

## Історія розповсюдження ВІЛ-інфекції в Україні

Стать, сексуальна активність і вживання наркотиків - основні чинники, що впливають на поширення ВІЛ. Але для багатьох людей додатковим фактором ризику ВІЛ-інфікування є бідність. Бідність впливала й продовжує впливати на поширення ВІЛ. Розглянемо деякі аспекти цього впливу.

Значний перерозподіл коштів на користь забезпечених верств населення в розвинених країнах в 80-х роках і на користь розвинених країн за рахунок тих, що розвиваються підірвало систему суспільної охорони здоров'я, зменшивши її здатність до реагування на поширення ВІЛ. У розвинених країнах скорочення податкових вимог до забезпеченого населення зарекомендувало себе як більше вигідний шлях, чим вкладання засобів у суспільну охорону здоров'я й соціальне страхування, у той час як країни, що розвиваються, змушені були скоротити витрати на охорону здоров'я через необхідність обслуговування своїх боргів. Значний дисбаланс у розподілі коштів у світі означає, що країнам, які розвиваються, не вистачає ресурсів для боротьби з епідемією. Їхні жителі вмирають швидше через відсутність адекватної медичної допомоги.

Скорочення допомоги країнам, що розвиваються, позбавило їхнього уряду можливості планувати заходи щодо профілактики ВІЛ-інфекції на майбутнє, тоді як інші соціальні програми необхідні вже сьогодні.

Бідність обмежує доступ до медичної допомоги: в усім світі найменш забезпеченим членам суспільства надається допомога найнижчої якості. Це призводить до диспропорції у частоті захворювань, переданих статевим шляхом (наявність яких підвищує ризик ВІЛ-інфікування), й інших захворювань, які придушують імунітет (наприклад, малярії й туберкульозу). В усім світі бідні вмирають швидше.

Бідність змушує людей продавати секс за гроші, житло або речі, часто під час відсутності якого-небудь захисту. У деяких країнах, які розвиваються, секс-індустрія досягла великих масштабів у результаті недоліку економічних можливостей у малозабезпеченого населення; працівники секс-бізнесу в країнах, що розвиваються, часто піддаються високому ризику ВІЛ-інфікування.

Зростаючий рівень безпритульності у великих містах є наслідком вибору урядами політики, яка має на меті скорочення державних асигнувань.

Така політика привела до утворення малозабезпеченої декласованої верстви населення, для якого характерні низький рівень доступу до медичного обслуговування й різке підвищення ризику зараження туберкульозом при наявності ВІЛ-інфекції. У популяції ВІЛ-інфікованих бездомні заражаються туберкульозом набагато частіше інших у зв'язку з більшим скупченням людей у притулках для бездомних і недостатнім дотриманням ними схем лікування.

Джерелом ВІЛ-інфекції є людина - вірусоносій або хворий на СНІД. ВІЛ у людини можна виділити з насінної рідини, секрету шийки матки, лімфоцитів, плазми крові, спинномозкової рідини, сліз, слини, сечі й материнського молока, але концентрація вірусу в них різна. Реально інфекційними є сперма, кров і секрет шийки матки. Є лише три шляхи передачі ВІЛ від однієї людини іншій. Перший шлях – статевий. Статеві контакти можуть здійснюватися в найрізноманітніших варіантах, причому деякі види статевого спілкування часто, а інші, навпроти, украй рідко приводять до зараження. Другий здійснюється під час ін'єкцій або переливанні інфікованої ВІЛ крові та її компонентів; при контакті з інфікованими ВІЛ тканинами або органами; при кількарізному використанні інструментів, призначених для ін'єкцій лікарських засобів, у тому числі при

внутрішньовенному введенні наркотиків. Третій шлях передачі ВІЛ - від матері дитині під час вагітності.

Ймовірність передачі ВІЛ різними шляхами не однакова. Так, переливання інфікованої крові майже завжди приводить до розвитку ВІЛ-інфекції в реципієнта (більше 90 %). Ймовірність передачі вірусу від матері дитині - близько 30 %; при одноразовому незахищеному вагінальному статевому контакті - 0,1 %, анальному - 1,0 %. При внутрішньовенному введенні наркотиків вона становить 30 %. Ймовірність зараження при одержанні медичної допомоги з порушенням цілісності шкірних покривів і слизуватих - 0,3 %.

Для передачі вірусу потрібні три умови:

1. Присутність ВІЛ.
2. Достатня кількість вірусу (його концентрація)
3. ВІЛ повинен потрапити в кровотік.

За даними Українського Центра профілактики й боротьби зі СНІД, перші випадки ВІЛ-інфекції в Україні були зареєстровані в 1987 р. після початку широкомасштабного скринінгу населення на антитіла до ВІЛ. Під кінець року було виявлено 6 ВІЛ-інфікованих жителів України й 75 іноземних громадян, які відповідно до законодавства того часу були депортовані із країни. Число щорічно ВІЛ-інфікованих іноземців, що виявляють, до 1994 року мало чітку тенденцію до зниження, а громадян України коливалося в межах 6-40. Поширення ВІЛ до 1994 року включно можна охарактеризувати як повільне з домінуючою гетеросексуальним шляхом передачі. Співвідношення виявлених ВІЛ-позитивних чоловіків і жінок було практично рівним. Усього за цей період було зареєстровано 183 ВІЛ-інфікованих громадян України. В інших республіках колишнього СРСР ситуація з ВІЛ-інфекції була досить благополучною на тлі значного щорічного приросту числа хворих СНІД у країнах Західної Європи (за винятком РСФСР, де були зареєстровані великі спалахи внутрішньолікарняного поширення ВІЛ в Елісті, Волгограді й Ростові-на-Дону).

Наприкінці 1994 року були зареєстровані 2 випадки ВІЛ-інфекції в братів - ін'єкційних споживачів наркотиків, що проживають у м. Миколаєві. Один з них приблизно заразився в Польщі, де рівень поширеності ВІЛ у цьому середовищі був у той час відносно високий. Епідеміологічне розслідування дозволило виявити ще більше 20 ВІЛ-позитивних осіб, які вживали наркотичні речовини, використовуючи загальний шприц. На початку 1995 р. були відзначені перші випадки зараження серед споживачів наркотиків у м. Одесі. Епідеміологічних доказів зв'язку цих випадків з випадками в Миколаєві знайти не вдалося. Далі кількість ВІЛ-позитивних споживачів наркотиків стало інтенсивно зростати. В епідемічний процес почали втягуватися представники цієї групи з інших регіонів, і в 1997 р. не залишилося жодної області, де не були б зареєстровані ВІЛ-інфіковані серед споживачів ін'єкційних наркотиків [1].

В Хмельницькій області вперше було виявлено ВІЛ- інфікованого, який був споживачем ін'єкційних наркотиків у 1996 році у місті Нетішин.

Відкритим дотепер залишається питання, коли ж ВІЛ потрапив у групу ін'єкційних споживачів наркотиків в Україні. Існує думка, що це відбулося за кілька років до 1995 року. До цього часу нагромадилася критична маса ВІЛ-позитивних осіб серед цього контингенту, що й визначило швидке охоплення епідемією всієї території країни.

З іншого боку, відповідно до діючої нормативної бази у той час, кожний з тих, що знаходився на обліку в наркологічному диспансері, двічі в рік був зобов'язаний пройти тестування на антитіла до ВІЛ. Щорічна кількість обстежень цього контингенту становила 23-37 тис. чоловік.

Повертаючись до першого виявленого епідеміологічного ланцюжка ВІЛ-інфікованих ін'єкційних споживачів наркотиків у м. Миколаєві (більше 20 чоловік), слід зазначити, що тільки близько 30 % ВІЛ-позитивних осіб були на обліку в наркологічному диспансері і проходили регулярне тестування. В 1993 році в

Україні проведена рекордна кількість обстежень - 7,2 млн. Воно проводилося практично при наданні будь-якої медичної допомоги, пов'язаної з узяттям крові для різних досліджень. Важко припустити, що в таку «скринінгову мережу» не потрапив жоден з ВІЛ-позитивних споживачів наркотиків, якщо такі в цей період вже були.

Той факт, що з 1998 р. відзначається зниження числа зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції (причому це зниження найбільше помітно серед ін'єкційних споживачів наркотиків - на 23 % у порівнянні з 1997 р. і на 42,1 % в 1999 р. у порівнянні з 1998 р.), ні в якій мірі не вказує на стабілізацію епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІД. Він є результатом зниження кількості тестувань взагалі й ін'єкційних споживачів наркотиків зокрема внаслідок прийняття в березні 1998 р. нової редакції Закону України «Про запобігання захворюваності синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) і соціальному захисту населення», уперше декларуючий принцип добровільності при тестуванні на ВІЛ.

ВІЛ-інфекція усе інтенсивніше починає поширюватися від ін'єкційних споживачів наркотиків на інші групи населення. За даними Європейського центра епідеміологічного моніторингу за СНІД, за рівнем інфікування осіб, що побажали стати донорами, Україна займає одне з найперших місць у Європейському регіоні, що є непрямым свідченням лідерства України за рівнем поширеності ВІЛ серед населення в цілому.

Непрямими ознаками початку «переходу» ВІЛ-інфекції на інші групи населення є як зниження частки ВІЛ-позитивних осіб, що споживають наркотики, у загальній чисельності ВІЛ-інфікованих, так і підвищення частки жінок серед ВІЛ-інфікованих. За даними офіційної статистики, серед зареєстрованих наркоманів частка жінок становить 20-25 %) [2].

Поширеність ВІЛ-інфекції по регіонах України неоднакова. Найбільш уражені області, розташовані на сході й півдні країни: Дніпропетровська, Донецька, Одеська, Миколаївська, а також Автономна Республіка Крим. Важливо відзначити, що саме вони є лідерами й по числу споживачів наркотиків, що знаходяться на обліку, а також по захворюваності гепатитом В - інфекцією, що має аналогічні з ВІЛ шляхи передачі.

#### Висновки:

1. В Україні спостерігається стрімке зростання чисельності осіб, що споживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом. В 1990 році на обліку в наркологічній службі перебувало 22 466 наркоманів (4,3 чол. на 10 тис. населення), а в 2005 їх число складало майже 70000 (14,9 чол. на 10 тис. населення). Реальна ж кількість в 10-15 разів більша.
2. Особливість ін'єкційного споживання наркотиків в Україні (практика використання загальних шприців й ємностей для їхнього промивання, купівля наркотиків, розфасованих у шприци, що вживалися раніше; технологія виготовлення наркотику із макової соломки, яка передбачала додавання у наркотик свіжої крові з метою його очищення) є одним із найголовніших чинників розповсюдження інфекції.
3. Профілактична робота серед наркоманів почала проводитися з великим запізненням, хоча світовий досвід свідчить, що споживачі наркотиків найбільш уразливі стосовно ВІЛ і поширення інфекції. Охоплення ін'єкційних наркоманів профілактичними заходами залишається вкрай недостатнім.
4. В Україні вкрай несприятлива епідемічна ситуація по інфекціях, що передається статевим шляхом. Індикатором цього неблагополуччя є епідемія сифілісу в Україні. Так, якщо в 1990 р. захворюваність сифілісом становила 6,5 випадків на 100 тис. населення, то в 1999 р. - 113,6 і ця тенденція зберігається до сьогоднішнього дня. Епідемія сифілісу - несприятлива прогностична ознака, що вказує на можливість поширення ВІЛ статевим шляхом серед населення, яке не відноситься до груп високого ризику.

Список літератури:

1. Буяджи Д. И. Обзор международного законодательства в сфере ВИЧ- инфекции и нормативной базы Украины / Д. И. Буяджи. – Одесса, 2006. – С.76. - (НПО « Новые имена»).
2. Буяджи Д. Уязвимые группы в контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа / Дмитрий Буяджи, Татьяна Семьгина // Вызов и преодоление: ВИЧ/СПИД и права человека в Украине. – К. – 2010. – С.32 – 49. – (Программа развития ООН в Украине)