

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

УДК [616.98:578.828ВІЛ]-036Ю22(477.54(477.63))

Т.О. Чумаченко, Д.О. Корженко, І.Г. Козіна, Т.Є. Шевченко**, Я.В. Акопян**Харківський національний медичний університет***Комунальний заклад «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»****Комунальний заклад «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня»
Дніпропетровської обласної ради***ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ
У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ТА ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ**

Подано результати порівняльного аналізу основних проявів епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Дніпропетровській та Харківській областях України. Показано відмінності проявів епідемічного процесу ВІЛ-інфекції на різних територіях, які полягали у більшій інтенсивності, меншому співвідношенні ВІЛ-інфікованих чоловіків до жінок та більш пізній зміні домінуючих шляхів передачі вірусу з парентерального на статевий у Дніпропетровській області. Також у Дніпропетровській області спостерігається зменшення частки ВІЛ-інфікованих дітей до 14 років у віковій структурі ВІЛ-інфікованих і збільшення цього показника в Харківській області. Доведено актуальність поглибленого вивчення причин несприятливої епідемічної ситуації ВІЛ-інфекції та визначення причин та провідних рушійних сил епідемічного процесу ВІЛ-інфекції на різних територіях України для вдосконалення епідеміологічного нагляду та розробки регіональних профілактичних програм.

Ключові слова: *групи поведінкового ризику, шляхи передачі ВІЛ, демографічна ситуація, міграція, регіональні профілактичні програми.*

ВІЛ-інфекція складає одну з основних національних проблем та проблем світової спільноти. Згідно з оцінками, у 2012 р. у світі проживало 35,3 (32,2–38,8) мільйона ВІЛ-інфікованих людей, що перевищило показники за попередні роки, завдяки тому, що більше людей стало отримувати антиретровірусну терапію [1]. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції по всьому світу становила 2,3 (1,9–2,7) мільйона, що на 33 % менше кількості нових випадків інфекції у 2001 р., яка дорівнювала 3,4 (3,1–3,7) мільйона. У той же час спостерігається зниження смертності внаслідок СНІДу з 2,3 (2,1–2,6) мільйона смертей у 2005 р. до 1,6 (1,4–1,9) мільйона у 2012 р. [1, 2]. Тенденції виникнення нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих людей варіюють залежно від регіону. Епідемія продовжує нерозмірно впливати на країни Аф-

рики на південь від Сахари, де у 2012 р. проживало до 70 % усіх уперше інфікованих людей. Проте починаючи з 2001 р. річна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослого населення в країнах на південь від Сахари знизилась на 34 %. Найбільш виражене скорочення кількості нових випадків інфекцій з 2001 р. (49 %) спостерігалось в країнах Карибського басейну. За останні роки кількість нових випадків ВІЛ-інфекції зросла в Східній Європі та Центральній Азії, незважаючи на зниження їх кількості в Україні, і продовжує збільшуватись на Близькому Сході і в Північній Африці [1, 3–5]. У Східній Європі і Середній Азії відмічаються найшвидші темпи зростання захворюваності на ВІЛ у світі. Кількість людей з ВІЛ у цьому регіоні різко збільшилась на 250 %, за оцінками, з 410 000 чоловік у 2001 р. до 1,5 мільйона осіб

© Т.О. Чумаченко, Д.О. Корженко, І.Г. Козіна та ін., 2014

у 2010 р. [6]. У 2009 р. поширеність ВІЛ-інфекції серед дорослих людей у Російській Федерації становила 1 % і в Україні – 1,1 %. Беручи загалом, на ці країни припадає майже 90 % людей з нещодавно зареєстрованим діагнозом ВІЛ-інфекції в цьому регіоні. У цих країнах проживає у 2 рази більше людей з ВІЛ, ніж у всій Західній і Центральній Європі. І сьогодні Україна займає одне з перших місць серед країн Європи за кількістю ВІЛ-позитивних осіб [4, 6].

Сучасний епідемічний процес ВІЛ-інфекції в Україні відмічається широким поширенням ВІЛ переважно у містах серед контингентів груп з найвищим ризиком, зокрема споживачів ін'єкційних наркотиків, жінок комерційного сексу та чоловіків, що мають секс із чоловіками, а також в установах пенітенціарної системи [5, 7]. Характерною ознакою епідемії ВІЛ-інфекції є нерівномірне поширення ВІЛ-інфекції по різних територіях України. Найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію в показниках на 100 тисяч населення у 2012 р. зареєстровано у Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській, Донецькій областях, м. Севастополі, АР Крим та м. Києві [2, 5, 6]. Порівняно спокійною залишається ситуація в західних областях країни: Закарпатській, Тернопільській, Чернівецькій, Івано-Франківській, Рівненській та Волинській. Спостерігаються зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ та переважне ураження осіб працездатного віку. Загальна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України на 01.01.13 становила 223 530, з них 56 452 випадки СНІДу. Кількість померлих від захворювань, зумовлених СНІДом, за весь період спостереження становила 28 541 [2, 5]. В Україні ефективною ініціативою у сфері профілактики стала тільки програма профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини [7], тому актуальним є вдосконалення існуючих та створення нових профілактичних програм протидії ВІЛ-інфекції. Однак заходи, спрямовані на профілактику та боротьбу з ВІЛ-інфекцією, повинні ґрунтуватися на проявах епідемічного процесу, які зумовлені провідними рушійними силами його. З урахуванням нерівномірного розподілу випадків ВІЛ-інфекції за територіями метою роботи була порівняльна оцінка сучасної епідемічної ситуації ВІЛ-інфекції у Харківській та Дніпропетровській областях.

Матеріал і методи. За офіційними даними проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз ВІЛ-інфекції в Харківській і Дніпропетровській областях за 2005–2013 рр. При аналізі враховували соціальну характеристику, демографічну ситуацію та міграційні процеси в областях дослідження.

Результати досліджень. Порівняльний аналіз характеристики регіонів, що вивчались, показав, що Харківська і Дніпропетровська області – великі промислові території, розташовані у східній частині України. В роки спостереження як у Харківській, так і в Дніпропетровській області склалася несприятлива демографічна ситуація, яка характеризувалася низькою народжуваністю, високою смертністю, від'ємним природним приростом населення [8–12]. Населення областей відрізнялось високою мобільністю. Спостерігалось позитивне сальдо міграції, що було однією з причин деформації статево-вікової структури населення обох областей, що проявилось постарінням населення, зниженням показників народжуваності й природного приросту та підвищенням показників смертності населення. Якщо в Харківській області міжрегіональні мігранти прибували в область для навчання або за сімейними обставинами, то в Дніпропетровській області значна частка припливу трудових мігрантів належала особам, звільненим з місць позбавлення волі, яких приваблювала можливість працевлаштування на шахтах, металургійних комбінатах, заводах Дніпропетровська та Кривого Рогу, де мешкає близько 50 % населення області, а також значних за розміром міст Дніпродзержинськ, Нікополь, Павлоград та Жовті Води.

При вивченні проявів епідемічного процесу ВІЛ-інфекції встановлено, що за період 2005–2013 рр. у Дніпропетровській області офіційно зареєстровано 24 022 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 9056 захворювань на СНІД і 4093 випадки смерті. У Харківській області за цей же період спостерігалась менша інтенсивність епідемічного процесу, була зареєстрована майже в 6 разів менша кількість випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, яка становила 4050, у тому числі 1057 захворювань на СНІД і 512 випадків смерті. В усі роки спостереження показники захворюваності в Дніпропетровській області перевищували показники в Україні у 2,0–2,5 разу та показники в Хар-

ківській області в 4,1–5,4 разу (рис. 1). Так, рівень захворюваності в Дніпропетровській області збільшився з показника 58,9 на

При аналізі структури шляхів передачі ВІЛ-інфекції виявлено зміну співвідношення провідних шляхів передачі вірусу імуніде-

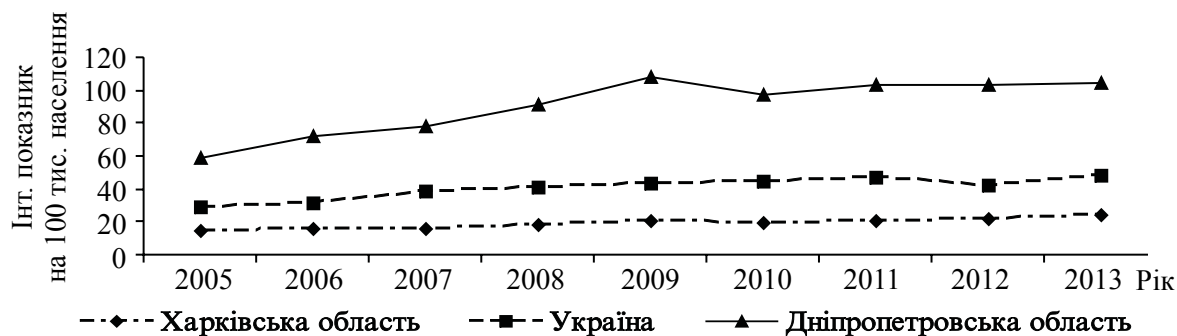


Рис. 1. Рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Дніпропетровській і Харківській областях за період 2005–2013 рр.

100 тис. населення у 2005 р. до 104,7 на 100 тис. населення у 2013 р., у Харківській області рівень захворюваності збільшився з 14,2 на 100 тис. населення у 2005 р. до 23,7 на 100 тис. населення у 2013 р.

фіциту як у Дніпропетровській, так і в Харківській областях. Так, у 2003 р. в Дніпропетровській області переважав парентеральний шлях передачі, частка якого становила 45,0 % проти 31,3 % у 2013 р. (рис. 2, а).

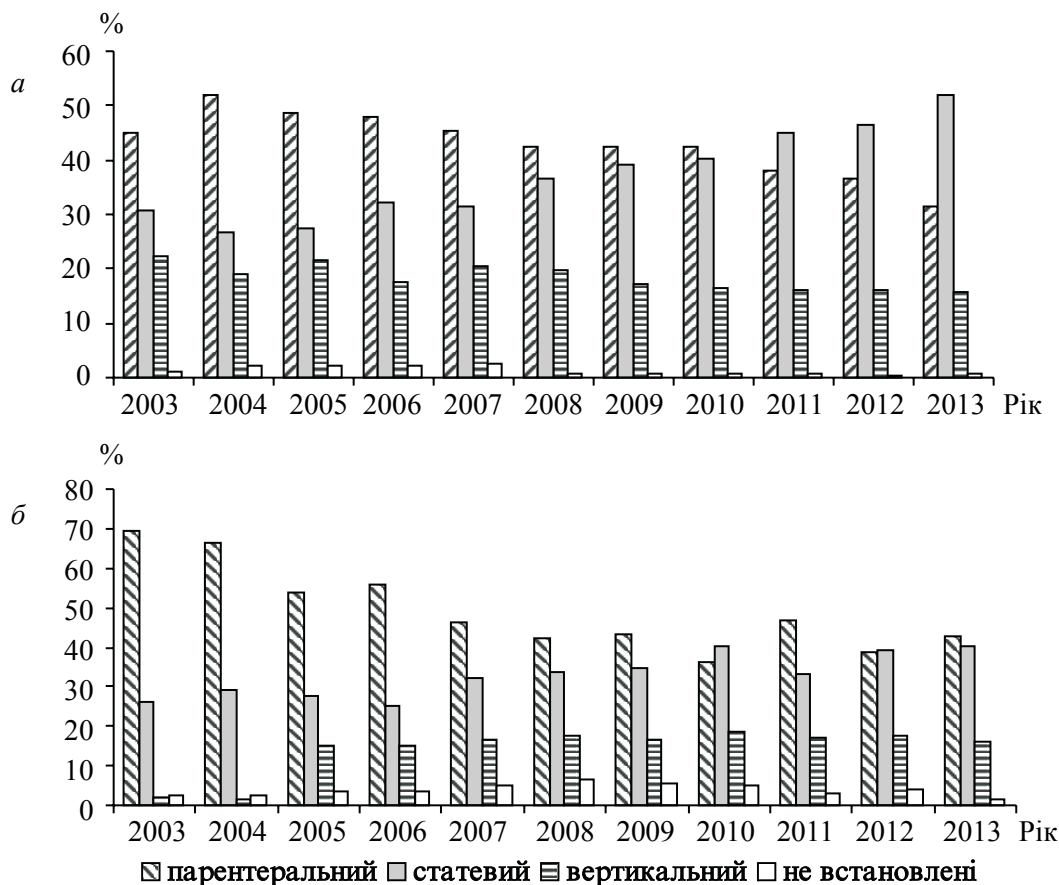


Рис. 2. Структура шляхів передачі ВІЛ-інфекції в Дніпропетровській (а) і Харківській (б) областях у 2003–2013 рр.

В Харківській області також переважав парентеральний шлях передачі вірусу, однак його домінування було більш вираженим: у 2003 р. частка цього шляху передачі в структурі шляхів передачі ВІЛ-інфекції дорівнювала 69,3 % (рис. 2, б). Парентеральний шлях передачі спостерігався переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, на його частку припадало близько 80 % усіх випадків парентерального інфікування ВІЛ.

У 2011 р. в Дніпропетровській області відбулася зміна домінуючих шляхів передачі інфекції і частка статевого шляху передачі змінилася з 30,9 % випадків у 2003 р. до 52,0 % випадків у 2013 р. Передача ВІЛ-інфекції від матері до дитини внутрішньоутробно сталася у 22,2 % випадків у 2003 р. і в 15,6 % у 2013 р. (рис. 2, а). В Харківській області зміна частки шляхів передачі ВІЛ уперше відбулася на рік раніше – у 2010 р., частка статевого шляху передачі стала більше парентерального і становила 40,6 %, в основному за рахунок гетеросексуальних контактів (рис. 2, б). У 2011 р. в Харківській області ВІЛ-інфекція у більшості випадків передавалась парентерально, однак у 2012 р. знову відмічалось збільшення частки статевого шляху передачі, яка перевищила частку парентерального шляху і становила 40,1 % від усіх зареєстрованих випадків. Статевий шлях передачі був пов'язаний з ризикованою поведінкою певних груп населення. Так, показано, що жінки комерційного сексу не завжди використовують презервативи, майже третина опитаних жінок не проходила тестування на наявність ВІЛ-інфекції [13, 14]; серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, більшість не мали постійного партнера та практикували незахищений секс [15]. В Харківській області найбільша частка шляху передачі від ВІЛ-інфікованої матері до дитини спостерігалась у 2010 р. і дорівнювала 18,4 % при внутрішньоутробному інфікуванні (рис. 2, б).

Аналіз проявів епідемічного процесу ВІЛ-інфекції за статтю показав, що в усі роки епідемії як у Дніпропетровській, так і в Харківській областях домінували чоловіки (рис. 3).

Однак при порівнянні територій з високими (Дніпропетровська область) та середніми (Харківська область) показниками захво-

рюваності спостерігаються деякі розбіжності. Так, у Дніпропетровській області частка чоловіків перевищувала частку жінок в 1,1–1,3 разу, а в Харківській області – в 1,3–1,9 разу. При вивченні вікової структури ВІЛ-інфікованих осіб показано, що у двох областях спостереження переважають особи молодого активного віку 25–49 років, частка яких у Дніпропетровській області коливалася від 62,9 % у 2005 р. до 68,1 % у 2013 р., а в Харківській області – від 60,6 % у 2005 р. до 70,7 % у 2013 р. У Дніпропетровській області відмічалось зниження частки дітей до 14 років з 21,9 % у 2005 р. до 16,3 % у 2012 р. У Харківській області, навпаки, відмічалось збільшення частки дітей до 14 років з 15,1 % у 2005 р. до 17,6 % у 2012 р. та 15,9 % у 2013 р.

Обговорення результатів досліджень.

Аналіз отриманих результатів свідчить про наявність територіальних розбіжностей інтенсивності епідемічного процесу в Україні, показники ВІЛ-інфікованості населення Дніпропетровської області вищі, ніж в Україні та Харківській області. Це може бути пов'язано з відмінностями в соціальній структурі населення Дніпропетровської області, припливом трудових мігрантів з числа осіб, звільнених із пенітенціарних закладів, які знаходять роботу на промислових підприємствах міст Дніпропетровщини. Відомо, що нині в Україні поширюється епідемія ВІЛ-інфекції в тюрмах, у першу чергу за рахунок споживання ін'єкційних наркотиків [7]. Слід також ураховувати, що Дніпропетровська область відноситься до територій з високим рівнем розповсюдження наркоманії [6]. Зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ-інфекції з парентерального на статевий є негативною ознакою погіршення епідемічної ситуації, яка свідчить про можливість виходу збудника за межі груп поведінкового ризику (парентеральні наркомани, чоловіки, що мають секс з чоловіками, жінки комерційного сексу) та переходу концентрованої стадії епідемії в генералізовану. Наразі зростає усвідомлення ризиків, які несуть статеві партнери груп найбільшого поведінкового ризику [7], котрі можуть бути містками створення умов циркуляції збудника ВІЛ-інфекції серед сукупного населення. Про наявність регіональних особливостей епідемічного процесу ВІЛ-інфекції свідчать

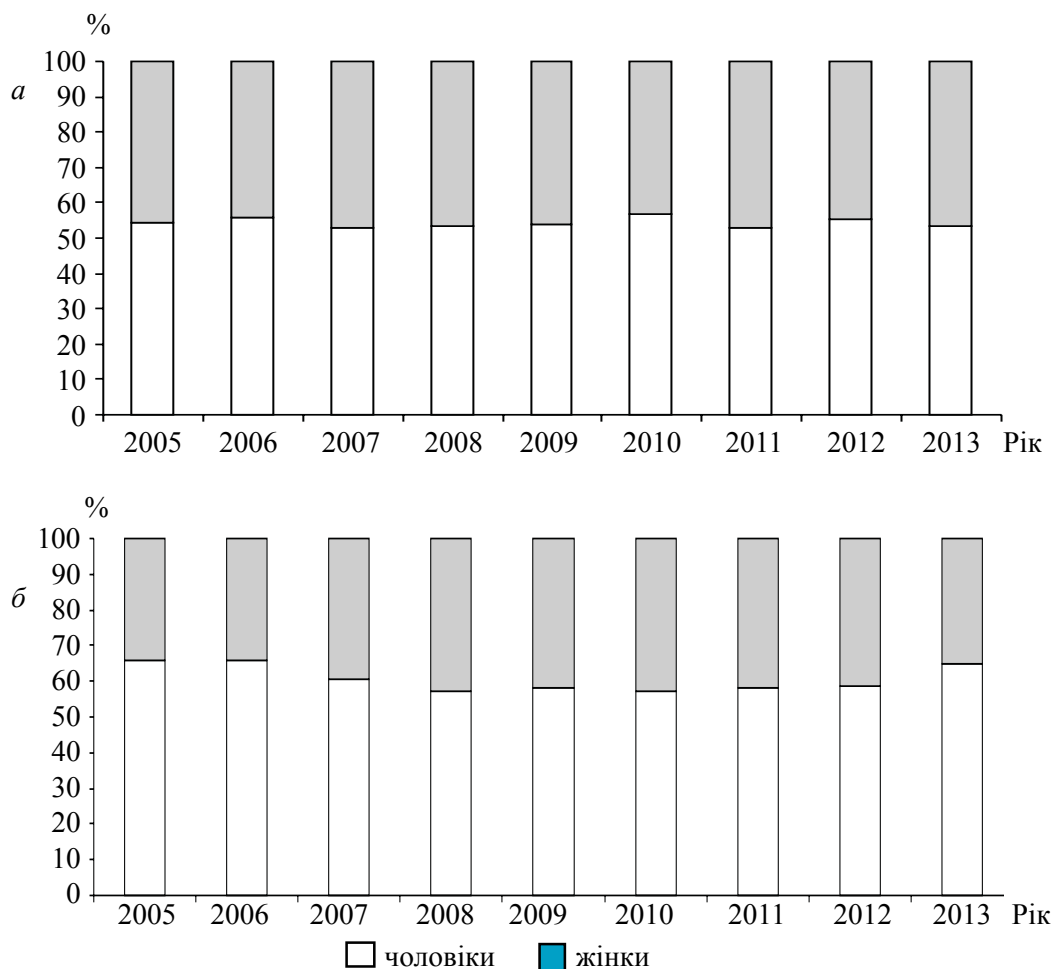


Рис. 3. Розподіл ВІЛ-інфікованих осіб за статтю в Дніпропетровській (а) та Харківській (б) областях у 2005–2013 рр.

також дані про різне співвідношення чоловіків та жінок серед осіб, які живуть з ВІЛ, різні тенденції динаміки частки інфікованих дітей до 14 років та ін. Дане питання потребує додаткового вивчення щодо причин регіональних особливостей та провідних рушійних сил епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.

Таким чином, незважаючи на однакові регламентуючі документи, закони, систему охорони здоров'я виявлено певні територіальні розбіжності щодо проявів епідемічного процесу ВІЛ-інфекції у двох областях східної України, що диктує потребу розробки регіональних профілактичних програм боротьби з ВІЛ-інфекцією з урахуванням регіональних особливостей.

Висновки

1. Виявлено певні регіональні особливості епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Дніпро-

петровській та Харківській областях у порівнянні з показниками в Україні.

2. Встановлено, що в Дніпропетровській області інтенсивність епідемічного процесу ВІЛ-інфекції вище, ніж в Україні і Харківській області, що проявляється перевищенням показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2,0–2,5 разу в порівнянні з показником в Україні та в 4,1–5,4 разу відносно такого у Харківській області.

3. У двох областях України спостерігається активізація статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції. На початку періоду спостереження в структурі шляхів передачі ВІЛ-інфекції превалював парентеральний шлях, домінування якого в Харківській області було більш виражено, ніж у Дніпропетровській. У 2010 р. в Харківській області і у 2011 р. у Дніпропетровській області відбулася зміна домінуючих шляхів передачі при превалюванні

статевого шляху, частка якого в 2013 р. становила 52,0 % у Дніпропетровській області і 40,1 % у Харківській області.

4. В усі роки епідемії в Дніпропетровській і Харківській областях в епідемічний процес ВІЛ-інфекції частіше залучались чоловіки віком 25–49 років, однак співвідношення чоловіків до жінок у Харківській області було вище.

5. Залучення до епідемічного процесу ВІЛ-інфекції осіб молодого працездатного та репродуктивного віку 25–49 років та значна частка шляху передачі ВІЛ від матері дитині (15,6–18,4 %) спричинятиме значний соціально-економічний тягар та негативні демографічні наслідки (соціальний та медичний супровід ВІЛ-інфікованих дітей, проблема дитячого сирітства, фінансові збитки на лікування та медичний супровід ВІЛ-інфікованих,

зниження кількості працездатного населення, постаріння населення тощо).

6. Необхідне вдосконалення системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією та створення ефективних регіональних профілактичних програм з урахуванням територіальних особливостей та провідних рушійних сил епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.

Перспективність дослідження. Перспективним є вивчення причин, що позначаються на інтенсивності та проявах епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в різних областях України, дослідження впливу місцевих органів влади та охорони здоров'я на епідемічну ситуацію в регіонах, оцінка ефективності існуючих профілактичних програм щодо стримування поширення ВІЛ-інфекції серед різних груп населення.

Список літератури

1. Глобальный доклад : Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2013 г. «ЮНЭЙДС / JC2417R» [Електронний ресурс], 2013 г. – Режим доступа : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_ru.pdf.
2. ВІЛ-інфекція в Україні : Інформаційний бюлетень Міністерства охорони здоров'я України № 41. – К., 2014. – 95 с.
3. Либман Г. ВИЧ-инфекция / Г. Либман, Х. Дж. Макадон ; пер. с англ. под ред. А. И. Мазуса, Т. П. Бессараба. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 560 с.
4. Іоффе С. С. Тягар ВІЛ/СНІДу в державах світу та в Україні / С. С. Іоффе, А. А. Суханова // Здоров'я жінки. – 2012. – № 3. – С. 40–43.
5. Єщенко О. Г. СНІД – актуальна проблема сучасності / О. Г. Єщенко // Мистецтво лікування. – 2013. – № 4. – С. 37–39.
6. Джудіс Н. Оцінка політики з питань ВІЛ : Україна / Н. Джудіс, О. Заглада, Р. Мбуя-Бранун. – Вашингтон, ОК : Ф'ючерс Груп, Проект «Health Policy Project», 2011. – 129 р.
7. Александріна Т. А. Кроки держави щодо формування та подальшої реалізації державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу / Т. А. Александріна // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 3. – С. 12–13.
8. Дніпропетровщина у цифрах у 2013 році / Головне управління статистики у Дніпропетровській області. – Дніпропетровськ, 2013. – 191 с.
9. Розподіл постійного населення Дніпропетровської області за статтю та віком на 1 січня 2014 року, його економічна активність та зайнятість : Статистичний збірник / Держстат України. Головне управління статистики у Дніпропетровській області. – Дніпропетровськ, 2014. – 88 с.
10. Украина в цифрах в 2013 году / Государственная служба статистики Украины. – К., 2014. – 260 с.
11. Україна у цифрах. 2011 : Статистичний збірник / Державна служба статистики України ; за ред. О. Г. Осауленка. – К., 2012.
12. Региональные особенности состояния здоровья детского населения Харьковской области (аналитико-статистические материалы). – Харьков, 2013. – Вып. 2. – 20 с.
13. Чумаченко Т. А. Оценка заболеваемости ВИЧ/СПИД инфекцией в Харьковской области / Т. А. Чумаченко, Д. А. Корженко // Материали V щорічного Всеросійського конгреса по інфекційним хворобам. – М., 2013. – 448 с.

14. Дуб Ю. М. Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики ВІЛ-інфікування жінок в умовах реформування системи медичної допомоги населенню : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / Ю. М. Дуб. – Харків, 2014. – 21 с.

15. Корженко Д. О. Оцінка профілактичних заходів у системі епідеміологічного нагляду за ВІЛ серед чоловіків, що практикують секс з чоловіками / Д. О. Корженко // Епідеміологічні дослідження в клінічній медицині: досягнення та перспективи : міжнар. наук.-практ. конф. : матеріали конф. – Харків, 2013. – С. 135–137.

Т.А. Чумаченко, Д.А. Корженко, И.Г. Козина, Т.Е. Шевченко, Я.В. Акопян
ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ И ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТЯХ

Представлены результаты сравнительного анализа основных проявлений эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Днепропетровской и Харьковской областях Украины. Показаны различия проявлений эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на различных территориях, которые заключались в большей интенсивности, меньшем соотношении ВИЧ-инфицированных мужчин к женщинам и более позднем изменении доминирующих путей передачи вируса с парентерального на половой в Днепропетровской области. Также в Днепропетровской области наблюдается уменьшение доли ВИЧ-инфицированных детей до 14 лет в возрастной структуре ВИЧ-инфицированных и увеличение этого показателя в Харьковской области. Доказана актуальность углубленного изучения причин неблагоприятной эпидемической ситуации ВИЧ-инфекции и определения причин и ведущих движущих сил эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на разных территориях Украины для усовершенствования эпидемиологического надзора и разработки региональных профилактических программ.

Ключевые слова: группы поведенческого риска, пути передачи ВИЧ, демографическая ситуация, миграция, региональные профилактические программы.

Т.А. Chumachenko, D.A. Korzhenko, I.G. Kozina, T.E. Shevchenko, Ya.V. Akopyan
FEATURE HIV EPIDEMIC SITUATION IN DNIPROPETROVSK AND KHARKIV REGIONS

The results of comparative analysis of the main manifestations of the HIV epidemic process in Dnepropetrovsk and Kharkiv regions of Ukraine have been presented. The differences in manifestations of the HIV epidemic process in different areas have been shown: a higher intensity, lower ratio of HIV-infected men to women, and a later change of the dominant modes of the virus transmission from parenteral to sexual in the Dnipropetrovsk region. Also decreasing proportion of HIV-infected children up to 14 years in age structure of the HIV-infected in the Dnipropetrovsk region and the increasing of this index in the Kharkiv region have been detected. To study of the causes of modern epidemic situation of HIV infection and to determine the major driving forces of the epidemic process of HIV infection in different areas of Ukraine to improve the surveillance and the development of regional prevention programs are necessary.

Key words: behavioral risk group, HIV transmission, demographics, migration, regional prevention programs.

Поступила 31.10.14