

**Ю. І. Фещенко, А. М. Вієвський, В. М. Мельник, Л. В. Турченко, Л. Г. Кобища, М. П. Жданова,
В. А. Піщиков, О. П. Недоспасова, С. В. Сидяк**
**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ІНТЕГРОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ВІЛ/СНІД, ТУБЕРКУЛЬОЗ, ІНФЕКЦІЙНИЙ ГЕПАТИТ ТА
НАРКОТИЧНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ В УКРАЇНІ**

*ДУ "Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"
ДУ "Український медичний моніторинговий центр алкоголізму та наркоманії МОЗ України"
ДЗ "Центр медичної статистики МОЗ України"*

Системне надання інтегрованої допомоги медичних послуг широко використовується в розвинутих країнах Європи та Північної Америки. Така стратегія ефективна стосовно людей, які мають високий ризик складних, хронічних захворювань. За D. L. Kodner, C. Spreeuwenberg [1], інтегрований підхід — це комплекс методів і моделей фінансового, адміністративного, організаційного, клінічного та сервісного рівня, що має на меті забезпечення зв'язку, координації й узгодженості як в рамках лікувальної та соціальної сфер окремо, так і між ними. Метою інтегрованої допомоги є покращання якості лікування і життя людей зі складними довготривалими проблемами, розв'язання яких потребує залучення великої кількості установ, послуг і дотримання різноманітних умов; а також підвищення задоволеності пацієнта та ефективності послуг, що надаються.

Отже, проблеми, пов'язані зі вживанням наркотиків хворими на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію та інфекційний гепатит, повністю відповідають критеріям запровадження інтегрованої допомоги. Хворі на хронічні соціально небезпечні захворювання відчують на собі соціальну ізоляцію і стигматизацію. Вони мають негативні медичні наслідки та ускладнення, що призводить до подвійної чи потрійної патології. Так, рівень поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) в різних регіонах України коливається від 10 до 55 %, а серед них рівень захворюваності на туберкульоз у 10–30 разів перевищує середньоукраїнський, а рівень інфікованості гепатитом сягає 80 %. Існуюча в Україні система надання медичної допомоги цим хворим, в рамках якої послуги для цієї групи надаються різними вузькоспеціалізованими вертикально-інтегрованими закладами, не спрацьовує; втрачаються можливості для своєчасної діагностики, профілактики, лікування усіх зазначених хвороб і розладів. Ось чому назріла потреба розбудовувати інтегровані моделі, відпрацьовувати практичні схеми, які базуються на чинній нормативній базі, що сприятиме підвищенню рівня ефективності медичних і соціальних втручань серед представників цієї уразливої групи населення [2].

Інтегрована допомога передбачає комплексне надання послуг, максимально зосереджених в одному місці; територіальну зручність для пацієнтів, урахування гендерної специфічності. Спектр цих послуг може бути різним, але вони в кожному випадку повинні охоплювати наявні проблеми, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, інфекційним гепатитом, туберкульозом та наркотичною залежністю. Залучення різних фахівців і служб вимагає впровадження дієвого механізму командної роботи в рамках мультидисциплінарної команди, а також фахової інтеграції, коли один лікар після навчання отримує право надавати лікувально-діагностичні послуги в суміжних галузях медицини.

Соціально-психологічні проблеми, з яким зустрічаються хворі на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, інфекційний гепатит та наркоманію, вимагають психологічного супроводу, який повинен стати невід'ємним компонентом інтегрованої допомоги цим

пацієнтам і включати різні види консультування, навчання та інформування пацієнтів, поліпшувати доступ до програм зменшення шкоди від зазначеної патології, залучення консультантів за принципом «рівний — рівному». Інтегровані програми повинні передбачати впровадження кейс-менеджменту — новітньої моделі ведення випадку цієї поєднаної патології із застосуванням індивідуального підходу до кожного пацієнта та залучення його до лікувально-діагностичного процесу як активного учасника.

Інтегрована допомога за будь-яких умов повинна передбачати рівний доступ до всього спектру лікувально-діагностичної допомоги без ознак стигматизації та дискримінації, а також орієнтуватися на запити та проблеми пацієнтів та їх найближчого оточення.

З 2006 року за сприяння Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні» в рамках програми 1-го раунду Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією були започатковані мультидисциплінарні моделі та схеми інтегрованої допомоги пацієнтам із наркотичною залежністю, ВІЛ-інфекцією та туберкульозом. Однак, після завершення цієї програми і відсутності фінансування Глобальним фондом інтегрована допомога цим хворим в Україні припинила свій розвиток.

Споживання ін'єкційних наркотиків, зловживання алкоголем, перебування в місцях позбавлення волі, як відомо, є додатковими факторами підвищеного ризику інфікування ВІЛ та розвитку туберкульозу. Через те всі пацієнти, які вживають ін'єкційні наркотики або отримують замісну терапію, повинні мати безперешкодний доступ до послуг з діагностики та лікування туберкульозу. Важливість адекватного доступу до інтегрованої допомоги зумовлена зв'язком між епідеміями туберкульозу та ВІЛ-інфекції, а також такими факторами:

- ВІЛ-інфіковані пацієнти належать до групи ризику щодо наявності або розвитку активного туберкульозу як однієї з основних причин їх смерті;
- ВІЛ-інфекція негативно впливає на перебіг туберкульозу та ефективність його лікування;
- активний туберкульоз погіршує перебіг ВІЛ-інфекції та ефективність антиретровірусної терапії;
- туберкульоз може бути одним із проявів III або IV стадії ВІЛ-інфекції, що потребує призначення антиретровірусного лікування.

На сьогодні епідемічна ситуація з ВІЛ інфекції/СНІДу в Україні залишається складною. В Україні спостерігаються найвищі темпи поширення ВІЛ-інфекції серед країн Європи та Центральної Азії [3, 4]. Рівень інфікування ВІЛ дорослого населення в Україні перебільшує 1,6 %; цей показник найвищий серед усіх європейських країн [4]. Поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу скорочує тривалість життя хворих, збільшує обсяги і вартість медичних послуг, загострює соціально-економічні

проблеми в країні тощо. Молоді люди віком 15–24 років є однією із найуразливіших груп населення щодо ВІЛ-інфекції через нестачу профілактичної інформації, високу ранню сексуальну активність навіть до 15 років тощо.

Програма та політичні дії у відповідь на поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні впроваджується на засадах триєдиного принципу, проголошеного Координаційною радою Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS): наявність єдиної стратегії; єдиного координаційного органу та єдиної системи моніторингу і оцінки [5, 6]. Національна стратегія подолання ВІЛ-інфекції/СНІДу затверджена законами України, наказами МОЗ України і є обов'язковою для виконання усіх гілок державної влади та стосується як всього суспільства, так і кожного окремого громадянина [7, 8]. Вона здійснюється державою у тісній співпраці з громадськими та міжнародними організаціями на національному та регіональному рівнях, щороку збільшується державне фінансування необхідних заходів.

Пріоритетними заходами у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції в Україні держава визнає активізацію профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу; забезпечення лікуванням хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які його потребують; дотримання прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та формування толерантного ставлення до них у суспільстві. Конкретним кроком в цьому напрямі є прийняття Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [9], який вступив в дію з січня 2011 року. Цей закон забезпечує баланс між правами окремої людини та інтересами громадського здоров'я, сприяє цілісному та повноцінному практичному запровадженню стратегії зменшення шкоди хворому та суспільству, допомагає розбудові публічно-приватного партнерства, необхідного для формування ефективної відповіді на загрозу поширення ВІЛ-інфекції.

З метою забезпечення міжвідомчої взаємодії у впровадженні державної політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в 2007 році був створений урядовий орган державного управління — Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, який у 2011 році був ліквідований і створена Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, яка є центральним органом виконавчої влади. На неї покладена реалізація одного із пріоритетних напрямів державної політики щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та іншим соціально небезпечним захворюванням [10].

З метою консолідованого прийняття оперативних управлінських міжвідомчих рішень та контрольних функцій щодо державної політики, програм і заходів в області боротьби з ВІЛ/СНІДом та туберкульозом створена Національна рада з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, до якої увійшли керівництво центральних органів виконавчої влади, представниками академічної науки, громадських організацій, хворих та постраждалих від туберкульозу, релігійних конфесій, приватного сектору, профспілок тощо [10]. А при Президентові України функціонував такий консультативно-дорадчий орган як Координаційна рада з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії [11]. Прийнята низка нормативних актів щодо стримування наркоманії в Україні. У 2011 році розпочалося розроблення Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусного гепатиту на період до 2016 року [12].

Проте політичні зобов'язання щодо ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, інфекційного гепатиту та наркотичної залежності залишаються багато в чому декларативними. Відсутність політичної волі спостерігається не лише щодо зазначених захворювань, але й в цілому у сфері охорони здоров'я. Так, видатки на охорону здоров'я з державного бюджету скоротилися з 3,6 % від валового внутрішнього продукту (ВВП) у 2007 р. до 2,9 % ВВП у 2011 р., а в подальші роки приріст цих видатків не перекривав рівня інфляції та стрімкого росту цін на лікарські препарати та виробни медичного призначення. Жодна із загальнодержавних програм щодо зазначених захворювань не була профінансована у повному обсязі ні з державного, ні з місцевих бюджетів.

На жаль, серед населення в цілому, постачальників медичних послуг та співробітників правоохоронних органів зберігається високий рівень стигматизації та дискримінації щодо людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (ЛЖВ), наркозалежних та хворих на туберкульоз, а також й серед груп підвищеного ризику щодо зазначених захворювань. Подібні тенденції намічаються й щодо хворих на вірусний гепатит. Це створює суттєві перешкоди доступу до послуг з профілактики та лікування цих хворих. Подвійна та потрійна дискримінація (ВІЛ/СНІД, наркозалежність, туберкульоз, гомосексуальність тощо) накладає особливі обмеження на вразливі групи, особливо у селах та маленьких містечках. Крім того, у суспільстві домінують сильні стереотипи щодо гендерних ролей та нетерпимість до тих, хто виходить за рамки традиційних гендерних норм. Це створює перешкоди для доступу представників цих груп населення до послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки [13–15].

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та Центральної Азії. Епідемічний процес ВІЛ-інфекції в країні характеризується широким поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення, передусім серед осіб, які відносяться до груп високого ризику інфікування. Для нього характерні нерівномірне поширення ВІЛ-інфекції на різних територіях України, зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ, переважне ураження осіб працездатного віку [5, 16]. Темпи зростання кількості хворих на ВІЛ/СНІД випереджають масштаби профілактичних заходів та забезпечення антиретровірусною терапією (АРТ) тих, хто її потребує [17]. Зростання показників поширеності ВІЛ-інфекції та смертності від захворювань, зумовлених СНІД, спричиняє тяжкі соціально-економічні та демографічні наслідки.

Визначення випадку інфікування ВІЛ в Україні базується на виявленні в досліджуваному зразку сироватки крові антитіл до ВІЛ за допомогою реакції імуноферментного аналізу (ІФА). Первинно-позитивний результат підтверджується повторно або методом ІФА, але з використанням іншої тест-системи, або методом імуноблоту. Отримані дані використовуються як для цілей епідагляду, так і для постановки клінічного діагнозу ВІЛ-інфекції. В останні роки поширилося тестування на ВІЛ представників з груп ризику, а також хворих, які госпіталізуються у протитуберкульозні, наркологічні та дерматовенерологічні диспансери із застосуванням швидких та експрес-тестів.

За 1987–2012 роки загальна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України становила 223530, включаючи дітей з тимчасово не уточненим діагнозом, які народилися від ВІЛ-інфікованих жінок; кількість випадків СНІДу склала 56373; а кількість смертей, обумовлених СНІДом — 28498. За цей період було 480 випадків ВІЛ-інфекції серед іноземних громадян, у тому числі 79 випадків СНІДу та 43 випадки смерті від СНІДу.

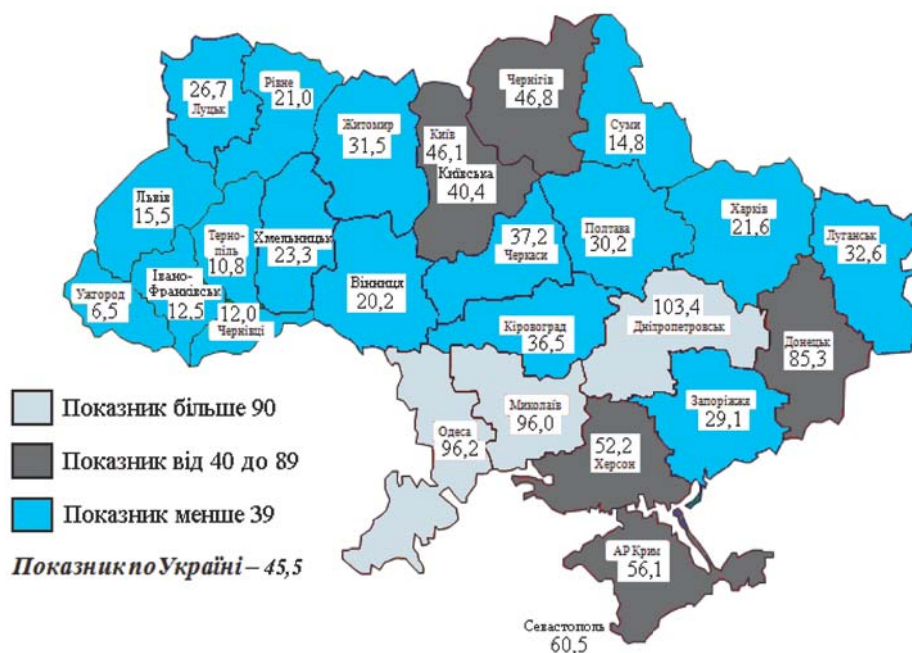


Рис. 1. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Україні в 2012 році (на 100 тис. населення).

Епідемія ВІЛ-інфекції з 1997 року поширилась на всі адміністративні території України і прогресувала. Вперше у 2012 році в Україні зареєстровано зниження кількості нових випадків ВІЛ-інфекції на 1,6 % (з 21177 інфікованих або 46,2 випадку на 100 тис. населення в 2011 році до 20743 або 45,5 випадку на 100 тис. населення в 2012 році). Незважаючи на прогрес цих середньоукраїнських показників у 14 з 27 регіонів країни у 2012 році кількість нових випадків ВІЛ-інфекції продовжувала збільшуватися. Як і раніше, зберігаються значні відмінності у захворюваності на ВІЛ-інфекцію (на 100 тис. населення) по регіонах України (рис. 1).

У 2012 році найвищі показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію спостерігалися у тих регіонах, у яких найбільше зареєстровано споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), а саме: у Дніпропетровській (103,4), Одеській (96,2), Миколаївській (96,0), Донецькій (85,3) областях, м. Севастополі (60,5), АР Крим (56,1), Херсонській (52,2), Чернігівській (46,8) областях та м. Києві (46,1). Порівняно спокійною залишалася епідемічна ситуація в західних областях країни (Закарпатська, Тернопільська, Чернівецька, Івано-Франківська, Рівненська, Волинська), де захворюваність на ВІЛ-інфекцію складала від 6,5 до 26,7 випадку на 100 тис. населення. Але, в Закарпатській та в Івано-Франківській областях спостерігалися найвищі темпи приросту показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію (відповідно 29,6 % та 21,1 %), що є прогностичною ознакою можливого швидкого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в західних регіонах країни.

Як і у попередні роки, ВІЛ-інфекція найбільше вражала працездатне та репродуктивне населення у віці 25–49 років (майже 66,0 % усіх нових випадків ВІЛ-інфекції у цій віковій категорії). За останні роки намітилася тенденція до зниження частки випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15–24 років серед усіх уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції — з 2007 до 2012 років: відповідно 15,0; 13,0; 12,0; 11,0 та 9,0 %, що може свідчити про деякі ознаки стабілізації епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в цілому через зміну поведінки молоді на менш ризиковану [18].

Серед ВІЛ-інфікованих осіб, як і раніше, переважають чоловіки, але постійно зростає частка жінок, яка у 2012 році склала 45,0 %. Частка мешканців міста дорівнює 77,0 %, села — 23,0 %. Продовжують реєструватися випадки інфікування ВІЛ через перелиті компоненти донорської крові, загальна кількість яких з початку реєстрації випадків ВІЛ-інфекції у 1987 році і до кінця 2012 року складала 26 осіб.

Протягом 2010–2012 років відмічається невелике зниження кількості скринінгових обстежень на антитіла до ВІЛ — 3277, 3318 та 3246 тисяч відповідно. За останні три роки, за даними сероепідемоніторингу, повільно зменшується і загальний рівень поширеності ВІЛ серед громадян України — 1,03; 1,02 та 0,98 % відповідно.

Показник охоплення диспансеризацією ВІЛ-позитивних осіб за 2009–2012 роки в Україні має тенденцію до збільшення — 54,5; 60,6; 62,7; 65,0 % відповідно, але його рівень залишається нижчим від 70,0 %. Себто, кожний третій виявлений не знаходиться під диспансерним наглядом, що призводить до подальшого поширення ВІЛ-інфекції.

Протягом 2010–2012 років спостерігається зниження рівня інфікованості споживачів ін'єкційних наркотиків 12,31; 11,39 та 9,07 % відповідно. Щодо ситуації з тестуванням осіб, в яких виявлені хвороби, що передаються статевим шляхом, то рівень інфікованості цієї категорії населення має тенденцію до збільшення — відповідно 1,25; 1,45 та 1,71 %. Проте, кількість тестувань осіб, які мають численні незахищені сексуальні контакти, поступово збільшується — 49, 57 та 85 тисяч обстежень відповідно, а рівень інфікованості серед них поступово зменшується — 1,77; 1,60 та 1,45 %.

Разом з тим, в Україні досі не спостерігається призупинення епідемії серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), оскільки в дев'яти регіонах країни, а саме в Кіровоградській, Одеській, Чернігівській, Дніпропетровській, Київській, Волинській та Львівській областях, містах Києві та Севастополі рівень інфікованості ВІЛ перевищує середньоукраїнський і становить від 21,19 % у Кіровоградській області до 10,03 % у Львівській.

В Україні офіційно не зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед працівників комерційного сексу (ПКС), проте результати дозорних епідеміологічних досліджень вказують на високий рівень поширення ВІЛ серед представників цієї групи ризику. За результатами дозорних досліджень 2011 року, проведеного у 25 містах країни, рівень поширеності ВІЛ серед ПКС склав 9,0 %.

Найбільший ризик інфікування ВІЛ серед ПКС визначає факт споживання ін'єкційних наркотиків. Так, поширеність ВІЛ серед ПКС, які за практикою своєї поведінки можуть бути віднесені до СІН становить 40,5 %, а серед ПКС, які ніколи не вживали наркотики — 6,4 %. Високий рівень інфікованості ВІЛ серед ПКС в Україні пояснюється активною участю жінок-СІН у секс-бізнесі. Вони є найсуттєвішим джерелом розповсюдження інфекції для клієнтів загального населення [5, 19].

В останні три роки реєструється зростання захворюваності на СНІД: відповідно з 5861 у 2010 році до 9289 в 2011 році й до 10073 випадків у 2012 році (рис. 2). Але темп приросту числа випадків СНІДу, в порівнянні з минулим роком, знизився з 57,0 % до 9,9 %.

Високі показники захворюваності на СНІД (на 100 тис. населення) у 2012 році, як і раніше, зареєстровані у Дніпропетровській (57,4), Донецькій (53,7), Одеській областях (48,9), м. Севастополі (43,7), Київській (23,2), Черкаській та в Запорізькій областях (по 22,8). Нині в Україні саме споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) обумовлюють високі рівні захворюваності на СНІД та смертності від нього.

У 2012 році в Україні знову збільшилась кількість осіб, які померли від захворювань, зумовлених СНІДом — до 3870 випадків смерті порівняно з 3736 особами в 2011 році, але темп приросту порівняно з попереднім роком знизився з 20,6 % до 8,5 %. У шести регіонах України показник на 100 тис. населення перевищує середньоукраїнський, зокрема, у Дніпропетровській (28,7), Донецькій (19,4), Одеській (13,2), Миколаївській (9,5), Полтавській (9,4) областях та м. Севастополі (13,9).

У 2012 році відбулося значне розширення доступу до антиретровірусної терапії (АРТ) в усіх регіонах України (табл. 1). Збільшилася кількість закладів охорони здоров'я, де проводилася АРТ з 132 у 2011 році до 168 у 2012 році. Це сприяло тому, що кількість пацієнтів, охоплених антиретровірусною терапією у 2012 році збільшилася на 13630 або на 51,0 % порівняно з 2011 роком. Якщо така тенденція продовжуватиметься й надалі, то є надія на майбутнє покращання епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції.

На 01.01.2013 р. АРТ потребували — 44614 пацієнтів, отримували — 40350 (90,44 %), не отримували — 4264 (9,56 %), в тому числі діти віком від 0 до 14 років — 2713, 2617 (96,46 %) і

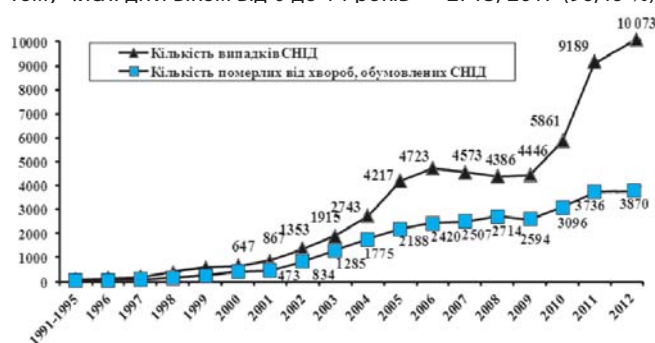


Рис. 2. Абсолютна кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, обумовлених ним, серед громадян України у 1991–2012 роках.

Таблиця 1

Порівняльна кількість осіб, які отримували антиретровірусну терапію (АРТ) в закладах охорони здоров'я МОЗ та НАМН України у 2011–2012 роках

Регіон / Організація	Кількість осіб, які отримували АРТ		Приріст за рік (абс.)	Приріст за рік (%)
	станом на 01.01. 2012 р.	станом на 01.01. 2013 р.		
АР Крим	1847	2612	765	41,4
Вінницька	502	755	253	50,4
Волинська	323	525	202	62,5
Дніпропетровська	3569	5257	1688	47,3
Донецька	4350	7135	2785	64,0
Житомирська	286	569	283	99,0
Закарпатська	31	47	16	51,6
Запорізька	770	1220	450	58,4
Івано-Франківськ	239	342	103	43,1
Київська	497	940	443	89,1
Кіровоградська	233	396	163	70,0
Луганська	1034	1543	509	49,2
Львівська	348	629	281	80,7
Миколаївська	2141	3132	991	46,3
Одеська	2715	3987	1272	46,9
Полтавська	532	837	305	57,3
Рівненська	206	351	145	70,4
Сумська	197	289	92	46,7
Тернопільська	133	247	114	85,7
Харківська	671	926	255	38,0
Херсонська	649	978	329	50,7
Хмельницька	311	455	144	46,3
Черкаська	382	680	298	78,0
Чернівецька	194	277	83	42,8
Чернігівська	422	814	392	92,9
м. Київ	2000	2834	834	41,7
м. Севастополь	470	680	210	44,7
НДСЛ Охматдит	170	175	5	2,9
ДУ "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб НАМН України"	1498	1718	220	14,7
Україна	26720	40350	13630	51,0

96 (3,54 %) хворих, відповідно. Всі 476 дітей у віці від 0 до 3 років були охоплені АРТ. Рівень охоплення АРТ хворих на ВІЛ-інфекцію збільшився з 69,9 % в 2011 році до 90,4 % у 2012 році від числа тих, хто її потребував.

Максимальний показник виживання осіб, які розпочали лікування у 2011 році (когорта 2011 року), через 12 місяців лікування складає 94,1 %. Проте, темпи поширення доступу до АРТ СІН поки що залишаються невисокими. Так, з 4447 СІН, які потребували АРТ, отримували терапію 3811 (85,7 %) пацієнтів, в тому числі замісну підтримувальну терапію (ЗПТ) і АРТ — лише 1283 ВІЛ-інфіковані особи, що свідчить про недостатню доступність СІН до ЗПТ та проблему з формуванням прихильності їх до АРТ.

Протягом 2012 року АРТ отримували 4433 хворих на туберкульоз. На початок 2013 року ЗПТ отримували такі пацієнти: з ВІЛ-інфекцією — 3215, з гепатитом В — 1414; з гепатитом С — 3418; з туберкульозом — 1309; комплексно отримували АРТ і ЗПТ — 1283 СІН і готувалися до неї 304 хворих.

Таблиця 2

**Поширеність ВІЛ-інфекції та СНІДу в Україні на
01.01.2013 року**

Адміністративні території	ВІЛ-інфіковані (абс.)	Поширеність ВІЛ-інфекції (на 100 тис. населення)	Хворі на СНІД (абс.)	Поширеність СНІДу (на 100 тис. населення)
АР Крим	7596	386,7	948	48,3
Вінницька	1935	118,8	622	38,2
Волинська	1531	147,2	348	33,5
Дніпропетровська	21571	651,7	4065	122,8
Донецька	26492	604,8	5339	121,9
Житомирська	2242	176,5	467	36,8
Закарпатська	288	23,0	40	3,2
Запорізька	3297	184,6	693	38,8
Івано-Франківська	669	48,4	168	12,2
Київська	4060	235,7	1054	61,2
Кіровоградська	1730	173,6	228	22,9
Луганська	4148	183,6	680	30,1
Львівська	2233	87,9	603	23,7
Миколаївська	6799	579,0	579	49,3
Одеська	14583	609,8	2759	115,4
Полтавська	2464	167,7	568	38,7
Рівненська	1302	112,5	149	12,9
Сумська	975	85,1	222	19,4
Тернопільська	703	65,2	93	8,6
Харківська	2585	94,3	430	15,7
Херсонська	3241	300,2	493	45,7
Хмельницька	2039	155,0	384	29,2
Черкаська	2609	205,3	604	47,5
Чернівецька	694	76,5	150	16,5
Чернігівська	2630	243,5	381	35,3
м. Київ	9015	318,3	1602	56,6
м. Севастополь	1705	445,2	421	109,9
Україна	129136	283,4	24090	52,9

Незважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ, темпи розширення програми лікування ВІЛ-інфікованих осіб відстають від темпів приросту кількості осіб, які його потребують. Кількість людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом (ЛЖВ), які отримують АРТ, є недостатньою для того, щоб знизити темпи поширення епідемії, тобто зменшити кількість захворювань на СНІД та смертність. Це можна пояснити як недостатністю фінансування, так і особливістю перебігу епідемії в Україні, а саме тим, що з середини 90-х років ВІЛ-інфекція реєструвалася переважно серед споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплення яких АРТ і досі залишається обмеженим у зв'язку з недостатньою доступністю для них замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), а, відтак з проблемою формування їх прихильності до АРТ. Завдяки впровадженню АРТ протягом останніх трьох років в Україні стабілізувалася кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, біля 12,0 на 100 тис. населення [20]. Якщо охоплення АРТ буде розширюватися, то, за нашими прогностичними даними, у наступні роки можливі не тільки стійка стабілізація, але й зменшення летальності цих хворих.

Незважаючи на те, що споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) залишаються основним рушійним чинником поширення епідемії ВІЛ/СНІДу, їх доступ до замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) є неналежним і не дозволяє підвищити рівень охоплення їх профілактикою та лікуванням. Наприклад, кількість розданих шприців на одного СІН за програмами обміну голочок та шприців у 2012 році становила лише 67,4 % від оціночного числа СІН (програма вважається ефективною за умови 100,0 % їх надання), антиретровірусну терапію (АРТ) отримували лише 8,3 % зазначених СІН. Це означає, що представники цієї групи підвищеного ризику мають обмежений доступ не тільки до ЗПТ, АРТ, а й до профілактичних і медичних послуг взагалі.

До речі, низьким та нестабільним є рівень охоплення тестуванням на ВІЛ представників груп підвищеного ризику. Так, за результатами останнього опитування у 2011 році відсоток СІН, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців і знають свої результати становив лише 33,7 %, жінок комерційного сексу (ЖКС) — 58,5 %, а чоловіків-гомосексуалістів — 37,8 %. За даними програмного моніторингу відсоток охоплення профілактичними програмами СІН на кінець 2012 року становив 55,5 %, ЖКС — 36,3 %, а чоловіків-гомосексуалістів — лише 11,4% [5, 20].

Найсерйознішою асоційованою інфекцією у ВІЛ-інфікованих осіб, яка найчастіше приводить їх до смерті, є туберкульоз. Насторожує швидкий темп зростання кількості випадків ко-інфекції: ВІЛ + туберкульоз. У 2012 році з 30958 вперше захворілих на туберкульоз у 4726 (15,3%) діагностована ВІЛ-інфекція, а серед 10073 нових випадків СНІДу туберкульоз був встановлений у 5541 (55,0 %) хворого, у тому числі у 4264 (76,95 %) випадків — легеневий та 1277 (23,05) — позалегеновий. Під наглядом на кінець 2012 р. перебувало 13775 хворих на СНІД з туберкульозом, у тому числі 3386 — з позалегеновими клінічними формами.

Станом на 01.01.2013 року під диспансерним наглядом у закладах охорони здоров'я (табл. 2) перебувало 129136 ВІЛ-інфікованих громадян України (283,4 випадку на 100 тис. населення), з них 24090 — з діагнозом СНІДу (52,9 випадку на 100 тис. населення).

Найвищі показники поширеності ВІЛ-інфекції спостерігаються у південно-східних регіонах країни: Дніпропетровській,

Одеській, Донецькій, Миколаївській Херсонській областях, місті Севастополі, АР Крим, а також в м. Києві (від 651,7 до 318,3 випадку на 100 тис. населення): тут ці показники значно перевищують середньоукраїнський. Перевищують середній в країні показники поширеності СНІДу у Дніпропетровській, Донецькій, Одеській областях, м. Севастополі, а також Київській області та м. Києві (від 122,8 до 56,6 випадку на 100 тис. населення).

Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ув'язнених складає від 13,0 % до 30,0 %, за різними оцінками [22–24]. Ув'язнені — це єдина група найвищого ризику, яку можна легко охопити комплексними програмами з профілактики. Втім, лише 45000 із 130000 в'язнів, тобто 34,62 %, коли-небудь отримували ті чи інші послуги з профілактики. Керівники пенітенціарної системи недостатньо сприяють запровадженню програм зниження шкоди та замісної терапії, незважаючи на те, що ці програми пропагуються державною політикою і є доступними за межами місць позбавлення волі.

В Україні з 2008 року статевий шлях передачі ВІЛ-інфекції домінує над парентеральним. У 2012 р. інфікування статевим шляхом зросло до 51,1 %, з них інфікування через статеві контак-

ти серед чоловіків — на 0,73 %. Частка СІН із вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції у 2012 р. становила 28,6 %.

Зростання гетеросексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку спричинило збільшення кількості дітей, які народили ВІЛ-інфіковані матері; в останні роки щорічно реєструється понад 4 тисячі випадків народження дітей ВІЛ-інфікованими жінками.

Серед 3881 дітей, які народилися від ВІЛ-інфікованих жінок у 2010 р. встановлена передача ВІЛ від матері до дитини у 177 дітей (4,56 %), 3408 (87,81 %) дітей знято з диспансерного нагляду у зв'язку з відсутністю ВІЛ-інфекції, у 296 (7,63 %) дітей діагноз ВІЛ-інфекції залишився в стадії підтвердження (з причин відмови батьків від обстеження дитини, зміни місяця проживання дитини та необхідності подальшого спостереження за дитиною з метою уточнення ВІЛ-статусу).

В останні роки відмічається зростання виявлення ВІЛ за зверненням при наявності клінічних показань. У 2012 р. понад 23,0 % (22,0 % в 2011 році) від усієї сукупності позитивних результатів сероепідмоніторингу інфікування ВІЛ виявлено за зверненням. Ці особи інфікувалися ВІЛ багато років тому і протягом тривалого часу були невідомим джерелом інфекції для населення.

У 2012 р. протестовано на ВІЛ 3246537 зразків крові громадян України і 6245 зразків крові іноземних громадян. Рівень інфікованості ВІЛ серед громадян України становив 0,98 % (1,02 % у 2011 р., 1,03 % у 2010 р.). Найвищі рівні інфікованості ВІЛ у 2012 р. відмічалися серед осіб, які мали гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами — 17,15 %; серед осіб, які перебувають в місцях позбавлення волі — 9,90 %; серед споживачів наркотичних речовин ін'єкційним шляхом — 9,07 %; серед осіб, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами — 7,1 %; серед осіб, обстежених анонімно — 4,76 %; серед осіб, обстежених за клінічними показаннями — 2,65 %.

Рівень інфікованості ВІЛ серед донорів у 2012 році складав 0,12 %, а серед первинних (разових) донорів — 0,15 %, тобто, у 1007 потенційних донорів, які отримали передтестове консультування, при лабораторному обстеженні були виявлені антитіла до ВІЛ. Найбільшу кількість ВІЛ-інфікованих серед постійних (кадрових) донорів виявлено у Дніпропетровській області — 6, в АР Крим — 5, у Тернопільській та Хмельницькій областях — по 4 випадки.

Рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних в Україні у 2012 році складав 0,24 %, а серед первинно протестованих — 0,45 %, тобто, у 2696 вагітних при обстеженні було виявлено ВІЛ-інфекцію, причому у 63 вагітних ВІЛ-інфекцію виявлено в третьому триместрі вагітності при повторному обстеженні, що, як правило, призводить до високого рівня передачі ВІЛ від матері до дитини.

У Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Київській, Кіровоградській, Одеській областях, м. Києві рівень інфікованості ВІЛ серед первинно обстежених вагітних набагато перевищував середньоукраїнський і становив від 1,08 % у Дніпропетровській області до 0,58 % у Кіровоградській. Високий рівень поширеності ВІЛ серед вагітних жінок в цих регіонах України є прогностичною ознакою подальшого інтенсивного розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції серед загального населення цих адміністративних територій.

Постконтактну профілактику ВІЛ-інфекції потребували 1486 особи, в тому числі: медичні працівники — 638 (42,93 %), інші особи старше 14 років — 561 (37,75 %), діти віком від 0 до

14 років — 287 (19,31 %), але отримали повний курс (28 днів) відповідно: 860 (57,87 %) або 412 (64,58 %) медичних працівників, 306 (54,55 %) дорослих і 142 (49,48 %) дітей.

В системі забезпечення якості лабораторної діагностики в Україні бракує деяких ключових компонентів, серед яких насамперед — незадовільний стан матеріально-технічної бази та невиконання Референс-лабораторією функцій керівного органу із забезпечення якості лабораторних досліджень в країні. Крім того, всій системі лабораторних досліджень бракує єдиного керівного методичного документу, який би регламентував питання внутрішньої та зовнішньої оцінки якості.

Однією з неблагополучних в Україні є підліткова група ризику щодо інфікування ВІЛ, яка складає близько 85000, з них біля 50000 (58,82 %) підлітків (70,0 % хлопців і 30,0 % дівчат) віком 14 — 19 років є споживачами ін'єкційних наркотиків (СІН).

Серед усіх підлітків СІН складають 11,6 % від їх оціночної чисельності. Згідно з опитуванням «серед учнів 15–17 років 14121 коли-небудь вживали ін'єкційні наркотики, а 12866 вживали їх три або більше разів» [16]. Оціночна кількість дівчат-підлітків, які надають секс-послуги складає 10990, що становить 16,0 % від усіх жінок комерційного сексу (ЖКС), оціночна кількість хлопців-гомосексуалістів у віці 10–19 років становила 20000, або 10,5 % всіх гомосексуалістів в Україні. За цими ж даними, молодь у віці 15–24 років, яка живе і працює на вулиці, складає біля 150000 чоловік, з них близько половини (44,0 %) були сиротами [16]. Дослідження національного епіднагляду [16] виявили поширеність ВІЛ серед підлітків СІН віком 15–19 років у дівчаток — 39,0 %, у хлопчиків — 29,0 %, серед підлітків жінок комерційного сексу (ЖКС) — 11,0 %, хлопців-гомосексуалістів — 4,0 %. Основним шляхом інфікування ВІЛ підлітків серед хлопців був парентеральний (65,0 %), а серед дівчаток — в результаті статевих контактів (89,0 %).

В Україні спостерігається негативний вплив поширення порнографії, пропаганди сексуального насильства, широкого рекламування шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків) на стан здоров'я молоді. За даними ВООЗ, близько 2/3 випадків передчасної смерті та 1/3 випадків хронічних захворювань пов'язані з умовами та способом життя підлітка. Це, зокрема, і негативний вплив паління, вживання алкоголю, недостатні фізичні навантаження, схильність до насилля, раннє статеве життя. В Україні 30,0 % підлітків оцінюють власне здоров'я як «посереднє» або «погане», 14,0 % повідомляють про наявність медичного діагнозу хронічного захворювання, інвалідності або інших медичних обмежень. Водночас 19,0 % підлітків мають труднощі при звертанні за допомогою до будь-якого доступного медичного закладу без батьків [5, 19, 20, 25, 26].

Уразливість до інфікування ВІЛ дітей та молоді обумовлена високим рівнем застосування ризикованих практик, у тому числі на тлі споживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв. Для значної кількості молодих людей з груп ризику доступ до профілактичних та лікувальних послуг, що надаються державними та громадськими організаціями, є обмеженим, оскільки вони, в основному, спрямовані на доросле населення. В цілому молодь України демонструє невисокі знання про ВІЛ/СНІД і способи його передачі. Так, частка населення віком 15–24 років, які мала повне і правильне уявлення про ВІЛ/СНІД, у 2011 році становила 39,9 %. А ще у 2010 році планувалося досягти цього показника на рівні 95,0 % [5, 19, 25].

Система надання послуг для молоді не враховує потреби деяких груп молоді, наприклад, сиріт або бездомних дітей; тих, хто живе чи працює на вулиці; дітей, залежних від алкоголю та наркотиків, у тому числі тих, хто починає вживати ін'єкційні наркотики. Вони не мають доступу до належних послуг. До того ж, організації, що надають спеціальні послуги підліткам груп ризику, часто-густо не мають кваліфікованих фахівців і навичок, тому послуги їх недостатні.

Нарешті, підлітки з груп ризику часто притягуються до кримінальної відповідальності або до них застосовуються неналежні кримінально-процесуальні заходи, які знижують і без того низький рівень охоплення молоді з груп ризику медичними і соціальними послугами, а також послугами із зниження шкоди для здоров'я. Мережа клінік, дружніх до молоді, наразі не спроможна надати медичні та соціальні послуги представникам підліткової групи ризику, оскільки цим клінікам бракує навичок залучення найбільш маргіналізованих груп молоді [19, 24, 26].

Як зазначають експерти Інституту соціології НАН України [15], стигма і дискримінація щодо ВІЛ-інфікованих мають багаторівневі прояви, зокрема порушуються їх права при працевлаштуванні, отриманні освіти, наданні медичних послуг. Вони не завжди можуть реалізувати пільги, які надає їм чинне законодавство. Це стосується й людей, які вживають наркотики; надають комерційні секс-послуги; чоловіків, які практикують сексуальні контакти з чоловіками; які відбували покарання у місцях позбавлення волі.

Більшість учнів і студентів не хотіли б контактувати з людиною, інфікованою ВІЛ, в навчальному закладі [13]. Вони не погодились би, щоб така людина навчалася в їхньому навчальному закладі (58,0 %), класі/групі (68,0 %), сидіти за однією партою (79,0 %); не змогли погодитись, щоб така людина була викладачем в їхньому навчальному закладі (67,0 %) та в класі/групі (69,0 %); не погодились або не змогли визначитись щодо бажання проживати, у сусідніх квартирах (66,0 %); не хотіли б, щоб ВІЛ-інфікована людина приходила до них у гості (68,0 %); не змогли б прийняти ВІЛ-інфіковану людину як кохану людину (93,0 %) та особистого друга, з яким можна спілкуватися щоденно (65,0 %).

Неабиякою є стигматизація і дискримінація ВІЛ-інфікованих у закладах охорони здоров'я. Цьому сприяють: недостатня обізнаність та інформованість з питань ВІЛ-інфекції населення та медичних працівників; малий досвід спілкування медичних працівників з ВІЛ-інфікованими; недостатнє фінансування медичних закладів для забезпечення засобами індивідуального захисту медиків; стереотипні уявлення про ВІЛ-позитивних як про людей з асоціальною (деліквідною чи/та девіантною)

поведінкою; низький рівень толерантності в українському суспільстві; низький рівень правового захисту пацієнтів на отримання якісних та доступних медичних послуг/допомоги; низький рівень звертань до правоохоронних органів, прокуратури та суду з метою опротестування дій медичних працівників, закладів охорони здоров'я у разі ненадання потрібних медичних послуг/допомоги [15].

За даними опитування, 39,0 % медичних працівників вважають, що від стигми і дискримінації щодо ВІЛ-інфекції, однаково потерпають і медичні працівники, і пацієнти. Кожен шостий медичний працівник (17,0 %) вважає, що скоріше потерпають пацієнти, ніж медичні працівники, а кожен сьомий (14,0 %) — що більше страждають медичні працівники. Лише четверта частина медичних працівників наполягає на скороченні стигми і дискримінації щодо з ВІЛ-інфекції у медичних закладах, де вони працюють, через інструктаж, програми на робочому місці, курси підвищення кваліфікації; 16,0 % зовсім заперечують проведення таких заходів [15].

Туберкульоз є не тільки однією з найпоширеніших інфекцій в Україні, але й найнебезпечнішою через легкодоступний, повітряно-пиловий спосіб зараження, аніж отримання ВІЛ/СНІДу, інфекційного гепатиту чи наркотичної залежності. Україна відноситься до 18 країн Європейського регіону, на які приходить до 87 % випадків туберкульозу, що в 8,0 разу більше відносно інших країн [27].

Програмно-цільовий принцип реалізації протитуберкульозних заходів започаткований у 1999 році. Нині чинною є Загальнонаціональна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки [28]. В результаті виконання попередньої програми у 2007–2011 роках були досягнуті певні позитивні зрушення щодо епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні. Після 15-річного періоду погіршення епідемічної ситуації, коли рівень захворюваності на туберкульоз та смертності з 1990 до 2005 року збільшився понад 2,5 разу, з 2006 року намітилася позитивна динаміка цих показників (рис. 3).

У 2012 році рівень захворюваності на туберкульоз був на 19,0 % нижчий, ніж у 2005 році і становив 68,1 випадку на 100 тис. населення, що наближається до індикативного прогностичного показника 2015 року — 67,5 випадку на 100 тис. населення [19, 29, 30].

Рівень смертності за цей період знизився на 40,0 % і становив у 2012 році 15,1 випадку на 100 тис. населення, і майже досяг індикативного прогностичного рівня 2015 року — 15,0 [19, 29, 30]. Проте, незважаючи на тенденцію до стабілізації показників захворюваності та смертності від туберкульозу, епідемічна ситуація в Україні залишається нестійкою [30].

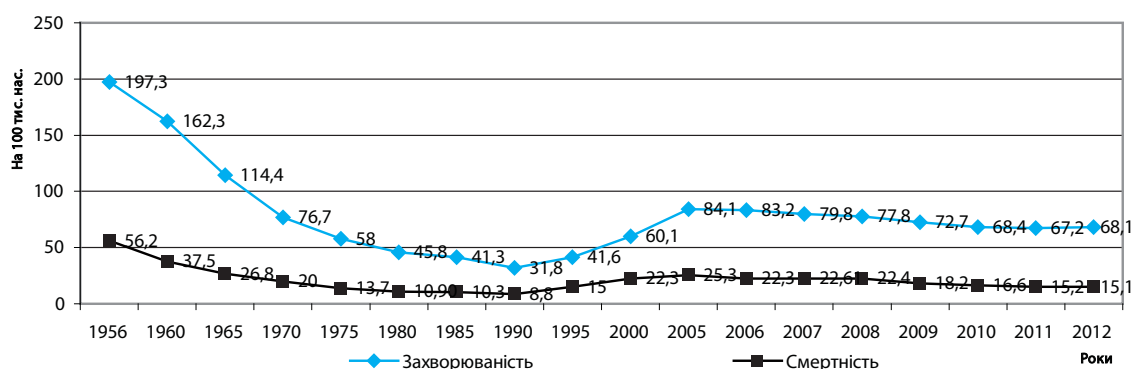


Рис. 3. Захворюваність і смертність від туберкульозу в Україні (на 100 тис. населення).

За останні 3 роки відмічається уповільнення темпів зниження рівня захворюваності на туберкульоз майже в 2,0 разу. Так, з 2005 до 2009 року захворюваність знизилася на 13,6 %, а з 2009 до 2012 року — на 6,3 %. У 2012 році збільшився показник захворюваності на туберкульоз на 1,3 % за рахунок 11 областей України, де відмічали його приріст більше, ніж на 1,0 % (табл. 3).

Таблиця 3

Захворюваність і смертність від туберкульозу в Україні (2011–2012 роки)

Адміністративні території	Захворюваність		Смертність	
	2011 р.	2012 р.	2011 р.	2012 р.
АР Крим	76,3	76,6	19,8	18,1
Вінницька	54,8	55,3	9,4	8,5
Волинська	51,9	51,6	15,6	15,5
Дніпропетровська	95,4	92,9	22,1	22,0
Донецька	73,1	71,7	18,4	19,6
Житомирська	71,9	69,1	13,0	11,5
Закарпатська	57,1	58,2	13,9	12,7
Запорізька	65,8	69,4	15,5	16,8
Івано-Франківська	65,7	69,6	10,9	10,7
Київська	56,3	68,2	15,0	16,2
Кіровоградська	79,2	77,8	21,1	19,2
Луганська	79,9	79,1	21,6	21,3
Львівська	64,5	66,6	14,6	14,6
Миколаївська	89,3	87,3	14,4	13,1
Одеська	87,8	94,0	18,8	17,8
Полтавська	55,2	60,5	11,5	14,6
Рівненська	62,5	61,6	9,9	11,1
Сумська	57,2	56,6	18,4	15,3
Тернопільська	54,1	52,1	9,5	7,5
Харківська	54,5	49,8	14,2	13,5
Херсонська	98,5	107,9	20,8	20,0
Хмельницька	52,4	51,6	7,4	8,9
Черкаська	57,2	62,8	10,4	10,5
Чернівецька	48,8	48,5	12,3	10,1
Чернігівська	66,3	62,5	14,6	13,1
м. Київ	38,9	41,2	7,9	8,8
м. Севастополь	62,3	62,2	12,9	13,7
Україна	68,1	67,2	15,2	15,1

У чотирьох адміністративних територіях рівень захворюваності на туберкульоз майже не змінився, а в 12 регіонах — знизився. Уповільнення зниження показника захворюваності на туберкульоз пов'язано з одного боку з покращанням виявлення хворих на туберкульоз в групах ризику, а з іншого — збільшенням захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ (табл. 4).

Аналогічна тенденція відмічається й за показником смертності — уповільнення його зниження. З 2005 до 2009 року смертність від туберкульозу знизився на 26,9 %, з 2009 року до 2012 року — на 13,6 %.

Стабілізувався рівень захворюваності на туберкульоз серед підлітків, захворюваність на туберкульоз серед дітей за період епідемії не зазнала суттєвих коливань і перебувала на одному й тому ж рівні — 8,0–9,0 випадку на 100 тис. дитячого населення. Це, за нашими розрахунками, є поганим прогностичним показником щодо епідемічної ситуації з туберкульозу.

Таблиця 4

Випадки туберкульозу в групах ризику і ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ в адміністративних територіях, де відбулося збільшення захворюваності у 2012 році

Адміністративні території	Вперше діагностований туберкульоз у осіб з груп ризику (абс.)		Різниця (%)	Ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ (абс.)		Різниця (%)
	2011	2012		2011	2012	
Закарпатська	88	151	41,7	7	12	41,7
Запорізька	232	262	11,5	122	136	10,3
Івано-Франківська	68	88	18,1	24	31	22,6
Київська	236	259	8,8	102	169	39,6
Львівська	261	351	25,6	67	96	30,2
Одеська	235	256	8,2	475	556	14,6
Полтавська	170	145	-17,2	85	116	26,7
Херсонська	276	212	-30	135	153	11,8
Черкаська	112	237	52,7	117	149	21,5
м. Київ	272	236	-15,2	179	228	7,2

Завдяки запровадженню реєстру хворих на туберкульоз та покращанню системи обліку хворих контингент хворих на активний туберкульоз з 2009 до 2012 року зменшився на 34,1 %: з 83990 до 55328 осіб.

В структурі хворих на вперше діагностований туберкульоз у 2012 році було 55,4 % (у 2011 — 50,3 %) непрацюючих осіб працездатного віку, 10,9 % — мали проблеми з вживанням алкоголю, 2,9 % — вживали наркотики, 2,9 % — складали особи без визначеного місця проживання, 0,6 % осіб звільнились з місць позбавлення волі. Слід зазначити, що в регіонах країни спостерігається нерівність соціальної структури хворих на туберкульоз, що зумовлено незадовільною соціально-економічною ситуацією та рівнем безробіття. Без вирішення цих питань і підвищення соціальних стандартів регіональну нерівність щодо захворюваності на туберкульоз не подолати [19, 29, 31].

Оціночний показник захворюваності на туберкульоз в Україні за даними ВООЗ у 2011 році становив 89 випадків на 100 тис. населення у діапазоні (74–105 випадків), що на 25 % більше за фактичний показник (у 2011 році — 67,2 на 100 тис. населення) [27, 32–34]. Зазначена розбіжність між оціночним і зареєстрованим показником захворюваності значною мірою обумовлена недостатнім доступом до медичної допомоги представників уразливих груп населення (споживачі ін'єкційних наркотиків, клієнти центрів соціальної допомоги, колишні ув'язнені, особи без постійного місця проживання та ін.) [2, 5, 19, 27].

За результатами анкетування 175 представників груп високого ризику, в рамках програми ВООЗ TB-Reach, яка реалізовувалася молодіжними громадськими організаціями, основним бар'єром для проходження обстеження на туберкульоз були відсутність бажання обстежуватися та стигма, що вимагає активного залучення їх до обстеження і надання їм психологічної підтримки [19, 27, 35]. За даними опитування, виявлені такі основні перешкоди у населення для обстеження на туберкульоз: відсутність бажання проходити обстеження; вважали обстеження зайвим; боялися розголошу результату свого

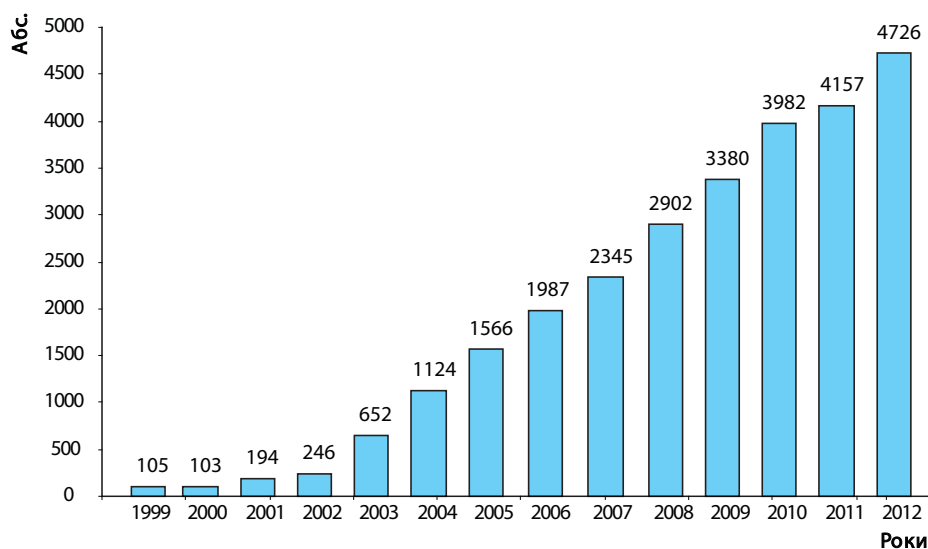


Рис. 4. Динаміки абсолютної кількості захворілих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ.

обстеження; важко дістатися до обстеження через погане транспортне сполучення; не знали до якого лікаря звернутися; незручний графік роботи медичної установи; у багатьох населених пунктах немає медичної установи; довгі черги в кабінет для обстеження; незручне розташування лікувально-профілактичного закладу; не мають коштів на обстеження; мали досвід недружнього ставлення до них медичного персоналу; мали досвід, що свідчив про некваліфікованість медичного персоналу та ін. [19, 27].

Зміна структури хворих на вперше діагностований туберкульоз і чинного законодавства призвели до зниження показника смертності. Так, у 2012 році було 15,3 % хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ. Відповідно до законодавства усі випадки смерті від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ з 2005 року реєструються як випадки смерті від СНІДу, а не від туберкульозу. Через те за останні 3 роки рівень смертності від СНІДу збільшився на 34,1 % (з 5,6 до 8,5 на 100 тис. населення). Для порівняння, у 2005 році, коли рівень смертності від туберкульозу був найвищим, питома вага хворих на ко-інфекцію серед пацієнтів з новими випадками туберкульозу становила 8,1 %, що на 47,0 % менше, ніж у 2012 році. У 2009 році у структурі хворих на вперше діагностований туберкульоз було 10,1 % ВІЛ-інфікованих осіб.

Поширення епідемії ВІЛ-інфекції негативно вплинуло на

хід епідемії туберкульозу. На тлі стабілізації та покращення епідеміологічної ситуації з туберкульозу збільшується кількість людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, і відзначається щорічне збільшення захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ (рис. 4).

З 2000 року захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ збільшилася в 46,0 разів і становила у 2012 році 10,4 випадку на 100 тис. населення. У 2005 році, коли була найвища захворюваність на туберкульоз, показник захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ становив 3,3 випадку на 100 тис. населення. Проте, збільшення захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ можна розцінювати і як позитивне явище у надбанні досвіду при наданні медичної допомоги цим хворим, оскільки за останні 3 роки спостерігається суттєве зменшення темпів приросту смертності від цієї ко-інфекції (рис. 5).

Зазначена тенденція свідчить про поліпшення діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб, широкомасштабного консультування та тестування хворих на туберкульоз на ВІЛ-інфекцію, запровадження антиретровірусної терапії (АРТ), налагодження співпраці між протитуберкульозною службою та Центрами боротьби та профілактики ВІЛ/СНІДу. Так, рівень захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ з 2005 до 2009 року збільшився на 53,7 %, а показник смертності від неї збільшився на 55,2 %. З 2009 до 2012 року темпи збільшення захво-

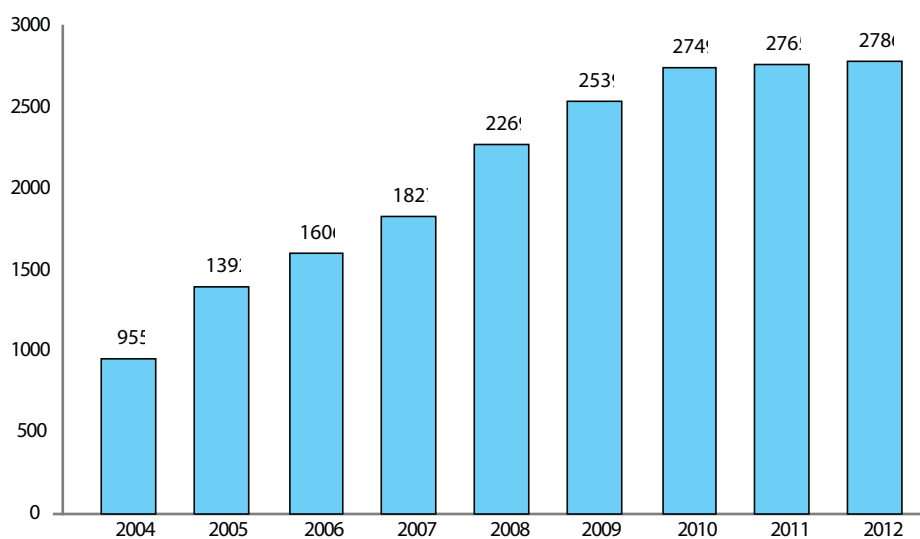
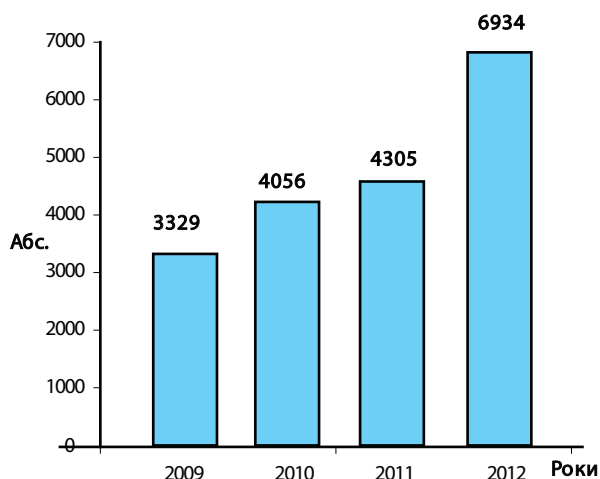


Рис. 5. Динаміка абсолютної кількості померлих від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ.

рюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ значно випереджають темпи збільшення смертності від неї — відповідно на 28,5 % та 8,9 %. У 2012 році смертність від цього поєданого захворювання не збільшилася порівняно з 2011 роком і становить 6,1 випадку на 100 тис. населення.

Серед 53 країн Європейського регіону ВООЗ Україна належить до 18 країн з найвищим рівнем мультирезистентного туберкульозу [14, 29, 36, 37]. У 2012 році зареєстрована найбільша кількість мультирезистентних форм туберкульозу (рис. 6), яка становила 6934 випадки серед всіх хворих на туберку-



льоз (у 2011 році — 4305, у 2010 році — 4056).

Рис. 6. Динаміка абсолютної кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз в Україні.

За оцінками ВООЗ, в Україні мультирезистентну форму мають 16,0 % нових хворих на вперше діагностований туберкульоз і 44,0 % хворих, які отримують повторне лікування туберкульозу, а загальна кількість пацієнтів на мультирезистентну форму туберкульозу, що потребують лікування, сягає 8700 щороку [2, 27, 36, 37]. Серед вперше захворілих у 2012 році мультирезистентність встановлена у 1591 хворого на легеневий туберкульоз або 14,3 % від виявлених бактеріовиділювачів (в 2011 році виявлено 1372 або 12,0 %, відповідно).

Уразливі групи населення мають обмежений доступ до медичних послуг з діагностики туберкульозу та небажання обстежуватись через стигму, віддаленість медичних закладів, бідність, що зумовлює щорічне недовиявлення хворих на туберкульоз, в т.ч. хіміорезистентний, і розбіжність між даними офіційної статистики і розрахунковими показниками [19]. Так, в 2012 році бактеріологічно не обстежилися 154 хворих з новими випадками туберкульозу і 1830 осіб з повторним лікуванням, а тест на медикаментозну резистентність не проводився у 725 осіб з позитивною культурою у хворих з новими випадками і у 1830 хворих з повторним лікуванням. Незадовільний матеріально-технічний стан багатьох протитуберкульозних закладів і застарілі приміщення, які потребують капітального ремонту, не дозволяють дотримуватись стандартів інфекційного контролю в медичному закладі, що сприяє розповсюдженню внутрішньолікарняної інфекції та всіх різновидів хіміорезистентного туберкульозу — моно-, полі-, мультирезистентного туберкульозу та туберкульозу з розширеною резистентністю [38].

Однією з животрепещущих проблем є недостатня ефективність лікування хворих на туберкульоз. Так, показник вилікуваних хворих на вперше діагностований туберкульоз із бак-

теріовиділенням в Україні становив лише 55,0 %, що на 30,0 % нижче від індикативного, який ВООЗ визначила як 85 % [19, 29]. В 2010 році від туберкульозу вилікували 56,6 %, в 2011 році — 58,2 % хворих.

У 2012 році на закупівлю протитуберкульозних препаратів та виробів медичного призначення з метою проведення діагностики та лікування хворих на туберкульоз з Державного бюджету України виділено 170 млн грн. [29]. Для контролю за лікуванням хворих та посилення фармакологічного менеджменту у 2012 році продовжував впроваджуватися електронний реєстр хворих на туберкульоз, наладка якого ще не завершена.

Гострі і хронічні вірусні гепатити В і С є надзвичайно гострою і актуальною проблемою в Україні, незважаючи на те, що у 2012 році продовжувалося зниження захворюваності на ці інфекції і, за даними Державного комітету статистики України, кількість зареєстрованих випадків усіх інфекційних гепатитів склала 10978 (24,1 випадку на 100 тис. населення) проти 11530 (25,2 випадку на 100 тис. населення) у 2011 році. Офіційна реєстрація захворювань на хронічні вірусні гепатити розпочалася лише з 2010 року (табл. 5).

Загалом, за 2011–2012 роки відмічається тенденція до зменшення захворюваності на гострі вірусні гепатити: А — на 22,1 % (3,1 випадку на 100 тис. населення); В — на 16,8 % (4,0); С — на 9,5 % (1,4).

Таблиця 5

Динаміка захворюваності на гострі та хронічні вірусні гепатити В і С в Україні у 2010–2012 роках

Вірусні гепатити В і С	2010 р.		2011 р.		2012 р.	
	абс.	на 100 тис. нас.	абс.	на 100 тис. нас.	абс.	на 100 тис. нас.
Всього вірусних гепатитів В і С	9032	19,7	9434	20,6	9266	20,4
Гострий гепатит В	2387	5,2	2198	4,8	1829	4,0
Гострий гепатит С	786	1,7	702	1,5	635	1,4
Всього гострих гепатитів В і С	3173	6,9	2900	6,3	2464	5,4
Хронічний гепатит В	1424	3,1	1558	3,4	1564	3,5
Хронічний гепатит С	4435	9,7	4976	10,9	5238	11,5
Всього хронічних гепатитів В і С	5859	12,8	6534	14,3	6802	15,2

Захворюваність на хронічні вірусні гепатити збільшилася з 12,8 випадку на 100 тис. населення у 2010 році до 15,2 у 2012 році, але темп приросту порівняно з 2011 роком зменшився і склав 3,9 % проти 10,6 % у 2011 році, в т.ч. — гепатиту В на 0,4 % (3,4 випадку на 100 тис.), гепатиту С — на 5,3 % (11,5) (рис. 7). Це може свідчити про недостатню етіологічну діагностику вірусних гепатитів на ранніх етапах хвороби, особливо гепатиту С, що в подальшому призводить до зростання кількості випадків хронічного перебігу вірусних гепатитів (табл. 6).

Епідемічний процес гепатитів В і С має прихований характер, що обумовлено існуванням недіагностованих вчасно безжовтяничних та субклінічних форм гострого та хронічного гепатитів В і С. Встановлено, що на 1 хворого з гострим гепати-

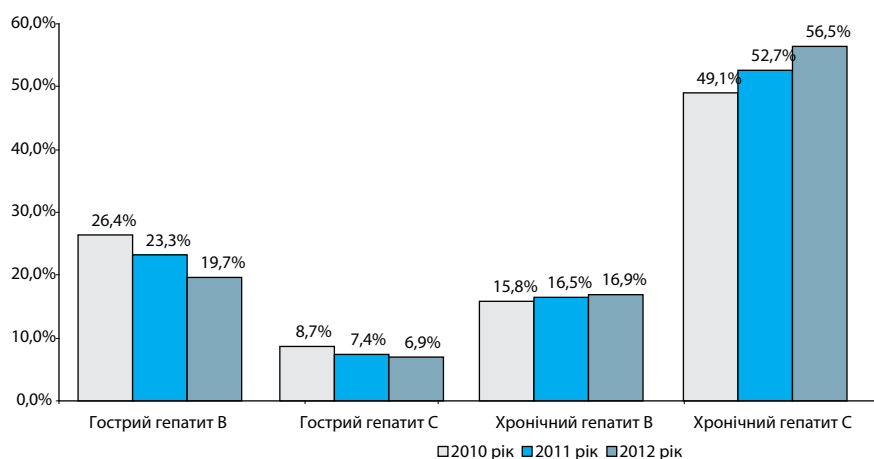


Рис. 7. Динаміка питомої ваги вірусних гепатитів В і С серед усіх вперше діагностованих гепатитів в Україні у 2010 — 2012 роках.

том В або С припадає 1000 і більше осіб із прихованим перебігом хвороби [39, 40]. В Україні за неофіційними підрахунками кожний десятий українець інфікований вірусом гепатиту С [40].

Лабораторна діагностика вірусних гепатитів В і С здійснюється лабораторіями Державної санітарно-епідеміологічної служби, лікувально-профілактичних закладів, станцій переливання крові, приватно-власних закладів шляхом визначення серологічних маркерів вірусних гепатитів (HBsAg, анти-HBs, HBeAg, HBeAg, антитіла до HBeAg, IgM та IgG до HCV) у зразках сироваток крові методом імуноферментного аналізу (ІФА). Дослідження проводяться з метою сероепідеміологічного нагляду за поширенням маркерів вірусних гепатитів серед окремих груп населення, а також з метою діагностики.

Епідеміологічний нагляд здійснюється: за особами, які перехворіли на вірусні гепатити, носіями HBsAg, контактними, донорами крові, вагітними, дітьми з дитячих будинків та шкіл інтернатів, медичними працівниками, хворими, які тривалий час знаходились на стаціонарному лікуванні, пацієнтами шкіряно-венеричних та наркологічних диспансерів, дітьми першого року життя, які були реципієнтами крові та її компонентів, дітьми, народженими матерями, які були носіями HBsAg, а також здоровими особами. З діагностичною метою слід обстежувати хворих на гострі й хронічні гепатити В і С, з хронічними захворюваннями печінки, шлунково-кишкового тракту та інших соматичних хворих, в т.ч. хворих на туберкульоз, ВІЛ/СНІД, наркоманію, з підозрою на вірусні гепатити [41]. У 2011 році з метою епідеміологічного нагляду за вірусними гепатитами обстежено 2438484 осіб, з діагностичною метою — 484947.

З метою визначення у зразках сироваток крові маркерів вірусного гепатиту В в Україні у 2011 році обстежено 2849915 осіб, позитивні результати одержані у 2,2 % випадків. Серед 2374228 осіб обстежених з метою епідеміологічного нагляду доля позитивних результатів на наявність маркерів вірусного гепатиту В становила 1,8 %. З метою виявлення HBsAg лабораторно обстежена кров 828824 донорів. Середній відсоток позитивних результатів склав 0,6 %. При обстеженні 551550 вагітних на наявність у зразках сироваток крові HBsAg середній показник позитивних результатів склав 1,1 %. Для виявлення HBsAg лабораторно обстежено 181983 медичних працівників, позитивні результати склали у 0,8 % випадків. При обстеженні 38101 хворого на венеричні хвороби середній показник позитивних результатів виявлення HBsAg склав 1,3 % [41].

Серед 27220 хворих на наркотичну залежність відсоток позитивних осіб, у яких виявлено маркер HBsAg становив 3,3 %. Максимальні показники позитивних знахідок зареєстровані у Чернівецькій (18,2 %), Вінницькій (14,9 %) та Кіровоградській (11,5 %) областях. Наявність антитіл класу Ig M до HBeAg визначали лише у 109 осіб з різних адміністративних територій, позитивні результати склали 40,3 %. Серед 85 осіб, обстежених на наявність антитіл класу Ig G, виявлено 27,1 % хворих, які мали цей серологічний маркер. При обстеженні 58 осіб з метою виявлення HBsAg позитивні результати отримані у 11 (19,0 %) хворих [41].

Щодо лабораторної діагностики вірусного гепатиту С, то ситуація така [41]. В рамках епідеміологічного нагляду антитіла класу Ig M до вірусу гепатиту С (HCV) виявляли серед носіїв HBsAg. Наявність антитіл класу Ig M визначали серед 27614 осіб із 14 регіонів, позитивні результати склали 7,0 %.

На наявність антитіл класу Ig M до HCV лабораторно обстежено 4367 хворих на наркотичну залежність у 10 адміністративних територіях країни. Середній показник позитивних результатів склав 13,9 %. Максимальний показник позитивних результатів склав 37,6 % у Рівненській, а мінімальний — 10,7 % — у Дніпропетровській області.

На антитіла до HCV класу Ig G обстежено 7152 хворих на наркотичну залежність у 17 адміністративних територіях країни, позитивні результати становили 34,5 %. Максимальний показник позитивних результатів визначений у Житомирській (65,1 %), а мінімальний — у Полтавській (8,5 %) області.

Визначення маркерів гепатиту С шляхом дозорних досліджень проводилося серед представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Останнє дослідження проведено у 2011 році серед жінок комерційного сексу. Поширеність вірусного гепатиту С серед них склала 12,0 %. Враховуючи, що вірусний гепатит С переважно спостерігається серед жінок комерційного сексу, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, рівень поширеності маркерів гепатиту С визначався окремо серед цієї категорії жінок і становив 48,0 %, на противагу 8,0 % серед жінок комерційного сексу, які ніколи не вживали наркотики [16]. В цілому дані про захворюваність вірусного гепатиту С серед людей, що живуть з ВІЛ, відсутні, але за розрахунковими оцінками 83,7 % ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків мають також вірусний гепатит С [16]. Ці ж дослідження серед ув'язнених, що проведені в чотирьох адміністративних територіях країни у 2012 році, виявили поширеність вірусного гепатиту С на рівні 60,2 %.

В Україні планується програмно-цільовий підхід щодо вирішення різнопланових проблем вірусних гепатитів. Він буде реалізовуватися в рамках Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року. Протягом 2012 року робота над Програмою тривала і її прийняття очікується у 2013 році.

Неабиякий вплив на поширення серед населення ВІЛ-інфекції, туберкульозу, інфекційних гепатитів, наркотичної залежності відіграють захворювання, що передаються статевим шляхом, зокрема сифіліс, гонококова інфекція, трихомоніаз та ін., незважаючи на те, що у 2012 році спостерігалось подальше зниження захворюваності на ці хвороби. У осіб, в яких виявлені хвороби, що передаються статевим шляхом, рівень ВІЛ-інфікованості зріс з 1,25 % у 2010 році до 1,45 % у 2011 році та до 1,71 % у 2012 році й коливався від 12,28 % в м. Києві до 0,23 % в Луганській області. Серед споживачів наркотиків в країні відсутня офіційна статистика показників захворюваності інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Наркотична залежність для сучасного суспільства є проблемою номер один, яка знаходиться на одному щаблі з ВІЛ/СНІДом та залежністю від алкоголю й цигарок [42].

Загальна кількість осіб з наркотичними проблемами у 2012 році склала 114548 осіб, у 2010 році — 114645 осіб. У 2010 році в Україні зареєстровано 17391 особу з вперше в житті виявленими наркотичними проблемами, у 2012 році — 16249, тобто на 6,57 % менше [43].

За даними Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, оціночна кількість споживачів ін'єкційних наркотиків знаходиться на рівні 278150 — 387000 людей [44].

В Україні від наркотиків померло у 2011 році 166 хворих, у 2012 році — 114 хворих, тобто на 31,33 % менше [43].

Найбільш високі показники поширеності наркологічної залежності були у південно-східних регіонах: Запорізька область — 338,01 випадку на 100 тисяч населення; м. Київ — 320,24; м. Севастополь — 316,74; Одеська — 256,39; Кіровоградська — 276,81; Дніпропетровська — 236,59; Луганська — 223,56; Донецька — 226,46 та Миколаївська — 205,82 області, а також АР Крим — 208,72 [43]. У зазначених адміністративних територіях також висока захворюваність на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію.

Серед споживачів ін'єкційних наркотиків у різних груп ризику та різних адміністративних територіях питома вага ВІЛ-інфекції складає 10,0–55,0 %, гепатитів — наближається до 80,0 %, а захворюваність на туберкульоз в 10,0–30,0 раз перевищує середньоукраїнський рівень. Ось чому всі споживачі ін'єкційних наркотиків і всі ті, що отримують замісну терапію, повинні забезпечуватися діагностикою та лікуванням ВІЛ-інфекції, туберкульозу, інфекційного гепатиту.

З 2010 до 2012 року в Україні інфікованість ВІЛ споживачів ін'єкційних наркотиків знизилася на 3,24 %, хоча у дев'яти адміністративних територіях країни епідемія ВІЛ-інфекції у споживачів ін'єкційних наркотиків не призупинена. За оціночними даними 11,6 % українських підлітків є споживачами ін'єкційних наркотиків [16].

Доведено, що у працівників секс-бізнесу, які споживають ін'єкційні наркотики інфікування ВІЛ в 6,33 разу більше, ніж серед тих, які не вживали наркотики. Споживачі ін'єкційних наркотиків також обумовлюють високі рівні захворюваності на СНІД і смертності від нього [5, 19, 43].

Серед хворих на вперше діагностований туберкульоз у

2012 році було 10,9 % осіб, що зловживали алкоголем, 2,9 % — вживали наркотики [19, 29].

За оціночними даними, серед наркотично залежних осіб у різних категорій населення гепатит В зустрічається від 3,0 % до 48,0 %, випадків гепатит С — від 14,0 до 68,0, а, наприклад, серед ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків гепатит С може сягати до 84,0 % випадків [16].

Таким чином, в Україні епідеміологічна ситуація ВІЛ/СНІД, туберкульоз, інфекційний гепатит та наркотичну залежність залишається вельми складною, незважаючи на те, що за статистичними даними відмічається тенденція до її поліпшення. Попри це розрахункові дані показують, що великий пласт цих захворювань серед населення ще не діагностовані, тому реальна кількість цих хворих серед різних груп населення в 3–30 разів більша від зареєстрованої.

Хворі на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, інфекційний гепатит та наркотичну залежність відчують на собі соціальну ізоляцію і стигматизацію. Вони мають негативні медичні наслідки та ускладнення, що призводить до подвійної чи потрійної і більшої кількості патологій, які поєднуються у одного хворого. Такий стан потребує інтеграції, об'єднання служб, причетних до лікування хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію, інфекційний гепатит і наркотичну залежність, щоб ці хворі отримували кваліфіковану медичну допомогу в одному місці — це найкращий і найефективніший організаційний захід, який належить впровадити в Україні.

Для створення інтегрованих програм й інфраструктури об'єднаного лікування хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію, інфекційний гепатит та наркотичну залежність потрібні додаткові ресурси і політична воля з боку органів влади всіх рівнів та органів охорони здоров'я.

На першому етапі інтеграції у загальнодержавних програмах щодо туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, гепатиту та наркоманії слід передбачити окремі розділи щодо організації інтегрованої спеціалізованої медичної допомоги хворим на туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатит, споживачам наркотиків з відповідною матеріально-фінансовою підтримкою.

В рамках реформи, реорганізації та реструктуризації охорони здоров'я загалом, слід передбачити реформи, системні структурні зміни фтизіатричної, інфекційної та наркологічної служб, причетних до надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз, гепатит та наркотичну залежність. Зазначені хворі повинні отримувати інтегровану не тільки стаціонарну, але й амбулаторну допомогу. На амбулаторному етапі їх лікування бажано мотивувати їх до лікування шляхом надання соціальної підтримки у вигляді соціальних продуктивних наборів та включення у програми проведення замісної терапії споживачам ін'єкційних наркотиків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kodner, D. L. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications — a discussion paper [Text] / D. L. Kodner, C. Spreeuwenberg // *Int. J. Integr. Care*. — 2002. — Vol. Oct-Dec; — N 12 [Published online 14 November 2002. — Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401>]
2. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates [Text]. — Geneva, World Health Organization, 2012.
3. Черненко, С. О. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 33 [Текст] / С. О. Черненко, О. Г. Ещенко, М. В. Зеленська. — К., 2010. — 52 с.
4. *AIDS epidemic update : November 2009* / Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization

- (WHO). — Geneva, 2009. — 100 p.
5. *Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу: МОЗ України, звітний період січень 2010 р. — грудень 2011 р.* [Текст]. — К., 2012. — 240 с.
 6. *Політика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ. Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон* [Текст]. Женева: ВОЗ. — 2012. — 36 с.
 7. *Закон України від 19.02.2009 року № 1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки»* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://rada.gov.ua/#>
 8. *Закон України № 2861-VI від 23.11.2010 року «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий та соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://rada.gov.ua/#>
 9. *Закон України від 23.12.2010 р. № 2861-VI «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://rada.gov.ua/#>
 10. *Указ Президента України від 9.12.2010 року № 1085/2010 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади»* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/ru/documents/>
 11. *Указ Президента України від 12.12.2007 року №1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні»* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/ru/documents/>
 12. *Розпорядження Кабінету Міністрів України від 9 березня 2011 р. № 206-р «Про схвалення Концепції Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/206-2011-%D1%80>
 13. *Волкославская, В. Н. О заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в Украине* [Текст] / В. Н. Волкославская, А. Л. Гутнев // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. — 2011. — № 2, — С. 10-12.
 14. *Global Tuberculosis Control: WHO report 2010* [Text]. — Geneva, WHO. — 2010. — P. 37.
 15. *Амджадин, Л. М. Дослідження стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ-статусом, серед медичних працівників і по відношенню до пацієнтів в Україні: Коротка версія звіту / Виконано Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України* [Текст] / Л. М. Амджадин, Ю. О. Привалов, Г. І. Чепурко. — К., 2012. — 22 с.
 16. *Бойко, А. Епідемія ВІЛ серед уразливих груп в Україні: огляд вторинних даних* [Текст] / А. Бойко, М. Ді Карлоко [та ін.]. — Київ, 2013. — 96 с.
 17. *ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 36* [Текст] / МОЗ України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України», Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. — К., 2011. — С. 22.
 18. *ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 39* [Текст] / МОЗ України, ДУ «Український центр контролю за соціально-медичними хворобами МОЗ України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України». К., 2013. — С. 24.
 19. *Цілі Розвитку Тисячоліття в Україні* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.undp.org.ua/ua/millennium-development-goals/mdgs-in-ukraine>
 20. *Звіт про результати виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 — 2013 роки за 2012 рік* [Текст]. — Київ, 2013. — 99 с.
 21. *ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 37 / МОЗ України, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. Програма з ВІЛ/СНІД, Бюро ВООЗ в Україні. — Київ. — 2012 р. — 82 с.*
 22. *Rhodes, T. ВИЧ-инфекция, связанная с употреблением инъекционных наркотиков, в новых независимых государствах восточной Европы: социально-экономический контекст эпидемии: Научный отчет* [Текст] / T. Rhodes, A. Ball, G. V. Stimson [e.a.] // Обзор соврем. психиатрии. — 2004. — Вып. 24. — С. 1323-1336
 23. *Левчук, Н. М. Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Украине: тенденции и последствия* [Текст]. — В кн.: Демографические исследования. — М.: МаксПресс, 2009. — Вып. 16. — С. 88-112.
 24. *Джуца, О. М. Вплив програм замісної підтримуючої терапії на кримінальну ситуацію у державі: аналітичний звіт за результатами наукового дослідження* [Текст] / О. М. Джуца, О. М. Стрільців [та ін.]. — Харків: Права людини, 2012. — 82 с.
 25. *Балакірева, О. М. Рівень поширення і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 2011* [Текст] / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, Ю. П. Галіч [та ін.]. — Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. — К.: ТОВ ВПК «ОБНОВА», 2011. — 176 с.
 26. *Молодь в умовах становлення Незалежності України (1991 — 2011 роки): Щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні* [Текст] / М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Державний інститут розвитку сімейної та молодіжної політики; [редкол.: О. В. Белишев (голова) та ін.]. — Київ, 2011. — С.13.
 27. *Эпиднадзор и мониторинг туберкулеза в Европе: 2013.* — Стокгольм: Европейский центр контроля и профилактики заболеваний, 2013. — С. 12.
 28. *Закон України «Про затвердження Загальнонаціональної цільової соціальної програми протидії захворювання на туберкульоз на 2012 — 2016 роки» від 16.10.2012 р. № 5451-VI* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua>
 29. *Толстанов, О. К. Туберкульоз в Україні: Аналітично-статистичний довідник за 2002 — 2012 роки* [Текст] / Під ред. О. К. Толстанов. — К., 2013. — 128 с.
 30. *Фещенко, Ю. І., Організація протитуберкульозної допомоги населенню: сучасні підходи* [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. — К.: Здоров'я, 2012. — 656 с.
 31. *Фещенко, Ю. І. Туберкульоз: організація діагностики, лікування, профілактики та контролю за смертністю* [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко [та ін.]. — К.: Здоров'я, 2010. — 448 с.
 32. *Доповідь про глобальну боротьбу з туберкульозом, 2011 р.* [Текст] — Женева, Всесвітня організація охорони здоров'я, 2011. — С. 19.
 33. *План «Зупинити ТБ» для 18 найбільш пріоритетних країн Європейського регіону ВООЗ, 2007 — 2015 рр.* — Пер. з англ. [Текст] — Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2007. — С. 19-23.
 34. *ВООЗ: Огляд Національної програми боротьби з туберкульозом в Україні, 10-21 жовтня 2010 р.* [Текст]. К., 2011. — С. 34-39.
 35. *Александріна, Т. А. Особливості епідемії туберкульозу в Україні* [Текст] / Т. А. Александріна // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. — 2012. — № 2 (09). — С. 7-13.
 36. *WHO. Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing. WHO Report 2009* [Text]. — Geneva: WHO, 2009. — 340 p.
 37. *WHO. Global Tuberculosis Report: 2012* [Text] — Geneva: WHO, 2012. — P. 19.
 38. *Фещенко, Ю. І. Організація контролю за хіміорезистентним туберкульозом* [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. — К., Здоров'я, 2013. — 704 с.
 39. *Марієвський, В. Ф. Проблема гепатиту В в Україні* [Текст] / В. Ф. Марієвський, А. Л. Гураль // Журн. практ. лікаря. — 1999. — № 3. — С. 2-8.
 40. *Гураль, А. Л. Проблеми епідеміології та профілактики гепатиту С в Україні* [Текст] / А. Л. Гураль, В. Ф. Марієвський, Т. А. Сергеева [та ін.]. // Інфекційні хвороби. — 2007. — № 3, — С. 23-31.
 41. *Щодо стану епідеміологічного нагляду за вірусними гепатитами в Україні у 2011 році* [Текст] / Інформація Центральної санітарно-епідеміологічної станції МОЗ України від 31.08.2012 р. № 04.5/1802.42. Упровадження інтегрованих послуг для осіб із наркотичною залежністю в закладах охорони здоров'я [Текст] / Л. В. Власенко, С. В. Дворяк, А. Б. Карачевський [та ін.]. — Київ, 2011. — 123 с.
 42. *Національний звіт щодо наркотичної ситуації «Україна». Тенденції розвитку, поглиблений огляд з обраних тем (дані 2011 року)* [Текст] / Для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. — К., Reotox, 2012. — 103 с.
 43. *Балакірева, О. М. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідеміологічного нагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2011 року)* [Текст] / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар [та ін.] /— К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. — 120 с.