

ВИЧ-инфекция в Луганской области





S T O P

СПИД

STOP
AIDS

Это должен знать каждый из нас, потому что никто не
ЗАСТРАХОВАН...



История

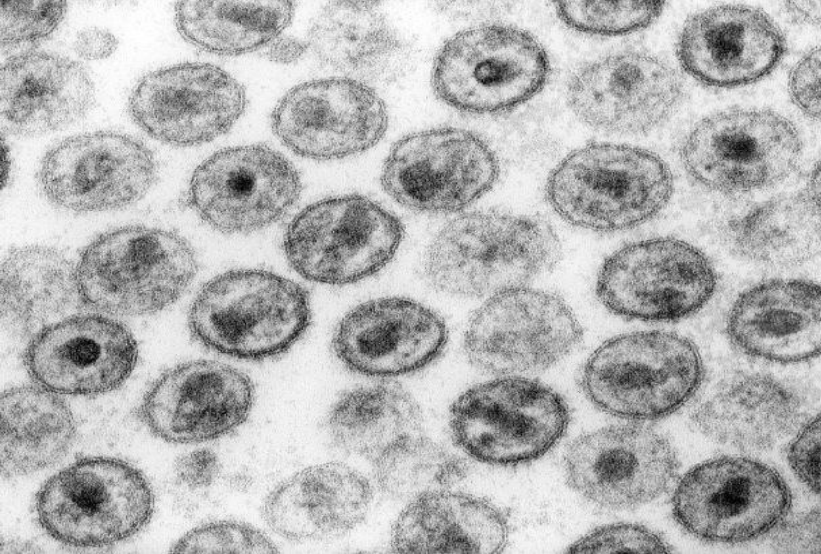
1-ый случай заболевания ВИЧ-инфекцией был зафиксирован в 1959 году в Конго.

СПИД стал известен общественности с 1982 года.

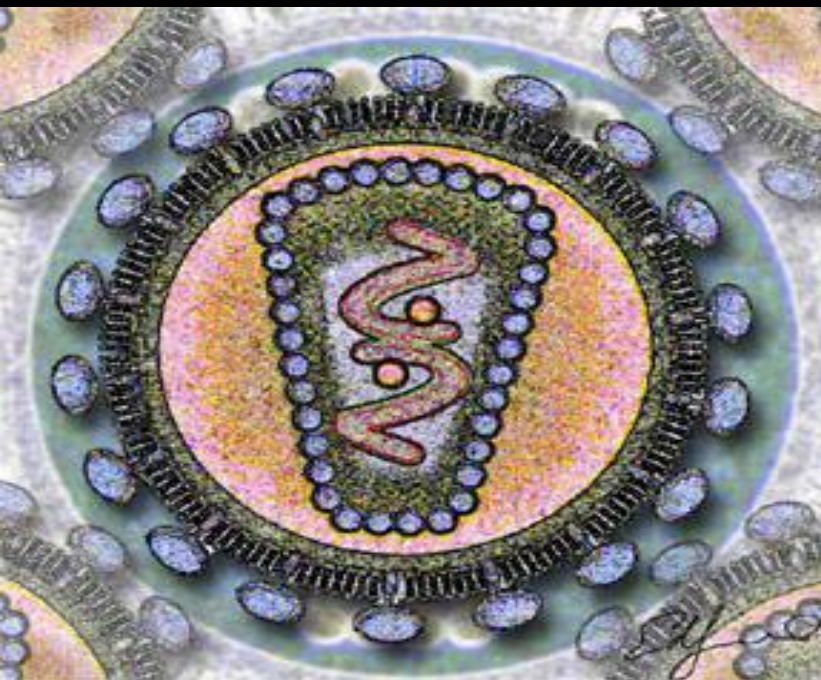
А уже через год стало понятно, что вирус переходит как через кровь, так и при половых связях.

Изучали развитие болезни, ученые из США и французского исследовательского центра.

В мире **инфицированы** ВИЧ-инфекцией **40млн человек**. Украине на 1 апреля 2009г. **всего** зарегистрировано **146,549 человек**, из них **21,938 дети**. Больны СПИДом - **28,009**; умерло — **15,886 человек**.

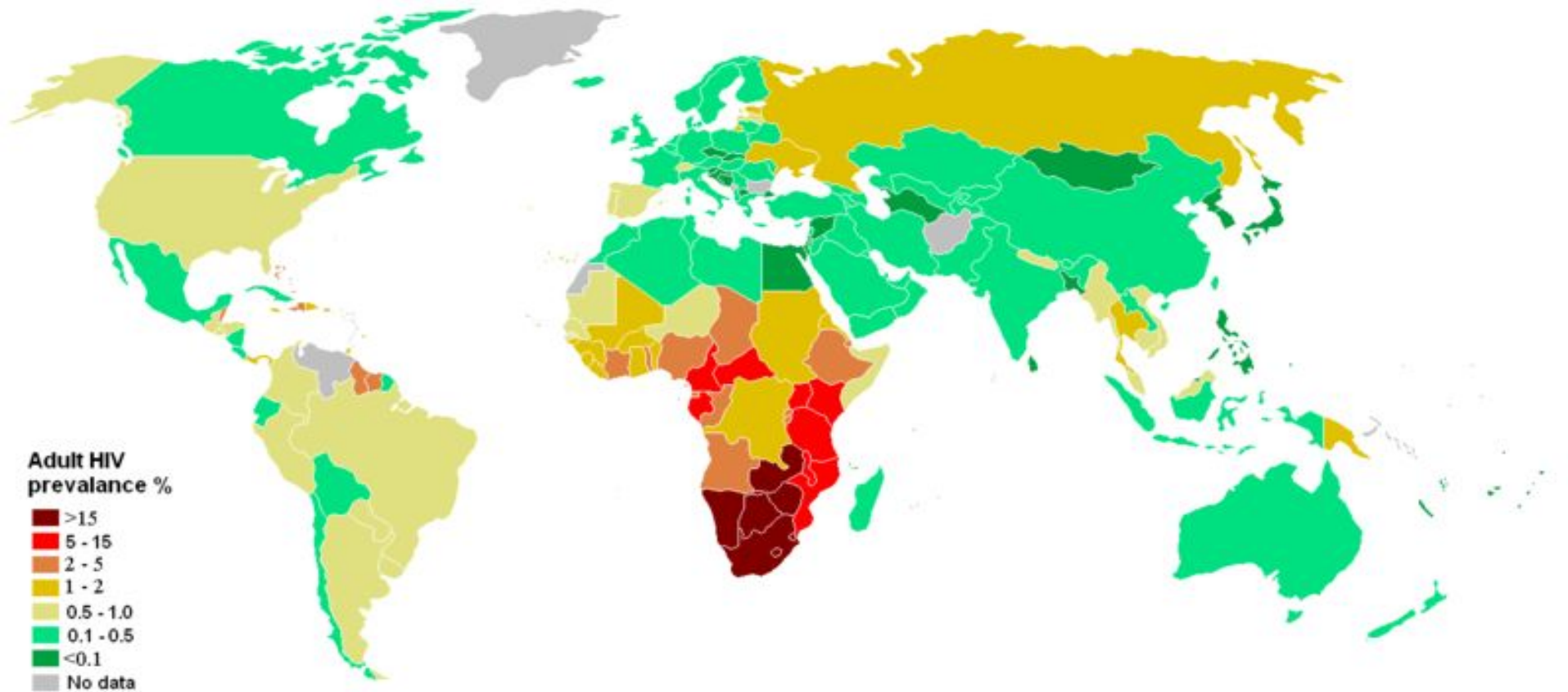


Изображение вирусов

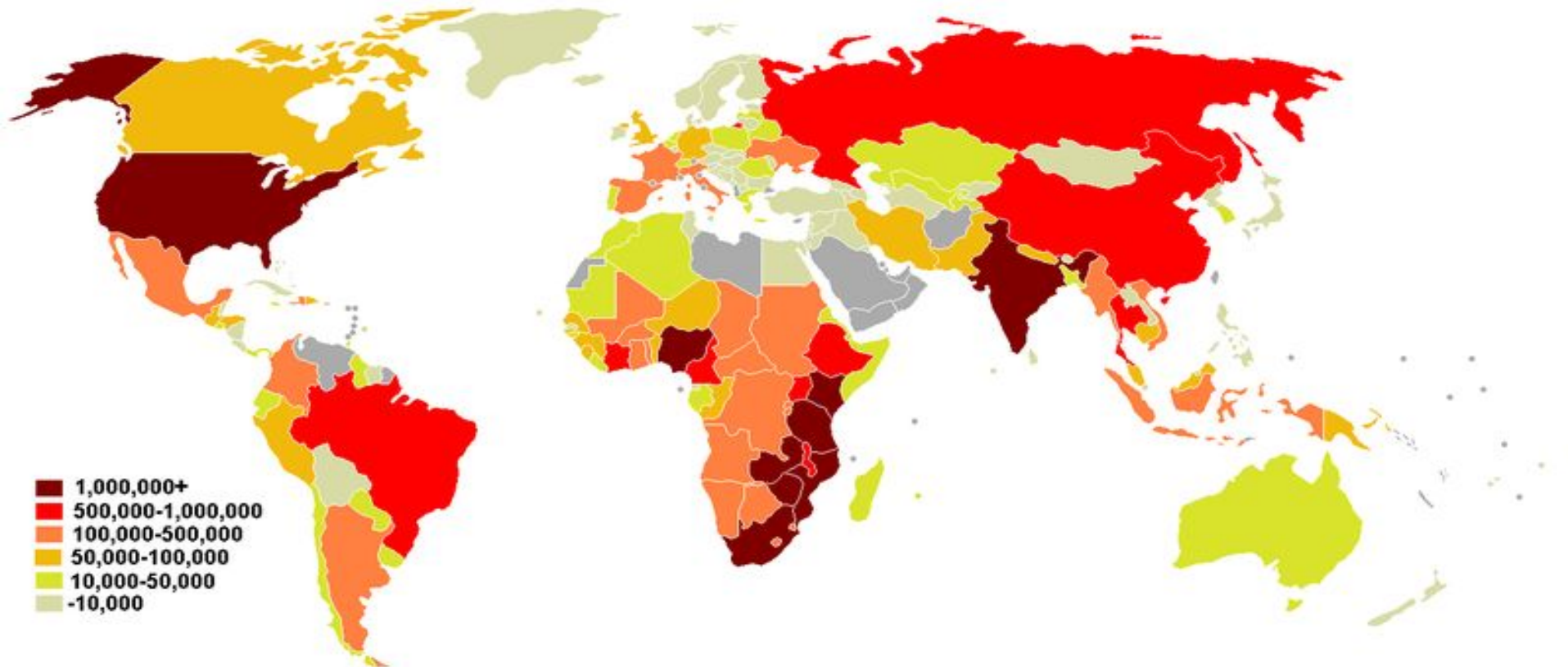


Стилизованное
изображение

Заражение ВИЧ-инфекцией лиц в возрасте от 15 до 49 лет по странам



*Количество людей,
зараженных ВИЧ-инфекцией,
проживающих в стране*



Этиология, патогенез

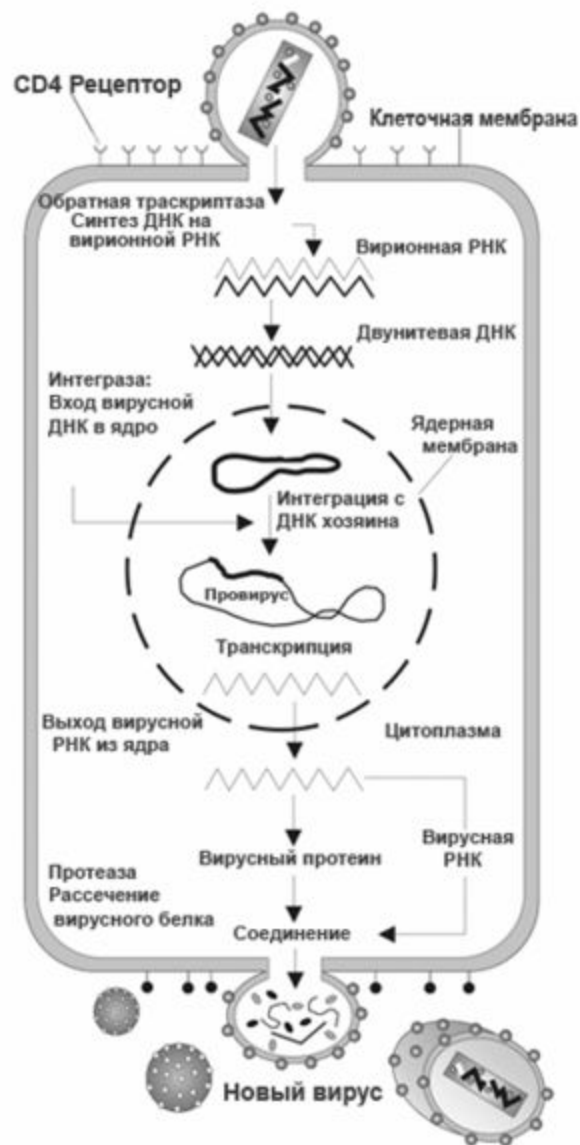
ВИЧ-инфекция относится к семейству **ретровирусов**, роду **лентивирусов**.

Геном ВИЧ представлен РНК и подвергается обратной транскрипции.

Попадая в организм человека, ВИЧ размножается в течение всей инфекции поражая **CD4+ лимфоциты, макрофаги и некоторые другие типы клеток**.

В отсутствие антиретровирусной терапии **средняя продолжительность жизни с ВИЧ-инфекцией составляет от 9 до 10 лет**, средняя продолжительность жизни на стадии **СПИД**, составляет **около 10 месяцев**.

При антиретровирусной терапии средняя продолжительность жизни **38 лет**.



Репликация вируса иммунодефицита человека в клетке

Эпидемиология

ВИЧ—инфекция в основном передается половым путем, парентеральным, а также вертикально от матери к ребенку.

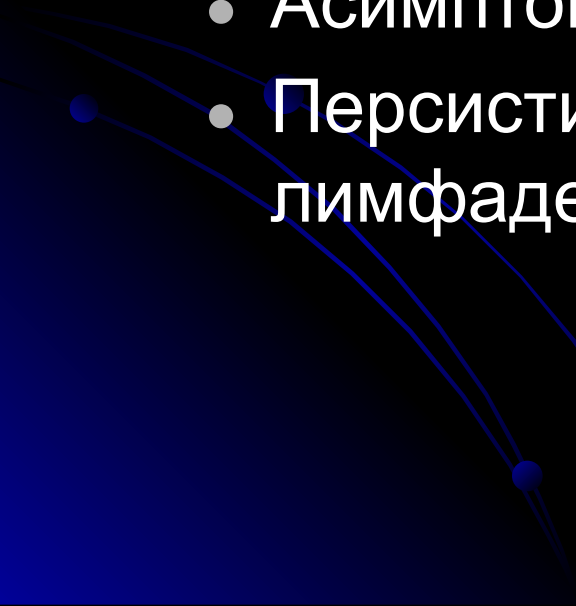
Источником инфекции является только больной человек.



Клинические стадии ВОЗ

- Всемирная Организация
Здравоохранения Всемирная
Организация
Здравоохранения в 1990 Всемирная
Организация Здравоохранения в 1990 г.
разработала клиническую
классификацию ВИЧ/СПИДа, которая
последний раз была значительно
дополнена и обновлена
в 2006 Всемирная Организация
Здравоохранения в 1990 г разработала

Клинические стадии ВОЗ для взрослых и подростков ≥ 15 лет

- **Острая ВИЧ-инфекция**
 - Асимптоматическая
 - Острый ретровирусный синдром
 - **Клиническая стадия 1**
 - Асимптоматическая
 - Персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ)
- 

Клиническая стадия 2

- Себорейный дерматит
- Ангулярный хейлит
- Рецидивирующие язвы полости рта (два или более эпизода в течение 6 месяцев)
- Опоясывающий лишай (распространённый лишай)
- Рецидивирующие инфекции Рецидивирующие инфекции дыхательных путей — синусит Рецидивирующие инфекции дыхательных путей — синусит, средний отит Рецидивирующие инфекции дыхательных путей — синусит, средний отит, фарингит Рецидивирующие инфекции дыхательных путей — синусит, средний отит, фарингит, бронхит Рецидивирующие ин

Клиническая стадия 3

- Волосатая лейкоплакия полости рта
- Необъяснимая хроническая диарея продолжительностью более 1 месяца
- Рецидивирующий кандидоз полости рта (два или более эпизода в течение 6 месяцев)
- Тяжёлая бактериальная Тяжёлая бактериальная инфекция (пневмония Тяжёлая бактериальная инфекция (пневмония, эмпиема Тяжёлая бактериальная инфекция (пневмония, эмпиема, гнойный миозит Тяжёлая бактериальная инфекция (пневмония, эмпиема, гнойный миозит, инфекции костей или суставов, менингит Тяжёлая бактериальная инфекция (пневмония эмпиема гнойный миозит инфекции

Клиническая стадия 4

- Лёгочный туберкулёз
- Внелёгочный туберкулёз (исключая лимфаденопатию)
- Необъяснимая потеря веса (более 10 % в течение 6 месяцев) + лихорадка
- ВИЧ-истощающий синдром
- Пневмоцистная пневмония
- Тяжёлая или подтверждённая рентгенологически пневмония (два или более эпизода в течение 6 месяцев)
- Цитомегаловирусный Цитомегаловирусный ретинит (с или без колита)
- Вирус простого герпеса Вирус простого герпеса (англ. HSV) (хронический или персистирующий более 1 месяца)
- Энцефалопатия
- Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
- Саркома Капоши и другие ВИЧ-обусловленные злокачественные новообразования
- Токсоплазмоз
- Диссеминированная грибковая инфекция (кандидоз, гистоплазмоз, кокцидиоидомикоз)
- Криптоспоридиоз
- Криптококковый менингит
- Инфекция, вызванная нетуберкулёзными микобактериями, диссеминированная микобактериemia
- Кардиомиопатия
- Нефроаденопатия

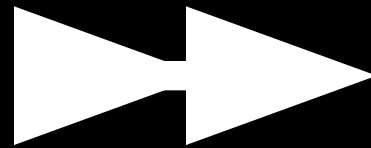
Вертикальный способ передачи

Все больше детей еще в достаточно юном возрасте в настоящий период заражаются ВИЧ-инфекцией.

Это связано с характером жизни их матери.

Если женщина положительна на ВИЧ, то вполне вероятно, что этот вирус проникнет и в тело ее ребенка.

Чаще беременная женщина во время родов или грудного вскармливания передает вирус малышу.



Парентеральный способ заражения

После того, как наркотиками начало интересоваться все большее количество людей, сложилась угроза не только получения зависимости, но и возможность заболеть ВИЧ-инфекцией.

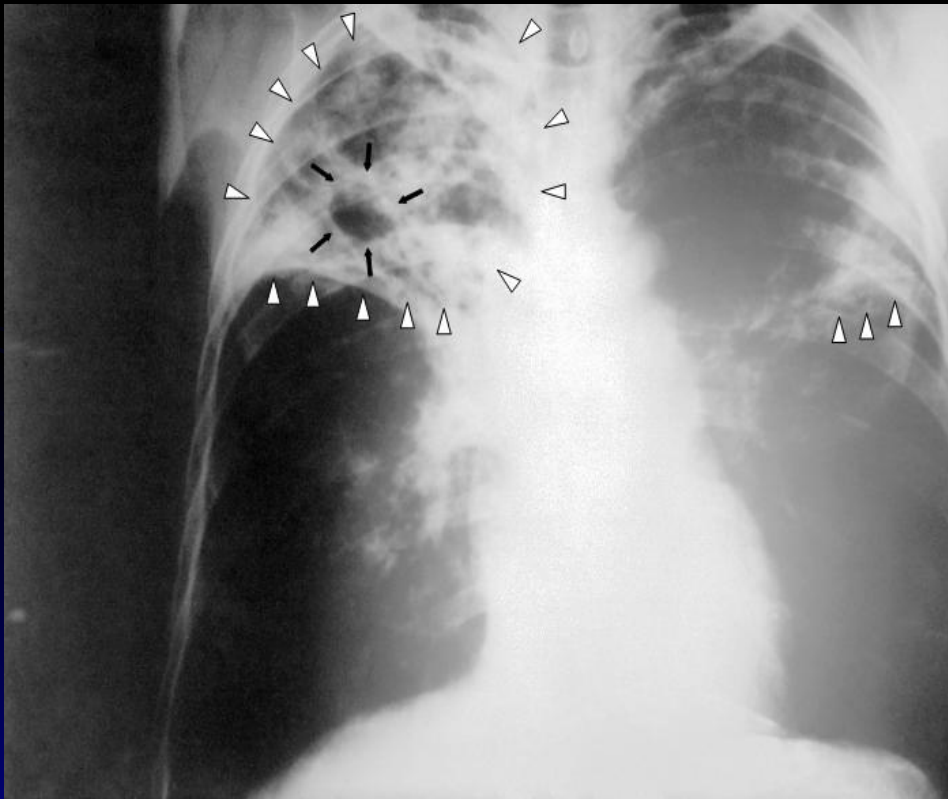
Самым опасным для наркомана считается **внутривенный укол**, когда наркотик смешивается с собственной кровью.

А для попадания в кровь вируса хватит и миллиграмма крови, которая часто задерживается в иглке или самом шприце.



СИМПТОМЫ

- Среди других заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией, туберкулез, так как передается воздушно-капельным путем и трудно поддается лечению.



Рентгенограмма органов грудной клетки больного туберкулёзом легких с распадом



Туберкулёз

Легочные инфекции

Среди других заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией, отдельно можно выделить туберкулёз. Среди других заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией, отдельно можно выделить туберкулёз, так как последний передается иммунокомпетентным лицам воздушно-капельным путём и трудно поддается лечению. Согласно ВОЗ, коинфекция туберкулёза и ВИЧ является одной из основных проблем мирового здравоохранения: в 2007 умерло более 456000 ВИЧ-положительных больных туберкулёзом, что составляет треть от общего числа смертей от туберкулёза и

Легочная инфекция

- Пневмоцистная пневмония (вызываемая *Pneumocystis jirovecii*) является относительно редким заболеванием у иммунокомпетентных лиц, но значительно распространено среди ВИЧ-инфицированных лиц. До разработки эффективных методов диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции в западных странах пневмоцистная пневмония была одной из непосредственных причин смертей ВИЧ-инфицированных. В развивающихся странах пневмоцистная пневмония остаётся одним из первых признаков СПИД у недиагностированных лиц, хотя, как правило, не развивается при числе CD4-лимфоцитов менее 200 в мкл крови.

Неврологические и психиатрические симптомы

- ВИЧ-инфекция приводит к различным нейропсихиатрическим осложнениям, которые либо возникают в результате прямого поражения нервной системы ВИЧ, либо являются следствием оппортунистических инфекций.
- Токсоплазмоз вызывается одноклеточным паразитом *Toxoplasma gondii*, который может инфицировать головной мозг и вызывать энцефалит, либо глаза и лёгкие. Криптококковый менингит, который может инфицировать головной мозг и вызывать энцефалит, либо глаза и лёгкие. Криптококковый менингит — инфекция мозговой оболочки, вызываемое грибом *Cryptococcus neoformans*. Симптомами заражения являются лихорадка, головная боль, усталость, тошнота, рвота, припадки.
- Прогрессивная мультифокальная лейкоэнцефалопатия Прогрессивная мультифокальная лейкоэнцефалопатия — демиелинизирующее заболевание, при котором постепенно разрушается миелин, покрывающий аксоны нейронов и нарушается проведение нервных импульсов. Причиной болезни является полиомавирус, которым в латентной форме заражены

Неврологические и психиатрические СИМПТОМЫ

- У ВИЧ-инфицированных возможно развитие метаболической энцефалопатии, называемой комплексом слабоумия СПИД (англ. *AIDS dementia complex, ADC*), которая развивается в зараженном мозге при участии макрофагов и микроглии. Эти клетки легко заражаются ВИЧ и вырабатывают нейротоксин. Специфические неврологические отклонения проявляются в виде когнитивных, поведенческих, двигательных нарушений. Такие нарушения проявляются через несколько лет после инфицирования ВИЧ и связаны со снижением числа CD4⁺ Т-лимфоцитов и повышением числа вирусных частиц в плазме крови.
- Нейрокогнитивные расстройства преобладают в западных странах (10—20 %) и незначительны, например, в Индии (1-2 %). Такие различия, возможно, вызваны другим серотипом ВИЧ, преобладающим в Индии. Маниакальный синдром, вызванный ВИЧ, чаще встречается у пациентов с развитой ВИЧ-инфекцией. Неврологические расстройства реже встречаются в случае терапии многими лекарствами.

Опухоли

- Саркома Капоши Саркома Капоши является самой распространенной опухолью, возникающей у ВИЧ-инфицированных пациентов. Появление таких опухолей среди молодых гомосексуалов в 1981 году Саркома Капоши является самой распространенной опухолью, возникающей у ВИЧ-инфицированных пациентов. Появление таких опухолей среди молодых гомосексуалов в 1981 году стало одним из первых признаков эпидемии СПИД. Саркома Капоши вызывается гаммагерпесвирусом, называемым вирусом герпеса, связанным с саркомой Капоши. Симптомом заболевания является появление пурпурных узелков на коже, либо в полости рта, на эпителии желудочно-кишечного тракта и в лёгких. В-клеточные лимфомы Саркома Капоши является самой распространенной опухолью, возникающей у ВИЧ-инфицированных пациентов. Появление таких опухолей среди молодых гомосексуалов в 1981 году стало одним из первых признаков эпидемии СПИД. Саркома Капоши вызывается гаммагерпесвирусом, называемым вирусом герпеса, связанным с саркомой Капоши. Симптомом заболевания является появление пурпурных узелков на коже, либо в полости рта, на эпителии желудочно-кишечного тракта и в лёгких. В-клеточные лимфомы, например, лимфома Беркитта, диффузная

Саркома Капоши



Опухоли

- У ВИЧ-инфицированных пациентов также часто возникают другие опухоли, например, болезнь Ходжкина У ВИЧ-инфицированных пациентов также часто возникают другие опухоли, например, болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз), анальный рак и ректальная карцинома, гепатоклеточная карцинома, рак головы и шеи, рак лёгких. Перечисленные заболевания могут быть вызваны вирусами (вирус Эпштейн-Барр У ВИЧ-инфицированных пациентов также часто возникают другие опухоли, например, болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз), анальный рак и ректальная карцинома, гепатоклеточная карцинома, рак головы и шеи, рак лёгких. Перечисленные заболевания могут быть вызваны вирусами (вирус Эпштейн-Барр, папилломавирус человека У ВИЧ-инфицированных пациентов также часто возникают другие опухоли, например, болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз), анальный рак и ректальная карцинома, гепатоклеточная карцинома, рак головы и шеи, рак лёгких. Перечисленные заболевания могут быть вызваны вирусами (вирус Эпштейн-Барр, папилломавирус человека, вирусный гепатит В и С), либо другими факторами, в том числе контактом с канцерогенами,

СПИД

- это терминальная стадия ВИЧ-инфекции, при которой развиваются оппортунистические инфекции и неинфекционные заболевания, в результате падения числа CD4+ лимфоцитов.

Диагноз СПИДа может выставляться на основании лабораторных данных: при выявлении в крови антител к ВИЧ.

Антитела к ВИЧ в период острой фазы, как правило, не обнаруживают. В стадии СПИД регистрируют существенное снижение содержания антител в крови.

Первые недели после инфицирования представляют собой период, когда антитела к ВИЧ не выявляются.

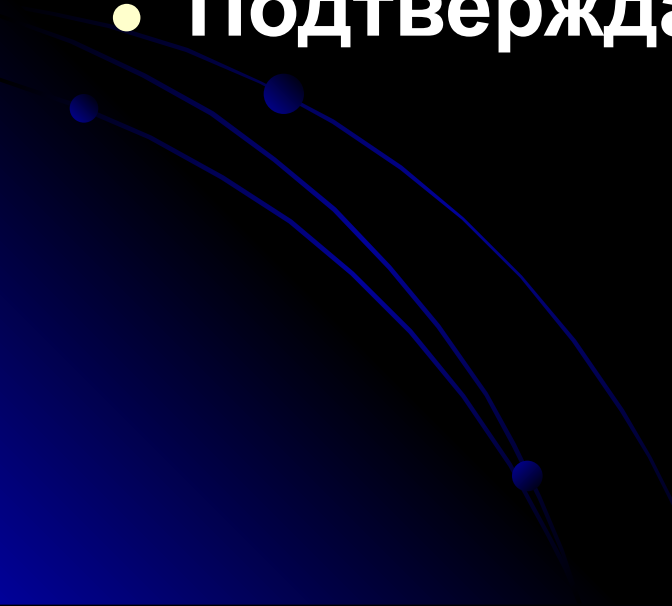


Сдача крови на анализы (определение наличия или отсутствия СПИДа)

Диагноз ВИЧ инфекции

- В настоящее время существуют следующие методы диагностики ВИЧ.
- **Косвенные тесты** — обнаружение специфических антител к ВИЧ. Обнаруживаются фактически у 100 % ВИЧ-инфицированных.
- **Прямые тесты** — сам ВИЧ (в культуре клеток — выполняется только в специализированных лабораториях 3 уровня биологической безопасности), антигены ВИЧ (антиген p24 и др.), и нуклеиновые кислоты ВИЧ-тесты на РНК или ДНК ВИЧ или вирусная нагрузка.
- Вирусная нагрузка напрямую связывается со скоростью снижения количества лимфоцитов CD4 и является очень важным прогностическим показателем на ранней стадии заболевания.

Диагностика

- Для определения антител к ВИЧ, необходимо использовать, по крайней мере, два разных теста:
 - **Предварительный тест (скрининг-тест)**
 - **Подтверждающий тест.**
- 

Диагностика

- Большинство современных скрининг-тестов основываются на методике ИФА (иммуноферментный анализ) или сходные методы, обладают высокой чувствительностью (99 %) и специфичностью (99,5 %). Используемые в тесте антигены должны соответствовать тем антителам, которые могли выработаться в организме пациента к ВИЧ определённого типа (ВИЧ-1, ВИЧ-2, ВИЧ-1-N, ВИЧ-1-O, ВИЧ-1-M).

Диагностика

- Иммуноблоттинг — наиболее часто используемый метод подтверждения результатов скрининг-тестов. Иммуноблоттинг, будучи подтверждающим тестом, проводится только при получении положительного результата скрининг-теста.
- Экспресс-тесты. Основываются на одном из четырёх методов: реакция агглютинации Экспресс-тесты. Основываются на одном из четырёх методов: реакция агглютинации, ИФА на полимерных мембранах (тест-полоски), иммунологический фильтрационный анализ Экспресс-тесты. Основываются на одном из четырёх методов: реакция агглютинации, ИФА на полимерных мембранах (тест-полоски), иммунологический

Диагностика

- Подсчёт CD4+ лимфоцитов является критическим параметром в мониторинге ВИЧ-инфекции и позволяет^[182]:
- Оценивать состояние иммунной системы и склонность к развитию СПИДа
- Наряду с клинической информацией определять момент начала антиретровирусной терапии (АРТ)
- Определять сроки для профилактики оппортунистических инфекций
- Оценивать эффективность лечения
- Проводится или с помощью автоматических анализаторов методом проточной цитометрии Проводится или с помощью автоматических анализаторов методом проточной цитометрии или вручную при микроскопии (оптической

Диагноз ВИЧ-инфекции у новорожденных

- В отсутствии терапии, риск инфицирования новорожденного в отсутствии терапии, риск инфицирования новорожденного от ВИЧ-положительной матери составляет от 15 до 25 % в развитых странах в отсутствии терапии, риск инфицирования новорожденного от ВИЧ-положительной матери составляет от 15 до 25 % в развитых странах, от 25 % до 35 % в развивающихся странах в отсутствии терапии, риск инфицирования новорожденного от ВИЧ-положительной матери составляет от 15 до 25 % в развитых странах, от 25 % до 35 % в развивающихся странах. Применение профилактики двумя препаратами снижает риск заражения ребёнка до 3-8 % , а при профилактике с ВААРТ в отсутствии терапии, риск инфицирования новорожденного от ВИЧ-положительной матери составляет от 15 до 25 % в развитых странах, от 25 % до 35 % в развивающихся странах. Применение профилактики двумя препаратами снижает риск заражения ребёнка до 3-8 % , а при профилактике с ВААРТ ниже 2 % , вплоть до 1,2 % . В Украине частота перинатальной передачи ВИЧ-инфекции с применением антиретровирусной профилактики снизилась с 19,4 % в 2001 в отсутствии терапии, риск инфицирования новорожденного от ВИЧ-

Статистика по ВИЧ на 2010 год:

По официальным данным на 2010 год в нашей стране более 547 000 ВИЧ - инфицированных человек.

Свыше 82% ВИЧ - инфицированных человек это люди в возрасте от 20 до 40 лет.

53% ВИЧ - инфицированных людей заразились через употребление наркотических веществ.

Лечение. История вопроса

Зидовудин Зидовудин (Retrovir, ZDV, AZT) — первый антиретровирусный препарат.

Синтезирован в 1964 Зидовудин (Retrovir, ZDV, AZT) — первый антиретровирусный препарат. Синтезирован в 1964 для борьбы с раком Зидовудин (Retrovir, ZDV, AZT) — первый антиретровирусный препарат. Синтезирован в 1964 для борьбы с раком.

В 1985 Зидовудин (Retrovir, ZDV, AZT) — первый антиретровирусный препарат.

Синтезирован в 1964 для борьбы с раком. В 1985 прошёл клинические испытания для лечения ВИЧ-инфекции. Широко применяется в антиретровирусной терапии с 1987 г.

- 1991 1991—1994 года 1991—1994 года — появились зальцитабин 1991—1994 года — появились зальцитабин, диданозин 1991—1994 года — появились зальцитабин, диданозин и ставудин 1991—1994 года — появились зальцитабин, диданозин и ставудин. Примерно в это же время появляются триметоприм/сульфаметоксазол 1991—1994 года — появились зальцитабин, диданозин и ставудин. Примерно в это же время появляются триметоприм/сульфаметоксазол, пентамидин 1991—1994 года — появились зальцитабин, диданозин и ставудин. Примерно в это же время появляются триметоприм/сульфаметоксазол, пентамидин, ганцикловир 1991—1994 года — появились зальцитабин, диданозин и ставудин. Примерно в это же время появляются триметоприм/сульфаметоксазол, пентамидин, ганцикловир, фоскарнет 1991—1994 года — появились зальцитабин, диданозин и ставудин. Примерно в это же время появляются триметоприм/сульфаметоксазол, пентамидин, ганцикловир, фоскарнет и флуконазол, которые используются для борьбы с оппортунистическими инфекциями.
- Декабрь 1995 Декабрь 1995 — март 1996 Декабрь 1995 — март 1996 появились первые ингибиторы протеазы — саквинавир Декабрь 1995 — март 1996 появились первые ингибиторы протеазы — саквинавир, ритонавир Декабрь 1995 — март 1996 появились

Лечение ВИЧ-инфекции

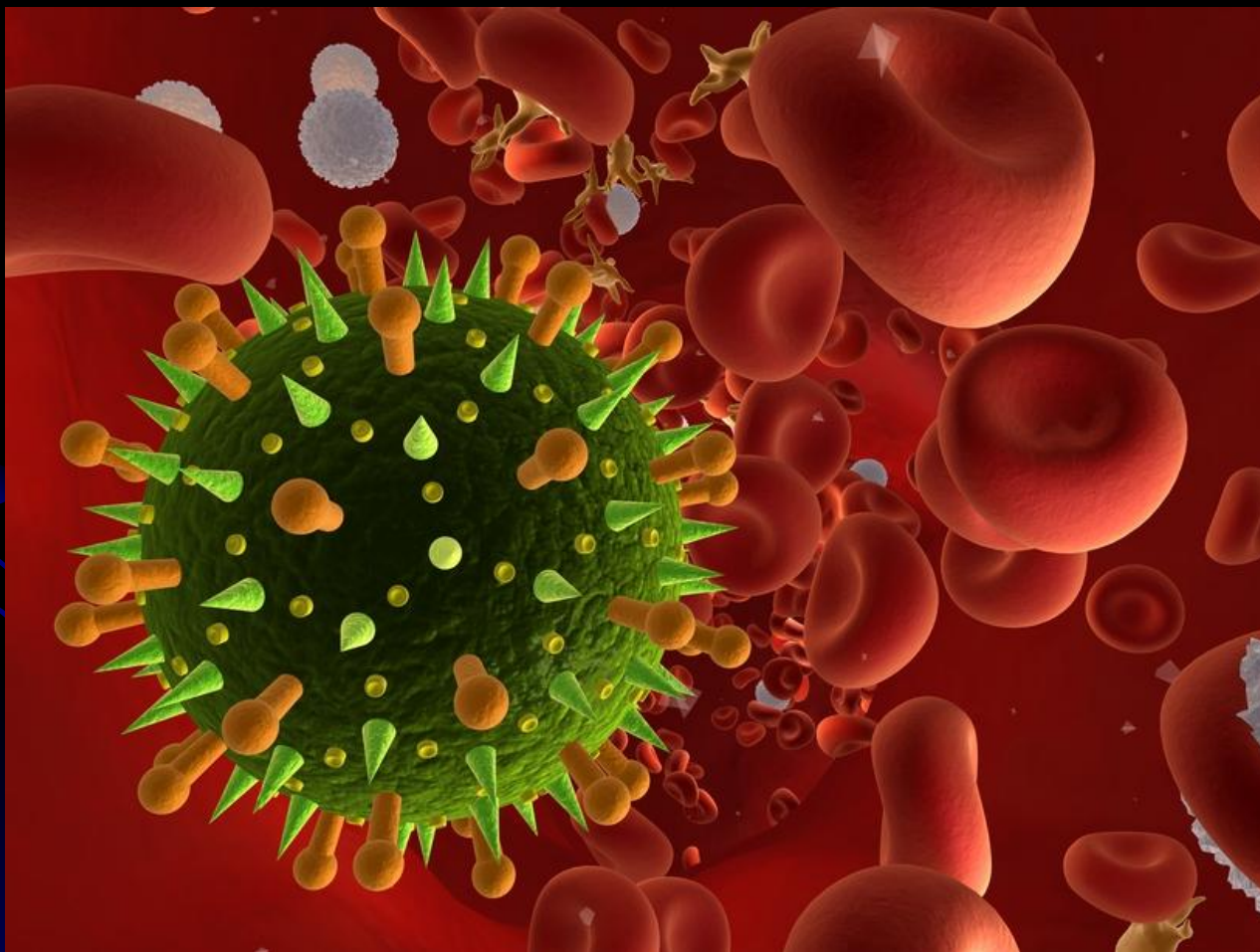
С появлением ВИЧ-инфекции врачи сразу начинали проводить всевозможные лабораторные исследования, чтобы понять, как же влияет новая болезнь на организм человека, и каким образом инфекцию можно уничтожить.

Все действия медиков и ученых направлены на исследование самой болезни. Главной задачей для себя они ставят поиск оптимального лекарства от ВИЧ -инфекции, которое бы смогло уничтожить вирус, однако, тем самым, не повредить ту клетку, где вирус находится. А для этого необходимо изобретение вакцины, которую будут использовать для того, чтобы обезопасить себя от заражения ВИЧ. Такую вакцину уже изобрели американские ученые, и ее начальные испытания были достаточно успешными.



ВІЛ-інфекція у Луганській області

Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІД
в Луганській області на 01.01. 2013 р.



Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи.

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1992 році і до 2012 року включно офіційно в Луганській області зареєстровано **7378** випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі **1798** захворювань на СНІД та **987** випадків смерті від нього.

Протягом 2012 року зареєстровано 740 нових випадків ВІЛ-інфекції. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в 2012 р. в порівнянні з 2011 р. зріс на 4,2 % і склав 32,6 на 100 тис. населення проти 31,3 у 2011 р. Найвищі показники: мм. Рубіжне – 96,7; Сєвєродонецьк – 51,4; Стаханов – 54,8; Первомайськ – 50,9; Кремінський – 97,3; Сватівський – 86,0 та Перевальський райони – 53,0.

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію зросла в 19 регіонах. Найбільше зростання даного показника відмічається в м. Первомайськ (+81,1%), Антрацитівському (+203,2%), Біловодському (+307,5%), Міловському (+203,2%) та Старобільському (+204,8%) районах. В межах окремих регіонів епідемія концентрується у містах – 92,4% нових випадків ВІЛ-інфекції в 2012 р. було зареєстровано саме серед міського населення. В той же час частка вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед сільського населення повільно збільшується (2010р. - 7,1%, 2011р. – 7,4%, 2012р. – 7,6%).

Особливістю епідемічного процесу є збільшення ВІЛ позитивних жінок серед загальної кількості вперше виявлених ВІЛ-інфікованих. Так у 2012 р. виявлено 327 ВІЛ-інфікованих жінок питома вага яких склала 44,3%.



У віковій структурі нових випадків ВІЛ-інфекції переважають особи віком 25 – 49 років – 65%. Однак, поступово зростає частка осіб віком 50 років і старше: 2010 р. - 2,9%, 2011 р. – 3,6%, 2012 р. - 4,6%.



В останні роки в області спостерігається тенденція до зниження частки захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі **15 – 24 років** з 18% у 2007 р до 10,1% у 2012 р., що свідчить про деяку стабілізацію епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в цій віковій групі через зміну поведінки молоді на менш ризиковану. Але в деяких містах та районах області питома вага осіб в цій віковій групі перевищує середньообласний показник: мм.

- Ровеньки, Первомайськ, Свердловськ, Рубіжне, Антрацитівський, Кремінський, Міловський, Новопокровський, Перевальський, Сватівський, Слов'яносербський, Старобільський райони.

За даними офіційної статистики 2012 р. в області більша половина випадків інфікування ВІЛ молоді віком 15 – 24 років відбулася через незахищені гетеросексуальні контакти – 80%, при чому серед хлопців та молодих чоловіків цей показник складав 45,5%, а серед дівчат та молодих жінок – 94,4%. Частка молодих осіб, які заразились ВІЛ шляхом вживання ін'єкційних наркотиків дорівнювала 20% (54,5% серед хлопців; 5,7% серед дівчат).



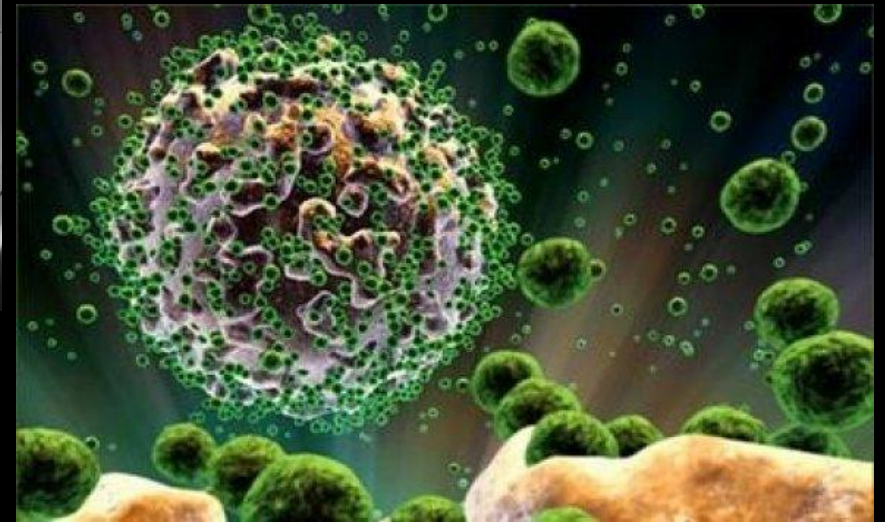
Основним шляхом передачі ВІЛ в області, з 1995 р. по 2007 р., був парентеральний - при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. В 2007 р. відбулася зміна шляхів передачі – з перевагою статевого шляху над парентеральним. У 2012 р. відсоток осіб, які були інфіковані статевим шляхом, збільшився до 54,3%, а парентеральний шлях склав 25,1%.



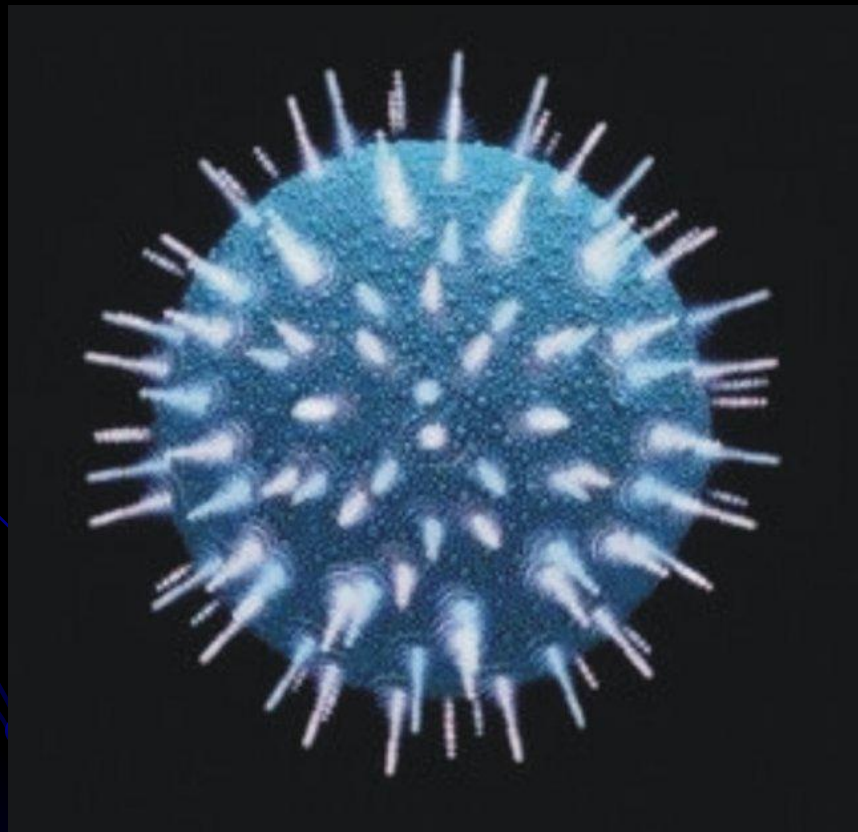
Зростання гетеросексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку спричинило поступове збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, частка яких у 2012р. склала 20,1%. Незважаючи на те, що ці новонароджені спочатку мають позитивний результат, за рахунок материнських антитіл, більшість з них є ВІЛ-негативними. На 01.01.2013 р. під диспансерним наглядом перебуває 66 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у яких діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено, у тому числі 6 - хворі на СНІД.

В 2012 р. зареєстровано 317 нових випадків СНІД , показник захворюваності -14,0 на 100.тис.нас. Високі показники захворюваності на СНІД реєструються в мм. Рубіжне (54,1), Брянка (22,1), Краснодон (19,2), Сєвєродонецьк (19,9), Стаханов (21,5), а також в Сватівському (48,4), Кремінському (40,3), Лутугинському (23,5) та Марківському (18,8) районах. Найвищі темпи приросту захворюваності на СНІД в мм. Кіровськ (+151,9%), Первомайськ (+122,9%), Слов'яносербському (+168,5%), Краснодонському (+103,0%) та Старобільському (+100,0%) районах.

Показник летальності від захворювань, обумовлених СНІД, у 2012 р. склав 5,3% в порівнянні з 2011 р. знизився на 17,2% .
що свідчить про позитивний вплив впровадження антиретровірусної терапії (АРТ). Проте. в окремих регіонах, рівень летальності від захворювань, обумовлених СНІД, значно перевищує середньообласний показник і становить: у мм. Брянки – 14,8; Рубіжному – 26,2; Сєверодонецьку – 9,9; Стаханові – 9,7; Кремінському – 23,7; Лутугинському – 10,3; Сватівському – 21,5 та Троїцькому – 9,4 районах.

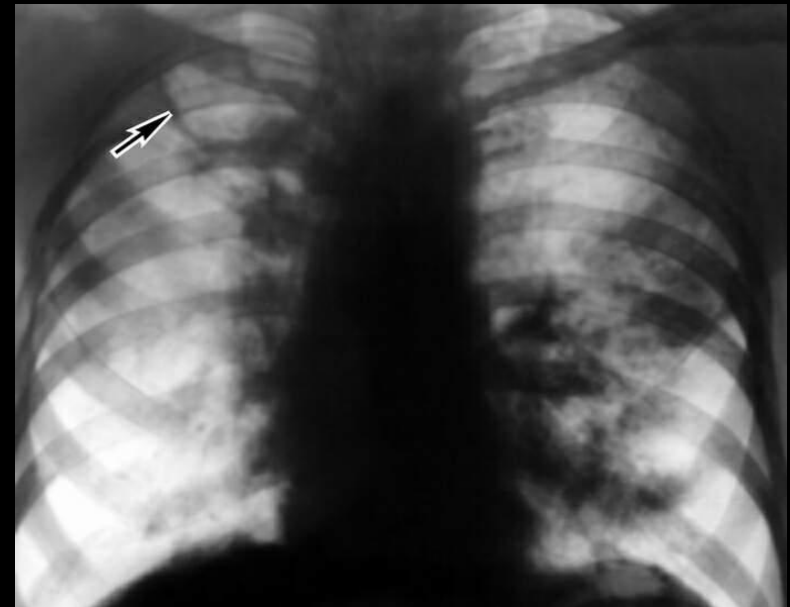


Станом на 01.01.2013 р. в області перебуває під диспансерним наглядом 4149 ВІЛ-інфікованих осіб (показник поширеності ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення – 182,9), у тому числі 680 хворих на СНІД (30,0 на 100 тис. населення). На обліку знаходиться 300 дітей до 18 років, в т. ч. 293 – народжених ВІЛ-позитивними жінками, у 66 з них діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено.



- На території області виділені регіони, де показник поширеності ВІЛ-інфекції значно перевищує середньообласний: мм. Рубіжне – 791,7; Лисичанськ – 294,1; Сєвєродонецьк – 312,6; Стаханов – 240,6; Сватівський – 583,3; Кремінський – 353,5 та Лутугинський – 230,2 райони.
- В 2012 р. структура станів та хвороб, зумовлених ВІЛ серед осіб, які знаходяться під диспансерним наглядом була наступною: безсимптомна ВІЛ-інфекція – 36,9%, ПГЛ – 4,4%, поширена ВІЛ-інфекція – 42,3%, СНІД – 16,4%.

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням залишається туберкульоз, який виявлено в 230 з 317 (72,6%) всіх нових випадків СНІД, у тому числі в 76 з 100 (76%) серед вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції в стадії СНІД. Питома вага туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих, які перебувають під диспансерним наглядом з ІV клінічною стадією – 70,7 %.



Загальна смертність від СНІДу

(P_3 , T_3)

- Високі рівні смертності від СНІДу (P_3) зареєстровані у регіонах з високою захворюваністю на СНІД. За рейтинговою оцінкою темпу приросту цього показника (T_3) стрімке зростання випадків смертності від СНІДу відмічається у Троїцькому (24 ранг), Лутугінському (20) районах та мм. Ровеньки (23), Брянка (22), Кіровськ (21), Антрацит (19), Первомайськ (18).
- Основним контингентом ризику летальних випадків залишаються СН, для яких доступність медичної допомоги все ще знаходиться на низькому рівні і потребує подальшого розширення обсягу та якості медичних послуг.

Показники за даними сероепідеміологічного моніторингу за ВІЛ-інфекцією

Високі показники інфікованості ВІЛ донорів (P_4) у 2012 р. були у Троїцькому, Кремінському, Біловодському, Перевальському, Краснодонському районах. Найбільші темпи приросту цього показника (T_4) відмічаються у мм. Лисичанськ (18 рангове місце), Рубіжне (16), Краснодон (14), Перевальському (17), Кремінському (15) та Старобільському (13) районах.

Стрімке поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення за рейтингом показника інфікованості ВІЛ серед вагітних (P_5) спостерігається у Кремінському, Міловському, Слов'яносербському, Троїцькому районах та мм. Рубіжне, Первомайськ, Краснодон. Проте, високі ранги показника T_5 мають Троїцький (22 рангове місце), Старобільський (21), Антрацитівський (21), Лутугинський (19) райони та мм. Сєвєродонецьк (20), Первомайськ (18), Краснодон (17).

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб 15-24 років (P_6 , T_6)

За рейтингом рівнів захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед осіб 15-24 років (P_6) більш сприятлива епідемічна ситуація спостерігається у м. Антрацит, Кіровськ та Біловодському, Білокуракінському, Краснодонському, Марківському, Новоайдарському, Троїцькому районах.

Незважаючи на позитивну тенденцію зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед молодих осіб в цілому по області, у 6 регіонах даний показник зріс в порівнянні з 2011 р.: Антрацитівський, Кременський, Міловський, Новопсковський, Перевальський, Сватівський райони.

Найвищі темпи приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед осіб 15-24 років (T_6) спостерігаються у Сватівському (19 рангове місце), Перевальському (18), Кременському (16), Старобільському (15) районах та м. Ровеньки (18).

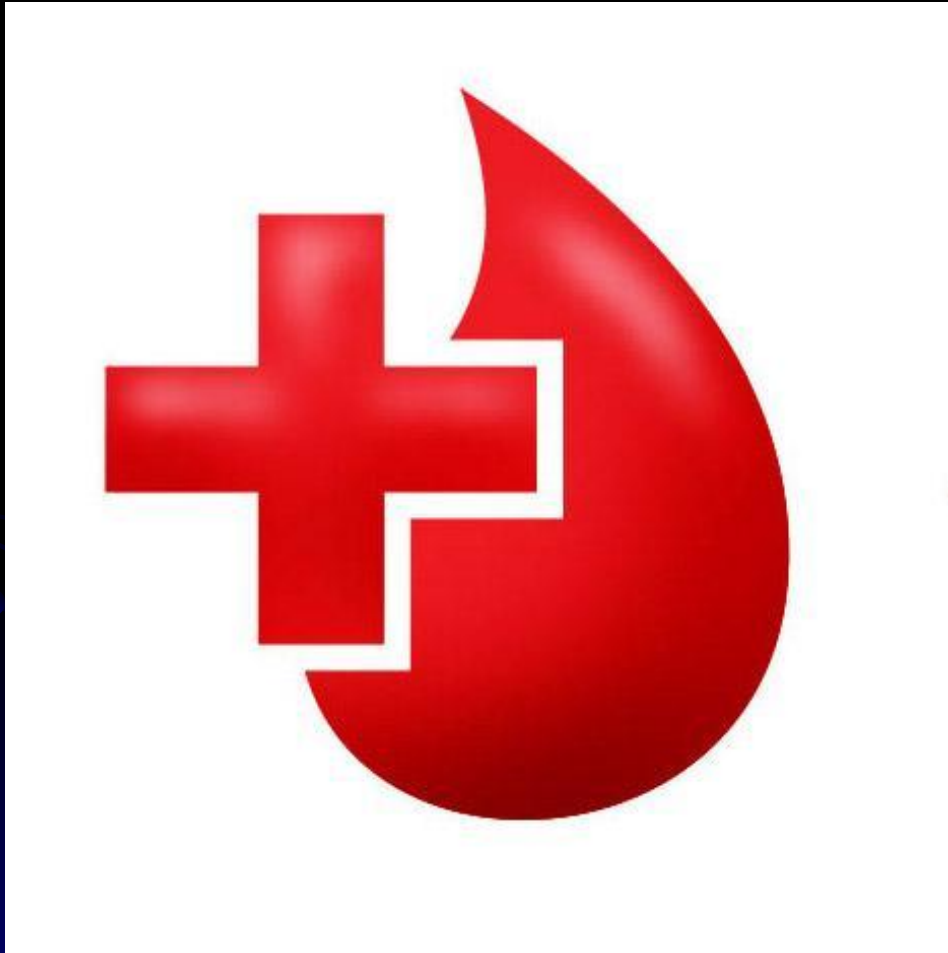
- Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію є ключовим компонентом програми профілактики та здійснення лікування і догляду за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД. За 2012 р. в області було здійснено **288274** передтестових консультувань
- Звертає на себе увагу низький відсоток осіб, які отримали післятестове консультування – 54,6%. Від загальної кількості здійснених передтестових консультувань особи за факторами ризикованої поведінки – ін'єкційне споживання наркотичних речовин, численні гетеросексуальні контакти, гомосексуальні контакти між чоловіками складають усього 13% (36957), що пройшли передтестове консультування на ВІЛ-інфекцію.

Рівень поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних за результатами тестування (код 109) у 2012 р. в середньому по області становив 0,14% (2011 р. 0,2%).

Високим він був у Міловському, Слоб'яносербському районах (по 0,45%).



Рівень інфікованості серед донорів по області
протягом останнього року збільшився на 50%
і в 2012р. склав 0,06%



- Обстеження контингентів з груп високого ризику в цілому по області складає лише 9,9%. В ряді регіонів цей показник значно менше: мм. Алчевськ, Краснодон, Свердловськ, Стаханов, Антрацитівський, Білокуракинський, Краснодонський, Лутугинський, Міловський, Новопсковський, Попаснянський райони.
- Підвищений рівень інфікованості серед осіб, що мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими – 8,02 %; серед осіб, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом – 2,33 %; серед осіб, які мають численні незахищені сексуальні контакти – 0,60%; серед осіб, що обстежені за клінічними показаннями – 0,76; серед осіб, що обстежуються анонімно, – 2,12 %.

Стан надання спеціалізованої медичної
допомоги

ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД



- Станом на 01.01.2013 в області АРТ надається у 9 ЗОЗ: у обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом та на базі 8 кабінетів «Довіра» (сайтах – у мм. Рубіжнє, Сєверодонецьк, Лисичанськ, Красний Луч, Стаханов, Краснодон, Перевальський та Сватівський райони), які отримали технічну підтримку від ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ», МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона» та Ukraine AIDS HealthcareFoundation.
- Станом на 01.01.2013 р., АРТ отримує 1543 особи.

- Загальна потреба в АРТ, за даними форми № 56 на 01.01.2013 р. складає **1915** осіб. З них, хто потребує АРТ, але не отримує - **372** особи, в т.ч. 2 дитини (дані показники враховують тільки пацієнтів, які перебувають під активним диспансерним спостереженням).
- Серед осіб, які отримують АРТ, дорослі (старші 15 років) складають 96,7% (1493 особи), з них 760 чоловіків (51%), 733 жінки (49%).. Діти (віком 0-14 років включно) отримують АРТ виключно за рахунок коштів державного бюджету, їх частка серед осіб, які отримують лікування - 3,3% (50 осіб).

Спостерігається чітка тенденція з покращення фізичного стану пацієнтів на АРТ, прямо пропорційно до тривалості лікування. Якщо на початку АРТ 79% пацієнтів відповідали критеріям функціонального статусу «Працездатний», то через 6 – 7 років відсоток зріс майже до 89%.



- Важливим індикатором стану імунodefіциту та критерієм щодо проведення профілактики опортуністичних інфекцій є рівень СД4. Спостерігається чітка кореляція зростання рівня СД4 та тривалості отримання АРТ. Зменшується відсоток пацієнтів з рівнем СД4 менше 350 кл/мкл. Якщо на початку лікування відсоток таких пацієнтів когорти складав 88%, то через 12 міс. терапії – 38%, через 6 років – 9%.

- Невід'ємною складовою успіху АРТ є забезпечення прихильності до лікування, тобто дотримання чітких рекомендацій щодо своєчасності та правильності прийому АРВ-препаратів.
- . Через 6 років лікування 72 % осіб, які розпочали АРТ у 2005р., залишаються живими і продовжують його отримувати.
- Аналіз причин смерті пацієнтів показав, що дуже серйозною та небезпечною проблемою для ВІЛ-інфікованих пацієнтів залишається туберкульоз.

Протягом року проводиться лікування хворих, які мають поєднану патологію ВІЛ/туберкульоз. Станом на 01.01.2013 р. таке лікування отримує 474 пацієнта. Кількість померлих, які мають ВІЛ/ТБ знизилась на 5% в порівнянні з 2011 р. Збільшився охоплення пацієнтів з ВІЛ/ТБ антиретровірусним лікуванням з 19% в 2010 р. до 79,9% в 2012 р. Станом на 01.01.2013 р. на диспансерному обліку перебуває 609 осіб з поєднаною патологією ВІЛ/туберкульоз. Протягом 2012 року профілактику туберкульозу отримав 601 ВІЛ-інфікований пацієнт (практично 100% від призначення).

Профілактика вертикальної трансмісії

- У сфері профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) Україна досягла прогресу. У зв'язку з особливостями діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, всі діти, після їх народження перебувають під диспансерним наглядом до моменту остаточного встановлення ВІЛ-статусу (18 місяців і старші).
- Частота передачі ВІЛ від матері дитині (ЧПМД) за 2010 рік – 3,2%.(з програми ВООЗ-2%)

За період впровадження програми ППМД з 2001 р. в Луганській області вдалося знизити показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини в 5,4 рази

Випадки передачі ВІЛ від матері до дитини у 2010 р. зареєстровані в мм. Ровеньки, Свердловськ, Сєвєродонецьк.



- В 2012 р. відбулись пологи у **144 ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ВАГІТНИХ**. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини проведена у **137** випадках, що складає 95%.
- Під диспансерний нагляд в поточному році взято 149 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з яких 3 – з установленим діагнозом ВІЛ-інфекції.

Постконтактна профілактика

- Протягом 2012 року з травмами, пов'язаними з ризиком інфікування ВІЛ, звернулося 58 осіб, з них 37 - медичні працівники, які отримали травми на робочому місці. Травм, отриманих у побуті – 21. Серед осіб, що отримали травми, 3 дітей.
- Кількість звернень з приводу травм у 2012 році зменшилась на 22,7% у порівнянні з 2011 роком, в т. ч. кількість травм, отриманих медичними працівниками під час надання медичної допомоги - на 32,7% (37 звернень проти 55 в 2011 р.).

Курс постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції був призначений 29 особам (16 медпрацівникам та 13 іншим особам).
Випадків зараження ВІЛ-інфекцією, при отриманні травм, пов'язаних з ризиком інфікування ВІЛ не зареєстровано



Заходи щодо профілактики ВІЛ-інфекції:

- 1. Забезпечити широку пропаганду добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію та розширити доступність до обстеження різних категорій населення, в т.ч. з застосуванням швидких тестів.
- 2. Активізувати проведення комплексу профілактичних заходів в сільських районах, звернувши особливу увагу на молодь.
- 3. Взяти під контроль забезпечення повної диспансеризації хворих на ВІЛ-інфекцією/СНІД.
- 4. Посилити комплекс заходів щодо профілактики ВІЛ-асоційованого туберкульозу.

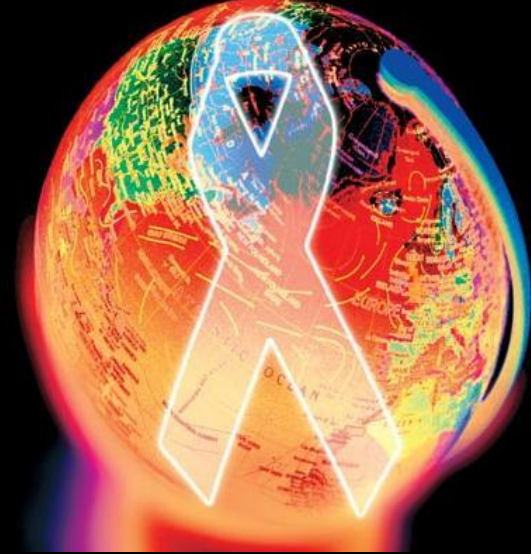
- 5. Вжити заходів щодо 100% охопленням антиретровірусною терапією хворих ВІЛ-інфекцією/СНІД, які її потребують, згідно затверджених стандартів.
- 6. Удосконалити роботу щодо проведення антиретровірусної терапії ВІЛ/СНІД хворим на базі кабінетів «Довіра» в мм. Лисичанськ, Рубіжне, Северодонецьк, Красний Луч, Краснодон, Стаханов, Перевальському та Сватівському районах.
- 7. Активізувати санітарно-освітню роботу серед різних категорій населення області з питань діагностики і профілактики ВІЛ-інфекції.

Профилактика СПИДа

Началом профилактических работ по вопросам ВИЧ/СПИДа должны начинаться с оценки ситуации. Необходимо узнать, какие особенности поведения школьников связаны с риском передачи ВИЧ.



Заключение



«Заразишься или не заразишься — зависит только от тебя», - таков основной девиз международной профилактически по ВИЧ - инфекциям. Только таким путем каждый человек может избежать инфицирования, сохранить здоровье и жизнь. Наш народ привык переносить физические тяготы. Боль души перенести тяжелее.

"Берегите в себе человеческое!" — этот призыв должен стать главным призывом нашего времени. Не прикасайтесь к наркотикам! Берегитесь от СПИДа! — все это мы слышим по телевидению, радио, в больницах, в школах. Сегодня **тысячи людей** во всем мире **умирают от СПИДа**.

СПИД — это всего лишь следствие, так сказать, убийца номер два. Убийца номер один — это повальное невежество общества. А между тем ни один из нас не застрахован от заражения вирусом иммунодефицита.

Пока еще не существует вакцины или другого эффективного средства от СПИДа, но каждый должен знать, что может защитить себя от этого заболевания. Поэтому только **борьба, борьба** не на словах, а на деле **может помочь** здесь.

И еще, последнее слово к людям, которые, к счастью, не болеют СПИДом. Относитесь с пониманием к обреченным. Не портите им и так нелегкую жизнь. Одарите их своей бескорыстной дружбой!!!

Рекомендации:

- обсуждение возможных последствий незащищенных сексуальных контактов, и способов их избежать;
- медицинское, психологическое и юридическое консультирование для потребителей инъекционных наркотиков;
- обучение потребителей наркотиков навыкам менее опасного употребления инъекционных наркотиков;
- необходимое время для работы в классе и для интерактивных занятий, таких как ролевые игры и групповые обсуждения;
- если полный отказ от инъекционного употребления наркотиков невозможен, необходимо избегать совместного использования инъекционного инструментария;
- обследование на антитела к ВИЧ всех беременных;
- обследование доноров крови, лиц из групп риска и др.



Помните

**«Тот, кто в борьбу не вступает,
Жертвою станет потом...»**

**Е. А.
Евтушенко**

Спасибо за внимание!!!