

Н. С. Гойдик, В. С. Гойдик, В. В. Шухтін, А. І. Гоженко

**ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ
В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

**Одеса
Фенікс
2016**

УДК 616.98:578.828.6-036.22(477.74)
ББК 55.148(4Укр4Оде)
Г 597

ЗМІСТ

*Рекомендовано до друку:
Вченою радою ДП «Український НДІ медицини транспорту МОЗ України»,
протокол № 7 від 13.10.2016 р.*

Автори:

Гойдик Н. С., Гойдик В. С., Шухтін В. В., Гоженко А. І.

Рецензенти:

Андрейчин М. А., член-кореспондент Академії медичних наук України, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України
Дубинська Г. М., доктор медичних наук, професор

Відповідальний за випуск:

Гойдик Н. С., Гойдик В. С., Шухтін В. В., Гоженко А. І.

Г 597 Епідеміологія ВІЛ-інфекцій в Одеській області: монографія / Н. С. Гойдик, В. С. Гойдик, В. В. Шухтін, А. І. Гоженко – Одеса : Фенікс, 2016. – _____ с.

ISBN _____

У монографії наведено аналіз епідеміології ВІЛ-інфекцій в Одеській області.

Монографія призначена для практикуючих лікарів, лікарів-епідеміологів, лікарів-організаторів охорони здоров'я.

УДК 616.98:578.828.6-036.22(477.74)
ББК 55.148(4Укр4Оде)

ISBN _____

© Гойдик Н. С., Гойдик В. С.,
Шухтін В. В., Гоженко А. І., 2016

ПЕРЕДМОВА	4
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ I. СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНЕ ПІДґРУНТЯ ВИСОКИХ ТЕМПІВ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ	11
РОЗДІЛ II. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ БОРОТЬБИ З ЕПІДЕМІЄЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У РЕГІОНІ	13
РОЗДІЛ III. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ОДЕСЬКОМУ РЕГІОНІ	18
РОЗДІЛ IV. СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ, ЩО ОТРИМУВАЛИ СТАЦІОНАРНЕ ЛІКУВАННЯ	37
ПІДСУМОК	65
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	67

ПЕРЕДМОВА

Пошук нових шляхів подолання ВІЛ-інфекції неможливий без виявлення, дослідження і глибокого аналізу причин її широкого розповсюдження. З самого початку розвитку медицини людство прагнуло з'ясувати, чому виникають особливості, притаманні лише певному захворюванню. В першу чергу це стосувалося інфекційних хвороб, як таких, що значно впливають на розвиток якщо не людства в цілому, то значної частини його популяції.

Вчення про джерело інфекції, шляхи передачі і сприйнятливий організм дало можливість систематизувати вивчення кожного із інфекційних захворювань. Сказане стосується і ВІЛ-інфекції, з тією відмінністю, що раніше на вивчення відомих протягом тривалого часу інфекцій йшли десятиріччя і навіть сторіччя, в той час, як темпи поширення і збитки, що їх завдає пандемія ВІЛ, мотивують наукову думку до значного прискорення і підвищення рівня досліджень.

Водночас слід зазначити, що, окрім результатів глобальних досліджень, які допомагають досягнути загальні властивості ВІЛ і недуги, яку він викликає, існують територіальні особливості і характеристики, відмінні для різних регіонів. Їх вивчення допомагає коригувати масштабні транснаціональні програми боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом з урахуванням місцевих особливостей. Це допомагає підвищити ефективність соціальних, економічних і медичних заходів, наблизити здобутки, отримані у різних регіонах світу, до умов даної області.

Саме таке дослідження, спрямоване на з'ясування особливостей перебігу ВІЛ-інфекції у Одеській області, представлено у даній роботі. Автори мають надію, що викладений матеріал буде цікавий всім медичним працівникам, які за родом своєї діяльності контактують з ВІЛ-інфікованими пацієнтами, а також викладачам і студентам медичних ВУЗів.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АРТ	-	високоактивна антиретровірусна терапія
ВІЛ	-	вірус імунодефіциту людини
ВІЛ-інфекція	-	захворювання, спричинене ВІЛ
ВООЗ	-	всесвітня організація охорони здоров'я
ІФА	-	імуноферментний аналіз
ОІ	-	опортуністичні інфекції
ОЦПБ СНІД	-	Одеський центр з профілактики та боротьби зі СНІДом
ПМЛ	-	прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія
РНК	-	рибонуклеїнова кислота
СІН	-	споживачі ін'єкційних наркотиків
СІР	-	синдром імунного рикошету
СНІД	-	синдром набутого імунодефіциту
CMV	-	cytomegalovirus

ВСТУП

Визначним етапом у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції стало підписання у червні 2001 р. учасниками Спеціальної Сесії Генеральної Асамблеї ООН «Декларації відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІД». З того часу задачі і принципи боротьби з цим захворюванням набули транснаціонального характеру, а сама Декларація започаткувала розвиток цілісної системи заходів з протидії епідемії. Попри це, кількість інфікованих вірусом ВІЛ у світі сягнула 36,9 млн. осіб, з яких 19,8 млн. не знають про свій ВІЛ-статус [12]. Проблема ВІЛ-інфекції залишається, таким чином, одним із найактуальніших питань не лише сучасної інфектології, а і всієї медичної науки [65]. Кумулятивна кількість людей, яка була інфікована вірусом, за різними даними, оцінюється у 71 – 87 млн. осіб і близько половини з цього числа померло. Завдяки значному числу досліджень встановлено, що серед причин, які гальмують ефективність заходів, визначна роль належить стигматизації суспільства, відсутності чи недостатності доступу до медичної допомоги і недостатньому фінансуванню [87, 101, 103, 119]. Водночас глобалізація суспільства (трудова міграція, біженці, туризм тощо) видозмінює перебіг епідемії, пришвидшуючи її темпи і здатність проникнення інфекції у райони, які раніше були ізольованими [7, 62, 107]. Це стосується і України, особливо, регіонів із значною кількістю різноманітних транспортних зв'язків, а, отже із високим рівнем загрози занесення особливо небезпечних інфекцій, до яких відносять і Одеську область [15]. Для країн із обмеженими ресурсами проблема ВІЛ-інфекції починається із відсутності доступу до якісного обстеження [81]. Встановлено, що існує залежність між зростанням рівня ВІЛ-інфікованих і погіршенням економічних показників [94, 104, 115]. Дослідження, що проводилися в нашій країні, показують наявність аналогічних проблем [61].

Початковою сходинкою для проведення усіх подальших заходів є виявлення максимальної кількості інфікованих вірусом ВІЛ.

Спеціалісти усіх ланок системи охорони здоров'я повинні знати основні засади проведення консультування пацієнтів як перед тестуванням на ВІЛ, так і після нього, і докладати зусиль для досягнення максимального комплаєнсу у кожному випадку [37, 38, 57]. Останнім часом значно збільшилися роль і значення первинної ланки надання допомоги – лікарів загальної практики та сімейних лікарів у первинному обстеженні на ВІЛ-інфекцію [3, 29, 39].

Чільне місце у боротьбі з ВІЛ-інфекцією надається АРТ. На початку ери антиретровірусної терапії значні надії покладалися на те, що інфекцію буде вилікувано, особливо, коли було зареєстроване значне зниження смертності від ВІЛ у країнах, де активно застосовувалася АРТ [5, 111]. Проте згодом виявилось, що лише безперервний пожиттєвий прийом препаратів дає можливість досягнути пригнічення вірусу, хоча навіть у такому випадку трапляється тимчасове підвищення вірусного навантаження, а функції імунної системи ніколи повністю не відновлюються [24]. Навіть у країнах з тривалою історією впровадження АРТ залишається значна кількість соціальних і психологічних проблем, у першу чергу пов'язаних з необхідністю тривалого безперервного прийому противірусних препаратів і перешкодами, які при цьому виникають [118, 121, 122]. Головним чинником вирішення питання дослідники вважають роботу над особистою мотивацією, ранні діагностику і початок лікування [91, 95, 99].

Ранній початок лікування (незалежно від кількості CD4-Т-лімфоцитів) визнається найбільш дієвим у зменшенні ризику статевої передачі ВІЛ – до 96 %, а також зниженні вірогідності розвитку опортуністичних інфекцій, у тому числі, легеневого і позалегеневого туберкульозу [84, 93, 109, 117]. Однак і він не є панацеєю, а дискусії з цього питання продовжуються [92, 129]. Існують дані, що тривалість життя ВІЛ-інфікованих, яким своєчасно було призначено АРТ, коротша на 10 і більше років порівняно із тривалістю життя осіб із загальної популяції, навіть якщо у дослідженні обмежити частку споживачів ін'єкційних наркотиків, летальний вислід у яких може

бути пов'язаний із супутньою патологією [88]. Також із початком ери антиретровірусної терапії у структурі смертності зросла частка захворювань, не пов'язаних з ВІЛ [25].

У випадках, коли АРТ призначається при низькому або дуже низькому рівні CD4-Т-лімфоцитів, підвищується ризик розвитку запального синдрому відновлення імунної системи – стану, при якому розвивається переважно атипова клініка раніше вилікованої або не діагностованої ОІ на тлі відновлення імунітету [46]. У ряді випадків виникають небажані побічні ефекти, які можуть потребувати заміни або корекції схеми лікування, або виникає стійкість вірусу до препаратів АРТ через низьку прихильність до лікування [8, 33, 42, 56]. Особливий акцент робиться на ранньому призначенні АРТ. Досліджено, що призначення АРТ зменшує ризик розвитку не лише ВІЛ-асоційованих захворювань, але й інших злоякісних новоутворень, частка яких вища серед ВІЛ-інфікованих [83]. Визнано, що актуальним є профілактичне приймання АРТ неінфікованим партнером у дискордантних парах, утому числі, при плануванні вагітності [89, 106, 110, 128].

Важливим моментом у боротьбі з подальшим поширенням епідемії є заходи, направлені на зменшення шкоди (профілактику шкідливих наслідків вживання наркотичних речовин, а саме інфікування ВІЛ), соціальному супроводу, пропагуванню використання бар'єрних засобів контрацепції і здорового способу життя [41, 120, 123, 127]. Особливу увагу слід приділити подоланню стигматизації, особливо стосовно маргінальних членів суспільства [1, 4, 16]. Основою її є низький рівень обізнаності суспільства, а наслідком – те, що обстеження на ВІЛ-інфекцію сприймається ворожо як самим хворим, так і його оточенням, а у разі позитивного результату аналізу низька мотивація призводить до неявки у центри з профілактики та боротьби зі СНІДом за подальшою допомогою, відсутності взаємодії з лікарями та соціальними організаціями, невикористання правового захисту та підтримки [15, 30, 55].

При цьому, на жаль, стигматизація і недостатній рівень знань притаманні не лише пересічним громадянам, а і медичним працівникам, що потребує невідкладного переосмислення ситуації та вживання відповідних заходів [9, 33, 64].

Хоча Україна долучалася до підписання і впровадження усіх найактуальніших нововведень у боротьбі з ВІЛ-інфекцією / СНІДом, темпи поширення захворювання у нашій країні залишаються одними із найвищих у Європі. Станом на 2014 р., за оцінками UNAIDS, кількість інфікованих ВІЛ в Україні складала 232 793 осіб, проте про свій статус знають 137 970, у той час, як 90 % від оціночної кількості становить 209 514 осіб, АРТ отримують 66 409 пацієнтів (90 % від оціночної кількості – 188 563), пригнічене вірусне навантаження мають 51 932, у той час, як очікувана кількість має становити 169 707 (за даними Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України), тобто реальні цифри значно відрізняються від розрахункових.

У Одеській області станом на 2014 р. імовірно проживало близько 38 000 ВІЛ-інфікованих. При цьому на обліку у Одеському обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом перебувало 18102 пацієнтів, що становить 48 % від оціночної кількості, потребувало призначення АРТ 7128 (54 % від осіб, що знаходяться на диспансерному обліку), із них 6744 (18 % від оціночної кількості) її отримували. 5282 (77 % від осіб, що знаходяться на диспансерному обліку і 14 % від оціночної кількості) мали пригнічене вірусне навантаження (ВН).

Основною метою для країн, що борються з епідемією ВІЛ-інфекції, є досягнення стратегічних цілей UNAIDS, завдяки яким до 2020 року 90 % людей, що живуть з ВІЛ, знатимуть про свій статус, із них 90 % прийматимуть АРТ і у 90 % буде пригнічене ВН. Це дозволить подолати епідемію до 2030 року [13, 113]. Згідно цієї програми, кількість осіб у Одеській області, які отримують АРТ і мають пригнічене ВН, мала б бути 27 687.

Таким чином, зусилля спеціалістів центрів профілактики та боротьби зі СНІДом є явно недостатніми, позаяк, незважаючи на значне збільшення пацієнтів, які отримують АРТ, епідемічні показники продовжують погіршуватися, існує значна розбіжність між їх очікуваними і реальними рівнями. Це обумовлено особливостями розповсюдження ВІЛ-інфекції на території України в цілому та, зокрема, в Одеській області, а також недостатнім вивченням цих відмінностей. Стає зрозумілим, що необхідно підвищувати ефективність протиепідемічних заходів, і одним із перших кроків має бути більш глибокий аналіз і переосмислення наявних епідеміологічних даних.

РОЗДІЛ І

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНЕ ПІДҐРУНТЯ ВИСОКИХ ТЕМПІВ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Одеська область була утворена 27 лютого 1932 р. Вона є найбільшою в країні за площею (33,3 тис. кв. км або 5,5 % території України та однією з найбільших за кількістю населення (2528,6 тис. чоловік, 5 % населення України), при цьому частка міського населення у два рази вища від сільського.

Важливою характеристикою для економічного та соціального розвитку регіону є його розташування, а саме велика протяжність чорноморського узбережжя і кордону. Одеська область розташована на крайньому південному заході України і межує з Республікою Молдова та Румунією, а також із Миколаївською, Вінницькою, і Кіровоградською областями [52].

Всередині області виділено 26 адміністративних районів, 19 міст, із яких 7 – обласного підпорядкування (Одеса, Білгород-Дністровський, Ізмаїл, Подільськ (бувш. Котовськ), Теплодар, Чорноморськ (бувш. Іллічівськ) і Южний). Найбільша кількість населення, близько 1020 тис. осіб, сконцентрована у обласному центрі. Відмінною рисою населення є більша, ніж середньоукраїнська, частка осіб працездатного віку.

Міське населення області можна об'єднати у три системи. Одеська агломерація, яка включає сам адміністративний центр і близько розташовані міста, має торгово-транспортну спеціалізацію, придунайська, що складається із міст Ізмаїл, Рені та Кілія – транспортно-економічну, третя система, що об'єднує міста півночі області (Подільськ, Балту, Кодиму і Ананьїв), транспортно-агропромисловою.

Враховуючи географічне положення області і розвинені експортно-імпортні потоки, основними міжгалузевими комплексами є морський і транспортний, які займають чільне місце у народному господарстві області. Окрім безпосередньо морської, у області високо розвинені суднобудівна, судноремонтна галузі, рибпромислові і рибопереробні підприємства. Завдяки наявності 7 морських і річкових портів, у першу чергу Одеського, Чорноморського, Южненського та Ізмаїльського, через Одеську область проходить близько 70 % загальноукраїнського вантажообігу. Найбільша кількість залізничних станцій розташована у Подільському, Овідіопольському, Кодимському, Балтському, Іванівському, Любашівському та Березовському районах. Велика частка у регіоні працівників транспортної галузі відіграє значну роль у епідемічному процесі. Представники професій, що тривалий час перебувають віддалік від постійного місця проживання, складають так звані групи-містки – ланку, завдяки якій ВІЛ-інфекція поширюється від груп з ризикованою поведінкою до загальної популяції та із регіону в регіон [18, 49].

Крім того, Одеська область є курортним регіоном з великою кількістю природно-заповідних зон, грязьовими і бальнеологічними курортами, завдяки чому у сезон населення збільшується у декілька разів, і вірогідність завозу різноманітних інфекцій, включаючи ВІЛ – також.

Саме завдяки сукупності вищенаведених характеристик від початку епідемії ВІЛ-інфекції в нашій країні Одеська область характеризується високими темпами збільшення контингенту хворих на ВІЛ-інфекцію / СНІД і саме тому заходи з боротьби з епідемією мають бути високоефективними і всесторонніми.

РОЗДІЛ II

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ БОРТЬБИ З ЕПІДЕМІЄЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У РЕГІОНІ

У світі перше офіційне повідомлення про інфекційне захворювання з назвою синдром набутого імунodefіциту датується 1981 роком, хоча випадки захворювання реєструвалися і раніше [86]. На території колишнього СРСР один з перших випадків ВІЛ-інфекції серед дорослого населення було зареєстровано у 1987 р. саме у м. Одеса, у 1988 р. в Україні було зареєстровано 55 ВІЛ-інфікованих осіб (35 з них були іноземними громадянами), через десять років їх кількість вже перевищувала 8 тис., при цьому кількість іноземців серед них становила менш ніж 3 %.

На початку епідемії у СРСР інфікування відбувалося, як правило, статевим шляхом внаслідок незахищених статевих контактів з африканськими студентами і мало характер спорадичних випадків або локальних епідемічних спалахів з короткими епідемічними ланцюжками. Саме тому у епідеміологічній службі не було розробленого цілісного комплексу заходів на випадок подальшого поширення захворювання, що і призвело до неконтрольованого зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 1993 – 1995 рр., коли вірус поширився у середовищі СІН, у першу чергу у м. Одеса та м. Миколаїв. До 1997 г. вже у всіх областях країни були зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед СІН.

Епідемія ВІЛ-інфекції / СНІДу перейшла у наступну, концентровану стадію, коли переважну більшість хворих складали представники певної групи або груп, у даному випадку – СІН (до 90 % інфікованих), при цьому серед вагітних показник не перевищує 1 %. При подальшому аналізі було з'ясовано, що до 95 % наступних епідемічних спалахів походять від двох початкових на півдні України.

Перша спроба керувати процесом боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції / СНІДом відбулася у 1992 р., коли було впроваджено Першу Національну програму профілактики СНІД в Україні на 1992 – 1994 рр., після чого такі програми розроблялися і впроваджувалися постійно. Важливим результатом її стало різке збільшення кількості тестувань на ВІЛ (7,2 млн. у 1993 р.), які проводились за першої нагоди при наданні усіх видів медичної допомоги, пов'язаної із взяттям крові. Найбільша кількість позитивних результатів реєструвалася у 1997 р. – 8934, в подальшому відбувся значний спад реєстрації нових випадків: у 1998 р. 8512, у 1999 р. – уже 5434, що пов'язано із прийняттям у 1998 г. нової редакції Закону України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення", де вперше проголошено добровільність тестування на ВІЛ. Це одразу привело до зменшення загальної кількості проведених обстежень, особливо помітно – у СН. Проте про подальше погіршення епідемічної ситуації свідчать такі показники, як зростання кількості інфікованих серед донорів крові (з 0,06 % у 1997 р. до 0,064 % у 1999 р.) і вагітних (з 0,09 % до 0,16 %) [79].

За період з 1987 р. до кінця 2007 р. кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних зросла до 122 314, при цьому навіть у офіційній доповіді зазначалося, що значна частина населення не охоплена обстеженням, а згідно оціночних даних, поширеність захворювання у віковій категорії від 15 до 49 років складала 1,63 %. У той час темпи розвитку епідемії в Україні оцінювалися як найгірші серед всіх країн Європи і СНГ [50].

Наступним етапом у розвитку епідемії став перехід епідемії від груп високого ризику до загальної популяції зі зміною домінуючого шляху інфікування із парентерального на статевий, збільшенням частки інфікованих жінок і тенденцією до генералізації у регіонах з високими епідеміологічними показниками [58]. Якщо у 1997 г. частка парентерального шляху інфікування становила 83,4 %, у 1998 р. – 76,6 %, у 1999 р. – 64,7 %, у 2014 р. – 24,2 %, то у 2015 р. – лише 21,7 %.

Тобто, зростає питома вага осіб, інфікованих статевим шляхом, що призвело до збільшення кількості ВІЛ-інфікованих серед вагітних жінок та народжених ними дітей. Вважається, що такий розвиток епідемічного процесу є несприятливим щодо динаміки епідемічної ситуації протягом наступних років [68].

Однак зростання охоплення вагітних АРТ (з 9,0 % у 1999 р. до 95,0 % у 2015 р.) надало змогу зменшити відсоток вертикальної передачі ВІЛ із 27,8 % у 2001 р. до 6,3 % в 2008 р. і до 3,91% у 2013 р. і, у перспективі, при виконанні всіх діючих програм (всі ВІЛ-інфіковані вагітні жінки з будь-якою стадією ВІЛ-інфекції та незалежно від рівня CD4-Т-лімфоцитів отримують АРТ як профілактику під час вагітності і потім впродовж всього життя) і активній участі всіх ланок медичної допомоги дозволить знизити цей показник до 1 % до 2018 р. [28, 112].

Сучасна національна стратегія профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією в Україні спрямована на максимальне забезпечення усіх, хто потребує, препаратами АРТ, а також впровадження заходів із зменшення шкоди, у тому числі завдяки зміні ризикованої поведінки. Одним із ключових положень у запобіганні розповсюдженню епідемії є підтримка і захист прав людини. Наша країна також взяла зобов'язання по недопущенню будь-яких форм дискримінації людей, у тому числі ВІЛ-інфікованих [15, 80].

У 1989 р. в Одеській області одним із перших у країні було створено Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом. Початково він створювався як Одеський міський центр СНІДу, але у 1990 році, відповідно до рішення виконкому Одеської обласної ради народних депутатів від 07.05.1990 р. № 34, центр набув статусу обласного закладу. Рішення було прийняте в зв'язку з необхідністю проводити роботу з профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики і лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів не тільки в м. Одесі, а і на території всієї Одеської області. 4 квітня 1994 р. було відкрито стаціонарне відділення ОЦПБ СНІД, розраховане на 25 ліжок. Результатом подальшої роботи спеціалістів Центру на етапі стрімкого поширення

ВІЛ-інфекції стали розробка і затвердження у 1997 р. вперше в Україні "Положення про Одеський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом". У 2005 р. було прийняте рішення про переобладнання стаціонарного відділення на 50 ліжок в зв'язку з високими темпами поширення епідемії.

Велика розповсюдженість ВІЛ-інфекції в Одеському регіоні призвела до перерозподілу нагляду за обласними і міськими хворими між міським і обласним центрами, а також сайтами спостереження і отримання антиретровірусної терапії в Одеському регіоні.

На теперішній час у Одеській області служба протидії епідемії координується КУ «Одеський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом», до складу якого входять клінічна лабораторія, поліклінічне відділення, центр моніторингу та оцінки і стаціонарне відділення. КУ «Міський центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом м. Одеси» та 32 кабінети «Довіра», організовані у міських лікарнях, поліклініках та центральних районних лікарнях, забезпечують надання ВІЛ-інфікованим пацієнтам амбулаторної допомоги. Окрім того, у області створено 41 сайт АРТ, де проводиться видача препаратів антиретровірусної терапії.

Враховуючи значний досвід, накопичений у організації та наданні допомоги ВІЛ-інфікованим, нами було створено два проекти сумісно з благодійною організацією «Баварський Дім, Одеса» з надання консультативної допомоги ВІЛ-позитивним: проект «Гаряча лінія», у рамках якого проводиться телефонне консультування з питань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, і проект «Телемедицина», у рамках якого лікарям, що працюють з ВІЛ-позитивними пацієнтами, надається консультативна допомога з використанням можливостей телемедицини – як у питаннях діагностики, вибору тактики лікування, так і призначенні антиретровірусної терапії [20].

З 2015 р. Одеська область стала одним із шести регіонів, де впроваджується п'ятирічний проект USAID RESPOND, спрямований на допомогу системі охорони здоров'я щодо зменшення темпів

розповсюдження ВІЛ-інфекції серед представників груп найвищого ризику [59].

Результати аналізу демографічної ситуації у області показують, що ВІЛ-інфекція набирає все більшого впливу на неї, і вплив це негативний. У структурі летальних випадків збільшується частка смертності від ВІЛ-інфекції / СНІДу у осіб віком 20 – 49 років, тобто, найбільш працездатної частини населення, причому не лише міського, а й сільського [17]. Серед позитивних моментів можна вказати, що в останні роки зареєстровано незначне зниження кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, також знизилися темпи приросту захворюваності на СНІД, що можна вважати першими відчутними результатами широкого впровадження АРТ. Однак, хоча у 2014 – 2015 рр. було досягнуто майже всіх цільових показників, очікуваного подальшого покращення епідеміологічної ситуації не відбулося.

РОЗДІЛ III

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ОДЕСЬКОМУ РЕГІОНІ

Вивчення епідеміології ВІЛ-інфекції в Україні та, зокрема, в Одеському регіоні дає можливість зрозуміти масштаби проблеми, виділити всередині області міста та райони з найбільшим рівнем поширення ВІЛ-інфекції задля розробки цілеспрямованих заходів з подолання ВІЛ-інфекції та більш ефективного запобігання подальшому поширенню епідемії [23, 53, 67]. Одним із ефективних варіантів дослідження стану окремих елементів проблеми є біоповедінкові дослідження, ґрунтуючись на яких, можна встановлювати перспективи розвитку епідемічного процесу і з'ясувати ефективність уже вжитих заходів [40]. Менш вживаним через свою складність, але ефективним методом є філогенетичний аналіз, важливий для уточнення клініко-епідеміологічних висновків [66]. Важливе місце у прогнозуванні епідемічного процесу відіграє математичне моделювання, яке допомагає оцінити можливі варіанти розвитку епідемії та ризику інфікування [22, 32, 48].

Відомо, що хоча з впровадженням АРТ темпи поширення захворювання дещо знизилися, та все таки залишаються досить високими. У першу чергу це пояснюється значною кількістю факторів, від яких залежить припинення епідемії, серед яких і соціальні, і економічні, і медичні чинники. На теперішній час встановлено, що основним джерелом епідемії в Україні є молодь через провокативну поведінку і представники груп високого ризику, такі як споживачі ін'єкційних наркотиків та працівники комерційного сексу.

Так, у Одесі рівень інфікованості ВІЛ у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків варіює від 27,5 % у 2006 р., далі до 50,0 % у 2007 р. і до 33,3 % у 2010 р. [40].

Все вищевказане призводить до меншого, ніж очікуваний, ефекту від впровадження АРТ, так як вона головним чином впливає лише на одну з ланок – джерело інфекції, у той час як адекватна боротьба з епідемією будь-якого захворювання повинна бути спрямована на усі ланки епідпроцесу.

У випадку з ВІЛ-інфекцією ситуація ускладнюється відсутністю можливостей впливу на сприйнятливий організм, тобто вакцинації. Саме тому роль АРТ та значення інформаційно-освітньої роботи значно збільшуються.

Не дивлячись на короткий термін часу з моменту виділення ВІЛ-інфекції в окрему нозологію, рівень знань про сам вірус, патогенез, клініку, діагностику та особливості епідемічного процесу в окремих регіонах досягли досить високого рівня [51]. З 1987 року, коли в Україні було зареєстровано перші випадки ВІЛ-інфекції, впроваджено рутинний епідеміологічний нагляд, надалі проводилися дозорні епідеміологічні дослідження, з 2000 року введений епіднагляд другого покоління. Вдосконалення методів епіднагляду дозволяє проводити цілісну оцінку як показників епідпроцесу, так і ефективності профілактичних та лікувальних заходів з припинення подальшого поширення ВІЛ-інфекції [44].

Важливим показником для оцінки розвитку епідемічного процесу на даній території є загальна кількість обстежених громадян та кількість виявлених позитивних результатів серед проведених тестувань. Так, в Україні в 2004 р. з 2 501 132 обстежених осіб позитивний результат виявлено у 23087 (0,92 %), у 2005 р. з 2 476 046 – позитивний результат був у 28 105 (1,14 %), у 2006 р. обстеження на ВІЛ з позитивним результатом пройшли 29 591 осіб (1,16 % від 2 540 579 обстежених), у 2007 р. обстежено 2 866 728 осіб, з них позитивний результат виявлено у 32 831 (1,15 %), у 2008 р. з 3 213 126 обстежених – 37 273 мали позитивний результат (1,16 %), у 2009 р. було обстежено 3 349 515 осіб і серед них виявлено 37 064 позитивних результати (1,11 %), у 2010 р. обстежено 3 277 821 особу, позитивних результатів 33 815 (1,03 %), у 2011 р. з 3 318 163

обстежених виявлено 33 781 позитивний результат (1,02 %), у 2012 р. обстежено 3 246 537 осіб, з них позитивний результат виявлено у 31 921 (0,98 %), у 2013 р. з 2 941 748 обстежених антитіла до ВІЛ мали 31 678 (1,08 %), у 2014 р. було обстежено 2 608 063 осіб, із них з позитивним результатом 27 236 (1,04 %), у 2015 р. обстежено 2 344 741, позитивний результат – у 23 193 (0,99 %), тобто на теперішній час показники виявлення ВІЛ-інфекції деякою мірою стабілізувалися.

Водночас виявлення позитивного результату не означає, що дана особа почне отримувати спеціалізоване обстеження та допомогу, пов'язані з інфікуванням вірусом ВІЛ. Деяка частина осіб з уперше виявленим позитивним результатом тестування на ВІЛ надалі не спрямовується або не звертається у центри з профілактики та боротьби зі СНІДом та не стає на облік. Так, у 2012 р. з 31 921 особи з виявленими антитілами до ВІЛ проведено дообстеження та взято на облік з діагнозом ВІЛ-інфекція 20 777 осіб (65,1 %), у 2013 р. – з 31 678 ВІЛ-позитивних взято на облік 21 631 (68,3 %), у 2014 р. із 27 236 – 19 273 (70,8 %), у 2015 р. – із 23 193 обстежених 15 869 (68,4 %) тобто, третина громадян не почне вчасно отримувати адекватну допомогу, в першу чергу АРТ, залишаючись джерелом подальшого поширення хвороби.

Аналізуючи рівень виявлення ВІЛ-інфекції в окремих категорій громадян, було встановлено, що у 2015 р. найвищий відсоток позитивних результатів зареєстровано в групі осіб, які мали гетеросексуальні контакти – з 10111 обстежених 14,6 % позитивних результатів, наступними за часткою позитивних результатів є обстеження померлих – 7,8 % із 882, із 17099 обстежених осіб, які перебувають в місцях позбавлення волі, тест до ВІЛ був позитивним у 957 осіб, що склало 5,6 %. У групі осіб, обстежених анонімно, 4,0 % позитивних результатів, наступними є обстежені за клінічними показаннями: обстежено 271 324, із позитивним результатом 6 080 (2,2 %), із групи споживачів ін'єкційних наркотиків – 2162 позитивних результати із 129278 обстежених, що склало 1,7 %. Подібні

показники позитивних результатів – від 1,0 до 1,4 % – в групах осіб, в яких виявлені хвороби, що передаються статевим шляхом, у осіб, які мали численні незахищені сексуальні контакти, та у обстежених за епідеміологічними показаннями (за даними Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України).

В Одеській області вищезгадані показники загалом корелюють із загальноукраїнськими, але при цьому знаходяться на значно вищому рівні. У 2000 р. з 201914 проведених у регіоні обстежень було виявлено 2703 (1,34 %) позитивних результати, у 2008 р. серед 153184 досліджень позитивними були вже 3269 (2,13 %), у 2012 р. з 154672 обстежених було 3202 позитивних результати (2,07 %), у 2013 р. зареєстровано 2,7 % позитивних результатів – 3452 з 129373 проведених досліджень, у 2015 р. – 3415 із 153891, тобто, 2,2 % ($p < 0,05$). За оцінкою незалежних експертів, в Одеській області більше 1 % дорослого населення інфіковано вірусом ВІЛ-інфекції. Одним з важливих показників поширення ВІЛ-інфекції серед дорослого населення є інфікованість ВІЛ вагітних жінок [71, 85]. В Одеській області цей показник у два рази перевищує середній у країні і склав у 2015 р. 0,73 % (середньоукраїнський – 0,33 %). Саме високий рівень інфікованості вагітних у поєднанні із переважанням статевого шляху передачі захворювання на фоні відсутності стабілізації епідемічних показників свідчать про генералізацію процесу у Одеській області [54]. У 2015 р. при обстеженні первинних донорів рівень інфікованості ВІЛ в Одеській області був одним із найвищих у країні і склав 0,22 % (середній у країні – 0,13 %).

Як показує аналіз даних, епідемія в нашій країні має тенденцію до подальшого зростання, щоправда, темпи його значно знизилися порівняно з початковими. За даними статистики, загалом за період з 1987 по 2015 рік включно в Україні зареєстровано 280 358 осіб з ВІЛ-інфекцією, діагноз СНІДу за цей період було встановлено 84 045 особам, померло від СНІДу 38 457 осіб (табл. 1).

Таблиця 1
Динаміка показників ВІЛ-інфекції / СНІД в Україні станом на 01.01.2016 року

Показник	Рік												
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	1987 – 2015
ВІЛ-інфекція													
Поширеність (на 100 тис.)	121,1	133,5	154,3	176,2	198,6	220,9	242,0	264,3	283,4	308,4	322,5	297,2	-
Захворюваність (абс.)	12491	13770	16078	17669	18963	19840	20489	21177	20743	21631	19273	15869	280
Захворюваність (на 100 тис.)	26,4	29,2	34,4	38,0	40,9	43,2	44,7	46,2	45,5	47,6	44,8	37,0	-
СНІД													
Захворюваність (абс.)	2745	4220	4729	4575	4386	4446	5871	9199	10085	9362	9844	8468	84 045
Захворюваність (на 100 тис.)	5,7	8,7	10,1	9,8	9,5	9,7	12,8	20,1	22,1	20,6	22,9	19,8	-
Смертність (абс.)	1775	2188	2425	2508	2714	2594	3101	3741	3875	3514	3426	3032	38 457
Смертність (на 100 тис.)	3,6	4,4	5,2	5,4	5,8	5,6	6,8	8,2	8,5	7,7	8,0	7,1	-

З даних таблиці випливає, що протягом 12 років поширеність ВІЛ-інфекції в Україні зросла у 2,5 раза, щороку збільшується захворюваність на ВІЛ-інфекцію, як в абсолютних числах, та і в перерахунку на 100 тис. населення. Захворюваність на СНІД з 2004 по 2009 рр. коливалась в межах від 5,7 на 100 тис. населення у 2004 р. до 10,1 на 100 тис. населення у 2006 р. У 2010 р. та надалі у 2011 р. у зв'язку з введенням туберкульозу легень до переліку СНІД-індикаторних захворювань відбувається значний приріст кількості хворих у стадії СНІДу (на 32,1 % та 57,0 % по відношенню до попереднього року відповідно). У наступному році ми спостерігаємо значно менший приріст показника, а у 2013 р. як захворюваність, так і смертність від СНІДу зменшились. Наступні роки є менш інформативними через відсутність частини даних, що пов'язане із ситуацією в країні.

Деяка стабілізація епідемічних показників у першу чергу пояснюється все більш широким та своєчасним впровадженням АРТ. Так, станом на 01.01.07 р. препарати АРТ отримували 4777, на 01.01.08 р. таких пацієнтів було 7657, на 01.01.10 р. кількість хворих зросла до 15871 осіб, 01.01.13 р. АРТ отримувало 40 350 осіб (90,4 % від тих, хто потребує прийому антиретровірусних препаратів), станом на 01.01.2016 р. АРТ отримувало 60 753 осіб у 235 закладах охорони здоров'я України (без урахування даних із тимчасово окупованих територій та частини зони АТО).

На жаль, Одеська область при проведенні рангової оцінки (перше місце – регіон з найнижчим показником, останнє – з найвищим) за сумою основних показників, до яких належать загальна захворюваність на ВІЛ-інфекцію, захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб віком від 15 до 24 років, смертність пов'язана з ВІЛ-інфекцією, інфікованість донорів, вагітних, у тому числі молодшої групи, поширеність ВІЛ серед вагітних, інфікованість СІН, надавачів сексуальних послуг за винагороду, чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, і темпів приросту цих показників, серед всіх оцінюваних регіонів займає останнє місце.

Згідно зі статистичними даними, Одеська область протягом багатьох років відноситься до регіонів, де темпи поширення ВІЛ-інфекції є одними з найвищих у країні (рис. 1).

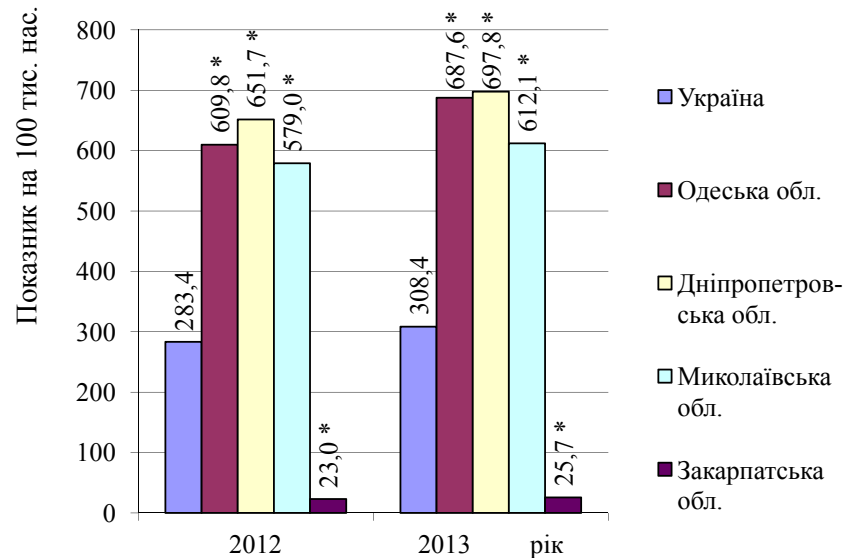


Рис. 1 Поширеність ВІЛ-інфекції в Україні в окремих регіонах

Примітка. * – достовірність різниці показника в порівнянні з Україною ($p < 0,05$)

Так, за станом на 1 січня 2013 року показник поширеності ВІЛ-інфекції становив 609,8 на 100 тис. населення, тоді як в Україні він склав 283,4 на 100 тис. населення ($p < 0,001$). Для порівняння, у Дніпропетровській області цей же показник був 651,7 на 100 тис. населення, Миколаївській області – 579,0 на 100 тис. населення, в Закарпатській обл. – 23,0 на 100 тис. населення. Надалі відбувається подальше зростання показників, станом на 01.01.2014 року вони становили 687,6 на 100 тис. населення по Одеській області (приріст 12,8 %), 308,4 на 100 тис. в Україні (приріст 8,8 %), 697,8 на 100 тис. по Дніпропетровській області (7,1 %), 612,1 на 100 тис. у Миколаївській (5,7 %) та 25,7 на 100 тис. у Закарпатській області

(11,7 %), тобто з вказаних регіонів темпи поширення захворювання найвищі саме в Одеській області.

Як видно з наведеного рисунка, у Одеській, Дніпропетровській та Миколаївській областях поширеність ВІЛ-інфекції значно перевищує загальнонаціональний рівень ($p < 0,001$), а у Закарпатській цей показник є значно меншим, аніж в середньому в Україні ($p < 0,001$).

Попри усі заходи, які вживаються для стабілізації епідемії, аналіз показників за 10 років свідчить, що необхідно продовжувати пошуки додаткових резервів. Кількість ВІЛ-позитивних осіб, що знаходяться на обліку в ОЦПБ СНІД, з 2004 по 2013 рр. збільшилась у 3 рази, поширеність ВІЛ-інфекції у 3,1 рази, захворюваність на ВІЛ-інфекцію (на 100 тис. населення) зросла у 1,9 рази. Захворюваність на СНІД після незначного спаду, який визначався з 2006 по 2009 рр., надалі стрімко зросла. У 2010 та 2011 рр. – за рахунок введення до 4 клінічної стадії легеневого туберкульозу, у наступні роки, враховуючи те, що показник один рік зростав, а потім один рік знижувався, потім знову зростав, неможливо зробити певні висновки, необхідно продовжувати спостереження для виявлення глобальних тенденцій.

Поки що, на основі наявних даних, найвірогідніше можна думати про подальше зростання кількості хворих на СНІД (табл. 2) .

У 2015 р. на території області спостерігалось деяке зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію – під медичний нагляд було взято на 8,4 % менше пацієнтів, ніж у 2014 р., 2 462 особи (включаючи дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом). Дещо знизився показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію 103,2 на 100 тис. нас. проти 112,7 на 100 тис. у 2014 р.. Природно, відбувається подальше збільшення показника поширеності ВІЛ-інфекції 819,6 на 100 тис. нас. проти 758,9 у 2014р.

У віковій структурі нових випадків ВІЛ-інфекції вікова категорія 25 – 49 років переважала як серед чоловіків (68,0 %), так і серед жінок (60,0 %). Найбільшу частку складають особи працездатного віку: 30 – 39 років (31,1%) та 40 – 49 років (21,4 %), що є наслідком природного «старіння» раніше виявлених пацієнтів. На вікову групу 50 років і старші припадає 10,6 % від загальної кількості інфікованих.

Таблиця 2

Динаміка показників ВІЛ-інфекції / СНІД в Одеській області

Показник	Рік										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Кількість ВІЛ-позитивних на обліку (абс.)	5404	7857	8820	9905	10821	11204	12395	13302	14583	16400	18102
Поширеність ВІЛ-інфекції (на 100 тис.)	224,7	326,7	368,2	414,2	454,0	470,7	521,3	559,6	609,8	687,6	758,9
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію (абс.)	1447	1349	1470	1704	1555	1568	2143	2080	2300	2751	2622
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію (на 100 тис.)	60,0	56,1	61,3	71,2	65,2	65,9	90,0	87,1	96,2	114,8	109,4
Захворюваність на СНІД (абс.)	388	442	251	186	179	165	461	942	1168	619	1433
Захворюваність на СНІД (на 100 тис.)	16,0	18,4	10,5	7,8	7,5	6,9	19,3	39,4	48,9	25,8	59,8
Смертність від СНІДу (абс.)	319	275	144	110	95	136	220	441	315	290	366
Смертність від СНІДу (на 100 тис.)	13,2	11,4	6,0	4,6	4,0	5,7	9,2	18,5	13,2	12,1	15,3

Наведені дані показують, що у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції / СНІДу залишається значна кількість нерозв'язаних питань. Важливе значення має той факт, що значна частина хворих звертається за медичною допомогою у задованих випадках, коли рівень CD4-T-лімфоцитів становить менше, ніж 350 клітин у мікролітрі. У 2014 р. їх частка становила 45,8 %, тобто, має місце недостатнє виявлення інфікованих на ранніх стадіях захворювання, коли дефіцит імунітету не такий глибокий.

Така динаміка показників, при відсутності змін, може призвести до негативних наслідків, враховуючи, що ВІЛ-інфекція, не будучи по суті своїй виключно медичною, а значною мірою соціально-економічною проблемою, впливає на значну кількість факторів, починаючи від зниження середньої прогнозованої тривалості життя, погіршення демографічної ситуації за рахунок зниження народжуваності у ВІЛ-інфікованих жінок, що відносяться переважно до дітородного віку, зростання непрацездатності найбільш соціально активного прошарку населення і закінчуючи підвищенням матеріальних витрат на лікування опортуністичних інфекцій та утримання ВІЛ-інфікованих хворих, у тому числі у хоспісах.

Аналізуючи поширеність ВІЛ-інфекції в окремих районах області станом на 01.01.2015 р., можна зробити висновок, що вона достовірно вища у містах і районах з високорозвиненою інфраструктурою, великими залізничними вузлами. Це сам обласний центр (1057,0 на 100 тис.), Березівський (835,0 на 100 тис.), Лиманський (бувш. Комінтернівський) (865,4 на 100 тис.) та Роздільнянський райони (843,8 на 100 тис.) ($p < 0,05$). Показовим прикладом є м. Ізмаїл та Ізмаїльський район, поширеність ВІЛ у яких відрізняється у 2,2 раза ($p < 0,001$). Переважно сільськогосподарські райони характеризує нижчий, ніж середньообласний, показник. Це Болградський (228,2 на 100 тис.), Ренійський (215,8 на 100 тис.), Тарутинський (294,3 на 100 тис.) та Татарбунарський (316,9 на 100 тис.) райони ($p < 0,05$).

У той же час, в окремих містах та районах протягом періоду досліджень, з 2004 по 2014 рр., спостерігається значне зростання

показника – у 8 та більше разів ($\chi^2 > \chi^2_{\text{крит.}}$, $p < 0,05 - 0,001$). Це м. Теплодар, Захарівський (бувш. Фрунзівський), Окнянський (бувш. Красноокнянський), Саратський, та Ширяєвський райони, які можуть представляти цікавість в перспективі подальших досліджень епідеміологічних особливостей поширення ВІЛ в Україні (табл. 3).

Аналізуючи захворюваність на ВІЛ-інфекцію у період з 2004 по 2014 рр., можна виділити міста та райони області, середній рівень захворюваності в яких значно вищий від середнього у області. Це м. Білгород-Дністровський (137,8 на 100 тис.), Березівський (239,0 на 100 тис.), Захарівський (138,2 на 100 тис.), Лиманський (167,1 на 100 тис.), Роздільнянський (137,2 на 100 тис.) та Ширяєвський (228,2 на 100 тис.) райони ($\chi^2 > \chi^2_{\text{крит.}}$, $p < 0,05 - 0,01$).

Найнижча захворюваність мала місце у м. Южне (59,4 на 100 тис.), Болградському (35,4 на 100 тис.), Кілійському (55,4 на 100 тис.), Ренійському (23,4 на 100 тис.) і Татарбунарському (53,7 на 100 тис.) районах ($\chi^2 > \chi^2_{\text{крит.}}$, $p < 0,05 - 0,01$).

Зростання захворюваності у 8 разів та більше за період спостережень відбулося у Біляєвському, Білгород-Дністровському, Кілійському та Ширяєвському районах ($\chi^2 > \chi^2_{\text{крит.}}$, $p < 0,05 - 0,01$) (табл. 4).

Характерні особливості зберігає і розподіл захворюваності на СНІД у містах та районах області. Найвищий показник зареєстровано у м. Одеса (79,5 на 100 тис.), Біляєвському (75,4 на 100 тис.), Березівському (138,7 на 100 тис.), Іванівському (77,7 на 100 тис.), Лиманському (77,9 на 100 тис.) та Роздільнянському (73,8 на 100 тис.) районах ($\chi^2 > \chi^2_{\text{крит.}}$, $p < 0,05 - 0,01$), найнижчий – у Болградському (15,6 на 100 тис.), Ренійському (10,4 на 100 тис.), Саратському (17,7 на 100 тис.) і Татарбунарському (17,9 на 100 тис.) районах ($\chi^2 > \chi^2_{\text{крит.}}$, $p < 0,05 - 0,01$)

Найбільш значне, у 20 та більше разів, зростання захворюваності протягом періоду досліджень відзначалося у м. Ізмаїл, Біляєвському, Іванівському, Окнянському та Савранському районах ($\chi^2 > \chi^2_{\text{крит.}}$, $p < 0,05 - 0,01$) (табл. 5).

Таблиця 3

Поширеність ВІЛ-інфекції в містах та районах Одеської області

Місто, район	Рік											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
м. Одеса*	511,0	544,8	603,3	664,2	731,1	752,6	811,5	856,0	969,5	966,8	1057,0	
м. Б.-Дністровський	199,7	217,4	284,5	259,8	197,9	194,4	238,6	273,9	342,1	409,5	505,4	
м. Ізмаїл	236,1	269,0	303,4	383,0	403,6	426,9	455,7	483,2	579,8	643,5	690,5	
м. Южне	209,3	231,2	262,4	256,2	256,2	259,3	315,6	337,4	428,2	437,9	459,3	
м. Теплодар***	38,3	47,9	57,5	172,5	201,2	239,6	316,2	335,4	404,9	441,8	546,2	
м. Чорноморськ	278,3	336,5	351,7	416,8	480,5	491,6	535,9	570,5	731,0	742,0	794,9	
Ананьєвський	73,2	117,1	190,2	234,1	248,8	256,1	354,9	395,1	474,0	539,4	574,4	
Арцизький	88,7	132,0	140,6	194,7	207,7	222,9	246,7	255,3	318,9	401,8	417,6	
Балтський	215,5	232,1	258,1	270,0	281,8	286,5	284,2	341,0	450,8	492,1	518,6	
Біляєвський	235,8	256,0	279,5	363,8	399,0	417,1	473,7	525,9	669,0	750,0	792,6	
Березівський*	367,8	385,5	414,9	447,3	479,6	488,5	573,8	506,1	601,2	682,7	835,0	
Болградський**	86,4	97,7	113,2	113,2	114,7	114,7	133,1	145,8	167,1	199,6	228,2	
Б.-Дністровський***	62,6	84,0	141,6	151,5	158,1	161,4	181,1	217,3	327,2	378,7	456,1	
В-Михайлівський***	51,4	54,7	54,7	61,1	64,3	64,3	109,3	202,5	273,8	324,7	376,0	
Іванівський	135,9	183,6	268,0	334,1	400,2	422,3	499,4	491,9	639,8	705,0	747,1	
Ізмаїльський**	78,6	95,8	107,3	132,3	141,9	155,3	184,0	197,4	243,3	272,2	319,2	
Захарівський***	49,4	79,0	123,4	266,5	320,8	345,5	399,7	493,5	589,3	662,7	715,6	
Кілійський	79,0	91,8	110,2	132,2	146,9	154,3	205,7	198,4	253,8	310,4	334,3	
Кодимський***	65,6	78,7	82,0	134,5	164,0	177,1	206,6	203,4	318,6	364,1	420,1	

Продовження таблиці 3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Лиманський*	362,6	413,6	427,7	412,1	410,7	402,2	441,9	507,0	469,3	731,6	865,4
Любашівський***	90,5	116,4	126,1	158,4	177,8	226,3	232,8	291,0	365,4	479,0	578,7
Миколаївський	147,5	153,7	184,4	215,1	227,4	245,9	301,2	344,2	421,3	491,7	510,2
Овідіопольський	197,4	222,6	239,8	270,3	279,6	292,8	348,5	416,1	547,5	610,5	683,7
Окнянський***	29,6	54,3	59,2	103,6	118,4	128,3	162,8	207,2	259,1	289,3	330,6
Подільський	109,2	142,7	158,7	180,6	217,0	230,1	285,4	311,6	733,3	432,6	511,1
Роздільнянський*	161,2	204,1	279,5	341,3	373,9	394,5	495,6	578,0	735,6	800,5	843,8
Ренійський**	46,8	62,4	75,4	83,2	104,0	109,2	135,2	163,8	185,7	196,7	215,8
Савранський	61,1	66,2	71,3	96,8	106,9	122,2	147,7	219,0	239,0	282,5	351,4
Саратський***	37,6	66,3	106,1	148,1	161,3	190,1	185,7	205,5	257,9	323,4	366,9
Тарутинський**	40,7	45,5	50,2	95,7	124,4	134,0	165,1	169,9	219,0	240,1	294,3
Татарбунарський**	46,0	69,0	79,2	109,9	140,6	173,8	219,8	222,3	277,1	310,8	316,9
Ширяєвський***	54,9	76,8	128,0	135,3	142,6	146,3	245,0	288,9	398,9	435,9	490,0
Всього по районам	130,6	155,1	180,7	213,5	232,7	244,9	288,5	322,5	427,0	466,9	522,9
Всього по області	224,7	326,7	368,2	414,2	454,0	470,7	521,3	559,6	609,8	687,6	758,9

Примітка. Достовірні відмінності показників за 2014 р. у порівнянні з середньобласними: * – райони з вищою захворюваністю, ** – райони з нижчою захворюваністю, *** – зростання захворюваності з 2004 по 2014 рр. у 8 та більше разів ($p < 0,05 - 0,01$, використано критерій χ^2).

Змінено назви: м. Іллічівськ – м. Чорноморськ, Красноокнянський р-н – Окнянський, Комінтернівський – Лиманський, Котовський – Подільський, Фрунзівський – Захарівський.

Таблиця 4

Захворюваність на ВЛІ-інфекцію в містах та районах Одеської області

Місто, район	Рік											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
м. Одеса	93,6	76,8	81,8	84,4	77,7	73,3	106,4	93,2	105,4	155,5	129,2	
м. Б.-Дністровський*	33,6	37,1	37,1	88,4	31,8	130,8	86,6	99,3	67,4	92,2	137,8	
м. Ізмаїл	19,2	59,0	53,5	68,6	104,3	63,1	79,6	80,2	104,1	114,5	74,1	
м. Южне**	28,1	31,2	31,2	40,6	68,7	53,1	71,8	71,2	83,2	66,2	59,4	
м. Теплодар	38,3	28,7	47,9	115,0	38,3	86,2	105,4	68,4	67,5	96,0	134,2	
м. Чорноморськ	96,9	119,1	112,1	146,7	76,1	114,9	120,4	123,1	155,1	125,1	120,5	
Ананьєвський	40,2	76,8	32,9	62,2	18,3	43,9	128,0	67,3	89,5	57,9	80,5	
Арцизьський	13,0	43,3	49,8	36,8	77,9	52,0	54,1	53,3	66,4	79,5	67,1	
Балтський	52,1	52,1	49,7	63,9	49,7	42,6	68,7	126,7	116,2	86,7	82,9	
Біляївський***	15,9	22,3	24,4	116,9	113,7	115,8	130,7	119,7	160,0	131,2	129,6	
Березівський*	32,5	82,6	64,9	112,1	115,1	79,7	123,9	88,3	94,3	76,5	239,0	
Болградський**	94,9	93,5	145,9	19,8	8,5	21,2	26,9	24,1	21,3	25,5	35,4	
Б.-Дністровський***	13,2	18,1	24,7	70,8	57,6	52,7	49,4	91,1	109,1	70,8	130,1	
В.-Михайлівський	9,6	6,4	12,9	22,5	28,9	6,4	51,4	112,8	70,9	109,3	70,7	
Іванівський	37,0	77,6	92,4	59,2	92,4	99,8	122,0	94,7	146,4	121,2	133,1	
Ізмаїльський	28,8	26,9	30,8	15,4	19,2	21,1	34,6	30,6	46,0	78,6	71,1	
Захарівський*	19,7	34,5	83,9	88,8	103,6	83,9	93,7	148,5	94,1	118,7	138,2	
Кілійський***	3,7	3,7	12,9	22,2	14,8	29,6	57,3	67,3	56,6	73,5	55,4	
Кодимський	26,5	16,5	13,2	46,3	26,5	49,6	62,9	12,9	117,0	68,9	79,4	

Продовження таблиці 4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Лиманський*	97,7	58,1	42,5	70,8	72,2	56,6	77,9	109,5	135,6	98,8	167,1
Льобашівський	45,3	16,2	9,7	64,7	32,3	22,6	51,7	99,1	77,0	122,2	129,3
Миколаївський	30,7	79,9	36,9	67,6	30,7	79,9	73,8	77,7	90,3	103,2	61,5
Овідіопольський	33,1	30,5	58,3	51,7	54,3	59,6	100,7	97,7	112,3	115,1	112,6
Окнянський	9,9	4,9	9,9	44,4	-	44,4	69,0	58,3	53,8	34,3	69,1
Подільський	37,8	37,8	45,1	27,7	37,8	45,1	74,2	79,5	63,7	81,3	123,8
Роздільнянський*	46,3	48,0	75,5	96,0	99,5	106,3	140,6	143,8	153,7	125,7	137,2
Ренійський**	10,4	20,8	10,4	13,0	23,4	15,6	31,2	41,3	23,2	20,7	23,4
Савранський	25,5	10,2	15,3	40,7	25,5	25,5	35,6	84,3	24,9	70,6	76,4
Саратський	33,2	35,4	31,0	28,7	57,5	37,6	31,0	50,1	54,6	59,4	61,9
Тарутинський	14,4	2,4	31,1	57,5	40,7	21,5	45,5	64,2	50,0	42,8	69,4
Татарбунарський***	30,6	7,7	25,5	63,8	45,9	58,7	61,3	48,3	55,9	48,4	53,7
Ширяєвський*~***	14,6	40,2	11,0	36,6	25,6	51,2	113,3	94,1	112,4	105,4	142,6
Всього по районам	34,7	36,6	43,4	55,1	52,8	53,0	74,6	81,2	87,1	83,4	100,3
Всього по області	60,0	56,1	61,3	71,2	65,2	65,9	90,0	87,1	96,2	114,8	112,7

Примітка. Достовірні відмінності показників за 2014 р. у порівнянні з середньобласними: * – райони з вищою захворюваністю, ** – райони з нижчою захворюваністю, *** – зростання захворюваності з 2004 по 2014 рр. у 8 та більше разів ($p < 0,05 - 0,01$, використано критерій χ^2)

Таблиця 5

Захворюваність на СНІД в містах та районах Одеської області (на 100 тис. нас.)

Місто, район	Рік											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
м. Одеса*	25,0	23,2	13,0	10,2	4,1	10,3	27,4	50,2	62,6	58,1	79,5	
м. Б. - Дністровський	8,8	15,9	-	12,4	1,8	1,8	15,9	33,7	40,8	46,1	40,6	
м. Ізмаїл**	1,4	28,8	9,6	5,5	1,4	1,4	12,4	35,2	31,1	55,9	46,7	
м. Южне	9,4	3,1	6,3	-	3,1	6,3	3,1	49,8	38,6	50,4	46,9	
м. Теплодар	19,2	-	9,6	-	-	9,6	19,2	48,9	40,5	0,0	67,1	
м. Чорноморськ	40,2	63,7	41,5	27,7	2,8	15,2	47,1	84,9	97,8	91,7	59,6	
Ананьєвський	7,3	14,6	3,7	3,7	-	-	7,3	31,9	39,4	36,2	47,6	
Арцизький	2,2	10,8	8,7	-	36,8	-	10,8	23,5	21,4	32,2	30,3	
Балтський	7,1	23,7	18,9	9,5	56,8	7,1	18,9	36,9	79,1	56,2	45,0	
Біляївський***	2,1	37,2	37,2	18,1	3,2	16,0	31,9	50,9	70,2	64,0	75,4	
Березівський*	29,5	50,2	14,8	20,7	26,6	3,0	26,6	44,1	35,4	32,4	138,7	
Болградський**	21,3	1,42	-	4,3	8,5	1,42	5,7	12,8	10,0	14,2	15,6	
Б. - Дністровський	-	18,8	8,2	4,9	23,0	4,9	3,3	29,8	46,3	29,6	44,5	
В. - Михайлівський	9,6	6,4	3,2	-	16,1	3,2	-	3,2	25,8	28,9	22,5	
Іванівський*~***	3,7	18,5	-	-	3,7	3,7	3,7	43,7	40,3	51,4	77,7	
Ізмаїльський	-	5,8	5,8	-	-	3,8	9,6	3,8	13,4	19,2	34,6	
Захарівський	-	-	4,9	9,9	-	4,9	4,9	14,8	34,7	59,3	54,3	
Кілійський	1,8	-	3,7	-	-	-	3,7	21,8	38,4	34,9	25,9	

Продовження таблиці 5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Кодимський	6,6	3,3	3,3	-	-	3,3	9,9	6,5	22,8	19,7	23,2
Лиманський*	39,6	8,5	7,1	8,5	26,9	7,1	19,8	41,8	79,4	64,4	77,9
Любашівський	6,5	6,5	-	3,2	9,7	-	9,7	38,4	16,0	48,2	51,7
Миколаївський	12,3	12,3	-	-	-	6,1	6,1	12,0	30,1	30,3	24,6
Овідіопольський	9,3	14,6	1,3	1,3	15,9	1,3	26,5	35,4	37,4	52,8	61,0
Окнянський***	-	-	-	-	-	-	4,9	14,6	4,9	4,9	24,7
Подільський***	2,9	5,8	4,4	1,5	-	4,4	4,4	27,5	24,6	18,9	39,3
Роздільнянський*	17,1	17,1	3,4	3,4	18,9	5,1	15,4	52,0	65,6	60,3	73,8
Ренійський**	2,6	2,6	-	2,6	-	5,2	0	0	23,2	7,8	10,4
Савранський***	0	0	0	5,1	5,1	5,1	0	19,8	20,0	25,2	40,7
Саратський**	6,6	4,4	2,2	-	-	-	2,2	10,9	8,8	19,8	17,7
Тарутинський	2,4	2,4	2,4	4,8	11,9	-	2,4	26,1	14,3	19,0	45,5
Татарбунарський**	5,1	-	2,6	2,6	10,2	2,6	10,2	48,3	27,8	25,5	17,9
Ширяєвський	-	-	3,7	-	-	-	11,0	14,5	18,1	36,3	36,6
Всього по району	8,6	11,6	7,1	4,6	11,6	4,0	11,6	28,1	36,5	36,4	46,6
Всього по області	16,0	18,4	10,5	7,8	7,5	6,9	19,3	39,4	48,9	25,8	60,7

Примітка. Достовірні відмінності показників за 2014 р. у порівнянні з середньобластними: * – райони з вищою захворюваністю, ** – райони з нижчою захворюваністю, *** – зростання захворюваності з 2004 по 2014 рр. у 20 та більше разів ($p < 0,05 - 0,01$, використано критерій χ^2)

Слід зазначити, що саме в Одеській області у 2001 р. уперше був забезпечений безоплатний широкий доступ до комбінованої антиретровірусної терапії, а з 2004 р., коли була впроваджена трикомпонентна АРТ, постійно зростає кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які її отримують. Станом на 1 січня 2012 р. кількість пацієнтів, що приймають ВААРТ в Одеській області, складала 2715 чол. (з них 279 дітей), на кінець 2012 р. ця кількість дорівнювала 4000 осіб, станом на 1 липня 2014 року ВААРТ в Одеській області охоплено 6098 осіб. Якщо в цілому в області визначається збереження зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію, то кількість померлих від СНІДу як в області, так і в стаціонарному відділенні Одеського обласного центру по профілактиці і боротьбі з СНІДом стала зменшуватися (рис. 2).

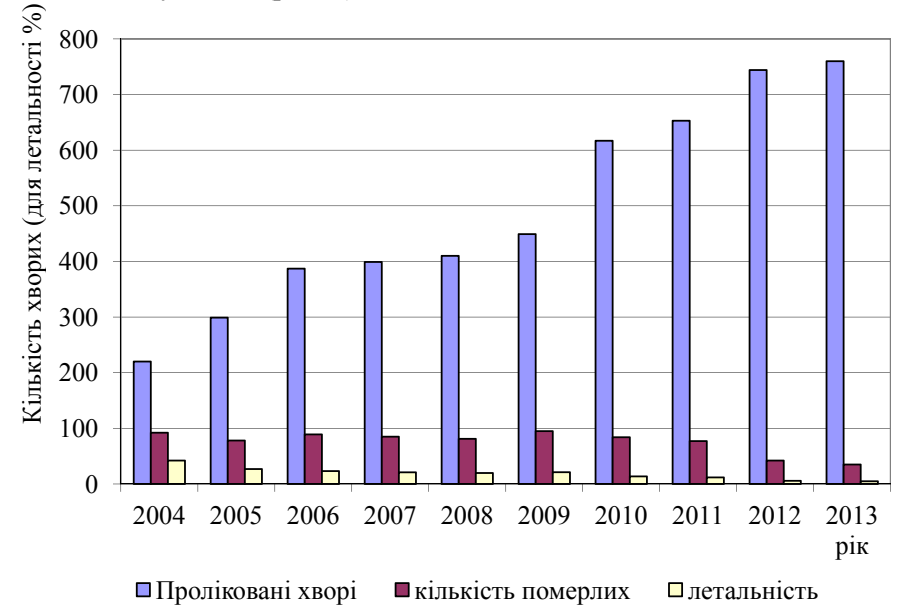


Рис. 2 Динаміка показників (пролікованих, померлих, летальності) у стаціонарному відділенні Одеського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом

Так, (тут і далі) у 2004 р. з 220 пролікованих хворих померло 92 особи (летальність 42,0 %), у 2005 р. з 299 – 78 (26,7 %), у 2006 р. з 387 – 89 (23,2 %), у 2007 р. з 399 – 85 (20,8 %), у 2008 р. з 410 – 81 (19,7 %), у 2009 р. з 449 – 95 (21,1 %), у 2010 р. з 617 – 84 (13,6 %), у 2011 р. з 653 – 77 (11,8 %), у 2012 р. з 744 – 42 (5,6 %), у 2013 р. з 760 – 35 (4,7 %). Таким чином, протягом 10 років поряд зі збільшенням кількості пролікованих хворих відбулося поступове зниження летальності у 8,9 раза.

В Одеській області препаратами АРТ забезпечено 100 % хворих, що їм потребують. Саме це, на нашу думку, буде найважливішим фактором, який сприятиме подовженню і поліпшенню якості життя ВІЛ-інфікованих хворих. Таким чином, Одеська область, як регіон з одними з найвищих показників ВІЛ-інфекції в Україні, має стати провідною для подальшого вивчення напрямків розвитку епідемії з метою розробки ефективних заходів протидії.

Підсумовуючи сказане, можна виділити наступні основні моменти. Епідеміологічні показники ВІЛ-інфекції в Одеській області вищі, ніж середньоукраїнські, у тому числі, за інфікованістю ВІЛ вагітних жінок та первинних донорів. У порівнянні з середніми у країні та іншими регіонами показники поширеності ВІЛ-інфекції в Одеській області станом на 01.01.14 р. мають найбільший приріст.

Кількість ВІЛ-позитивних осіб, що знаходяться на обліку в ОЦПБ СНІД, з 2004 по 2013 рр., збільшилась у 3 рази, поширеність ВІЛ-інфекції в Одеській області – у 3,1 раза, захворюваність на ВІЛ-інфекцію (на 100 тис. населення) – у 1,9 раза.

Всередині області епідеміологічні показники розподіляються нерівномірно, вищі, ніж середні – у районах з розвинутою інфраструктурою, великих транспортних вузлах, нижчі – у віддалених та сільськогосподарських районах. Показники смертності в області і летальності у стаціонарному відділенні ОЦПБ СНІД протягом періоду досліджень почали знижуватися, особливо це стосується летальності, яка знизилася з 42,0 % у 2004 р. до 4,7 % у 2013 р.

РОЗДІЛ IV

СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ПАЦІЄНТІВ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ, ЩО ОТРИМУВАЛИ СТАЦІОНАРНЕ ЛІКУВАННЯ

Як відомо, основну проблему для здоров'я пацієнта при ВІЛ-інфекції складає розвиток специфічних, і, у ряді випадків, невиліковних захворювань на тлі поглиблення імунодефіциту [11, 60]. Задля зручності опису вони об'єднані у групу з назвою «опортуністичні інфекції» і включають хвороби, клінічні прояви яких маніфестують у пацієнтів з важкою імуносупресією, часто мають нетиповий перебіг, можуть призводити до інвалідизації або летального висліді [43, 69, 96].

За етіологією виділяють бактеріальні, грибкові, вірусні та паразитарні інфекції, а також до ОІ відносять захворювання, які не є інфекційними і проявляються лише за наявності в організмі ВІЛ-інфікованого пацієнта імуносупресії тяжкого ступеню та певних типів вірусів (ВІЛ-енцефалопатія, прогресуюча багатогнищева лейкоенцефалопатія, саркома Капоші, неходжкінські лімфоми) [26, 75, 100, 125]. Вірогідність розвитку ОІ значно підвищується при зниженні CD4-T-лімфоцитів до рівня, меншого ніж 200 кл/мкл і зворотно корелює з рівнем CD4-T-лімфоцитів [10].

Характерними ознаками ОІ є необхідність тривалих термінів лікування, схильність до рецидивів і дисемінації, що призводить до значних економічних збитків, особливо при лікуванні за давних випадків [124, 126].

Для більшості ОІ розроблені стандарти лікування, з особливим акцентом на своєчасному призначенні АРТ [90, 116].

Однак інші захворювання на тлі імунодефіциту також відрізняються за своїм перебігом. Зокрема, пневмонії у багатьох випадках мають атиповий і більш тяжкий перебіг, характеризуються розвитком ускладнень, в першу чергу, дихальної недостатності [6,

102]. Із ВІЛ-асоційованих уражень дихальної системи найчастіше зустрічаються пневмоцистна пневмонія, кандидозне, криптококове, цитомегаловірусне запалення [82, 105, 108, 114]. Іншою важливою проблемою для пацієнтів з імуносупресією є туберкульоз [36, 97]. На тлі порушення імунної відповіді туберкульозу ВІЛ-інфікованих хворих набуває у багатьох випадках атипичного перебігу, у тому числі – з позалегеновими проявами без клініки ураження легенів, частіше відбувається генералізація процесу [34, 35, 45].

За даними різних авторів, патологія ЦНС у ВІЛ-інфікованих людей зустрічається з частотою від 30 до 90 %, причому у значній частини вона стає очевидною в термінальному періоді хвороби, проявляючись у вигляді психічних і / або неврологічних розладів, у інших же пацієнтів, навпаки, слугує першим проявом ураження ВІЛ [27, 47, 63].

Свої особливості мають і прояви уражень шкіри, причому починаючи із початкових стадій ВІЛ-інфекції [72]. На термінальних стадіях виявляються структурно-деструктивні зміни, порушення васкуляризації, прояви захворювань і їх перебіг стають атипичними, порушуються основні функції шкіри [73, 74, 76, 77].

З початком ери широкого впровадження АРТ з'явилися повідомлення про зміни у структурі захворюваності ВІЛ-інфікованих, зменшення частки тяжких уражень і генералізованих форм [70, 78, 98].

Враховуючи епідемічні особливості Одеської області, високу поширеність ВІЛ-інфекції, тривалий термін від початку впровадження АРТ у регіоні, значну кількість пацієнтів, які приймають АРТ, нами було проведено дослідження і аналіз спектру опортуністичних та інших захворювань, що значимо впливали на стан здоров'я ВІЛ-інфікованих хворих, які лікувалися у стаціонарі Одеського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом з 2006 по 2013 р., для встановлення змін, що відбулися в структурі захворюваності протягом цього періоду.

У період з 2006 по 2013 роки було проліковано 4408 осіб, з них 3820 після лікування було виписано, 588 – померло. На рис. 3

зображено загальну кількість пролікованих хворих з 2006 по 2013 рр. Кількість пацієнтів, що отримали лікування і були виписані, збільшилася із 295 у 2006 р. до 713 у 2013 р.

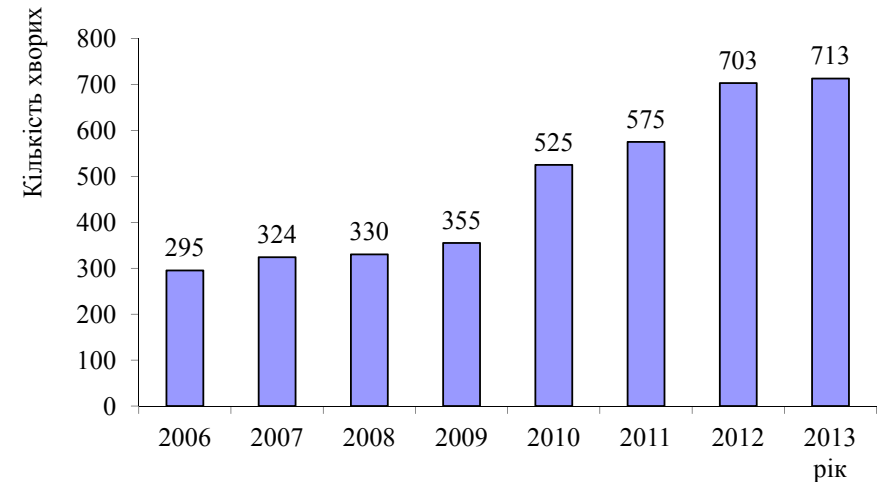


Рис. 3 Загальна кількість хворих, виписаних після стаціонарного лікування в ОЦПБ СНІД (n=3820)

У таблиці 6 вміщено зведені результати підрахунків рівня захворюваності окремими нозоформами у пацієнтів, що пройшли курс лікування та були виписані. З даних, наведених у таблиці, випливає, що у кожного пацієнта, який лікувався у стаціонарному відділенні ОЦПБ СНІД, було поєднання декількох захворювань різних систем та органів одночасно. Окрім того, в багатьох випадках це були недуги, які потребували тривалого лікування і не могли не спричинити порушень в роботі інших систем та органів. У значній кількості хворих з ВІЛ-інфекцією наявний хронічний гепатит – 2970 осіб (77,7 % від загальної кількості виписаних), частота виявлення залишається відносно сталою протягом всього періоду спостереження. Щорічно реєструється висока захворюваність на пієлонефрит (від 29,2 % у 2006 р. з піком у 2008 р. – 74,0 % до 71,5 % у 2013 р.).

Аналізуючи захворюваність за окремими нозологіями, у першу чергу слід виділити групу хвороб, частота проявів яких безпосередньо залежить від глибини імуносупресії – поширені мікози, ВІЛ-асоційована енцефалопатія, дисеміновані форми туберкульозу, позалегеновий туберкульоз, токсоплазмоз головного мозку, менінгіти та менінгоенцефаліти, викликані специфічними збудниками. Більша частина з них належить до СНІД-індикаторних опортуністичних інфекцій, тобто при наявності такого захворювання пацієнту встановлюється 4-а клінічна стадія ВІЛ-інфекції, за якою для зручності проведення епідагляду залишили початкову назву – синдром набутого імунodefіциту (СНІД), хоча в клінічній практиці даний термін рекомендовано не вживати задля зменшення психотравматизації пацієнта, запобіганню стигматизації та самостигматизації.

За результатами досліджень, протягом періоду спостережень серед виписаних зменшилася кількість осіб з інвазивними (поширеними, або дисемінованими) формами кандидозу, однієї з ОІ, що найчастіше виявляється при задавненому імунodefіциті, з 70,8 % від загальної кількості хворих у 2006 р. до 16,3 % у 2013 р. Враховуючи факт, що імунodefіцит у ВІЛ-інфікованих зберігається навіть при призначенні АРТ, кандидоз не зник як захворювання, але перейшов у більш локальну форму – кандидоз слизової оболонки рота. У 2006 р. пацієнтів з кандидозом слизової оболонки рота було 29,2 %, тобто, значно менше, ніж хворих з поширеним кандидозом, тоді як у 2013 р. їх кількість збільшилася до 83,0 % ($\chi^2 = 275,06$; $p < 0,001$). Захворюваність на мікоз гладкої шкіри (найвищий показник у 2008 р. складав 5,8 % від загальної кількості хворих, у 2013 р. відзначається його зниження до 3,8 %) залишається стабільною ($\chi^2 = 0,932$; $p < 0,05$; $\chi^2_{\text{крит.}} = 3,841$).

Важливим станом, який в більшості випадків має вторинний характер, проте суттєво впливає на перебіг захворювання, є анемія. Хоча з 2006 р., коли масова частка хворих на анемію сягала 40,7 % від загальної кількості хворих, до 2013 р. відбулося зниження до 27,3 % ($\chi^2 = 17,25$; $p < 0,001$), проте це означає, що кожен третій пацієнт потребує корекції схеми лікування з урахуванням наявності анемії.

Таблиця 6
Динаміка реєстрації окремих нозологічних форм серед виписаних пацієнтів у 2006 – 2013 рр.

Показник / нозологічна форма	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		Всього у 2006 – 2013 рр.
	abc.	%	abc.	%	abc.	%	abc.	%	abc.	%	abc.	%	abc.	%	abc.	%	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Всього хворих	295	100	324	100	330	100	355	100	525	100	575	100	703	100	713	100	3820
Хронічний гепатит	256	86,8	264	81,5	260	78,8	251	70,7	383	73,0	473	82,3	530	75,4	553	77,6	2970
Цироз печінки, асцит + анасарка	33	11,2	24	7,4	26	7,9	25	7,0	39	7,4	26	4,5	41	5,8	30	4,2	244
Хронічний пієлонефрит	86	29,2	167	51,5	244	74,0	242	68,2	349	66,5	355	61,7	431	61,3	510	71,5	2384
Мікоз гладкої шкіри	11	3,7	13	4,0	19	5,8	16	4,5	19	3,6	17	3,0	26	3,7	27	3,8	148
Алергічний дерматит	5	1,7	6	1,9	11	3,3	11	3,1	6	1,1	22	3,8	19	2,7	16	2,2	96
Кандидоз слизової оболонки рота	86	29,2	127	39,2	169	51,2	162	45,6	343	65,3	302	52,5	537	76,4	592	83,0**	2318
Поширений (дисемінований) кандидоз	209	70,8	197	60,8	149	45,2	186	52,4	158	30,1	171	29,7	144	20,5	116	16,3*	1330

Продовження таблиці 6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Анемія	120	40,7	135	41,7	129	39,0	136	38,3	163	31,0	167	29,0	214	30,4	195	27,3*	1259
Тривала, більше 1 міс., лихоманка	23	7,8	25	7,7	41	12,4	24	6,8	29	5,5	22	3,8	22	3,2	17	2,4	203
Виснаження	84	28,5	47	14,5	49	14,8	50	14,1	87	16,6	83	14,4	124	17,6	137	19,2	661
Носії IgG до CMV	54	18,3	44	13,6	203	61,5	171	48,2	176	33,5	299	52,0	432	61,5	473	66,3	1852
Носії IgG до EBV	191	64,7	45	13,9	31	9,4	65	18,3	69	13,1	91	15,8	135	19,2	216	30,3	843
Токсоплазмоз	95	32,2	50	15,4	131	69,7	87	24,5	100	19,0	179	31,1	247	35,1	267	37,4	1156
Герпетична інфекція	41	13,9	28	8,6	177	53,6	127	35,8	160	30,5	212	36,9	401	57,0	469	65,8	1615
Оперізувальний герпес	4	1,4	2	0,6	7	2,1	3	0,8	18	3,4	15	2,6	11	1,6	29	4,1	89
ЗСВІС	-	-	-	-	-	-	-	-	8	1,5	13	2,3	12	1,7	7	1,0	40
Лімфома Ходжкіна	1	0,3	1	0,3	1	0,3	-	-	1	0,2	-	-	2	0,3	1	0,1	7
Неходжкінські лімфоми	1	0,3	-	-	1	0,3	6	1,7	1	0,2	2	0,4	3	0,4	1	0,1	15
Саркома Капоші	-	-	-	-	1	0,3	8	2,3	2	0,4	3	0,5	1	0,1	3	0,4	18

Примітка. Достовірна різниця показників: * – зниження, ** – зростання протягом періоду досліджень (p<0,05 – 0,01, використано критерій χ^2)

Число пацієнтів з тривалою лихоманкою невстановленого генезу зросло у 2006 – 2008 рр., надалі спостерігається спад з 12,4 % у 2008 р. до 2,4 % у 2013 р., проте можна вважати, що в даному випадку зниження показника свідчить про покращення діагностичних можливостей, і, як наслідок, переходу пацієнтів в інші категорії уточнених діагнозів.

Виокремлення діагнозу виснаження в окрему категорію обліку, можливо, є не зовсім досконалим, так як це поліетіологічний, як і анемія, стан, проте значна кількість випадків і необхідність враховувати в тактиці ведення хворого індексу маси тіла пояснюють виділення та облік таких випадків. З 2006 року, коли було зареєстровано 28,5 % хворих з виснаженням, їх кількість знизилась, і надалі коливається на відносно сталому рівні – 14,5 % у 2007 р., 14,8 % у 2008 р., 14,1 % у 2009 р., 16,6 % у 2010 р., 14,4 % у 2011 р., 17,6 у 2012 р., 19,2 % у 2013 г. Вірогідно, наступне значне зниження кількості випадків виснаження (дефіциту маси тіла > 10 %) буде відзначено після значного зменшення випадків виявлення ВІЛ-інфекції у стадії СНІДу і масовому призначенні АРТ до розвитку ОІ. Окремо необхідно сказати, що результати обстежень пацієнтів на наявність антитіл до вірусів герпесу, цитомегаловірусу, збудника токсоплазмозу через відсутність стовідсоткового обхвату даним дослідженням носять скоріше інформативний характер, у перспективі, конкретні висновки можна буде робити, коли дане дослідження стане загальнодоступним і рутинним.

В динаміці захворювань бронхолегеневої системи (бронхітів, пневмоній, повторних, пневмоцистних пневмоній та ексудативних плевритів) також визначається зменшення показників протягом періоду досліджень (більше, ніж у 5 разів). Сукупна захворюваність за вказаними нозологіями у 2006 р. становила 79,3 %, у 2007 р. – 60,2 %, у 2008 р. – 44,5 %, у 2009 р. – 35,5 %, у 2010 р. – 24,6 %, у 2011 р. – 10,5 %, у 2012 р. – 13,3 %, у 2013 р. – 14,6 % (p<0,001) (табл. 7).

Таблиця 7

Динаміка реєстрації захворювань дихальної системи та туберкульозу серед виписаних пацієнтів у 2006 – 2013 рр.

Показник / нозологічна форма	Рік												Всього у 2006 – 2011 рр.				
	2006		2007		2008		2009		2010		2011			2012		2013	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%
Всього хворих	295	100	324	100	330	100	355	100	525	100	575	100	703	100	713	100	3820
Бронхіт	18	6,1	31	9,6	34	10,3	16	4,5	30	5,7	23	4,0	34	4,8	45	6,3	231
Пневмонія	148	50,2	139	42,9	98	29,7	86	24,2	87	16,6	29	5,0	44	6,3	46	6,5*	677
Повторні пневмонії	34	11,5	7	2,2	4	1,2	4	1,1	-	-	2	0,3	-	-	2	0,3*	53
Пневмоцистна пневмонія	2	0,7	1	0,3	1	0,3	2	0,6	2	0,4	2	0,3	8	1,1	8	1,1	26
Екзудативний плеврит	32	10,8	17	5,2	10	3,0	18	5,1	10	1,9	5	0,9	8	1,1	3	0,4*	103
Туберкульоз легенів	44	14,9	58	17,9	111	33,6	81	22,8	126	24,0	126	21,9	85	12,1	52	7,3	683
Дисемінований туберкульоз	15	5,1	25	7,7	49	14,8	30	8,5	50	9,5	68	11,8	36	5,1	32	4,5	305
Туберкульоз лімфовузлів	26	8,8	35	10,8	53	16,0	71	20,0	93	17,7	82	14,3	49	7,0	32	4,5	441
Інші форми позалегеневого туберкульозу	-	-	-	-	25	7,6	20	5,6	27	5,1	10	1,7	14	2,0	8	1,1	104

Примітка. Достовірна різниця показників: * – зниження протягом періоду досліджень ($p < 0,05 - 0,01$, використано критерій χ^2)

На рис. 4 відображено динаміку реєстрації випадків туберкульозу легенів, лімфовузлів та інших позалегеневих форм, діагностованих у виписаних хворих.

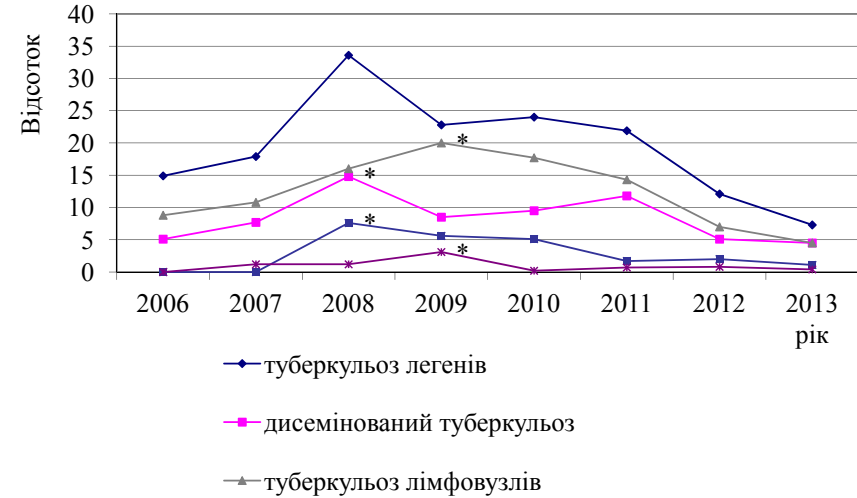


Рис. 4 Динаміка реєстрації різних форм туберкульозу (у відсотках до загальної кількості пролікованих виписаних хворих)

Примітка. * – достовірне зростання показника ($p < 0,05$, використано критерій χ^2)

На початку періоду досліджень визначається зростання реєстрації туберкульозу з 2006 по 2008 рр., а за окремими нозологіями – з 2006 по 2009 роки з наступним поступовим зниженням ($p < 0,05$).

Для порівняння на рис. 5 і 6 наведено захворюваність на основні форми туберкульозу в Україні та Одеській області за аналогічний період. Як видно, в загальній популяції рівень захворюваності на всі форми почав знижуватися дещо раніше, ніж у ВІЛ-інфікованих хворих, що, найвірогідніше, пов'язане з більшою сприйнятливістю до туберкульозу при зниженні рівня CD4-Т-лімфоцитів.

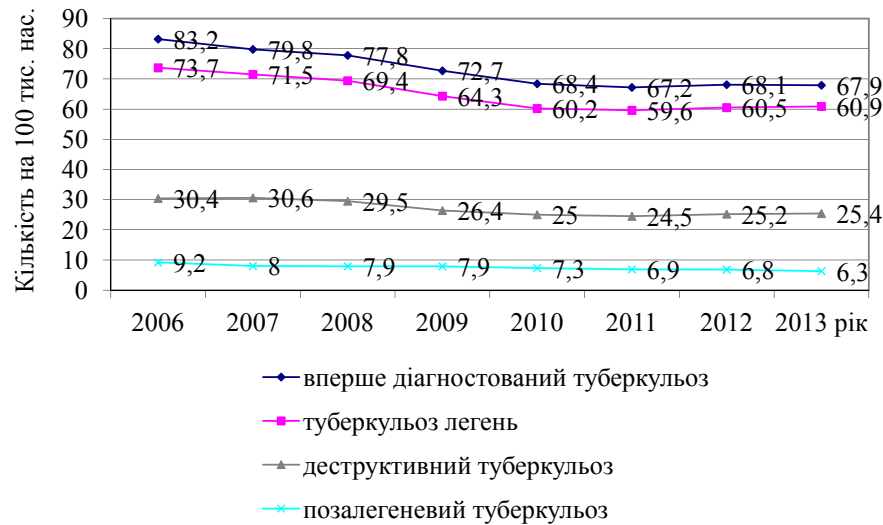


Рис. 5 Динаміка захворюваності на туберкульоз в Україні

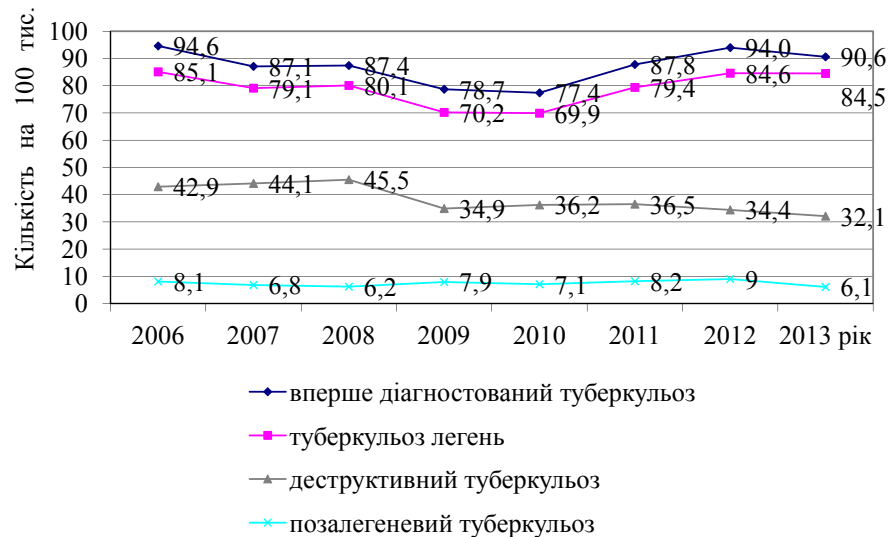


Рис. 6 Динаміка захворюваності на туберкульоз в Одеській області

Щодо захворюваності на туберкульоз легенів у Одеській області, то на 01.01.2014 вона складала 84,5 випадки на 100 тис. населення, що майже у 1,5 раза перевищує національний показник.

Встановлено пряму сильну кореляцію між кількістю нових випадків туберкульозу, діагностованих у стаціонарі, і захворюваністю на туберкульоз у загальній популяції ($r=0,73$) та у Одеській області ($r=0,61$), хоча, зважаючи на існуючу імуносупресію, у ВІЛ-інфікованих дещо більша масова частка дисемінованих та позалегенових форм.

При підрахунку загальної кількості хворих на менінгіти та менінгоенцефаліти різної етіології, разом з менінгітами та менінгоенцефалітами з невстановленою етіологією, виявлено, що найбільше їх зареєстровано в 2009 р. – 14,1 % від загальної кількості пролікованих хворих, в інші роки цей показник коливався у межах від 2,7 % у 2006 р. (коли значна кількість випадків закінчилася летально) до 14,1 % у 2009 р. і далі до 5,9 % у 2013 р. (табл. 8).

У 2009 р. зареєстрована найбільша за період спостережень кількість випадків токсоплазмозу головного мозку відносно загальної кількості пролікованих хворих – 25, що складало 7 %. У наступні роки кількість хворих на токсоплазмоз головного мозку коливалася, що не дозволяє зробити висновків про подальшу динаміку (у 2010 р. 30 хворих, 5,7 %; у 2011 р. 20, 3,5 % від загальної кількості виписаних за рік хворих).

До захворювань, кількість яких зменшилась протягом досліджуваного періоду, слід віднести прогресуючу множинну лейкоенцефалопатію (ПМЛ), пік виявлених випадків якої припадає на 2008 р. – діагноз було встановлено 31 особі (9,4 % від загальної кількості виписаних хворих), до 2013 р. кількість вперше встановлених діагнозів ПМЛ знизилась до 5 випадків (0,7 %) ($p<0,05$). Якщо взяти до уваги, що першочерговим фактором ризику розвитку ПМЛ є тяжка імуносупресія, а також те, що серед пацієнтів з летальним вислідом не визначається різкого зростання кількості випадків ПМЛ, можна думати, що це зниження пов'язане з поширенням АРТ.

Динаміка ресстрації окремих захворювань нервової системи
серед виписаних пацієнтів у 2006 – 2013 рр.

Показник / нозологічна форма	Рік												Всього у 2006 – 2013 рр.				
	2006		2007		2008		2009		2010		2011			2012		2013	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Всього хворих	295	100	324	100	330	100	355	100	525	100	575	100	703	100	713	100	3820
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	242	82,0	206	63,6	111	33,6	117	33,0	173	33,0	209	36,3	333	47,4	436	61,5*	1827
Менінгіт / менінгоенцефаліт	6	2,0	18	5,6	12	3,6	21	5,9	21	4,0	26	4,5	27	3,8	23	3,2	154
Менінгіт/ менінгоенцефаліт криптококовий	1	0,3	4	1,2	4	1,2	7	2,0	4	0,8	9	1,6	4	0,6	7	0,1	40
Менінгіт / менінгоенцефаліт кандидозний	1	0,3	5	1,5	1	0,3	1	0,3	-	-	-	-	2	0,3	-	-	10
Менінгіт / менінгоенцефаліт туберкульозний	-	-	4	1,2	4	1,2	11	3,1	1	0,2	4	0,7	6	0,8	3	0,4	33

Продовження таблиці 8

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
СМV-енцефаліт	-	-	-	-	-	-	10	2,8	5	1,0	9	1,6	11	1,6	9	1,3	44
Токсоплазмоз головного мозку	-	-	5	1,5	14	4,2	25	7,0	30	5,7	20	3,5	21	3,0	40	5,6	155
Пухлина мозку	1	0,3	1	0,3	3	0,9	2	0,6	-	-	-	-	-	-	1	0,1	8
ПМЛ	6	2,0	4	1,2	31	9,4	4	1,1	7	1,3	2	0,4	6	0,8	5	0,7*	65
Периферична полінейропатія	11	3,7	5	1,5	17	5,2	19	5,4	25	4,8	36	6,3	39	5,5	25	3,5	177

Примітка. Достовірна різниця показників: * – зниження протягом періоду досліджень ($p < 0,05 - 0,01$, використано критерій χ^2)

Сказане можна віднести і до зниження рівня ВІЛ-асоційованої енцефалопатії (з 82,0 % у 2006 р. до 61,5 % у 2013 р. з найнижчим показником 33,0 % у 2009 – 2010 рр.), основним лікувальним заходом для якої є саме призначення специфічної терапії проти ВІЛ-інфекції. Кількість ВІЛ-асоційованої енцефалопатії може бути знижена лише за рахунок зменшення нових випадків – як результат призначення АРТ пацієнтам ще до розвитку у них значної імуносупресії, так як по суті є незворотним станом, що підлягає симптоматичній корекції.

Етіологія периферичної полінейропатії, рівень захворюваності якої протягом останніх років коливається в межах 4,8 – 6,3 %, у кожному випадку має розглядатися окремо, особливо при призначенні препаратів з токсичною дією на периферичну нервову систему, в тому числі препаратів антиретровірусної терапії, так як, будучи хронічним і, по суті, невилковним захворюванням, периферична полінейропатія при прогресуванні симптоматики може значно погіршити якість життя пацієнта.

Загалом, як показують результати спостережень, серед виписаних хворих поступово відбувається відчутне зниження кількості нових випадків тих захворювань, які розвиваються на тлі глибокого імунodefіциту. Це може свідчити про поліпшення середніх показників імунітету осіб з ВІЛ-інфекцією, як наслідку більш раннього початку антиретровірусної терапії, а також більш своєчасного виявлення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією.

У той же час можна виділити кілька основних груп захворювань, тяжкість перебігу яких зумовлює необхідність їх пріоритетного лікування до початку АРТ. У першу чергу, це пневмонії та хвороби ЦНС – менінгіти та менінгоенцефаліти. Слід підкреслити, що в лікуванні пацієнта з ВІЛ-інфекцією, особливо з тяжкою імуносупресією, необхідно тримати в полі зору завжди два завдання – покращити стан хворого, одночасно розглядаючи можливість якнайшвидшого приєднання АРТ.

Таким чином, можна зробити висновок, що захворювання, діагностовані у виписаних ВІЛ-інфікованих пацієнтів у стаціонарному відділенні ОЦПБ СНІД, можна умовно розподілити на кілька груп:

- захворювання, що зустрічаються на стабільно високому рівні – хронічний гепатит, хронічний пієлонефрит;
- захворювання, кількість випадків яких збільшилась в динаміці – локальні форми кандидозу;
- захворювання, що стали зустрічатися рідше – поширені форми кандидозу, захворювання бронхолегеневої системи, туберкульоз різних локалізацій, ПМЛ, анемія, тривала лихоманка невстановленого генезу, ВІЛ-асоційована енцефалопатія [19].

Також існує ряд захворювань, кількість зареєстрованих випадків яких впродовж тривалого періоду часу після спаду коливається приблизно на одному рівні – менінгіти і менінгоенцефаліти, токсоплазмоз головного мозку, виснаження, периферична полінейропатія, пухлини різної локалізації.

Такі стани, як виснаження та анемія, що зумовлені великою кількістю причин не лише медичного характеру, а значною мірою залежать також від соціальних чинників, не можуть бути покращені лише за рахунок лікувальних заходів. Однак, розраховуючи в перспективі на стабілізацію епідемії туберкульозу, можна думати і про деяке зменшення частоти вказаних станів.

В основному групу пацієнтів, захворювання яких закінчилося летально, складають особи, що не отримували АРТ (94,4 %). Серед головних причин – пізні звернення самого хворого або пізні виявлення ВІЛ-інфекції у пацієнта, що тривало хворіє. Як правило, при цьому у більшості діагностується декілька захворювань, що погіршують перебіг і прогноз: пневмонія, виснаження, анемія.

Як було сказано раніше, летальність серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів, хоча і знизилася за період впровадження АРТ у 8,9 раза, все ще досить висока і складала у 2013 р. 4,7 % (рис. 7).

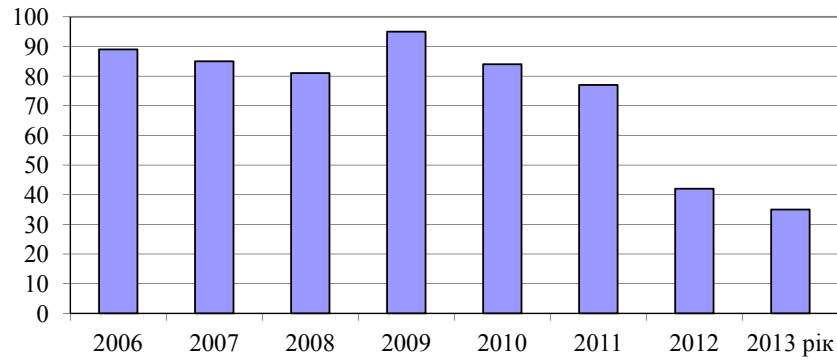


Рис. 7 Загальна кількість хворих з летальним вислідом, що проходили стаціонарне лікування в ОЦПБ СНІД (n=588)

При подальшому аналізі встановлено, що, як і в групі виписаних пацієнтів, визначається значна кількість хронічних гепатитів (від 90,5 % до 97,8 %), причому в групі хворих з летальним вислідом частіше рееструються циротичні зміни в печінці, хоча в динаміці масова частка таких хворих зменшилася у 3,3 раза (з 69,7 % у 2006 р. до 20,8 % у 2011 р.).

Кількість хворих з ураженням нирок в усі роки складала не менше, ніж три чверті пацієнтів, від 77,5 % у 2006 р. до 91,7 % у 2010 р. На відміну від групи виписаних пацієнтів, серед хворих, що згодом померли, кількість випадків поширеного кандидозу – захворювання, яке може слугувати критерієм оцінки глибини імуносупресії – коливається за період спостережень від 90,9 % (2011 р.) до 100 % (2007 р.) від загальної кількості хворих (табл. 9).

Таблиця 9
Структура окремих нозологічних форм серед хворих з летальним вислідом у 2006 – 2013 рр.

Показник / нозологічна форма	Рік												Всього у 2006 – 2013 рр.				
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	абс.	%	абс.	%					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Всього померлих хворих	89	100	85	100	81	100	95	100	84	100	77	100	42	100	35	100	588
Хронічний гепатит	87	97,8	83	97,6	79	97,5	86	90,5	81	96,4	75	97,4	40	95,2	30	85,7	561
Цироз печінки, асцит + анасарка	62	69,7	31	69,4	19	44,4	43	45,3	24	25,6	16	20,8	3	7,1	4	11,4	202
Хронічний пієлонефрит	69	77,5	74	87,0	71	87,7	75	78,9	77	91,7	66	85,7	37	88,1	29	82,9	498
Анемія	44	49,4	53	62,4	43	53,0	45	47,4	46	54,8	48	62,3	33	78,6	16	45,7	328*
Поширений (дисемінований) кандидоз	85	95,5	85	100	80	98,8	88	92,6	82	97,6	70	90,9	41	97,6	32	91,4	563
Тривала, більше місяця, лихоманка	3	3,4	4	4,7	6	7,4	5	5,3	3	3,6	7	9,1	5	11,9	4	11,4	37
Виснаження	65	73	54	63,5	52	64,2	58	61,1	50	59,5	48	62,3	34	81,0	27	77,1	388*
Носії IgG до CMV	11	12,6	8	9,4	48	59,3	46	48,4	24	28,6	39	50,6	28	66,7	14	40,0	218
Носії IgG до EBV	35	39,3	7	8,2	9	11,1	16	16,8	5	6,0	16	20,8	7	16,7	12	34,3	107

Продовження таблиці 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Набутий токсоплазмоз	21	23,6	14	16,4	35	43,2	26	27,4	9	10,7	29	37,7	17	40,5	4	11,4	164
Герпетична інфекція	8	9,0	5	5,9	30	37,0	40	42,1	10	11,9	25	32,5	15	35,7	15	42,9	148
Оперізувальний герпес	3	3,4	-	-	1	1,2	1	1,1	-	-	-	-	1	2,4	-	-	6
ЗВІС	-	-	-	-	-	-	-	-	5	6,0	6	7,8	5	11,9	-	-	16
Лімфома Ходжкіна	-	-	-	-	-	-	2	2,1	1	1,2	1	1,3	-	-	-	-	4
Неходжкінська лімфома	3	3,4	1	1,2	-	-	3	0,8	2	2,4	2	2,6	-	-	2	5,7	13
Саркома Капоші	-	-	-	-	1	1,2	-	-	2	2,4	2	2,6	-	-	2	5,7	7

Примітка. Достовірні різниці показників. * – відносно виписаних ($p < 0,05$ – $0,01$, використано критерій χ^2)

Відсоток хворих з летальним вислідом, у яких було зареєстровано тривалу лихоманку невстановленої етіології, дещо нижчий, ніж у групі виписаних пацієнтів (від 3,4 % у 2006 р. до 11,9 % у 2012 р.), що можливо, пояснюється проведенням патологоанатомічних досліджень і можливістю уточнити діагноз. Зростання частки цього стану в окремі роки, вірогідно, залежить від зменшення тривалості перебування хворого в стаціонарі, а також збільшенням кількості померлих, яким не проводився розтин.

Кількість хворих з виснаженням, залишаючись впродовж років на одному рівні (в середньому – 67,7 %), в той же час значно вище, ніж в групі виписаних пацієнтів (в середньому 17,5 %) ($\chi^2=39,650$; $p < 0,01$ при $\chi^2_{\text{крит.}}=6,635$). Також значно відрізняється частка пацієнтів з анемією – у групі виписаних пацієнтів вона склала 1259 осіб (33,0 % від загальної кількості виписаних), у групі хворих з летальним вислідом – 328 осіб (55,8 % від загальної кількості померлих) ($\chi^2=9,763$; $p < 0,01$ при $\chi^2_{\text{крит.}}=6,635$).

У групі пацієнтів, що згодом померли, набагато вище, порівняно з виписаними, сумарна кількість бронхітів, пневмоній та ексудативних плевритів. Окремо слід відзначити незначну кількість випадків пневмоцистної пневмонії, що іде врозріз з даними світової літератури і потребує подальшого дослідження.

У 2006 р. частка пацієнтів із захворюваннями бронхолегеневої системи серед хворих з летальним вислідом була вища у 1,6 раза, ніж серед виписаних пацієнтів, у 2007 р. – у 1,8 раза, у 2008 р. – у 2,1, у 2009 р. – у 2,8, у 2010 р. – у 4, у 2011 р. – у 10,4, у 2012 р. – у 7,5, у 2013 р. – у 7,6 раза. Такі відмінності пояснюються зменшенням частки хворих із захворюваннями бронхолегеневої системи серед виписаних пацієнтів і, водночас, стало високим рівнем їх серед пацієнтів з летальним вислідом (табл. 10).

Аналіз динаміки кількості вперше виявлених випадків туберкульозу у пацієнтів із летальним вислідом, представлений на рис. 8, наглядно демонструє, що, попри деякі коливання, відбувається зростання частки хворих на туберкульоз.

Таблиця 10
Динаміка реєстрації захворювань дихальної системи та туберкульозу серед пацієнтів з летальним вислідом у 2006 – 2013 рр.

Показник / нозологічна форма	Рік															
	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всього хворих	89	100	85	100	81	100	95	100	84	100	77	100	42	100	35	100
Бронхіт	-	0	1	1,2	5	6,2	-	-	8	9,5	9	11,7	3	7,1	6	17,1
Пневмонія	88	98,9	76	89,4	65	80,2	86	90,5	65	77,4	65	84,4	36	85,7	30	85,7
Пневмоцистна пневмонія	1	1,1	1	1,2	1	1,2	-	-	4	4,8	4	5,2	2	4,8	1	2,9
Екзудативний плеврит	21	23,6	14	16,5	5	6,2	7	7,4	8	9,5	6	7,8	1	2,4	2	5,7
Туберкульоз легенів	5	5,6	14	16,5	8	9,9	20	21,1	33	39,3	34	44,2	12	28,6	5	14,3
Дисемінований туберкульоз	6	6,7	10	11,8	9	11,1	18	18,9	19	22,6	18	23,4	5	11,9	2	5,7
Туберкульоз лімфовузлів	1	1,1	5	5,9	3	3,7	15	15,8	26	31,0	20	26,0	8	19,0	5	14,3
Інші форми позалегеневого туберкульозу	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4,8	7	9,1	1	2,4	2	5,7

Примітка. Достовірна різниця показників: * – відносно виписаних хворих (p<0,05 – 0,01, використано критерій χ²)

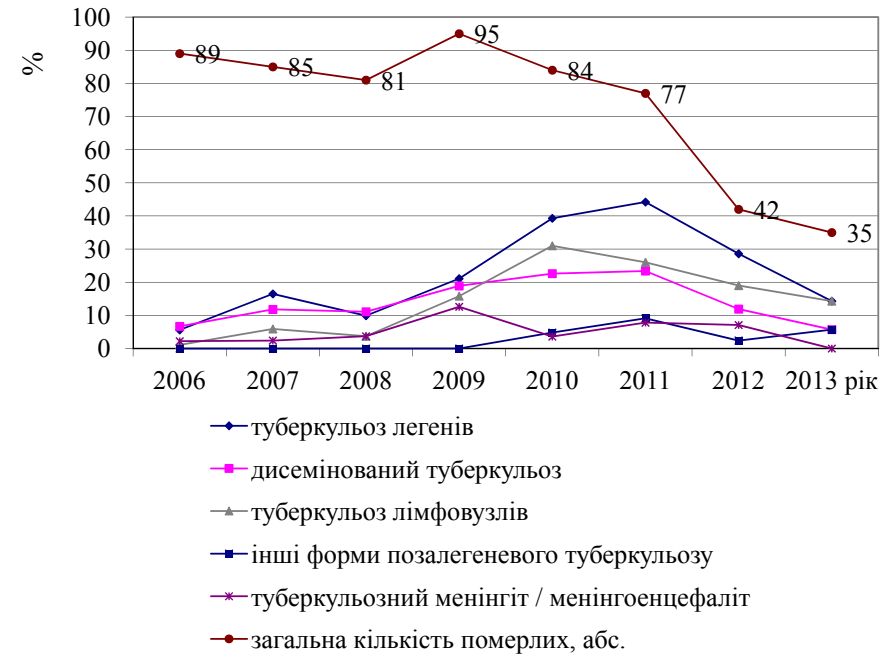


Рис. 8 Динаміка реєстрації туберкульозу у хворих з летальним вислідом захворювання (у відсотках до загальної кількості померлих хворих)

Порівняння отриманих даних з результатами досліджень виписаних хворих показало, що загальна кількість різних форм туберкульозу складала 1566 осіб (41,0 % від загальної кількості виписаних), серед хворих з летальним вислідом загальна кількість випадків туберкульозу становила 343 (58,3 %). Як бачимо, частка туберкульозу в обох групах відрізняється не дуже значно, однак в групі хворих з летальним вислідом переважають дисеміновані форми – 14,8 % проти 8,0 % у осіб, що були виписані, також значно більша частка хворих з туберкульозом головного мозку – 5,3 % проти 0,9 % у виписаних пацієнтів ($\chi^2=16,007$; $p<0,05$ при $\chi^2_{\text{крит}}=11,345$).

На відміну від виписаних пацієнтів, частка хворих з ПМЛ залишається сталою протягом усього періоду досліджень,

коливаючись в межах від 3,7 % у 2008 р. до 8,6 % у 2013 р., що відповідає даним про те, що більша частина померлих не приймала ВААРТ. Частка хворих з ВІЛ-асоційованою енцефалопатією також, як і в групі виписаних хворих, значно знизилася – з 76,4 % у 2006 р. до 22,9 % у 2013 р. ($\chi^2=74,409$; $p<0,01$ при $\chi^2_{\text{крит}}=6,635$).

Менінгіти та менінгоенцефаліти різної етіології займають значне місце серед захворювань ВІЛ-інфікованих, що згодом померли. Загальна кількість випадків склала 305 (51,9 % померлих), в той час як серед виписаних хворих діагностованих 281 випадок склав 7,4 % від загальної кількості хворих ($\chi^2=43,245$; $p<0,01$ при $\chi^2_{\text{крит}}=6,635$).

Як і в випадку з виписаними пацієнтами, частка хворих з менінгітами та менінгоенцефалітами серед пацієнтів з летальним вислідом не має чіткої тенденції і коливається в межах від 62,9 % у 2006 р. до 44,1 % у 2010 р., далі до 74,3 % у 2013 р., частота збільшилася лише за останні 4 роки ($\chi^2=18,880$; $p<0,01$).

Токсоплазмоз головного мозку у ВІЛ-позитивних осіб залишається важливою проблемою, загальна кількість випадків серед хворих з летальним вислідом склала 37 (6,3 % від загальної кількості померлих пацієнтів і 19,3 % всіх хворих з токсоплазмозом головного мозку). Річні коливання кількості хворих на токсоплазмоз не мали певної направленості, що потребує подальших спостережень для визначення тенденцій у динаміці захворювання (табл. 11).

Підсумовуючи викладене, можна констатувати, що тенденції, пов'язані з призначенням АРТ, які спостерігаються у групі виписаних пацієнтів, нехарактерні для групи хворих з летальним вислідом саме через низьку поширеність антиретровірусної терапії, і, як наслідок, виразніший рівень імуносупресії. Найвірогідніше, цим у першу чергу пояснюється значна частка захворювань, які окремо та, особливо, в поєднанні погіршують прогноз для пацієнта.

Таблиця 11

Динаміка ресстрації окремих захворювань нервової системи у пацієнтів з летальним вислідом у 2006 – 2013 рр.

Показник / нозологічна форма	Рік												Всього у 2006 – 2013 рр.				
	2006		2007		2008		2009		2010		2011			2012		2013	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Всього хворих	89	100	85	100	81	100	95	100	84	100	77	100	42	100	35	100	588
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	68	76,4	56	65,9	36	44,4	20	21,1	12	14,3	12	15,6	15	35,7	8	22,9*	227
Менінгіт/менінгоенцефаліт	44	49,4	31	36,5	30	37,0	31	32,6	28	33,3	30	39,0	15	35,7	14	40,0	223
Менінгіт/менінгоенцефаліт криптококовий	9	10,1	4	4,7	2	2,4	5	5,3	2	2,4	2	2,6	4	9,5	5	14,3	33
Менінгіт/менінгоенцефаліт кандидозний	1	1,1	1	1,2	1	1,2	2	2,1	2	2,4	-	-	1	2,4	3	8,6	10
Менінгіт/менінгоенцефаліт туберкульозний	2	2,2	2	2,4	3	3,7	12	12,6	3	3,6	6	7,8	3	7,1	-	-	31**

Продовження таблиці 11

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1																	
СМV - енцефаліт	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,4	1	1,3	1	2,4	4	11,4	8
Токсоплазмоз головного мозку	3	3,4	4	4,7	6	7,4	7	7,4	9	10,7	5	6,5	2	4,8	1	2,9	37
Пухлина мозку	2	2,2	2	2,4	-	-	-	-	2	2,4	1	1,3	-	-	3	8,6	10
ПМЛ	4	4,5	5	5,9	3	3,7	4	4,2	4	4,8	3	3,9	2	4,8	3	8,6	28

Примітка. Достовірна різниця показників: * – зниження протягом періоду досліджень, ** – відмінність відносно виписаних хворих ($p < 0,05 - 0,01$, використано критерій χ^2)

З поширенням ери АРТ з'являється все більше повідомлень про стан, при якому можливий розвиток летального висліду. Він отримав назву запальний синдром відновлення імунної системи (ЗСВІС) – процес загострення опортуністичних інфекцій у відповідь на призначення АРТ, який, внаслідок недостатньо вивчених патогенетичних механізмів, може приймати злорякисний перебіг. Патогенетичні процеси, які при цьому відбуваються в організмі, на нашу думку, краще характеризує назва синдром імунного рикошету (СІР). Пацієнт із СІР отримує лікування відповідної ОІ, приймання АРТ, окрім випадків, коли це фізично неможливо за станом хворого, не переривають [14].

У групі виписаних СІР діагностовано у 40 пацієнтів, що склало 1,0 % від загальної кількості виписаних, тоді як в групі хворих з летальним вислідом захворювання встановлено 16 випадків СІР (2,7 % від загальної кількості померлих). Це пояснюється, в першу чергу, глибокою імуносупресією, що виявляється частіше в групі пацієнтів, що померли, так як власне СІР у більшості випадків виникає при рівні CD4-T-лімфоцитів нижчому, ніж 50 кл/мкл, і, як наслідок, більшою кількістю захворювань, що впливають на прогноз, у кожного з хворих.

Як одну із характерних рис можна виокремити значне підвищення рівня захворюваності за більшістю основних нозологічних форм у період 2008 – 2009 рр. На нашу думку, це пов'язано з появою саме в цей період часу значної кількості пацієнтів із загальної популяції (для яких нехарактерна провокативна поведінка), які або не знали про свій ВІЛ-позитивний статус, або не зверталися в спеціалізовані центри, і у яких встигла розвинулася тяжка імуносупресія [2].

Узагальнюючи результати, також можна визначити, що є захворювання, кількість яких досить швидко видозмінилася з початком ери АРТ, як ВІЛ-асоційована енцефалопатія, і ті, рівень захворюваності якими залишається високим або знижується недостатньо швидко. Головними групами хвороб, що значимо

впливають на стан здоров'я ВІЛ-інфікованого, є хвороби дихальної системи, захворювання ЦНС, при цьому перебіг ускладнюється наявністю хронічного гепатиту та / або захворюванням сечовидільної системи. Значну цікавість представляє ЗСВІС, або синдром імунного рикошету як стан, розвиток якого прямо пропорційний збільшенню кількості хворих з тяжкою імуносупресією, яким призначається АРТ.

Слід підкреслити, що вивчення епідеміології ВІЛ-інфекції стосовно умов певного регіону, в даному випадку Одеської області, дає змогу більш ефективно застосовувати наявні знання про перебіг захворювання та виокремлювати найбільш ефективні та необхідні саме в даному регіоні. Це, у свою чергу, підвищить ефективність як надання допомоги ВІЛ-інфікованим, так і заходів з протидії подальшому поширенню епідемії ВІЛ-інфекції.

З результатів досліджень випливає, що в Одеській області спостерігається тенденція до ранньої діагностики як самої ВІЛ-інфекції, так і опортуністичних та супутніх захворювань, що пов'язане з підвищенням кваліфікаційного рівня надання медичної допомоги, чому сприяє, у тому числі, більш широке ознайомлення лікарів різних спеціальностей з особливостями перебігу захворювань різних систем та органів на тлі ВІЛ-інфекції, і, найсуттєвіше, широке та більш своєчасне охоплення АРТ.

Водночас потребує подальшого вивчення і розробки ефективних схем лікування поєднання кількох хвороб в одного пацієнта. Як було зазначено, в значній кількості випадків, особливо в групі з летальним вислідом захворювання, поєднуються патологія дихальної системи, центральної нервової системи із захворюваннями печінки та нирок. Природно, що в такому випадку навіть після покращення стану пацієнта не може йти мова про повне одужання, а лише про покращення його стану на тлі хронізації процесу, тобто, на нашу думку, не відбувається повне відновлення структурних та функціональних можливостей організму, що в першу чергу пов'язане з недостатньо ефективною роботою імунної системи.

Протягом періоду досліджень відбулися зміни в структурі нозологічних форм ОІ, що випливає з результатів аналізу показників стаціонарного відділення ОЦПБ СНІД. При аналізі результатів досліджень встановлено, що у виписаних ВІЛ-інфікованих на стабільно високому рівні залишається захворюваність на хронічний гепатит і хронічний пієлонефрит, поступово зменшується частка захворювань, які розвиваються на тлі глибокої імуносупресії [31]. Так, відбулося статистично достовірне зниження поширених форм кандидозу ($p < 0,001$), анемії ($p < 0,001$), захворювань бронхолегеневої системи ($p < 0,001$), туберкульозу різних локалізацій ($p < 0,05$), ПМЛ ($p < 0,05$). В той же час, спостерігається збільшення частки хворих з кандидозом слизової оболонки у 2,8 рази ($p < 0,001$).

Частка виписаних хворих, у яких діагностовано менінгіти і менінгоенцефаліти, токсоплазмоз головного мозку, виснаження, периферичну полінейропатію, мікоз гладкої шкіри, пухлини різної локалізації, залишається на сталому рівні. Встановлено, що захворюваність на туберкульоз хворих, що отримували лікування у стаціонарі ОЦПБ СНІД, має прямий сильний кореляційний зв'язок із захворюваністю на туберкульоз в загальній популяції ($r = 0,73$).

Те, що переважна більшість у групі хворих з летальним вислідом не отримувала АРТ, у ній висока частка хворих на хронічний гепатит, хронічний пієлонефрит, поширені форми кандидозу, вища, ніж у групі виписаних пацієнтів, частка хворих з виснаженням ($p < 0,01$), з анемією ($p < 0,01$), менінгітами та менінгоенцефалітами ($p < 0,01$), збільшується розбіжність із виписаними у частці захворювань бронхолегеневої системи (з 1,6 рази у 2006 р. до 7,6 рази у 2013 р.). Також у хворих з летальним вислідом захворювання, порівняно з виписаними, переважають дисеміновані форми туберкульозу і туберкульоз ГМ ($p < 0,05$). Зменшилася частота виявлення ВІЛ-асоційованої енцефалопатії ($p < 0,01$), частка хворих з ПМЛ залишилася сталою [21].

Все більшого значення набуває вивчення синдрому імунного рикошету, 56 випадків якого встановлено у стаціонарі ОЦПБ СНІД з

2010 по 2013 рр. (1,0 % від загальної кількості виписаних і 2,7 % хворих з летальним вислідом). Вірогідно, таке ускладнення при початку АРТ, як СІР, зникне або буде зустрічатися вкрай рідко, якщо рутинним стане призначення анритетровірусного лікування одразу після виявлення ВІЛ водночас із збільшенням кількості своєчасно виявлених випадків захворювання.

На нашу думку, лише послідовна робота з максимальної зацікавленості як пацієнтів, так і лікарів у ранньому старті АРТ допоможе у майбутньому зменшити або усунути ризик розвитку ОІ, тим самим збільшуючи тривалість та покращуючи якість життя ВІЛ-інфікованих.

ПІДСУМОК

На жаль, необхідно визнати, що епідемія ВІЛ-інфекції / СНІДу продовжує поширюватись на глобальному рівні, не виключаючи територію нашої країни. Одеська область посідає одне із чільних місць серед регіонів України, найбільше уражених ВІЛ-інфекцією. Практично усі епідеміологічні показники, які визначають перебіг епідемічного процесу, у два і більше разів перевищують середньоукраїнські, а темпи поширення ВІЛ-інфекції / СНІДу порівнювані із країнами третього світу.

Підсумовуючи сказане, слід підкреслити важливість скоординованих зусиль усіх спеціалістів задля досягнення перелому у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції / СНІДу, причому не лише у медичній галузі, а і у сфері соціальної допомоги, освіти, правовій галузі.

Розробка світових і державних програм має бути адаптована на місцевому рівні з урахуванням епідемічних показників. Розширення доступу до АРТ дало змогу досягти зменшення кількості нових випадків інфікування ВІЛ та смертей від захворювань, пов'язаних зі СНІДом. Тому першою і найголовнішою метою є подальше впровадження АРТ і активна робота з недопущення її переривання та збільшення прихильності до лікування. Для цього всі лікарі мають мати навички роботи з особистою мотивацією, володіти основними положеннями консультування і тестування ВІЛ-інфекції, і, найголовніше – якомога раніше призначати АРТ. Як свідчить досвід інших країн, ранній початок лікування сприяє зменшенню статевого шляху передачі ВІЛ, зниженню захворюваності на ОІ, туберкульоз різних локалізацій. Ми також спостерігаємо аналогічний ефект, але, завдяки недостатньому охопленню АРТ, він виявляється у менших масштабах.

Також важливим є залучення до обстеження на ВІЛ максимальної кількості осіб, а для ВІЛ-інфікованих – збільшення доступності додаткових методів обстеження, у тому числі для

контактних осіб. На прикладі США і країн Західної Європи доведено, що саме вільна можливість отримати послуги з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію є вельми ефективною завдяки низькій вартості і відносній незначності затрат, необхідних для їх здійснення. Основним є навчання достатньої кількості консультантів, у першу чергу, лікарів тих спеціальностей, які найчастіше контактують із ВІЛ-інфікованими (інфекціоністи, акушер-гінекологи, фтизіатри, сімейні лікарі), а також соціальних працівників. Окрім того, таке навчання надасть можливість зменшити стигматизацію, яка залишається на досить високому рівні.

Враховуючи різний рівень освіти, інтересів і вподобань контингенту ВІЛ-інфікованих, необхідно направити зусилля на реалізацію більш вузько спрямованих програм соціальної освіти, призначених певним прошаркам. Такі основні постулати, як зменшення ризикованої поведінки, використання бар'єрних засобів контрацепції, мають бути викладені не лише доступно, а й спонукати до дій.

Важливою є активізація наукових досліджень щодо особливостей епідрозесу ВІЛ-інфекції / СНІДу у різних регіонах з розробкою індивідуалізованих рекомендацій та прогнозів, взаємодія науковців і лікарів практичної медицини, комунікація між всіма ланками надання медичної допомоги та іншими службами задля ефективної співпраці.

На додаток хочеться висловити побажання про те, щоб підготовка лікарів усіх напрямків включала у себе достатньо об'ємний блок інформації про ВІЛ-інфекцію, адже ця проблема не існує ізольовано, а, отже, знання даної теми ставатимуть у нагоді все частіше.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексеева Е. Г. Влияние современных информационных технологий на поведение молодежи, ассоциированное с ВИЧ-инфекцией / Е. Г. Алексеева, О. Г. Баркалова // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 1. – С. 39 – 42.
2. Аналіз захворюваності ВІЛ-інфікованих пацієнтів / В. С. Гойдик, Н. С. Гойдик, В. В. Шухтін [та ін.] // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2011. – № 3 (06). – С. 74 – 79.
3. Андрейчин М. А. Проблема ВІЛ-інфекції в Україні і участь лікарів загальної практики – сімейної медицини в її вирішенні / М. А. Андрейчин // Інфекційні хвороби. – 2014. – № 4 (78). – С. 7 – 12.
4. Ашихмина М. А. Профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения / М. А. Ашихмина, К. Р. Амлаев // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – № 4. – С. 104 – 108.
5. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции – 2012 / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. – М.: Р. Валент. – 2012. – 528 с.
6. Белослудцева К. О. Особенности тяжелых негоспитальных пневмоний у ВІЛ-інфікованих хворих / К. О. Белослудцева // Медичні перспективи. – 2014. – Том 19. № 2. – С. 53 – 60.
7. Брико Н. И. Глобализация и эпидемический процесс / Н. И. Брико, В. И. Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – № 4. – С. 4 – 10.
8. Варганов В.Я. Нарушения гемостаза у ВИЧ-инфицированных беременных на фоне химиопрофилактики антиретровирусными препаратами и пути их коррекции / В. Я. Варганов, Л. В. Кругова, Е. М. Шифман // Анестезиология и реаниматология. – 2012. – № 6. – С.13 – 17.
9. Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем: (методичні рекомендації). – Київ: Укрмедпатентінформ, 2015. – 57 с.
10. Вирус иммунодефицита человека – медицина: руководство для врачей / Под ред. Н. А. Белякова и А. Г. Рахмановой. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. – 252 с.
11. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. [Под ред. В. В. Покровского]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.

12. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 45. – К.: МОЗ України, Укр. Центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2014. – 130 с.
13. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень № 43. – Київ, 2015. – 112 с. – Режим доступу: <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>
14. Воспалительный синдром восстановления иммунной системы – состояние, возникающее в ответ на высокоактивную антиретровирусную терапию у ВИЧ-инфицированных пациентов / А. И. Гоженко, В. С. Гойдик, Н. С. Гойдик [и др.] // Журнал Національної Академії Медичних Наук. – 2011, том 17. – № 3. – С. 227 – 234.
15. Вызов и преодоление: ВИЧ/СПИД и права человека в Украине / Т. Бордунис, Н. Борисюк, Д. Буяджи [и др.] / [отв. ред. А. Скурбати; научн. ред. Т. Семьгина]. – К.: ПРООН, 2010. – 327 с.
16. Гаврилова С.С. Стигматизация и самостигматизация у пациентов с сочетанной инфекцией туберкулёз и ВИЧ / С. С. Гаврилова, А. И. Ванкон // Психиатрия. – 2013. – № 2. – С. 10.
17. Герасименко Т. В. Вплив ВІЛ-інфекції і туберкульозу на демографічні процеси в Одеській області / Т. В. Герасименко // Інфекційні хвороби. – 2012. – № 2. – С. 64 – 70.
18. Гоженко А. И. Заболеваемость моряков и портовиков СПИДом и её влияние на ВИЧ-инфицированность населения причерноморского региона / А. И. Гоженко, В. С. Гойдик, И. А. Стоянова // Вісник морської медицини. – 2010. – № 2 – С. 21 – 28.
19. Гойдик В. С. Порівняльний аналіз показників захворюваності ВІЛ-позитивних пацієнтів та хворих на СНІД на прикладі стаціонарного відділення ОЦПБ СНІД за 2006 – 2008 роки / В. С. Гойдик, Н. С. Гойдик, А. І. Гоженко // Буковинський медичний вісник. – 2010. – № 2 (54). – С. 117 – 121.
20. Гойдик В. С. Перспективы применения телемедицины в сфере оказания помощи ВИЧ-инфицированным пациентам / В. С. Гойдик, Н. С. Гойдик, С. К. Сервецкий // Туберкулез. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2012. – № 2 (09). – С. 61 – 64.
21. Динамика заболеваемости оппортунистическими инфекциями и соматическими заболеваниями ВИЧ-инфицированных больных, получавших стационарное лечение в 2006 – 2012 гг. / А. И. Гоженко, В. С. Гойдик, В. В. Шухтин [и др.] // Лікарська справа. – 2015. – № 1 – 2. – С. 9 – 17.
22. Динамическая модель для описания и прогнозирования течения эпидемии ВИЧ-инфекции / В. В. Розенталь, Н. А. Беляков, Т. Н. Виноградова [и др.] // Медицинский академический журнал. – 2012. – № 1. – С. 95 – 102.
23. Дозорний епідеміологічний надзор за ВИЧ-інфекцією середі больних с захворюваннями, передаючимися половим путем. Оцінка ризикованих форм поведінки, впливаючих на розповсюдження інфекції / С. В. Поздняков, М. Н. Лебедюк, І. С. Фучижі [и др.] // Аналіз мечніковського Інституту. – 2006. – №1. – С. 73 – 78.
24. Дьяченко А. Г. Блеск и нищета антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции / А. Г. Дьяченко, П. А. Дьяченко, Е. Н. Горобченко // Журн. клін. та експерим. мед. дослідж. – 2013. – № 4. – С. 372 – 384.
25. Дьяченко А. Г. Причини смерті ВІЛ-інфікованих на тлі антиретровірусної терапії: зміна парадигми / А. Г. Дьяченко, С. Л. Грабовий, О. П. Панченко [та ін.] // Туберкулез, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2014. – № 4 (19). – С. 98 – 105.
26. Евтушенко С. К. Нейроспид как одна из актуальнейших проблем современной практической неврологии / С. К. Евтушенко, И. Н. Деревянко // Практикующему неврологу. – 2006. – № 5 (9). – С. 48 – 53.
27. Євтушенко С. К. Прояви ураження нервової системи у ВІЛ-інфікованих і стратегія подальшого спостереження / С. К. Євтушенко, О. М. Єфіменко // Міжнародний неврологічний журнал. – 2015. – № 4 (74). – С. 20 – 26.
28. Жилка Н. Я. Перспективы профилактики передачи ВІЛ від матері до дитини: роль лікаря загальної практики – сімейного лікаря / Н. Я. Жилка, О. О. Орлова, А. В. Кудря // Сімейна медицина. 2015. – № 5. – С. 15 – 18.

29. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу на 2014 – 2018 роки» // Відомості Верховної Ради. – 2014. – № 48. – С. 2055. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1708-18/page>
30. Звіт про хід та результати виконання Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 – 2018 роки за 2014 рік. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pgrep_AIDS_2014_01.html
31. Зміни у структурі захворюваності пацієнтів з ВІЛ-інфекцією / СНІДом на тлі поширення високоактивної антиретровірусної терапії / В. С. Гойдик, В. В. Шухтін, Н. С. Гойдик [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 2013. – № 3 (137). – С. 31 – 35.
32. Змушко Е. И. Системная оценка риска распространения инфекционных заболеваний (на моделях туберкулезной и ВИЧ-инфекции) / Е. И. Змушко, Е. В. Чурносков, Е. Е. Шувалова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. – № 3. – С. 60 – 61.
33. Кальченко А. М. Оцінка рівнів стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД серед працівників лікувально-профілактичних установ України / А.М. Кальченко // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. – 2013. – № 22 (4). – С. 129 – 135.
34. Кірієнко І. А. ВІЛ-асоційований туберкульоз / І. А. Кірієнко, В. П. Регнер // Ліки України. – 2013. – № 6 (172). – С. 27 – 32.
35. Кожушко М. Ю. Клинические особенности туберкулеза у ВИЧ-инфицированных / М. Ю. Кожушко, И. В. Евстигнеев. – Therapia. – 2010. – № 9 (50). – Режим доступу: <http://therapia.ua/therapia/2010/09/klinicheskie-osobennosti-tuberkuleza-u-vich-infitsirovannykh>
36. Ко-інфекція ВИЧ / Н. В. Шепилева, В. П. Малий, К. В. Павликова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2015. – № 3. – С. 84 – 88.
37. Консультирование как способ повышения приверженности к лечению инфицированных ВИЧ пациентов / Г. Г. Саламов, М.Р.

- Бобкова, В. Э. Тавасиева [и др.] // Инфекционные болезни. – 2012. – № 3. – С. 75 – 79.
38. Крисько М. О. Результати комплексної експертної оцінки з питань інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень / М. О. Крисько // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4 (36). – С. 102 – 106.
39. Крисько М. О. Щодо готовності сімейних лікарів до надання медичних послуг ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД / М. О. Крисько // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. – № 1. – С. 112 – 115.
40. Круглов Ю. В. Результаты дозорных эпидемиологических исследований распространенности серологических маркеров ВИЧ-инфекции, гепатита С и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков / Ю. В. Круглов, Н. Н. Низова, Е. Н. Кислых [и др.] // Профілактична медицина. – 2011. – № 4 (16). – С. 14 – 20.
41. Лузанова И. М. Правовые проблемы ВИЧ-инфицированных пациентов / И. М. Лузанова, А. И. Сергеев, Е. Ю. Калинина // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Том 17, № 4 (68). – С. 223 – 225.
42. Люльчук М. Г. Вивчення причин вірусологічної неефективності АРТ на ранніх строках лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів / М. Г. Люльчук // Актуальна інфектологія. – 2015. – №1 (6). – С. 40 – 44.
43. Малий В. П. ВИЧ. СПИД. Новейший медицинский справочник / В. П. Малий. – М.: Эксмо, 2009. – 672 с.
44. Марієвський В. Ф. Визначення перспективних напрямків протидії ВІЛ-інфекції у сучасній епідемічній ситуації / В. Ф. Марієвський, С. І. Доан // Інфекційні хвороби. – 2013. – № 4. – С. 17 – 22.
45. Марченко Н. А. Особливості перебігу вперше діагностованого туберкульозу у ВІЛ-інфікованих залежно від стану імунної системи / Н. А. Марченко // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 2 (13). – С. 59 – 80.

46. Матиевская Н. В. Воспалительный синдром восстановления иммунитета у ВИЧ – инфицированных пациентов: факторы риска, клинические проявления, исходы, профилактика / Н. В. Матиевская // Вестник БФУ им. И. Канта. – 2012. – № 7. – С. 44 – 51.
47. Механизмы поражения головного мозга при ВИЧ-инфекции / Н. А. Беляков, С. В. Медведев, Т. Н. Трофимова [и др.] // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2012. – № 9. – С. 4 – 12.
48. Миронюк І. С. Застосування інформаційних технологій для вирішення задачі оцінки чисельності представників груп високого ризику інфікування ВІЛ / І. С. Миронюк, О. Ю. Мулеса / Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 3. – С. 55 – 63.
49. Могилевский Л. Я. Влияние транспортных перевозок и миграции населения на эпидемическую ситуацию по особо опасным инфекционным болезням / Л. Я. Могилевский, Е. А. Егорова // Актуальные проблемы транспортной медицины. – 2005. – № 2. – С. 11 – 19.
50. Мониторинг ВИЧ-инфекции в Евразии. Атлас вирусом иммунодефицита человека / Э. В. Карамов, Н. М. Гашникова, И. Г. Дроздов [и др.]. – Новосибирск, «Церис», 2009. – С. 122 – 126.
51. Москалюк В. Д. ВІЛ-інфекція/СНІД / В. Д. Москалюк, С. Р. Меленко. – Чернівці: Видавництво Буковинського державного медичного університету, 2012. – 190 с.
52. Огляд епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції / СНІДу в Одеській області / Гойдик Н.С., Гойдик В.С., Шухтін В.В., Гоженко А.І. // Вісник морської медицини. – 2009. – № 3. – С. 27 – 30.
53. Основы эпидемиологии / Р. Биглхол, Р. Бонита, Т. Къельстрем [и др.]. – Женева: ВОЗ, 1994. – 259 с.
54. Подвійна епідемія туберкульозу і ВІЛ-інфекції/СНІДу і діти, хворі на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, в Одеській області / Л. Г. Авербух, О. В. Кулініч, Г. В. Корса [та ін.] // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 2 (13). – С. 66 – 80.

55. Показатель уровня стигмы ЛЖВ – Индекс Стигмы: Аналитический отчет по результатам исследования. – К.: Инжиниринг, 2011. – 89 с.
56. Поражение почек антиретровирусными препаратами при ВИЧ-инфекции / Н. Д. Ющук, Г. В. Волгина, Н. А. Томилина [и др.] // Терапевтический архив. – 2011. – № 11. – С. 66 – 70.
57. Поширеність ВІЛ-інфекції серед хворих із ВІЛ-індикаторними захворюваннями / В. М. Козько, К. В. Юрко, А. В. Бондаренко [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2012. – Том 12, Вип. 3 (39). – С. 57 – 59.
58. Процюк Р. Г. ВІЛ-інфекція/СНІД – актуальна проблема в Україні / Р. Г. Процюк, Є. Р. Процюк // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2011. – № 2 (05). – С. 69 – 81.
59. Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу на регіональному рівні. Практичний посібник [під ред. О. Балакіревої]. – Київ, 2015. – 122 с. – Режим доступу: <http://respond.org.ua/files/attachments/Practical%20Guide%20on%20the%20use%20of%20strategic%20information.pdf>
60. Спектр и частота оппортунистических заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией / Е. Голохвастова, С. Царенко, Н. Литвинова [и др.] // Врач. – 2012. – № 6. – С. 26 – 30.
61. Сравнительная характеристика эпидситуации с ВИЧ/СПИДОМ в двух административных районах крупного промышленного центра / Л. Р. Шостакович-Корецкая, М. А. Николайчук, И. В. Будаева [и др.] // Актуальная инфектология. – 2014. – № 3 (4). – С. 15 – 18.
62. Степаненко Т. А. Поведенческое исследование среди трудовых мигрантов по отношению к ВИЧ/СПИД и ИППП / Т. А. Степаненко, И. В. Бухвалова // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2009. – № 15П. – С. 77 – 78.
63. Структура уражень нервової системи у ВІЛ-інфікованих осіб / Б. М. Дикий, І. Г. Грижак, О. Я. Пришляк [та ін.] // Інфекційні хвороби. – 2014. – № 2. – С. 19 – 23.

64. Структурно-системний моніторинг інформованості різних верств населення щодо діагностики, профілактики та лікування ВІЛ / СНІДу / Л. Р. Шостакович-Корецька, А. В. Чергінець, Г. В. Шостакович [та ін.] // Актуальна інфектологія: спеціалізований научно-практичний журнал. – 2016. – № 1. – С. 19 – 22.
65. Супотницький М. В. ВІЧ/СПІД-пандемія – проблема, що потребує переосмислення. К 30-літтю відкриття вірусу імунодефіциту людини / М. В. Супотницький // Актуальна інфектологія. – 2014. – № 3 (4). – С. 80 – 98.
66. Філогенетичний аналіз в епідеміологічних дослідженнях випадків ВІЧ-інфекції / Т. П. Сандырева, Н. А. Герасимова, А. Э. Лопатухин [и др.] // Епідеміологія і інфекційні захворювання. – 2014. – № 1. – С. 17 – 21.
67. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, Э. Вагнер / [пер. с англ.]. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
68. Характеристика епідемії ВІЧ-інфекції в Україні / В. Н. Козько, К. В. Юрко, М. І. Краснов [и др.] // Провізор (головний архів). – 2010. – № 23. – С. 6 – 9.
69. Хоффман К. Лечение ВІЧ-інфекції 2009 / К. Хоффман, Ю. К. Рокштро [пер. с англ.]. – М., 2010. – 649 с.
70. Шатохин А. И. Пораженность оппортунистическими инфекциями челюстно-лицевой области больных ВІЧ/СПІД в эру высокоактивной антиретровирусной терапии / А. И. Шатохин, Т. Н. Ермак // Инфекционные заболевания. – 2012. – № 2. – С. 75 – 78.
71. Шах Р. Женщины и ВІЧ-інфекція: состояние проблемы 10 лет спустя / Р. Шах, К. Брэдбир // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2000. – № 6. – С. 12 – 18.
72. Шухтін В. В. Дерматологическое проявление острой ВІЧ-інфекції / В. В. Шухтін // Общая патология и патофизиология. – 2011. – Том 6., № 1. – С. 162 – 164.

73. Шухтін В. В. Парапсоріаз у ВІЧ-інфікованих пацієнтів / В. В. Шухтін // Вісник морської медицини. – 2011. – № 3. – С. 43 – 47.
74. Шухтін В. В. Особливості структури шкіри та її придатків у хворих на ВІЧ / СПІД / В. В. Шухтін // Дерматологія та венерологія. – 2012. – № 4 (58). – С. 65 – 68.
75. Шухтін В. В. Саркома Капоши – як дерматологічне проявлення термінальної стадії ВІЧ-інфекції / В. В. Шухтін, В. С. Гойдик, С. В. Толстоног [и др.] // Дерматологія та венерологія. – 2013. – № 1 (59). – С. 92 – 96.
76. Шухтін В. В. Характер морфологічних змін шкіри та слизової оболонки у хворих з ВІЛ / СНІДом / В. В. Шухтін, В. С. Гойдик, Б. А. Насібуллін [та ін.] // Український журнал дерматології, венерології та косметології. – 2013. – № 2 (49). – С. 60 – 64.
77. Шухтін В. В. Красний плоский лишай, особливості течення у ВІЧ-інфікованих / В. В. Шухтін // Дерматологія, косметологія, сексопатологія. – 2014. – № 1 – 4. – С. 195 – 198.
78. Эйсмонт Н. В. Влияние высокоактивной антиретровирусной терапии на эффективность стационарного лечения туберкулеза у больных с поздними стадиями ВІЧ-інфекції / Н. В. Эйсмонт, С. Н. Скорняков // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 5. – С. 143 – 147.
79. Епідемія ВІЧ/СПІД в Україні: соціально-демографічний аспект. – Київ: Міністерство здоров'я України, Програма розвитку ООН, 2000. – 52 с.
80. Якобчук А. В. Періодизація національної нормативно-правової бази з питань протидії ВІЛ/СНІДу / А. В. Якобчук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 1. – С. 35 – 37.
81. Access and Quality of HIV-Related Point-of-Care Diagnostic Testing in Global Health Programs / P. N. Fonjongo, D. I. Boeras, C. Zeh // Clin. Infect. Dis. – 2016. – № 62 (3). – P. 369 – 374.

82. AIDS-defining opportunistic illnesses in US patients, 1994–2007: A cohort study / K. Buchacz [et al.] // *AIDS*. – 2010, Jun 19. – № 24. – P. 1549.
83. Alvaro H. Borges Factors contributing to risk for cancer among HIV-infected individuals, and evidence that earlier cART will alter this risk / Alvaro H. Borges, Robert Dubrow, Michael J. Silverberg // *Curr. Opin. HIV AIDS*. – 2014. – № 9 (1). – C. 34 – 40.
84. Antiviral agents and HIV prevention: controversies, conflicts, and consensus / Myron S. Cohen, Kathryn E. Muessig, M. Kumi Smith [et al.] // *AIDS*. – 2012. – № 26 (13). – P. 1585 – 1598.
85. Burruano L. HIV/AIDS epidemic in Eastern Europe: recent developments in the Russian Federation and Ukraine among women / L. Burruano, Y. Kruglov // *Gend. Med.* – 2009. – № 6 (1). – p. 277 – 289.
86. Bushman F.D. HIV: From biology to prevention and treatment / F. D. Bushman, G. J. Nabel, R. Swanstrom (Editors) – Cold Spring Harbor, New York, USA: Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2012. – P. 321 – 343.
87. Challacombe S. J. Global oral inequalities in HIV-infection / S. J. Challacombe // *Oral Dis*. – 2016. – Suppl. 1. – P. 35 – 41.
88. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population / K. Bhaskaran, O. Hamouda, M. Sannes [et al.] // *JAMA*. – 2008. – Vol. 300. – P. 51.
89. Characteristics of HIV-1 serodiscordant couples enrolled in a clinical trial of antiretroviral pre-exposure prophylaxis for HIV-1 prevention / A. Mujugira, J. M. Baeten, D. Donnell [et al.] // *PLoS One*. – 2011. – № 6 (10). – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21998703>
90. Clinical and serologic features of herpes simplex virus infection in patients with AIDS / S. Safrin [et al.] // *AIDS*. – 2007. – Vol. 5. – P. 1107 – 1110.
91. Cohen M. S. HIV treatment as prevention and HPTN 052 / M. S. Cohen, M. McCauley, T. R. Gamble // *Curr. Opin. HIV AIDS*. – 2012. – № 7. – P. 99 – 105.

92. Considerations in the rationale, design and methods of the Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) study / Abdel G. Babiker, Sean Emery, Gerd Fätkenheuer [et al.] // *Clin Trials*. – 2013. – № 10 (10). – P. S5 – S36.
93. Effect of ART coverage on rate of new HIV infections in a hyper endemic, rural population: South Africa / F. Tanser, T. Barnighausen, E. Grapsa [et al.] // *Proceedings of the 19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. – Seattle, WA, 012.
94. Effect of the Prevalence of HIV/AIDS and the Life Expectancy Rate on Economic Growth in SSA Countries: Difference GMM Approach / S. I. Waziri, N. Mohamed, N. M. Raja Abdullah [et al.] // *Glob J Health Sci*. – 2015. – 8 (4). – P. 212 – 220.
95. Grant R. M. Integrating Antiretroviral Strategies for Human Immunodeficiency Virus Prevention: Post- and Pre-Exposure Prophylaxis and Early Treatment / R. M. Grant, D. K. Smith // *Open Forum Infect. Dis*. – 2015, Aug 26. – № 2 (4). – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26512356>.
96. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2009. – Vol. 58, № RR-4.
97. HIV infection-associated tuberculosis: the epidemiology and the response / H. Getahun, C. Gunneberg, R. Granich [et al.] // *Clin. Infect. Dis*. – 2010. – № 50. – Suppl. 3. – P. 201 – 207.
98. HIV/AIDS in the post-HAART era: Manifestations, treatment, and epidemiology / [Hall J.C., Hall B.J., Cockerell C.J. (Editors)]. – Shelton, CT, USA: People's Medical Publishing House – USA, 2011. – 1019 p.
99. HIV-Infected Individuals Who Delay, Decline, or Discontinue Antiretroviral Therapy: Comparing Clinic- and Peer-Recruited Cohorts / M. Gwadz, E. Applegate, C. Cleland [et al.] // *Front Public Health*. – 2014, Jul 16. – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077137>.

100. Hodgkin lymphoma and immunodeficiency in persons with HIV/AIDS / R. J. Biggar, E. S. Jaffe, J. J. Goedert [et al.]. – 2006. – Blood. – № 108 (12). – P. 3786 – 3791.
101. Hrostowski S. The Unchecked HIV/AIDS Crisis in Mississippi / S. Hrostowski, A. Camp // Soc. Work. Health Care. – 2015. – № 54 (5). – P. 474 – 483.
102. Huang L. Pulmonary Manifestations of HIV [Електронний ресурс] / L. Huang // January 2009. – Режим доступу до журн.: <http://www.hiv.va.gov>.
103. Mondal M. N. Factors affecting the HIV/AIDS epidemic: an ecological analysis of global data / M. N. Mondal, M. Shitan // Afr. Health Sci. – 2013. – № 13 (2). – P. 301 – 310.
104. National HIV/AIDS mortality, prevalence, and incidence rates are associated with the Human Development Index / L. X. Lou, Y. Chen, C. H. Yu [et al.] // Am. J. Infect. Control. – 2014. – № 42 (10). – P. 1044 – 1048.
105. New insights into transmission, diagnosis, and drug treatment of *Pneumocystis carinii* pneumonia / J. A. Kovacs, V. J. Gill, S. Meshnick [et al.] // Jama. – 2010. – № 286 (19). – P. 2450 – 2460.
106. Oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for prevention of HIV in serodiscordant heterosexual couples in the United States: opportunities and challenges / J. M. McMahon, J. E. Myers, A. E. Kurth [et al.] // AIDS Patient Care STDS. – 2014. – № 28 (9). – P. 462 – 474.
107. Paul M. Arguin Globally Mobile Populations and the Spread of Emerging Pathogens / Paul M. Arguin, Nina Marano, David O. Freedman // Emerging Infectious Diseases. – November 2009. – Vol. 15., No. 11. – P. 1713 – 1720.
108. *Pneumocystis carinii* pneumonia: the time course of clinical and radiographic improvement / D. Datta, S. A. Ali, E. M. Henken [et al.] // Chest. – 2009. – № 124 (5). – P. 1820 – 1823.
109. Potential impact of the US President's Emergency Plan for AIDS relief on the tuberculosis/HIV coepidemic in selected Sub-Saharan African countries / V. D. Lima, R. Granich, P. Phillips [et al.] // J. Infect. Dis. – 2013. – № 208 (12). – P. 2075 – 2084.
110. Pre-exposure prophylaxis for conception (PrEP-C) as a risk reduction strategy in HIV-positive men and HIV-negative women in the UK / J. Whetham, S. Taylor, L. Charlwood [et al.] // AIDS Care. – 2014. – № 26 (3). – P. 332 – 336.
111. Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis / F. Nakagawa, R. K. Lodwick, C. J. Smith [et al.] // AIDS. – 2012. – № 26 (3). – P. 335 – 343.
112. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Last updated: August 6, 2015. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/perinatagl.pdf>
113. Reducing mortality in HIV-infected infants and achieving the 90-90-90 target through innovative diagnosis approaches / S. Essajee, L. Vojnov, M. Penazzato [et al.] // J. Int. AIDS Soc. – 2015. – № 18 (Suppl 6). – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670838/>
114. Respiratory cryptococcosis in HIV positive patients / S. Helou, A. M. Robles, A. I. Arechavala [et al.] // Rev. Iberoam. Micol. – 2008. – № 16 (3). – P. 1269.
115. Roy S. The effects of HIV/AIDS on economic growth and human capitals: a panel study evidence from Asian countries / S. Roy // AIDS Care. – 2014. – № 26 (12). – P. 1568 – 1575.
116. Safe interruption of maintenance therapy against previous infection with four common HIV-associated opportunistic pathogens during potent antiretroviral therapy / O. Kirk, P. Reiss, C. Uberti-Foppa [at all] // Ann. Intern. Med. – 2006. – № 137. – P. 239 – 250.
117. Sashindran V. K. Antiretroviral therapy: Shifting sands / V. K. Sashindran, R. Chauhan // Med. J. Armed Forces India. – 2016. – № 72 (1). – P. 54 – 60.
118. Sebastian S. T. Social, Psychological and Health Concerns of People Living with HIV/AIDS in Mysore District, Karnataka / S. T.

- Sebastian, S. Siddanna // *J. Clin. Diagn. Res.* – 2016. – № 10 (3). – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4843287/>
119. Service Priorities and Unmet Service Needs Among People Living with HIV/AIDS: Results from a Nationwide Interview of HIV/AIDS Housing Organizations / Carter A. Lennon, Angela C. White, David Finitsis [et al.] // *AIDS Care.* – 2013. – № 25 (9). – P. 1083 – 1091.
120. Social protection: potential for improving HIV outcomes among adolescents // L. D. Cluver, R. J. Hodes, L. Sherr [et al.] // *J. Int. AIDS Soc.* – 2015. – № 18 (Suppl 6). – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670837/pdf/JIAS-1820260.pdf>
121. Social, psychological and health concerns among people living with HIV/AIDS in Nigeria / O. O. Ojo, M. A. Adedigba, S. Naidoo [et al.] // *Oral Health Prev. Dent.* – 2009. – № 7 (4). – P. 355 – 362.
122. Socioeconomic inequalities in HIV/AIDS prevalence in sub-Saharan African countries: evidence from the Demographic Health Surveys / M. Hajizadeh, D. Sia, S. J. Heymann [et al.] // *Int. J. Equity Health.* – 2014. – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3930550/pdf/1475-9276-13-18.pdf>.
123. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS / B. Schwartländer, J. Stover, T. Hallett [et al.] // *Lancet.* – 2011. – № 377 (9782). – P. 2031 – 2041.
124. Treating Opportunistic Infections Among HIV-Infected Adults and Adolescents: Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association / Infectious Diseases Society of America [електронний ресурс] / C. Benson [et al.] // December, 2004. – Режим доступу до журналу: <http://www.cdc.gov>.
125. Treatment of epidemic (AIDS-related) Kaposi's sarcoma / C. Jre [et al.] // *Curr. Opin. Oncol.* – 2007. – Vol. 9. – № 5. – P. 433 – 439.
126. Wanke B. Fungal infections in the immunocompromised host / B. Wanke, M. S. Lazera, M. Nucci // *Mem. Inst. Oswaldo. Cruz.* – 2000. – Vol. 95. – № 1. – P. 153 – 158.
127. What Is Required to End the AIDS Epidemic as a Public Health Threat by 2030? The Cost and Impact of the Fast-Track Approach / J. Stover, L. Bollinger, J. A. Izazola [et al.] // *PLoS One.* – 2016. – № 11 (5). – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861332/>
128. What's love got to do with it? Explaining adherence to oral antiretroviral pre-exposure prophylaxis for HIV-serodiscordant couples / N. C. Ware, M. A. Wyatt, J. E. Haberer [et al.] // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* – 2012. – № 59 (5). – P. 463 – 468.
129. When to start antiretroviral therapy: the need for an evidence base during early HIV infection / Jens D. Lundgren, Abdel G. Babiker, Fred M. Gordin [et al.] // *BMC Med.* – 2013. – № 11. – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3682886/pdf/1741-7015-11-148.pdf>

Наукове видання

Гойдик Н. С., Гойдик В. С., Шухтін В. В., Гоженко А. І.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЙ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ:

Монографія

Підписано до друку _____ 2016 р.

Формат 60x84/16. Папір офсетний.

Ум.-друк. арк. _____. Наклад 300 примірників. Зам.№ _____

Видано та віддруковано: ПП «Фенікс»

(Свідоцтво ДК № 1044 від 17.09.02).

Україна, м. Одеса, 65009, вул. Зоопаркова, 25. Тел. (048) 7777-591.

e-mail: fenix-izd@ukr.net

www.law-books.od.ua