

Робочі міркування щодо континуума послуг для ВІЛ-інфікованих біженців з України в ЄС / ЄЕЗ

5 липня 2022 року.

Загальна інформація

Понад шість мільйонів людей були змушені мігрувати до інших країн з початку російського вторгнення в Україну [1]. Із гуманітарної точки зору та з точки зору громадського здоров'я життєво важливо, щоб переміщені з України особи, які живуть із ВІЛ і / або належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, мали доступ до послуг з тестування на ВІЛ, лікування і догляду в країнах Європейського Союзу / Європейської економічної зони (ЄС / ЄЕЗ). Рада Європейського Союзу прийняла Директиву про тимчасовий захист, яка пропонує належну відповідь на поточну ситуацію шляхом надання негайного захисту і прав, зокрема прав на отримання медичної допомоги [2]. Проте лунають заклики щодо необхідності терміново реагувати та розширювати спектр послуг, щоб забезпечити українським біженцям, які живуть з ВІЛ і / або знаходяться в групі ризику зараження ВІЛ, доступ до медичної допомоги, яка була б пропорційною, конфіденційною та узгодженою з медичною допомогою, що надається в Україні [3-5]. У цьому документі викладено ключові міркування, які слід враховувати під час прийняття рішень і практичного впровадження послуг для підтримки стандартів якості медичної допомоги при ВІЛ.

Сфера охоплення документа

Цей документ містить огляд актуальних міркувань щодо континуума послуг для ВІЛ-інфікованих осіб, які були переміщені з України до ЄС / ЄЕЗ. Цей документ має дві мети: по-перше, узагальнити відому інформацію про епідемію ВІЛ-інфекції в Україні, і, по-друге, використати континуум послуг при ВІЛ-інфекції як основу для викладення пропозицій, заснованих на опублікованих доказах та експертних висновках щодо організації континуума послуг при ВІЛ-інфекції, зокрема для людей з України, які живуть із ВІЛ. Також в документі піде мова про потреби людей, як знаходяться в зоні ризику інфікування ВІЛ. Основні висновки цього документа були представлені під час вебінару ЄЦПКЗ «Ключові міркування щодо континуума послуг для ВІЛ-інфікованих біженців з України», який відбувся 19 травня 2022 року.

Цільова аудиторія

Основними цільовими аудиторіями цього документа є: (i) представники громадської системи охорони здоров'я і / або державних установ, відповідальних за розробку програм і політики щодо ВІЛ; (ii) клінічні спеціалісти з ВІЛ-інфекцій; та (iii) представники ВІЛ-спільноти.

Епідемія ВІЛ в Україні та оцінка поширеності хвороби серед біженців

В Україні кількість нових діагнозів ВІЛ, яка зросла з 14 240 у 2016 році до 16 270 у 2019 році, трохи знизилась до 15 660 у 2020 році (де доступ до тестування на ВІЛ скоротився через пандемію COVID-19)

Рекомендоване цитування: Європейський центр профілактики та контролю захворювань. Робочі міркування щодо континуума послуг для ВІЛ-інфікованих біженців з України в ЄС / ЄЕЗ 5 липня 2022 року Стокгольм: ЄЦПКЗ; 2022 р.

Стокгольм, липень 2022 р.

© European Centre for Disease Prevention and Control, 2022. Дозволяється відтворення за умови зазначення джерела.

[6]. Близько 400-500 нових діагнозів ВІЛ реєструється щороку серед чоловіків-геїв і бісексуалів, причому приблизно 9 000-10 000 із них заражаються внаслідок гетеросексуальних контактів, а близько 5 000 – при вживанні ін'єкційних наркотиків [6].

У 2021 році в Україні нараховувалось 244 900 осіб, які живуть з ВІЛ, що становить 0,6 % населення країни [7]. Отже, якщо 5,6 мільйона переміщених осіб з України, які прибули до країн ЄС / ЄЕЗ до 9 травня 2022 року, [1] є представниками українців (рис. 1, сценарій 1), то кількість ВІЛ-інфікованих людей у ЄС / ЄЕЗ може бути більшою на 33 000-56 000 осіб. Однак така оцінка, ймовірно, є занадто високою, оскільки більшість людей, які залишають Україну, — це жінки та діти, тобто групи населення, в яких рівень поширеності ВІЛ, ймовірно, нижчий, ніж серед населення в цілому.

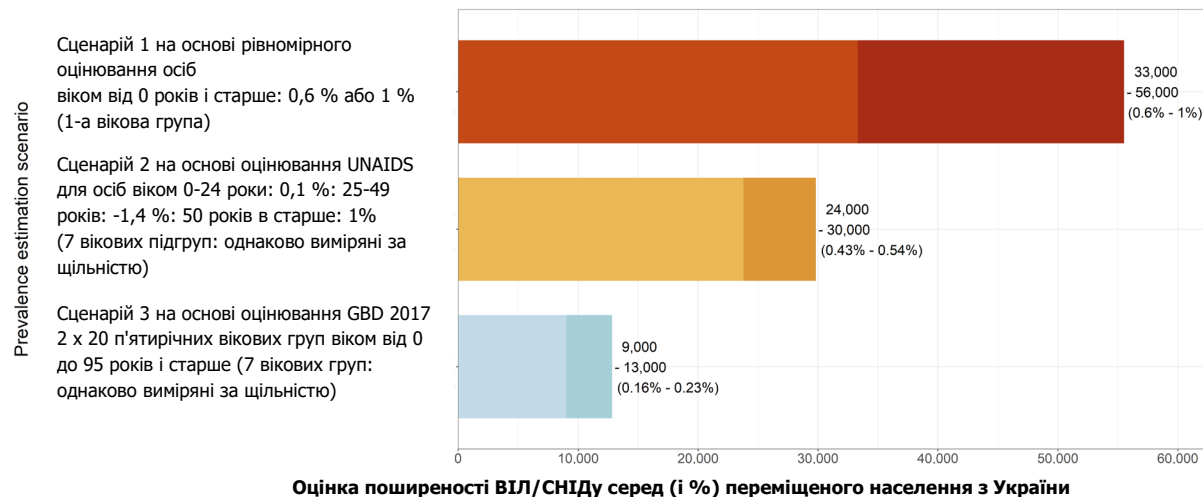
Щоб усунути невизначеності в демографічних даних українських біженців і отримати точнішу оцінку кількості українських біженців, які живуть з ВІЛ, за віком і статтю, ми припустили, що демографічні характеристики людей, переміщених з України, загалом подібні до демографічних показників людей з інших країн, які також були вимушено переміщені в минулому [8]. Ми оцінили невелику частку чоловіків-переселенців віком від 18 до 59 років, які змогли виїхати з України (батьки трьох і більше дітей можуть виїхати з країни) у 0,8 % домогосподарств із трьома і більше дітьми [9]. Після перерахунку всіх пропорцій ми оцінюємо, що серед українських біженців 56,8 % осіб були віком 0-17 років, 38,8 % дорослих жінок – віком від 18 років і 4,4 % дорослих чоловіків – віком від 18 років (із них 4,2 % осіб старше 60 років). Щоб дослідити точніше розподілення даних про поширеність ВІЛ за віком, ми розділили три вікові групи на сім підгруп,¹ а потім перерозподілили людей між групами або за рівною вагою, або за щільністю населення вікових груп в Україні.

Потім ми оцінили поширеність ВІЛ серед переміщених осіб за двома подальшими сценаріями на основі різних оцінок поширеності ВІЛ від UNAIDS [10] (рис. 1, сценарій 2) або Дослідження глобального тягаря захворювань, травм і факторів ризику (GBD) 2017 (рис. 1., Сценарій 3) [11]. За даними UNAIDS, поширеність ВІЛ в Україні становить 0,1 % серед осіб віком від 15 до 24 роки та 1,0 % серед осіб віком від 15 до 49 років [10]. На основі цих даних ми припустили, що поширеність становить 0,1 % серед осіб віком від 0 до 14 років і 1,0 % серед осіб віком старше 50 років. Враховуючи аналогічні дані щодо осіб віком 15-24 років, було застосовано дещо вищу частку для осіб віком 25-49 років (близько 1,4 %). У сценарії 3 змодельована поширеність ВІЛ за даними Дослідження глобального тягаря хвороб оцінювалася для України як для чоловіків, так і для жінок, а також в 20 різних вікових групах. Хоча жоден із трьох сценаріїв не позбавлений недоліків, вони містять певні детальні дані та відображають різні невизначеності. Усі три сценарії припускають, що серед ВІЛ-інфікованих немає тих, хто повернувся в Україну назавжди.

Використовуючи дані UNAIDS, [10] додаткова кількість людей з ВІЛ у ЄС / ЄЕЗ оцінюється в 24 000 - 30 000 осіб (відповідно 0,43 %-0,54 % переміщеного населення) (сценарій 2), і далі вона знижується до 9 000 - 13 000 осіб (0,16 %-0,23 %) за використання змодельованих оцінок GBD (сценарій 3). Ми вважаємо, що сценарії 2 і 3 є найбільш реалістичними, і, отже, орієнтовний діапазон становить десь від 10 000 до 30 000 українців з ВІЛ у ЄС / ЄЕЗ. Ця група потребуватиме лікування, догляду, тестування та надання інших профілактичних і допоміжних послуг.

¹ Ось ці сім вікових підгруп: 18-24 роки, 25-49 років, 50-59 років, 60-69 років, 70-79 років і 80 років і старше.

Рисунок 1. Оцінка поширеності ВІЛ серед переміщеного населення з України в ЄС / ЄЕЗ станом на 9 травня 2022 року



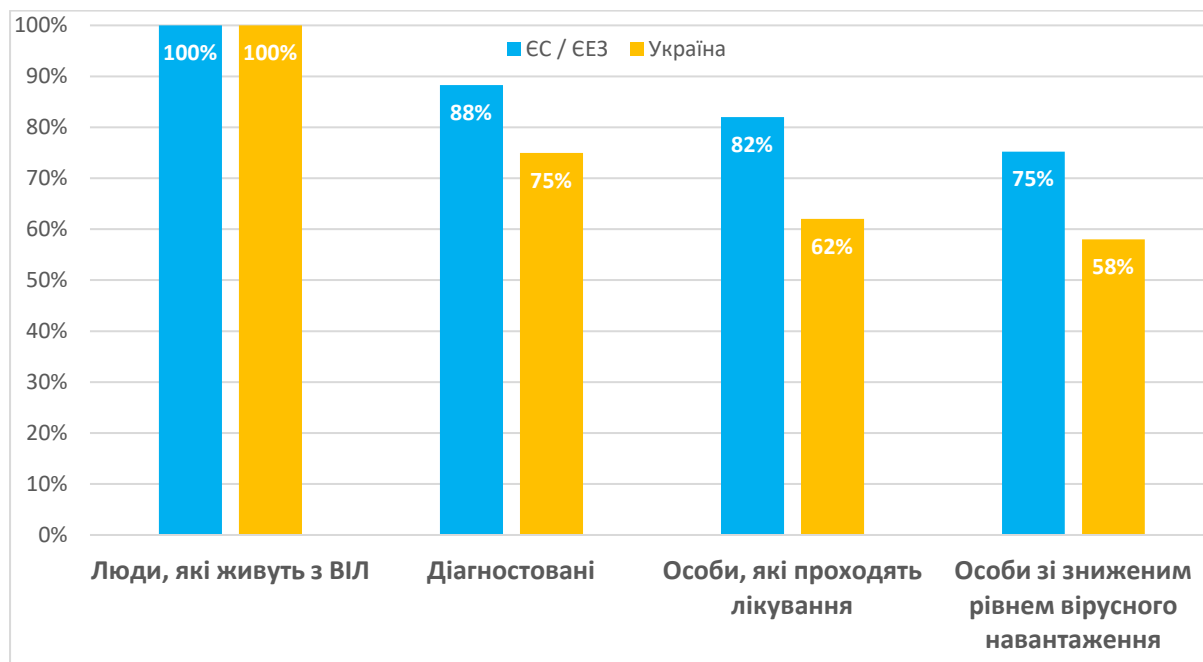
Оцінювання загальної кількості населення, переміщеного з України, базувалося на припущеній кількості осіб, які вїхали до Польщі, Румунії, Угорщини, Словаччини й Молдови - 5,6 мільйонів біженців (UNHCR, 9 травня 2022 р.)
Вікові групи визначалися відповідно до демографії попередніх переміщень за віком і статтю (UNHCR, 18 червня 2021 р.)
Ненульову частку переміщених чоловіків віком 18-59 років приблизно відносили до 0,8 % домогосподарств з трьома або більше дітьми (Державна служба статистики України, 2021 р.)

Континуум послуг для людей, що живуть з ВІЛ в Україні

Континуум послуг при ВІЛ-інфекції – це схема, яка забезпечує огляд успішності національної стратегії країни щодо тестування, лікування та досягнення зниження вірусного навантаження серед людей, які живуть з ВІЛ [12]. В рамках цієї схеми відстежується прогрес у досягненні цілей UNAIDS 90-90-90, що є маркером досягнення Цілей сталого розвитку щодо припинення епідемії СНІДу до 2030 року (SDG 3). До 2020 року поставлена мета полягає в тому, щоб діагностувати ВІЛ у 90 % людей, які живуть з цією інфекцією, забезпечити лікування 90 % осіб, кому вже встановлено такий діагноз, а також знизити вірусне навантаження для 90 % осіб, які вже отримують відповідне лікування. Досягнення цих цілей дозволить знизити вірусне навантаження для 73 % усіх людей, які живуть з ВІЛ [10]. Люди зі зниженим вірусним навантаженням (що визначається як показник менше 200 копій/мл) не можуть передавати ВІЛ [13].

У тісній співпраці з організаціями громадянського суспільства український уряд займав активну позицію на національному рівні щодо проблеми ВІЛ, досягнувши помітних успіхів у забезпеченні населення антиретровірусним лікуванням (АРТ) і зниженні шкоди цієї інфекції для здоров'я людей [10]. Однак, згідно з останніми даними, зібраними в опитуванні в рамках Дублінської декларації у 2022 році, приблизно 75 % із 244 900 людей, які живуть з ВІЛ в Україні, було встановлено діагноз, 62 % отримували АРТ, а у 58 % осіб спостерігалось зниження вірусного навантаження (Рисунок 2) [7]. Незважаючи на прогрес за останні кілька років, показники оцінювання континуума послуг для людей, що живуть з ВІЛ в Україні, не відповідають цілям UNAIDS, а також є нижчими за ті, які були досягнуті в ЄС / ЄЕЗ до 2021 року (рис. 2).

Рисунок 2. Оцінювання континуума послуг для людей, що живуть з ВІЛ в ЄС / ЄЕЗ та Україні (дані, зібрані у 2022 році)



Люди, які живуть з трансмісивним рівнем вірусу ВІЛ в Україні та переміщені особи

За даними на 2020 рік, в Україні 102 858 людей, які живуть з ВІЛ, мали трансмісивний рівень вірусу ВІЛ [14]. Таблиця 1 показує, до яких категорій належать ці люди (недіагностовані, діагностовані, але не отримали лікування, або отримали лікування, але вірусне навантаження ще не знижено) за трьома сценаріями відповідно до оцінювання приблизно п'яти мільйонів біженців (станом на 9 травня 2022 року).

Таблиця 1. Розподіл українських біженців із трансмісивним рівнем вірусу у ЄС / ЄЕЗ за сценаріями, дані від 2021 року

	Сценарій 1		Сценарій 2		Сценарій 3	
	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум
Орієнтовна кількість українських біженців, які живуть з ВІЛ	33 000	55 000	24 000	30 000	9 000	13 000
Орієнтовна кількість українських біженців, рівень вірусного навантаження яких не знижено до належного рівня	13 860	23 100	10 080	12 600	3 780	5 460
Недіагностовані	8 316	13 860	6 048	7 560	2 268	3 276
Діагностовані, але не отримують лікування	4 297	7 161	3 125	3 906	1 172	1 693
Отримують лікування, але вірусне навантаження ще не знижено	1 247	2 079	907	1 134	340	491

Згідно зі сценарієм 1, 8 316 - 13 860 (достовірний інтервал) українських біженців можуть жити з недіагностованою ВІЛ-інфекцією, порівняно з 6 048 - 7 500 і 2 268 - 3 276 за сценаріями 2 і 3 відповідно. Крім того, у 2020 році 54 % осіб, у яких вперше діагностували ВІЛ в Україні, мали рівень CD4 нижче 350 клітин/мкл, що характерно для пізнього діагностування ВІЛ [6]. Люди, у яких пізно діагностовано ВІЛ,

живуть із ВІЛ-інфекцією принаймні 3-5 років, мають підвищений ризик смертності порівняно з тими, у яких ВІЛ діагностовано своєчасно, і серед них може існувати високий ризик передачі вірусу, якщо вони займаються сексом без презервативів або не користуються засобами передінфекційної профілактики (PrEP).

Тестування на ВІЛ не тільки зменшує кількість недіагностованих людей з ВІЛ-інфекцією, але й є відповідною точкою для профілактики, лікування, догляду та підтримки. Ці послуги мають бути комфортними та безкоштовними для біженців в пунктах прийому незалежно від статусу резидентства. Однак країни ЄС / ЄЕЗ історично стикалися з проблемами під час надання медичної допомоги, зокрема послуг з тестування на ВІЛ серед переміщених осіб [15]. Оскільки більшість біженців – жінки та діти, розширене тестування в лікарнях, закладах первинної медичної допомоги та громадських установах може бути найбільш прийнятним середовищем для проведення таких процедур для українських біженців.

Європейське клінічне товариство зі СНІДу (EACS), ЄЦПКЗ, Європейська група з лікування СНІДу (EATG), Робоча група Європейських керівних принципів у Центральній та Східній Європі (ECEE) і Центр передового досвіду з охорони здоров'я, імунітету та інфекцій (CHIP) закликають до «забезпечення мережі спеціалізованих і доступних клінік для проведення тестування на ВІЛ» поряд з «тестуванням і лікуванням вірусних гепатитів, туберкульозу та інфекцій, що передаються статевим шляхом» [3]. Експерти пропонують проводити тестування на ВІЛ та інші віруси, що передаються через кров, як частину «загального медичного обстеження та обстеження осіб в разі госпіталізації для проведення будь-якого лікування». Завдяки такій інтеграції тестування постачальники медичних послуг зможуть оптимізувати можливості тестування та ресурси для надання більш комплексної допомоги, орієнтованої на пацієнта [3]. Крім того, щоб зменшити кількість втрачених можливостей для подальшого лікування, можна реалізувати інші стратегії тестування в клінічних умовах, зокрема планове тестування або тестування за бажанням, якщо це доречно, а також тестування, рекомендовані за наявності певних факторів ризику [15]. Тестування за місцем проходження лікування також може забезпечити спрощений скринінг і швидкий початок лікування. Самотестування на ВІЛ можна використовувати, коли неможливо забезпечити конфіденційність особи або за бажанням пацієнта [16].

Збільшення обсягів тестування не повинно бути тимчасовим заходом і має бути спрямоване на тих осіб, які мають ризик інфікування ВІЛ, шляхом розширення стратегії тестування населення на рівні громади [15]. Крім того, паралельно з тестуванням повинні проводитися профілактичні заходи, особливо для осіб, які мають ризик інфікування ВІЛ після прибуття до країни. Нещодавнє модельне дослідження показало, що значна частина випадків інфікування ВІЛ серед мігрантів та інших переміщених груп населення відбувається в країнах, до яких вони прибувають [17]. В той час як профілактичні програми пропонують комплексний підхід, який поєднує численні заходи, комбінована профілактика ВІЛ може мати більший вплив на запобігання передачі ВІЛ. Тому вкрай важливо, щоб програми для осіб, що живуть з ВІЛ, пропонували профілактичні та інші послуги, зокрема до- та постконтактну профілактику ВІЛ (PrEP та PEP), зменшення шкоди здоров'ю через інфікування, роздачу презервативів тощо, та відповідали потребам населення.

Взаємозв'язок між установами охорони здоров'я після діагностики ВІЛ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [18,19] та EACS [20] рекомендують розпочинати лікування ВІЛ одразу після підтвердженого діагнозу ВІЛ і клінічного оцінювання. Доведено, що початок лікування ВІЛ на ранній стадії покращує стан здоров'я та є більш економічним [19]. Тому швидке звернення до лікаря є таким же важливим, як і сам діагноз. Необхідно встановити чіткі шляхи, щоб зменшити затримки на початку лікування й витрати після повторного огляду. Відомо, що мігранти та інші мобільні верстви населення стикаються з багатьма індивідуальними, міжособистісними, організаційними, громадськими та політичними перешкодами на шляху до отримання медичного обслуговування [21]. Для українських біженців, які, можливо, страждають від психологічної травми через війну та сильного психологічного стресу, встановлення міцного зв'язку між лікувально-профілактичними установами забезпечить швидкий початок лікування із одночасним залученням інших відповідних служб, зокрема служб психологічної підтримки. Ці послуги мають надаватися з урахуванням певних культурних аспектів та бути доступними українською мовою. Необхідно особливо зміцнити взаємозв'язок між установами місцевих громад, де проводиться тестування на ВІЛ, оскільки такі установи можуть не мати достатніх можливостей для надання допомоги ВІЛ-інфікованим. Крім того, якщо кількість біженців продовжить зростати, підвищений попит на послуги на рівні громади потребуватиме посилення підтримки, щоб запобігти випадкам неможливості подальшого спостереження [22].

Кількість людей, які знаходяться на антиретровірусній терапії

В Україні догляд за пацієнтами та лікування ВІЛ-інфекції надаються безкоштовно в державних профільних клініках по всій країні [23]. За даними 2021 року, 83 % людей з діагнозом ВІЛ в Україні отримували АРТ, що становить 62 % усіх людей з ВІЛ [14]. Орієнтовна кількість українських біженців з діагностованою ВІЛ-

інфекцією, які не отримують лікування, коливається від 4 297 до 7 161 у сценарії 1, від 3 125 до 3 906 у сценарії 2 та від 1 172 до 1 693 у сценарії 3 (див. таблицю 1).

Щоб забезпечити безперервність медичної допомоги, приймаючі країни повинні забезпечити безкоштовну АРТ незалежно від статусу резидентства тієї чи іншої особи. Обмежений доступ до АРТ призводить до підвищеного ризику захворювання, смерті, появи резистентних штамів і можливої подальшої передачі інфекції.

Щодо продовження догляду за пацієнтами, які отримують АРТ, Європейське регіональне бюро ВООЗ [16] детально окреслило основні критерії для продовження догляду за особами, які живуть з ВІЛ, які втекли з України, враховуючи використання будь-якої доступної інформації щодо вірусного навантаження РНК ВІЛ та кількості лімфоцитів CD4+, попереднього / поточного лікування і будь-яких побічних ефектів, а також будь-яких хронічних неінфекційних станів чи супутніх інфекцій для продовження лікування.

Після відповідної оцінки згідно з національними і консолідованими настановами ВООЗ [16,18] щодо ВІЛ, терапію слід розпочинати або продовжувати відповідно до національних рекомендацій, беручи до уваги рекомендовану ВООЗ схему або, якщо це неможливо, іншу схему, рекомендовану ВООЗ або ЕАСС, або інше рекомендоване антиретровірусне лікування першої лінії.[20] Рекомендовано забезпечити біженців АРТ у достатній кількості протягом 90 днів лікування, [16] але в разі довгострокового перебування в країні мають бути розроблені спеціальні плани, які дозволили б забезпечити АРТ з гарантією доступності для пацієнтів, оскільки зростає занепокоєність щодо довгострокового надання послуг і наслідків перевантаження і без того завантажених систем охорони здоров'я [22].

Кількість людей, у яких спостерігалось зниження вірусного навантаження

Загалом у 2021 році 94 % осіб, які отримували лікування, спостерігали зниження вірусного навантаження, що становить 58 % усіх ВІЛ-інфікованих в Україні людей [6]. Орієнтовна кількість українських біженців, які отримують лікування, але вірусне навантаження ще не знизилось до необхідного рівня, коливається від 1 247 до 2 079 у сценарії 1, від 907 до 1 134 у сценарії 2 та від 340 до 491 у сценарії 3 (див. таблицю 1).

Це означає, що за сценарієм 1 від 13 860 до 23 100 людей з ВІЛ в Україні можуть мати трансмісивні рівні вірусу (разом із особами, які не були діагностовані та не отримали лікування, а також тими, у кого вірусне навантаження ще не знизилось). Цей показник становить від 10 080 до 12 600 та від 3 780 до 5 460 за сценаріями 2 і 3 відповідно (див. таблицю 1).

Крім розширення масштабів послуг з тестування, важливо, щоб українські біженці, які отримують лікування від ВІЛ, мали постійний доступ до АРТ, регулярного моніторингу та догляду для дотримання курсу лікування з метою досягнення зниженого рівня вірусного навантаження.

Щоб отримати повну інформацію про рекомендовані принципи клінічного ведення ВІЛ-інфікованих біженців з України, зверніться до Європейського регіонального бюро ВООЗ «Стандартизований протокол клінічного ведення та обміну медичними даними для біженців з України, які живуть з ВІЛ» [16].

Зменшення стигматизації та важливість надання підтримки, житла та джерел доходу

Серед біженців з України значно більша кількість жінок і дітей, ніж чоловіків, і ця категорія населення може мати психологічні травми через невизначене майбутнє, нестабільність в плані житла та доходів. У цьому контексті біженці, які живуть з ВІЛ або знаходяться в групі ризику зараження ВІЛ, навряд чи будуть прагнути отримати доступ до тестування на ВІЛ і послуг з догляду в якості свого безпосереднього пріоритету. Це може ускладнюватися стигматизацією та занепокоєнням щодо впливу позитивного діагнозу на статус резидентства тієї чи іншої особи.

Важливо, щоб відповідні служби швидко розвивали надання послуг з урахуванням певних культурних аспектів, які б чітко позначали прагнення до гостинного прийому біженців в країні і були б безкоштовними для всіх, щоб зменшити ризик смертності від ВІЛ, якій можна запобігти, а також ризик захворюваності, пов'язаної з ВІЛ, і подальшої передачі ВІЛ. Безкоштовне тестування та лікування в пунктах прийому біженців принесе користь не лише особам, які отримують допомогу, але й країнам, у яких вони залишаються, запобігаючи підвищенню витрат на лікування та погіршенню стану здоров'я в середньостроковій та довгостроковій перспективі. Потрапивши до установ, де надаються послуги з лікування та догляду за ВІЛ-інфікованими, люди, які живуть з ВІЛ, зможуть визначити пріоритетність лікування та догляду, лише якщо вони матимуть безпечне житло, дохід і підтримку. Подолання стигматизації та соціального контексту окремих біженців має вирішальне значення для реагування громадської системи охорони здоров'я на вплив української війни на епідемію ВІЛ у Європі.

Загальні зауваження

Експерти наголошують на нагальній необхідності «розробити та впровадити національні плани надання безкоштовної та легкодоступної допомоги ВІЛ-інфікованим, зокрема надання антиретровірусної терапії, терапії супутніх інфекцій, профілактики умовно-патогенних інфекцій та терапії опіатними агоністами, де це необхідно, для громадян України». [3]

Приймаючим країнам рекомендовано створювати й поширювати засоби інформування переміщених українців, у тому числі за допомогою перекладених матеріалів, щодо їхнього права на отримання медичної допомоги, зокрема послуг з лікування і профілактики ВІЛ-інфекції, а також спрощувати адміністративні процеси для підвищення доступності послуг для біженців.

ВІЛ все ще асоціюється зі стигмою та дискримінацією в Україні, [24] тому послуги також мають бути доступними українською мовою з наявністю громадських перекладачів, які можуть діяти в якості культурних посередників.

Примітка

Важливо зазначити, що оскільки ситуація в Україні продовжує розвиватися, виникають непередбачені наслідки, які вплинуть на здатність країн ЄС / ЄЕЗ ефективно реагувати на виклики, що виникають. Отже, ключові міркування, висвітлені в цьому оцінюванні, відображають найдостовірніші доступні дані та відповідні проблеми на момент зустрічі. Однак вони можуть змінюватися, тому їх потрібно буде постійно переглядати й оновлювати.

Автори

Теймур Нурі (ЄЦПКЗ), Анастасія Фарріс (ЄЦПКЗ), Френк Сендманн (ЄЦПКЗ), Лорен Комбс (CHIP), Енн Раахауге (CHIP), Елісон Браун (UKHSA).

Список посилань

1. Operational Data Portal: Ukraine refugee situation. UNHCR. 2022. Available at: <https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine>
2. The Council of the European Union. Council Implementing Decision (EU) 2022/382 of 4 March 2022 on establishing the existence of a mass influx of displaced persons from Ukraine within the meaning of Article 5 of Directive 2001/55/EC, and having the effect of introducing temporary protection. Brussels: Official Journal of the European Union; 2022. Available at: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2022.071.01.0001.01.ENG&toc=OJ%3AL%3A2022%3A071%3ATOC
3. European AIDS Clinical Society, Euroguidelines in Central and Eastern Europe (ECEE) network group, WHO Collaborating Centre at the Centre of Excellence for Health Immunity and Infections. Ensuring high-quality HIV care for displaced people from Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available at: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2022/joint-statement-ecdc-and-who-ensuring-high-quality-of-hiv-care-for-displaced-people-from-ukraine>
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS urges protection and continuity of health and HIV services for people living with and affected by HIV in Ukraine. Geneva: UNAIDS; 2022. Available at: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/february/20220225_ukraine
5. Vasylyev M, Skrzat-Klapaczyńska A, Bernardino JI, Săndulescu O, Gilles C, Libois A, et al. Unified European support framework to sustain the HIV cascade of care for people living with HIV including in displaced populations of war-struck Ukraine. The Lancet HIV. 2022 06;9(6):e438-e448.
6. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2021 – 2020 data. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2021-2020-data>
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Dublin Declaration 2021 data [Unpublished].
8. Figures at a glance. UNHCR. 2021. Available at: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>

9. Statistical yearbook of Ukraine. Kyiv: State Statistics Service of Ukraine; 2021. Available at: http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/11/Yearbook_2020_e.pdf
10. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS Monitoring 2019: Ukraine Summary. Geneva: UNAIDS; 2020. Available at: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR_2020_countryreport.pdf
11. Frank TD, Carter A, Jahagirdar D, Biehl MH, Douwes-Schultz D, Larson SL, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2017, and forecasts to 2030, for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017. *The Lancet HIV*. 2019 2019/12/01/;6(12):e831-e59. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352301819301961>
12. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014. Available from: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
13. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*. 2019 2019/06/15/;393(10189):2428-38. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673619304180>
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Continuum of HIV care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2020 progress report. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-continuum-care-monitoring-implementation-dublin-declaration.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2018 progress report. Stockholm: ECDC; 2019. Available at: www.ecdc.europa.eu/en/publications/hiv-migrants-monitoring-implementation-dublin-declaration-2018-progress-report.
16. World Health Organization Regional Office for Europe. Standardized protocol for clinical management and medical data-sharing for people living with HIV among refugees from Ukraine. Copenhagen: WHO; 2022. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353083>
17. Pantazis N, Rosinska M, van Sighem A, Quinten C, Noori T, Burns F, et al. Discriminating Between Premigration and Postmigration HIV Acquisition Using Surveillance Data. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2021;88(2):117-24. Available at: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2021/10010/Discriminating_Between_Premigration_and.1.aspx
18. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, 2021 update. Geneva: WHO; 2021. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899>
19. World Health Organization Regional. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization; 2015. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186275/9789241509565_eng.pdf
20. European AIDS Clinical Society. Guidelines version 11.0 October 2021. Brussels: EACS; 2021. Available at: <https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/>
21. Arora AK, Ortiz-Paredes D, Engler K, Lessard D, Mate KKV, Rodriguez-Cruz A, et al. Barriers and Facilitators Affecting the HIV Care Cascade for Migrant People Living with HIV in Organization for Economic Co-Operation and Development Countries: A Systematic Mixed Studies Review. *AIDS Patient Care STDS*. 2021 Aug;35(8):288-307. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34375137>
22. Holt E. Providing care for Ukrainian refugees with HIV. *Lancet HIV*. 2022 06;9(6):e378.
23. Rozanova J, Zezulina O, Rich KM, Altice FL, Kiriazova T, Zaviryukha I, et al. An expanding HIV epidemic among older adults in Ukraine: Implications for patient-centered care. *PLoS One*. 2021;16(9):e0256627. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34591848>
24. Kaidanovych Nadiia. Fighting HIV stigma and discrimination in Ukraine: Some progress, but still a long way to go Kyiv: United Nations Development Programme in Ukraine; 2020. Available at: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/en/home/presscenter/articles/2020/fighting-hiv-stigma-and-discrimination-in-ukraine--some-progress.html>

