

Global AIDS Monitoring 2017: Ukraine

Summary

Epidemiological background

Ukraine bears the second-highest HIV prevalence rate in Eastern Europe and accounts for 8% of new infections, 25% of AIDS deaths and 19% of people, living with HIV (PLHIV), in the EECA.

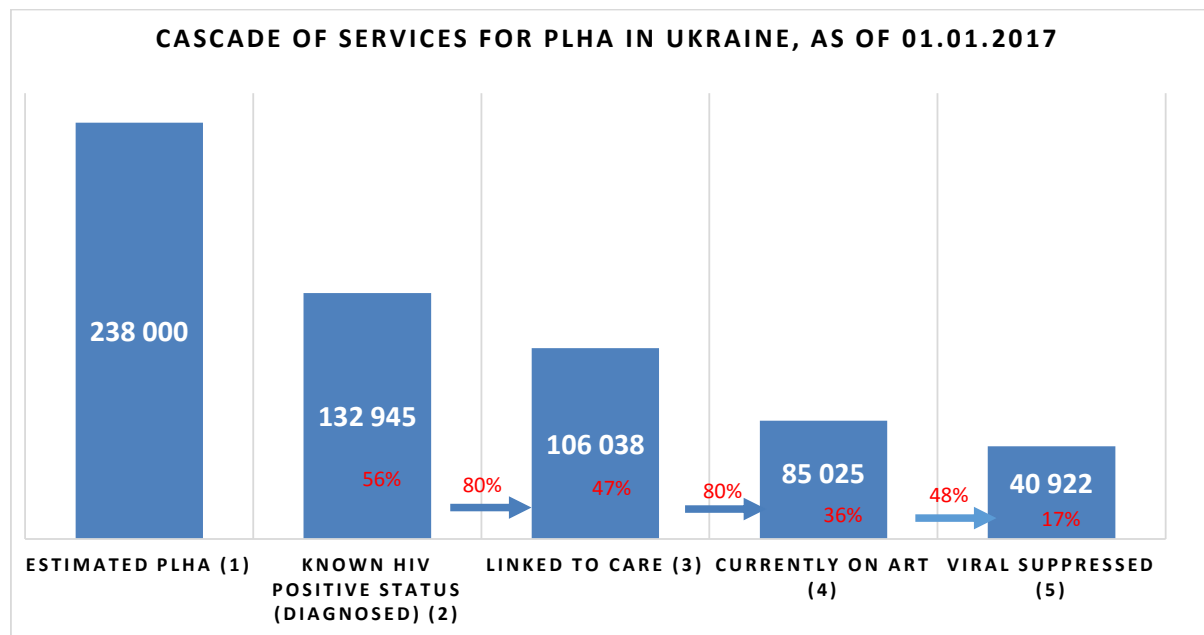
With the estimated 238 000 PLHIV in 2016 (Spectrum 2017) Ukraine registered 3 253 AIDS related deaths and 14 334 newly diagnosed HIV casesⁱ of which 73.3% accounts for sexual and 26.0% for parenteral ways of transmissionⁱⁱ. In the last 5 years, AIDS mortality has decreased by 11% - 7.1 deaths per 100,000 population (2016) against 8.5 in 2012.

Tuberculosis remains the main cause of death among PLHIV (51%). Ukraine carries a high burden of TB and ranks the 4th in the world with MDR-TB burden.

The epidemic is concentrated in key populations with a prevalence of 21.9% among PWID, 7.0% among female sex workers (FSW), and 8.5% among men who have sex with men (MSM) (IBBS 2015). Ukraine's HIV epidemic remains geographically concentrated with a belt of regions in the South and East disproportionately affected; seven regions, six of which are located in the South and East, account for ~50% of the estimated cases but only 31% of the population.

Since 2014, Russian military aggression against Ukraine significantly affected certain regions with HIV burdens. Thus, approximately 24% of estimated PLHIV live in Crimea and Luhansk and Donetsk regions, including in non-government controlled areas; over 1 million people from these regions are internally displaced within Ukraine.

HIV Service Cascade for PLHIV



As per 2017 Spectrum estimates 238 000 PLHIV live in Ukraine as of the beginning of 2017 (all age groups) including AR Crimea, the city of Sevastopol, and the non-government controlled territories.

132 945 PLHIV (56% of the estimated number of PLHIV) are those who know their HIV positive status and are registered with AIDS-service for medical supervision in Ukraine as of January 1, 2017. In order to reach the first 90% target of the Fast-Track strategy by 2020, 213 750 people living with HIV should be identified and enrolled into the health care services.

106 098 PLHIV (47% of the estimated number of PLHIV or 80% of the registered number of PLHIV) are actively monitored, notably those HIV-positive patients with at least one medical checkup in 2016.

85 025 PLHIVⁱⁱⁱ (36% of the estimated number of PLHIV) were getting antiretroviral treatment as of January 1, 2017.

In order to reach the second 90% target of the Fast-Track strategy by 2020, Ukraine has to provide treatment to 192 375 people living with HIV.

40 922 PLHIV (17% of the estimated number of PLHIV or 48% of PLHIV on treatment) on ART had undetectable viral loads as of January 1, 2017.

In order to reach the third 90% target of the Fast-Track strategy by 2020, 173 038 people living with HIV and enrolled in ART programs have to have undetectable viral load.

Policy and programmatic results

Ukraine is facing significant political and financial challenges amid a recent armed conflict within its borders and a fragile economic backdrop. Despite this, the country is working hard to reduce the prevalence of HIV and TB and programme towards 90-90-90.

The 2016 HIV and AIDS response in Ukraine is co-funded by GFATM (41%) and PEPFAR (19%) and prioritizes prevention programs among key populations and an expansion of ART. Harm reduction continues to be a key component of the national HIV prevention strategy and remains dependent on donors' funds. Coverage with GFATM-supported prevention programme in 2016 was 64% of estimated PWID, 45% of CSW, and 21% of MSM (including transgender people).

The combined efforts of the Ministry of Health (MoH), the Public Health Center (PHC), civil society, GFATM, and PEPFAR allowed prevention of 2016 stock-outs and supported ART scale up with ~14,000 new ART patients, reaching 85,025^{iv} PLHIV (36 % of estimated PLHIV) on ART as of Jan 1, 2017.

As one of the 30 Fast Track countries, responsible for 89% of the epidemic, and following political obligations as per the UNAIDS Strategy to reach 90-90-90, Ukraine adopted the relevant Fast Track targets and developed the HIV Sustainability Strategy (approved by the Cabinet of Ministers, March 2017).

Ukraine prioritized the scale up of HIV services towards 90-90-90 targets and made crucial steps to increase domestic funds available to reach the targets. In December 2016, upon intense advocacy of the PLHIV Network

and newly established National Public Health Center (PCH) the Government successfully passed increased budget for HIV, an increase of 132%, to purchase approximately 63% of Ukraine's ARV requirements. In addition, upon advocacy of the PLHIV Network supported by donors and the new MoH leadership, the Government allocated budget (equivalent of 0.5 mln USD) for methadone procurement for 100% current Opioid Substitution Therapy programme. GFATM and PEPFAR will continue commodities support and supply chain technical assistance to ensure ART scale up in order for Ukraine to meet its national Fast Track targets, as the country is still facing a period of financial crisis and severe budget constraints due to the ongoing conflict in the East.

Within the ART optimization efforts the PLHIV Network advocacy on radical ART price reduction brought removal of patents on 2 key ARV drugs and made Dolutegravir available for Ukraine at low cost. The PHC supported by international partners (WHO, UNAIDS, UNICEF, PEPFAR, GFATM) has succeeded in ensuring consensus that ART procurements use progressively optimized ART regimens, and for all new patients.

As an anticorruption measure and a response to a continued stagnation in the national procurement capacity, the state procurement for ARVs and laboratory commodities was transferred to international agencies, including UN, for the period 2016 – 2019, to avoid a previously inefficient process; these procurements in 2016 produced unit-prices with substantial cost-savings.

Ukrainian up-dated ART guidelines in December 2015 to enable treatment initiation with CD4<500. In 2016 the Ministry of Health was leading completion of the new Complex HIV Protocol for prevention, care, and treatment (due April 2017) which will include recommendations for pre-exposure prophylaxis (PrEP), 'Test and Treat', differentiated service delivery, multi-month scripting, and a de-emphasis on CD4 testing.

Since 2001 almost 6-fold reduction in the rate of mother-to-child transmission (MTCT) was reached by Ukraine: drop from 27.8% in 2001 to 3.32% in 2014 cohort. In 2016, on a way towards validation of elimination of MTCT Ukraine adopted clinical guidelines "Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV" and Unified Clinical Protocol of Primary,

Secondary (Specialized) and Tertiary (Highly Specialized) Medical Care; and will scale up DBS and other progressive diagnostic and treatment methods.

Fast Track Cities

Kyiv signed the Paris Declaration on Fast Track Cities initiative (April 2016) and became the 1st city in the EECA committing to end AIDS <http://www.fast-trackcities.org/cities/kyiv>. Following the political commitment made by Kyiv Mayor Klitchko the Kiev City HIV Council developed the Fast Track Programme 2017-2021 with the target of 82% PLHIV on ART. Ten other high burden cities plan to join Kyiv Fast Track Initiative (“Kyiv X 10”). Odessa became the second city which signed the Paris Declaration (February 2017).

HIV in the situation of armed conflict and humanitarian response

Nearly 3 years into the armed conflict in the East of Ukraine, an estimated 3.8 mln people will need humanitarian assistance in 2017. Approximately 2.2 mln people are suffering a lack of access to quality health services as a result of the conflict. The armed conflict in the East of Ukraine affected the territory with the high HIV burden.

With the GFATM Emergency Fund support through UNICEF implementation the ART programme in the non-government controlled areas was maintained for 10,145 PLHIV, including children. In addition to the GFATM funded prevention programme among key populations up to 3.4 mln condoms were distributed among key populations and uniformed people in the territories along the armed conflict line in the East Ukraine. The OST programme fully seized in the non-government controlled areas.

ⁱ Excluding infants born by HIV-infected mothers, whose HIV status is not yet defined.

17,066 – newly diagnosed HIV cases including children born by HIV-positive mothers and whose HIV status is not yet defined.

ⁱⁱ Including cases of transmission from mother to child.

ⁱⁱⁱ Including patients getting ART in the non-government controlled areas of Donetsk and Luhansk regions.

^{iv} Including patients getting ART in the non-government controlled areas of Donetsk and Luhansk regions.

2. Огляд епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Реалізація ефективних заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні є пріоритетним напрямком державної політики у сфері охорони здоров'я, оскільки за даними ЮНЕЙДС, епідемія ВІЛ-інфекції в країні є другою за величиною серед країн Східної Європи та Центральної Азії. Україна впевнено продовжує робити важливі кроки у пошуках нових ресурсів та засобів на «шляху прискорення для подолання СНІДу». Незважаючи на виклики та ризики для країни в умовах фінансової та військової криз, з боку держави, системи охорони здоров'я та суспільства приділяється значна увага заходам з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

За попередніми даними оновленої оцінки щодо ВІЛ/СНІДу, в Україні на початок 2017 року мешкало більше 237 тисяч людей з ВІЛ усіх вікових категорій, у віковій групі 15-49 років поширеність ВІЛ становила 0,95%.

За даними медичного обліку, станом на 01.01.2017 р. під наглядом у ЗОЗ перебувало 132 945 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 313,3 на 100 тис. нас.), у тому числі 38 730 хворих на СНІД (показник 91,3 на 100 тис. нас.).

Південні регіони України, Дніпропетровська, Київська, Чернігівська, Донецька області та м. Київ є територіями з високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, західні області - з низьким рівнем. Більше половини усіх ВІЛ-інфікованих осіб, які офіційно перебувають під медичним наглядом (МН), проживають на територіях Дніпропетровської, Донецької, Одеської областей та м. Києва.

З метою оцінки поширеності ВІЛ серед окремих контингентів обстежуваних осіб збираються дані сероепідеміологічного моніторингу (СЕМ) як важливого компоненту епідагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

За даними СЕМ, в Україні протягом останніх трьох років більше 2 млн осіб тестується з метою визначення ВІЛ-статусу щороку, тобто кожен вісімнадцятий. Так, у 2016 р. обстежено на ВІЛ-інфекцію 2 343 383 громадян України (2015 р. - 2 344 741; 2014 р. - 2 608 063), серед них верифіковано позитивні результати обстеження 23 174 осіб (2015 р. - 23 193, 2014 р. - 27 236). Поширеність ВІЛ серед громадян України утримується на рівні близько 1% (2016 - 2015рр. - 0,99%; 2014р. - 1,04%)

Як і в попередні роки, у 2016 р. найвищий рівень поширеності ВІЛ виявлено при обстеженні осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими (13,53%), померлих осіб (11,67%) та осіб, які перебували у місцях позбавлення волі (4,24%).

У 2016 р. в Україні зареєстровано збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб, яких взято під нагляд вперше – 17 066 проти 15 869 у 2015р., показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію становив 40,0 на 100 тис. нас. та був вище показника попереднього року на 8,0 % (37,0 на 100 тис. нас.). Кількість офіційно зареєстрованих випадків та показник захворюваності не перевищували відповідні дані 2014 р. (19 273 випадки; 44,8 на 100 тис. нас.), коли враховувались дані по усій території проведення антитерористичної операції (АТО) (рис. 1).

Значні темпи приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію зареєстровано у Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Луганській, Миколаївській, Тернопільській, Харківській, Херсонській областях та м. Києві.

Серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в Україні у 2014 – 2016 рр. переважала та поступово зростала питома вага чоловіків з 55,9% у 2014 р. до 57,5% у 2016 р., питома вага жінок знижувалась з 44,1% у 2014 р. до 42,5% у 2016 р. Жителі міста хворіли частіше (більш ніж 70%), у 2016 р. спостерігається деяке збільшення питомої ваги жителів села серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб, у порівнянні з даними 2014 р.

Протягом 2014 – 2016 рр. в Україні у віковій структурі вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб переважала питома вага осіб віком 25 – 49 років (67-68%), тобто особи молодого та працездатного віку.

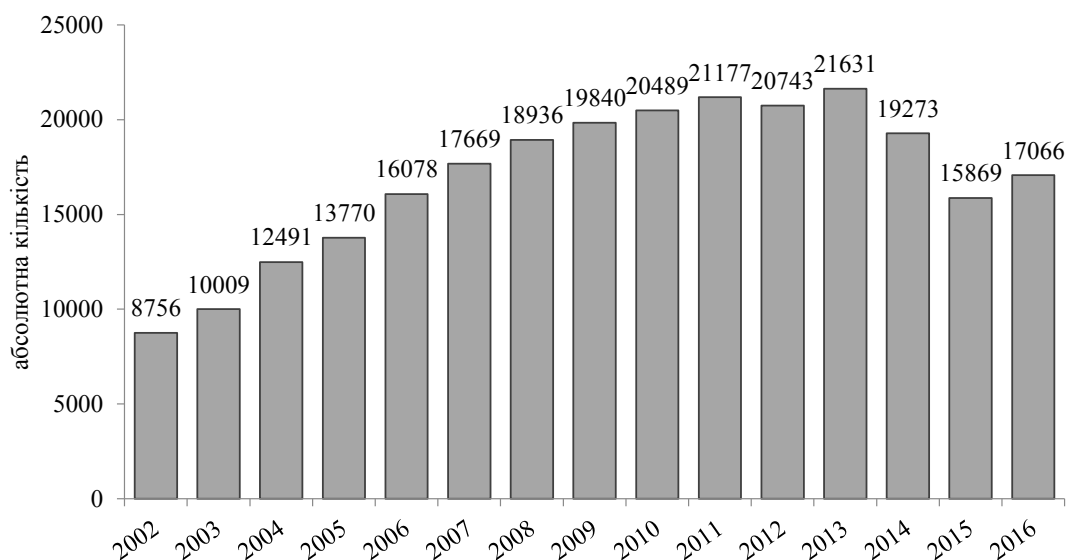


Рисунок 1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України по роках за період 2002 – 2016 рр. (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.)

В Україні зберігається стала тенденція до зниження як частки молодих осіб цієї вікової групи серед усіх вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (з 12,0% у 2009 р. до 5,2% у 2016 р.), так і показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення відповідної вікової групи (з 35,5 на 100 тис. нас. віком 15-24 роки у 2009 р. до 19,4 у 2016 р.) (рис. 2).

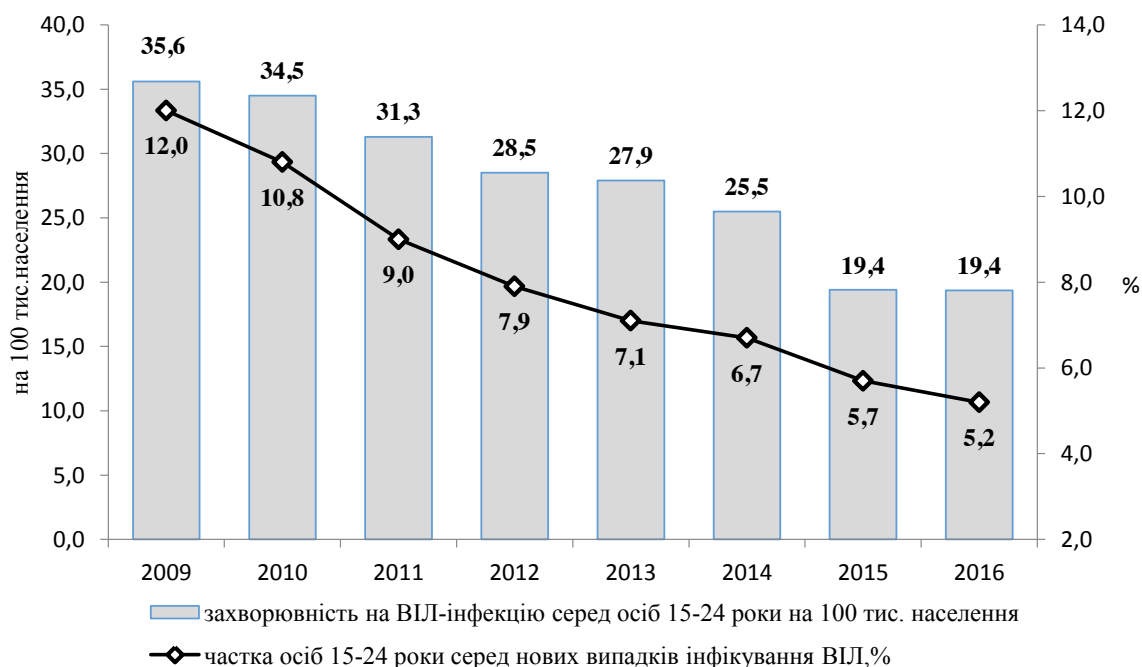


Рисунок 2. Питома вага осіб віком 15 – 24 роки серед нових випадків інфікування ВІЛ та захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед осіб цієї вікової групи (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.) (показник 2015 р. було перераховано з урахуванням змін у кількості населення даної вікової групи)

З 2008 р., коли в Україні відбулась зміна домінуючих шляхів передачі збудника ВІЛ-інфекції зі штучного парентерального при вживанні ін'єкційних наркотиків на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах, останній продовжує набувати все більш

суттєвого епідемічного значення. У структурі шляхів передачі ВІЛ (з урахуванням показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини) питома вага статевого шляху передачі ВІЛ невинно зростала та у 2016 р. становила 73,3%.

В Україні з 2007 р. зберігалась тенденція до зменшення як абсолютної кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН), так і частки ЛВІН серед нових випадків ВІЛ-інфекції. Якщо серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у 2007 р. ЛВІН склали 44% (більше 7 тис. осіб), то у 2016 р. – 21,8% (3728 осіб), тобто відбулось зменшення частки ЛВІН серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в 2 рази. В той же час, незважаючи на багаторічну тенденцію до зниження, актуальність парентерального шляху передачі при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів залишається високою. У 2016 р. в Україні серед вперше зареєстрованих осіб з ВІЛ-інфекцією збільшилась кількість осіб, які інфікувались внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, та становила 3 728 осіб проти 3 449 у попередньому році. Частка зазначеного шляху передачі серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у 2016 р. була вагомою у Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Львівській, Полтавській, Харківській, Черкаській областях, м. Києві та суттєво зросла у Волинській, Київській, Тернопільській, Харківській, Чернівецькій областях.

Все більшу епідемічну значимість набуває група чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), серед представників якої продовжується поширення ВІЛ-інфекції та водночас покращується виявлення. Кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ в країні щорічно зростала – з 20 осіб у 2005 р. до 436 у 2016 р. Проте, і сьогодні існують суттєве недоврахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних із статевими стосунками між чоловіками, та ризики поширення ВІЛ від ЧСЧ до загального населення через практикування ними бісексуальних контактів.

У 2016 р. діагностовано 8 852 випадки СНІДу проти 8 468 у 2015 р. та 9 844 у 2014 р., показник захворюваності на СНІД склав 20,7 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 19,8 у 2015 р. та 22,9 у 2014 р. Темп приросту показника захворюваності на СНІД по країні у 2016 р. склав +5%, у порівнянні з показником попереднього року (рис. 3).

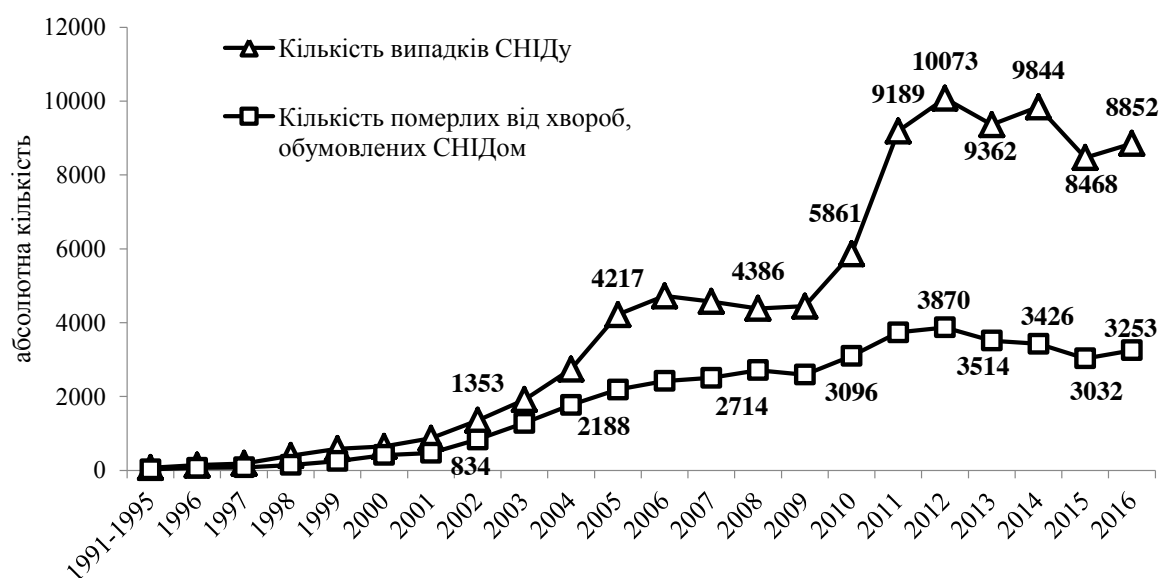


Рисунок 3. Кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, обумовлених СНІДом, серед громадян України (без урахування даних АР Крим з 2014 р. та частини території проведення АТО з 2015 р.)

Значні темпи приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію зареєстровано у Донецькій, Запорізькій, Київській, Луганській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Харківській, Херсонській, Хмельницькій областях та м. Києві. У 2016 р. найвищими були показники захворюваності на СНІД у Дніпропетровській (61,1 на 100 тис. нас.), Запорізькій (25,6), Київській (26,9), Миколаївській (38,0), Одеській (59,8) та Чернігівській (22,9) областях.

ТБ залишається найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні та у світі. На тлі зростання кількості випадків СНІДу в 2016 р., зросла кількість хворих з коінфекцією ТБ/ВІЛ та становила 4 938 проти 4 470 в 2015 р. та проти 4849 в 2014 р. Частка хворих з діагнозом ТБ серед нових випадків СНІДу зберігає тенденцію до зростання - у 2016 р. складала 55,8% проти 52,8% у 2015 р. та проти 49,3% у 2014 р. Зберігається тенденція до зниження питомої ваги хворих на ТБ серед хворих на СНІД, які перебувають під наглядом на кінець року (2016 р. - 33,4%, 2015 р. - 36,9%, 2014р. - 44,1%).

У 2016 р. померло від СНІДу 3 253 хворих проти 3 032 у 2015 р. та 3 426 у 2014р.; рівень смертності від СНІДу коливався та склав 7,6 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 7,1 у 2015 р. та 8,0 у 2014р. Темп приросту показника смертності від СНІДу по країні у 2016 р. склав +7,7%, у порівнянні з показником попереднього року. У 2016 р. найвищі показники смертності від СНІДу зареєстровано у Дніпропетровській (31,0 на 100 тис. нас.), Донецькій (8,2), Запорізькій (8,2), Кіровоградській (10,7), Миколаївській (11,4), Одеській (14,0) та Чернігівській (8,5) областях.

Найвищі темпи приросту смертності від СНІДу зареєстровано у Вінницькій, Кіровоградській, Миколаївській, Рівненській, Сумській, Херсонській, Хмельницькій, Чернівецькій, Чернігівській областях. Зокрема, значне зростання рівня смертності від СНІДу у Херсонській області пов'язане із заниженням відповідних показників у попередні роки.

Тенденції у зміні кількості смертей від СНІДу загалом повторюють тенденції кількості захворювань на СНІД. Можна констатувати, що суттєвих коливань значень показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу не відбувалось та вони становили протягом останніх п'яти років 20-22 на 100 тис. нас. та 7-8 на 100 тис. нас., відповідно.

У структурі причин смерті ВІЛ-інфікованих осіб у 2016 р. значних змін не відбулось, у порівнянні з даними попередніх років. Серед усіх 5 305 ВІЛ-інфікованих осіб, яких було знято з-під нагляду у 2016 р. у зв'язку зі смертю, 62,9% летальних випадків (3 338 померлих) були безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, з них – 97,5% (3 253 особи) померли від СНІДу. Інші ВІЛ-інфіковані особи помирали внаслідок причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією: внаслідок інших захворювань (1 247; 23,5%), від вірусних гепатитів В/С та цирозу печінки вірусної етіології (307; 5,8%), внаслідок інших причин (301; 5,7%), внаслідок ТБ, не пов'язаного з ВІЛ-інфекцією (83 випадки; 1,6%), залишились невідомими причини смерті 29 померлих (0,5%).

Загальні тенденції поширення ВІЛ-інфекції в Україні на сучасному етапі розвитку епідемії ВІЛ-інфекції характеризуються деякими ознаками уповільнення епідемічного процесу. За даними СЕМ, поширеність ВІЛ серед громадян України утримувалась близько 1% (0,99% у 2016 р.), зберігається чітка тенденція до зниження поширеності ВІЛ серед вагітних та донорів. В Україні зберігається стала тенденція до зниження питомої ваги ВІЛ-інфікованих осіб віком 15-24 роки серед усіх вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції та показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення відповідної вікової групи. Вдалось досягти суттєвого зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини в країні. Протягом останніх п'яти років спостерігається стабілізація значень показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу.

Проте, активність епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Україні продовжує підтримуватись за рахунок прихованого компоненту. Майже половина оціночної кількості

людей, які живуть з ВІЛ, не знає про свій ВІЛ-позитивний статус та не перебуває під МН. Щорічно близько четвертої частини ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними обліку лабораторних обстежень, залишаються поза медичним обліком (26,4% - 2016 р.). До того ж, четверта-п'ята частина ВІЛ-інфікованих, які перебувають на обліку, залишається поза МН з різних причин кожного року. Більше 50-ти % (55,6% - 2016 р.) осіб віком 15 років та старше виявляються вперше з діагнозом 3 - 4 клінічних стадій ВІЛ-інфекції. Пізні або несвоєчасне охоплення послугами профілактики, лікування, догляду та підтримки залишається загальною проблемою.

ВІЛ-інфекція продовжує поширюватись серед загального населення за рахунок статевого шляху передачі, зберігає активність парентеральний шлях передачі при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів, зростає епідемічна значимість поширення збудника ВІЛ серед ЧСЧ та від ЧСЧ до загального населення.

Відповідно до стратегії «Прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції», що спрямована на ліквідацію епідемії до 2030-го року, як загрози громадському здоров'ю, для забезпечення здорового життя та благополуччя усіх людей, в Україні необхідно одночасно реалізувати низку заходів, спрямованих на активне виявлення недіагностованої ВІЛ-інфекції, дотримання безперервного ланцюга надання послуг у зв'язку з ВІЛ, інтенсивне розширення АРТ та ефективне лікування. Це надасть можливість прожити повноцінне життя людям з ВІЛ, зупинити епідемію ВІЛ/СНІДу в країні, попередити нові випадки інфікування ВІЛ та зменшити смертність осіб від хвороб, обумовлених СНІД.