



Deloitte.



БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД
" ВЕСЕЛКА "



Протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу та впровадження ЗПТ у місті Одесі: ситуація, перспективи, потреби та ресурси

Одеса–2018

Автори:

Олександр Постнов

*ДУ «Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І. І. Мечникова
Міністерства охорони здоров'я України»*

БФ «Шлях до Дому»

Віталій Новосвітний

Одеський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом

Олександр Бабенко

Одеський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом

Євген Брацун

КУ «Міська клінічна лікарня № 10» м. Одеси

БФ «Шлях до Дому»

Літературний редактор:

Світлана Глущик

Аналіз підготовлено в рамках пілоту «Сталість ВІЛ-послуг», який реалізується в Одеській області консорціумом неурядових організацій у складі БФ «Шлях до Дому», БФ «Веселка» та ГО «Одеська обласна колегія лікарів» за підтримки Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії»¹.

Цей звіт підготовлено завдяки фінансовій підтримці Невідкладного плану Президента США з надання допомоги в боротьбі зі СНІДом (PEPFAR), наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) у рамках Угоди за Проектом «Реформа ВІЛ-послуг у дії» № AID-121-A-13-00007. Зміст цього звіту, за який несуть відповідальність винятково ТОВ «Делойт Консалтінг» та партнери-виконавці, не обов'язково є відображенням поглядів PEPFAR, USAID або Уряду США.

¹ Інформація про Проект «Реформа ВІЛ-послуг у дії» на сайті <http://www.hivreformation.org/>.

Скорочення

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ІФА – імуноферментний аналіз

ЛВІН – люди, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом

ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

ОМЦПБС – Одеський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом

ОМПТД – Одеський міський протитуберкульозний диспансер

ООМЦПС – Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я

ПКС – працівники комерційного сексу

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ЧСЧ – чоловіки, які мають секс із чоловіками

PEPFAR – Невідкладний план Президента США з надання допомоги в боротьбі зі СНІДом (The U. S. President's Emergency Plan for AIDS Relief)

USAID – Агентство США з міжнародного розвитку (U. S. Agency for International Development)

Аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції

З моменту виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції (1987 р.) і станом на 01.01.2017 ВІЛ-інфекцію виявлено у 27 700 жителів міста Одеси, під медичним наглядом перебувають 16 749 осіб, діагноз СНІДу встановлено 5 672 ВІЛ-інфікованим особам (у тому числі 46 дітям), померло від СНІДу 2 447 ВІЛ-інфікованих осіб (у тому числі 23 дитини).

Кількість жителів міста, обстежених на ВІЛ, залишається стабільною упродовж останніх років (Рис. 1): так, у 2016 році обстежено 89 510 осіб, у 2015 році – 90 366 осіб.

Кількість обстежуваних зростає (на 11,7%) тільки за таким епідеміологічно значущим кодом, як 109.2 (вагітні, які обстежуються повторно при негативному результаті обстеження за кодом 109.1).

Разом з тим, у 2016 році знизилась частка обстежених за ключовими кодами: за кодом 102 (ЛВІН) – на 25,5%; за кодом 104 (особи з симптомами або інфекціями, що передаються статевим шляхом) – на 65%; за кодом 113 (особи, обстежені за клінічними показаннями) – на

19,4% (Табл. 1). Саме за останнім кодом (клінічні показання) обстежується найбільше мешканців міста (за винятком обстеження вагітних та донорів). За даними рутинного сероепідмоніторингу, обстеження ключових груп (ПКС,

Аналіз епідемічної ситуації в Одеській області, проведений у 2016 р., показав, що серед 32 адміністративно-територіальних одиниць області Одеса посідала:

- дев'яте місце за кількістю зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції: 98,7 на 100 тис. населення (обласний показник – 90,7 на 100 тис. населення);
- восьме місце за кількістю зареєстрованих випадків СНІДу: 69,0 на 100 тис. населення (обласний показник – 60,0 на 100 тис. населення);
- двадцяте місце за показником смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ: 10,3 на 100 тис. населення (обласний показник – 14,0 на 100 тис. населення);
- перше місце за показником поширеності зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу: 1 149,1 і 408,9 на 100 тис. населення відповідно (обласні показники – 829,3 і 268,5 на 100 тис. населення відповідно).

ЧСЧ, ЛВІН) залишається на дуже низькому рівні і не перевищує двох відсотків від оціночної чисельності цих груп, а для групи ЧСЧ становить менше половини відсотка від її оціночної чисельності.

Максимальні показники інфікованості спостерігалися в групі населення працездатного віку (25–49 років). Так, у 2016 році у структурі виявлених ВІЛ-позитивних осіб на цю вікову групу припадало 74% (1 433 особи), з них жінок – 40,0%, чоловіків – 60,0%. Протягом аналізованого періоду питома вага чоловіків, інфікованих ВІЛ, була

вищою, ніж жінок. Частка вагітних (код 109.1), інфікованих ВІЛ, протягом 2008–2016 рр. становила від 0,5 до 0,8%. Показник інфікованості серед усіх обстежених у місті залишається загалом стабільним – на рівні 2%.

Показник інфікованості ВІЛ серед ЛВІН (код 102) склав 30,0%, що свідчить про значущість представників цієї групи для підтримки епідемічного поширення ВІЛ-інфекції. Згідно з даними сероепідмоніторингу, показники виявлення ВІЛ серед осіб, що мали гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими (код 101), та серед осіб з ризикованою статевою поведінкою (код 105) залишаються високими (37,8% і 38,8% відповідно), що вказує на провідну роль статевого шляху передачі. Оцінити

інфікованість групи ЧСЧ неможливо через вкрай малі обсяги обстеження. Аналізуючи показник інфікованості, слід пам'ятати про його обмеженість, зокрема внаслідок того, що:

- 1) він не охоплює раніше виявлених ВІЛ-позитивних осіб;
- 2) чинна система кодувань допускає велику ймовірність неправильної класифікації осіб за типом ризикованих практик. Так, із 296 осіб, протестованих за кодом 113 у 2016 році, під час диспансеризації лікарі за даними епідеміологічного анамнезу вказали такі шляхи передачі ВІЛ: у 1 особи – через гомосексуальні контакти, у 51 особи – парентеральний шлях.

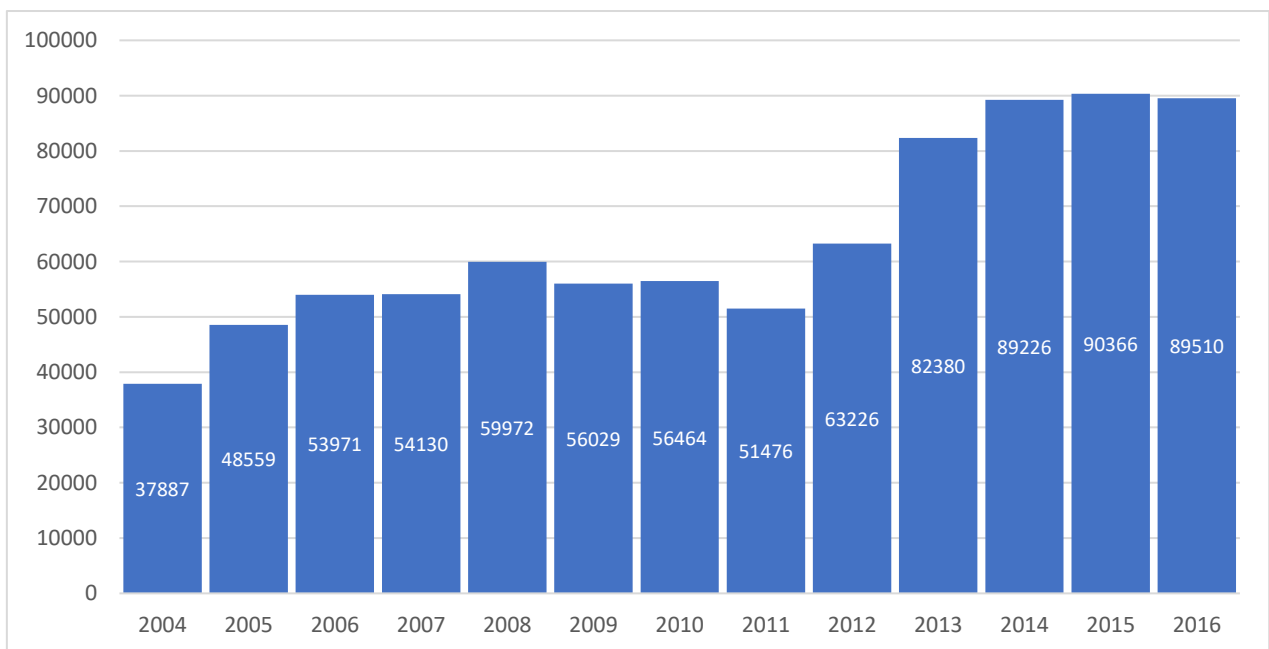


Рисунок 1. Кількість обстежених на ВІЛ жителів міста Одеси, 2004–2016 рр.

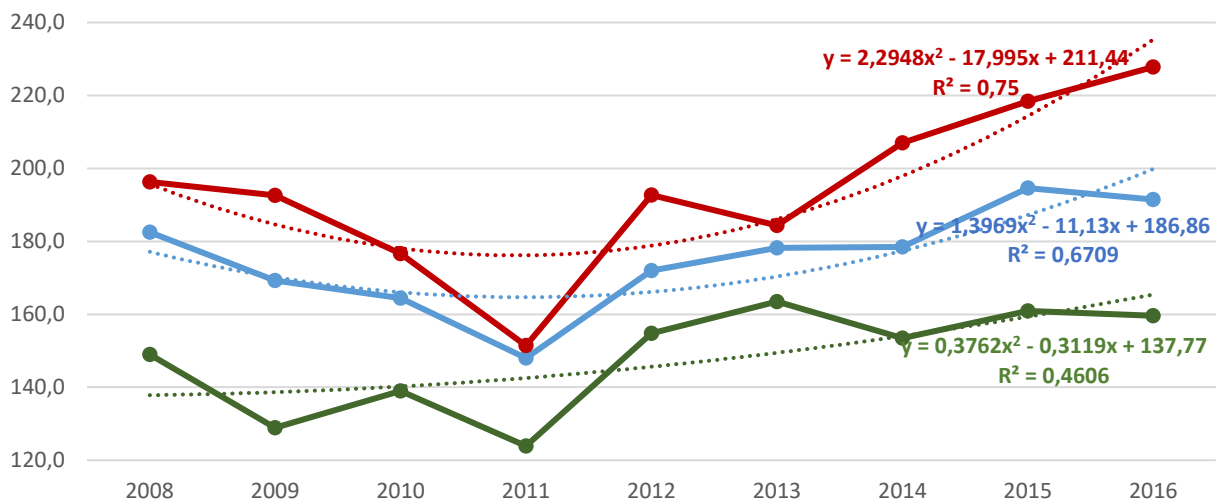
Таблиця 1. Результати рутинного сероепідмоніторингу в місті Одесі, 2013–2016 рр.

Код обстеження	2013 рік			2014 рік			2015 рік			2016 рік		
	Обстежено	ВІЛ+	%*	Обстежено	ВІЛ+	%*	Обстежено	ВІЛ+	%*	Обстежено	ВІЛ+	%*
101 (особи, що мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими)	342	90	26,3%	324	79	24,4%	292	96	32,8%	278	105	37,8%
102 (споживачі ін'єкційних наркотичних речовин)	338	83	24,6%	239	94	39,3%	230	72	31,3%	171	52	30,4%
103 (особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом)	13	6	(46,2%)	22	11	(50,0%)	27	21	(77,8%)	27	18	(66,7%)
104 (особи із симптомами або хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом)	920	28	3,0%	745	18	2,4%	1 100	44	4,0%	388	20	5,2%
105 (особи з ризикованою статевою поведінкою)	106	29	27,4%	99	22	22,2%	111	33	29,7%	85	33	(38,8%)
112 (особи, які перебувають у місцях позбавлення волі)	940	131	14,0%	1 454	144	9,9%	1 134	74	6,5%	932	67	7,2%
113 (особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні по медичну допомогу в закладах охорони здоров'я)	2 440	228	9,3%	4 874	425	8,7%	5 441	449	8,3%	4 362	410	9,4%
109.1 (вагітні, обстежені вперше протягом вагітності незалежно від терміну вагітності)	15 781	111	0,7%	15 261	95	0,6%	19 260	91	0,5%	15 026	77	0,5%
109.2 (вагітні, обстежені повторно протягом вагітності при ВІЛ-негативному результаті за кодом 109.1)	12 842	1	0,01%	13 493	5	0,04%	13 300	2	0,02%	15 057	0	0
УСЬОГО	82 380	1 801	2,2%	89 226	1 812	2,0%	90 366	1 986	2,2%	89 510	1 936	2,2%

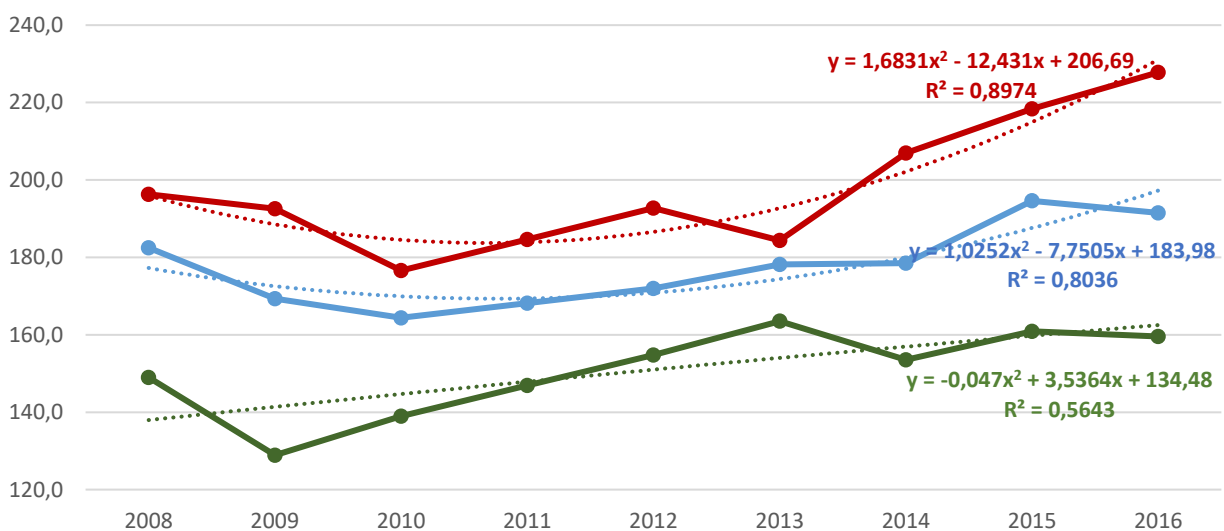
*У дужках наведено дані, використання яких **не рекомендується**, оскільки знаменник є набагато меншим, ніж 100.

Рівень виявлення нових випадків ВІЛ протягом останніх років залишається приблизно на одному рівні – 180-200 випадків на 100 тис. населення (Рис. 2А). Зниження цього показника у 2011 р. можна пояснити перебоями в поставках тест-систем. Водночас, спостерігається тенденція (поліноміальні лінії тренду) до

зростання кількості нових випадків (насамперед серед чоловічого населення міста). При заміні значень показника 2011 року на середнє значення 2010 та 2012 років тенденція до зростання кількості нових випадків зберігається (Рис. 2Б).



А)



Б)

— Усього — Чоловіки — Жінки
 Поліноміальні лінії тренду:
- - - - - Усього - - - - - Чоловіки - - - - - Жінки

Рисунок 2. Рівень виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції в місті Одесі, за даними сероепідмоніторингу, 2008–2016 рр., на 100 тис. населення:
 А – оригінальні дані, Б – згладжування заміною значення 2011 року на середнє значень 2010 та 2012 років

Щороку в міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом близько 1 000 осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції стають на диспансерний облік та починають лікування. Протягом 2016 р. під медичний нагляд узято 1 018 жителів міста (100,7 на 100 тис. населення), включаючи дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Серед дорослих, узятих під медичний нагляд у 2016 р., провідним шляхом передачі ВІЛ був статевий, питома вага якого склала 77,0%. Подібна ситуація зберігається в місті з 2013 року (**Рис. 3**). Серед осіб зі статевим шляхом передачі інфекції приблизно 57% склали жінки.

Поширеність зареєстрованих випадків СНІДу серед жителів Одеси значущо перевищує як середньообласний, так і загальноукраїнський показники. Так, станом на 01.01.2017 інтенсивний показник у м. Одесі склав 408,9 на 100 тис. населення, в Одеській області – 268,9 на 100 тис. населення. Основними причинами збільшення чисельності групи осіб з діагнозом СНІДу є:

1) внесення змін у клінічну класифікацію стадій ВІЛ-інфекції (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.09.2010 № 766 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 12.07.2010 № 551»), згідно з якими при виявленні у ВІЛ-інфікованої особи туберкульозу їй діагностується ІV

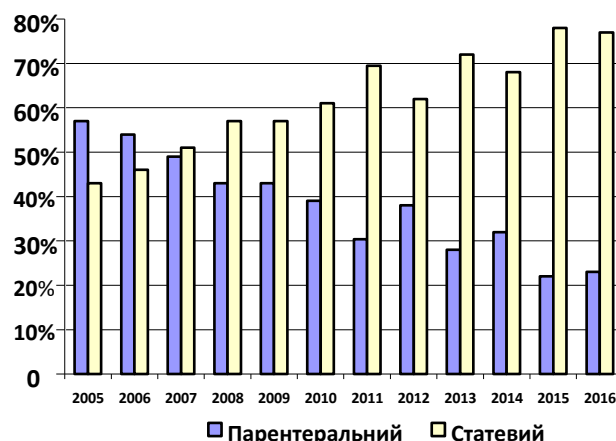


Рисунок 3. Шляхи передачі ВІЛ у місті Одесі, 2005–2016 рр., %

клінічна стадія ВІЛ-інфекції, що класифікується як СНІД;

- 2) пізні звернення ЛЖВ до спеціалізованих закладів для взяття під медичний нагляд і початку лікування та тривалі перерви між відвідуваннями лікаря після взяття під медичний нагляд у початкових стадіях хвороби;
- 3) обстеження на ВІЛ у пізніх стадіях розвитку інфекції: з 704 осіб, яким поставлено діагноз СНІДу в 2016 р., у 68,0% випадків (476 осіб) діагноз поставлено вперше, у 15,0% випадків (73 особи) ВІЛ вперше виявлено 5 і більше років тому.

У 2016 р. у структурі опортуністичних інфекцій, які зумовлюють СНІД у ВІЛ-інфікованих осіб, переважав туберкульоз. Серед 704 ВІЛ-інфікованих, яким поставлено діагноз СНІДу, 225 осіб (32,0%) мали коінфекцію ТБ/ВІЛ.

Смертність жителів міста від причин, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, залишалася високою і в окремі роки перевищувала середньообласні

показники. Коінфекція туберкульоз/ВІЛ була головною причиною смерті від СНІДу. Так, у 2016 р. серед 101 пацієнта, який помер від СНІДу, 57 осіб (56,0%) померли від цієї поєднаної патології. З них 21 пацієнт (37,0%) отримував АРТ, і тільки 9 осіб (16,0%) із цього числа отримували її протягом року і більше. Решта 36 пацієнтів (63,0%) не отримували лікування через відмову чи низьку прихильність. При цьому міський центр СНІДу забезпечено препаратами АРТ, черги на призначення терапії немає з 2011 року, а з 2016 року завдяки

препаратам, наданим за кошти Невідкладного плану Президента США з надання допомоги в боротьбі зі СНІДом (PEPFAR), терапією забезпечено 100% первинних пацієнтів.

Основними причинами смерті від СНІДу є:

- 1) пізні звернення ВІЛ-інфікованих громадян по медичну допомогу;
- 2) небажання пацієнтів, які перебувають під медичним наглядом, проходити періодичні медичні огляди;
- 3) низька прихильність до АРТ.

Континуум ВІЛ-послуг для ЛЖВ

Станом на 01.01.2017 оціночна чисельність ЛЖВ у місті Одесі нараховує 17 047 осіб (Рис. 4). Під медичним наглядом перебувають 11 313 ЛЖВ (вважаємо це мінімальною чисельністю ЛЖВ, які знають свій ВІЛ-статус), проте активна диспансерна група (пацієнти, які відвідують лікаря принаймні один раз на рік) становить лише 5 589 осіб. Важливо розуміти, що серед тих осіб, які не відвідують лікаря центру СНІДу / кабінету «Довіра», тобто не отримують динамічного нагляду, є багато осіб, які вже фактично не перебувають на обліку (померли, переїхали), тому буде логічним розраховувати цільові показники охоплення ЛЖВ медичним наглядом від обсягу активної диспансерної

групи, а не від загальної кількості осіб на диспансерному обліку.

За умови застосування такого підходу з'ясується, що **під активний медичний нагляд необхідно взяти ще 9 753 особи**. За нинішніх темпів залучення (близько 1 тисячі ЛЖВ за рік) на це буде потрібно 10 років (при цільовому терміні – 2020 рік), тобто від Одеси вимагається кардинального прискорення роботи з виявлення і взяття ЛЖВ під медичний нагляд.

На АРТ перебувають 3 889 осіб, для досягнення цільового показника (13 808 осіб) **необхідно забезпечити антиретровірусною терапією ще майже 10 тисяч ЛЖВ**, а для 8 850 осіб – досягти вірусологічної ефективності АРТ.

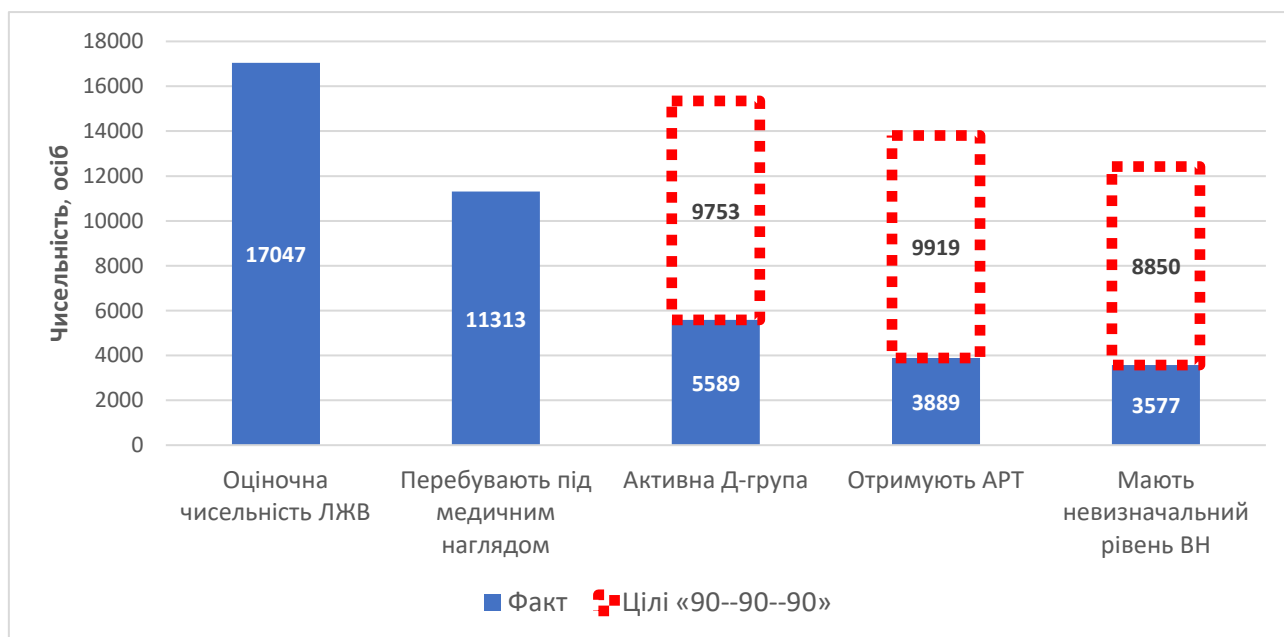


Рисунок 4. Континуум ВІЛ-послуг для ЛЖВ міста Одеси, 2017 р.

Роль ключових груп

Частка представників ключових груп серед загальної кількості ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом, свідчить про непропорційно високий внесок ЛВІН у розвиток епідемії ВІЛ-інфекції (36,2% від загальної кількості пацієнтів, які перебували під наглядом у 2016 р). Внесок ЧСЧ значно менший (1,2%). Втім, ці дані мають обмежений характер через можливу неправильну класифікацію ЧСЧ при взятті під медичний нагляд у зв'язку з високим рівнем стигматизації та закритістю цієї ключової групи.

Згідно з даними дозорного епіднадзора, який проводився в Одесі у 2015 р., поширеність ВІЛ-

інфекції серед ключових груп становила: серед ЛВІН (вибірка 450 осіб) – 27,5%; серед працівниць комерційного сексу (вибірка 150 осіб) – 9,5%; серед чоловіків, які мають секс із чоловіками (вибірка 150 осіб), – 2,0%.

У динаміці (Рис. 5) спостерігається поступове зниження показника поширеності ВІЛ у групі ЛВІН і стабільна поширеність ВІЛ серед працівниць комерційного сексу. У групі ЧСЧ визначити тренд поки що неможливо через значні коливання показників в окремі роки, які, ймовірно, пов'язані з особливостями методології проведення дослідження.

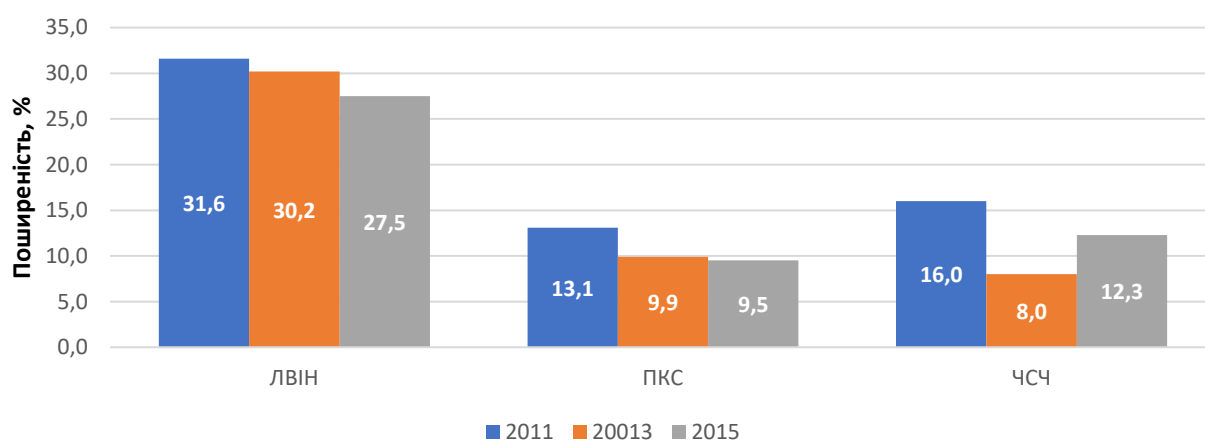


Рисунок 5. Поширеність ВІЛ-інфекції серед представників ключових груп у місті Одесі, 2011–2015 рр., %

Доступ представників ключових груп до тестування на ВІЛ найкраще характеризують відповіді респондентів під час вибірових біоповедінкових досліджень (Рис. 6): серед ЛВІН міста Одеси приблизно третина проходить тестування на ВІЛ

протягом останніх 12 місяців, серед ПКС цей показник поступово збільшується, досягнувши у 2015 році рівня 85,6%, серед ЧСЧ також зберігається невелике зростання (до 66% у 2015 р.). Таким чином, досягнення результату «90%

представників ключових груп мають доступ до регулярного тестування на ВІЛ» наразі є реальним тільки серед працівниць комерційного сексу.

Серед ЛВІН цей показник слід збільшити втричі, серед ЧСЧ – на третину.

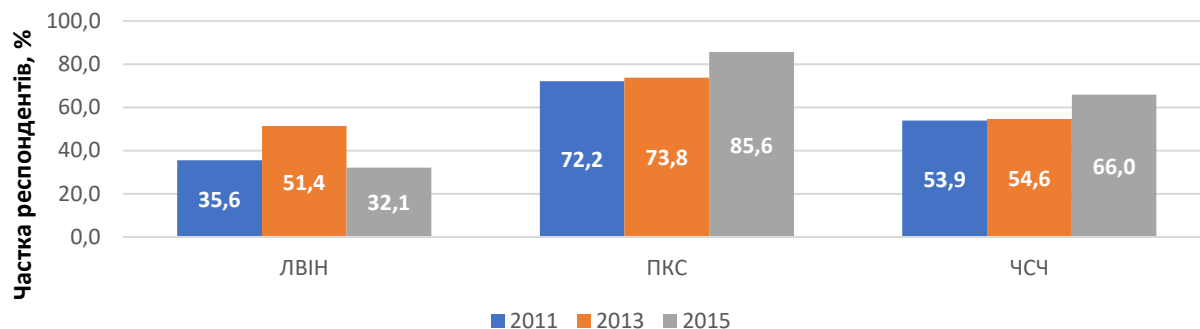


Рисунок 6. Частка представників ключових груп, які проходили тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають його результат, за даними біоповедінкових досліджень, 2011, 2013, 2015 рр., %

Біоповедінкові дослідження останніх років (Рис. 7) демонструють високі рівні поширеності безпечної ін'єкційної поведінки серед ЛВІН (87,8% опитаних ЛВІН використовували стерильний інструментарій під час останнього ін'єкційного епізоду) та використання презервативів під час

статевих контактів ПКС з клієнтами (до 100% жінок повідомили, що використовували презерватив під час статевого контакту з клієнтом). Водночас, рівень безпечності статевих контактів серед ЛВІН та ЧСЧ викликає серйозні занепокоєння.

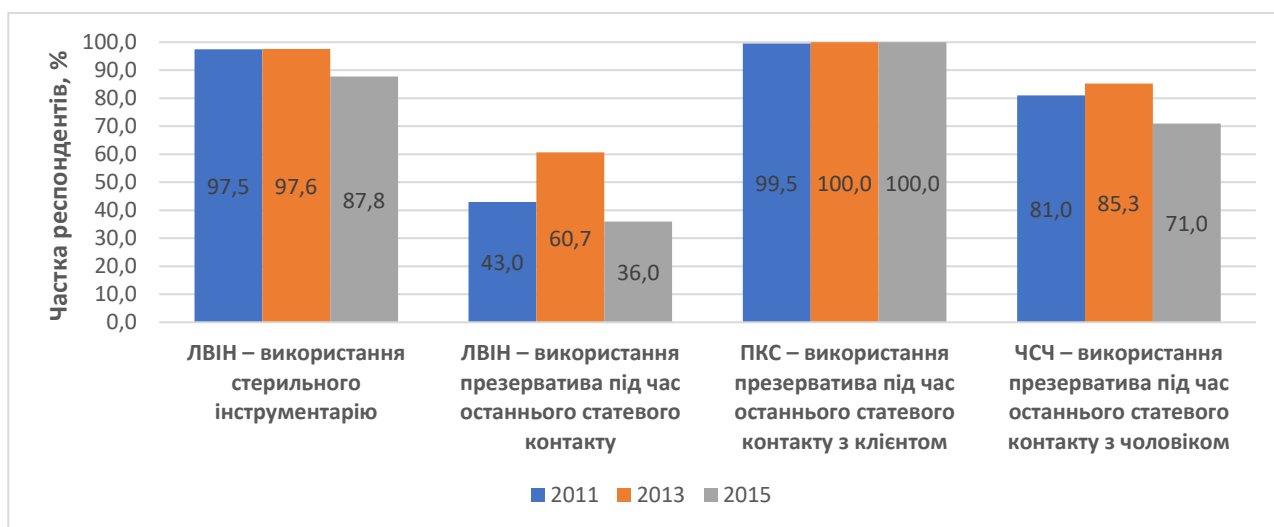


Рисунок 7. Поведінкові характеристики ключових груп міста Одеси, за даними біоповедінкових досліджень, 2011, 2013, 2015 рр., %

Ресурси ВІЛ-сервісної служби

Медична допомога ЛЖВ надається у 13 кабінетах «Довіра» (Табл. 2). Сім кабінетів розташовані у приміщенні міського центру СНІДу, три – у філії міського центру СНІДу на Пересипу, по одному – в ЗОЗ вторинної медичної допомоги, розташованих в історичних районах Молдаванка (поліклініка № 2), Селище Таїрова

(поліклініка № 20), Черемушки (лікарня № 10), Фонтан (лікарня № 8). Жодного кабінету немає у великому віддаленому спальному районі Селище Котовського (Суворовський район), у якому проживає, за оцінками, близько 140 тис. одеситів.

Таблиця 2. Характеристика ВІЛ-сервісної служби міста Одеси

№	Назва кабінету «Довіра»	Адреса	ЛПЗ, які обслуговує цей кабінет «Довіра»	Обсяг активної Д-групи, осіб
1.	Кабінет «Довіра» № 1	ОМЦПБС, каб. № 23 Вул. Мечникова, 132/7	ЦПСМД № 12, № 14, МП № 21, МКЛ № 11	263
2.	Кабінет «Довіра» № 2	МП № 2, каб. № 117 Вул. Болгарська, 38	ЦПСМД № 10, МП № 1, МКЛ № 1	560
3.	Кабінет «Довіра» № 3	МП № 20, каб. № 102 Вул. Левітана, 62	ЦПСМД № 4, МП № 20	675
4.	Кабінет «Довіра» № 4	Поліклінічне відділення МКЛ № 10, каб. № 13 Вул. Малиновського, 61	ЦПМСД № 16 (амбулаторії №№ 1, 2), МКЛ № 10	543
5.	Кабінет «Довіра» № 5	Філія ОМЦПБС, каб. № 5 Вул. Чорноморського козацтва, 105	ЦПМСД № 5, МП № 29, МЛ № 5	558
6.	Кабінет «Довіра» № 6	ОМЦПБС, каб. № 12 (лікар- акушер-гінеколог) Вул. Мечникова, 132/7	Усі жіночі консультації та пологові будинки міста	177
7.	Кабінет «Довіра» № 7	ОМЦПБС, каб. № 19 Вул. Мечникова, 132/7	ЦПМСД № 16 (амбулаторії №№ 3–5)	425
8.	Кабінет «Довіра» № 8	Поліклінічне відділення МЛ № 8, каб. № 5 Вул. Фонтанська дорога, 110	ЦПМСД № 3, МЛ № 8	386
9.	Кабінет «Довіра» № 9	ОМЦПБС, каб. № 20 Вул. Мечникова, 132/7	ЦПМСД № 2, МП № 6, МЛ № 3	539
10.	Кабінет «Довіра» № 10	Філія ОМЦПБС, каб. № 4 Вул. Чорноморського козацтва, 105	ЦПМСД № 18, № 28	545
11.	Кабінет «Довіра» № 11	Філія ОМЦПБС, каб. № 3 Вул. Чорноморського козацтва, 105	ЦПСМД № 7, Міська клінічна інфекційна лікарня	633
12.	Кабінет «Довіра» № 14	ОМЦПБС, каб. № 11 (лікар- педіатр) Вул. Мечникова, 132/7	Усі дитячі ЛПЗ міста	69 (дорослі) 142 (діти)
13.	Кабінет «Довіра» № 15	ОМЦПБС, каб. № 8 (лікар- фтизіатр) Вул. Мечникова, 132/7	КУ «Міський протитуберкульозний диспансер»	74

ЛПЗ = лікувально-профілактичний заклад; МКЛ = міська клінічна лікарня; МЛ = міська лікарня; МП = міська поліклініка; ОМЦПБС = Одеський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом; ЦПМСД = центр первинної медико-санітарної допомоги.

Розподіл активної диспансерної групи між кабінетами «Довіра» в основному рівномірний – по 500-600 пацієнтів на одного лікаря. Крім ведення пацієнтів, лікарі кабінетів «Довіра» проводять тестування на ВІЛ, визначення показань та призначення постконтактної профілактики, роботу з пропаганди здорового способу життя та профілактики ВІЛ-інфекції. Також за кожним лікарем закріплено амбулаторно-поліклінічні та стаціонарні заклади охорони здоров'я, в яких вони надають методичну та консультативну

допомогу з питань ВІЛ-інфекції. Очікуване збільшення активної диспансерної групи (практично втричі) вимагатиме вирішення питання щодо навантаження на лікарів-інфекціоністів кабінетів «Довіра» або шляхом збільшення штатів кабінетів, або шляхом перерозподілу частини обов'язків щодо ведення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією на лікарів інших профілів, зокрема сімейних лікарів.

Потенціал розширення надання послуги тестування на ВІЛ

Послуги консультування і тестування на ВІЛ надають в Одесі кабінети «Довіра», а також усі 303 вторинного рівня (взяття зразків крові на ІФА), приватні лабораторії та централізована імуновірусологічна лабораторія Одеського обласного лабораторного центру МОЗ України. В основному обстеження проводиться методом ІФА. Для представників ключових груп діють стаціонарні та амбулаторні пункти асистованого тестування або тестування медичним працівником з використанням швидких тестів на базі неурядових організацій міста.

У рамках пілоту «Сталість ВІЛ-послуг» запроваджено тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів на базі двох центрів первинної медико-санітарної допомоги (№ 5 і № 18). Як показав перший досвід, така децентралізація послуги тестування на ВІЛ є адекватним та результативним напрямом розвитку системи ВІЛ-послуг. Так, за період з 1 жовтня по 15 грудня 2017 року сімейні лікарі обстежили на ВІЛ 100 пацієнтів, у семи з них виявлено ВІЛ. Виявлення нових ВІЛ-позитивних пацієнтів склало 7%, що наближається до показника інфікованості за кодом 113 (обстеження за клінічними показаннями).

Вивчення мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги міста як

ресурсу для розширення надання ВІЛ-послуг (крім ЦПМСД № 5 та № 18, які вже надають послуги тестування на ВІЛ) продемонструвало (Табл. 3), що в Одесі працюють дев'ять центрів ПМСД, у складі яких функціонують 48 амбулаторій загальної практики – сімейної медицини. Деякі амбулаторії розміщені в одній будівлі, загалом ці заклади розташовані за 22 різними адресами. В 17 АЗПСМ працюють маніпуляційні кабінети, як часто обслуговують кілька амбулаторій. В амбулаторіях працюють 352 лікарі загальної практики, 12 терапевтів, 14 лікарів інших спеціальностей та інтернів. Медичні послуги надають 311 медичних сестер загальної практики – сімейної медицини, 17 фельдшерів та 17 маніпуляційних медичних сестер.

Усі 303 певною мірою оснащені медичними меблями та устаткуванням, необхідними для проведення тестування на ВІЛ, проте бракує комп'ютерної та офісної техніки, необхідної для ведення обліку тестувань, підготовки звітів, а в майбутньому – для внесення інформації про проведені тестування в медичну інформаційну систему (МІС) «ВІЛ/СНІД». Для забезпечення якості тестувань необхідно забезпечити АЗПСМ термометрами для вимірювання температури повітря, годинниками, стільцями або

кріслами маніпуляційними. Для дотримання вимог інфекційного контролю необхідно додатково оснастити кабінети контейнерами

для збирання біологічних відходів та бактерицидними лампами. Потреби ЗОЗ наведено в Табл. 4.

Таблиця 3. Характеристики мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги міста Одеси

Структура	Центр ПМСД								
	№ 2	№ 3	№ 4	№ 7	№ 10	№ 12	№ 14	№ 16	№ 28
Кількість амбулаторій ЗПСМ, підпорядкованих центру ПМСД	6	6	7	6	5	5	3	5	5
У тому числі АЗПСМ за різними адресами ²	3	5	3	4	1	1	1	2	2
Кількість маніпуляційних кабінетів у складі амбулаторій ЗПСМ	1	3	3	3	1	1	1	2	2
Персонал, осіб									
Лікар загальної практики – сімейний лікар	44	50	56	24	48	32	25	44	29
Терапевт	1	2	1	2	1	2	1	2	0
Інші лікарі	2	0	0	0	0	0	10	2	0
Фельдшер, фельдшер-акушерка, акушерка	1	3	3	1	0	4	1	4	0
Сестра медична дільнична, сестра медична загальної практики – сімейної медицини	40	48	47	28	59	34	16	13	26
Сестра медична маніпуляційна	1		7	2	1	0	1	2	3

Таблиця 4. Потреби в дооснащенні центрів ПМСД для впровадження послуги тестування на ВІЛ

Оснащення	Центр ПМСД								
	№ 2	№ 3	№ 4	№ 7	№ 10	№ 12	№ 14	№ 16	№ 28
Персональний комп'ютер з операційною системою, монітором, клавіатурою та комп'ютерною мишею	1	3	3	3	1	1	1	2	3
Джерело безперебійного живлення	1	3	3	3	1	1	1	2	3
Мультифункціональний пристрій лазерний	1	3	3	3	1	1	1	2	3
Антивірус	1	3	3	3	1	1	1	2	3
Програмне забезпечення Microsoft Office	1	3	3	3	1	1	1	2	3
Термометр для вимірювання температури повітря	1	3	3	3	1	1	1	2	3
Годинник або секундомір для визначення часових інтервалів при проведенні досліджень	1	1	0	0	1	0	2	0	0
Пластиковий контейнер для швидких тестів та біологічних відходів	1	3	3	3	1	1	1	2	3
Крісло (стілець) маніпуляційне	2	6	6	6	2	2	2	4	6
Лампа бактерицидна	1	3	3	3	1	1	1	2	3

² Деякі АЗПСМ розташовані за однією адресою, тобто в одній будівлі, тому кількість різних адрес є меншою, ніж кількість АЗПСМ.

Стан впровадження замісної підтримувальної терапії в місті Одесі

Зараз у місті Одесі офіційно відкрито чотири сайти ЗПТ: на базі Одеського обласного медичного центру психічного здоров'я (ООМЦПЗ), Одеського обласного протитуберкульозного диспансеру (ООПТД), Одеського міського протитуберкульозного диспансеру (ОМПТД) та Одеського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом (ОМЦПБС). Проте тільки останні два сайти надають систематичну послугу ЗПТ. Сайт при ООМЦПЗ фактично не функціонує, а сайт при ООПТД надає ЗПТ тільки пацієнтам, які перебувають на стаціонарному лікуванні в диспансері. Фактично відсутній сайт ЗПТ для хворих з опіоїдною залежністю, які не мають супутньої патології – туберкульозу чи ВІЛ-інфекції.

Протягом останніх років досягнуто певного прогресу в розширенні програми ЗПТ (**Рис. 8**): зокрема, кількість пацієнтів станом на 1 листопада 2017 року зростає у 2,3 рази порівняно з їх кількістю станом

на 1 лютого 2014 року. Розширюється доступ пацієнтів ЗПТ-ЛЖВ до АРТ (на сьогодні антиретровірусну терапію отримують 97,4% пацієнтів з ВІЛ-інфекцією).

Разом з тим, охоплення послугою ЗПТ становить лише 1,8% від оціночної чисельності ЛВІН у місті, тоді як рекомендований показник становить 40-45%. Тобто для досягнення епідеміологічного ефекту ЗПТ необхідно **збільшити кількість пацієнтів у понад 20 разів**.

Для подібного розширення доступу існує велика кількість перешкод, насамперед географічне розташування сайтів: два наявні сайти розташовані практично поряд (у районі Пересипу), а в усіх великих спальних районах та в центрі міста сайти ЗПТ відсутні. У листопаді 2017 року за сприяння пілоту «Сталість ВІЛ-послуг» відкрито новий кабінет ЗПТ на базі ОМПТД у Київському районі Одеси. Зараз цей кабінет надає ЗПТ рецептурної форми.

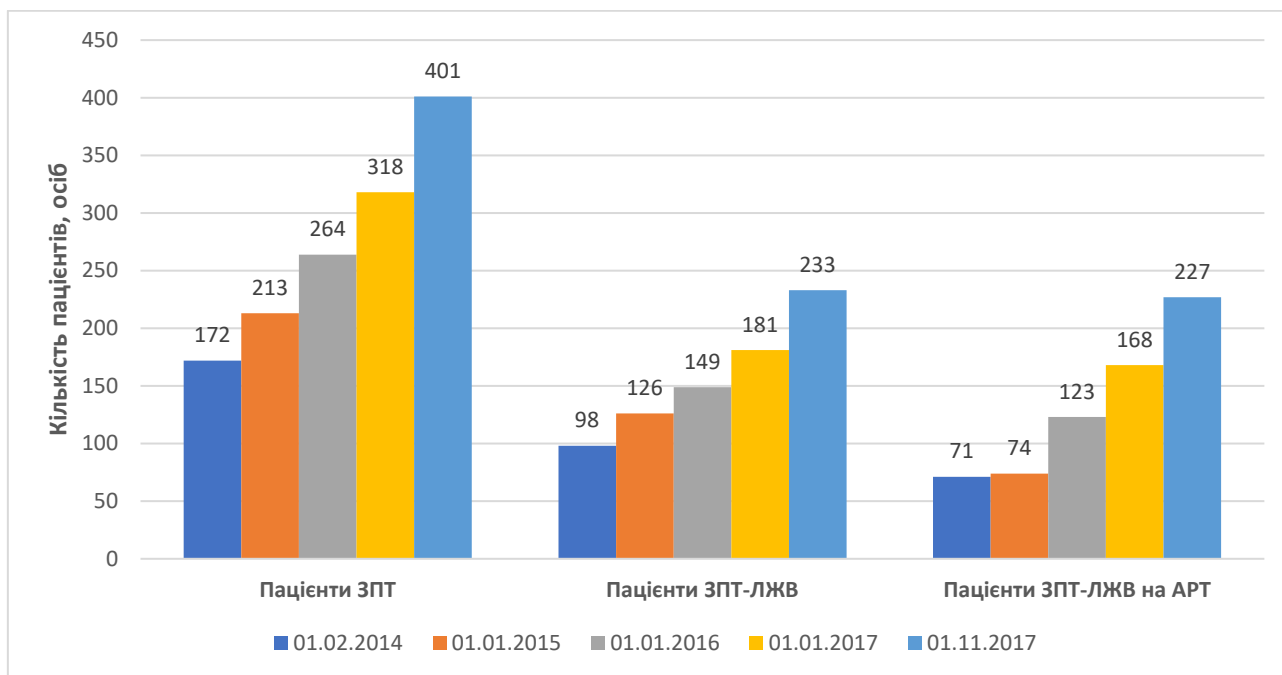


Рисунок 8. Динаміка обсягів програми ЗПТ та інтегрованих послуг серед пацієнтів ЗПТ у місті Одесі, 2014–2017 рр., осіб

За результатами дослідження умов, можливостей та перешкод для отримання лікування ВІЛ-інфекції ВІЛ-позитивними споживачами ін'єкційних наркотиків, які перебувають у програмах замісної підтримувальної терапії в Одеській області (дослідження було проведено у 2014 році за підтримки Проекту USAID RESPOND), серед найбільших проблем, з якими стикаються клієнти програм ЗПТ, є незручне географічне розташування ЛПЗ, що надають медичні ВІЛ-послуги, та їхній графік роботи, зокрема те, що час видачі препаратів ЗПТ збігається з часом надання багатьох медичних послуг, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією.

Як показало дослідження, проведене у листопаді–грудні 2017 року в рамках пілоту «Сталість ВІЛ-послуг» в Одеській області, більшість клієнтів ЗПТ отримують препарати у ранкові години, тобто до початку робочого дня (Рис. 9). Так, у середньому 37,6% пацієнтів отримували препарати у період з 7:00 до 9:00.

Перешкодами для розширення ЗПТ є також недостатнє кадрове забезпечення і небажання керівників ЗОЗ відкривати кабінети ЗПТ, оскільки це може зумовлювати проблеми з боку органів внутрішніх справ, які відповідають за боротьбу з незаконним обігом наркотичних речовин.

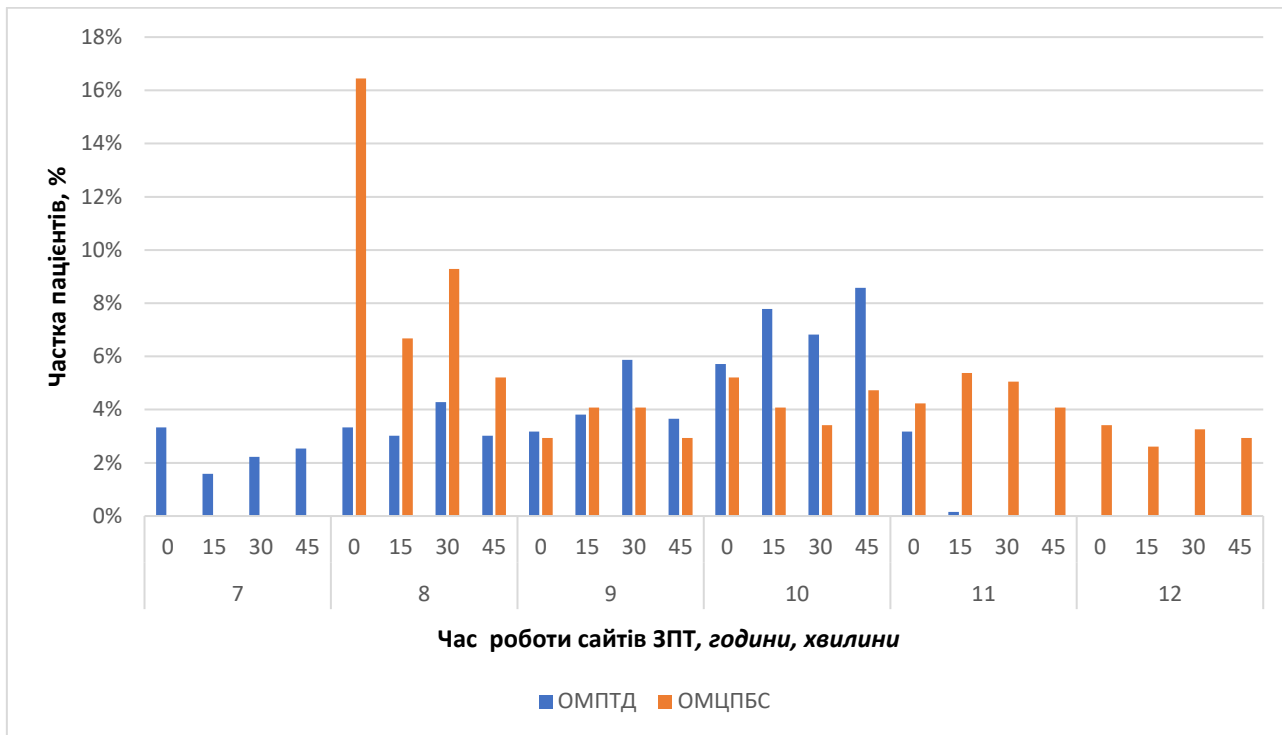


Рисунок 9. Розподіл пацієнтів за часом отримання препаратів ЗПТ на сайтах ЗПТ у місті Одесі, % від загальної кількості пацієнтів, які отримали препарати

Висновки

1. Інтенсивність епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в місті Одесі залишається стабільно високою.
2. Поширення інфекції відбувається переважно статевим шляхом. Враховуючи високу поширеність ВІЛ-інфекції та низький рівень використання презервативів під час статевих контактів у групі ЛВІН, ця група залишається основним рушієм епідемії внаслідок передачі ВІЛ статевим партнерам.
3. Група ЧСЧ, імовірно, також вносить значущий внесок у розвиток епідемії ВІЛ-інфекції.
4. Низький рівень охоплення ЛЖВ медичним наглядом та АРТ призводить до високих показників смертності від хвороби, зумовленої ВІЛ.
5. Досягнення цілей «90–90–90» до 2020 року вимагає кардинального посилення відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції.
6. Доступ до замісної підтримувальної терапії, хоча й збільшується, залишається вкрай недостатнім.

Рекомендації

1. Провести аналіз впровадження та ефективності профілактичних заходів серед ЛВІН та ЧСЧ для виявлення причин низького рівня поведінкових змін у цих групах.
2. Розширити доступ до послуг тестування на ВІЛ шляхом їх впровадження з використанням швидких тестів на базі центрів первинної медико-санітарної допомоги міста і ЛПЗ вторинного рівня.
3. Підготувати лікарів первинної ланки до впровадження заходів щодо забезпечення розширення доступу ЛЖВ до АРТ шляхом перерозподілу частини ВІЛ-послуг на їхній рівень надання медичної допомоги.
4. Розглянути можливі шляхи значного збільшення охоплення замісною підтримувальною терапією групи ЛВІН, наприклад, через впровадження видачі препаратів ЗПТ (або рецептів на препарати ЗПТ) на базі АЗПСМ міста.