Вони надають підтримку військовим, працюють з особовим складом та поширюють інформацію про методи передачі та лікування ВІЛ, щоб спростувати міфи, пов'язані з цією хворобою [20].

За словами голови БФ "100% Життя", після зміни керівництва

Міністерство оборони врахувало зауваження громадських активістів та експертів і спільно з ними вдосконалює положення про військово-лікарську експертизу в армії. Одна з запропонованих ініціатив – впровадження електронної системи обігу персональних даних, яка б забезпечила необхідну конфіденційність та безпеку для військових, інфікованих ВІЛ. "Це дуже чутливе питання для багатьох ВІЛ-інфікованих, оскільки поточна система паперового обліку не здатна захистити від витоку даних, особливо в малих містах, що створює ризик зловживань", – зазначає Дмитро Шерембей.

У виданні ВІЛ-інфекція серед військовослужбовців під час АТО/ООС (2024), автори Трихліб В. І., Задорожна В. І., Антоняк С. М., Антоняк С. В., Коломійчук Л. А., Євдокимов А. С., Вишняхов А. М., Третяков В. В., Юрченко Б. В., Малиш І. В. та Рожко П. В. вказують на результати дослідження поширеності ВІЛ-інфекції серед військових, які проходили лікування та обстеження в клініках інфекційних хвороб Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» та відділенні СНІДу клініки ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В.Громашевського НАМН України» під час війни Росії проти України у 2022-2023 роках. Серед них було обстежено та проліковано 14 військовослужбовців ЗСУ, у яких виявили ВІЛ-інфекцію. Більшість з них мали більш розвинені стадії захворювання. В перші шість місяців більшість пацієнтів потрапила до госпіталю з дуже запущеними формами хвороби. В другому півріччі, ймовірно, госпіталізували тих, чиє стан погіршився під час служби. На момент мобілізації у них не було клінічних проявів, які б могли бути помічені лікарями під час медкомісії. У більшості пацієнтів на першій стадії кількість CD4 була вище 500 клітин/мл, на другій – подібна, а на третій стадії більшість пацієнтів мали кількість CD4 менше 400 клітин/мл. Переважно, пацієнти, госпіталізовані в перші шість місяців після мобілізації, мали дуже низький рівень CD4 (менше 200 клітин/мл).

Речник Міністерства оборони України Дмитро Лазуткін в ефірі марафону "Єдині новини" зазначив, що основним критерієм придатності до військової служби є функціональність людини, що визначається відповідно до нормативно-правових актів. Однак, особи з ВІЛ на стадії імунної субкомпенсації можуть бути придатні для служби лише в тилкових частинах, де немає необхідності виконувати бойові завдання. Водночас, люди з ВІЛ, які перебувають на стадії імунної декомпенсації, є непридатними до служби та підлягають виключенню з військового обліку [22].

У 2024 році мобільні клініки Альянсу за проектом МТЗ привезли ВІЛ послуги тестування у важкодоступних місцях прифронтових сіл на Запоріжжі, Харків, Херсон, Донецьк, Миколаїв, та Дніпропетровській обл. Всього 649 осіб, у тому числі ключ населення, доступ служб, з 3 новими випадками ВІЛ ідентифіковані. У співпраці з проекту MCSF, пацієнтів, які потребують лікування отримав соціальний супровід ініціювати АРТ.

3.3. Рекомендації національного і регіонального рівня протидії ВІЛ/СНІД під час воєнних дій

В Україні понад 250 000 осіб живуть з ВІЛ, і половина з них не знає про це. Ті, хто не обізнаний щодо своєї інфікованості, не розпочинають терапію, що призводить до подальшого пошкодження їхньої імунної системи. Водночас люди, що живуть з ВІЛ, можуть непомітно передавати вірус іншим. Для надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію створена система спеціалізованих медичних установ – центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, які здійснюють нагляд за пацієнтами, інфікованими ВІЛ, а також тими, хто має СНІД, проводять діагностику стадії хвороби та визначають методи лікування. Починаючи з 1996 року, в світі застосовується так звана комбінована антиретровірусна терапія (АРТ), яка впливає безпосередньо на ВІЛ, гальмує

розмноження вірусних частинок і допомагає зміцнити імунітет, збільшуючи кількість CD4, що відновлює здоров'я хворого. Встановлено безкоштовне лікування для пацієнтів з ВІЛ-інфекцією за рахунок Державного та місцевих бюджетів, а також коштів донорських організацій. Основним фактором у запобіганні поширенню ВІЛ-інфекції в країні є дотримання здорового способу життя, відмова від поведінки, що має високий ризик інфікування ВІЛ, особливо вживання наркотичних засобів, а також обов'язкове використання презервативів при статевих контактах. Усвідомлене ставлення до власного здоров'я забезпечить захист від СНІДу.

Згідно з даними МОЗ України, в 2023 році профілактика, діагностика та лікування ВІЛ-інфекції були доступні пацієнтам у 322 медичних установах по всій країні. У 2024 році договори з НСЗУ на надання медичних послуг пацієнтам з ВІЛ уклали 367 закладів охорони здоров'я. Кількість послуг з тестування на ВІЛ у 2023 році зросла на 39,6% (до 2 250 940 осіб, порівняно з 1 612 841 у 2022 році). При цьому кількість обстежень за допомогою швидких тестів збільшилася майже вдвічі (до 1 257 646 проти 647 949 у 2022 році). Частка позитивних результатів тестів на ВІЛ-інфекцію в країні у 2023 році склала 0,63% (порівняно з 1% у 2021 і 2022 роках). Загалом, у 2023 році було виявлено та офіційно зареєстровано 11 658 випадків ВІЛ-інфекції (проти 12 212 випадків у 2022 році). Протягом року з моменту набуття чинності Законом України «Про внесення змін до Закону України “Про протидію поширенню захворювань, спричинених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та забезпечення правового і соціального захисту осіб, які живуть з ВІЛ” щодо впровадження сучасних методів профілактики, тестування та лікування ВІЛ-інфекції відповідно до настанов Всесвітньої організації охорони здоров'я» було розроблено низку нормативних документів, спрямованих на вдосконалення організації заходів з протидії ВІЛ. В Україні продовжується адаптація практик профілактики, діагностики та терапії ВІЛ-інфекції з урахуванням міжнародного досвіду. Зокрема, відповідно до

рекомендацій ВООЗ внесено зміни до кількох наказів Міністерства охорони здоров'я України:

- затверджено Перелік ключових груп з ризиком інфікування ВІЛ (наказ МОЗ від 15.09.2023 № 1632);
- оновлено Стандарти медичної допомоги для ВІЛ-інфікованих осіб (наказ МОЗ від 15.08.2023 № 1465);
- ухвалено Порядок надання послуг з догляду та підтримки для людей, які живуть з ВІЛ (наказ МОЗ від 26.01.2024 № 140);
- затверджено Порядок надання профілактичних послуг представникам окремих ключових груп з підвищеним ризиком зараження ВІЛ (наказ МОЗ від 20.02.2024 № 288).

Посилення ролі статевого шляху передачі ВІЛ свідчить про трансформацію епідемічного процесу з-поміж осіб, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), до ширших верств населення, що є сигналом про можливе ускладнення епідеміологічної ситуації через одночасний вплив як ін'єкційного, так і сексуального способів поширення інфекції.

У віковій структурі осіб, інфікованих ВІЛ, зберігається стійка динаміка зростання частки людей віком понад 30 років. Також фіксується тенденція до зниження показників поширеності ВІЛ серед вагітних жінок і донорів. Рівень охоплення людей, які живуть з ВІЛ, медичним спостереженням в області залишається недостатнім. Зростає частка випадків постановки на облік у пізніх, III–IV клінічних, стадіях розвитку інфекції. Наслідком несвоєчасного звернення за медичною допомогою є підвищення захворюваності на СНІД і збільшення рівня смертності від нього. Рівень поширеності ВІЛ демонструє стабільну тенденцію до зростання: з 142,4 на 100 тис. осіб у 2014 році до 195,8 — у 2023-му. Щорічно зростає кількість осіб, які живуть з ВІЛ, та включаються до програм антиретровірусного лікування (АРТ). Відповідно до офіційної звітності, під наглядом медичних установ області перебувало 2467 ВІЛ-позитивних пацієнтів

(без урахування дітей із непідтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції). Рівень відповідності між прогнозованими та зафіксованими даними щодо чисельності людей, які живуть з ВІЛ, становить приблизно 80%, тобто 2 із кожних 10 осіб не охоплені медичним спостереженням і можуть не знати про свій статус. Антиретровірусну терапію отримують 68% людей, які перебувають під контролем медичних служб. Серед них 1377 осіб (49%) досягли зниження вірусного навантаження до невизначуваного рівня. Близько 500 ВІЛ-позитивних осіб досі не мають доступу до АРТ. Водночас значна частка тих, кому призначено лікування, зіштовхуються з фінансовими бар'єрами, суспільною стигмою, дискримінацією та шкідливими стереотипами, що призводить до затримки початку терапії. Фіксується негативна динаміка щодо рівня смертності серед людей, які живуть з ВІЛ, зокрема й серед тих, хто перебував на лікуванні. Діти, підлітки, вагітні жінки та особи з поєднаною інфекцією туберкульоз/ВІЛ, які перебувають під спостереженням, охоплені антиретровірусною терапією. Водночас зростає частка людей, які потребують АРТ, але її не отримують, попри регулярне медичне спостереження. Спостерігається зниження рівня прихильності до терапії, а також скорочення обсягів надання послуг із догляду та підтримки для ВІЛ-інфікованих осіб, які мешкають поза межами обласного центру. Унаслідок реалізованих заходів, спрямованих на консультування та діагностику, збільшилася частка людей, які перебувають під медичним спостереженням у порівнянні з розрахунковою кількістю осіб, що живуть з ВІЛ. Водночас масштаби проведення тестувань і підходи до реалізації послуг з діагностики не забезпечують своєчасного виявлення випадків ВІЛ-інфекції. Можливість пройти тест на ВІЛ часто відсутня для мешканців сільської місцевості, а також обмежена в закладах первинної медичної допомоги. Громадські організації здійснюють такі послуги переважно в межах обласного центру. Низький рівень якості наданого консультування спричиняє запізніле звернення ВІЛ-позитивних осіб за медичною допомогою. Кількість спеціалістів

у галузі охорони здоров'я, які мають відповідну підготовку з консультування та тестування на ВІЛ, залишається недостатньою. З огляду на епідемічну ситуацію ВІЛ-інфекції пропонується впроваджувати практичніше наступні заходи превентивного характеру:

- Гарантувати стабільне фінансування з боку держави та постійне постачання регіону реагентами для здійснення лабораторних аналізів.
- Розпочати дослідження щодо впливу упередженого ставлення та дискримінації на результативність і рівень якості послуг з консультування і тестування серед ключових груп населення та людей, які живуть з ВІЛ.
- Реалізувати передачу послуг з консультування і тестування на ВІЛ на рівень первинної медичної допомоги, передбачивши в регіональній програмі фінансування закупівлі швидких тестів і забезпечення матеріально-технічних ресурсів для їх проведення в центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).
- Ініціювати коригування нормативних актів з метою дозволу обміну інформацією про ВІЛ-позитивних осіб між закладами охорони здоров'я, базуючись на наданій пацієнтом згоди під час взяття на диспансерний облік на проведення медичних втручань, діагностики, терапії тощо.
- Посилювати інформаційне забезпечення та просвітницькі кампанії, спрямовані на підтримку сексуального й репродуктивного здоров'я, зокрема щодо профілактики, виявлення та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (таких як ВІЛ, вірусні гепатити, вірус папіломи людини тощо), з використанням засобів масової комунікації — телебачення, зовнішньої реклами, інтернет-ресурсів та соціальних мереж.
- Організувати просвітницьку кампанію з метою ознайомлення населення з наявними у регіоні профілактичними медичними послугами (Доконтактна профілактика та постконтактна профілактика).
- Сформувати план дій або стратегічну політику щодо включення чоловіків, які

мають секс із чоловіками (ЧСЧ), до програм профілактики ВІЛ, надання медичної допомоги, супроводу та підтримки.

- Запровадити освітні програми для працівників правоохоронних структур, представників законодавчої та судової влади, а також навчання медичного персоналу з питань протидії дискримінації, забезпечення конфіденційності та формування толерантного ставлення до чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ).
- Забезпечити надання послуг для людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) і отримують антиретровірусну терапію (АРТ), якомога ближче до їхнього місця проживання (на доступних сервісних локаціях). Налагодити орієнтований на потреби пацієнтів соціально-психологічний супровід ЛЖВ за участю неурядових організацій. Провести просвітницькі заходи для підвищення обізнаності населення з питань виявлення та лікування ВІЛ-інфекції.

Висновки до розділу 3

1. Зроблено аналіз регіональних програм, розглядаючи заходи, що пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, які потребують найбільшої уваги. У результаті аналітичного дослідження програмних документів виявлено, що держава гарантує: пріоритетність профілактики поширення ВІЛ-інфекції; проведення інформаційно-просвітницької роботи з населенням щодо засад здорового і відповідального способу життя, моральних орієнтирів та обачної сексуальної поведінки; формування позитивного іміджу здорового стилю життя в суспільстві; постійне спостереження за епідемічною ситуацією та її аналіз, розроблення і реалізацію науково обґрунтованих заходів з протидії, попередження і контролю ВІЛ-інфекції відповідно до нормативних документів, затверджених уповноваженим органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я; доступ до якісного і

безпечного тестування на ВІЛ для пацієнтів і медичних працівників. Особливий акцент зроблено на своєчасному виявленні випадків туберкульозу та ВІЛ, ефективному лікуванні хворих і профілактичній роботі серед населення. У межах реалізації Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, з урахуванням особливостей епідемічної ситуації в різних областях, були розроблені та впроваджені регіональні цільові соціальні програми боротьби з ВІЛ/СНІДом.

2. Проаналізовано інформацію щодо стану надання послуги з тестування на ВІЛ під час війни за 2022-2025 рр. та в результаті роботи отримано інформацію, що основним критерієм придатності до військової служби є функціональність людини, що визначається відповідно до нормативно-правових актів. Однак, особи з ВІЛ на стадії імунної субкомпенсації можуть бути придатні для служби лише в тилкових частинах, де немає необхідності виконувати бойові завдання. Водночас, люди з ВІЛ, які перебувають на стадії імунної декомпенсації, є непридатними до служби та підлягають виключенню з військового обліку. У 2024 році мобільні клініки Альянсу за проектом МТЗ привезли ВІЛ послуги тестування у важкодоступних місцях прифронтових сіл на Запоріжжі, Харків, Херсон, Донецьк, Миколаїв, та Дніпропетровській обл. Всього 649 осіб, у тому числі ключ населення, доступ служб, з 3 новими випадками ВІЛ ідентифіковані. У співпраці з проекту MCF, пацієнтів, які потребують лікування отримав соціальний супровід ініціювати АРТ.

3. Досліджено протиепідемічні та профілактичні заходи на місцевому рівні з урахуванням регіональних особливостей, де згідно з даними МОЗ України, в 2023 році профілактика, діагностика та лікування ВІЛ-інфекції були доступні пацієнтам у 322 медичних установах по всій країні. У 2024 році договори з НСЗУ на надання медичних послуг пацієнтам з ВІЛ уклали 367 закладів охорони здоров'я. Протягом першого тижня повномасштабного вторгнення Центр громадського здоров'я розробив та негайно впровадив у регіонах рекомендацію, відповідно до якої пацієнти отримали можливість отримувати антиретровірусну

терапію (АРТ) не за місцем реєстрації, а за місцем звернення — тобто за місцем фактичного знаходження. В межах цієї програми було також підготовлено інструкцію щодо моніторингу АРТ через інформаційну систему "Моніторинг соціально важливих захворювань" (ІС СЗХ).

ВИСНОВКИ

1. Вивчено, зібрано та систематизовано теоретичний матеріал про ВІЛ-інфекцію та інші соціально небезпечні захворювання. Соціальні проблеми, які супроводжують економічний занепад, стали передумовою стрімкого зростання кількості людей, які вживають ін'єкційно наркотики та поширення комерційного сексу.

2. Охарактеризовано історію походження ВІЛ-інфекції, що свідчить про те, що вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) — це вірус, який атакує імунну систему організму. Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) виникає на пізніх стадіях розвитку інфекції.

3. Досліджено медико-соціальну роль ВІЛ-інфекції, яка визначається: зростанням в структурі захворюваності та смертності населення; провідним центром серед причин інвалідності; обумовлює значні рівні госпіталізації; значну потребу в спеціалізованій медичній допомозі; значні економічні витрати на лікування та реабілітацію.

4. Описано стан епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІД 2020-2024 рр., яка показує, що під медичним наглядом на кінець 2020 року у ЗОЗ перебували 144 089 людей з ВІЛ-інфекцією та 4261 дитина з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження. Показник захворюваності на ВІЛ за даними диспансерного спостереження становив 378,8 випадків на 100 тисяч осіб населення. У гендерному розподілі зареєстрованих випадків простежується стійка тенденція до поступового збільшення частки чоловіків серед нововиявлених ВІЛ-інфікованих. Встановлено, що з початком повномасштабного збройного конфлікту на території України в лютому 2022 року виникли суттєві труднощі з організацією епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією. Було ускладнено логістичні процеси, пов'язані з наданням послуг із профілактики, діагностики, антиретровірусного лікування та клініко-лабораторного спостереження за перебігом ВІЛ/СНІДу серед людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), особливо в південно-східних областях країни.

5. Проведено епідеміологічний аналіз та визначено регіональні особливості на ВІЛ-інфекцію 2020-2024 рр., що згідно з оцінками ВООЗ, через війну близько 5 000 ВІЛ-позитивних осіб, які проживали в Україні, опинилися за межами країни. З'ясовано, що саме переміщення осіб, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), з України до європейських країн у період війни стало ключовим чинником зростання кількості нових випадків ВІЛ-інфекції в державах Європейського регіону ВООЗ. Так, у 2022 році кількість українських мігрантів серед осіб із вперше встановленим діагнозом ВІЛ зросла вдесятеро порівняно з 2021 роком. Активні міграційні процеси, спричинені воєнними діями на Сході України у 2022–2023 роках, призвели до суттєвого зростання рівня виявлення ВІЛ-інфекції у центральних та західних регіонах країни. Зокрема, подвоєння показників захворюваності зафіксовано у Волинській області (з 9,7 до 16,6 випадків на 100 тис. населення), Закарпатській (з 5,9 до 9,0), Львівській (з 14,6 до 21,2), Хмельницькій (з 11,0 до 15,7), Чернівецькій (з 7,1 до 10,4), Чернігівській (з 28,4 до 38,6), а також у місті Києві (з 29,5 до 36,8).

6. Зроблено аналіз державних стратегій у сфері поширеності ВІЛ-інфекції, розглядаючи заходи, що пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, які потребують найбільшої уваги. У результаті аналітичного опрацювання програм встановлено, що держава надає гарантії щодо пріоритетності запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, при цьому акцент робиться на своєчасну та ранню діагностику туберкульозу і ВІЛ, надання медичної допомоги хворим, а також проведення профілактичних заходів серед населення.

7. Проаналізовано інформацію щодо стану проведення антиретровірусної терапії та профілактичних заходів ВІЛ серед військовослужбовців, де в результаті роботи отримано інформацію, що основним критерієм придатності до військової служби є функціональність людини, що визначається відповідно до нормативно-правових актів. Проте особи, інфіковані ВІЛ і які перебувають на стадії імунної субкомпенсації, можуть вважатися придатними до проходження служби виключно в тилкових підрозділах, де не передбачено виконання бойових

завдань. У той же час, громадяни з ВІЛ на стадії імунної декомпенсації визнаються непридатними до військової служби та підлягають виключенню з військового обліку.

8. Надано рекомендації національного і регіонального рівня протидії ВІЛ/СНІД під час воєнних дій, які будуть спрямованими на попередження поширеності ВІЛ-інфекції (інформування, доступність в тестуванні, зовнішня реклама для обізнаності – доконтактна профілактика та постконтактна профілактика). Виявлено, що низький рівень якості наданого консультування спричиняє запізніле звернення ВІЛ-позитивних осіб за медичною допомогою, а кількість спеціалістів у галузі охорони здоров'я, які мають відповідну підготовку з консультування та тестування на ВІЛ, залишається недостатньою. Протягом першого тижня повномасштабного вторгнення Центр громадського здоров'я розробив та негайно впровадив у регіонах рекомендацію, відповідно до якої пацієнти отримали можливість отримувати антиретровірусну терапію (АРТ) не за місцем реєстрації, а за місцем звернення — тобто за місцем фактичного знаходження. В межах цієї програми було також підготовлено інструкцію щодо моніторингу АРТ через інформаційну систему "Моніторинг соціально важливих захворювань" (ІС СЗХ).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. URL: <https://www.pennmedicine.org/for-patients-and-visitors/patient-information/conditions-treated-a-to-z/aids-and-hiv> (дата звернення 20.04.2025)
2. URL: <https://interfax.com.ua/news/general/848965.html> (дата звернення 10.04.2025)
3. URL: <https://unimed.zp.ua/ua/chto-takoe-vich-kak-on-proyavlyaetsya-chem-otlichaetsya-ot-spida-i-kak-izbezhat-zabolevaniya/> (дата звернення 01.04.2025)
4. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (дата звернення 10.03.2025)
5. URL: <https://phc.org.ua/news/scho-take-vil-ta-yaki-sposobi-yogo-profilaktiki-isnuyut> (дата звернення 03.03.2025)
6. URL: <https://prozdorovia.in.ua/khochu-znaty-vse-pro-vil/> (дата звернення 02.02.2025)
7. В.Ф. Чехун, Ю.В. Думанський, Л.Г. Бучинська. Онкологія в Україні: на шляху до якості та досконалості. *Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України*. Київ. 2023.
8. The prevalence of malignancies in the population of Ukraine in 1991-1996 (epidemiological and organizational aspects of the problem). Kyiv. 1997.
9. URL: <https://www.phc.org.ua/news/scho-treba-znati-pro-cukroviy-diabet-tipi-simptomi-uskladnennya> (дата звернення 01.02.2025 рік)
10. URL: <https://recovery.hospital/uk/blog/alkogolizm-oznaki-stadii-ta-naslidki-alkogolnoi-zalezhnosti.html> (дата звернення 05.01.2025 рік)
11. Н. В. Гранкіна Епідеміологічні аспекти захворюваності на ВІЛ-асоційований туберкульоз у Дніпропетровській області //Український пульмонологічний журнал. 2019, № 1. Додаток - С.21-22
12. Олеся Трофименко Оксана Рокицька Руслана Москотіна Марія Шваб. Звіт за результатами дослідження: «Оцінка якості та доступності профілактичних послуг для осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування

ВІЛ та послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ в контексті переходу від донорського до державного фінансування». ДП «Центр соціальних експертиз ім. Ю. Саєнка» Інституту соціології НАН України. Київ. 2022

13. ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ В УКРАЇНІ. Інформаційний бюлетень № 52. МОЗ України. 2021.

14. ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ В УКРАЇНІ. Інформаційний бюлетень № 53. МОЗ України. 2022.

15. ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ В УКРАЇНІ. Інформаційний бюлетень № 54. МОЗ України. 2023.

16. ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ В УКРАЇНІ. Інформаційний бюлетень № 55. МОЗ України. 2024.

17. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu> (дата звернення 05.03.2025)

18. URL: <https://phc.org.ua/news/statistika-vilsnid-v-ukraini-gruden-2024-roku> (дата звернення 05.03.2025)

19. URL: <https://www.helsinki.org.ua/articles/pryzov-vil-pozytyvnykh-liudey-novi-pravyta-ta-vyklyky/> (дата звернення 05.03.2025)

20. URL: <https://eleos.com.ua/vil-kontrolovana-hvoroba-lyudyna-z-vil-mozhe-buty-korysnoyu-v-systemi-zbrojnyh-syl/> (дата звернення 05.03.2025)

21. Трихліб В. І., Задорожна В. І., Антоняк С. М., Антоняк С. В., Коломійчук Л. А., Євдокимов А. С., Вишняхов А. М., Третьяков В. В., Юрченко Б. В., Малиш І. В. та Рожко П. В. (2024). ВІЛ-інфекція серед військовослужбовців під час АТО/ООС. *Український військово-медичний журнал*, 5 (1), 45-58. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.1\(5\)-045](https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.1(5)-045)

22. URL: <https://www.unian.ua/society/mobilizaciya-v-ukrajini-u-minoboroni-rozpovili-chi-berut-osib-z-vil-ta-tuberkulozom-12819960.html> (дата звернення 05.05.2025)

23. Anne Melhuish, Penny Lewthwaite. Natural history of HIV and AIDS
 Author links open overlay pane. URL:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S135730392200055X>

24. В. А. Марциновська, Т. А. Сергєєва, Ю. В. Круглов, О. М. Максименок, О. М. Кислих, І. В. Нгуєн, Ж. В. Антоненко, М. В. Зубко, І. В. Андріанова, С. Л. Грабовий. Еволюція та прогноз розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. URL: <https://preventmed.com.ua/2024/10/28/evolyucziya-ta-prognoz-rozvytku-epidemiyi-vil-infekcziyi-v-ukrayini/>

25. War in Ukraine: situation report from WHO Ukraine country office. 2022; 30: 12 p. Available from: <https://www.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5319-45083-67125>.

26. Антоненко Ж., Зубко М., Ковальчук А., Марциновська В., Погорєлова О. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 54. — Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». 2023, 82 с.

27. Reyes-Urueña , Marrone G., Noori T., Kuchukhidze G., Martsynovska V., Hetman L. [et al.]. HIV diagnoses among people born in Ukraine reported by EU/EEA countries in 2022: impact on regional HIV trends and implications for healthcare planning. Eurosurveill. 2023; 28(48): pii=2300642. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.48.2300642>.

28. WHO (2013). Guidelines for Second Generation HIV Surveillance: An Update: Know Your Epidemic. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/books/NBK158982/>

29. Москалюк В.Д., Меленко С.Р. ВІЛ-інфекція/СНІД. Видавництво Буковинського державного медичного університету. Чернівці. 2012.

30. Марієвський В. Ф. Визначення перспективних напрямків протидії ВІЛ-інфекції у сучасній епідемічній ситуації / В. Ф. Марієвський, С. І. Доан // Інфекційні хвороби. - 2013. - № 4.

31. URL: <https://gh.bmj.com/content/8/12/e014299> (дата звернення 30.05.2025 рік)

32. URL:<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2024.2332445#d1e354> (дата звернення 01.05.2025)

33. Buot, M. L. G., Docena, J. P., Ratemo, B. K., Bittner, M. J., Burlew, J. T., Nuritdinov, A. R., & Robbins, J. R. (2014). Beyond race and place: Distal sociological determinants of HIV disparities. *PLoS ONE*, 9(4), e91711. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091711>

34. Dray-Spira, R., Gueguen, A., & Lert, F. (2008). Disease severity, self-reported experience of workplace discrimination and employment loss during the course of chronic HIV disease: Differences according to gender and education. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 112-119. doi:10.1136/oem.2007.034363

35. Dray-Spira, R., Lert, F., Marimoutou, C., Bouhnik, A. D., & Obadia, Y. (2003). Socio-economic conditions, health status and employment among persons living with HIV/AIDS in France in 2001. *AIDS Care*, 15, 739-748. doi:10.1080/09540120310001618595

36. Harrison, K. M., Ling, Q., Song, R., & Hall, H. I. (2008). County-level socioeconomic status and survival after HIV diagnosis. *Annals of Epidemiology*, 18, 919-927. doi:10.1016/j.annepidem.2008.09.003

37. Joy, R., Druyts, E. F., Brandson, E. K., Lima, V. D., Rustad, C. A., McPhil, R., & Hogg, R. S. (2008). Impact of neighborhood-level socioeconomic status on HIV disease progression in a universal health care setting. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47, 500-505. doi:10.1097/QAI.0b013e3181648dfd

38. Kalichman, S. C., Pellowski, J., Kalichman, M. O., Cherry, C., Detorio, M., Caliendo, A. M., & Schinazi, R. F. (2011). Food insufficiency and medication adherence among people living with HIV/AIDS in urban and peri-urban settings. *Prevention Science*, 12, 324-332. doi:10.1007/s11121-011-0222-9
39. Latkin, C. A., German, D., Vlahov, D., & Galea, S. (2013). Neighborhoods and HIV: A social ecological approach to prevention and care. *American Psychologist*, 68, 210-224. doi:10.1037/a0032704
40. Liu, Y., Canada, K., Shi, K., & Corrigan, P. (2012). HIV-related stigma acting as predictors of unemployment of people living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 24(1), 129-135. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2011.596512>
41. McMahon, J., Wanke, C., Terrin, N., Skinner, S., & Knox, T. (2011). Poverty, hunger, education, and residential status impact survival in HIV. *AIDS and Behavior*, 15, 1503-1511. doi:10.1007/s10461-010-9759-z
42. Т.А. Сергеева., Ю.В. Круглов, ., О.В. Максименок /Епідеміологічні аспекти соціально значущих інфекцій // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. № 4 (93) 2016
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. Громадське здоров'я: підручник / Грузєва Т. С., Лехан В. М., Огнєв В. А. та ін.; за заг.ред. Грузєвої Т.С. Вінниця : Нова Книга, 2022. – 560 с.
47. О. М. Балакірєва О.М., Соціально-економічні аспекти ВІЛ/СНІДу в Україні – К.: Укр. Ін-т соціальних досліджень; 2018. – 146 с.

48. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року : Розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. Верховна Рада України. База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-> (дата звернення 11.05.2025).

49. Закон України Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ від 12 грудня 1991 року URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text> (дата звернення 12.05.2025)

50. Закон України Про систему громадського здоров'я від 6 вересня 2022 року URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20?find=1&text=%D0%92%D0%86%D0%9B#Text> (дата звернення 12.05.2025)

51. Закон України Про захист населення від інфекційних хвороб від 6 квітня 2000 року URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення 11.05.2025)

52. Закон України Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 27.04.2025)