

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ • МІКРОБІОЛОГІЯ • ВІРУСОЛОГІЯ
ПАРАЗИТОЛОГІЯ • ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Заснований у 1922 році
Поновлений у 2007 році

№ 3-4 (27)/2016
(ДОДАТОК)

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Видається щоквартально

Свідоцтво про державну реєстрацію KB №13720-2694 ПР від 05.03.2008 р.

ЗМІСТ

ВСТУПНЕ СЛОВО 9

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ

- Аваліані Н., Яременко О.*
Оцінка політико-правового середовища
для усунення нормативно-правових перешкод
на шляху до досягнення “цілей 90–90–90” 11
- Алексєєва А.І.*
Тенденції у діагностиці основних опортуністичних
інфекцій та станів у ВІЛ-інфікованих осіб
за даними епідеміологічного моніторингу 12
- Алексєєва А.І., Нгуєн І.В., Круглов Ю.В.*
Динаміка виявлення деяких супутніх патологій
та станів у осіб з вперше встановленим
діагнозом ВІЛ-інфекції в Україні 14
- Ахтирський О.І., Скороходова Н.О.,
Яновський А.В., Левіч А.В.*
Соціально-психологічна допомога хворим
на ТБ/ВІЛ в умовах Запорізького обласного
протитуберкульозного диспансера 15
- Бабій Н.О., Щербінська А.М.*
Резистентні штами ВІЛ у дітей з неефективною
антиретровірусною терапією 17
- Балакірева О.М., Павлова Д.М., Чек І., Мішра Ш.,
Ісак Ш., Бланшар Дж., Беккер М.*
Ризики раннього інфікування ВІЛ
серед молодих жінок (на прикладі м. Дніпро) 18
- Балакірева О.Н., Сакович О.Т.*
Оцінка ситуації у країні з метою посилення
компонента по роботі з підлітками в рамках
національної програми ВІЛ/СНІД 20
- Балакірева О.М., Бондар Т.В., Єленєва І.І.,
Каланча К., Лук'янова Н.Л.*
Оцінка потенціалу надавачів послуг забезпечити
гендерно орієнтовані послуги ВІЛ-позитивним
жінкам, зокрема з груп підвищеного ризику
серед внутрішньо переміщених осіб 21

CONTENTS

INTRODUCTION 9

MATERIALS OF THE CONFERENCE

- Avaliani N., Yaremenko O.*
Legal environment assessment for removing
legal and policy barriers to achieving
“90–90–90 targets” 11
- Aleksieieva A.I.*
Structure conditions and diseases caused
by the human immunodeficiency virus (HIV)
among the first reported cases in Ukraine 12
- Aleksieieva A.I., Nguyen I.V., Kruglov Yu.V.*
Trends in the diagnosis of major opportunistic
infections and conditions in HIV-infected persons
in Ukraine, according to epidemiological monitoring... 14
- Ahtyrskyy O.I., Skorokhodova N.O.,
Yanovsky A.V., Levich A.V.*
Psychosocial support for patients
with TB/HIV in terms of Zaporizhzhya
Regional TB Dispensary 15
- Babii N.O., Scherbinska A.M.*
Drug resistant HIV strains in HIV-infected children
with ineffective antiretroviral therapy 17
- Balakireva O.M., Pavlova D.M., Cheuk E., Mishra S.,
Isak S., Blanchard J., Becker M.*
Risks of early hiv infection among young women
(using the example of Dnipro) 18
- Balakireva O.M., Sakovych O.T.*
Strengthening the adolescent component
of national HIV/AIDS programme
through country assessment 20
- Balakireva O.M., Bondar T.V., Yelienieva I.I.,
Calancea C., Lukianova N.L.*
Assessment of providers' potential to ensure
gender oriented services to HIV-positive women,
particularly from high risk groups among internally
displaced persons 21

<i>Басенко А.І., Чешун О.П.</i> На шляху до пробації. Профілактика ВІЛ-інфекції та інших соціально-небезпечних захворювань серед осіб, покарання яких не пов'язане з позбавленням волі в кримінально-виконавчій інспекції 23	<i>Basenko A., Cheshun O.</i> On the way to probation. Prevention of HIV-infection and other social dangerous diseases in criminal executive inspection institutions among persons whose sentence does not involve imprisonment 23
<i>Бугаєнко Н.С., Антоненко Ж.В., Юрченко О.В., Ніколко М.В.</i> Результати покращення залучення ЛЖВ до медичних послуг у м. Києві 24	<i>Bugaienko, N.S., Antonenko Zh.V., Yurchenko O.V., Nikolko M.V.</i> Results of Improving Linkage of PLHIV to Medical Care in Kyiv City 24
<i>Бургай О.С., Коломієць В.П.</i> Сучасні моделі стійкості замісної підтримувальної терапії 26	<i>Burgay O., Kolomiets V.</i> Current development of sustainable MAT models 26
<i>Бургай О.С., Філіппович С.А., Єрьоміна Г.І., Павлюк І.І.</i> Впровадження сучасних підходів до лікування вірусного гепатиту С серед представників груп найвищого ризику із ВІЛ-позитивним статусом 27	<i>Burgay O., Filippovych S., Yeremina G, Pavliuk I.</i> Implementation modern approaches to HCV treatment among representatives of key risk groups with HIV-positive status 27
<i>Бухаленкова Т.В., Бургай О.С.</i> Використання портативних CD4-аналізаторів (PIMA) в Україні у рамках програми глобального фонду 29	<i>Bukhalenkova T, Burgay O.</i> Using portable PIMA CD4 analyzers in Ukraine under the Global Fund Program 29
<i>Валецький Ю.М., Макаренко О.І., Дудко І.В., Валецький Р.Ю., Валецька Р.О., Валецький Ю.Ю., Седлярук Д.А.</i> Структура випадків ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз 30	<i>Valecky Yu.M., Makarenko O.I., Dudko I.V., Valecky R.Yu., Valetska R.O., Valecky Yu.Yu., Sedlyaruk D.A</i> Structure of incidents of co-infections on AIDS/ tuberculosis 30
<i>Валецький Ю.М., Макаренко О.І., Дудко І.В., Валецький Р.Ю., Валецька Р.О., Седлярук Д.А., Валецький Ю.Ю.</i> Смертність хворих на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз 31	<i>Valecky Yu.M., Makarenko O.I., Dudko I.V., Valecky R.Yu., Valetska R.O., Sedlyaruk D.A., Valecky Yu.Yu.</i> Mortality of patients with co-infection of HIV/TB 31
<i>Варбан М.Ю.</i> Гендерно-чутливі послуги, як дієвий механізм досягнення мети 90–90–90 32	<i>Varban M.</i> Gender-sensitive services as effective mechanism for achieving the goal 90–90–90 32
<i>Варецька О.</i> Моніторинг лікувального каскаду серед груп ризику: підходи та результати 34	<i>Varetska O.</i> Treatment cascade monitoring among key populations: approaches 34
<i>Варига В.В., Виноградова О.А.</i> Робота з внутрішньою стигмою людей, які живуть з ВІЛ: досвід проекту USAID I RESPECT” 34	<i>Varyha V.V., Vinogradova O.A.</i> Dealing with internal stigma of people living with HIV: USAID/RESPECT Project model 34
<i>Видиборець Т.В.</i> 41000 Консультатій в рік: ВІЛ-сервіс очима пацієнтів. Досвід роботи “Загальнонаціональної гарячої лінії з питань ВІЛ/СНІДу та туберкульозу” ... 36	<i>Vydyborets T.V.</i> 41000 consultations per year: HIV services in patients eyes. The experience of “National HIV/AIDS and tuberculosis Hotline” 36
<i>Волікова О.О., Шостакович-Корецька Л.Р., Литвин К.Ю., Кушнерова О.А., Петулько А.П., Панікова Т.М.</i> Лабораторна діагностика рівня імуносупресії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів 37	<i>Volikova O.O., Shostakovych-Koretskaya L.R., Lytvyn K.Y., Kushnerova E.A., Petulko A.P., Panikova T.M.</i> Laboratory diagnosis of immunosuppression in HIV-infected patients 37
<i>Гатіятуллін О.Р.</i> Національний превентивний механізм як інструмент моніторингу права на здоров'я ув'язнених — результати та перспективи 39	<i>Gatiiatullin O.R.</i> National Preventive Mechanism as Monitoring Tool the Right to Health of Prisoners — Results and Perspectives 39
<i>Гвоздецька О.М., Іляшова С.І., Печенога І.П., Луцюк І.В., Гатіятуллін О.Р.</i> Реформування системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України 40	<i>Gvozdetska O., Illiashova S., Pechenoga I., Lutsuyk I., Gatiiatullin O.</i> Health Reform in Ukraine State Penitentiary Service of Ukraine 40
<i>Гетьман Л.І., Воронова К.В., Рябінчук М.В.</i> Оцінка клінічних компетенцій медичних працівників закладів охорони здоров'я, що надають антиретровірусну терапію 42	<i>Getman L.I., Voronova K.V, Rabinchuk M.V</i> Assessment of clinical competencies of medical staff on ART sites 42
<i>Гетьман Л.І., Щербінська А.М., Соболева Я.В., Рябоконт С.В., Старіченко Т.М., Гриценко Т.В., Міщенко О.Л., Старіченко І.М.</i> Оцінка професійних ризиків інфікування збудниками гемотрансмісивних інфекцій серед медичних працівників м. Києва та Київської області 43	<i>Getman L.I., Scherbinska A.M., Soboleva Ya.V., Riabokon S.V., Starichenko T.N., Gritsenko T.V., Mischenko A.L., Starichenko I.N.</i> Assessment of occupational risk of infection by pathogens transfusion-transmissible infections among health care workers Kyiv and Kyiv region 43

<i>Гончаров В.А., Котлик Л.С., Чернявская С.С., Ситникова Е.В., Скопенко А.В., Есипенко С.В., Студзинский В.Р., Садкова А.Б.</i> Выявление антител к ВИЧ-1/ВИЧ-2 при тестировании беременных женщин методом иммунного блотинга.....	<i>Goncharov V.A., Kotlik L.S., Chernjavskaja S.S., Sytnikova E.V., Skopenko A.V., Yesipenko S.V., Studzinsky V.R., Sadkova A.B.</i> Determination of HIV1/HIV2 antibodies on pregnant testing by immunoblotting.....	44	44
<i>Григорьева И.Ю.</i> Особенности психологического консультирования и психокоррекции ВИЧ-инфицированных пациентов.....	<i>Grigorieva I.Yu.</i> Features of psychological counseling and therapy of HIV-infected patients.....	45	45
<i>Грижак І.Г., Пришляк О.Я., Дьоміна Н.М., Місюра В.О., Герасимчук Л.О., Грижак Л.Р.</i> Аналіз активності епідемії ВІЛ-інфекції в Івано-Франківській області.....	<i>Hryzhak I.G., Pryshlyak O.Ya., Demina N.M., Misyura V.A., Gerasymchuk L.A., Hryzhak L.R.</i> Analysis of activity of the HIV epidemic in the Ivano-Frankivsk region.....	47	47
<i>Гудюк Н.А., Миронюк І.С.</i> Використання регіональної форми моніторингу в забезпеченні епіднагляду за розвитком епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області.....	<i>Hudyuk N.A., Myronyuk I.S.</i> Using a regional monitoring form to provide surveillance for the development of HIV / AIDS in the Transcarpathian region	48	48
<i>Давиденко Н., Нечосіна О.</i> Пілотування механізму соціального замовлення соціальних послуг щодо ВІЛ на місцевому рівні.....	<i>Davydenko N., Nechosina O.</i> Piloting social contracting mechanism for the provision of HIV social services at the local level.....	49	49
<i>Демченко И.Л., Булыга Н.А., Латыпов А.Б., Шевченко М.В.</i> Анализ рабочей нагрузки и временных затрат медицинских работников на предоставление ВИЧ-услуг в 7 регионах Украины	<i>Demchenko I.L., Bulyha N.A., Latypov A.B., Shevchenko M.V.</i> Workload analysis and service standards for the provision of HIV/AIDS services by medical personnel in seven regions of Ukraine.....	51	51
<i>Дрозд Р.А., Соляник О.Л.</i> Модель інтегрованої допомоги особам з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ та хворим на МРТБ	<i>Drozd R.A., Solyanik A.L.</i> Model of integrated assistance to people with co-infection of HIV/TB and patients with MDRTB	53	53
<i>Думчев К., Сазонова Я., Варецька О., Смирнов П.</i> Тенденції захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН, ЧСЧ і РКС, які є клієнтами програм профілактики в Україні	<i>Dumchev K., Sazonova Y., Varetska O., Smyrnov P.</i> HIV Incidence Trends Among PWID, MSM and CSW Using Prevention Services in Ukraine	54	54
<i>Живиця Д.Г., Казека В.Г., Живиця Л.В., Пономаренко Г.Ф., Лимар С.К.</i> Залежність змін сироваткових рівнів тиреотропного гормону, гормонів щитоподібної залози та наднирників від ступеня імуносупресії у хворих на ВІЛ-інфекцією	<i>Zhyvytsia D., Kazeka V., Zhyvytsia L., Ponomarenko H., Lyamar S.</i> Dependence of serum thyroid-stimulating hormone, thyroid hormone and adrenal glands hormone on the degree of immunosuppression in patients with HIV-infection	56	56
<i>Живиця Д.Г., Казека В.Г.</i> Вплив терапії агоністами опіоїдів на вірусологічну ефективність АРТ у хворих з ВІЛ-інфекцією, які споживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом.....	<i>Zhyvytsia D., Kazeka V.</i> Effect of opioid agonist treatment on the virological efficiency of ART in HIV-positive injecting drug users.....	57	57
<i>Жилка Н.Я., Марциновська В.А., Тарасова Т.А., Раус І.В.</i> Інноваційні підходи до профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини	<i>Zhylyka N.Y., Martsynovska V.A., Tarasova T.A., Raus I.V.</i> The innovative approaches to the prevention of HIV transmission from mother to child	59	59
<i>Ісаєва Н.</i> Важливість значимої участі спільнот ключових груп населення в реалізації комплексних програм з профілактики ВІЛ в Україні. Розширення можливостей КГН	<i>Isaeva N.</i> Role of the meaningful involvement of key populations into the implementation of the comprehensive HIV programs in Ukraine. Empowerment of key populations.....	60	60
<i>Квасневська Ю., Лопатіна Я., Федоров С.</i> Тестування на віл швидкими тестами у ЗОЗ та на рівні спільнот, як ефективні кроки досягнення першої стратегічної цілі FAST TRACK	<i>Kvasnevskaya J., Lopatina Y., Fedorov S.</i> HIV rapid testing in clinical and non-clinical settings as an effective way to achieve first strategic goal of FAST TRACK.....	62	62
<i>Кисельова Г., Волоха А., Бейлі Х., Торн К., Нізова Н., Марциновська В., Джадд А., Малуца Р.</i> Особливості та проблеми медичного і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих підлітків в Україні.....	<i>Kyseleva G., Volokha A., Bailey H., Thorn K., Nizova N., Martsynovska V., Judd A., Malyuta R.</i> Peculiarities and Problems in Medical and Social Care of HIV-infected in Ukraine	64	64
<i>Кислих О.М.</i> Швидкі тести для самотестування на ВІЛ: сьогодення і перспективи.....	<i>Kyslykh O.M.</i> Rapid tests for HIV self-testing: present and future	65	65
<i>Ключарев К.О.</i> Внедрение заместительной поддерживающей терапии на базе частной клиники	<i>Klyucharev K.O.</i> The introduction of substitution maintenance therapy on the basis of a private clinic	66	66

<i>Колеснікова І.П., Степанський Д.О., Дараган Г.М., Марченко Н.Є., Романенко Т.А.</i> Питання реалізації стратегії “FAST TRACK” та роль центрів первинної медико-санітарної допомоги в системі громадського здоров’я у Дніпропетровській області	68	<i>Kolesnikova I.P., Stepanyk D.O., Daragan G.M., Marchenko N.E., Romanenko T.A.</i> The issue of implementing the strategy “FAST TRACK” and the role of centers of primary care in the public health system in Dnipropetrovsk region	68
<i>Комар О.І., Масюк Л.А.</i> Аналіз епідеміологічної ситуації з ко-інфекції ТБ/ВІЛ у Волинській області.....	69	<i>Komar A.V., Masyuk L.A.</i> The analysis of the epidemiological situation of co-infection of TB/HIV in the Volyn region	69
<i>Кондратенко Т.А., Саухат С.Р., Тютюнькова Н.Г., Максимова Е.А., Черниговец Л.Ф., Дорофеева І.К., Логвин Ф.В., Воронцов Д.В., Шемшюра А.Б.</i> Оценка характера эпидемиологического процесса ВИЧ-инфекции на юге России на основе данных о циркуляции генетических субтипов ВИЧ-1.....	71	<i>Kondratenko T.A., Saukhat S.R., Tiutiun'kova N.G., Maksimova E.A., Chernigovets L.F., Dorofeeva I.K., Logvin F.V., Vorontsov D.V., Shemshura A.B.</i> Character evaluation of epidemiological process of HIV-infection in the south of Russia based on the data concerning the HIV-1 genetic subtypes circulation.....	71
<i>Кондратенко Т.А., Саухат С.Р., Тютюнькова Н.Г., Максимова Е.А., Черниговец Л.Ф., Дорофеева І.К., Логвин Ф.В., Воронцов Д.В., Матушкова А.Н.</i> Профилірование рисков как инструмент повышения эффективности системы мониторинга и оценки комбинированной профилактической и противоэпидемической работы при ВИЧ-инфекции	72	<i>Kondratenko T.A., Saukhat S.R., Tiutiun'kova N.G., Maksimova E.A., Chernigovets L.F., Dorofeeva I.K., Logvin F.V., Matuskova A.N.</i> Risk profiling as the instrument of effectiveness increase of monitoring and evaluation system of combined prophylactic and anti-epidemic measures in HIV-infection.....	72
<i>Кондратюк С.В.</i> Вплив патентної реформи на перспективи генеричного доступу в Україні.....	74	<i>Kondratyuk S.V.</i> Influence of Patent Law Reform on Perspective of Access to Generic Medicines in Ukraine.....	74
<i>Кравчук В.О., Фесовець Н.С., Ординський М.Л.</i> Про попередні результати реалізації пілотного проекту щодо утворення об'єднаного відділу МІО ВІЛ/ТБ у Рівненській області.....	75	<i>Kravchuk V., Fesovets N., Ordynskiy M.</i> Preliminary results of pilot project for department of joint M & E of HIV / TB in Rivne	75
<i>Крушинська Т.Ю.</i> Роль базової медичної освіти у забезпеченні сталої відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції.....	76	<i>Krushinska T.Y.</i> The role of basic medical education in sustainable response to the epidemic of HIV-infection.....	76
<i>Кузін І., Яцик В., Шаповал Г., Юр'єва І.</i> Використання методики Clinical assessment for system strengthening для оцінки потенціалу та підвищення ефективності функціонування закладів охорони здоров'я	77	<i>Kuzin I., Yatsyk V., Shapoval A., Yuryeva I.</i> Application of Clinical Assessment for System Strengthening (CIASS) Methodology For Monitoring Of Healthcare Facility Activities.....	77
<i>Курдус О.В., Кузін І.В., Кошикова А.А., Краснопольська Т.Є.</i> Розробка та впровадження єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції в Україні.....	79	<i>Kurdus O., Kuzin I., Koshikova A., Krasnopol'ska T.</i> Development and implementatin of electronic system for epidemiological and clinical monitoring of HIV-infection in Ukraine	79
<i>Кушнерова О.А., Шостакович-Корецька Л.Р., Волікова О.О., Литвин К.Ю.</i> Зміни імунологічних показників та показників вірусного навантаження ВІЛ у хворих на ВІЛ-інфекцію з ко-інфекцією вірусом Епштейна–Барр	80	<i>Kushnerova E.A., Shostakovych-Koretskaya L.R., Volikova O.O., Lytvyn K.Y.</i> Changes of immune indices and indicators of HIV viral load in patient with HIV co-infection Epstein–Barr virus	80
<i>Латыпов А.Б., Демченко И.Л., Булыга Н.А., Гольцас Л.И., Звинчук А.В.</i> Мотиваторы и стимулы труда медицинских работников, предоставляющих ВИЧ-услуги в Украине: результаты количественного и качественного исследований в 7 регионах Украины	82	<i>Latypov A.B., Demchenko I.L., Bulyha N.A., Holtsas L.I., Zvinchuk A.V.</i> Motivators and incentives for provision of HIV/AIDS services by medical personnel in Ukraine: findings from quantitative and qualitative studies in seven regions of Ukraine	82
<i>Леоненко-Бродецька О.М., Мацегора Н.А.</i> Інтегрована допомога пацієнтам протитуберкульозного диспансеру	83	<i>Leonenko-Brodetska O.M., Matsegora N.A.</i> Integrated help for patients of TB dispensary.....	83
<i>Лепілова А., Масюк Л., Алексєєва А., Нгуєн І.</i> Ко-інфекція ВІЛ/туберкульоз: динаміка епідеміологічної ситуації в Україні	84	<i>Lepilova A., Masyuk L., Aleksieieva A., Nhuyen I.</i> Co-infection of HIV/TB: dynamics of epidemiological situation in Ukraine.....	84
<i>Логінова О.Є.</i> Комплексний підхід до надання послуг ЛЖВ на прикладі інтеграції програм в сфері охорони здоров'я та розвитку економічної самостійності.....	86	<i>Loginova O.</i> Integrated approach to the provision of services to people living with HIV by the example of integration programs in the health and development of economic independence	86

<i>Лопатіна Я.В., Квасневська Ю.В., Федоров С.В., Тяпкін Г.М.</i> Ефективні моделі повернення пацієнтів до медичного нагляду.....	87	<i>Lopatina Y., Kvasnevskaya J., Fedorov S., Tyapkin G.</i> Effective HIV care models based on quality assessment.....	87
<i>Льольчук М.Г., Мищенко О.Л., Гриценко Т.В., Щербінська А.М.</i> Оцінка індикаторів раннього попередження медикаментозної резистентності ВІЛ в закладах України, що надають антиретровірусну терапію.....	88	<i>Lyulchuk M.G., Mishchenko A.L., Gritsenko T.V., Scherbinskiy A.M.</i> Evaluation of early warning indicators of drug resistance in HIV Ukraine institutions that provide antiretroviral therapy.....	88
<i>Макаренко О.І., Валецький Ю.М., Орлецька Н.М.</i> Про реалізацію пілотного проекту “Утворення об’єднаного відділу з моніторингу та оцінки програмних заходів з протидії захворюванню ВІЛ-інфекція/туберкульоз” у Волинській області.....	90	<i>Makarenko O.I., Valecky Yu. M., Orletska N.M.</i> About realisation of pilot project “Creating of the united department for monitoring and rating measures of counteraction morbidity of AIDS/TUBERCULOSIS” in Volyn region.....	90
<i>Максименко О.В., Кислих О.М., Гришаєва І.В., Кравець О.М.</i> Розбудова потенціалу регіональних лабораторій зادля забезпечення якості тестування на ВІЛ.....	91	<i>Maksymenok O., Kyslykh O., Grishayeva I., Kravets O.</i> Regional Laboratories’ Capacity Building for HIV-testing Quality.....	91
<i>Марциновська В.А., Кузін І.В., Нізова Н.М.</i> Посилення системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/снід в Україні.....	93	<i>Martynovska V., Nizova N., Kuzin I.</i> Strengthening HIV /AIDS epidemiological surveillance in Ukraine.....	93
<i>Маслова Л.В., Маховик С.В., Дараган Г.М.</i> Актуальні питання реалізації заходів боротьби з ВІЛ-інфекцією в сучасних умовах у Донецькій області.....	94	<i>Maslova L.V., Mahovik S.V., Daragan G.M.</i> Urrtent issues of action against HIV-infection in Donetsk regionin contemporary conditions.....	94
<i>Матковський І.А., Мохній Г.О., Мельник Т.О., Бойко Ю.А.</i> Побічні реакції на АРТ як фактор впливу на прихильність до лікування.....	96	<i>Matkovskiy I.A., Mohniy G.O., Melnik T.O., Boyko Y.A.</i> Adverse reactions to ART as a factor of influence on adherence to treatment.....	96
<i>Матковський І.А., Корінчук Л.Д.</i> Снід з проявами туберкульозної інфекції (туберкулома мозочка).....	97	<i>Matkovskiy I.A., Korinchuk L.D.</i> AIDS manifestations of tuberculosis infection (tuberkuloma cerebellum).....	97
<i>Матковський І.А., Мороз Л.В., Мельник Т.О., Коцур О.С.</i> Аналіз ефективності застосування препарату Софосбувір в схемах протівірусної терапії хронічного гепатиту С представників уразливих груп у Вінницькій області.....	99	<i>Matkovskiy I.A., Moroz L., Melnyk T.O., Kocur A.S.</i> Analysis of the effectiveness of the drug Sofosbuvir schemes of antiviral therapy in chronic hepatitis C vulnerable groups in Vinnytsia region.....	99
<i>Матковський І.А., Мохній Г.О., Дидь І.І.</i> Поширеність маркерів вірусних гепатитів В та С серед ЛВІН Вінницькій області.....	100	<i>Matkovskiy I.A., Mohniy G.O., Dyd I.I.</i> The prevalence of markers of viral hepatitis B and C among people inject drugs in Vinnitsa region.....	100
<i>Миронюк І.С., Мулеса О.Ю.</i> Кризовий менеджмент як інструмент забезпечення ефективного функціонування сайтів АРТ.....	102	<i>Mironyuk I.S., Mulesa O.Yu</i> Crisis management as an instrument for effective functioning of ART’S sites.....	102
<i>Миронюк І.С., Мулеса О.Ю., Ніколко М.</i> Інструмент оцінки кадрового потенціалу сайтів АРТ як засіб планування розширення охоплення медичними послугами представників цільових груп населення.....	104	<i>Mironyuk I. S., Mulesa O.Yu., Nikolko M.</i> The tool assessment of personnel potential of ART’S sites as a means of planning expanding the reach of medical services for target populations.....	104
<i>Міхіна К., Пархоменко В.</i> Зменшення рівня стигми та дискримінації СІН, ЧСЧ, РКС та ЛЖВ з боку медичних працівників в м. Києві: підвищення рівня толерантності.....	106	<i>Mikhina E., Parhomenko V.</i> Reducing the level of stigma and discrimination of IDUs, MSM, SW and PL HIV among health workers in Kyiv: the work on increasing tolerance	106
<i>Мур К., Кузін І., Шаповал А., Юр’єва І.</i> Імплементативна наука в умовах обмежених ресурсів. Впровадження та результати пілотного проекту з використання рамки та інструментів оцінки навчання в Україні як приклад імплементативного дослідження.....	107	<i>Moore Q., Kuzin I., Shapoval A., Yuryeva I.</i> Implementation science in resource-limited settings. Introduction and results of pilot application of training evaluation framework and tools in Ukraine as an example of implementation study.....	107
<i>Нагорняк К.М., Балакірева О.Н., Бондар Т.В., Сальніков С.З., Сакович О.Т.</i> Думки, оцінки та уподобання підлітків щодо консультування і тестування на ВІЛ (результати онлайн-опитування підлітків і молоді віком 10–24 років, зокрема з груп ризик).....	109	<i>Nagorniak K.M., Balakireva O.M., Bondar T.V., Sal’nikov S.Z., Sakovych O.T.</i> Thoughts, assessments and preferences of adolescents on HIV testing and counselling (results of on-line questioning of adolescents and young people in the age of 10–24 years, in particular, from the risk group).....	109

<i>Нізова Н.М.</i> Державне лідерство у розвитку системи громадського здоров'я в Україні 111	<i>Nizova N.</i> State leadership in the development of public health in Ukraine..... 111
<i>Нізова Н.М., Марциновська В.А.</i> Предиктори вертикальної трансмісії ВІЛ в Україні.... 112	<i>Nizova N.M., Martsynovska V.A.</i> Predictors of vertical transmission of HIV in Ukraine ... 112
<i>Овчиннікова О.В.</i> Ключові результати діяльності з профілактики передачі ВІЛ серед споживачів інекційних наркотиків (СІН) Харківської області 114	<i>Ovchynnikova O. V.</i> Key results prevention HIV transmission among consumers of injection drug users (IDUs) Kharkiv region 114
<i>Павленко О., Терлеєва Я., Мацьков О.</i> Актуальні питання щодо недовиявлення рівня туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, серед ВІЛ-інфікованих осіб 116	<i>Pavlenko O., Terleieva I., Matskov O.</i> Current issues of insufficient detection of TB, including drug resistant TB, among people living with HIV 116
<i>Павлишин О.О., Служинська М.Б.</i> Вплив лікування вірусного гепатиту С препаратами прямої дії у поєднанні з пегельованим інтерфероном та рибавирином у ВІЛ-позитивних пацієнтів та його вірусологічна ефективність і переносимість 117	<i>Pavlyshyn O., Slyzhynska M.</i> Effect of treatment of hepatitis C with viral direct action drugs combined with pegylated interferon and ribavirin in HIV-infected patient, its virological efficacy and portability 117
<i>Петровська О.Д., Велигодська О.В., Циганкова А.М., Саприкіна Л.О., Скибіна Т.В.</i> Результати впровадження моделі покращення якості ВІЛ-послуг у Запорізькій області 118	<i>Petrovs'ka O.D., Velyhodska O.V., Tsygankova A.M., Saprykina L.A., Skibina T.V.</i> Results of implementation models improve the quality of HIV services in Zaporizhia region 118
<i>Петулько А.П., Волюкова О.О., Панікова Т.М., Сімонова Н.В.</i> Перебіг вагітності у віл-інфікованих жінок на тлі вірусного гепатиту с 120	<i>Petulko A., Volikova O., Panikova T., Simonova N.</i> During pregnancy in HIV-positive women on a background of viral hepatitis C 120
<i>Подалваленко А.П., Куш Д.В.</i> Умови поширення ВІЛ-інфекції в різних областях східного регіону України 121	<i>Podavalenko A.P., Kushch D.V.</i> The conditions of spread of HIV in different areas of the Eastern region of Ukraine 121
<i>Попова К.Є.</i> Забезпечення діяльності програми профілактики ВІЛ-інфекції в анексованому Криму..... 122	<i>Popova K.</i> Ensuring activities of HIV prevention program in the annexed Crimean Peninsula..... 122
<i>Рингач Н.О.</i> Оцінка безповоротних соціально-економічних втрат внаслідок передчасної смертності, зумовленої ВІЛ 123	<i>Ryngach N.</i> Evaluation of irreversible socio-economic losses caused by premature HIV mortality 123
<i>Рудий С.А., Салабай Н.В.</i> Пілотування інтеграції ВІЛ-послуг в практичну діяльність наркологічних клінік 124	<i>Rudyi S. A., Salabai N. V.</i> Integration of HIV-related services into routine practice of drug dependence treatment clinics 124
<i>Садовник А.А., Єсипенко С.В.</i> Рішучі політичні дії у сфері стратегічного управління з питань соціально небезпечних захворювань 126	<i>Sadovnik A., Yesypenko S.</i> Decisive political action in the field of strategic management for socially dangerous diseases..... 126
<i>Салабай Н.В., Прокопенко Н.М., Яцура О.П.</i> Впровадження проекту з підвищення ефективності заходів правоохоронних органів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу 127	<i>Salabai N. V., Prokopenko N. M., Iatsura O.P.</i> Project on raising efficiency of measures of police in national HIV response..... 127
<i>Сенкевич В.Г., Бутузова Л.П.</i> Феномен довіри як психологічний контекст ризику ураження ВІЛ серед ЧСЧ 128	<i>Senkevich V.G., Butuzova L.P.</i> The Phenomenon of Trust as a Psychological Context of the Risk of HIV Infection Among MSM 128
<i>Сіліна Є.А., Усачова О.В., Петровська О.Д., Душейко В.П., Попова І.В., Пахольчук Т.М.</i> Досвід профілактики та ранньої діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу у дітей (за даними Запорізького обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом)..... 130	<i>Silina E.A., Usacheva O.V., Petrovs'ka O.D., Dusheyko V.P., Popova I.V., Paholchuk T.M.</i> Experience prevention and early diagnosis of HIV / AIDS in children (according to Zaporizhzhya Regional Center for Prevention and Control of AIDS) 130
<i>Скіпальська Г.Б., Кулаковська О.Л.</i> Профілактика ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки серед підлітків та молоді в конфлікті з законом..... 131	<i>Skipalska H.B., Kulakovska O.L.</i> HIV/AIDS and risk behavior prevention among adolescents and youth in conflict with law 131
<i>Скіпальська Г.Б., Кулаковська О.Л., Семенко І.М.</i> Ведення випадку як елемент каскадів безперервної допомоги в контексті послідовного супроводу жінок груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ: сильні та слабкі сторони 133	<i>Skipalska H.B., Kulakovska O.L., Semenko I.M.</i> Case management as an element of continuous of care services in the context of support of women at high risk of HIV: strengths and weaknesses..... 133

<i>Слабкий Г.О., Дудник С.В.</i> Щодо малюкової смертності внаслідок ВІЛ-інфекції.....	135	<i>Slabkiy G.O., Dudnyk S.V.</i> Infant mortality as a result of HIV-infection	135
<i>Слабкий Г.О., Білак-Лук'янчук В.Й.</i> Визначення рівня толерантності по відношенню до ВІЛ-позитивних людей серед працівників закладів охорони здоров'я м. Ужгорода.....	136	<i>Slabkiy G.O., Bilak-Lukyanchuk V.Y.</i> Determination of tolerant level towards HIV-positive people among medical staff of public health establishments of city Uzhgorod	136
<i>Слабкий Г.О., Качала Л.О., Крисько М.О.</i> Механізми, ризики і переваги інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в систему первинної медичної допомоги.....	138	<i>Slabkiy G.O., Kachala L.O., Krysko M.O.</i> Mechanisms, risks and profits of integration of medical care in HIV/AIDS in the system of primary medical care.....	138
<i>Служинська М.Б., Кутинська О.М.</i> Оцінка впливу антиретровірусної терапії на епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції в Львівській області за показниками МІО	139	<i>Sluzhynska M., Kytynska O.</i> Assessment of antiretrovirus therapy upon epidemiological situation with HIV-infection in Lviv region according to MIO indices	139
<i>Служинська М.Б., Чайка І.В., Остап'юк Л.Р., Сороколіт А.Л.</i> Особливості поширення ВІЛ серед вагітних жінок у Львівській області	141	<i>Slyzhynska M., Chajka I., Ostapyuk L., Sorokolit A.</i> Peculiarities of the HIV infection among pregnant women in Lviv region of Ukraine	141
<i>Соколенко М.О., Лесюк Ю.М., Мочульський В.М., Сорокати С.А.</i> Оптимізація комплексного лікування хворих на ВІЛ-асоційований оперізувальний герпес.....	142	<i>Sokolenko M.O., Lesyuk Y.M., Mochulsky V.M., Sorokaty S.A.</i> Optimization of complex treatment of patients with HIV-associated herpes zoster.....	142
<i>Солдатенкова О.В., Адамець Н.В.</i> Успішний досвід лікування та соціального супроводу дітей з ВІЛ. Пам'яті заслуженого лікаря України Світлани Комар.....	144	<i>Soldatenkova O.V., Adamets N.V.</i> Successful experience in medical treatment and social tutorship of AIDS positive children in memorial of S. Komar, honored m.d. of Ukraine ...	144
<i>Стефанишина О.А., Устінова О.Ю.</i> Ефективне використання державного бюджету за підсумками закупівель ліків міжнародними організаціями та антикорупційного моніторингу....	145	<i>Stefanyshyna O., Ustinova O.</i> Effective use of the State budget based on the outcomes of medicine procurement via international organizations and anti-corruption monitoring	145
<i>Терлеєва Я.С., Кампос-Родрігес Н.Л.</i> Впровадження молекулярно-генетичних методів туберкульозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів за допомогою системи GeneXpert	147	<i>Terleieva I., Kampos-Rodriges N.</i> Implementation of molecular genetic methods for TB diagnostics among people living with HIV using GeneXpert.....	147
<i>Трофименко М.М.</i> Проблеми використання коштів під час закупівлі протигепатитних препаратів та шляхи їх подолання.....	148	<i>Trofymenko M.M.</i> Problems with funds utilization within procurement of HCV medicines and means for their resolution.....	148
<i>Федяк І.О., Семенів Д.В.</i> Аналіз статусу ВІЛ-інфікованих пацієнтів в областях з найвищою поширеністю ВІЛ-інфекції	149	<i>Fedyak I., Semeniv D.</i> Analysis of status HIV-infected patients in areas with the most widespread HIV-infection.....	149
<i>Фойгт Н.А.</i> Поступ України у боротьбі з ВІЛ/СНІД у контексті досягнення цілей сталого розвитку	151	<i>Foigt N.A.</i> Ukraine's accession in the fight against HIV/AIDS towards achieving goals of sustainable development ...	151
<i>Фоменко Т.В., Мажная А.М., Метелиук А.С., Філіппович С.А., Коломієць В.П., Іванчук І.О., Дворяк С.В., Медден Л., Фарнум С., Маркус Р., Алтіс Ф.Л.</i> Мережа удосконалення лікування залежностей (NIATX): досвід України.....	152	<i>Fomenko T.V., Mazhnaya A.M., Meteliuk A.S., Filippovych S.A., Kolomiets V.P., Ivanchuk I.O., Dvoriak S.V., Madden L., Farnum S., Marcus R., Altice F.L.</i> The network for the improvement of addiction treatment (NIATX): Ukraine's experience	152
<i>Хомич Л., Яременко О., Аваліані Н.</i> Перспективи впровадження моделі співфінансування програм замісної підтримувальної терапії з боку пацієнтів за результатами досліджень у 7 регіонах України	153	<i>Khomich L., Yaremenko O., Avaliani N.</i> Prospects for introducing mat co-payment model: finding from the studies in seven regions of Ukraine.....	153
<i>Чабан Т.В., Герасимова Н.А., Філюк В.В.</i> Актуальність проблеми туберкульозу і ВІЛ-інфекції.....	155	<i>Chaban T.V., Gerasimova N.A., Filuk V.V.</i> Actuality of the tuberculosis and HIV-infection's problem	155
<i>Чепурнова Н.В., Жилка Н.Я.</i> Медико-соціальне обґрунтування оптимізації моделі організації допоміжних репродуктивних технологій дискордантним парам	156	<i>Chepurnova N.V., Zhylka N.J.</i> Medical and social study of optimization models for assisted reproductive technologies	156
<i>Черкасов О.П., Задорожна К.І.</i> Інтеграція послуг (ЗПТ, АРТ, лікування ТБ), як запорука досягнення цілей 90–90–90	157	<i>Cherkasov A.P., Zadorozhna K.I.</i> Integration Services (SMT, ART, TB) as the key to achieving the objectives of 90–90–90	157

<i>Черниговец Л.Ф., Бабаева Ю.С., Бондарева Ю.В., Пархоменко Л.Г.</i> Биоповеденческие признаки — индикаторы эпидемии ВИЧ-инфекции в Ростовской области ...	158	<i>Chernigovets L.F., Babaeva U.S., Bondareva U.V., Parhomenko L.G.</i> Biobehavioural characteristics as the HIV epidemic indicators in Rostov region.....	158
<i>Чернишев А.В.</i> Забезпечення участі у складі національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу представників найбільш уразливих до ВІЛ/ТБ спільнот.....	160	<i>Chernyshev A.V.</i> Ensuring the participation of the most vulnerable to HIV/TB communities in the National Council to fight on TB and HIV/AIDS.....	160
<i>Чумаченко Т.О., Ключник І.О.</i> Епідемічний процес ВІЛ-інфекції у Луганській області в умовах дії факторів гуманітарної кризи ...	161	<i>Chumachenko T.O., Klyuchnik I.O.</i> Epidemic process of HIV-infection in Luhansk region under impact of the factors of humanitarian crisis	161
<i>Чумаченко Т.О., Бережна А.В.</i> Роль груп поведінкового ризику в епідемічному процесі ВІЛ-інфекції в Харківській області.....	163	<i>Chumachenko T.O., Berezhna A.V.</i> The role of behavioral risk groups in the epidemic process of HIV infection in the Kharkiv region.....	163
<i>Чухалова І.В., Гудова М.Г., Носенко О.В., Марченко Н.Є.</i> Аналіз ефективності протівірусної терапії з включенням препарату прямої дії (Софосбувір) у пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС.....	164	<i>Chuhalova I.V., Gudova M.G., Nosenko O.V., Marchenko N.Ye.</i> Efficiency analysis of antiviral therapy of direct action drug (sofosbuvir) among patients with HIV/HCV-coinfection	164
<i>Чухалова І.В., Гудова М.Г., Лопатенко Г.А., Марченко Н.Є., Ніколько М.В., Калягіна Н.Г.</i> Досвід впровадження системи моніторингу і оцінки щодо реалізації заходів стратегії FAST TRACK на рівні сайтів АРТ Дніпропетровської області	165	<i>Chuhalova I.V., Gudova M.G., Lopatenko G.A., Marchenko N.Ye., Nikolko M.V., Kalyagina N.G.</i> FAST TRACK strategy measurement at the ART-site level in Dnipropetrovsk region: lessons learned.....	165
<i>Шостакович-Корецька Л.Р., Литвин К.Ю., Кушнерова О.А., Волікова О.О., Чухалова І.В., Маргітіч І.М.</i> Клініко-лабораторна характеристика групи ВІЛ-інфікованих пацієнтів з EBV-ураженням нервової системи	167	<i>Shostakovych-Koretskaya L.R., Lytvyn K.Y., Kushnerova E.A., Volikova O.O., Chuhalova I.V., Margitich I.M.</i> Clinical and laboratory characteristics of HIV-infected patients group with EBV disorders of nervous system	167
<i>Шостакович-Корецька Л.Р., Шевченко-Макаренко О.П., Семілетова В.В., Кавалерчик А.О., Ніколаєв П.Н., Філіна Л.Н.</i> Якість життя у ВІЛ-інфікованих пацієнтів при різних коморбідних патологіях.....	168	<i>Shostakovych-Koretskaya L., Shevchenko-Makarenko O., Semiletova V., Kavalierchik O., Nikolaev P., Filina L.</i> Quality of life in HIV-infected patients with different comorbid pathological conditions.....	168
<i>Щербінська А.М., Андріанова І.В., Найчук Л.О.</i> Стратегія розвитку лабораторної служби у контексті досягнення цілей FAST TRACK.....	170	<i>Scherbinska A.M., Andrianova I.V., Naychuk L.A.</i> The development strategy of laboratory services in the context of the objectives Fast Track.....	170
<i>Ярий В.В.</i> Інтеграція послуг (ЗПТ, АРТ, лікування ТБ), як запорука досягнення цілей 90–90–90	171	<i>Yaryi V. V.</i> Integration services (MAT, ART, TB) as a guarantee of achievement goals 90–90–90	171
<i>Яцик В.Б., Масюк Л.А.</i> Попередні результати реалізації пілотного проекту зі створення об'єднаних відділів МІО ВІЛ/ТБ у Волинській та Рівненській областях	172	<i>Yatsyk V.B., Masyuk L.A.</i> Previous results of pilot project implementation to create combining departments of Monitoring and Evaluation of TB/HIV in Volyn and Rivne regions.....	172
<i>Лундгрєн Й.</i> Оптимізація АРТ в Україні: общие принципы с точки зрения общественного здравоохранения..	174	<i>Lundgren J.</i> Optimization of ART in Ukraine: general principles from a public health perspective.....	174

Продукція видана за фінансової підтримки БО “Мережа” у рамках реалізації Єдиної консолідованої програми з ВІЛ і туберкульозу на 2015–2017 рр. в Україні, що реалізується за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Викладені думки та погляди є виключно думками та поглядами авторів і не можуть розглядатися як думки і погляди Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією чи БО “Мережа”.

Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією не брав участі у схваленні та затвердженні опублікованих матеріалів.

© Державна установа “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, 2016 р.

ШАНОВНІ УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ!

Маю честь привітати вас з відкриттям Третьої національної науково-практичної конференції “За кожне життя разом: прискорення до мети 90-90-90”.

За 3 роки, з моменту проведення попередньої конференції, Україна пройшла важкий шлях політичної турбулентності, економічної та фінансової кризи, що безсумнівно вплинуло на реалізацію заходів протидії ВІЛ-інфекції та посилило загрози громадському здоров’ю.

У червні 2016 року Генеральною асамблеєю ООН під час зустрічі високого рівня з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом проголошено Стратегію прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції Fast Track, яка поставила перед міжнародною спільнотою амбітні цілі: до 2020 р. виявити 90% людей, які живуть з ВІЛ, надати 90% з них антиретровірусну терапію та забезпечити ефективність лікування для 90% осіб, які перебувають на АРТ.

В контексті подолання епідемії ВІЛ-інфекції Україна має особливу місію, оскільки серед країн Східної Європи та Центральної Азії в нашій країні спостерігається друга за величиною епідемія.

За оціночними даними в країні мешкає 19% людей, які живуть з ВІЛ, від загальної кількості ЛЖВ в цьому регіоні та припадає 25% смертей від оціночної кількості смертей від СНІДу, розрахованої для країн Східної Європи та Центральної Азії.

Не зважаючи на глибоку політичну та економічну кризу в Україні, вдалося не лише не зупинити реалізацію Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки та уникнути переривань в наданні послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, але й суттєво підвищити державне лідерство у протидії соціально небезпечним захворюванням на ВІЛ-інфекцію та туберкульоз, зокрема в частині фінансування програм.

- У проекті Державного бюджету України на 2017 рік передбачене збільшення фінансування заходів з лікування ВІЛ/СНІД на 484 млн грн., що у 2,3 рази більше від коштів, виділених у поточному 2016 році.
- На сьогодні, вперше за всю історію вдалося виконати зобов’язання з державного фінансування програми замісної терапії — у цьому році за державні кошти буде здійснена закупівля препаратів для проведення замісної терапії на 13 млн грн., що дозволить забезпечити безперервність програм для близько 9 тис. пацієнтів.



- У 2017 році сумарно ми зможемо охопити антиретровірусною терапією 101 тис. пацієнтів в тому числі близько 59 тис. пацієнтів отримують необхідне лікування за кошти державного бюджету.

Це стало можливим завдяки спільним зусиллям уряду України, громадянського суспільства і міжнародних партнерів. Необхідно із вдячністю підкреслити особливу роль Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, внесок якого у боротьбу з епідемією ВІЛ-інфекції в Україні, починаючи з 2003 року складає майже 500 мільйонів доларів, що дало можливість:

- повністю фінансувати програми профілактики та суттєво знизити рівень поширеності ВІЛ у ключових групах;
- у повному обсязі забезпечувати потребу у фінансуванні АРТ згідно з поставленими цілями Національної програми;
- запровадити та розширити ЗПТ;
- підтримати роль громадянського суспільства у розбудові міжсекторального партнерства у сфері громадського здоров'я.

Національна конференція, є стратегічним важливим форумом національних та міжнародних партнерів, які представляють кращі результати та сформують рекомендації щодо пріоритетних напрямків співпраці для припинення епідемії ВІЛ-інфекції в Україні в рамках реалізації Глобальної стратегії подолання ВІЛ-інфекції і досягнення цілей 90–90–90.

Сьогодні наша держава проходить кризу терни важливих та водночас нелегких зовнішньо — і внутрішньополітичних подій. Зокрема посилюються ризики ускладнення ситуації з ВІЛ/СНІДом у зв'язку з бойовими діями на Сході нашої країни та кількістю вимушених переселенців з Донецької та Луганської областей, які найбільш уражені епідемією ВІЛ та туберкульозом. Це нові загрози й нові завдання, що постають перед нами.

Забезпечення сталості послуг шляхом поступового збільшення внеску держави у від-

повіді на епідемію, децентралізація управління та фінансування, інтеграція послуг та інновації з метою залучення додаткових ресурсів та їх найбільш ефективне використання залишається першочерговим завданням в боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції в Україні.

Ми розпочали розбудову системи громадського здоров'я в Україні створенням Центру громадського здоров'я МОЗ України в рамках виконання Угоди про асоціацію між Україною та ЄС. Ця державна установа покликана здійснювати стратегічне керівництво в інтересах здоров'я і благополуччя населення; профілактику, епідагляд і контроль не лише за ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, гепатитами та іншими інфекційними захворюваннями, але й формувати політики щодо профілактики неінфекційних захворювань, пропаганди здорового способу життя; лабораторних досліджень; прогнозування та реагування на епідемії та інші надзвичайні ситуації, що загрожують здоров'ю населення.

Ми починаємо не з “чистого листа”, а маючи комплексну модель протидії ВІЛ та туберкульозу, яка повністю відповідає принципам громадського здоров'я.

Маю надію, що ваш професійний досвід та лідерство є головним ресурсом цієї конференції, який дозволить нам разом розробити новий формат дорожньої карти для забезпечення подолання епідемії ВІЛ-інфекції як важливої частини успіху системи громадського здоров'я, що формується в Україні.

Бажаю усім учасникам конференції цікавих дискусій та креативних ідей.



*Наталія Миколаївна Нізова,
Генеральний директор ДУ
“Центр громадського здоров'я МОЗ України”,
д.м.н., професор,
Заслужений лікар України*

Н. Аваліані, О. Яременко

ОЦІНКА ПОЛІТИКО-ПРАВОВОГО СЕРЕДОВИЩА ДЛЯ УСУНЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ПЕРЕШКОД НА ШЛЯХУ ДО ДОСЯГНЕННЯ “ЦІЛЕЙ 90–90–90”

ТОВ “Делойт Консалтінг”, Проект USAID “Реформа ВІЛ-послуг у дії”, м. Київ

Актуальність. Україна досі залишається однією з країн Східної Європи та Центральної Азії з найвищим рівнем поширення ВІЛ. Показник поширеності ВІЛ-інфекції у віковій групі 15–49 років становить 0,9%¹, в той час як епідемія залишається сконцентрованою серед найбільш уразливих груп населення, насамперед, серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), працівників комерційного сексу, чоловіків, які мають секс з чоловіками, ув'язнених та затриманих осіб. Епідемія ускладнюється ще й через гуманітарну кризу в країні. Воєнні дії на сході України призвели до збільшення кількості вимушених переселенців з Донецької та Луганської областей — регіонів, які є одними з найбільш уражених епідемією.

Незважаючи на ці проблеми, Уряд України визнав важливість епідемії ВІЛ-інфекції, а країна продемонструвала прогресивний підхід до створення сприятливого політичного середовища. В країні впроваджується Державна програма з протидії ВІЛ/СНІДу, яка є обов'язковою для виконання всіма гілками державної влади. Стратегія реформування системи охорони здоров'я України відображає відданість та готовність Уряду України покращувати стан здоров'я населення, зокрема у сфері ВІЛ, що є одним з пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я. Крім того, активна участь України в ініціативі ЮНЕЙДС “Цілі 90–90–90” та Ініціативі прискорених дій свідчить про рішучість уряду зміцнити правове середовище з метою забезпечення сприяння лікуванню та профілактиці ВІЛ-інфекції.

Мета. Проект USAID “Реформа ВІЛ-послуг у дії” провів оцінку політико-правового середовища в період реформи системи охорони здоров'я України, з тим щоб виявити прогалини в розробці та реалізації відповідних політик. Мета даного аналізу полягала у проведенні оцінки ступеню готовності правового та політичного середовища України забезпечити лікування та профілактику

ВІЛ, підтримку найбільш уразливих груп населення, а також рівні можливості та правовий захист людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ).

Методи. Фахівці Проекту USAID “Реформа ВІЛ-послуг у дії” з питань політики провели аналіз міжнародного та українського законодавства. У своїй роботі вони використали практичний посібник ПРООН з проведення оцінки політико-правового середовища в сфері ВІЛ². Нормативні документи провідних міністерств та відомств України були проаналізовані з тим, щоб: а) визначити керівні принципи, б) створити реєстр наявних законів та нормативних документів, в) провести аналіз прогалин та недоліків в нормативній базі, та г) розробити цільові рекомендації для кожної організації щодо конкретних кроків, які б сприяли зміцненню правової бази України в сфері протидії ВІЛ. Рекомендації, що ґрунтуються на результатах даної оцінки, сприятимуть формуванню подальшої політики України в сфері протидії ВІЛ.

Отримані результати. В рамках даної оцінки було проведено аналіз законів, нормативних та підзаконних актів в трьох основних напрямках: доступ до ключових послуг; ключові групи населення та забезпечення рівності та правового захисту.

Профілактика ВІЛ є одним з пріоритетів державної політики, що представлено в широкому переліку державних гарантій на законодавчому рівні. Однак, основні проблеми з точки зору досягнення цільових показників, пов'язані з відсутністю міжвідомчої координації та значним недофінансуванням заходів з протидії ВІЛ на рівні державного та місцевих бюджетів. Відсутність дієвого механізму фінансування надання послуг НУО — це ще одна перешкода.

Лікувальні послуги є одними з найбільш розвинених в Україні, хоча вони все ще потребують

¹ <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ukraine/>

² Practical Manual Legal Environment Assessment for HIV: An operational guide to conducting national legal, regulatory and policy assessments for HIV, UNDP, 2014

покращення та стандартизації. Основні перешкоди тут — низький рівень знань населення про наявні послуги, занадто складні адміністративні процедури, а також стигма і дискримінація, особливо серед медичного персоналу.

Україна досягла певних успіхів у профілактиці ВІЛ серед найбільш уразливих груп населення, особливо ЛВІН. Проте, стигма та дискримінація щодо них диктуються не лише соціальними нормами, а й нормативно-правовою базою України, яка часто не забезпечує конкретних механізмів правового захисту цих людей. Нормативно-правова база України не обмежує рівні права та можливості ЛЖВ в політичному, соціальному та культурному житті. Однак, оскільки існує високий рівень їхньої стигми та дискримінації, це істотно впливає на їхню поведінку та самооцінку і часто заважає їм реалізувати свій потенціал.

Висновки. Стратегія реформування системи охорони здоров'я України відображає готовність

Уряду України покращувати стан здоров'я населення шляхом надання комплексних послуг з профілактики та лікування ВІЛ. Це підтверджується також і нещодавно прийнятими відповідними законами та політиками. Однак, існують можливості для усунення прогалин та удосконалення законодавства.

Необхідно забезпечити контроль за виконанням усіх нормативних документів з метою надання підтримки найбільш уразливим групам населення, а також усунення перешкод, що призводять до їхньої маргіналізації і негативно впливають на лікування. Ефективне впровадження чинних законодавчих норм має вирішальне значення з точки зору покращення соціального захисту ЛЖВ та здоров'я населення в цілому.

Крім того, ефективна координація дій на центральному та місцевому рівні є важливою для впровадження комплексного підходу до протидії епідемії ВІЛ.

А.І. Алексєєва

ТЕНДЕНЦІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ОСНОВНИХ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ ТА СТАНІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ ЗА ДАНИМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО МОНІТОРИНГУ

ДУ “Центр громадського здоров'я МОЗ України”, м. Київ

Актуальність. Випадки первинної постановки діагнозу ВІЛ-інфекції одночасно з діагнозом опортуністичної інфекції (ОІ) все частіше зустрічаються у практиці інфекціоністів в усіх країнах, залишаються основною причиною госпіталізації та смерті вперше виявлених ВІЛ інфікованих хворих. ОІ розвиваються на тлі імунodefіциту, тому усі такі випадки можна віднести до випадків пізньої діагностики, а збільшення їх кількості та частки серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції відображає негативну динаміку пізнього виявлення ВІЛ-інфекції. Визначення найбільш актуальних ОІ та тенденцій зміни їх кількості та частки у структурі станів та ОІ серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на стадії СНІДу (структура ОІ) в Україні сприятиме підвищенню настороженості практикуючих лікарів щодо діагностики та профілактики ОІ.

Мета дослідження. Визначити тенденції у діагностиці основних ОІ та станів у ВІЛ-інфікованих осіб, що реєструються вперше на стадії СНІДу, в Україні за даними епідеміологічного моніторингу.

Методи дослідження. Епідеміологічний, статистичний. Аналіз проведено за даними офіційної статистичної звітності з моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції (форма звітності № 2-ВІЛ/СНІД “Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ)”) по Україні за 2005–2010 роки та додатково отриманих даних за 2015 рік.

Отримані результати. Серед ВІЛ-інфікованих осіб, які були зареєстровані вперше на стадії СНІДу, в Україні у різні роки переважали туберкульоз (ТБ) легеневого та позалегенового (у структурі ОІ складали від 57,9% до 38,6% та від 21,4% до 6,7%,

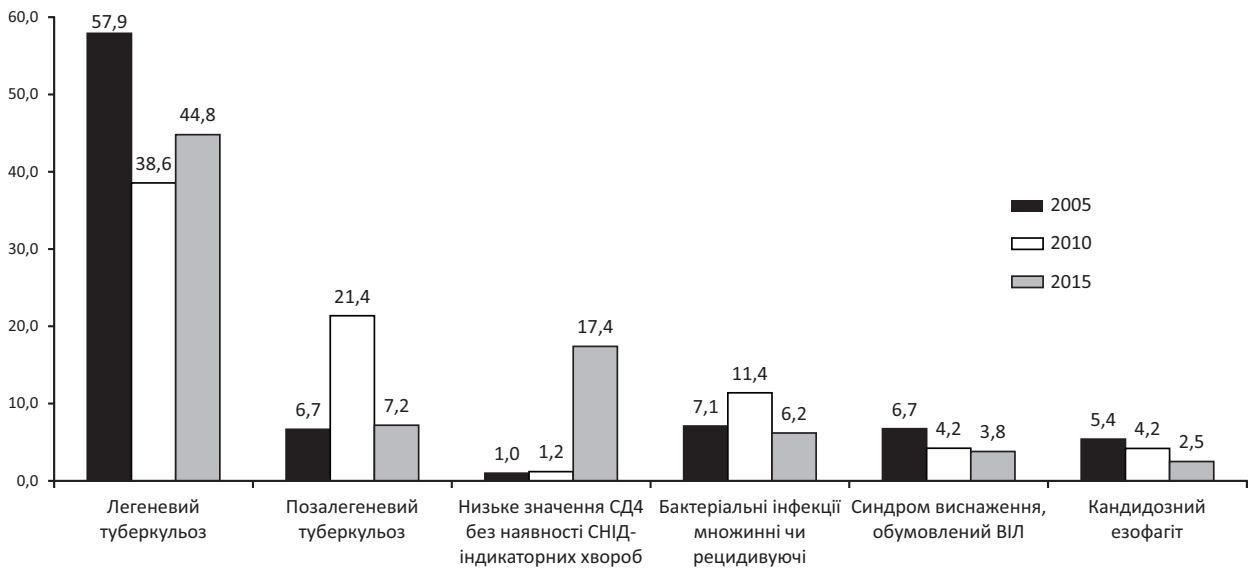


Рис. 1. Частка основних станів та хвороб у структурі опортуністичних інфекцій серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб на стадії СНІДу в Україні в 2005, 2010 та 2015 роках

відповідно), бактеріальні інфекції множинні чи рецидивуючі (від 13,4% до 6,2%), синдром виснаження (у т.ч. затримка росту або затримка в збільшенні маси тіла, що не піддаються стандартному лікуванню у дітей) (від 9,9% до 2,9%), випадки ВІЛ-інфекції з низьким значенням CD4-лімфоцитів (CD4) без наявності СНІД-індикаторних хвороб (від 17,4% до 1,0%). Загалом прослідковується тенденція до зниження частки ТБ у структурі ОІ: у 2005, 2010, 2015 роках випадки ТБ склали 64,6%, 59,9% та 52,0%, відповідно. У 2010 році відмічалось зниження частки легеневого ТБ у структурі до 38,6%, очевидно, завдяки покращенню діагностики випадків позалегеневого ТБ та збільшенню його частки до 21,4% (рис.).

Привертають увагу та вказують на проблемність діагностики випадки ВІЛ-інфекції з низькими значеннями CD4 (<200 кл/мкл у дорослих, <20% у дітей <18 міс., <15% у дітей >18 міс.) у хворих без наявності СНІД-індикаторних хвороб, які очевидно пов'язані з прогалинами у діагностиці цих хвороб профільними фахівцями. Так, якщо у 2005, 2010 роках частка таких хворих була 1%, 1,2%, відповідно, то у 2015 році зареєстровано 17,4% таких випадків.

Відповідно до спільного наказу МОЗ та Держкомстату України від 24.12.2004 р. № 640/663, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 19 січня 2005 р. за № 64/10344, при здійсненні епідеміологічного нагляду віднесення до випадків СНІДу відбувалось при наявності множинних чи рецидивуючих бактеріальних інфекцій. Слід зазна-

чити, що зазвичай визначення таких випадків здійснювалось за анамнестичними даними та могло призводити до штучного збільшення їх кількості. У структурі ОІ частка множинних чи рецидивуючих бактеріальних інфекцій в 2005 році становила 7,1% та зросла у 2010 році до 11,4%. У 2015 році, відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551, до СНІД-індикаторних хвороб у IV клінічній стадії (КС) віднесено тільки випадки рецидивуючої бактеріальної пневмонії, внаслідок чого, частка бактеріальних інфекцій у структурі зменшилась та складала лише 6,2%.

Питома вага синдрому виснаження має тенденцію до зменшення. Так, у 2005 році серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб на стадії СНІДу встановлено 6,7% таких випадків, а в 2015 році — 3,8%. Діагностика кандидозного езофагіту, також, має тенденцію до зменшення — у 2015 році ця нозологічна форма у структурі ОІ склала 2,5% проти 5,4% у 2005 році.

Скоріш за все пов'язана з розширенням можливостей лабораторної та інструментальної діагностики тенденція до збільшення у структурі таких нозоформ: пневмоцистна пневмонія з 2,2% у 2005 р. до 3,0% у 2015 р.; хронічна герпетична інфекція — з 1,7% до 3,0%; цитомегаловірусна інфекція — з 0,4% до 1,6%; токсоплазмоз мозку — з 0,1% до 2,4%, відповідно. Якщо в 2005 р. практично не діагностувались криптококоз, дисеміновані мікози та криптоспоридіоз, то в 2015 році

зареєстровано одиничні випадки, що складали в структурі ОІ 0,5%, 0,2% та 0,1%, відповідно. У 2015 році, відповідно до діючих нормативних документів, випадки ВІЛ-асоційованих кардіоміопатії та нефропатії включались до ІV КС та складали в структурі ОІ 0,3%.

Висновки. Моніторинг ОІ при ВІЛ-інфекції залишається важливим з точки зору визначення пріоритетності щодо діагностики та профілактики ОІ у ВІЛ-інфікованих осіб. Відбулись деякі зміни у структурі ОІ в ході еволюції епіпроцесу ВІЛ-інфекції

в Україні. Питома вага випадків ТБ, синдрому виснаження та кандидозного езофагіту має тенденцію до зменшення. Завдяки розширенню можливостей діагностики покращилось виявлення деяких нозологічних форм (пнеumoцистна пневмонія, хронічна герпетична інфекція, цитомегаловірусна інфекція, токсоплазмоз мозку). Значне збільшення випадків встановлення хворим діагнозу СНІДу на основі низького значення CD4 без визначення конкретної нозологічної одиниці вказує на прогалини у діагностиці СНІД-індикаторних хвороб.

А.І. Алексєєва¹, І.В. Нгуєн^{1,2}, Ю.В. Круглов^{1,2}

ДИНАМІКА ВІЯВЛЕННЯ ДЕЯКИХ СУПУТНІХ ПАТОЛОГІЙ ТА СТАНІВ У ОСІБ З ВПЕРШЕ ВСТАНОВЛЕНИМ ДІАГНОЗОМ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ

¹ ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

² ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ

Актуальність. Для аналізу тенденцій розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції використовуються дані щодо поширення маркерів до збудників різних інфекцій, що мають однакові з ВІЛ-інфекцією шляхи передачі. Доведено, що між ВІЛ-інфекцією, гепатитами В і С та інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) існують так звані епідеміологічні паралелі. Медична і соціальна значимість цих інфекцій визначається в першу чергу, повсюдним поширенням збудника, наявністю спільних груп та факторів ризику інфікування, прихованого компонента епідемічного процесу з великої кількості недіагностованих хворих, тощо. Згідно з Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції для дорослих та підлітків, затвердженим наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551, дослідження на маркери вірусного гепатиту В і С (ВГВ і ВГС), а також скринінгові дослідження на ІПСШ (гонорея, хламідіоз, трихомоніаз, ВПГ 2 типу) є обов’язковими для усіх ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Мета дослідження. Проаналізувати динаміку проведення досліджень щодо виявлення маркерів гепатиту В і С та інфекцій, що передаються статевим шляхом, серед вперше зареєстрованих ВІЛ-

інфікованих осіб, відповідно діючий нормативно-правовий базі в Україні.

Методи дослідження. Епідеміологічний, статистичний. Аналіз проведено за даними регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, що отримано в рамках подання статистичної звітності з моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції за 2013–2015 рр.

Отримані результати. У рамках удосконалення епідеміологічного нагляду шляхом впровадження у заклади охорони здоров’я наказу МОЗ України “Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення” від 05.03.2013 р, вперше в Україні були отримані офіційні дані щодо супутніх патологій та станів у осіб віком 15 років та старше з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції.

Аналіз статистичних даних показав, що в Україні протягом 2013–2015 рр. рівень охоплення обстеженням на наявність маркерів ВГВ осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції становив 72,9%, 75,0%, 76,8%, відповідно, при цьому відсоток осіб з виявленими маркерами ВГВ

серед обстежуваних осіб залишався на низькому рівні — 9,7%, 8,9%, 8,4%, відповідно, та коливався у 2015 р. від 1,1% у Луганській області до 30,4% у Івано-Франківській області.

Вважається, що наявність маркерів ВГС є проксі-індикатором парентенальних втручань, у тому числі вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Результати тестування на антитіла до вірусного гепатиту С протягом останніх трьох років практично не змінилися — охоплення дорівнювало 70,2%, 75,4%, 75,4%, відповідно; відсоток осіб з виявленими маркерами ВГС становив 35,4%, 38,4%, 36,3%, відповідно, та коливався у 2015 р. від 5,8% у Тернопільській області до 73,5% у Миколаївській області. Крім Миколаївської області високі рівні маркерів ВГС виявлені у Кіровоградській (57,1%), Дніпропетровській (53,0%), Полтавській (47,5%), Запорізькій (43,3%), Київській (42,7%) областях, які можна віднести до територій з високим ризиком інфікування ВІЛ ін'єкційним шляхом.

Слід відзначити, що найнижчі рівні охоплення дослідженнями на наявність маркерів ВГВ і ВГС зафіксовано у Донецькій, Кіровоградській, Луганській областях, м. Київ, найвищі — у Запорізькій, Миколаївській, Херсонській, Черкаській областях та Західних регіонах країни.

В Україні протягом 2013–2015 рр. на наявність маркерів ІПСШ, обстежено 79,3%, 78,6, 81,0% осіб з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, з них 28,0%, 18,4%, 18,9% осіб мали позитивні результати, виявлено 169, 129, 89 ВІЛ-інфікованих осіб з маркерами збудника сифілісу. Аналіз даних по регіонах України показав, що у 2015 р. найнижчий рівень охоплення обстеженням

на ІПСШ встановлено у Миколаївській (17,4%) області, при цьому позитивні результати мали усі особи, які обстежувались на ІПСШ. Результати обстеження на ІПСШ у 5 регіонах України з 100% охопленням вперше виявлених ВІЛ-позитивних осіб встановили, що у Волинській, Сумській, Хмельницькій, Черновецькій області зафіксовано низький відсоток позитивних осіб з маркерами ІПСШ (1,3–4,9%), проте у Львівській області цей показник досяг 69,2%. В цілому відсоток осіб з маркерами ІПСШ серед нових випадків ВІЛ-інфекції коливався від 1,3% до 100% в різних регіонах України. Серед 89 ВІЛ-інфікованих осіб з маркерами збудника сифілісу — 45 випадків встановлено у Донецькій, Миколаївській, Одеській областях, м. Київ.

Висновки. Таким чином, протягом останніх 3-х років результати обстеження на наявність маркерів ВГВ і ВГС осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції суттєво не змінилися, проте рівень інфікованості ГС (5,8%–73,5%) серед даного контингенту перевищує рівень інфікування ГС серед загального населення (2–3%). Кожна п'ята особа з вперше виявленою у житті ВІЛ-інфекцією має позитивний результат на наявність маркерів ІПСШ. Тобто, можна говорити про високий ступень ймовірності формування зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію за рахунок реалізації як штучного парентерального, так і статевого шляху передачі збудників. Важливо відмітити, що охоплення дослідженнями на маркери ВГВ і ВГС, ІПСШ не досягають належного рівня у більшості регіонах. Враховуючи кофакторний вплив збудників вірусного гепатиту, ІПСШ на передачу ВІЛ, логічно припустити збільшення комплексного медико-соціального та економічного тягаря цих інфекцій.

О.І. Ахтирський¹, Н.О. Скороходова², А.В. Яновський¹, А.В. Левіч²

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ НА ТБ/ВІЛ В УМОВАХ ЗАПОРІЗЬКОГО ОБЛАСТНОГО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ДИСПАНСЕРА

¹ КУ “Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер” ЗОР

² ДЗ “Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України”

Актуальність. На ефективність лікування туберкульозу впливають такі фактори як: високі показники поширеності мультирезистентного ту-

беркульозу серед нових випадків ТБ, недостатнє забезпечення медикаментами, порушення хворими у дотриманні режиму на стаціонарному та амбула-

торному етапах лікування ТБ, вживання хворими алкоголю і наркотиків, а також високим рівнем ко-інфекції ВІЛ/ТБ, супутніх захворювань.

Психологічний супровід хворого на всіх етапах лікування сприяє утриманню пацієнтів в системі надання протитуберкульозної допомоги та формування у нього установки на лікування. Успіх в лікуванні у багатьох випадках залежить від розуміння пацієнтом сутності проблеми, його прихильності до лікування та довіри до медичного персоналу. Лікування є одним з найбільш ефективних заходів у боротьбі з туберкульозом завдяки скороченню поширеності випадків у популяції і зниження захворюваності.

Мета дослідження: вивчення впливу соціально-психологічної допомоги на ефективність лікування так комплаєнтність хворих з ТБ/ВІЛ ко-інфекцією в умовах Запорізькогообластного протитуберкульозного диспансера

Матеріали та методи — обласні програми, положення про кабінет консультування, аналіз лікування хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ за 6 місяців 2016 р. та відповідний період 2015 р.

Результати та обговорення. З метою зменшення кількості хворих, які переривають лікування, з 2007 року в протитуберкульозних закладах Запорізької області відкриті кабінети психологічної та соціальної допомоги пацієнтам, які вперше захворіли на туберкульоз — кабінети “Консультування”. Особливості сучасної епідемії туберкульозу є те, що на тлі зниження захворюваності розвивається епідемія хіміорезистентного туберкульозу. У цих хворих відмічаються низька прихильність до лікування на всіх етапах.

Тому, з метою підвищення прихильності щодо дотримання режиму лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз шляхом індивідуального підходу, прийнято рішення — надавати соціально-психологічну допомогу цієї категорії хворих в Кабінетах консультування на всіх етапах лікування.

В Кабінетах з хворими проводяться як індивідуальні, так і групові навчання. Співробітники кабінетів зустрічаються з хворими, оцінюють зна-

ння пацієнтів про ТБ, оцінюють адекватність та прихильність до лікування, психологічний стан хворого. Після чого, хворі розподіляються за трьома групами. З усіма проводиться сім занять, а потім по кожному хворому співробітники визначаються індивідуально. З деякими хворими бесіди проводяться постійно. При проведенні бесіди хворим надаються необхідні друковані матеріали у вигляді буклетів, листівок, проводиться демонстрація відеоматеріалів з різних тематик

Медичні працівники, надають допомогу не тільки просвітницьку та консультативну, але й допомагають хворим відновити загублені документи, оформляють тимчасову реєстрацію за місцем перебування хворого, для осіб без постійного місця проживання — здійснюють оформлення пенсії. Співробітники Кабінету звертаються до фтизіатрів знайти хворого (при самовільних відлученнях хворих зі стаціонару). За 3 неділі до виписки хворих із стаціонару Кабінети направляють повідомлення щодо виписки такого хворого із зазначенням схеми лікування до лікувального закладу за місцем проживання хворого. Ця інформація забезпечує безперервність та спадкоємність в організації безперервного лікування. Було проведено аналіз усіх випадків ко-інфекції ТБ/ВІЛ за 6 місяців 2016 р. після впровадження “Консультування” у цієї категорії хворих та порівняно з відповідним періодом 2015 р. Так, за 6 місяців 2016 р. було виявлено 77 випадків ко-інфекції за відповідний період 2015 р. — 57 випадків. У 2016 р. АРТ було рекомендовано 70 (90,9%) хворим, у 2015 р. — 52 (91,2%) хворим. Відмовились від призначеного лікування у 2016 р. — 6 хворих (7,8%), у 2015 — 10 хворих (17,5%). Перервали лікування у 2016 р. — 3 хворих (3,9%), у 2015 р. — 7 хворих (12,2%).

Висновки. Таким чином робота кабінетів “Консультування” значною мірою підвищує рівень медико-санітарної освіченості пацієнтів та їх родичів, сприяє підвищенню прихильності до лікування і зменшенню кількості хворих, що перервали лікування, сприяючи тим самим підвищенню ефективності лікування хворих на ко-інфекцію.

Н.О. Бабій^{1,2}, А.М. Щербінська^{1,2}

РЕЗИСТЕНТНІ ШТАМИ ВІЛ У ДІТЕЙ З НЕЕФЕКТИВНОЮ АНТИРЕТРОВІРУСНОЮ ТЕРАПІЄЮ

¹ ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ

² ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

Актуальність. Вірусологічна ефективність антиретровірусної терапії (АРТ) та АРВ-профілактики (АРВП) передачі ВІЛ від матері до дитини залежить від чутливості вірусу до антиретровірусних (АРВ) препаратів. Формування медикаментозної резистентності є одним з факторів ризику реалізації вертикального шляху передачі ВІЛ та інфікування дитини штамами вірусу, стійкими до АРВ-препаратів.

Мета дослідження. Визначити рівень поширеності резистентних до АРВ-препаратів штамів ВІЛ у малюків, віком 1–5 років, у яких АРТ виявилася неефективною. Тобто, через 6 місяців після її початку рівень вірусного навантаження (ВН) ВІЛ у них був вище 1000 РНК-копій/мл плазми).

Методи дослідження. Досліджували зразки плазми 30 ВІЛ-інфікованих дітей, віком від 1 до 5,5 років. Тривалість АРТ у дітей, включених у дослідження, складала від 6 до 50 місяців, середнє значення — 27,52 місяців. Показники рівня ВН ВІЛ заходились у межах від 3 946 РНК-копій до 1,295 млн. РНК копій ВІЛ/мл плазми, середнє значення — 148 686 РНК-копій. Більшість дітей (19 осіб; 63,33%) отримували першу схему терапії, у 9 дітей (30,0%) була одна заміна схеми терапії в анамнезі, у однієї дитини (3,33%) 2014 року народження — схема терапії змінювалася тричі. Діти отримували наступні схеми АРТ: 21 дитина (70,0%) — два нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ) та один інгібітор протеази (ІП) ВІЛ, 8 дітей (26,67%) — два НІЗТ та один не-нуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази (ННІЗТ), 1 дитина (3,33%) — три НІЗТ.

Виявлення мутацій резистентності ВІЛ до АРВ-препаратів здійснювали на генетичному аналізаторі ABI Prism 3130xl Genetic Analyzer (Applied Biosystems, США) шляхом секвенування ділянки гену pol з використанням тест-систем Viro Seq®HIV-1 Genotyping System v.2.0 (Celera Corporation, США). Для аналізу та інтерпретації результатів застосовували базу даних Стенфордського університету (<http://hivdb.stanford.edu>).

Отримані результати. Штами ВІЛ, які мали мутації, асоційовані з високим рівнем резистентності ВІЛ хоча б до одного з АРВ-препаратів, були виявлені у 11 дітей (36,67%): у 9 (30,0%) з них виявлені штами з мутаціями резистентності до НІЗТ, у 5 (16,67%) — до ННІЗТ, у 2 (10,0%) — штами, резистентні до обох класів препаратів; у однієї дитини (3,33%) — штам, резистентний до ННІЗТ та ІП.

Найчастіше серед мутацій резистентності до НІЗТ виявлялася заміна M184V (у 9 зразках; 30,0%), яка обумовлює зниження чутливості вірусу до ЗТС і FTC більше, ніж в 100 разів, але збільшує чутливість до AZT, d4T і TDF та уповільнює формування резистентності до них. Інші мутації (D67G, L74V/I, Y115F, T215F/Y) зустрічалися в поодиноких випадках, частота їх виявлення не перевищувала 6,67%. Крім того, в одному випадку було виділено штам ВІЛ з додатковими мутаціями — A62V та T69N, які, без наявності інших основних мутацій, не мають значного впливу на чутливість ВІЛ до АРВ-препаратів.

Мутації резистентності до ННІЗТ виявлялися з однаковою частотою (6,67%) в поодиноких зразках плазми. Серед них — заміни K103N та Y181C, що призводять до формування резистентності високого рівня до NVP та EFV; мутації в позиції 190 (G190A, G190S), які обумовлюють стійкість високого рівня до NVP та середнього рівня до EFV. Крім того, визначалися заміни, які відносяться до додаткових мутацій: у двох зразках E138A, що викликає незначне (приблизно у 2 рази) зниження чутливості вірусу до RPV та ETR; та у двох зразках H221Y, яка сама по собі призводить до незначного зниження чутливості ВІЛ до ННІЗТ, але у комплексі з мутацією Y181C обумовлює формування резистентності високого рівня до цих препаратів (в одному із зразків була саме комбінація H221Y+ Y181C).

Привернув увагу той факт, що у чотирьох дітей виявилися штами ВІЛ, які мали мутації резистентності до ННІЗТ, хоча ці діти отримували схему терапії з 2НІЗТ та 1ІП, і в анамнезі у них не було

замін режимів лікування. На нашу думку, циркуляція таких штамів ВІЛ в описаних випадках може бути пов'язана з прийомом дітьми та/або їхніми матерями препаратів класу ННІЗТ у схемі АРВП, і цей факт визначає необхідність моніторингу вертикальної трансмісії резистентних форм збудника для оптимального вибору схем терапії.

Штами ВІЛ з мутаціями резистентності до ІП виділені від однієї дитини, яка отримувала АРВ-терапію протягом 39 місяців, схема лікування включала 2НІЗТ+1ІП. В зразках РНК ВІЛ, виділених з плазми крові цієї дитини, були виявлені одразу три основні мутації резистентності до ІП (M46I, I54V, V82A), три мутації резистентності до НІЗТ (D67G, L74I, M184V), та одна додаткова мутація резистентності до ННІЗТ (H221Y), хоча дитина не отримувала препарати вказаного класу.

Висновки. Отже, у 19 із 30 дітей (63,33%) з неефективною АРТ резистентні штами ВІЛ не виявлялися. У інших 11 дітей (36,67%) було виявлено штами ВІЛ з мутаціями резистентності

високого рівня до деяких АРВ-препаратів. Враховуючи неоднозначний вплив різних мутацій та їхніх комплексів на чутливість ВІЛ, ми проаналізували ефективність поточних схем терапії у цих 11 дітей. Було встановлено, що штами ВІЛ, виділені від 5 з них, незважаючи на присутність у геномі мутацій, асоційованих з резистентністю, зберігали чутливість до препаратів, включених у схему, тобто призначені режими АРТ мали бути ефективними. Це дозволяє зробити висновок, що загалом із 30 обстежених дітей, у 24 осіб (80,0%) вірусологічна неефективність терапії була обумовлена не резистентністю ВІЛ, а порушеннями режиму терапії, тобто відсутністю прихильності батьків цих дітей до лікування. Відповідно до результатів наших попередніх досліджень у дітей з неефективною АРТ, віком до 15 років, частота виявлення резистентних форм збудника була вищою і досягала 65%. Тобто, з часом ризик формування медикаментозної стійкості ВІЛ у дітей з неефективною АРТ стає вищим.

*О.М. Балакірєва¹, Д.М. Павлова¹,
І. Чек², Ш. Мішра³, Ш. Ісак⁴, Дж. Бланшар², М. Беккер²*

РИЗИКИ РАНЬОГО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ СЕРЕД МОЛОДИХ ЖІНОК (НА ПРИКЛАДІ м. ДНІПРО)

¹ ГО "Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка", м. Київ

² Центр глобального громадського здоров'я, Університет Манітоби, Канада

³ Університет Торонто, Канада

⁴ Карнатакський траст з формування здорового способу життя, Індія

Актуальність. Інтервенції, спрямовані на жінок комерційного сексу (ЖКС) та їх клієнтів, є ключовим компонентом програм профілактики ВІЛ, зокрема, в регіонах, де комерційний секс сприяє поширенню епідемії ВІЛ в гетеросексуальному середовищі. Проте цільові профілактичні інтервенції, як правило, охоплюють жінок після моменту ідентифікації себе як секс-працівниці. Разом з тим, набуття ВІЛ-інфекції жінками до залучення в сферу комерційного сексу або на дуже ранніх стадіях залучення до нього може послабити вплив профілактичних інтервенцій по зменшенню захворюваності ВІЛ серед ЖКС, і, як

наслідок, серед загального населення. В Україні епідемія ВІЛ останніми роками має тенденції до уповільнення, але країна продовжує залишатися лідером за темпами поширення ВІЛ-інфекції, а рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС в деяких регіонах є вищим за 39%¹. Картування, проведене у

¹ Kerrigan D., Wirtz A., Baral S., Decker M., Murray L., Poteat T., et al. The Global HIV Epidemics among Sex Workers. Washington, D.C.: World Bank, 2013; Ministry of Health of Ukraine. Ukraine: National report on monitoring progress toward the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Reporting period: January 2008 – December 2009. Kiev: UNAIDS and Ministry of Health of Ukraine, 2010.

2011 р, нараховує 52,000–83,000 ЖКС в Україні² та 3,537–4,773 ЖКС у м.Дніпро³.

Загальна мета дослідження — охарактеризувати ризики інфікування ВІЛ для молодих жінок в перехідний період з моменту першого сексу і до моменту самопроголошеного залучення до секс-бізнесу; протягом перших двох років роботи у сфері формального секс-бізнесу і до моменту охоплення їх профілактичними програмами, а також розглянути важливість ранніх інтервенцій з метою профілактики інфікування ВІЛ.

Методи. Протягом 2014–2016 рр. ГО “Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка” в партнерстві з Університетом Манітоби (Канада) поєднав взаємодоповнюючі методики картування та крос-секційного біо-поведінкового дослідження, що надало можливість виявити точки скупчення та опитати молодих жінок віком 14–24 роки в м. Дніпро. Цільові групи проекту:

- молоді жінки, у яких був досвід перших статевих стосунків, але вони ніколи не займалися ані комерційним, ані сексом в обмін на блага (N=899);
- молоді жінки, які займалися сексом в обмін на блага, але не визнають себе працівницями комерційного сексу (N=469);
- молоді жінки, які займалися комерційним сексом протягом останніх 12 місяців та визнають себе ЖКС (N=450).

Серед критеріїв виключення були: вік менше 14 та більше 24 років, відсутність досвіду вагінального або анального сексу.

Результати: Картування в м. Дніпро дало змогу ідентифікувати 778 точок, серед яких 283 “активні точки” ЖКС та 573 точки, де жінки шукають собі партнерів для сексу в обмін на блага та випадкового сексу. Результати картування дозволили сформулювати вибірку для біо-поведінкового дослідження та рекрутувати для участі в дослідженні 1818 молодих жінок (450 ЖКС; 469 жінок, які практикують секс в обмін на блага; 899 молодих

жінок, які мали досвід статевих стосунків). Ранній початок статевого життя — це один з факторів, які підвищують ризик інфікування на ВІЛ. За попередніми результатами біо-поведінкового дослідження, 19% опитаних молодих жінок мали свій перший статевий досвід у віці 14 років, при чому серед тих, хто ідентифікував себе як ЖКС таких було 35%. Половина респонденток (51%) повідомила, що їх перший статевий партнер був старшим, а 7% усіх молодих жінок зазначили, що їх примушували до першого статевого акту. Половина дівчат відповіли, що презерватив не використовувався під час першого статевого вагінального акту, при чому найбільший відсоток було зафіксовано серед молодих ЖКС, а найменший — серед молодих жінок, які практикують секс в обмін на блага (65% та 48% відповідно). Кожна шоста дівчина отримала “винагороду” в обмін на перший секс. Найчастіше винагорода була у формі одягу (39%), їжі (37%), грошей (31%) та алкоголю (31%).

Про досвід вживання наркотичних речовин повідомили 43% молодих ЖКС, 20% молодих жінок, які практикують секс в обмін на блага, та 16% респонденток, які мають досвід статевих стосунків. При оцінці власного ризику інфікування ВІЛ, переважна більшість (79%) опитаних жінок вважають, що ризик відсутній або низький, при чому найбільше таких серед молодих жінок, які мають досвід статевих стосунків, а найменше — серед молодих ЖКС (88% та 57% відповідно). Половина опитаних жінок (53%) ніколи не тестувалися на ІПСШ, 80% — ніколи не тестувалися на Гепатит С, а 90% — ніколи не проходили тест на ВІЛ.

Висновки. Дослідження зачіпає дуже важливі сфери в контексті ранньої профілактики ВІЛ, які поки що є маловивченими, а саме — початок сексуального життя, фактори залучення до сексу за винагороду, примус до сексуальних стосунків тощо. Отримані дані сприятимуть науковому розумінню ризику ВІЛ й ступеню вразливості молодих жінок на початку сексуального життя; ризику ВІЛ й ступеню вразливості молодих ЖКС в період переходу від початку надання сексуальних послуг за винагороду до моменту охоплення профілактичними програмами, а також сприятимуть розробці ефективних профілактичних програм у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу серед молодих жінок різних груп ризику не тільки в м. Дніпро, а й Україні в цілому.

² Kerrigan D., Wirtz A., Baral S., Decker M., Murray L., Poteat T., et al. The Global HIV Epidemics among Sex Workers. Washington, D.C.: World Bank, 2013; International HIV/AIDS Alliance Ukraine. Analytical Report: Behaviour monitoring and HIV-prevalence among commercial sex workers as a component of second generation surveillance. Kiev: International HIV/AIDS Alliance Ukraine, 2012.

³ International HIV/AIDS Alliance Ukraine. Analytical Report: Estimation of the Size of Populations Most-at-Risk for HIV Infection in Ukraine as of 2012 based on the results of 2011 survey. Kiev: International HIV/AIDS Alliance Ukraine, 2012.

О.Н. Балакірєва¹, О.Т. Сакович²

ОЦІНКА СИТУАЦІЇ У КРАЇНІ З МЕТОЮ ПОСИЛЕННЯ КОМПОНЕНТА ПО РОБОТІ З ПІДЛІТКАМИ В РАМКАХ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ВІЛ/СНІД

¹ ГО “Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка”, м. Київ

² Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), м. Київ

Актуальність. За результатами різних досліджень, рівень застосування ризикованих практик серед дітей та молоді є вищим, ніж серед дорослого населення, що зумовлено, з одного боку, соціально-психологічними віковими особливостями та ‘експериментальною’ поведінкою, а з іншого, — браком знань, недостатнім рівнем поінформованості та бар’єрами доступності медико-соціальних послуг. Рівень знань про ВІЛ є низьким: лише 24% підлітків 13–17 років мають достатній рівень знань про шляхи інфікування ВІЛ (HBSC 2014). Сьогодні підлітки груп ризику (ПГР) продовжують залишатися однією з уразливих груп населення до епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. ПГР мають високий рівень статевої активності, практикують часту зміну партнерів і ризиковані статеві практики. У контексті низької соціальної адаптації та захищеності ці групи підлітків є уразливими до інфікування на ВІЛ та інших захворювань.

Мета дослідження — проведення аналізу демографічної та епідеміологічної ситуації щодо поширення ВІЛ серед підлітків, у тому числі з груп ризику, відповідних міжсекторальних програм для підлітків, з метою зміцнення підліткового компоненту в національній програмі по боротьбі з ВІЛ.

Методи дослідження. Реалізація проекту мала три послідовні фази. *Фаза 1: Експрес-оцінка*, що передбачала огляд наявної інформації щодо стану здоров’я підлітків, загальну оцінку включення різних груп підлітків до національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфікування, визначення географічних особливостей. *Фаза 2: Глибинний аналіз* — аналіз бар’єрів, що обмежують вплив інтервенцій та програм протидії епідемії ВІЛ серед підлітків¹. *Фаза 3: Планування на основі отриманих даних* —

розробка міжсекторального плану протидії епідемії ВІЛ серед підлітків.

Отримані результати. Україна досягла певних успіхів на шляху протидії ВІЛ серед підлітків. Наявні всі ключові інтервенції: освітні програми з репродуктивного й сексуального здоров’я; послуги тестування на ВІЛ та консультації для підлітків (KіT); програми з обміну шприців для підлітків-СІН; програми для ПГР з підвищення безпечної поведінки щодо ВІЛ/ІПСШ, зокрема для підлітків-ЧСЧ та підлітків-ЖКС; програми лікування та підтримки підлітків, які живуть з ВІЛ, в тому числі послуги соціально-психологічного супроводу підлітків, які отримують АРТ. Проте низький рівень доступу підлітків до консультування і тестування на ВІЛ (KіT) призводить до пізнього звернення та діагностики. Серед “вузьких місць” системи послуг KіT для підлітків — порушення стандартів та прав підлітків; суперечність між нормою закону, згідно з якою підлітки з 14 років можуть проходити тестування самостійно без згоди батьків (опікунів), та чинним наказом МОН, який регулює порядок KіT; випадки стягнення плати за тестування. Найбільшої уваги потребують підлітки груп підвищеного ризику ВІЛ-інфікування (ПГР). Загальна кількість ПГР (оновлена за даними 2015 р.) оцінюється у 129 000 осіб віком від 10 до 19 років включно. Але бракує оцінки чисельності ПГР на рівні окремих міст/регіонів. ВІЛ-сервісні організації не працюють з підлітками як окремою цільовою групою; донори не вважають підлітків важливою групою в поширенні епідемії ВІЛ; донори та ВІЛ-сервісні організації досить часто намагаються уникнути юридичних проблем через законодавчу невизначеність роботи з неповнолітніми груп ризику; низька ефективність взаємодії НУО між собою та з соціальними службами; відсутня взаємодія НУО з правоохоронними органами. За даними біо-поведінкових досліджень 2015 р. серед підлітків-СІН віком 15–19 років поширеність ВІЛ становить 2,7%, серед підлітків-ЧСЧ віком 14–19

¹ Реалізовано з використанням концептуального підходу, що був запропонований ЮНІСЕФ (Strengthening the Adolescent Component of National HIV Programmes through Country Assessments/ Guidance Document. UNICEF. July 2015).

років — 3,1%². Оціночні показники поширеності ВІЛ серед всіх груп ПГР складають, як мінімум 1,9%. Незважаючи на високий рівень охоплення АРТ діти та підлітки мають проблеми з доступністю та якістю послуг соціально-психологічного супроводу в більшості регіонів. Проведений глибинний аналіз дозволив виявити реальний стан і “вузькі місця” основних інтервенцій. Проте, він мав певні обмеження. Основним обмеженням був брак даних на місцевому рівні.

Висновки. Потрібна постійна адвокаційна робота для збереження та посилення підліткового компонента Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки. Для покращення доступу підлітків до послуг пріоритетними діями в сфері законодавства є приведення нормативного документу МОЗ, що регулює порядок КІТ, у відповідність до закону, що дозволить підліткам 14–18 років скористатись своїм правом проходити тест на ВІЛ самостійно та анонімно. Потребує вдосконалення протокол для забезпечення лікування і здійснення супроводу ВІЛ-позитивних підлітків. Серед пріоритетів має

бути розробка законодавчого регулювання надання послуг підліткам груп ризику, що дозволить збільшити охоплення вікової групи 14–17 років профілактичними послугами. Необхідно посилити контроль і вимагати виконання чинних норм, які забезпечують підліткам доступ до послуг. Потребують вдосконалення стандарти роботи з підлітками; підготовка фахівців для роботи з підлітками з врахуванням вікових особливостей; залучення підлітків до профілактичних програм через Інтернет, мобільні додатки та соціальні мережі. Необхідно підвищувати якість шкільних освітніх програм; здійснювати регулярний моніторинг рівня знань учнів; використовувати інтерактивні методи викладання; запровадити обов’язкове висвітлення питань профілактики ІПСШ та ВІЛ в навчальних програмах старших класів шкіл, ПТНЗ та вишах; підвищити зацікавленість батьків і шкільної адміністрації. Важливими управлінськими діями для підвищення ефективності підліткового компонента Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є розвиток міжсекторальної взаємодії і використання кращих практик роботи з підлітками, які довели свою результативність. Необхідно підтримувати достатнє ресурсне забезпечення інтервенцій протидії ВІЛ серед підлітків як з боку міжнародних донорів, так й через ефективне використання коштів державного та місцевих бюджетів. Роль останніх повинна збільшуватись.

² Розрахунки за результатами досліджень серед СІН та ЧСЧ, які проведено у рамках Проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД» (проект МЕТІДА), що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров’я», за фінансування центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC) у рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв’язку зі СНІДом (PEPFAR).

О.М. Балакірєва, Т.В. Бондар, І.І. Єленєва, К. Каланча, Н.Л. Лук’янова

ОЦІНКА ПОТЕНЦІАЛУ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ ЗАБЕЗПЕЧИТИ ГЕНДЕРНО ОРІЄНТОВАНІ ПОСЛУГИ ВІЛ-ПОЗИТИВНИМ ЖІНКАМ, ЗОКРЕМА З ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ СЕРЕД ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Програма розвитку Організації Об’єднаних Націй в Україні, м. Київ

ГО “Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка”, м. Київ

Актуальність. Головним принципом надання гендерно-чутливих послуг для людей, що живуть з ВІЛ, є надання різних послуг чоловікам і жінкам, коли їх потреби розрізняються, та надання однакових за якістю і кількістю послуг, коли їх потреби

збігаються, зокрема у сфері медико-соціальних послуг. У контексті подолання епідемії ВІЛ гендерно-чутливі послуги мають враховувати гендерні ролі чоловіків і жінок, а також гендерні стереотипи, що панують в українському суспільстві.

Таблиця. Методи дослідження та цільові групи дослідження

Методи дослідження		Цільові групи дослідження
Напівструктуроване інтерв'ю за технологією “віч-на-віч” з набором відкритих запитань	за місцем перебування респондента	ВІЛ-інфіковані жінки серед ВПО, які мали досвід звернення за соціально-медичними послугами Всього опитано 150 осіб
	за місцем роботи респондента	Надавачі соціально-медичних послуг, які працюють у державних установах (медичні заклади, ЦСССДМ тощо) та громадських організаціях. Всього опитано 52 особи

Гендерний підхід з боку надавачів послуг має стати реальним інструментом на місцевому рівні щодо забезпечення всіх пацієнтів закладів охорони здоров'я, клієнтів центрів соціальних служб і громадських організацій якісними послугами з профілактики, діагностики, лікування та підтримки у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфікування.

Мета дослідження — оцінити потенціал надавачів послуг на місцевому рівні надавати гендерно-чутливі послуги у сфері профілактики, діагностики та лікування ВІЛ.

Дослідження базується на дотриманні етичних стандартів і захищає право учасників на анонімність і конфіденційність. Інтерв'ю проводились лише в разі отримання від респондентів поінформованої згоди.

Отримані результати. ВІЛ-позитивні жінки серед ВПО також, як і всі внутрішньо переміщені особи, зазначили про наявність проблем щодо забезпечення житлом, працевлаштуванням, оплатою комунальних послуг. Низький рівень матеріального забезпечення стає одним з бар'єрів отримання медичних послуг. Брак коштів у ВІЛ-позитивних жінок серед ВПО призводить до неможливості оплатити медичні послуги, необхідні ліки, забезпечити достатнє харчування. Серед проблемних аспектів — витрачання багато часу на оформлення документів і здачу аналізів (для отримання АРВ). Частина жінок мали проблеми з оформленням соціальних виплат, субсидій, пенсій, щомісячної адресної допомоги. Значно менше проблем жінки мають з встановленням індивідуальних комунікацій, влаштуванням і адаптацією дітей до закладів системи освіти.

На думку кожної другої жінки, медичні працівники однаково уважно ставляться як до пацієнтів-жінок, так і до пацієнтів-чоловіків, надаючи їм необхідні послуги. Понад половину респонденток, які зверталися за отриманням медико-соціальних послуг, задоволені їх якістю. Разом з тим, опитані

повідомили про ситуації, коли їм було відмовлено у наданні медико-соціальних послуг через статус ВПО або статус ЛЖВС.

Надавачі послуг також зазначили, що їм відомі випадки, коли працівники (спеціалісти) організацій не мали достатньо компетенцій, знань для надання послуг, або особисто стикалися із ситуаціями порушення прав ВІЛ-позитивних жінок — ВПО.

За самооцінками надавачів послуг з числа медичних працівників їм не вистачає інформації щодо особливостей індивідуального соціально-психологічного консультування представників груп ризику. Не менш важливою є потреба в постійному оновленні доказової інформації щодо показань на АРТ та призначенні схем, особливо для пацієнтів дитячого віку.

Надавачі послуг з числа фахівців, які працюють в неурядових організаціях, потребують більше додаткових знань, пов'язаних зі сферою профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, зокрема, не вистачає знань щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом, опортуністичних інфекцій, діагностика ВІЛ у дітей, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, контрацепції та безпечної сексуальної поведінки ВІЛ-інфікованих, представників груп ризику, планування сім'ї тощо.

Висновки. Надавачі послуг усвідомлюють необхідність гендерно-чутливого підходу при наданні послуг, в тому числі, для цільової групи ВІЛ-інфікованих жінок з числа ВПО. Проте результати опитування свідчать, що залишається актуальною потреба в додаткових знаннях та інформаційній підтримці, як серед медичного персоналу, так і серед соціальних працівників. Особливо проблемними є такі аспекти, як відсутність розуміння та навичок -- що робити та як діяти у випадках порушення прав представників уразливих груп, особливо коли порушення прав відбувається через статус ВПО. Не менш важливою є проблема слабкої взаємодії та координації між різними установами

та організаціями, які залучені до надання різних медико-соціальних послуг на рівні конкретної громади. Отже, актуальним є поширення інформації та налагодження співпраці між організаціями та установами державного та громадського секторів у наданні комплексних медико-соціальних послуг і забезпеченні, у разі необхідності, переадресації та якісного соціального супроводу. Важливим є

документування кращого досвіду такої взаємодії й системи переадресації, а також поширення досвіду найкращих практик. Для надавачів послуг варто розробити спеціальні тренінгові модулі орієнтовані на набуття практичних навичок впровадження гендерно-чутливого підходу у наданні послуг ЛЖВС з урахуванням особливостей пацієнтів/клієнтів з числа внутрішньо переміщених осіб.

А.І. Басенко, О.П. Чешун

НА ШЛЯХУ ДО ПРОБАЦІЇ. ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЙ ТА ІНШИХ СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ОСІБ, ПОКАРАННЯ ЯКИХ НЕ ПОВ'ЯЗАНО З ПОЗБАВЛЕННЯМ ВОЛІ В КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧІЙ ІНСПЕКЦІЇ

МБФ “Альянс Громадського Здоров'я”

Знаходячись в постійному пошуку нових підходів до профілактики ВІЛ-інфекції та інших соціально небезпечних захворювань серед споживачів ін'єкційних наркотиків (далі — СІН), як ключової уразливої групи та рушійної сили епідемії в Україні, та доступу до їх найбільшої кількості для охоплення профілактичними послугами, з 2013 року, Альянс в рамках фінансування Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, та співпраці з Державною пенітенціарною службою України (далі — ДПтСУ), запровадив новий проект “Профілактика ВІЛ-інфекції серед СІН на базі територіальних відділів кримінально-виконавчої інспекції ДПтС України”.

Кримінально-виконавча інспекція Державної пенітенціарної служби України (далі — КВІ) — є органом виконання покарань не пов'язаних з позбавленням волі. За 2013 рік по обліках КВІ (за офіційними даними ДПтСУ) пройшло понад 350 тисяч осіб. 30% з них, за оціночною кількістю, є споживачами ін'єкційних наркотиків, тобто засуджені за статтями пов'язаними з незаконним обігом наркотиків, або за іншими статтями, але ідентифікуються співробітниками КВІ, як СІН або самі відкрито інформують про свою ін'єкційну наркозалежність.

Проект на базі територіальних відділів КВІ побудований на принципах Зменшення Шкоди

(далі — ЗШ) та являє собою надання за допомогою фахівців НУО-партнерів (соціальних працівників, психологів тощо) 5 основних профілактичних послуг для СІН:

1. Розповсюдження та обмін голок та шприців;
2. Розповсюдження презервативів;
3. Консультування з питань ВІЛ/СНІД, ІПСШ, ТБ, гепатитів, наркозалежності;
4. Надання інформаційних матеріалів відповідного спрямування;
5. Тестування на ВІЛ, гепатити В та С, ІПСШ за допомогою швидких тестів.

Послуги надаються безпосередньо в приміщенні відділу КВІ в день найбільшого скупчення СІН-засуджених (так звані “дні реєстрації”).

Робота проекту проходила через 13 НУО-партнерів на базі 66 територіальних відділів КВІ у 9 регіонах України (Дніпропетровська, Донецька, Київська, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Сумська та Харківська області) які було відібрано за принципом “5 та більше відділів КВІ в яких на обліку 100 та більше засуджених за статтями пов'язаними з незаконним обігом наркотиків”.

Дані підходи у Зменшенні Шкоди на базі КВІ за весь період їх впровадження (01.04.2013–26.10.2016) дали можливість залучити більше

22 000 СІН, майже 15 000 з яких які раніше взагалі не були клієнтами профілактичних програм, наблизити сервіси до місць їх безпосереднього та вимушеного скупчення, змінити ставлення персоналу КВІ до програм ЗШ, а з цим змінити й ставлення самих СІН, які знаходяться на обліку в КВІ, до питань свого здоров'я, ризикованої поведінки та взагалі до державної установи, яка є частиною пенітенціарної системи.

За перший рік роботи проекту було охоплено більше 8000 СІН, з яких більше 6000 до цього ніколи не були клієнтами програм ЗШ, що підтвердило необхідність такої роботи й надалі. Також, протягом першого року роботи проекту, Альянсу спільно з НУО-партнером (Світло Надії) в місті Полтава вдалося віднайти новий формат надання послуг ЗШ на базі КВІ, пов'язаний з постійною проблемою окремих приміщень в КВІ для анонімного та конфіденційного надання профілактичних послуг фахівцями НУО та необхідності забезпечення доступу клієнтів до них в усі робочі дні тижня, а не тільки в “дні реєстрації”. Цей формат має назву — Денний центр пробації (далі — ДЦ) і спільно з ДПтСУ його було визнано найкращою практикою, яка потребує поширення на інші регіони України.

Для забезпечення потреби профілактичної роботи серед засуджених, що знаходяться на обліку у всіх територіальних підрозділах КВІ в Україні, Альянс надає інформаційні стенди, інформаційні матеріали та щорічно передає 1 608 000 презервативів.

У 2015 році, нарешті, було прийнято та введено в дію довгоочікуваний Закон України “Про Пробацію”, який:

1) забезпечив засади для альтернативних позбавленню волі видів покарань та розробки корекційних пробаційних програм для наркозалежних або інших уразливих до ВІЛ груп;

2) змінив підходи до роботи з клієнтами (раніше “засуджені”);

3) запровадив поняття “ведення випадку”, “індивідуальна оцінка ризиків та потреб”, “волонтери пробації”;

4) доповнив штатну структуру офісів пробації соціальними працівниками, психологами та фахівцями по роботі з неповнолітніми, таким чином, ще більше наблизивши можливість надання послуг із профілактики соціально небезпечних захворювань клієнтам;

5) посилив важливість співпраці з неурядовими організаціями.

Саме тому Альянсом у співпраці з КВІ, БО “Світло Надії” та DVV international в 2015 році вперше було видано посібник “Методичні рекомендації. Ведення випадку в роботі з засудженими фахівців служби пробації” для забезпечення використання успішно зарекомендованих у ВІЛ-сервісі підходів у роботі фахівців державної структури.

Таким чином, Альянс запропонував державі готовий формат роботи в з уразливими групами щодо соціально-небезпечних захворювань в умовах реформування пенітенціарної, судової та системи охорони здоров'я.

Н.С. Бугаєнко¹, Ж.В. Антоненко¹, О.В. Юрченко¹, М.В. Ніколко²

РЕЗУЛЬТАТИ ПОКРАЩЕННЯ ЗАЛУЧЕННЯ ЛЖВ ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У М. КИЄВІ

¹ Міський центр профілактики і боротьби зі СНІД, м. Київ

² Проект USAID RESPOND, м. Київ

Актуальність. Місто Київ є одним з найбільш уражених епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу мегаполісів світу і характеризується високими рівнями захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності, від захворювань, зумовлених СНІДом. У 2016 р. Київ підтримував глобальну ініціативу великих міст Fast Track Cities з подолання епідемії СНІДу шляхом реалізації зобов'язань, які включають досяг-

нення цільових показників 90–90–90: до 2030 р. 90% людей, що живуть з ВІЛ, знатимуть про свій статус; 90% людей, які знають про свій статус, отримуватимуть антиретровірусне лікування, і 90% людей, які отримують лікування, матимуть пригнічене вірусне навантаження. Задля досягнення цих цілей у м. Києві розпочато реалізацію масштабної роботи, спрямованої на покращення

якості та доступності послуг для ЛЖВ, в рамках якої запроваджено індикатори результативності.

Мета дослідження. Визначити ефективність реалізації заходів глобальної ініціативи на когорті пацієнтів з вперше в житті діагностованою ВІЛ-інфекцією на рівні Святошинського сайту АРТ Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, який має найбільшу диспансерну групу ЛЖВ.

Методи дослідження. В рамках діяльності з покращення якості, що реалізується Проектом USAID RESPOND на рівні сайтів АРТ у м. Києві, було проведено проспективне когортне дослідження щодо своєчасності взяття на диспансерний облік ЛЖВ, призначення їм АРТ та ефективності лікування. У досліджувану когорту увійшли особи з позитивним результатом скринінгового обстеження на ВІЛ, які здали кров для повторного обстеження на наявність антитіл до ВІЛ (обстеження при взятті на диспансерний облік) впродовж 9 міс. 2016 р. Для аналізу та інтерпретації даних було побудовано каскад диспансерного обліку та лікування ЛЖВ станом на 01.04, 01.07 та 01.10.2016 р, який відстежував рух когорти за такими показниками: кількість осіб, які здали кров при взятті на облік; кількість осіб, взятих на облік; кількість осіб на обліку на дату формування звіту; кількість осіб, яким призначено АРТ; кількість осіб, які отримують АРТ на дату формування звіту; кількість осіб, які отримують АРТ 6 міс. і більше, з них кількість осіб, в яких визначено вірусне навантаження і з них вірусне навантаження менше 1000 копій/мл і менше 40 копій/мл. Також проаналізовано час між взяттям на диспансерний облік ВІЛ-позитивних осіб і призначення їм АРТ.

Отримані результати. За 9 місяців 2016 р. число ВІЛ-позитивних осіб, які здали кров для повторного обстеження на наявність серологічних маркерів ВІЛ на сайті АРТ, склало 922 (когорта). Частка взятих під нагляд у когорті станом на 01.10.2016 р. склала 79% (рис. 1). Середній вік таких осіб становив 36 років; більшу долю склали чоловіки — 68%.

Чверть осіб в когорті (26%) були інфіковані ВІЛ внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків. Основна причина звернення ВІЛ-позитивних осіб для подальшого обстеження з метою встановлення діагнозу — направлення з Кабінетів Довіри та інших закладів охорони здоров'я міста. Встановлено, що середній час від дати скринінгового тестування до взяття під нагляд ВІЛ-позитивної особи на даному сайті склав 14 днів (рис. 2).

Суттєвих відмінностей між залученням до медичного нагляду жінок в порівнянні з чоловіками не виявлено: 82% проти 78%. По причині смерті було знято з обліку 29 ЛЖВ, з яких 8 отримували АРТ. З числа взятих на диспансерний облік ЛЖВ у 31% (n=224) було діагностовано I клінічну стадію ВІЛ-інфекції, по 23%: (n=334) — II та III стадії та у 24% (n=173) — IV стадію. У половини ЛЖВ у IV стадії хвороби було діагностовано туберкульоз.

Рівень охоплення АРВ лікуванням взятих на облік ЛЖВ склав 35% (n=254). Час від моменту постановки на облік до призначення АРТ складає від 0 до 215 днів (середнє значення — 32 дні). Частіше АРТ призначалась в день взяття на облік (n=26). Станом на 01.10.2016 р. отримують АРТ 6 місяців і більше 46 осіб (18%), з яких 39 особам проведено обстеження на визначення рівня

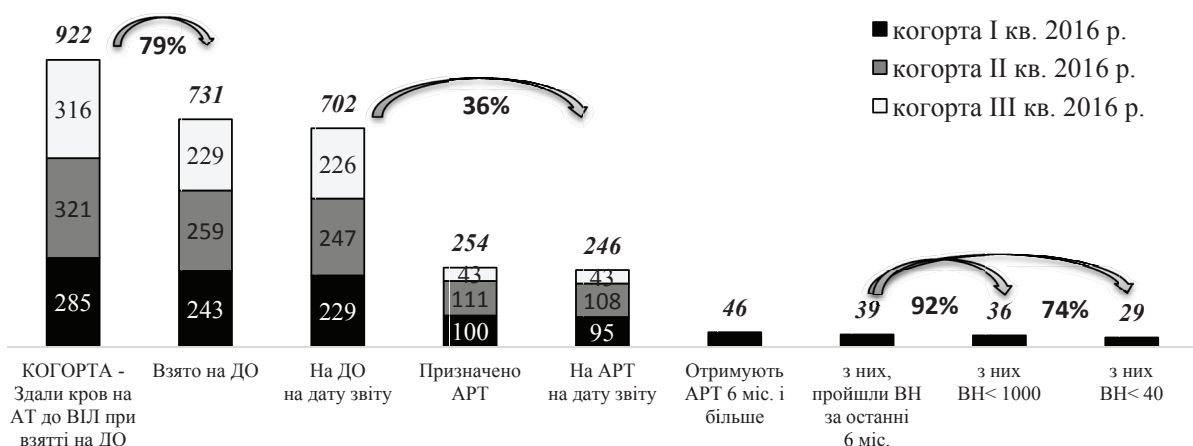


Рис. 1. Когортний каскад диспансерного обліку та лікування ЛЖВ на сайті АРТ Святошинського району КМЦ СНІДу, за квартальними когортами, станом на 01.10.2016 р.

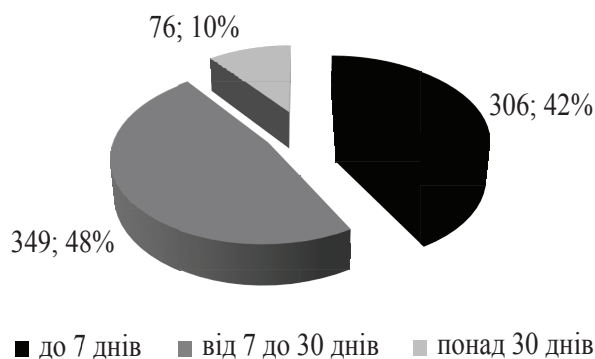


Рис. 2. Розподіл ЛЖВ, взятих на диспансерний облік, залежно від часу дати взяття на облік та дати забору крові для взяття на облік, за 9 міс. 2016 р.

вірусного навантаження та у 92% його рівень був нижчим 1000 копій/мл.

Висновки. Основними прогалинами у наданні медичних послуг на сайті АРТ Святошинського району визначено залучення ЛЖВ до медичного нагляду та призначення їм АРТ.

Найбільш актуальним завданням є скорочення періоду між підтвердженням ВІЛ-позитивного статусу до залучення ЛЖВ в медичні послуги. Пацієнтам, які розпочали АРТ та отримують його не менше 6 місяців, вдалося досягти вірусного навантаження менше 1000 копій/мл., що свідчить про ефективну роботу сайту щодо третьої стратегічної цілі — 90% людей, які отримують лікування, матимуть пригнічене вірусне навантаження.

О.С. Бургай, В.П. Коломієць

СУЧАСНІ МОДЕЛІ СТІЙКОСТІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

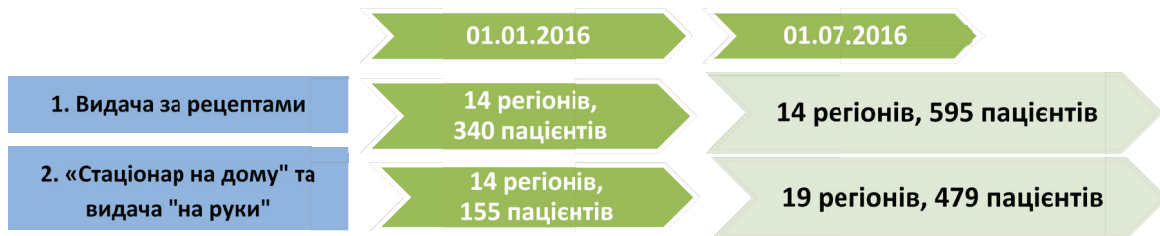
МБФ “Альянс громадського здоров’я”, Київ

Актуальність. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ), як всесвітньо визнаний метод лікування хронічної залежності від опіоїдів та профілактики поширення ВІЛ, гепатитів В і С серед споживачів ін’єкційних наркотиків, в Україні була розпочата бупренорфіном в 2005 році у рамках пілотного проекту та метадоном у 2008 році. За 11 років реалізації програма ЗПТ на 01.07.2016 включає 8725 пацієнтів, 3677(42%) з яких є ВІЛ-позитивними (63% отримують АРТ). Проте, дана кількість пацієнтів становить лише 22% від кількості осіб, які перебувають під диспансерним наглядом унаслідок вживання опіоїдів, станом на 01.01.2016 та 4% від розрахункової кількості споживачів ін’єкційних опіоїдних наркотиків. У зв’язку зі скороченням фінансування програми ЗПТ Глобальним фондом для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією і необхідності її розширення були розроблені нові моделі стійкості ЗПТ такі, як: видача препаратів за рецептами (у тому числі за рахунок пацієнтів), видача препарату у рамках стаціонару на дому, та видача препаратів безпосередньо з ЛПЗ для самостійного прийому пацієнтами. Що в свою чергу зменшує навантаження на медичний персонал та покращує життя пацієнтів. З початку 2015 року

запроваджено видачу рідкого метадоноу з використанням електронних дозаторів на 3 сайтах ЗПТ у 2 містах (Київ та Дніпропетровськ). З квітня 2016 року впроваджується пілотний проект “Фінансування на основі результатів для ЗПТ”

Мета. Підвищити стійкість програм ЗПТ в Україні, зменшити навантаження на медичний персонал, необхідності працювати у вихідні та святкові дні. Розробити моделі софінансування з боку пацієнта. Покращити якість життя пацієнтів ЗПТ. Пілотувати нову модель “Фінансування на основі результатів для ЗПТ” на базі 5 закладів охорони здоров’я (ЗОЗ), включно з приватною клінікою.

Методи. Внесення змін від 17 грудня 2015 року до пункту 9 наказу Міністерства охорони здоров’я України від 27 березня 2012 року № 200 про порядок проведення ЗПТ для хворих з опіоїдною залежністю про видачу Препаратів хворим за рецептом або безпосередньо з ЛПЗ для їх самостійного прийому в амбулаторних умовах. Моніторинг даних щодо пацієнтів ЗПТ у програмі Syrex, розробленою МБФ “Альянс громадського здоров’я”. Впровадження пілотного проекту “Фінансування на основі результатів для ЗПТ” у рам-



ках якого фінансування послуг ЗПТ здійснюється безпосередньо ЗОЗ за досягнення конкретних результатів (кількості днів, які пацієнт отримує препарат протягом місяця та кількості нових пацієнтів, що розпочали АРТ протягом кварталу), сфери, на які витратимуться отримані кошти, визначаються ЗОЗ відповідно до потреб для забезпечення досягнення цілей на наступний період.

Отримані результати. Завдяки внесеним змінам у наказ № 200 відбувається стрімке розширення пацієнтів, які отримують препарат за рецептами, з ЛПЗ для самостійного прийому, та у рамках стаціонару на дому. Пацієнти отримали змогу не прив'язуватись до щоденного відвідування сайтів ЗПТ, знайти роботу на повний день. Динаміка розширення кількості пацієнтів зображена на Діаграмі 1.

На 01.07.2016 року 180 пацієнтів самостійно сплачували за препарат, що отримували за рецептами. Збільшився відсоток утримання пацієнтів у програмі ЗПТ з 73,07% за даними на 30.06.2015 до 77,15% за даними 30.06.2016. Зменшилася кількість пацієнтів, що вибули з програми ЗПТ. В порівнянні за 2 квартал 2015 року з програми

вибуло 630 пацієнтів, а за 2 квартал 2016 року — 551. Завдяки впровадженню пілотного проекту з видачі рідкого метадону з використанням електронних дозаторів скоротився час на видачу препарату, на ведення документації (електронні звіти). Зменшення кількості виписок з адміністративних причин.

Основні результати, які отримано в ході реалізації проекту "Фінансування на основі результатів для ЗПТ" можна класифікувати за таким принципом: поведінкові зміни, доступ (підвищення рівня охоплення програмою ЗПТ), організаційні зміни (цикл надання медичної та психосоціальної допомоги пацієнтам без залучення посередників (НУО), закупівля виробів медичного призначення), системні (залучення до співпраці органи влади, затвердження тарифів на послуги ЗПТ, пілотування ЗПТ в умовах нових форм власності ЛПУ, договірних стосунків), моніторинг (пілотування системи моніторингу пацієнтів ЗПТ).

Висновки. Нові моделі стійкості ЗПТ дають змогу розширити програму, залучити пацієнтів до сплати за препарат та досягти мети 90–90–90 для подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

О.С. Бургай, С.А. Філіппович, Г.І. Єрьоміна, І.І. Павлюк

ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С СЕРЕД ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУП НАЙВИЩОГО РИЗИКУ ІЗ ВІЛ-ПОЗИТИВНИМ СТАТУСОМ

МБФ "Альянс громадського здоров'я", м. Київ

Актуальність. За даними ДУ "Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України" (УЦКС) за період 1987–2016 (9 міс.) рр. в Україні офіційно зареєстровано 292153 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України. Відповідно до даних Державного закладу "Центр

статистики МОЗ України" у 2014 році в Україні кількість хворих на гепатит С становила 43 407 осіб. У 2014 році серед нових випадків ВІЛ-інфекції (n=15 660), маркери вірусного гепатиту С (ВГС) були виявлені у 29% (n=4532), у 46% (n=7273) маркери ВГС не були виявлені, 25% (n=3855) не

були обстежені¹. Станом на 01.01.2016 р. кількість хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ВГС склала 29 890 осіб². За даними біоповедінкового дослідження, проведеного МБФ “Альянс громадського здоров’я” (Альянс) у 2015 р., поширеність ВГС серед осіб, що вживають внутрішньовенно наркотичні речовини, складає 56%³.

Мета дослідження. Починаючи з квітня 2015 року Альянс за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією та спільно з УЦКС впроваджує проект “Розширення доступу до ефективного лікування вірусного гепатиту С через моделі лікування на рівні громад для уразливих груп населення в умовах обмежених ресурсів України” (Проект), із застосуванням нового сучасного препарату прямої противірусної дії (ППД) софосбувіру. Проектом передбачається охоплення лікуванням ППД щонайменше 1889 пацієнтів переважно із ко-інфекцією ВІЛ/ВГС, створення моделі супроводу лікування на рівні громад та інтеграція схем лікування ППД до Національного клінічного протоколу із лікування ВГС.

Методи дослідження. Лікування ВГС в рамках проекту надається у 19 закладах охорони здоров’я (ЗОЗ) України. Переважно (n=15) — це центри СНІДу, де пацієнти одночасно мають доступ до інтегрованих послуг з діагностики та лікування ВІЛ та ВГС, у 6 центрах СНІДу — також до замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). У рамках Проекту запроваджено модель медико-соціального супроводу лікування ВГС, яка базується на мультидисциплінарному підході із залученням громад. За моделлю медичний персонал ЗОЗ сумісно із представниками неурядових організацій (НУО) забезпечують надання медичної допомоги та соціальних послуг із застосуванням кейс-менеджменту (ведення випадку із індивідуальним підходом до кожного пацієнта в залежності від його потреб). В рамках надання соціальних послуг пацієнти отримують консультації з питань ВГС, його діагностики та лікування, режиму прийому препаратів, координоване перенаправлення пацієнтів до

ЗОЗ та ін. З метою підвищення результативності лікування ВГС серед представників уразливих груп започатковано інтервенцію з профілактики повторного інфікування.

У рамках Проекту був розроблений Реєстр пацієнтів ВГС, який містить детальну медичну інформацію про всіх пацієнтів у деперсоніфікованій формі, яка дозволяє здійснювати моніторинг та оцінювати ефективність лікування ВГС. Реєстр пацієнтів оновлюється щомісяця на основі даних, отриманих від ЗОЗ. Схеми лікування ППД було включено до Національного клінічного протоколу із лікування ВГС.

Отримані результати. Станом на 01 жовтня 2016 року, доступ до лікування ВГС отримали 1192 пацієнти — представники уразливих груп, з них із ко-інфекцією ВІЛ/ВГС — 928 (78%), з них на АРТ — 896 (96,5%). За весь час проекту лише 2% пацієнтів (n=25) достроково припинили лікування ВГС з різних причин (із них 3 пацієнти повторно розпочали лікування ВГС у Проекті).

Проведено аналіз ефективності лікування в когорті пацієнтів із ВІЛ-позитивним статусом, які розпочали лікування в липні 2015 року — квітні 2016 року та станом на 01 жовтня 2016 року мали результат обстеження на вірусне навантаження РНК ВГС (кількісне) через 12 тижнів після закінчення лікування ВГС, і яка склала 508 пацієнтів. З них, 72% (n=368) чоловіки, середній вік 39 років (діапазон: 18–61 рік) 80% (n=408) складають споживачі ін’єкційних наркотиків (СІН), 86% (n=436) із ступенем фіброзу $\geq F2$ по METAVIR, 13% (n=68) із попереднім досвідом лікування пегільованим інтерфероном, 96% (n=487) отримують антиретровірусну терапію (АРТ) і 6% (n=32) — замісну підтримувальну терапію (ЗПТ), 9% (n=45) мають ко-інфекцію ВІЛ/ВГС/вірусного гепатиту В (ВГВ), 23% (n=119) — туберкульоз в анамнезі. Через 12 тижнів після закінчення лікування РНК ВГС не було виявлено у 476 пацієнтів із 508. Ефективність лікування у даній когорті становить 94%. Основна схема лікування — софосбувір/пегільований інтерферон/рибавірин протягом 12 тижнів була застосована для 417 пацієнтів. Серед них, досягли стійкої вірусологічної відповіді через 12 тижнів після завершення лікування ВГС 100% (n=6) пацієнтів з 4 генотипом (Г4), 99% (n=159) пацієнтів з 3 генотипом (Г3) та 92% (n=229) пацієнтів з 1 генотипом (Г1).

Висновки. Застосування схем лікування ВГС із використанням софосбувіру у пацієнтів із ко-інфекцією ВІЛ/ВГС приводить до високих показ-

¹ Дані форми № 2-ВІЛ/СНІД, затвердженої наказом МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180.

² Дані форми № 58, затвердженої наказом МОЗ України від 21.03.2012 р. № 182 осіб (без урахування тимчасово окупованих територій АР Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитеристичної операції а також Донецької області).

³ “Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін’єкційних наркотиків та їх статевих партнерів як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління”, МБФ “Альянс громадського здоров’я”, 2015 р.

ників ефективності лікування у пацієнтів із усіма ступенями фіброзу та генотипами. В цілому, пацієнти с ГЗ краще відповідають на лікування, ніж пацієнти з Г1. Кількість пацієнтів, які достроково припинили лікування з будь-яких причин низька.

Соціальна підтримка має важливе значення для залучення представників груп ризику до лікування ВГС, забезпечення їх утримання у лікуванні та прихильності до нього.

Т.В. Бухаленкова, О.С. Бургай

ВИКОРИСТАННЯ ПОРТАТИВНИХ CD4-АНАЛІЗАТОРІВ (PIMA) В УКРАЇНІ У РАМКАХ ПРОГРАМИ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДУ

МБФ “Альянс громадського здоров’я”

Актуальність. На початок 2016 року, згідно оціночних даних, в Україні налічувалось 220 000 людей, що живуть із ВІЛ. Оціночне охоплення АРТ становило 27%. Станом на 01.01.2016 р., у закладах охорони здоров’я служби профілактики та боротьби зі СНІДом під медичним наглядом перебувало 126 604 ВІЛ-інфікованих громадян України, з них 60 753 осіб (48%) отримували АРТ. У процесі досягнення в Україні цілей 90–90–90 одним із основних завдань є посилення зв’язку між діагностикою ВІЛ-інфекції у особи, взяттям її під медичний нагляд та своєчасним призначенням АРТ.

Нажаль, з огляду на об’єктивні або суб’єктивні причини, не завжди після отримання позитивного результату тестування на ВІЛ нововиявлена особа має змогу або бажання звернутися до закладу охорони здоров’я для продовження обстеження та лікування. Саме тому актуальною є можливість надання послуги з визначення кількості CD4 лімфоцитів за допомогою портативних PIMA CD4-аналізаторів у польових умовах (в умовах мобільної амбулаторії) та на базі закладів охорони здоров’я з метою мотивації представників груп ризику до звернення у заклади охорони здоров’я та до раннього початку АРТ.

Мета досліджень. Починаючи з 2014 року в рамках Програми “Побудова стійкої системи комплексних послуг з профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки найбільш уразливих груп населення та ЛЖВ в Україні”, яка реалізується за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією, впроваджується пілотний проект щодо здійснення діяльності з визначення кількості CD4 лімфоцитів у пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом за допо-

могою портативних аналізаторів PIMA™ (далі — PIMA-програма).

Основною метою PIMA-програми є наближення послуги із визначення кількості CD4 лімфоцитів до представників груп ризику, забезпечення раннього взяття під медичний нагляд та розширення доступу до АРТ.

Методи дослідження. Використання портативного PIMA CD4-аналізатору при визначенні кількості CD4 лімфоцитів дозволяє отримати результат досліджень за 20 хвилин. Що в свою чергу прискорює проведення обстеження пацієнта в цілому і пришвидшує процедуру призначення АРТ.

У рамках PIMA-програми визначення CD4 лімфоцитів за допомогою портативних PIMA-аналізаторів здійснюється у 18-ти регіонах України за двома моделями: тестування із визначення CD4 лімфоцитів здійснюється на базі закладів охорони здоров’я та в умовах мобільних амбулаторій. Основними цільовими групами PIMA-програми є:

- представники груп ризику з вперше у житті отриманим позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію із використанням швидкого тесту на ВІЛ;
- представники груп ризику, які живуть з ВІЛ та не перебувають під медичним наглядом;
- представники груп ризику, які живуть з ВІЛ та перебувають під медичним наглядом та не отримують АРТ.

Було розроблено систему моніторингу результатів досліджень із визначення CD4 лімфоцитів за допомогою портативних PIMA-аналізаторів, що дозволяє збирати та аналізувати результати з метою впливу на ефективність PIMA-програми.

Отримані результати. З 01.07.2015 р. по 30.06.2016 р. за допомогою портативних PIMA-аналізаторів на рівень CD4 — лімфоцитів було обстежено 17952 пацієнтів. Серед протестованих, що не були зареєстровані у закладах охорони здоров'я 53% було взято під медичний нагляд, 24% з них почали приймати АРТ; середнє число днів з моменту отримання позитивного результату на ВІЛ до початку призначення АРТ складало 16 днів. Протягом року реалізації PIMA-програми спостерігалось зростання відсотка осіб, яким було призначено АРТ — з 24% до 28%, збільшення рівня CD4 лімфоцитів з 377 клітин / мкл. (3 квартал 2015 року) до 389 клітин / мкл. (2 квартал 2016 року).

Висновки. Говорячи про переваги надання послуги з визначення кількості CD4 лімфоцитів за допомогою портативних PIMA CD4-аналізаторів, слід зазначити наступні:

- можливість надання послуги з визначення кількості CD4 лімфоцитів у польових умовах, що наближає послугу до представників груп ризику;
- мотивація представників груп ризику до раннього початку АРТ;
- результати дослідження не потребують підтвердження та є підставою для призначення АРТ;
- впровадження портативних технологій у дослідженнях з ВІЛ/СНІДу.

Визначення кількості CD4 лімфоцитів за допомогою портативних PIMA CD4-аналізаторів є актуальним та значущим у наближенні послуги із визначення кількості CD4 лімфоцитів до представників груп ризику, забезпечення раннього взяття під медичний нагляд, мотивації до отримання АРТ та загалом у підвищенні якості надання медичної допомоги пацієнтам із ВІЛ-позитивним статусом.

*Ю.М. Валецький^{1,2}, О.І. Макаренко⁵, І.В. Дудко², Р.Ю. Валецький³,
Р.О. Валецька^{1,4}, Ю.Ю. Валецький¹, Д.А. Седлярчук¹*

СТРУКТУРА ВИПАДКІВ КО-ІНФЕКЦІЇ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львов

² Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання, м. Луцьк

³ Ковельське міськрайонне територіальне медичне об'єднання, м. Ковель

⁴ Волинська обласна клінічна лікарня, м. Луцьк

⁵ КЗ "Волинський обласний центр по профілактиці та боротьбі зі СНІДом", м. Луцьк

Актуальність питань боротьби з туберкульозом, ВІЛ-інфекцією та особливо їх поєднання є беззаперечними. Туберкульоз посідає п'яте місце серед причин смерті, поступаючись ішемічній хворобі серця, інсульту, інфекціям нижніх дихальних шляхів та хронічному обструктивному захворюванню легень. З початку 90-х років до 2006 року захворюваність на туберкульоз та смертність від нього в нашій країні збільшилися майже втричі. Щороку в Україні виявляють понад 30 тис. хворих на туберкульоз, а понад 6 тис. осіб помирають від цієї хвороби, стільки ж стають внаслідок неї інвалідами. Аналізуючи ситуацію, що склалася, можна вважати, що немає передумов для оптимізму щодо подолання даної хвороби ближчим часом. Це обумовлено, в першу чергу, зростанням частоти мультирезистентних форм туберкульозу та ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз.

Проблемним питанням щодо контролю за туберкульозом та ВІЛ-інфекцією залишається постійне зростання захворюваності на поєднану інфекцію цих інфекцій. З 2000 року в Україні показник захворюваності на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз збільшився у 45,9 рази і становив у 2013 році 10,5 випадку на 100 тис. населення, що на 1% більше, ніж у попередньому, 2012 році. За 6 міс. 2014 року цей показник зріс на 9% (захворіло на 84 особи більше) у порівнянні з аналогічним періодом 2013 року.

Мета дослідження. Вивчити частоту легеневої та позалегеневої локалізації туберкульозу у хворих на поєднану інфекцію ВІЛ та туберкульоз протягом 2012–2015 років у Волинській області.

Методи дослідження. Проведено аналіз медичної документації хворих на поєднану інфекцію ВІЛ/туберкульоз, які були діагностовані у Волин-

Таблиця. Структура випадків ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз

Роки	Туберкульоз легень	Позалегеновий туберкульоз	Всього
2012	50 (78,13%)	14 (23,87%)	64 (100%)
2013	72 (82,76%)	15 (17,24%)	87 (100%)
2014	55 (84,31%)	10 (15,38%)	65 (100%)
2015	68 (88,31%)	11 (11,69%)	77 (100%)

ській області і знаходились з цього приводу на обліку у обласному територіальному медичному протитуберкульозному об'єднанні в 2012–2015 роках. Використовувались методи математичної та статистичної обробки матеріалу.

Отримані результати. У Волинській області в 2012 році діагностовано 64 випадки поєднаної інфекції ВІЛ/туберкульоз; з них легенева локалізація була у 50 (78,13%) хворих, а позалегенова у — 14 (23,87%). У 2013 році — 87 випадків, з них легенева локалізація була у 72 (82,76%) хворих, а позалегенова у — 15 (17,24%). У 2014 році — 65 випадків, з них легенева локалізація

була у 55 (84,62%) хворих, а позалегенова у — 10 (15,38%). У 2015 році — 77 випадків, з них легенева локалізація була у 68 (88,31%) хворих, а позалегенова у — 11 (11,69%) (табл.).

Висновки. У Волинській області в період з 2012 по 2015 рік частота позалегенової локалізації туберкульозу у хворих на поєднану інфекцію ВІЛ/туберкульоз коливалась в межах від 11,69% до 23,87% та всередньому становила 17,05%. Відмічається щорічне зменшення частоти діагностування позалегенової локалізації туберкульозу у хворих на поєднану інфекцію ВІЛ/туберкульоз у Волинській області в 2012–2015 роках.

**Ю.М. Валецький^{1,2}, О.І. Макаренко⁵, І.В. Дудко², Р.Ю. Валецький³,
Р.О. Валецька^{1,4}, Д.А. Седлярчук¹, Ю.Ю. Валецький¹**

СМЕРТНІСТЬ ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

² Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання, м. Луцьк

³ Ковельське міськрайонне територіальне медичне об'єднання, м. Ковель

⁴ Волинська обласна клінічна лікарня, м. Луцьк

⁵ КЗ “Волинський обласний центр по профілактиці та боротьбі зі СНІДом”, м. Луцьк

Актуальність. З 1995 року в Україні проголошена епідемія туберкульозу — захворюваність на туберкульоз стрімко збільшувалась і перевищила епідемічний поріг — 50 випадків на 100 тис. населення. З 1995 року рівень захворюваності на туберкульоз збільшився майже удвічі і в 2005 році, коли реєстрували найвищий рівень цього показника, становив — 84,1 випадку на 100 тис. населення. В результаті реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 роки, протягом 4 років, в Україні досягли суттєвих позитивних зрушень щодо епідеміологічної ситуації з туберкульозу. З 2006 року відзначається повільне зменшення показників захворюваності та смертності. У 2011 році захворюваність на туберкульоз становила

67,2 випадку на 100 тис. населення, смертність від туберкульозу — 15,3 на 100 тис. населення. Однак, одним з важливих проблемних питань у контролі за туберкульозом в Україні є постійне збільшення захворюваності та смертності від ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз, оскільки з кожним роком збільшується кількість людей, які живуть з ВІЛ. З 2001 року показники захворюваності та смертності від поєднаної ко-інфекції збільшилися у 10 разів.

Мета дослідження. Вивчити частоту летальних наслідків хворих на поєднану інфекцію ВІЛ та туберкульоз протягом 2009–2015 років у Волинській області.

Методи дослідження. Проведено аналіз медичної документації хворих на поєднану інфекцію

Таблиця. Смертність хворих на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз.

Роки	Всього випадків ко-інфекції	Кількість померлих
2009	44	9 (20,5%)
2010	48	22 (45,8%)
2011	74	14 (18,9%)
2012	64	23 (35,9%)
2013	87	25 (28,7%)
2014	65	20 (30,8%)
2015	77	19 (24,7%)
Всього	459	132 (28,8%)

ВІЛ/туберкульоз, які були діагностовані у Волинській області та знаходились з цього приводу на обліку у обласному територіальному медичному протитуберкульозному об'єднанні в 2009 — 2015 роках. Використовувались методи математичної та статистичної обробки матеріалу.

Отримані результати. У Волинській області в 2009 році діагностовано 44 випадки поєднаної інфекції ВІЛ/туберкульоз; з них померло 9 (20,5%) хворих. У 2010 році — 48 випадків; з них померло — 10 (20,8%). У 2011 році — 74 випадки; з них померло — 14 (18,9%). У 2012 році — 64 випадки; з них померло — 23 (35,9%). У 2013 році — 87

випадків; з них померло — 25 (28,7%). У 2014 році — 65 випадків; з них померло — 20 (30,8%). У 2015 році — 77 випадків; з них померло — 19 (24,7%) (табл.).

Висновки. У Волинській області в період з 2009 по 2015 рік смертність від поєднаної інфекції ВІЛ/туберкульоз коливалась в межах від 20,5% до 45,8% від кількості діагностованих випадків і всередньому становила — 28,8%.

Відмічається тенденція до зменшення смертності у хворих на поєднану інфекцію ВІЛ/туберкульоз у Волинській області за період з 2009 до 2015 років.

М.Ю. Варбан

ГЕНДЕРНО-ЧУТЛИВІ ПОСЛУГИ, ЯК ДІЄВИЙ МЕХАНІЗМ ДОСЯГНЕННЯ МЕТИ 90-90-90

МБФ “Альянс громадського здоров'я”

Актуальність. Однією з основних цілей Стратегії ЮНЕЙДС на 2016–2021 р. є гендерна рівність, тобто коли “чоловіки та жінки практикують та пропагують здорові гендерні норми і працюють разом, щоб покласти край гендерному і сексуальному насильству і насильству з боку інтимного партнера з метою зменшення ризику і впливу на ВІЛ”¹. Дії для забезпечення гендерної рівності в заходах відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД повинні охоплювати три взаємопов'язані сфери:

– покращення доступу до послуг і товарів в області

сексуального та репродуктивного здоров'я, профілактиці ВІЛ/СНІД, а також їх використання;

– мобілізація спільнот для боротьби з гендерним і сексуальним насильством;

– розширення прав і можливостей молодих жінок і дівчат, в тому числі включаючи інвестування в керівну роль жінок у відповіді на епідемію.

В Україні зараз ще не досягнутий рівний доступ чоловіків та жінок з числа споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) до послуг зі Зменшення шкоди, замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) тощо. Так за даними програмного моніторингу Альянсу кількість жінок-СІН з різних регіонів України, які користуються програмами Зменшення

¹ Ускорення мер для прекращения эпидемии СПИДа. Стратегия ЮНЕЙДС на 2016–2021 гг.

	Кількість жінок, які беруть участь в програмі ЗПТ станом на 01.04.2016	Кількість жінок, які беруть участь в програмі ЗПТ станом на 01.09.2016	Кількість жінок, які прийшли в програму ЗПТ через проект протягом квітня–вересня 2016
Соціотерапія (Київ)	117	132	28
Одеський міський протитуберкульозний диспансер	40	50	15
Кіровоградський наркологічний диспансер	31	33	4

шкоди складає від 20 до 30%, а відсоток жінок — клієнток програми ЗПТ, є ще меншим і складає тільки 19%². Такий стан речей можна пояснити існуючим розподілом за статтю серед споживачів ін'єкційних наркотиків в межах областей, культурологічними відмінностями регіонів, а також підходами у політиці щодо залучення хімічно залежних осіб до послуг зі Зменшення шкоди та ЗПТ. Крім того, існує високий рівень стигматизації жінок-СІН, порівняно з чоловіками, ігнорування гендерних особливостей при поширенні інформації про програми Зменшення шкоди та ЗПТ, а також ряд гендерних стереотипів, що впливають на заходи з психосоціального супроводу. Все це перешкоджає доступу жінок до послуг.

Мета. В рамках проекту “Розбудова потенціалу з метою реалізації якісних гендерно-чутливих інтервенцій зі Зменшення Шкоди в Україні”, що фінансується організацією “Французька міжнародна експертиза ініціатива 5% (Expertise France 5% Initiative)”, Альянсом проводилося пілотування інтервенцій, які забезпечують рівноправний доступ жінок і чоловіків з числа СІН до гендерно-чутливих послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції.

Методи. Пілотування інтервенцій проводитиметься в 2015–2017 рр. в 5 містах України (Київ, Кропивницький, Кривий Ріг, Одеса, Хмельницький) на базі проектів Зменшення шкоди ВІЛ-сервісних НУО та сайтів ЗПТ. Серед гендерно-чутливих послуг, які надаються в рамках проекту, виокремлюються:

- індивідуальне гендерно-чутливе консультування фахівцями на актуальні для чоловіків та жінок теми (наприклад, сексуальне і репродуктивне здоров'я, безпечні сексуальні практики та практики вживання наркотиків тощо);

- гендерно-чутливе консультування пар-СІН;
- жіночі групи;
- залучення та навчання жінок-СІН силами рівних (використовується спеціально розроблений профілактичний навчальний модуль, проводиться тестування знань та навичок жінок-СІН);
- наставництво, тобто коли одна більш досвідчена клієнтка програми підтримує, інформує, навчає іншу клієнтку та сприяє її утриманню у програмі ЗПТ;
- соціально-психологічна профілактична гра “Янова” тощо.

Результати та їх обговорення. Протягом лютого–серпня 2016 р. через проект залучено 2500 нових жінок-СІН та 250 чоловіків — їх сексуальних партнерів, які ніколи не були клієнтками/тами проектів Зменшення шкоди. Серед них до 72% пройшли тестування на ВІЛ в рамках проекту Глобального фонду (ГФ). Від 30 до 60% (в різних НУО) нових клієнтів та клієнток користуються послугами проекту ГФ — пунктами обміну шприців, вторинний обмін тощо. Налагоджена переадресація ВІЛ-позитивних клієнток до кейс-менеджерів проектів ГФ. Так, по м. Одеса та Київ 28 ВІЛ-позитивних клієнток проекту передані кейс-менеджерам. Серед них 10 встали на диспансерний облік, 11 клієнток з діагнозом гепатит С внесені до реєстру з лікування гепатиту С.

Протягом квітня–вересня 2016 р. через пілотні сайти ЗПТ в програми ЗПТ було залучено 47 жінок.

Висновки. Таким чином, пілотні проекти показали, що впровадження гендерно-чутливих послуг в проекти Зменшення шкоди та ЗПТ за короткий термін значно збільшує залучення жінок, а також сприяє їх вмотивованій участі в програмах профілактики та лікування. Інтервенція “Наставництво”, гра “Янова” сприяють підвищенню самооцінки жінок, розвитку їх лідерських якостей і бажанню ставати наставницями, щоб допомагати іншим жінкам залучатися в програми.

² Інформація щодо кількісних та якісних не персоніфікованих характеристик пацієнтів ЗПТ станом на 01.09.2016 р. Дані Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України. Доступно за посиланням: http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/opioid_addiction/stat-docs

О. Варецька

МОНІТОРИНГ ЛІКУВАЛЬНОГО КАСКАДУ СЕРЕД ГРУП РИЗИКУ: ПІДХОДИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ

МБФ “Альянс Громадського Здоров’я”

Актуальність. Серед людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), уразливі групи, в першу чергу споживачі ін’єкційних наркотиків (СІН) та чоловіки, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ), мають нерівномірний доступ до послуг з лікування, догляду та підтримки у порівнянні з іншими групами населення. Аналіз національного лікувального каскаду, хоч і дає уявлення щодо втрат на кожному з етапів (діагностика, реєстрація в медичному закладі, початок антиретровірусної терапії (АРТ), невідзначене вірусне навантаження), не є показовим з точки зору аналізу доступності послуг серед різних верств населення. В той же час, через відсутність категорії приналежності до групи ризику, дані офіційної статистики не дають можливості проаналізувати відмінності в охопленні послугами цих груп.

Методи дослідження. Дані біо-поведінкових досліджень 2015р., а саме результати опитування щодо отримання послуг серед респондентів, в яких результат швидкого тесту на ВІЛ, зробленого під час дослідження, був позитивним, використовувались як альтернативне джерело для побудови лікувальних каскадів серед груп ризику.

Отримані результати, хоч і не дають змоги робити безпосереднє порівняння з даними офіційної статистики, проте свідчать про катастрофічно низький рівень охоплення СІН та ЧСЧ послугами каскаду. Лише 44% ВІЛ-позитивних СІН та 23% ВІЛ-позитивних ЧСЧ знають свій статус, і лише 26% ВІЛ-позитивних СІН і 6% ВІЛ-позитивних ЧСЧ отримують АРТ. За даними офіційної статистики, 58% від загальної кількості ЛЖВ знають про свій статус та 31% — отримують лікування. На жаль, результати досліджень 2015р. не дають змогу оцінити рівень вірусного навантаження серед груп ризику.

Висновки. Використання даних біо-поведінкових досліджень для моніторингу каскаду серед груп ризику має ряд обмежень, а саме: ризик отримання соціально-прийнятних відповідей респондентів та відсутність прямого порівняння з даними національного каскаду через різницю в методах. Проте, на сьогодні це є єдиним джерелом даних, яке дає можливість оцінити охоплення груп ризику послугами каскаду на національному рівні з метою визначення обсягів втрат на кожному етапі, та відповідного спрямування програм з діагностики, доступу до лікування, політики та адвокації.

В.В. Варига, О.А. Виноградова

РОБОТА З ВНУТРІШНЬОЮ СТИГМОЮ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ: ДОСВІЛ ПРОЕКТУ USAID I RESPECT”

БО “Всеукраїнська мережа ЛЖВ”, м. Київ

Актуальність. Стигма і дискримінація, пов’язані з ВІЛ/СНІД, чинять серйозний психологічний вплив на самосвідомість ВІЛ-позитивних людей, викликаючи депресію, понижуючи самооцінку людини, та призводять до важких емоційно-психологічних наслідків. Дані порівняльного аналізу результатів національних досліджень 2010, 2013 та 2016рр. “Показник рівня стигми ЛЖВ — Індекс Стигми”, проведеного БО “Всеукраїнська мережа ” (далі —

БО “Мережа ЛЖВ”), демонструють, що рівень самостигматизації (далі — ЛЖВ), залишається на високому рівні. Незважаючи на незначне зниження показника самостигматизації, у порівнянні з попередніми роками (86% у 2010 та 2013 рр.), 76% опитаних заявили, що вони негативно ставляться до себе через ВІЛ-статус. Частка ВІЛ-позитивних, які мали думки про самогубство, — як прояв внутрішньої стигми, збільшилася з 8% в 2010 р.

до 16% у 2016 р. Крім того, аналіз життєвих історій ВІЛ-позитивних клієнтів демонструє, що зовнішня стигма і дискримінація, часто призводить до самодискримінаційних рішень, включаючи відмову від антиретровірусної терапії та медичної допомоги, в цілому.

Мета дослідження: вивчити вплив нового підходу до групової роботи з ЛЖВ та представниками груп найвищого ризику, на зменшення проявів само стигматизації та само дискримінації, пов'язаної з ВІЛ.

Методи дослідження. В рамках проекту USAID I RESPECT, що впроваджувався БО “Мережа ЛЖВ” за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), протягом 2014–2016рр., на базі центру по роботі з клієнтами Київського міського відділення БО “Мережа ЛЖВ”, було проведено цикли групових зустрічей для ЛЖВ. Робота базувалася на використанні нового формату надання знань та розвитку практичних навичок для групи до 15 осіб (як жінок, так і чоловіків). Перш за все, було проведено оцінку потреб клієнтів, з метою розробки плану втручання, який би відповідав реальним запитам клієнтів. За результатами оцінки було розроблено тематичну програму курсу “Школа життя з ВІЛ”, яка включала наступні теми:

1. Фізичне, психологічне, сексуальне здоров'я людини.
2. Самоактуалізація. Визначення свого базового психотипу. Індивідуальний підхід у створенні особистого іміджу.
3. Таємниці нейропсихології: трансформація думок у позитивний напрям.
4. Стресостійкість та управління емоціями.
5. Успішне працевлаштування.
6. Захист своїх прав.
7. Психологія відносин.
8. Дискордантні пари: сексуальне та репродуктивне здоров'я.
9. Супутні захворювання: методи профілактики, діагностики та лікування.
10. Подолання самостигматизації та само дискримінації: впевненість в собі.
11. Прийняття свого ВІЛ-позитивного статусу.
12. Розкриття свого ВІЛ-позитивного статусу близькому оточенню/ медичному персоналу.

Модель групових зустрічей, яка використовувалася в роботі, включала ряд технік, що забезпечили розуміння прав та розширення власних можливостей клієнтами груп, а саме: арт-терапія, тілесно-орієнтована терапія, метод театру-форуму тощо. До участі у проведенні майстер-

класів залучались відомі публічні люди та професіонали з різних сфер науки та практичної діяльності: психології, нейропсихології, когнітивного розвитку; фітнес-тренери, іміджмейкери, лікарі-інфекціоністи, юристи та інші. Дана модель передбачала роботу з клієнтами за принципом “рівний-рівному”, головну роль в роботі з учасниками зустрічей відігравала ведуча групи, у фокусі уваги були її взаємини із клієнтами в процесі зустрічей. У Київському міському відділенні БО “Мережа ЛЖВ” ведучою групи була харизматична особистість, з досвідом життя з ВІЛ понад 15 років та власною історією подолання самостигми та захисту своїх прав із “відкритим” обличчям. Саме цей фактор був визначальним у формуванні впевненості в учасників групи, та забезпечило успіх впровадженої моделі. Поєднання арт-терапевтичних форм роботи, рольових ігор та практичних завдань, наявність авторитетного та, водночас, емпатійного лідера групи, сформованої програми зустрічей на основі потреб клієнтів, дозволяють учасникам груп скорегувати свої думки і почуття, які, зазвичай, клієнти звикли подавляти в собі. Використаний підхід надав можливість учасникам отримати підтримку в групі, побачити позитивні наслідки прийняття власного ВІЛ-статусу, розпочати або відновити ефективне лікування АРТ, розкрити свій ВІЛ-статус партнеру, членам родини та лікарям, дозволити собі будувати плани на майбутнє, створення родини, народження дітей.

Отримані результати. За час реалізації проекту (2014–2016рр.) 2 337 клієнтів отримали комплекс послуг із зменшення самостигматизації, з яких 55% жінки. Беручи до уваги гендерні особливості запитуваних клієнтами послуг, на базі Київського міського відділення БО “Мережа ЛЖВ”, функціонувала група для жінок “Киянка+”, яку могли відвідати всі жінки після курсу “Школи життя з ВІЛ”. Групові зустрічі в рамках проекту USAID I RESPECT дають можливість ВІЛ-позитивним людям прийняти свій статус та покращити якість життя. Розкриття внутрішнього потенціалу і ресурсів клієнта призводить до кращого його включення в лікування, і більш активне соціальне життя.

Висновки. В ході реалізації проект USAID I RESPECT довів прямий зв'язок між впливом внутрішньої стигми на участь у тестуванні на ВІЛ та лікуванні серед ВІЛ-інфікованих та представників груп підвищеного ризику. В програми з догляду та підтримки ЛЖВ, настійно рекомендується включення інтервенції із зниження проявів внутрішньої стигми та самодискримінації на постійній основі.

Т.В. Видиборець

41000 КОНСУЛЬТАЦІЙ В РІК: ВІЛ-СЕРВІС ОЧИМА ПАЦІЄНТІВ. ДОСВІД РОБОТИ “ЗАГАЛЬНОНАЦІОНАЛЬНОЇ ГАРЯЧОЇ ЛІНІЇ З ПИТАНЬ ВІЛ/СНІДУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ”

Благодійна організація “Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу”,
Проект “Загальнонаціональна Гаряча лінія з питань ВІЛ/СНІД та туберкульозу”, м. Київ

Актуальність. За часи незалежності в Україні створено потужну систему ВІЛ-сервісу, яка включає в себе державні та недержавні структури, які надають послуги з догляду, підтримки та лікування ВІЛ. Проте, не зважаючи на відкритість цієї системи, її бенефіціари не завжди мають змогу надати зворотній зв'язок щодо потреб та свого бачення створеної національними та міжнародними організаціями системи ВІЛ-сервісу. Варто зауважити, що частіше за все ЛЖВ-спільнотам зручніше в неформальній, комфортній для себе обстановці надавати зворотній зв'язок щодо запропонованих державними та недержавними структурами послуг. Клієнти ВІЛ-сервісу все частіше обирають таким середовищем ресурс Загальнонаціональної

Гарячої лінії з питань ВІЛ/СНІД та туберкульозу (далі — Гаряча лінія).

Дана тенденція пов'язана зі специфікою роботи Гарячої лінії та її принципами. Гаряча лінія для клієнта є провідником, що забезпечує конфіденційність та анонімність отриманої інформації, а головне доступність консультативних послуг. Варто зазначити, що характер звернень на Гарячу лінію певною мірою визначає потреби клієнтів ВІЛ-сервісу.

Мета дослідження — представити результати роботи Гарячої лінії, через призму відповідності потребам людей, яких зачепила проблема ВІЛ/СНІДу, обговорити особливості ВІЛ-сервісу очима клієнтів Гарячої лінії.

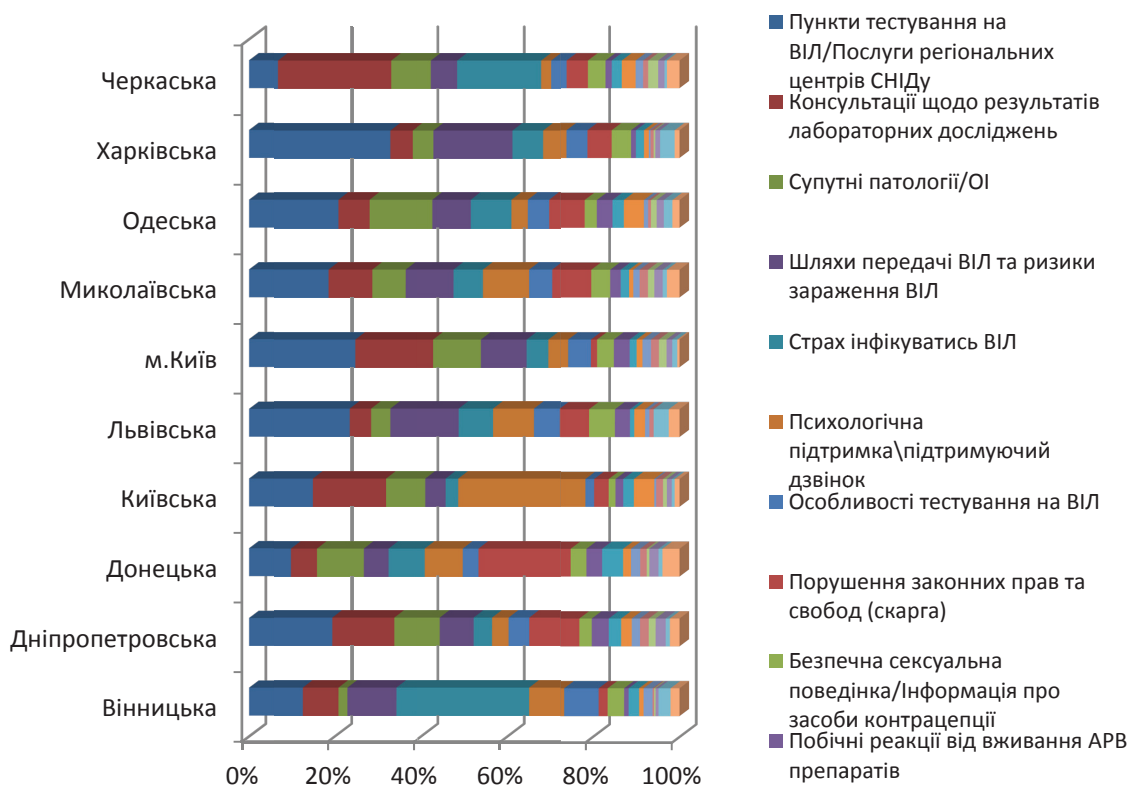


Рис. Характер звернень на Гарячу лінію в розрізі областей

Методи — аналіз даних, отриманих від абонентів Гарячої лінії.

Результати представлені в розрізі: Область звернення — Характер звернення. Вибірка: дані опрацьовано на основі звернень абонентів з 9 областей (найвища кількість звернень) та м. Києва. Аналіз даних відбувався на основі найрозповсюдженіших запитів від абонентів (в розрізі областей) за 2-й (квітень—червень) та 3-й (липень—вересень) квартал 2016 року. Загалом, за вказаний період, опрацьовано 7735 звернень від загальної кількості — 13073.

Отримані результати. Найчастіше на Гарячу лінію звертаються абоненти з м. Києва (4101 звернення — 53% від опрацьованих звернень в розрізі областей) з запитом на отримання інформації щодо проходження тестування на ВІЛ та послуг регіональних Центрів СНІДу (1650 звернень — 21% від опрацьованих звернень в розрізі характеру звернення). Дана тенденція вказує на високий рівень бажання дізнатись власний ВІЛ статус. Більш детальний аналіз даних представлений на рисунку.

Що стосується характеру звернень, то з запитом на отримання консультацій щодо результатів лабораторних досліджень та отримання інформації щодо супутніх патологій та опортуністичних інфекцій зверталось 1181 (15% від опрацьованих звернень в розрізі характеру звернення) та 795 (10% від опрацьованих звернень в розрізі характеру звернення) абонентів відповідно, що свідчить про потребу ЛЖВ-спільнот в додатковому консультуванні щодо перебігу ВІЛ-інфекції. Детальний аналіз даних представлених в таблиці вказує на питання, які потребують більш пильної уваги зі сторони системи ВІЛ-сервісу та відображає потреби клієнтів.

Висновки. Гаряча лінія є унікальним національним проектом та каналом для зворотного зв'язку від клієнтів ВІЛ-сервісу, який надає можливість оцінити реальні потреби користувачів послуг ВІЛ-сервісних організацій. Враховуючи стабільно високу кількість звернень на Гарячу лінію можна говорити про важливість поглибленої інформаційно-просвітницької роботи в напрямку розширення знань щодо ВІЛ (профілактика та лікування).

*О.О. Волікова, Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин,
О.А. Кушнірова, А.П. Петулько, Т.М. Панікова*

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА РІВНЯ ІМУНОСУПРЕСІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”, м. Дніпро

Актуальність. В теперішній час ВІЛ-інфекція ще займає значиме місце серед інфекційних захворювань. Лишаються недостатньо вивченими непрямі маркери оцінювання рівня імуносупресії у ВІЛ-інфікованих, розвитку опортуністичних інфекцій, коморбідних станів та активності прогресування ВІЛ. В даний час рівень неоптерину (НП) розглядається як один з найбільш ефективних індикаторів ВІЛ-інфекції та показників прогресування хвороби.

Мета дослідження. Вивчити рівень неоптерину для визначення розвитку прогресування імуносупресії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Дослідити кореляційний зв'язок між неоптерином та основними імунологічними, вірусологічними показниками.

Методи дослідження. Нами було досліджено 102 ВІЛ-інфікованих пацієнта, віком від 24 до 58

років (середній вік — $38,2 \pm 0,7$ років). Всі пацієнти у дослідженні були розподілені на три групи в залежності від стадії захворювання. До першої групи спостереження увійшли 30 ВІЛ-інфікованих пацієнтів з I та II клінічними стадіями захворювання — 7 (23,3%) та 23 (76,7%) особи відповідно. До 2-ї групи спостереження увійшли 28 ВІЛ-інфікованих пацієнтів з III клінічною стадією. Третю групу спостереження склали 44 ВІЛ-інфікованих пацієнта з IV клінічною стадією. Контрольну групу склали 15 здорових осіб. Визначення В2-МГ проводилось за методом ІФА зі стандартними тест-системами. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 та Excel-2010.

Отримані результати. В нашому дослідженні у здорових осіб контрольної групи середні

Таблиця 1. Порівняння середніх показників неоптерину у пацієнтів в групах дослідження з контрольною групою незалежно від прийому ВААРТ

Групи дослідження	n	Неоптерин, нмоль/л		
		M±m	p	p між групами
Контрольна група	15	3,10±0,38	—	—
1-а група	30	37,8±4,1	<0,001	p ₁₋₂ =0,015
2-а група	28	53,7±4,8	<0,001	p ₁₋₃ <0,001
3-я група	44	63,2±3,9	<0,001	p ₂₋₃ =0,131

Примітки.

1. p — рівень значущості відмінностей показників порівняно з контрольною групою (за t-критерієм Стьюдента).

2. p₁₋₂, p₁₋₃, p₂₋₃ — рівень значущості відмінностей між показниками 1-ї та 2-ї, 1-ї та 3-ї, 2-ї та 3-ї груп, відповідно (за t-критерієм Стьюдента).

Таблиця 2. Кореляційний зв'язок (r_s) між неоптерином та основними імунологічними, вірусологічними показниками в групах дослідження незалежно від прийому ВААРТ

Показники	Всі пацієнти, n=102	Групи дослідження		
		1-а, n=30	2-а, n=28	3-а, n=44
Лімфоцити (CD45 ⁺), 10 ³ /л	-0,324***	-0,049	0,007	-0,428**
Т-лімфоцити (CD3 ⁺ /CD45 ⁺), %	-0,081	-0,116	0,014	0,052
Т-лімфоцити (CD3 ⁺), 10 ³ /л	-0,314***	-0,197	0,001	-0,343*
Т-хелпери (CD3 ⁺ CD4 ⁺ /CD45 ⁺), %	-0,373***	0,011	-0,169	-0,262#
CD4 Т-хелпери (CD3 ⁺ CD4 ⁺), 10 ³ /л	-0,406***	-0,040	-0,094	-0,303*
Вірусне навантаження, РНК коп/мл [#]	0,224*	0,017	0,137	0,320*

Примітка. Рівень значущості коефіцієнта кореляції Спірмена (r_s): * — p<0,05; ** — p<0,01; *** — p<0,001, # — p<0,10, в інших випадках — p>0,05.

значення неоптерину були в межах норми та не перевищували показники референтних значень, встановлених виробниками тест-систем, що дало змогу використовувати їх для подальшого порівняння з показниками у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Показники неоптерину в групах дослідження значно перевищували показники, зафіксовані в осіб контрольної групи, з p<0,001 (табл. 1).

Результати порівняльного аналізу свідчать, що показники неоптерину та В2-мікроглобуліну у ВІЛ-інфікованих пацієнтів 2-ї і 3-ї групи достовірно вищі порівняно з 1-ю групою з p<0,05 і p<0,001 (табл. 1.). Це свідчить про те, що показники неоптерину збільшуються з наростанням клінічної стадії захворювання. Достовірної різниці середніх показників неоптерину між 2-ю та 3-ю групою дослідження не знайдено. Також спостерігали достовірний кореляційний зв'язок між неоптерином та основними імунологічними показниками,

вірусним навантаженням у пацієнтів з IV клінічною стадією. Результати представлені в таблиці 2. З вірусним навантаженням був прямий зв'язок, з CD4 Т-хелперами (CD3⁺CD4⁺) — зворотній зв'язок. Таким чином, при подальшому наростанні імуносупресії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів спостерігали збільшення рівня неоптерину.

Висновки. Таким чином, за результатами нашого дослідження встановлено, що у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з IV клінічною стадією зростає рівень неоптерину на тлі імуносупресії та збільшення кількості вірусного навантаження, та існує достовірний кореляційний зв'язок між основними імунологічними, вірусологічними показниками. Підвищення рівня неоптерину в сироватці крові супроводжує негативного перебіг ВІЛ-інфекції та може розглядатися, як ефективний неспецифічний методом оцінки прогресування ВІЛ-інфекції.

О.Р. Гатіятуллін

НАЦІОНАЛЬНИЙ ПРЕВЕНТИВНИЙ МЕХАНІЗМ ЯК ІНСТРУМЕНТ МОНІТОРИНГУ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я УВ'ЯЗНЕНИХ — РЕЗУЛЬТАТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

БО “Всеукраїнська мережа ЛЖВ”, м. Київ

Актуальність. Особи, які утримуються в установах виконання покарань, відносяться до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ за умови застосування однієї з форм поведінки, наведених у пункті 1 Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, затверджених Наказом МОЗ України від 08.02.2013 № 104. З огляду на ситуацію з захворюваності на ВІЛ в місцях позбавлення волі, виходячи з статистичних даних Державної пенітенціарної служби України, станом на 31.12.2015 р. в установах трималось 69997 осіб, з них 4129 — ВІЛ-інфікованих, отже поширеність ВІЛ серед осіб, які перебувають в установах ДПтСУ становить 5898,8 на 100 тис, що у 18 разів вище ніж показник захворюваності серед населення України (322,5 на 100 тис.). Всупереч вимогам Закону України “Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ” мають місце непоодинокі випадки несвоєчасного обстеження на ВІЛ-інфекцію та обстеження ВІЛ-інфікованих у повному обсязі, що зумовлює несвоєчасне призначення специфічного лікування. Тільки у 2015 році, а саме 22 жовтня, Європейський суд з прав людини виніс ряд рішень проти України, зокрема у чотирьох справах “Луньов проти України”, “Сергій Антонов проти України”, “Сокіл проти України”, “Савінов проти України”. Кожен із заявників був ВІЛ-позитивною особою. Європейський суд визнав у всіх випадках порушення ст. 3 Європейської Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або принижуючих гідність видів поводження та покарання (далі — Конвенція) — право на надання належної медичної допомоги. Право на отримання медичних послуг та медичної допомоги є одним основних і невід’ємних прав засуджених та осіб, узятих під варту. Для ЛЖВ своєчасна та якісна медична допомога є життєво необхідною. Відсутність належного медичного лікування може суперечити статті 3 Конвенції, що й підтверджено рішеннями Європейського суду.

Мета дослідження: виявлення порушень в доступі до медичної допомоги людей, які живуть з ВІЛ та забезпечення доступу до лікування за допомогою Національного превентивного механізму.

Матеріали та методи. Правилком 83 Мінімальних стандартних правил ООН щодо поводження з ув'язненими (Правила Мандели) визначено, що повинна існувати подвійна система регулярних інспекцій тюремних установ і пенітенціарних служб, в тому числі й зовнішні перевірки, що проводяться незалежним від тюремної адміністрації органом. Мета інспекцій повинна полягати в тому, щоб упевнитися, що управління тюремними установами здійснюється відповідно до чинних законів, нормативно-правових актів, політик і процедур, що їх робота відповідає завданням, поставленим перед пенітенціарними і виправними службами, і що права ув'язнених захищені.

У 2006 році Україна ратифікувала Факультативний протокол до Конвенції і зобов'язалась створити структуру щодо здійснення функцій Національного превентивного механізму (НПМ). У 2012 році були внесені зміни до Закону України “Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини”, згідно з якими ці функції здійснює офіс Омбудсмена. В Україні прийнято рішення застосування моделі “Омбудсман +”. У якості “+” виступає громадськість — монітори, які мають активно залучатися до здійснення моніторингових візитів до закритих установ. Головна ідея НПМ полягає у запровадженні системи регулярних, незалежних відвідувань будь-якого місця, що перебуває під юрисдикцією та контролем держави, де утримуються чи можуть утримуватися особи, позбавлені волі, за розпорядженням державного органу чи за його вказівкою, або з його відома чи мовчазної згоди. Ці відвідування здійснюються з метою посилення, за необхідності, захисту таких осіб від катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання.

БО “МЕРЕЖА” долучилася до реалізації НПМ у вигляді роботи в експертній раді, організації та участі у моніторингових візитах в заклади пенітенціарної служби. Починаючи з 2015 року, було розроблено інструментарій та навчено особливостям моніторингу забезпечення права на медичну допомогу ЛЖВ в пенітенціарних закладах. У 2015 році було залучено моніторів НПМ, для виконання робіт з дослідження доступу до медичної допомоги людей, які живуть з ВІЛ в установах виконання покарань у 9-ти областях України. У 2016 році дослідження охоплюють усі області України.

Результати досліджень та їх обговорення. За результатами візитів у 2015 році виявлено системні проблеми: низький рівень обстеження ув'язнених на ВІЛ (менше 10% від загальної кількості утримуваних), неякісне проведення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, неякісне ведення документації щодо диспансеризації ВІЛ-позитивних осіб, несвоєчасне обстеження ВІЛ-позитивних осіб й призначення антиретровірусної терапії, низький рівень підготовки медичного персоналу з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу. Наприклад, під час візиту до Солонянської виправної колонії (№ 21) виявлено факт, коли протягом вересня–жовтня 2015 року в медичній частині установи медичні

працівники видавали ВІЛ-позитивним засудженим прострочений препарат “Лазід”. В Одеській установі виконання покарань (№ 21) виявили в медичному стаціонарі ув'язненого, який мав ВІЛ-позитивний статус. Останній повідомив про те, що у нього відбулося переривання антиретровірусної терапії після його затримання працівниками міліції. Зі його слів, на всіх етапах затримання та утримання в ізоляторі тимчасового утримання та слідчого ізолятора він повідомляв відповідним посадовим особам про свій статус та необхідність подальшого безперервного проходження АРТ, але без результату.

Щодо виявлених порушень Омбудсманом України склалися та надсилалися акти реагування до Міністерства юстиції України, Генеральної прокуратури України та Державної пенітенціарної служби України.

Висновки. У щорічній доповіді Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2015 рік були відображені виявлені факти, системні проблеми та рекомендації. Доповідь була представлена народним депутатам Верховної Ради України у 2016 році для подальшої зміни законодавства, або реагування відповідних міністерств.

О.М. Гвоздецька, С.І. Іляшова, І.П. Печенога, І.В. Луцюк, О.Р. Гатіятуллін

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНОЇ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ

БО “Всеукраїнська мережа ЛЖВ”

Існуюча модель системи охорони здоров'я ДКВС України засвідчила неможливість, в повній мірі, забезпечити доступність та якість медичних послуг, а також досягти збереження та покращення здоров'я засудженим та особам, узятим під варту. Недосконала та інертна до змін система управління закладами охорони здоров'я ДКВС України призвела до відсутності істотного прогресу у формуванні повноцінного нормативно-правового підґрунтя для їх якісного та ефективного функціонування. Форма управління, системні проблеми фінансування та матеріально-технічного забезпечення, зокрема, понад 80% медичного обладнання вичерпало свій ресурс і морально застаріло, не-

укомплектованість штату медичних працівників та неналежна їх кваліфікація не дозволяють забезпечити надання медичної допомоги засудженим та особам, узятим під варту відповідно до вимог міжнародних та державних стандартів. Залежність медичного персоналу від керівництва установ системи виконання покарань, унеможливорює прийняття оптимальних організаційних та клінічних рішень у процесі надання медичної допомоги засудженим та особам, узятим під варту. Фінансування видатків на охорону здоров'я в органах і установах виконання покарань, слідчих ізоляторах останні роки здійснюється на рівні 40% від потреби. Асигнування з Державного бюджету на закупівлю

сучасного медичного обладнання не виділялися з 2011 року, а на санітарний транспорт — не виділялися взагалі.

Відсутня в системі охорони здоров'я ДКВС України політика і стратегія розвитку кадрових ресурсів призвела до дефіциту кваліфікованого медичного персоналу (ряд установ працює взагалі без лікарів). Відсутність ефективних управлінських рішень та контролю в процесі планування бюджетних коштів в системі охорони здоров'я ДКВС України призвели до край критичної ситуації з навчання медичних працівників, підвищення їх кваліфікації. Непрофесійне управління системою охорони здоров'я ДКВС України, низький рівень оплати та тяжкі умови праці, залежність медичного персоналу від адміністрації вказаних установ, відсутність професійного росту та соціальних гарантій медичного персоналу, призвели до критичної ситуації в медичній системі — молоді медичні кадри не залучаються до роботи в системі, а 25% наявного медичного персоналу — пенсіонери.

Як наслідок усіх вищезазначених чинників, протягом останніх років в медичних закладах охорони здоров'я ДКВС України залишається високим рівень смертності та летальності від соціально-небезпечних захворювань, таких як СНІД та ВІЛ-асоційований туберкульоз. Відповідно рівень якості надання медичних послуг хворим на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД в системі охорони здоров'я ДКВС України потребує покращення з обов'язковою інтеграцією в єдиний медичний простір. Багаторічний вплив наведених вище факторів призвів до невідповідності системи охорони здоров'я ДКВС України вимогам сьогодення. Наявна організаційно-фінансова модель практично вичерпала можливості щодо свого покращення. Виникла нагальна потреба у розробці сучасних підходів до модернізації системи охорони здоров'я ДКВС України, спрямованих на визначення нового бачення подальшого її розвитку.

Міжнародні стандарти та практика розвинених держав чітко визначають, що політика охорони здоров'я в пенітенціарних установах повинна бути невід'ємною частиною національної системи охорони здоров'я. Медичні послуги в установах ДКВС України мусять організовуватися в тісній

співпраці із цивільними органами охорони здоров'я громади чи країни.

Для вирішення вищезазначених проблем необхідно розробити та затвердити Концепцію, яка буде включати практичні кроки, яких необхідно вжити протягом 2017–2022 років для забезпечення реформи системи охорони здоров'я ДКВС України з кінцевим результатом — передачею контролю над системою охорони здоров'я в органах і установах виконання покарань Міністерству охорони здоров'я України, що дозволить позитивно вплинути на рівень надання медичної допомоги засудженим та особам, узятим під варту.

Для цього за ініціативою БО “МЕРЕЖА” була створена робоча група з реформування діяльності медичної служби ДКВСУ, склад якої затверджено наказом Міністерства юстиції України № 1013/07 від 01.09.2016 р.

Метою Концепції є створення якісної та ефективної системи охорони здоров'я ДКВС України, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування засуджених та осіб, узятих під варту на рівні розвинутих європейських держав. Основними напрямками реалізації Концепції є:

- запровадження пацієнт-орієнтованої моделі медико-санітарного забезпечення в ДКВС України із застосуванням ефективного механізму управління персоналом та державними ресурсами;
- удосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я ДКВС України та його гармонізація до законодавства ЄС;
- удосконалення системи профілактики захворювань у відповідності національних стандартів;
- забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування всіх ув'язнених та осіб, які тримаються під вартою, та надання якісних медичних послуг.

Реалізація Концепції дасть можливість створити прозору та ефективну незалежну систему охорони здоров'я ДКВС України, оснащену сучасними засобами профілактики, діагностування та лікування, здатну надавати висококваліфіковану та спеціалізовану медичну допомогу засудженим та особам, узятим під варту під час виконання покарання.

Л.І. Гетьман, К.В. Воронова, М.В. Рябінчук

ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ АНТИРЕТРОВІРУСНУ ТЕРАПІЮ

ДУ “Центр громадського здоров'я МОЗ України”, м. Київ

Актуальність. Амбітні цілі національної стратегії щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції: виявити 90% ЛЖВ, надати 90% з них антиретровірусну терапію (АРТ) та забезпечити ефективність АРТ для 90% ЛЖВ, які її отримують, можуть бути досягнуті при достатній кваліфікованій підготовці медичного персоналу та децентралізації послуг ВІЛ-інфікованим пацієнтам.

Мета дослідження. Проаналізувати рівень клінічної підготовки та володіння переліком необхідних компетенцій медичним персоналом закладів охорони здоров'я районного рівня, згідно національних протоколів надання антиретровірусної терапії, з метою впровадження заходів з підвищення кваліфікації персоналу.

Методи дослідження. Аналіз проведено за даними опитувальника, який був розроблений на основі національного клінічного протоколу та міжнародних практик клінічного наставництва. Оцінка була проведена в 73 закладах охорони здоров'я, що надають АРТ, в рамках здійснення візитів клінічного наставництва з обласного рівня на районний.

Отримані результати. За період червень–жовтень 2016 року було здійснено 73 наставницькі візити до закладів охорони здоров'я, що надають АРТ в 19 регіонах України. В рамках візитів клінічні наставники проводили оцінку надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, яким планується призначення АРТ. Консультування та огляд ВІЛ-інфікованого пацієнта проводився лікарем в присутності наставника. Оцінка здійснювалась за такими напрямками: консультування перед початком АРТ; консультування щодо прихильності/дотримання режиму лікування; первинний огляд хворого; призначення АРТ; побічні ефекти АРВП і взаємодія лікарських засобів; проведення профілактичних втручань, пов'язаних з лікуванням та доглядом.

За результатами оцінки виявлено:

– найбільші труднощі виникали при консультуванні пацієнтів з приводу профілактичних втру-

чань, пов'язаних з доглядом та лікуванням: 38% лікарів, від загальної кількості тих, які пройшли оцінку, не проконсультували пацієнта щодо необхідності проведення скринінгу на рак шийки матки, анальний рак, діабет, гіпертонію та інші захворювання, а також про переваги раннього початку лікування для серодискордантних пар;

- 22% лікарів не провели консультування щодо резистентності до АРВП та зв'язку між прихильністю та резистентністю;
- 16% не надали інформацію про небезпечні взаємодії ліків та про можливі побічні дії препаратів та заходи щодо їх мінімізації;
- 13% не провели клінічний скринінг на туберкульоз;
- 9% лікарів не провели оцінку доцільності призначення профілактики опортуністичних інфекцій.

Разом з тим 94% лікарів оцінили готовність пацієнта до АРТ та пояснили загальні переваги та та ризики терапії; 98% лікарів володіють інформацією, які АРВ препарати є в наявності для лікування та механізм їх дії, знають чинний клінічний протокол (які схеми є основними, які альтернативними).

Висновки. Результати оцінювання свідчать про необхідність в навчальних програмах для надавачів ВІЛ-послуг акцентувати увагу на питаннях резистентності та зв'язку між прихильністю та резистентністю, інформацією про небезпечні взаємодії АРВП з іншими лікарськими засобами та про можливі побічні дії препаратів та заходи щодо їх мінімізації. Активно використовувати практику безперервного клінічного наставництва з регіонального рівня, стажування лікарів на робочому місці та рекомендувати лікарям обов'язково звертати увагу на супутні захворювання та профілактичний скринінг, дотримання вимог клінічного протоколу перед призначенням АРТ. Створювати в закладах локальні команди з безперервного покращення надання якості послуг.

*Л.І. Гетьман, А.М. Щербінська, Я.В. Соболева, С.В. Рябоконь,
Т.М. Старіченко, Т.В. Гриценко, О.Л. Міщенко, І.М. Старіченко*

ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНИХ РИЗИКІВ ІНФІКУВАННЯ ЗБУДНИКАМИ ГЕМОТРАНСМІСИВНИХ ІНФЕКЦІЙ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ М. КИЄВА ТА КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

Актуальність. Захист медичних працівників від зараження збудниками гемотрансмисивних захворювань при виконанні своїх професійних обов’язків є одним з напрямків профілактичної діяльності, який потребує постійного удосконалення. Щороку в Україні реєструються професійні контакти, пов’язані з ризиком інфікування ВІЛ на робочому місці. Все це зумовлює необхідність підвищення ефективності існуючих та пошуку нових запобіжних заходів.

Відповідно до статистичних даних, в 2015 р. за послугами постконтактної профілактики (ПКП) звернулось 1180 осіб, серед них — 520 осіб мали безпосередній контакт з джерелом потенційного інфікування ВІЛ, з них 505 — працівники закладів охорони здоров’я (ЗОЗ), решта — травмовані діти та особи, що не працювали в ЗОЗ.

Мета дослідження. Здійснити аналіз професійної безпеки роботи медичних працівників щодо ВІЛ та інших гемотрансмисивних інфекцій шляхом визначення частоти травм і факторів ризику щодо інфікування; дослідити розповсюдженість небезпечних практик роботи, забезпеченість закладів охорони здоров’я сучасними засобами захисту персоналу; визначити рівень знань медичних працівників щодо профілактики гемотрансмисивних інфекцій.

Методи дослідження. Анкетування персоналу відділень лікувальних закладів з високим ризиком інфікування гемотрансмисивними інфекціями

Отримані результати. В анкетуванні прийняли участь 644 фахівців закладів охорони здоров’я (ЗОЗ) м. Києва та Київської області.

В дослідженні прийняли участь 292 лікарів та 305 медичних сестер наступних відділень: акушерсько-гінекологічні, інфекційні, лабораторно-діагностичні, реаніматологічні, терапевтичні, хірургічні, спеціалізовані відділення за профілем (неврологічне, кардіологічне, інфарктне, офтальмологічне, урологічне, проктологічне, приймальне, ЛОР, комбустіологічне, гемодіаліз, неонатальне, патолого-анатомічне, хоспіс).

Кількість ін’єкцій/маніпуляцій протягом робочої зміни значно варіювала в залежності від фаху, в середньому для лікарів складала — 12 маніпуляцій, для медичних сестер — 47. Серед лікарів найбільшу кількість маніпуляцій протягом зміни зазначили фахівці лабораторної служби — 49 маніпуляцій, лікарі хірургічного та анестезіологічного профілів — 11–12. Серед медичних сестер найбільшу кількість ін’єкцій/маніпуляцій відзначили фельдшери-лаборанти — 66 маніпуляцій, сестра медична палатна — 53, маніпуляційна — 44 та анестезійна — 43.

Ризикованими щодо інфікування є травми забрудненим медичним інструментом з наявністю порожнин, де можуть залишатись інфіковані біологічні рідини — шприці, інфузійні голки, голки венозного катетера тощо. Про отримання травм зазначеними інструментами заявили 47% респондентів серед всіх, хто вказав про отримання травм. Серед всіх респондентів 13% заявили, що протягом останнього року їм доводилось робити ін’єкції без рукавичок. В розрізі відділень найчастіше доводилось робити ін’єкції без рукавичок фахівцям реаніматологічних (24%) та інших спеціалізованих (17%) відділень. Найрідше ін’єкції без рукавичок роблять фахівці інфекційних відділень (5%).

Серед провідних чинників, які можуть вплинути на покращення ситуації з травмами на робочому місці 59% опитаних зазначили про необхідність “достатньої кількості засобів захисту”, 34% респондентів — “підвищення рівня знань”, 40% — “зменшення навантаження”. Результати дослідження, проведеного з метою оцінки професійних ризиків інфікування збудниками трансмісивних інфекцій серед медичних працівників м. Києва та Київської області, дозволили визначити прогалини, пов’язані із захистом своєї особи під час виконання професійних обов’язків/маніпуляцій.

Визначено, що найбільшому ризику піддаються лікарі і медичні сестри, які працюють в лабораторіях, реанімаційних, інфекційних та ге-

матологічних відділеннях, найменшому — в терапевтичних та спеціалізованих відділеннях.

Медичні працівники назагал знають про можливі ризики щодо інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків. Більшість опитаних вважають, що безпека виробничої діяльності повинна забезпечуватись керівництвом закладів охорони здоров'я.

Лікарі і медичні сестри усвідомлюють небезпеку від отриманих травм і хотіли б підвищити свої знання щодо індивідуального захисту в процесі виконання маніпуляцій. Аналіз рівня знань під час анкетування виявив, що 20% лікарів і медичних сестер ні разу не проходили навчання з питань охорони праці стосовно безпеки щодо інфікування ВІЛ та збудниками трансмісивних інфекцій, практики ПКП і лише 35% опитаних знають нормативну базу і користуються нею. 22% медичних працівників володіють повним об'ємом інформації щодо часу, місця та засобу (АРВ-препарати, дози) проведення ПКП.

Забезпечення засобами захисту, за відповідними опитаних, показав, що понад 40% фахівців найбільш ризикованих відділень (лабораторно-діagnostичних, інфекційних та реаніматологічних) вважають стан забезпечення засобами індивідуального захисту, передусім рукавичками, в 303 не відповідає потребам.

Висновки. Проведене дослідження виявило основні проблемні моменти в системі захисту медичних працівників щодо інфікування ВІЛ та іншими гемотрансмісивними інфекціями при виконанні своїх професійних обов'язків в закладах охорони здоров'я різного профілю м. Києва і Київської області. Отримані результати призвані звернути увагу керівництва закладів інших регіонів до проблеми захисту здоров'я медичних працівників в разі отримання ними травм, пов'язаних з контактом з інфікованим матеріалом. Інформація про ПКП та забезпечення засобами індивідуального захисту — це основні рекомендації, які випливають з проведеного аналізу.

В.А. Гончаров¹, Л.С. Котлик^{1,2}, С.С. Чернявская¹, Е.В. Ситникова¹, А.В. Скопенко¹, С.В. Есипенко², В.Р. Студзинский², А.Б. Садкова²

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К ВИЧ-1/ВИЧ-2 ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН МЕТОДОМ ИММУННОГО БЛОТИНГА

¹ КУ “Одесский областной лабораторный центр Министерства здравоохранения Украины”, г. Одесса

² КУ “Одесский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом”, г. Одесса

Актуальность. В человеческой популяции циркулирует несколько типов вируса иммунодефицита (ВИЧ). В странах Европы, Центральной Африки и США преимущественно распространен ВИЧ-1, Западной Африке и Индии — ВИЧ-2. Впервые ВИЧ-2 был выделен в 1986 году от больных СПИДом в Странах Западной Африки (Гвинее-Биссау и Островах Зеленого Мыса). Сегодня ВИЧ-2 является доминирующим циркулирующим вирусом среди населения этого континента — на долю инфицированных ВИЧ-2 приходится от 37 до 68% от общей массы инфицированных ВИЧ. Также в этих странах регистрируется значительное число лиц (до 50%) с двойной инфекцией ВИЧ-1/ВИЧ-2.

В Европе и Америке инфицированные ВИЧ-2 регистрируются довольно редко. Эпидемиология ВИЧ-2, в отличие от ВИЧ-1, изучена мало. По-

лагают, распространение ВИЧ-2 на Европейском континенте только начинается.

В условиях увеличения внутренней и международной миграции, а также учитывая геополитическое положение Одесской области, существует реальная возможность завоза на территорию региона ВИЧ-2.

Цель. Целью нашего исследования является оценка интенсивности эпидемического процесса по ВИЧ-инфекции/СПИДу в Одесском регионе. С начала регистрации ВИЧ-инфекции на территории области проводится рутинный эпидемиологический надзор среди всего населения, в т.ч. среди беременных женщин. На протяжении 2013–2016 гг. при постановке на учет в женских консультациях области обследования на ВИЧ прошли 72622 беременные женщины (по коду 109.1).

Материалы и методы. Для исследований образцов сывороток крови использовались тест-системы для иммуноферментного анализа, полученные по распределению МЗ Украины: Диапроф-Мед (Украина), МедБиоАльянс (Украина), BioRad (Франция). Все положительные результаты первичного скрининга на наличие антител к ВИЧ проходили подтверждение верификационными тестами. Верификационные тесты: Genscreen Ultra HIV Ag-Ab (Франция), HIV EIA (Финляндия), Genscreen HIV 1/2 Version 2 (Франция).

Согласно Приказа МЗ Украины №1141, для подтверждения наличия антител к вирусу иммунодефицита человека в сыворотке беременных применяли метод иммунного блотинга (ИБ). Тестирование проводилось с использованием тест-системы INNO-LIA HIV-I/II Score (Бельгия), позволяющей подтверждать содержание антител к ВИЧ первого типа (ВИЧ-1), включая группу О, а также второго типа (ВИЧ-2), осуществлять дифференциацию между инфекциями ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

Результаты исследований и их обсуждение. По результатам проведенных тестирований ИБ у 687 образцов сывороток крови (что составило 0,9% от общего числа протестированных) были выявлены положительные результаты на наличие антител к ВИЧ. При детальной интерпретации этих результатов было установлено, что у 605 образцов

(88%) определялись антитела, специфичные для ВИЧ-1. В тоже время у 82 образцов (12%) определялись различные нетипируемые комбинации антител ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

Полученные результаты вызывают большой интерес и требуют детального рассмотрения каждого случая выявления антител к ВИЧ-1/2 на предмет подтверждения двойного инфицирования ВИЧ-1/ВИЧ-2, поскольку интерпретирование двойной инфекции только на основе серологических данных должно проводиться с определенной долей осторожности из-за наличия перекрестных реакций.

Также важным является изучение клинического течения беременности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией у женщин с позитивными результатами на ВИЧ-1/ВИЧ-2.

Выводы. Учитывая, что ВИЧ-2 передается преимущественно путем гетеросексуальных половых связей, имеет целесообразность проведение исследований на ВИЧ-1/ВИЧ-2 и в других группах риска заражения ВИЧ-2 (лица, имеющие незащищенные половые контакты с ВИЧ-позитивными партнерами, мужчины, имеющие секс с мужчинами, работники коммерческого сексбизнеса), что даст возможность создать полную картину типовой структуры ВИЧ, циркулирующих на территории области.

И.Ю. Григорьева

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

ОМО “Клуб взаимопомощи “Жизнь+”, г. Одесса.

Актуальность. В Украине, которая столкнулась с проблемой эпидемии ВИЧ-инфекции, в течение последнего десятилетия постепенно сложилась система консультирования, связанного с ВИЧ-инфекцией, выполняющего ряд функций: от профилактической до просветительской. Актуальность работы объясняется важностью постановки и разработки проблемы. Психологическое консультирование способствует изменению поведения людей, чтобы они могли жить продуктивнее, испытывать удовольствие от жизни, которая иногда предъявляет неизбежные социальные ограничения.

Консультирование помогает выработать навыки преодоления трудностей при столкновении с новыми жизненными обстоятельствами, обеспечивает принятие важных решений, развивает и поддерживает умение устанавливать межличностные отношения. Психологическое консультирование по проблемам ВИЧ/СПИДа — это процесс.

Цель консультирования при позитивном результате тестирования состоит в том, чтобы обеспечить такой тип психологической поддержки и ощущение личной ответственности, какие тре-

буются в отношении ВИЧ — инфицированных пациентов.

Методы исследования. В работе исследовались теоретические и диагностические методы. Исследования в соответствии с гипотезой, целью и задачами. Для проверки гипотез использованы методики “Автобиография”, “Жизненные события”, “ММРІ-566”, “Тест Люшера” с помощью которых у пациентов будут определены: профиль личности; особенности мировоззрения; вербальные формулы внутренней речи, представляющей матрицы долговременных программ.

Основное место в решении задачи профилактики ВИЧ-инфекции имеют нефармакологические методы, среди которых существенное место занимает система психологического консультирования. Психологическое консультирование начало развиваться практически с начала проведения исследований на наличие антител к ВИЧ в конце 80-х годов. За это время были собраны и проанализированы клинические наблюдения за динамикой процесса социально — психологической адаптации у ВИЧ-инфицированных пациентов с момента установления серопозитивности до завершения ими жизнедеятельности. Исследования психологов показали, что сразу после приема у врача пациенты помнят 90% сказанного врачом, на другой день — 50%, а через 3 дня — 15% (Завьялов В.Ю. 1999). Это явление можно объяснить как плохим пониманием врачебных предписаний, так и нежеланием принять сам факт заболевания, т.е. психологической защитой пациента. Забывание как произвольное вытеснение образа из сознания реально. Но реально и другое, когда человек хранит событие в памяти, но намеренно избегает воспроизводить его, не желая причинить себе душевную боль, потревожить совесть. Воспоминания порой требуют мужества, тогда работаем по методике с “жизненными событиями”, как форме терапевтического воздействия.

Результаты исследований. Метод “Жизненные события”, позволяет с помощью ряда вопросов определить насколько у данной личности сформирована его жизненная позиция, абсолютная

и относительная истина, своя личная правда и позиция человека в этом мире. Тест ММРІ-566 не только обрисовывает патологически заостренные или измененные болезненным процессом индивидуальные особенности больного: она раскрывает ряд психологически понятных переживаний и свойств личности нормального человека. Результаты цветовой диагностики Люшера позволяют произвести индивидуальную оценку и дать профессиональные рекомендации о том, как можно избежать психологического стресса и физиологических симптомов, к которым он приводит. Психологическая автобиография предоставляет возможность изучить наиболее существенно связанные с личностью особенности восприятия ситуаций, особенности психологической среды или субъективных ситуаций в жизни человека. По всем четырем методикам были проведены исследования 30 ВИЧ-инфицированных пациентов.

Выводы. По результатам исследования у большинства было выявлено отрицание себя, как личности после выявления ВИЧ-положительного статуса. Опрошенная группа характеризуется противоречивостью мировоззрения и формальным отношением к жизненным событиям. Стремление к сочувствию, пониманию, уважению. Желание быть признанным и реализованным как личность, несмотря на тяжелый диагноз, мои пациенты стараются участвовать в деятельности общества, приносить пользу людям. Жить полноценной жизнью, уверенно смотреть вперед. Многие, когда узнали о ВИЧ-положительном статусе, перенесли тяжелые психологические травмы, после чего некоторое время находились в депрессивном состоянии. Некоторые, когда узнали о своем диагнозе, обратились за помощью к психологу, другие остались с этой проблемой один на один. Часть пациентов чувствуют свою несостоятельность и неумение адаптироваться к реалиям жизни, при этом испытывают чувства несправедливости и не знают, как с этим бороться. Тенденция к вытеснению агрессивности и подавлению своей спонтанности. Это зависит от образования человека и его социального положения в обществе.

І.Г. Грижак¹, О.Я. Пришляк¹, Н.М. Дьоміна², В.О. Місюра², Л.О. Герасимчук², Л.Р. Грижак²

АНАЛІЗ АКТИВНОСТІ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

¹ ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, м. Івано-Франківськ

² Івано-Франківський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Івано-Франківськ

Актуальність. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні, яка продовжується, вимагає відповіді з боку медичних установ. Однак, оцінка ефективності їх роботи є проблематичною, оскільки показники офіційної статистики не прямо залежать від процесів в популяції людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ).

Мета дослідження: провести аналіз показників захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції, та додатково оцінити активність епідемії на підставі результатів сероепідеміологічного моніторингу в Івано-Франківській області.

Методи дослідження. Проведено статистичний аналіз епідемії ВІЛ-інфекції за показниками захворюваності та поширеності у період 2007–2015 роки. За даними сероепідмоніторингу встановлена величина популяції виявлених ЛЖВ. Проведено додаткову оцінку показників епідемії та впливу на неї за допомогою запропонованих нами аналітичних показників — похибки диспансеризації (ПД) і умовної річної інтенсивності епідемії (УРІЕ).

Отримані результати. В рамках сероепідмоніторингу в області в 2015 році виявлено антитіла до ВІЛ у сироватці крові 315 осіб, яким уперше в житті встановлено діагноз ВІЛ-інфекції. Підсумовуючи усіх уперше виявлених осіб за всі роки спостереження і віднімаючи всіх вибулих, померлих, зі знятим діагнозом, встановлено, що в області на кінець 2015 року проживало 1661 ЛЖВ з лабораторно встановленим ВІЛ-позитивним статусом, проте тільки 892 з них перебувають на диспансерному нагляді (53,7%). Із числа виявлених за 2015 рік взято на облік тільки 180 осіб, причому, захворюваність становила 13,0 на 100 тис. населення. Відсоток числа недовзятих ВІЛ-інфікованих осіб на облік (різниця між взятими на облік і виявленими в сероепідмоніторингу) від числа всіх виявлених в поточному році становить ту похибку диспансеризації в обчисленні захворюваності ($ПД = (180 - 315) \cdot 100 / 315 = -42,8\%$), яка відрізняє офіційний показник захворюваності від фактичного. Враховуючи величину і знак похибки можна точніше давати характеристику захворюваності, оскільки, недовзяття на облік хибно

зменшує її (в нашому випадку на 42,8%, бо ПД зі знаком “–”), в іншому випадку — взяття на облік більше, ніж виявлених в поточному році, хибно збільшить цей показник (ПД буде зі знаком “+”). Дещо точніше уявити активність епідемії можна за приростом числа відомих ЛЖВ за рахунок вперше виявлених в поточному році. Цей приріст становив $(315 - 100) / 1661 = 18,96\%$, округлено до 19,0% і є умовною річною інтенсивністю епідемії (УРІЕ). Цей же показник, але з розрахунку на 1 відомого ЛЖВ відображає середню активність одного джерела інфекції, що реалізувалося в зараженні іншої особи. Отже, один умовний ВІЛ-інфікований мешканець області за 2015 рік заразив умовних 0,19 осіб. Як видно на рис. 1, показник захворюваності за останні 9 років коливався в межах (на 100 тис. населення): 7,0 — в 2007 р., 13,9 — в 2004 р. і 13,0 — в 2015 р. Візуально оцінюючи криву захворюваності можна ствердити повільне, але неухильне зростання, за рахунок охоплення колишніх і нових виявлених ЛЖВ на диспансерний нагляд. Показник УРІЕ, на тому тлі спочатку демонструє динаміку на сповільнення інтенсивності

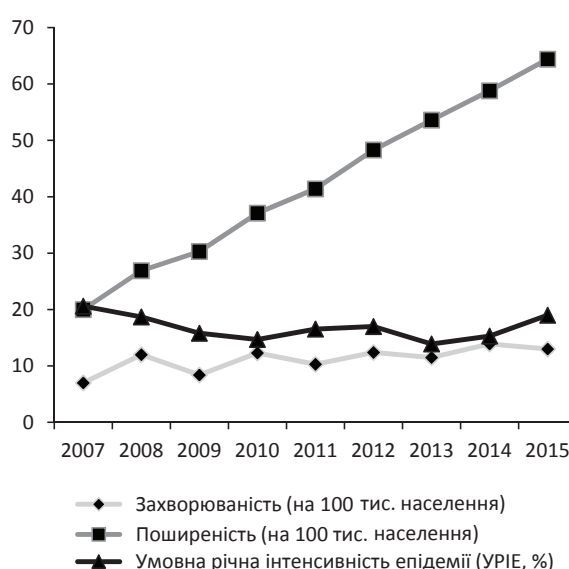


Рис. Показники епідемії ВІЛ-інфекції в Івано-Франківській області

епідемії з показника 20,3% (2007 р.) до мінімуму — 13,9% (2013 р.), а в наступні 2 роки стрімко зростає і повертається до майже пікового значення — 19,0% у 2015 р. (рис.)

Ця тенденція вказує про негативні поведінкові зміни членів суспільства під впливом різноманітних чинників. Так, в 2007–2013 рр. соціально-економічна ситуація визначалася певною стабільністю, що виражалося в посиленні стримувальних факторів епідемії. Поворот тенденції на посилення епідемії збігається із поглибленням соціально-економічної кризи.

Показник поширеності неухильно підвищується з 20,0 до 64,4 на 100 тис. нас., але це не означає негативної тенденції, оскільки, з роками закономірно зростає кількість осіб, які перебувають на диспансерному нагляді й отримують антиретровірусну терапію, тож покращуються показники їх виживання та тривалості життя.

Висновки. В області неухильно зростає захворюваність та поширеність ВІЛ-інфекції в 9-річній динаміці. Значення показника захворюваності залежить від кількості взятих на облік виявлених ЛЖВ, а показник поширеності відображає позитивний вплив роботи з диспансеризації пацієнтів.

Показник умовної річної інтенсивності епідемії як щорічний приріст кількості ЛЖВ, розрахований на основі даних сероепідмоніторингу, більш переконливо свідчить про зміни активності епідемічного процесу. Його можна використовувати для оцінки як тенденції епідемії, так і ефективності комплексного впливу на неї з боку медичних закладів, соціальних державних та громадських зацікавлених сторін.

За останні 2 роки зросла активність епідемії ВІЛ-інфекції за показником умовної річної інтенсивності епідемії, що по часу співпадає із кризовими процесами в суспільстві і медичній галузі.

Н.А. Гудюк, І.С. Миرونюк

ВИКОРИСТАННЯ РЕГІОНАЛЬНОЇ ФОРМИ МОНІТОРИНГУ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА РОЗВИТКОМ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Закарпатський обласний центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород

Актуальність. Враховуючи вимоги чинного законодавства в сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, офіційна статистична звітність (Форма № 2-ВІЛ/СНІД, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.03.2013 р. № 180) висвітлює інформацію щодо осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, які надали письмову згоду на диспансерне спостереження з приводу ВІЛ-інфекції. Таким чином, за даними цього звіту, неможливо відстежити інформацію щодо кількості ВІЛ-інфікованих осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, які вперше виявлені саме в звітному році. Відповідно, нема змоги оцінювати ситуацію щодо осіб з вперше в житті підтвердженим лабораторним дослідженням на ВІЛ, які не дали згоду на диспансерне спостереження з приводу ВІЛ-інфекції.

Мета. Метою дослідження є моніторинг вперше виявлених лабораторних випадків ВІЛ-інфекції, оцінка епідемічної ситуації і роботи служби протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Матеріали та методи. Методом дослідження є рутинний збір інформації щодо осіб, у візрях крові яких підтверджено наявність антитіл до ВІЛ, який впроваджено в області з 2008 року наказом управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 22.11.2007 р. № 518-О. Інформація про особу з підтвердженим лабораторним результатом дослідження на ВІЛ збирається у вигляді Тимчасової анкети, яку заповнює лікар, що призначив тестування на ВІЛ пацієнту, та в п'ятиденний термін від отримання позитивного результату надсилає в Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом. Анкета містить паспортні дані пацієнта, дані про місце призначення тесту на ВІЛ, проведення після-тестового консультування, призначення повторного тестування на ВІЛ, інформування кабінету "Довіра" за місцем проживання, інше. З 2008 по 2015 рік включно опрацьовано 904 анкети на дорослих осіб. Основна для епіднагляду інформація, отримана з Тимчасових анкет, дає змогу відстежувати кількість осіб з вперше в житті виявленими анти-

Таблиця. Стан охоплення диспансерним наглядом дорослих осіб з вперше в житті виявленими антитілами до ВІЛ у 2013–2015 роках

Рік	Підлягали диспансерному нагляду з вперше в житті виявленими антитілами до ВІЛ	Охоплені диспансерним наглядом протягом звітного року	Особі, яким не проведено післятестове консультування	Особі, яким проведено післятестове консультування, неохоплені диспансерним наглядом
2013	96	52 (54,2%)	23 (23,9%)	21 (21,9%)
2014	91	54 (59,3%)	19 (20,9%)	18 (19,8%)
2015	84	50 (59,5%)	19 (22,6%)	15 (17,9%)

тілами до ВІЛ, стан проведення їм післятестового консультування, в тому числі причини, через які післятестове консультування не проведено.

Отримані результати представлені за останні три роки. В сукупності з даними облікової форми № 502-1/О “Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи” отримано наступну картину (табл.).

Як бачимо з таблиці, диспансерним наглядом протягом звітного року охоплювалось від 54,2% до 59,5% дорослих. Частка осіб, неохоплених диспансерним наглядом протягом звітного року, яким проведено післятестове консультування, знизилась з 21,9% у 2013 році до 17,9% у 2015 році. Більше ніж в 20% випадків особи не отримують послуги післятестового консультування в перші 5 днів після одержання закладом охорони здоров'я результату тестування.

В більшості випадків причинами непроведеного післятестового консультування були виїзд на заробітки за межі регіону до моменту отримання закладом охорони здоров'я позитивного результату або виписки із стаціонарного відділення.

При порівнянні даних звітної Форми № 2-ВІЛ/СНІД та інформації з Тимчасових анкет за 2013–2015 роки отримано наступні результати. Всі дорослі особи, у яких підтверджено наявність анти-

тіл до ВІЛ за даними сероепідмоніторингу, були вперше виявлені протягом звітних років. Різниця відмічається між даними про осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (Таблиця 2000 Ф2-ВІЛ/СНІД) та осіб, вперше виявлених протягом звітного року (Тимчасова анкета). Серед осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції частка вперше виявлених протягом саме звітного року в середньому складає 85,9%.

Висновки. Дані сероепідмоніторингу 2013–2015 років відображають кількість осіб з вперше в житті виявленими антитілами до ВІЛ (що підтверджується Тимчасовими анкетами), проте є недостатніми для забезпечення епіднагляду. Дані регіональної форми моніторингу (Тимчасової анкети) значно поглиблюють можливості епіднагляду в регіоні. Недоліком Тимчасових анкет в цьому напрямку є відсутність інформації щодо ризикованої поведінки та імовірного шляху інфікування.

На нашу думку, існує нагальна потреба в перегляді підходів до епіднагляду за поширенням ВІЛ-інфекції. Важливим аспектом є розмежування інформації щодо вперше виявлених протягом року ВІЛ-інфікованих осіб та осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, які надали згоду на диспансерне спостереження протягом року.

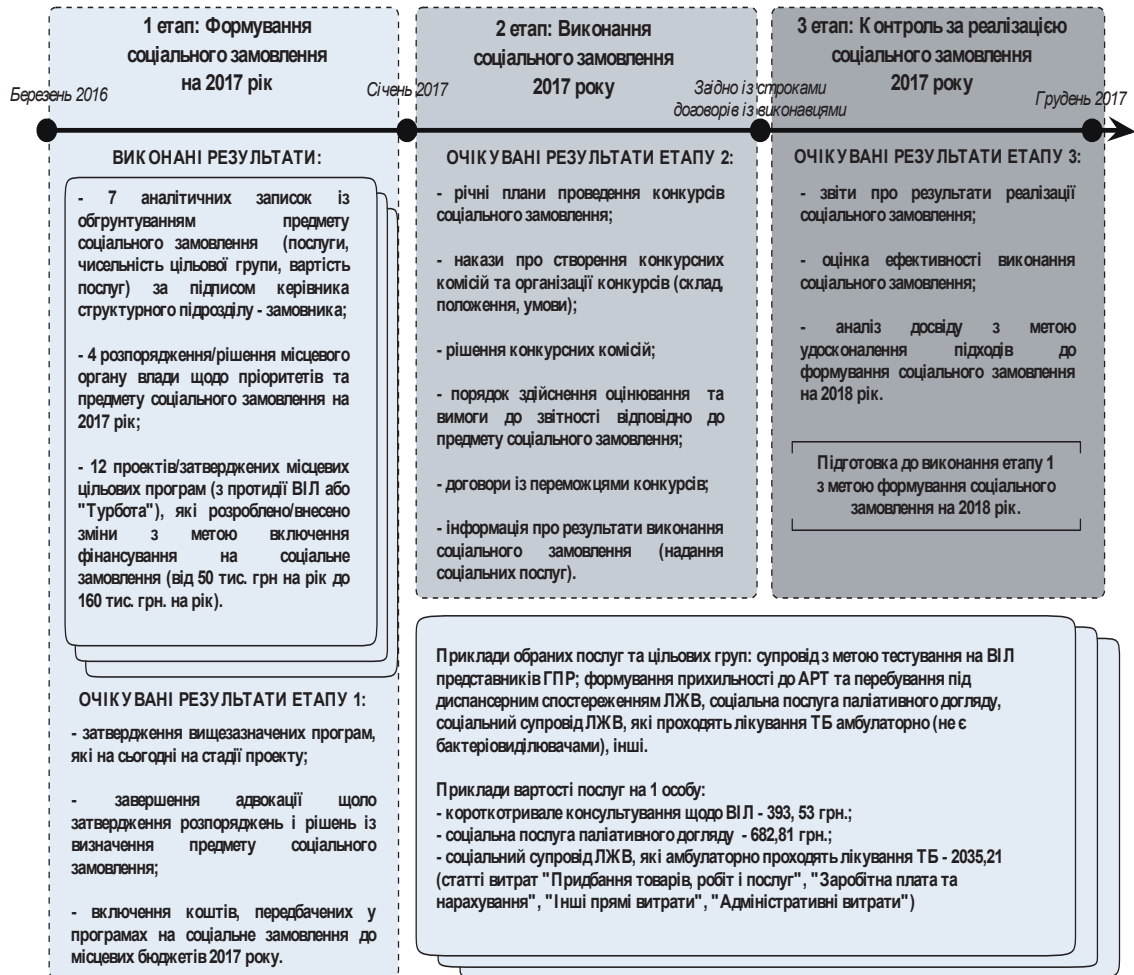
Н. Давиденко, О. Нечосіна

ПІЛОТУВАННЯ МЕХАНІЗМУ СОЦІАЛЬНОГО ЗАМОВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ЩОДО ВІЛ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

ТОВ “Делойт Консалтінг”, Проект USAID “Реформа ВІЛ-послуг у дії”, м. Київ

Актуальність: соціальне замовлення є засобом оптимізації бюджетних видатків та роздержавлення сфери надання соціальних послуг, водночас, у сфері ВІЛ цей механізм розглядається

як впливовий фактор, забезпечення стійкості послуг, пов'язаних із ВІЛ та зменшення залежності цих послуг від зовнішнього фінансування. Впровадження соціального замовлення належить до



компетенції виключно місцевих органів влади та місцевого самоврядування, які мають забезпечувати оцінку потреб, планування необхідних послуг, фінансування з місцевого бюджету, замовлення соціальних послуг шляхом проведення конкурсу та контроль за їх наданням. На практиці застосування механізму соціального замовлення не має широкого практичного поширення через різні причини, зокрема через проблеми формування предмету замовлення. Пілотування має виявити бар'єри та перешкоди і запропонувати шляхи їх подолання.

Мета пілотування. Практична реалізація механізму соціального замовлення як засобу фінансування соціальних послуг щодо ВІЛ за рахунок місцевого бюджету у 7 регіонах.

Методи. Пілотування механізму соціального замовлення ґрунтується на виконанні всіх етапів, що передбачені порядком, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2013р. № 324, із залученням місцевих органів влади і управління, Мінсоцполітики України та

громадських організацій-грантерів Проекту "Реформа ВІЛ-послуг у дії".

Застосовується кабінетний аналіз нормативно-правової бази загальнодержавного і місцевого рівня; надається методична та організаційна допомога у розробці місцевих розпоряджень і рішень щодо визначення пріоритетів та предмету соціального замовлення на 2017 рік (вибір соціальної послуги щодо ВІЛ, цільової групи отримувачів та їх чисельності, розраховується вартість послуг); здійснюється супровід внесення змін/розробки цільових програм з метою передбачення коштів для реалізації соціального замовлення на декілька років; адвокатується включення коштів для соціального замовлення у бюджети міст та районів на 2017 рік; планується розробка рекомендацій щодо контролю за виконанням соціального замовлення, в тому числі ефективності використання бюджетних коштів, що були виділені в рамках соціального замовлення за результатами 2017 року.

Географія. м. Київ, м. Кривий Ріг та Криворізький район (Дніпропетровська область), м. Пер-

вомайськ та Первомайський район (Миколаївська область), м. Білгород-Дністровський та Білгород-Дністровський район (Одеська область), м. Полтава і Полтавський район, м. Кременчук (Полтавська область), м. Канів та Канівський район (Черкаська область), м. Херсон.

Отримані результати. Пілотування відбувається за трьома етапами, які завершуються наприкінці 2017 року. Станом на сьогодні отримано результати першого етапу — формування соціального замовлення. Також на графічному зображенні зазначені очікувані результати наступних етапів.

Висновки. Пілотування першого етапу, зокрема формування соціального замовлення демонструє наступне:

- наявність нормативно-правового забезпечення на загальнодержавному рівні, необхідного для регулювання усіх питань щодо впровадження соціального замовлення;
- потреба у прийнятті лише місцевих нормативно-правових актів та управлінських рішень для впровадження соціального замовлення;
- важливість ролі замовника соціальних послуг (органу виконавчої влади/місцевого самоврядування або його структурного підрозділу, що є розпорядником бюджетних коштів) та залежність впровадження соціального замовлення на місцевому рівні від його ініціативності;
- дефіцит людських ресурсів замовника, традиційно це департаменти/управління соціального

захисту населення, та необхідність розбудови їх потенціалу;

- наявність суб'єктивності та складність процесу визначення пріоритетів на місцевому рівні, що обумовлено відсутністю чітких критеріїв, та сприйняттям пріоритету як необхідності покриття у повному обсязі потреби всіх представників цільової групи без урахування наявного фінансування;
- чітке нормативно-правове регулювання усіх питань, пов'язаних із обґрунтуванням предмету соціального замовлення, що забезпечено державними стандартами соціальних послуг, затвердженими відповідними наказами Мінсоцполітики, і допомагає у підготовці специфікації та розрахунку вартості послуг;
- необхідність дотримання вимог до здійснення бюджетного процесу, зокрема застосування програмно-цільового методу планування коштів на соціальні послуги, термінів та документації бюджетного процесу;
- слабкість інфраструктури надання соціальних послуг, зокрема недержаних суб'єктів надання соціальних послуг, що потребує врахування під час проведення оцінки потреб в соціальних послугах на місцевому рівні;
- необхідність врахування моніторингу якості наданих соціальних послуг та оцінки ефективності використаних бюджетних коштів вже під час формування предмету соціального замовлення.

И.Л. Демченко, Н.А. Булыга, А.Б. Латыпов, М.В. Шевченко

АНАЛИЗ РАБОЧЕЙ НАГРУЗКИ И ВРЕМЕННЫХ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ВИЧ-УСЛУГ В 7 РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

*Проект USAID “Реформа ВИЧ-услуг в действии”, г. Киев
Аналитический центр “Социоконсалтинг”, г. Киев*

Актуальность. В Украине уже проведен ряд хронометражных исследований, которые дают представление о реальных временных затратах медицинских работников на оказание ряда ВИЧ-услуг в амбулаторных условиях. Однако имеющихся данных явно недостаточно для принятия оптимальных управленческих решений о перераспределении обязанностей между медработниками

различных типов учреждений здравоохранения (УЗ), оптимизации их работы, необходимых для достижения стратегических целей 90–90–90.

Цель исследования. Определение потребностей в перераспределении обязанностей медицинских работников, занятых в сфере ВИЧ-сервиса, и сбор информации для принятия эффективных управленческих решений. Исследование было

сфокусовано на изучении затрат рабочего времени на оказание широкого перечня ВИЧ-услуг медицинским персоналом (врачи и медицинские сестры, которые им ассистируют), психологами и социальными работниками при ведении амбулаторного приема.

Методы исследования. Для проведения данного исследования использовалась методология проведения фотохронометражных исследований. Она регламентирована Методическими рекомендациями, утвержденными приказом МОЗ Украины от 28.03.2013 г. № 249. Методология была адаптирована с учетом поставленных целей и задач исследования. Для учета затрат рабочего времени на оказание ВИЧ-услуг был разработан специальный классификатор с детализацией услуг и их составляющих. В него вошло 30 кодов, охватывающих 29 наименований услуг, которые оказываются медицинским персоналом и другими специалистами в ходе их основной деятельности.

Исследование реализовано на базе центров СПИДа, кабинетов доверия, противотуберкулезных, наркологических, кожно-венерологических диспансеров, центров, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь. Всего 59 учреждений.

География исследования охватывала населенные пункты из 7 регионов, где реализует свою деятельность проект USAID “Реформа ВИЧ-услуг в действии”: Днепропетровская, Полтавская, Одесская, Николаевская, Херсонская и Черкасская области, а также г. Киев.

Наблюдение за каждым респондентом длилось 5 рабочих дней в течение одной рабочей смены (3–6 часов в день в зависимости от специализации медработника и типа УЗ). Всего проведено 770 наблюдений за респондентами (154 респондента × 5 дней наблюдения).

Полученные результаты. У сотрудников разных типов УЗ практически нет незагруженного времени (менее 3%). При этом на основную деятельность в большинстве учреждений приходится 70–75% рабочего времени. Несколько ниже этот показатель в ПТД (61%) и центрах ПМСП (67%) за счет больших затрат на вспомогательную деятельность в ПТД (10%) и на работу с документацией — в обоих типах УЗ (15% — ПТД, 17% — центры ПМСП).

Врачи в большинстве случаев более загружены основной деятельностью, чем медсестры. Последние тратят значимую часть времени на работу с документацией и, в некоторых УЗ, — на

вспомогательную деятельность. Например, доля основной деятельности в структуре затрат рабочего времени врачей инфекционистов КД составляет 86%, центров СПИДа — 80%. У медсестер, ассистирующих инфекционисту, этот показатель значительно ниже (63–64%) за счет затрат на работу с документацией (19% — центры СПИДа и 13% — КД).

Существует резерв для оптимизации и более рационального использования рабочего времени медсестер, которые ассистируют врачу-дерматовенерологу в КВД, фтизиатру в ПТД и наркологу в НД. В КВД и ПТД речь идет об уменьшении временных затрат на вспомогательную деятельность и работу с документацией. В центрах ПМСП значительную долю рабочего времени на работу с документацией тратят врачи (12%) и медсестры (до 36%).

Максимальный пакет ВИЧ-услуг (и по номенклатуре, и по временным затратам) оказывается на уровне высоко специализированных УЗ: в центрах СПИДа (91% основной деятельности) и КД (94%). Аналогичные показатели для остальных учреждений составляют: 61% — для НД (за счет высокой доли услуги ЗПТ), 27% — ПТД, 25% — КВД и 15% — центры ПМСП.

Значительную долю ВИЧ-сервиса, предоставляемого в специализированных УЗ, составляют услуги, которые соответствуют их профилю. Остальные ВИЧ-услуги предоставляются в каждом из УЗ значительно реже.

Например, доля трудозатрат на оказание проведения консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию в общем объеме трудозатрат центров ПМСП составляет около 1% от предоставляемых услуг.

Выводы. Большие возможности для повышения эффективности работы медицинского персонала заключаются в оптимизации документирования и работы с информацией и данными.

Ключевыми для планирования перераспределения ВИЧ-услуг являются консультирование по вопросам ВИЧ (первичная профилактика), КиТ, АРТ, включая непосредственно медицинское наблюдение за пациентами.

Обязательными условиями успешного перераспределения функциональных обязанностей в ВИЧ-сервисе являются:

1. Четкая алгоритмизация и четкое распределение функций между персоналом. Например, выдача АРВП — сестринский уровень, а в идеале — функционал фармацевта.

2. Наличие действенной системы контроля качества предоставления всех делегированных услуг.

3. Более четкое определение функций психологов и социальных работников, что является

одним из существенных резервов для разгрузки медицинского персонала от не свойственных им функций.

4. Организация обучения для новичков в ВИЧ-сервисе, других лиц.

Р.А. Дрозд, О.Л. Соляник

МОДЕЛЬ ІНТЕГРОВАНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ВІЛ/ТБ ТА ХВОРИМ НА МРТБ

Благодійна організація “Світло надії”, Полтавська область

Актуальність. БО “Світло надії” має 15-ти річний досвід роботи у сфері охорони здоров’я, останні п’ять років ми працюємо над розвитком інтегрованої допомоги для клієнтів нашої організації. За нашої підтримки було створено мережу центрів інтегрованої допомоги (далі ЦІД) по всій області. Основними партнерами та базою для створення ЦІД стали: наркологічний диспансер, Центр-СНІДу, протитуберкульозний диспансер, амбулаторії сімейної медицини, структурні підрозділи нашої організації. Впроваджуючи програми профілактики, програми з догляду та підтримки та програми супроводу лікування, ми розуміли, що сталисть наших інтервенцій з клієнтом залежить від економічної самостійності клієнтів та задоволені їх базових потреб. Якщо розглянути їх з точки зору біологічної та соціальної природи, то потреби будь-якої людини перш за все мають біологічний характер: це їжа, одяг, сон, сексуальне задоволення тощо. Людина, що проходить лікування, так само відчуває потребу в цих речах, як і будь-яка інша. Різниця криється лише в тому, в який спосіб відбувається їх задоволення та яким чином це вплине на проходження лікування (бо інколи задоволення потреб є несумісним з лі-

кувальними процесами або вимагає від особи вибору: витратити зусилля на лікування або на задоволення потреб). Ось чому саме від медичних та соціальних працівників залежить звернення прагнень людини до доцільних і можливих засобів їх задоволення.

Мета. Метою нашого дослідження була оцінка ризику відриву від лікування хворих на туберкульоз, що знаходяться на амбулаторному етапі та визначення інтенсивності надання соціальних послуг (кількість видів послуг, їх тривалість, частота, ступінь контролю тощо) для успішного завершення призначеного курсу.

Методи дослідження. Для проведення дослідження нами була обрана група клієнтів, що знаходилась на амбулаторному етапі лікування туберкульозу (в тому числі МРТБ), кількістю 68 осіб у 7 районах Полтавської області, у 2016 році. Робота з клієнтом ґрунтувалась на мультидисциплінарному підході (лікар, медична сестра, соціальний працівник). В роботі використовувався розроблений нами інструментарій “Анкета оцінки ризиків відриву від лікування” (далі — “Анкета”), що використовувалась для оцінки ступеня ризику відриву особи від лікування під час амбулаторної

Таблиця. Зведена оцінка потреб*

Рівень ризику	Наявність залежностей	Житло	Облаштування побуту	Освіта	Професія (спеціальність)	Родинні стосунки	Інтереси, нахили	Фізичне здоров’я	Ставлення до лікування	Мотивація до змін	РАЗОМ
Всього											

* **Ризик:** низький — від 0 до 20 балів, середній — від 21 до 45 балів, високий — від 46 до 59 балів, дуже високий — від 60 до 75 балів.

фази. Анкета містить в собі перелік основних чинників і факторів, які побічно (позитивно або негативно) впливають на цей процес, а також визначення їх бального показника у загальній шкалі оцінки ризиків відриву від лікування.

Самі по собі ці чинники не вказують на те, що особа обов'язково припинить лікування достроково, проте їх врахування та вплив на них при роботі з такою особою підвищує ефективність залучення людини до лікування та гарантії успішного завершення призначеного курсу.

Анкета призначена для спостереження за особою, що проходить лікування, для того, щоб допомогти медичним і соціальним працівникам визначити індивідуальний план супроводу, робоче навантаження, розподілити обов'язки, скласти перспективний план роботи з клієнтом, спрямований на зниження показників ризику та задоволення існуючих потреб.

“Анкета” спроможна надати допомогу медичним і соціальним працівникам при складанні плану роботи з особою, що проходить лікування, проте вона не повинна ставати установчою, оскільки професійний розсуд, посилений досвідом та навичками, має залишатися та бути присутнім при цьому.

Отримані результати. При використанні Анкети ми дотримувались таких основних положень: 1) Правильно надана допомога здатна зменшити вірогідність відриву від лікування та таким чином підвищити його ефективність й убезпечити суспільство; 2) Успішність впливу на поведінку людини залежить від правильного спрямування соціальної та іншої допомоги. Для цього слід базувати її на трьох основних принципах:

Принцип ризику: чим вищим є ризик відриву від лікування, тим вищою повинна бути інтенсивність надаваних послуг (кількість видів послуг, їх тривалість, частота спілкування, ступінь контролю тощо).

Принцип потреб: конкретні види допомоги мають відповідати потребам особи. Якщо їх змінити у позитивному напрямку, зменшують вірогідність відриву від лікування до завершення визначеного терміну.

Принцип можливостей: види і методи допомоги, конкретні послуги надаються у відповідність з можливостями (ресурсами) соціального простору та конкретної особи.

В результаті застосування “Анкети оцінки ризиків відриву від лікування”, ми чітко розуміли, які клієнти в першу чергу потребували включення в програму соціального супроводу, визначення переліку послуг, інтенсивність їх надання, пріоритетність. Застосовуючи анкету щомісяця, нам дало можливість чітко відслідковувати результат втручання/надання послуг (як саме змінюється ставлення клієнта або забезпечуються потреби).

- 25 осіб завершили лікування виставлено діагноз: Вилікуваний, переведено до кат. 5, п.5.1;
- інші 43 особи, успішно продовжують лікування;
- 1 випадок припинення лікування, але протягом тижня клієнта повернено до прийому препаратів.

Висновок. Застосування “Анкети оцінки ризиків відриву від лікування”, дозволяє підвищити ефективність роботи з клієнтами груп ризиків, хворими на туберкульоз під час амбулаторного етапу лікування, що збільшує вірогідність успішного завершення призначеного курсу.

К. Думчев¹, Я. Сазонова², О. Варецька², П. Смирнов²

ТЕНДЕНЦІЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ СЕРЕД ЛВІН, ЧСЧ І РКС, ЯКІ Є КЛІЄНТАМИ ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ В УКРАЇНІ

¹ БО “Український інститут політики громадського здоров'я”, м. Київ

² МБФ “Альянс громадського здоров'я”, м. Київ

Актуальність. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найбільших в Європі: згідно даних моделювання, близько 223 000 людей живуть з ВІЛ,

та близько 10 500 нових випадків інфікування виникає щороку. Епідемія розгорталась переважно за рахунок людей, які вживають ін'єкційні наркотики

(ЛВІН), 21,9% з яких є ВІЛ-інфікованими, і меншою мірою — за рахунок інших ключових груп, таких як чоловіки, які мають статеві контакти з чоловіками (ЧСЧ, поширеність 8,5%) та робітники комерційного сексу (РКС, поширеність 7%). Профілактичні програми, підтримувані Глобальним фондом через МБФ “Альянс громадського здоров’я” в Україні стрімко зросли з 2004 року, охопивши понад 300 000 клієнтів протягом 2015 року.

Мета дослідження. Проаналізувати дані програми профілактики ВІЛ-інфекції з метою оцінки тенденцій захворюваності у часі та оцінити вплив профілактичних послуг на захворюваність (інцидентність).

Методи дослідження. Дані були взяті з бази даних SyrEx, розробленої Альянсом для моніторингу надання послуг. До набору даних включені дані про всі тести на ВІЛ з січня 2010 до грудня 2015 року, які були зроблені у рамках всіх програмах з профілактики ВІЛ-інфекції в Україні. Унікальна система кодування клієнтів дозволила відстежувати індивідуальні історії тестування. Клієнти, які мали два або більше тестів були включені в розрахунок захворюваності. Сероконверсія була визначена як отримання позитивного результату тесту після негативного. Людино-час, розрахо-

ваний як час між першим негативним і останнім негативним тестами (або середній між останнім негативним і першим позитивним тестами), був розподілений між календарними роками, що пройшли між тестами. Були розраховані точні довірчі інтервали Пуассона.

Отримані результати. З 568 194 клієнтів, які отримали щонайменше одну профілактичну послугу протягом 2011–2015 років, 58,8% зробили принаймні один тест на ВІЛ. З них 42,8% отримали негативний результат першого тестування і зробили тест принаймні ще один раз, та увійшли до розрахунку захворюваності. Загалом п’ятирічний показник захворюваності на 100 людино-років склав 0,65 для ЛВІН (95% ДІ 0,61–0,69), 0,48 для ЧСЧ (0,40–0,57), і 0,24 для РКС (0,20–0,30). За п’ять років, спостерігалось значне зниження тенденції серед ЛВІН, але — незначні зміни відбулися серед ЧСЧ та РКС.

Докладні результати представлені в таблиці.

Висновки. Електронні інструменти програмного моніторингу, такі як SyrEx, стають корисним джерелом стратегічної інформації про епідемію ВІЛ-інфекції. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед українських клієнтів профілактичних заходів є низькою у порівнянні з даними інших досліджень

Таблиця. Захворюваність серед клієнтів програми профілактики ВІЛ-інфекції в Україні, 2011–2015 рр.

Роки		Унікальні клієнти	Клієнти, які проходили тестування за період	Клієнти, які мали два тести	Кількість сероконверсій	Відсоток захворюваності на 100 людино-років	95% довірчий інтервал (Пуассон)
ЛВІН	2011	153,692	15,723	9,894	22	0,62	(0,39–0,94)
	2012	182,075	57,498	40,056	313	1,24	(1,11–1,39)
	2013	221,738	71,122	61,948	336	0,72	(0,65–0,80)
	2014	217,787	68,287	73,728	275	0,46	(0,41–0,52)
	2015	230,730	154,549	83,187	254	0,51	(0,45–0,58)
2011–2015		436,791	249,412	106,876	1200	0,65	(0,61–0,69)
ЧСЧ	2011	16,746	3,781	1,918	3	0,31	(0,06–0,92)
	2012	20,318	6,702	5,667	18	0,45	(0,27–0,72)
	2013	22,821	8,076	9,103	33	0,48	(0,33–0,67)
	2014	23,937	9,380	11,035	42	0,44	(0,32–0,60)
	2015	33,503	26,034	13,186	40	0,56	(0,40–0,76)
2011–2015		59,041	38,840	15,191	136	0,48	(0,40–0,57)
РКС	2011	25,691	5,190	2,945	2	0,16	(0,02–0,57)
	2012	29,588	11,035	9,020	15	0,26	(0,14–0,42)
	2013	38,813	14,012	13,465	30	0,29	(0,20–0,42)
	2014	38,724	12,394	15,601	22	0,17	(0,11–0,26)
	2015	38,496	27,872	16,072	28	0,29	(0,19–0,42)
2011–2015		72,362	45,866	21,086	97	0,24	(0,20–0,30)

ключових груп населення в Україні. Тенденція до зниження захворюваності серед ЛВІН може відображати вплив постійно високого рівня охоплення профілактикою, тоді як стабільна захворюваність

серед РКС та ЧСЧ можуть слугувати підставою для покращання охоплення та якості послуг. Зв'язок між використанням послуг і сероконверсією буде предметом подальшого аналізу.

Д.Г. Живиця, В.Г. Казека, Л.В. Живиця, Г.Ф. Пономаренко, С.К. Лимар

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЗМІН СИРОВАТКОВИХ РІВНІВ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНУ, ГОРМОНІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА НАДНИРНИКІВ ВІД СТУПЕНЯ ІМУНОСУПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

ДЗ “Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України”, м. Запоріжжя

Актуальність. Проблема ВІЛ-інфекції залишається актуальною для охорони здоров'я і громадськості практично всіх країнах світу. Щодня реєструються тисячі нових випадків зараження, реальне поширення ВІЛ-інфекції набагато більше офіційних даних. Характерна ознака ВІЛ-інфекції — важкий імунodefіцит, обумовлений прогресуючим зниженням числа CD4-лімфоцитів і їхньою функціональною недостатністю, що викликає безпосередньо ВІЛ. При ВІЛ-інфекції спостерігається ураження багатьох систем організму, в тому числі ендокринної.

Мета дослідження: визначити залежність змін сироваткового рівня тиреотропного гормону, гормонів щитоподібної залози та наднирників у хворих на ВІЛ-інфекцію від ступеня імуносупресії.

Матеріали і методи. В дослідження було включено 64 хворих з ВІЛ-інфекцією, які перебували під наглядом у Запорізькому обласному центрі профілактики і боротьби зі СНІДом. Всі хворі до включення в дослідження не отримували АРТ. Після включення в дослідження всіх хворих було розподілено на дві групи відповідно ступеня імуносупресії (за кількістю CD4-лімфоцитів). Перша група — це хворі з кількістю CD4-лімфоцитів більше 200 мкл⁻¹, друга група — хворі з кількістю CD4-лімфоцитів менше 200 мкл⁻¹. Середній вік хворих склав 36 років (від 26 до 47). Жінок було — 29 (45,4%), чоловіків — 35 (54,6%). Діагноз ВІЛ-інфекції встановлювався відповідно до класифікації ВООЗ 2006 року. Серед обстежених хворих 14 (21,9%) пацієнтів були з I клінічною стадією ВІЛ-інфекції, 7 (10,9%) хворих — з II клінічною стадією, 13 (20,3%) хворих — з III клінічною

стадією і 30 (46,8%) хворих з IV клінічною стадією.

У IV клінічній стадії найбільш поширеною опортуністичною інфекцією був туберкульоз — 17 (56,7%) пацієнтів, у 3 (10%) хворих виявлена була пневмоцистна пневмонія, в 3 (10%) осіб — ураження печінки, як вірусного генезу, так і токсичного, пневмонії та інших бактеріальних та опортуністичних інфекцій — 7 (23,3%).

Імунологічне обстеження включало визначення абсолютного і відносного рівнів Т-лімфоцитів (CD3⁺), Т-хелперів (CD4⁺), Т-кілерів (CD8⁺), індексу імунореактивності (CD4⁺/CD8⁺) за допомогою моноклональних антитіл на проточному цитофлуориметрі COULTER® EPICS® XL (BeckmanCoulter, Франція). Визначення вмісту гормонів наднирників (кортизолу, дегідроепіандростерону сульфату — ДГЕА), тиреотропного гормону (ТТГ), гормонів щитоподібної залози (вільного тироксину — Т₄, вільного трийодтироніну — Т₃) в сироватці крові проводилося за допомогою імуноферментного аналізу з використанням тест-систем ООО “Компанія АлкорБіо” (Росія). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням комп'ютерної програми STATISTICA 6.0. Дані представлені у вигляді Me (IQR), де Me — медіана, IQR — інтерквартильний розмах. Для порівняння незалежних груп використовувалися непараметричні методи аналізу — U критерій Мана-Уїтні. Розходження вважалися статистично значимими при P<0,05.

Отримані результати. В таблиці представлені дані сироваткового рівня гормонів у хворих з ВІЛ-інфекцією залежно від рівня CD4-лімфоцитів. Як свідчать представлені дані, при порівнянні вмісту

Таблиця. Показники сироваткового рівня гормонів у хворих з ВІЛ-інфекцією залежно від рівня CD4-лімфоцитів (Me (IQR))

Показник	Контрольна група (n=15)	Перша група (n=34)	Друга група (n=31)
Кортизол, нмоль/л	550 (485–900)	650 (450–1180)	490 (380–975)
ДГЕА, мкг/мл	5,3 (2–6,2)	1,45 (0,8–2,6)*	0,8 (0,5–1,9)**
ТТГ, мкМЕ/мл	1,8 (1,45–1,9)	1,3 (0,8–1,8)	1,6 (0,7–4,3)
T ₃ , пмоль/л	6,5 (6–7)	4 (3,3–5)*	4,9 (4–7)*
T ₄ , пмоль/л	17 (16–19)	15 (12,5–17)*	12 (9,6–17)*

* — P<0,05 за критерієм Мана–Уїтні порівняно з контрольною групою.

** — P<0,05 за критерієм Мана–Уїтні порівняно з першою групою (CD4>200 мкл⁻¹).

гормонів наднирників у хворих з ВІЛ-інфекцією і контрольною групою незалежно від рівня імунодефіциту виявлено зниження (P<0,05) рівня ДГЕА. Максимальне зниження (у 5 разів) вмісту ДГЕА зареєстроване у хворих другої групи — 0,8 (0,5–1,9) мкг/мл, при показнику в контрольній групі — 5,3 (2–6,2) мкг/мл. Вміст сироваткового кортизолу і ТТГ у хворих на ВІЛ-інфекцію і контрольної групи незалежно від ступеня імуносупресії значимо не розрізнявся.

Сироватковий рівень вільного T₃ і T₄ був знижений (P<0,05) у хворих обох груп незалежно від ступеня імуносупресії. Так у хворих з другої групи відмічалось зниження вільного T₄ у 1,5 рази — до 12 (9,6–17) пмоль/л порівняно з контрольною групою — 17 (16–19) пмоль/л. Рівень

сироваткового T₃ також був знижений (P<0,05) незалежно від тяжкості імунодефіциту і склав 4 (3,3–5) пмоль/л у хворих першої групи і 4,9 (4–7) пмоль/л у хворих другої групи, порівняно 6,5 (6–7) пмоль/л в контролі.

Висновки. Прогресування ВІЛ-інфекції супроводжується зменшенням абсолютного числа CD3-лімфоцитів, абсолютного і відносного числа CD4-лімфоцитів. У хворих на ВІЛ-інфекцію незалежно від ступеня імуносупресії спостерігається зниження сироваткового рівня дегідроепіандостерона.

При ВІЛ-інфекції спостерігається зниження сироваткового рівня вільного трийодтироніну і вільного тироксину, при збереженому рівні тиреотропного гормону.

Д.Г. Живиця, В.Г. Казека

ВПЛИВ ТЕРАПІЇ АГОНІСТАМИ ОПІОЇДІВ НА ВІРУСОЛОГІЧНУ ЕФЕКТИВНІСТЬ АРТ У ХВОРИХ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ, ЯКІ СПОЖИВАЮТЬ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ

ДЗ “Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України”, м. Запоріжжя

Актуальність. Сучасний стан розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в країні характеризується широким поширенням ВІЛ серед груп високого ризику інфікування, зокрема людей, які споживають наркотики ін'єкційним шляхом (ЛСІН). Антиретровірусна терапія (АРТ) є обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги хворим

на ВІЛ-інфекцію. У ВІЛ-інфікованих ЛСІН часто діагностуються супутні психічні розлади. Серед психічних порушень провідне місце посідає депресія. Друге місце посідають тривожні розлади. На цьому тлі буває важко встановити продуктивний стосовно організації лікування контакт. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ), як метод лікуван-

ня наркозалежності значно підвищує утримання пацієнтів на лікуванні, через підвищення прихильності до АРТ.

Мета. Метою нашого дослідження була оцінка впливу замісної підтримувальної терапії на вірусологічну ефективність АРТ і динаміку психічних та психотичних розладів у хворих з ВІЛ-інфекцією ЛСІН.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 65 хворих на ВІЛ-інфекцію, які споживають наркотики ін'єкційним шляхом та раніше не отримували АРТ. Після включення в дослідження всіх хворих було розподілено на дві групи. В першу групу (СІН+ЗПТ) було включено 33 хворих на ВІЛ-інфекцію ЛСІН, які знаходились на терапії агоністами опіоїдів з використанням метадону (22 — 66,0%), або бупренорфіну (11 — 34,0%). В другу групу (СІН) увійшли 32 хворих на ВІЛ-інфекцію, які споживають наркотики ін'єкційним шляхом та не отримували ЗПТ. Середній вік хворих склав 37 років (від 24 до 52). Жінок було 16 (25,0%), чоловіків 49 (75,0%), середній строк споживання наркотичних речовин — 14 років (від 2 до 26 років). Після включення в дослідження всім хворим була призначена ВААРТ.

Результати досліджень та їх обговорення. Середній рівень вірусного навантаження ВІЛ РНК в досліджуваних групах хворих до призначення АРТ статистично не розрізнявся. До початку ЗПТ середня оцінка ступеня психотичних і психічних розладів у хворих першої групи за шкалою BPRS склала 34 (31–45) бали, за шкалою MADRS 14 (12–17) балів відповідно. На фоні проведення ЗПТ до початку АРТ у всіх хворих відмічалось зниження інтенсивності психотичних розладів — до 27 (21–41) балів за BPRS, середній показник зниження склав 7 балів. При оцінці психотичних розладів через 6 місяців прийому АРТ продовжувалось подальше зниження показника до 15 (12–30) балів, і загальний середній показник зниження склав 12 балів. Інтенсивність депресії на фоні ЗПТ до початку АРТ і через 6 місяців прийому антиретровірусної терапії значимо знизилася до 9 (7–14) і 8 (6–12) балів за MADRS, відповідно, та загальний середній показник зниження склав 5 балів.

Через 6 місяців АРТ частка пацієнтів з повною супресією ВІЛ (ВІЛ РНК <50 копій/мл) у першій групі була вище ніж, у другій групі, втім ця різниця не була значимою (75,8% і 61,3%, відповідно, $P=0,21$). Аналогічні дані зафіксовані і при порівнянні частки хворих зі значним пригніченням ві-

русного навантаження ВІЛ (ВІЛ РНК <400 копій/мл) у досліджуваних групах (90,9% і 80,6%, відповідно, $P=0,24$).

При оцінці вірусологічної ефективності АРТ у досліджуваних групах через 12 місяців спостереження було виявлено значимо вищий ($P<0,01$) відсоток хворих першої групи, які досягли повної вірусної супресії (HIV-RNA<50 копій/мл) і значного пригнічення вірусного навантаження (HIV-RNA<400 копій/мл) — 93,9% і 96,7%, порівняно з другою групою хворих — 58,1% і 71,0%, відповідно.

Слід зауважити, що у другій групі хворих протягом 6–12 місяців лікування відбувалося зменшення частки хворих з вірусологічною ефективністю АРТ — з 61,3% до 58,1% пацієнтів з повною вірусною супресією і з 80,6% до 71,0% хворих з вірусним навантаженням ВІЛ РНК <400 копій/мл.

У 8 (24,2%) пацієнтів першої групи через 6 міс була зареєстрована вірусологічна невдача АРТ. Середній рівень вірусного навантаження ВІЛ РНК у пацієнтів з вірусологічною невдачею склав 2,06 (1,75–3,49) log копій/мл. Ступінь психотичних та психічних розладів за шкалами у 8 хворих з вірусологічною невдачею до початку призначення АРТ була значимо вища, ніж у хворих, які досягли повної вірусної супресії, та склала 43 (41,5–46,5) бали за шкалою BPRS, і 16 (14–17,5) балів за шкалою MADRS. У хворих з вірусологічною ефективністю АРТ (ВІЛ РНК <50 копій/мл) на 6 місяці лікування, бал оцінки за шкалами BPRS та MADRS склав 22 (19–30) і 8 (6–9), відповідно.

Усі хворі з низьким рівнем психотичних розладів і відсутніми депресивними порушеннями досягли повної вірусної супресії, тоді як більшість пацієнти з психотичними розладами (більше 41 балу за BPRS) і/або депресивними порушеннями (більше 14 балів за MADRS) не мали вірусологічної ефективності через 6 місяців лікування ВІЛ-інфекції.

Висновки. У хворих на ВІЛ-інфекцію ЛСІН замісна підтримувальна терапія значно підвищує вірусологічну ефективність АРТ через 12 місяців лікування. Зниження ступеня психотичних розладів та депресивних станів на фоні замісної підтримувальної терапії позитивно впливає на вірусологічну ефективність АРТ у ВІЛ-інфікованих ЛСІН. Низьку вірусологічну ефективність антиретровірусної терапії на 6 місяці лікування можна прогнозувати у хворих на ВІЛ-інфекцію ЛСІН при оцінці за BPRS більше 41 балів і/чи оцінка за MADRS більше 14 балів до призначення АРТ.

Н.Я. Жилка¹, В.А. Марциновська^{2,3}, Т.А. Тарасова⁴, І.В. Раус⁵

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

² ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

³ ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ

⁴ Дитячий Фонд ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, м. Київ

⁵ Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом, м. Київ

Актуальність. Сучасний стан розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Україні характеризується широким поширенням ВІЛ серед жіночого населення, в першу чергу серед осіб, які відносяться до груп високого ризику інфікування. Сучасні тенденції розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції свідчать, що на тлі “фемінізації” епідемії, яка характеризується збільшенням частки ВІЛ-інфікованих жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів (з 43,6% у 2010 р. до 43,2% у 2015 р.) та статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції, який став домінуючим для жінок з 2007 р. (з 55,5% у 2010 р. до 72,5% у 2015 р.), очікується подальше зростання кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. Високий показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (2013р. — 3,91%) та високий рівень соціального сирітства (35,6% ВІЛ-інфікованих дітей) потребують удосконалення заходів у сфері профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД).

Мета дослідження: висвітлити основні інноваційні підходи в Україні до профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

Методи дослідження: бібліосемантичний, медико-статистичний, аналітичний, системного підходу.

Отримані результати. Фрагментованість підходів до ППМД, а саме акцент лише на медикаментозній профілактиці; звернення ВІЛ-інфікованих вагітних до лікаря акушера-гінеколога для спостереження за перебігом вагітності у пізніх термінах вагітності, а також у просунутій стадії хвороби СНІД; несвоечасність їх обстеження; споживання ними ін’єкційних наркотиків та недостатня прихильність ВІЛ-інфікованих вагітних до профілактичних технологій, пов’язаної, перш за все, з небажаною вагітністю, сприяють передачі ВІЛ від матері до дитини. Тому стратегією профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини визначені оптимізація клінічної тактики та ефективні методи ліквідації

нових випадків ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, затверджена в “Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги “Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини” (наказ МОЗ України від 16.05.2016 р. № 449). Стратегія побудована на найкращих світових практиках з попередження ВІЛ-інфекції у дітей.

Надання АРТ службами допологової допомоги та охорони здоров’я матері і дитини, рекомендоване ВООЗ, зберігається у нашій країні у вигляді подвійного а вже тепер потрібного спостереження: лікарем акушером-гінекологом, спеціалістом Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом та сімейним лікарем. Кожний має моніторувати прийом антиретровірусних (АРВ) препаратів в межах своїх повноважень.

Консультавання з питань ППМД є важливою складовою комплексу заходів щодо профілактики подальшого поширення ВІЛ-інфекції серед населення. На сьогодні визначено клінічним протоколом, що перше консультавання проводить сімейний лікар з наступних питань: використання презервативів для профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ); ризику передачі ВІЛ плоду і новонародженому та способи її попередження; доцільності консультавання статевих партнерів вагітної у разі негативного результату на ВІЛ у жінки; ризику і профілактики перинатальної передачі вірусів гепатиту В (ВГВ) і гепатиту С (ВГС); ризику післяпологової передачі ВІЛ при грудному вигодовуванні і рекомендацій з вигодовування дитини штучними дитячими сумішами; планування сім’ї та сучасних методів контрацепції для попередження небажаної вагітності в майбутньому.

Оскільки на сьогодні уживання наркотиків ВІЛ-інфікованих вагітних є одним із серйозних негативних впливів на показник частоти передачі

ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД), у клінічному протоколі введений обов'язковий скринінг на уживання наркотиків за спеціально розробленою ВООЗ анкетой.

Діагностика ВІЛ у вагітних визначена у конкретні строки вагітності: обов'язкове дворазове обстеження та третє проводиться з використанням швидких (експрес) тестів, якщо вагітна відноситься до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, у випадках серодискордантних пар (ВІЛ-негативна вагітна жінка, ВІЛ-позитивний партнер).

З метою вирішення питання своєчасності АРВ профілактики та поліпшення здоров'я вагітних прийнята стратегія "В+", а саме АРТ з моменту взяття на облік по вагітності та упродовж всього життя: ВІЛ-інфіковані вагітні незалежно від числа CD4 або клінічної стадії отримують трьохкомпонентну АРТ, продовжують її після пологів за її поінформованою згодою.

У клінічному протоколі вперше унормована реалізація репродуктивного права дискордантними парами. Планування сім'ї ВІЛ-інфікованих вагітних має чільне місце у клінічному протоколі з метою попередження непланованої вагітності, як чинника ППМД. АРВ терапія здійснюється у відпосідності до клінічного сценарію, тобто застосовується цілий спектр АРВ схем для індивідуального підбору кожній ВІЛ-інфікованій вагітній з пріоритетним призначення трьохкомпонентних препаратів. Оптимізовані технології ведення пологів у вигляді конкретних покрокових алгоритмів сприятимуть ППМД. Конкретизовані профілактичні неонатологічні лікувальні

та діагностичні технології за періодами життя та станом здоров'я новонародженого передбачають підвищення ефективності ППМД.

Право дитини на попередження у неї перинатальної ВІЛ-інфекції передбачено наступним: у разі необхідності, у тому числі відмови матері (батьків) від проведення дитині постконтактної АРВ-профілактики або у разі їх низької прихильності залучається соціальний працівник, служба у справах дітей, органів місцевого самоврядування та правоохоронні органи. У випадку відмови матері (батьків) від медичного нагляду і лікування ВІЛ-інфікованої дитини, у якій є до цього відповідні показання, або у разі низької прихильності батьків до лікування і медичного нагляду за ВІЛ-інфікованою дитиною, вважати це проявом жорстокого поводження із дитиною у вигляді медичної занедбаності. У такому випадку та за умови вичерпаності усіх можливостей медичних працівників по роботі з батьками з цих питань медичний заклад повинен звернутись до служби у справах дітей за місцем проживання дитини та прокуратури для забезпечення конституційного права дитини на здоров'я та життя (Декларація ООН про права дитини, Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 "Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги").

Висновки. Зазначені інноваційні технології за умови безперервного моніторингу ППМД, відповідальності лікаря та пацієнтів, їх взаємодовіри та державної підтримки можуть сприяти зниженню ЧПМД.

Н. Ісаєва

ВАЖЛИВІСТЬ ЗНАЧИМОЇ УЧАСТІ СПІЛЬНОТ КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ В РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНИХ ПРОГРАМ З ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ В УКРАЇНІ. РОЗШИРЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ КГН

ВБО "Легалайф-Україна", м Київ

Актуальність. В Україні більшість програм громадського здоров'я у сфері ВІЛ/СНІДу та туберкульозу серед ключових груп населення (КГН), які враховують програми профілактики ВІЛ/СНІДу та ТБ, зменшення шкоди, послуги з догляду і

підтримки ЛЖВ, фінансуються за рахунок коштів міжнародних донорів, в першу чергу Глобальним фондом (ГФ).

Мета. Ми, представники спільнот КГН, розуміємо, що в зв'язку зі скороченням фінансування

ГФ з 2017 року та при цьому відповідальність за фінансування цих програм необхідно взяти на себе державі, існує великий ризик, що, в свою чергу, може привести до закриття багатьох програм і НУО, якщо не буде забезпечена сталість програм за рахунок державних коштів. Ми бажаємо стати партнерами у подоланні та боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Україні, та надати інструменти які допоможуть нам стати ключовими ігрокми у цій боротьбі.

Методи. У грудні 2012 року ВООЗ, ЮНФПА, ЮНЕЙДС та Глобальна мережа проектів по секс-роботі (НСВП) опублікували документ під назвою “Профілактика і лікування ВІЛ та інших ІПСШ серед секс-працівників в країнах з низьким і середнім рівнем доходу”. Це технічні рекомендації для проведення ефективних втручань, розділені на дві групи: рекомендації на основі кращого досвіду і науково обґрунтовані рекомендації.

Рекомендації на основі кращого досвіду — це загальні принципи, в основі яких здоровий глузд, етичні норми і права людини. Вони складені з урахуванням не наукових рекомендацій, а досвіду секс-працівників.

Науково обґрунтовані рекомендації — це технічні рекомендації, підкріплені науковими даними, їх достовірність оцінювалася за допомогою формального методу, вони також відображають досвід секс-працівників.

Отриманні результати.

Рекомендації на основі кращого досвіду:

1. Всі країни повинні працювати в напрямку декриміналізації секс-бізнесу та ліквідації несправедливого застосування норм адміністративного законодавства щодо секс-працівників.

2. Урядам слід прийняти антидискримінаційні та інші закони, які поважають права людини для забезпечення захисту від дискримінації та насильства, а також інших порушень прав, з якими стикаються секс-працівники, з метою реалізації їх прав людини і зниження їх вразливості до інфікування ВІЛ та впливу СНІДу. Антидискримінаційні закони і норми повинні гарантувати право секс-працівників на соціальні, медичні та фінансові послуги.

3. Медичні послуги повинні бути доступними і прийнятними для секс-працівників на підставі принципів недопущення стигматизації, відсутності дискримінації та гарантованого права на здоров'я.

4. Насильство щодо секс-працівників є фактором ризику через можливість інфікування ВІЛ та має бути попереджено та виключено шляхом

партнерської взаємодії з секс-працівниками та організаціями під керівництвом секс-працівників.

Науково обґрунтовані рекомендації:

1. Впроваджувати комплекс заходів з метою розширення можливостей секс-працівників.

2. Сприяти правильному і постійному використанню презервативів (секс-працівниками і їх клієнтами).

3. Пропонувати періодичний скринінг безсимптомних ІПСШ секс-працівникам.

4. Пропонувати жінкам, залученим в секс-роботу, в умовах високої поширеності та обмеженості клінічних послуг, періодичне пробне лікування безсимптомних ІПСШ.

5. Пропонувати добровільне консультування і тестування на ВІЛ секс-працівникам.

6. Застосовувати поточні рекомендації ВООЗ по використанню антиретровірусної терапії (АРТ) для ВІЛ-позитивних секс-працівників (з посиланням на останню редакцію рекомендацій, опубліковану в 2013 р, тобто початок АРТ при кількості CD4-лімфоцитів нижче 500).

7. Використовувати поточні рекомендації ВООЗ щодо зниження шкоди для секс-працівників, які вживають ін'єкційні наркотики (зокрема програми обміну шприців і опіоїдної замісної терапії).

8. У районах, де імунізація дітей не досягнула повного охоплення, включати секс-працівників в групи населення, які підлягають імунізації проти гепатиту В.

Висновки. Визначено принципи реалізації комплексних програм з профілактики ВІЛ/ІПСШ серед секс-працівників, що базуються на основі рекомендацій 2012 року і рекомендацій SWIT:

1. Розширення можливостей спільноти

2. Участь і лідируюча роль спільноти в розробці, реалізації, моніторингу та оцінки програм

3. Програми повинні бути спрямовані на подолання структурних бар'єрів.

4. Програми повинні працювати на декількох рівнях, від роботи з клієнтами — до розробки національної політики.

5. Програми повинні бути цілісними (враховують повний спектр потреб секс-працівників) і доповнюють (для пошуку шляхів координації та інтеграції надання послуг) наскільки це можливо, щоб зробити їх більш доступними і ефективними.

6. Ці рекомендації повинні стати мінімальним міжнародним стандартом, що застосовується в рівній мірі до країн з високим і низьким рівнем доходу.

Ю. Квасневська, Я. Лопатіна, С. Федоров

ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ШВИДКИМИ ТЕСТАМИ У ЗОЗ ТА НА РІВНІ СПІЛЬНОТ, ЯК ЕФЕКТИВНІ КРОКИ ДОСЯГНЕННЯ ПЕРШОЇ СТРАТЕГІЧНОЇ ЦІЛІ FAST TRACK

Представництво Фондації АНТИСНІД США в Україні (AHF Ukraine), м. Київ

Актуальність. В Україні докладаються значні зусилля, спрямовані на ранню діагностику ВІЛ-інфекції та своєчасний початок лікування. Проте, не дивлячись на це, у понад 50% нових випадків ВІЛ-інфекції, її було діагностовано на третій та четвертій стадіях захворювання, що свідчить про недостатнє охоплення послугами з тестування. Необхідні новітні підходи в запровадженні моделі тестування на ВІЛ та зв'язку з лікуванням для ВІЛ-позитивних осіб, які б базувалися на кращих світових практиках та міжнародному досвіді з надання таких послуг.

Мета дослідження. Оцінити ефективність моделі тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів та обов'язкового зв'язку з лікуванням для ВІЛ-позитивних клієнтів (далі — модель тестування AHF) для забезпечення широкого доступу до якісних, ефективних та клієнт-орієнтованих послуг з тестування на ВІЛ за ініціативи медичного працівника та для представників ключових груп на рівні спільноти.

Матеріали та методи. Оцінювана впровадження модель тестування AHF передбачає надання послуг з тестування на ВІЛ та зв'язку з лікуванням (лінкеджу) для ВІЛ-позитивних клієнтів. В рамках реалізації моделі тестування AHF підтримуються практики короткого перед тестового групового або індивідуального інформування з наданням клієнтові базової інформації щодо ВІЛ та процедури тестування. Тестування забезпечується виключно на безоплатній основі швидкими тестами.

Алгоритм проведення тестування передбачає використання двох тестів різних виробників з різним рівнем чутливості та специфічності. У випадках отримання позитивних результатів на обох швидких тестах, клієнту надається необхідний супровід та допомогу для подальшого медичного нагляду силами медичного працівника, соціального працівника та/або лінкедж-менеджера. Сесія індивідуального після тестового консультування містить вичерпну інформацію щодо подальших

кроків, які має здійснити ВІЛ-позитивний клієнт для отримання необхідної медичної допомоги. ВІЛ-негативним клієнтам надаються консультації щодо безпечних сексуальних практик та інших засобів профілактики, які дозволять зберегти ВІЛ-негативний статус.

Всі клієнти мають необмежений доступ до презервативів.

У 2016 році така модель тестування на ВІЛ запроваджена у закладах охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги у 134 містах 12-ти регіонів України у співпраці з 45 державними та комунальними ЗОЗ, включаючи ЗОЗ м. Києва та з 8 громадськими організаціями. У тісній співпраці з КЗ КОР “Київський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом” у м. Києві започатковано роботу першого у Східній Європі пункту тестування на ВІЛ всесвітньої мережі FreeHIVTest.net. Оцінка ефективності моделі тестування AHF проводилася за наступними показниками: охоплення тестуванням ключових груп населення та осіб з ризикованою поведінкою (не менше 30% від загальної кількості тестувань), загальний рівень виявлення ВІЛ-інфекції (не нижче 4%), успішність зв'язку з лікуванням — не менше 70% ВІЛ-позитивних клієнтів поставлені під диспансерний нагляд протягом 30 днів від моменту отримання позитивного результату тесту.

Отримані результати. З 2010 по 2015 роки послуги з тестування в рамках впровадження запропонованої моделі тестування на ВІЛ отримали 236 778 осіб, було виявлено 10 237 позитивних результатів (рис.1).

Заплановано в рамках імплементації цієї моделі до 2020 року надати послуги з тестування на ВІЛ ще 605 тисячам осіб з орієнтовним відсотком виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції не нижче 3%.

За 9 місяців 2016 року послуги з тестування за підтримки AHF Ukraine в ЗОЗ отримали 49 432 осіб, було виявлено 2994 позитивних результати (6,1%) та 2308 особи встали під медичне спостере-

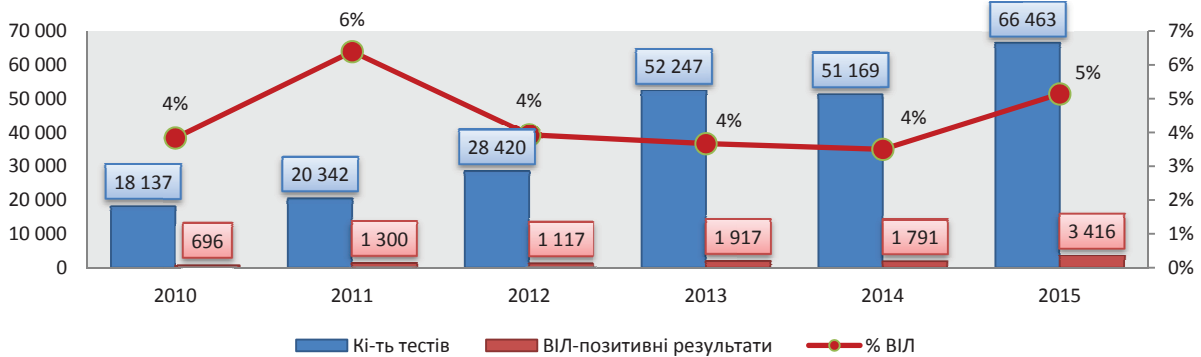


Рис. 1. Результати тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів за 2010–2015 рр.

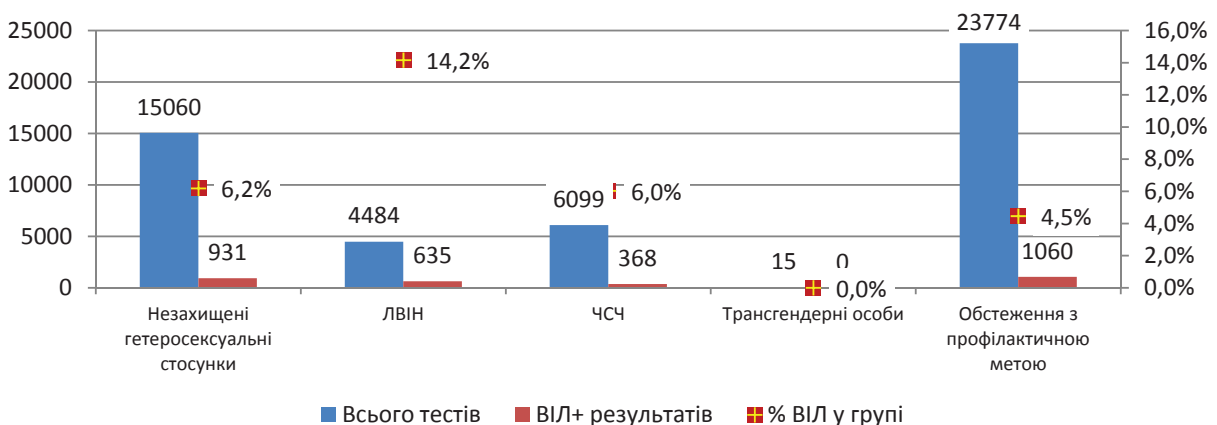


Рис. 2. Структура контингенту, що був обстежений на ВІЛ за допомогою швидких тестів за 9 міс. 2016 р.

ження протягом 30 діб від отримання позитивного результату тесту (77%) (рис. 2).

Серед всіх осіб, які отримали послуги за моделлю тестування на ВІЛ, загальна питома вага представників ключових груп та осіб з ризикованою поведінкою склала 52%.

Висновки. Результати впровадження наведеної моделі тестування на ВІЛ на рівні закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги, а також розширення та легалізація наведеного алгоритму тестування на ВІЛ на рівні спільнот є ефективним та обґрунтованим. Така модель дозволяє надавати послуги з профілак-

тики та тестування на ВІЛ ключовим категоріям населення, особам з ризикованою поведінкою та загальному населенню в зручний та привабливий спосіб, що значно збільшує охоплення тестуванням та раннє виявлення ВІЛ та дозволить в найближчій перспективі досягти першої стратегічної цілі Fast Track. Надання активної та дієвої підтримки та допомоги на етапі супроводу клієнта з ВІЛ-позитивним результатом тестування до поставки під медичне спостереження силами лінкедж-менеджерів дозволяє мінімізувати втрати ВІЛ-позитивних осіб та забезпечити своєчасний початок лікування.

Г. Кисельова¹, А. Волоха¹, Х. Бейлі², К. Торн², Н. Нізова³, В. Марциновська³,
А. Джадд², Р. Малюта⁴

ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО І СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПІДЛІТКІВ В УКРАЇНІ

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

² Університетський коледж Лондона, Великобританія

³ ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”

⁴ НУО “Ініціатива з перинатальної профілактики СНІДу”

Актуальність. Група дітей, перинатально інфікованих ВІЛ що досягли підліткового віку в Україні поступового збільшується. Середній вік ВІЛ-інфікованих дітей на сьогодні становить 9,5 років, в найближчі 5–10 років вони досягнуть повноліття. Дослідження в країнах з більш тривалою епідемією ВІЛ-інфекцією вказують, на те що ВІЛ-інфіковані підлітки є групою хворих з низькою прихильністю до АРТ, вірусологічно невдачею лікування та ухилення з-під медичного спостереження. Обмеженість даних призводить до нехтування специфічними потребами підлітків, які живуть з ВІЛ, та відсутності чітких рекомендацій щодо медичного та соціального супроводу даного контингенту.

Мета дослідження. Вивчення особливостей супроводу та моделей надання допомоги підліткам та молоді 10–24 років в закладах охорони здоров’я, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, в період переходу від педіатричної до дорослої системи медичного спостереження для розробки пропозицій щодо удосконалення надання послуг молоді, яка живе з ВІЛ.

Методи дослідження. Авторами проведено опитування протягом квітня-травня 2016 року лікарів-педіатрів та лікарів-інфекціоністів 28 обласних/міських центрів профілактики та боротьби зі СНІДом (центри СНІДу) щодо особливостей

надання послуг ВІЛ-інфікованим підліткам в умовах переведення з-під нагляду педіатра до дорослого лікаря-інфекціоніста. Анкета для опитування включала 26 питань, відповіді на які заносилися в електронну базу даних в системі RED CAP та були проаналізовані із використанням стандартних статистичних пакетів STATISTICA 6.0.

Отримані результати. Станом на 01.01.2016 р. в Україні під медичним наглядом в центрах СНІДу перебувало 13 060 ВІЛ-інфікованих дітей та молоді 10–24 років, 49% з яких проживали у південно-східній частині країни, 22% в Дніпровській області, 15% в Одеській області, по 7% в Миколаївській та Донецькій областях, з них 11% осіб інфіковані ВІЛ від ВІЛ-інфікованої матері, 65% — статевим шляхом, 24% — при вживанні ін’єкційних наркотичних речовин (табл. 1).

Протягом 2015 року в Україні 97 ВІЛ-інфікованих дітей досягли повноліття 18–19 років та були переведені для медичного спостереження від педіатра до дорослого лікаря-інфекціоніста. Аналіз отриманих даних показав, що 703 дитини 10–18 років (50%) спостерігаються в центрах СНІДу, де перехід здійснюють у фіксованому віці, без можливості відтермінування; 588 дітей (41%) — у центрах СНІДу, де є можливість розглянути продовження терміну нагляду у педіатра після досягнення їх повноліття; 127 дітей (9%) — у центрах СНІДу, де перевід дитини без жодних проблем

Таблиця 1. Розподіл ВІЛ-позитивної молоді 10–24 років за віком та шляхами інфікування ВІЛ

Вікові групи	Всього, осіб	У т.ч. за шляхами інфікування ВІЛ			
		від матері до дитини	статевий	СН	інший
10–14 років	972	968 (99,5%)	2 (0,2%)	0 (0,0%)	2 (0,2%)
15–19 років	691	318 (46,0%)	294 (42,5%)	76 (10,9%)	3 (0,4%)
20–24 роки	11397	210 (1,8%)	8183 (71,8%)	3001 (26,3%)	3 (0,03%)
Всього	13060	1496 (11,4%)	8479 (64,9%)	3077 (23,6%)	8 (0,1%)

може бути відтерміновано. За відповідями фахівців 17 центрів СНІДу встановлено, що основними причинами залишити особу під наглядом педіатра до більш старшого віку (19–24 роки) є неготовність підлітка до такого переходу та особисте прохання дитини. Цікаво, що можливість відтермінування переведення дитини розглядають саме ті центри СНВДу, де кількість ВІЛ-інфікованих дітей 10–18 років, які перебувають під наглядом, є невеликою. Незважаючи на те, що 24 з 28 опитаних фахівців вказали, на можливість зустрічі з дорослим лікарем та підтримку психолога у цей період, у більшості випадків регулярність подальшого спостереження за підлітком не покращується.

Вивчення питання додаткових сервісів для молоді показало, що з 3077 молодих людей 15–24 років, які інфікувалися ВІЛ при вживанні ін'єкційних наркотиків 1468 (47%) осіб відвідують центри СНІДу, де взагалі немає доступу до програм зниження шкоди, 471 (15%) осіб мають можливість отримати послуги тільки за домовленістю та при переадресації, для 1138 (37%) осіб існує можливість вільного доступу до програм зниження шкоди.

В цілому доступність в повному обсязі отримати безкоштовно презервативи існує для 66% ВІЛ-позитивної молоді 10–24 років (11 з 27 центрів), інші безкоштовні контрацептиви (пігулки, ВМС, тощо) — для 23% осіб (2 з 26 центрів), тестування та лікування ІПСШ — для 72% осіб (20 з 26 центрів), підтримка психолога — для 53% осіб (21 з 28 центрів), фінансова допомога (оплата проїзду до центру) відсутня в усіх центрах.

В усіх центрах України підліток може звернутися за допомогою коли є потреба, незалежно від дати призначеного візиту, але 71.4% центрів СНІДу працюють виключно за стандартним розкладом з понеділка по п'ятницю, що є проблемою для відвідування молоддю яка навчається або працює, тільки 5 центрів СНІДу мають окремі групи підтримки для підлітків та молоді. В половині центрів СНІДу нагадують пацієнту про наступний візит, у 7 регіонах пацієнтів додатково запрошують на прийом після двох пропущених візитів, в інших — тільки після 6 місячного пропуску та навіть після 2-х років за допомогою телефонного дзвінка або листом, відсутня практика використання СМС повідомлень та електронної пошти. У 22 регіонах є клініки дружні до молоді з яких протягом 2015 року переадресовано до центрів СНІДу 77 пацієнтів по всій країні.

Висновки. Кількість перинатально інфікованих ВІЛ підлітків та молоді щорічно буде збільшуватися. На сьогодні відсутній чіткий план моніторингу та супроводу таких підлітків при досягненні їми повноліття. Існує необхідність введення додаткових сервісів в центрах СНІДу спрямованих на потреби підлітків та молоді, більшість клінік дружніх до молоді не сприяють покращенню супроводу ВІЛ-інфікованих підлітків. Потребує подальшого вивчення та перегляду існуюча система медичного супроводу ВІЛ-інфікованих дітей з перинатальним шляхом інфікування з метою попередження втрати їх з під медичного нагляду при досягненні повноліття.

О.М. Кислих

ШВИДКІ ТЕСТИ ДЛЯ САМОТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ: СЬОГОДЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ

ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ

Актуальність. Діагностування 90% всіх осіб, що живуть з ВІЛ, є першою з трьох глобальних цілей, поставлених Організацією Об'єднаних Націй, задля подолання епідемії ВІЛ-інфекції до 2030 року. Незважаючи на розширення масштабів послуг з тестування на ВІЛ, 46% всіх людей з ВІЛ не знають про свій статус, а охоплення тестуванням є досить низьким в більшості установ. У той же час, рівень внутрішніх і зовнішніх інвестицій в відповідь

на епідемію ВІЛ-інфекції остається на тому ж рівні або знижується в багатьох країнах. Самотестування на ВІЛ (ВІЛСТ) за допомогою швидких тестів (ШТ) було запропоновано як певний спосіб у вирішенні проблеми досягнення людей з не діагностованою ВІЛ-інфекцією, яких не можна долучити до послуг з тестування на ВІЛ в сталому порядку.

Мета та методи. Проведено огляд наявності ШТ на ВІЛ, призначених для самотестування, на

діагностичному ринку та оцінка спроможності розширення спектру таких медичних виробів.

Результати. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВОЗ) визначає ВІЛСТ як специфічний процес, в якому людина збирає свій зразок (пероральної рідини або крові з пальця), а потім виконує тестування і інтерпретує результат, здебільшого у приватному порядку або з певною довірою особою. ВІЛСТ не забезпечує остаточний діагноз, всі реактивні результати самотестування вимагають підтвердження з використанням алгоритму, схваленому в країні. Самотестування не є новою концепцією; цей процес використовується в моніторингу різних станів пацієнтів, зокрема вагітності, раку кишечника, діабету тощо. Для ВІЛСТ застосовуються ШТ, що засновані на платформі ШТ, призначених для професійного використання, модифікованих певним чином. Станом на липень 2016 року на ринку є тільки чотири найменування ШТ для ВІЛСТ зі схваленням Глобальної цільової групи гармонізації (ЦГГГ), котрі доступні тільки в декількох країнах і включають наступні ШТ: тест, схвалений адміністрацією харчових продуктів і медикаментів США (FDA) “OraQuick® InHome HIV Test” (OraSure Technologies, Bethlehem, PA, United States), котрий базується на тестуванні зразка пероральної рідини, два ШТ з позначкою “CE”, заснованих на скринінгу зразків крові з пальця — “autotest VIH®” (AAZ Labs, Rungis Cedex, France)

та “BioSURE HIV Self-Test” (BioSURE Ltd, London, United Kingdom). Незважаючи на те, що процедура CE маркування діагностичному “OraQuick® In-Home Test HIV” завершена, він ще не є комерційно доступним в Європі.

В липні 2016, ШТ “INSTI HIV Self-Test” (bio Lytical Laboratories, British Columbia, Canada) отримав CE маркування і буде запущений на європейському діагностичному ринку наприкінці 2016 року. Перспектива створення інших ШТ для ВІЛСТ набагато більше — на сьогодні в стадії розробки знаходяться шість тестів на основі зразка крові з пальця і три — пероральної рідини з порожнини рота.

Потенціал для інновацій в створення ШТ для ВІЛСТ включає в себе адаптацію тестів третього і четвертого покоління, модифікацію тест-наборів таким чином, щоб бути більш “дружнім до користувача”. Ці модифікації можуть включати зменшення числа стадій (наприклад, один крок), досягнення більш швидкий часу до отримання результатів, забезпечення стабільності результатів протягом більш тривалого періоду, оптимізації упаковки та інструкції по застосуванню тощо.

Висновки. Ринок для інструментів самотійного тестування на ВІЛ зростає — це тенденція, що задовольнятиме світовий попит, котрий, за оцінками, складе не менше 4,8 мільйона ШТ для ВІЛСТ у 2018 році.

К.О. Ключарёв

ВНЕДРЕНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА БАЗЕ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ

ООО “ХМЦ “Альтернатива”, г. Харьков

Актуальность. В соответствии с рекомендациями совместной миссии ВОЗ / ЮНЭЙДС / УООННП (2005г.), с целью остановки распространения ВИЧ-инфекции в Украине необходимо охватить программами заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ) 30–40% от расчетной численности активных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Показатели оценки численности потребителей инъекционных наркотиков по Харьковскому региону составляют: в городе Харькове 9300 ПИН и по Харьковской области 15300 ПИН (утверждено решением Областного совета по вопросам

противодействия туберкулезу и ВИЧ / СПИДа в Харьковской области от 17.03.2012 г.).

Охват услугами программы ЗПТ в нашем регионе через коммунальные учреждения охраны здоровья является недостаточным для обеспечения действенности программы ЗПТ в соответствии главного предназначения — уменьшения распространения ВИЧ и туберкулеза. В числе барьеров: недостаточное количество мест, очереди, а также нежелание пациентов становиться на наркологический учет (опасаются негативного влияния данного факта в процессе реализации жизненных

потребностей, таких как вождение автомобиля, вопросы в трудовой деятельности, а также возникающие с правоохранительными органами и т.д.). Расширение возможностей доступа наркозависимых к лечению ЗПТ является актуальным и востребованным, в том числе возможности лечения на коммерческой основе.

Медицинский центр “Альтернатива” предназначен для лечения наркозависимых путем прохождения курсов детоксикации, а в случае безуспешного для пациента результата после краткосрочного курса детокса, ему предлагается участие в программе заместительной поддерживающей терапии.

Цели. Противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции и других социально-значимых заболеваний, помощь наркозависимым в процессе дальнейшего выздоровления, ресоциализации, путем вывода пациента из состояния активной прогрессирующей наркотической зависимости, восстановление нормального психологического состояния человека, а также снижение вреда для пациентов путем удержания их в программе ЗПТ под постоянным медицинским наблюдением врачей-наркологов.

Методы. Лечение проводится препаратами “Бупренорфин” и “Метадон”, вспомогательными препаратами к “Бупренорфину” являются: “Сибазон” — в случае назначения врача спокойного состояния и хорошего сна пациента, или препарат “Трамадол” — в случае перевода пациента с “уличного Метадона” на медицинский “Бупренорфин”. Также в медицинском центре лечение проводится методом “инфузионной терапии” (капельное введение лекарственных средств, с целью нормализации водно-электролитного, кислотно-щелочного баланса организма, а также его очистка после употребления уличных наркотиков).

Одним из больших плюсов ЗПТ и детоксикации является возможность постоянного наблюдения пациента врачами-наркологами, которые в случае необходимости могут корректировать дозировку пациенту, проводят беседы с пациентами, мотивируя к выздоровлению, изменению круга общения, психологической и социальной адаптации. А помощь в решении социальных и психологических вопросов пациентам предоставляет консультант по вопросам химической зависимости.

Важным компонентом является комплексное ведение случаев, соответственно состоянию здоровья пациента. При начале лечения заместительной поддерживающей терапией обязательно

мотивируется на диагностику ВИЧ-инфекции, а в случае положительного результата, мотивация к дальнейшему медицинскому наблюдению и лечению в Областном центре профилактики и борьбы со СПИДом. В случае позитивного результата тестирования на ВИЧ, пациенту предлагается помощь “ведения случая” кейс-менеджером (данный компонент ведётся при сотрудничестве с Харьковским областным благотворительным фондом “Парус”).

Результаты. За один год деятельности медицинского центра было проведено лечение около 400 наркозависимых пациентов из города Харькова и Харьковской области, из которых 20% были переведены в программу заместительной поддерживающей терапии, 25% успешно прошли курс детоксикации, были переадресованы в ХОБФ “Парус” на группы самопомощи АН (“анонимных наркоманов” — группы, направленные на полный отказ от наркотиков), и, со слов самих пациентов, больше не возвращались к употреблению уличных наркотиков. Около 55% отказались от перевода на лечение в программу ЗПТ и повторно проходили курсы детоксикации с последующими срывами, в итоге были выписаны из медицинского центра за пропуски или по причине нежелания самих пациентов продолжать лечение (возврат к уличным наркотикам).

По состоянию на 31.10.2016 лечение ЗПТ получают 46 пациентов, из которых 6 пациентов получили позитивный результат анализа на ВИЧ (1 пациент — в процессе подтверждения). Получают лечение АРТ — 3 пациента.

Выводы. Подавляющее большинство участников ЗПТ, как правило, уже в первые месяцы лечения начинают интересоваться состоянием своего здоровья, прекращают криминальную деятельность и начинают искать честные способы заработка. В настоящее время в медицинском центре внедрено амбулаторное лечение для того чтобы пациенты имели возможность свободно планировать своё время, не прерывать трудовую деятельность. Пациенты на амбулаторном лечении, получают препараты ЗПТ на руки сроком до 10 дней, согласно приказам МОЗ Украины. Харьковский медицинский центр “Альтернатива” при поддержке МБФ “Альянс общественного здоровья” реализует пилотный проект по внедрению новых практик альтернативного лечения наркозависимых, целью которого является удержание пациентов в программе заместительной поддерживающей терапии.

І.П. Колеснікова¹, Д.О. Степанський², Г.М. Дараган², Н.Є. Марченко³, Т.А. Романенко²

ПИТАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ “FAST TRACK” ТА РОЛЬ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

² ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”, м. Дніпро

³ КЗ “Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Дніпро

Актуальність. В Україні на сучасному етапі активно створюється система громадського здоров'я, що є однією з важливих складових реформ у галузі охорони здоров'я в межах виконання Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. Виконання національної державної програми боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІД, епідемічна ситуація з яких в країні є неблагополучною, визнане пріоритетним напрямком охорони здоров'я щодо забезпечення епідемічного благополуччя з соціально-небезпечних хвороб.

Мета дослідження. Проаналізувати показники виконання стратегії “90–90–90” в умовах реформування системи охорони здоров'я та роль сімейних лікарів у реалізації заходів щодо досягнення цільових показників.

Методи дослідження. В роботі використано епідеміологічний метод дослідження, проаналізовано статистичні звіти, інформаційні бюлетені, офіційні директивні документи, що регламентують заходи щодо ВІЛ/СНІДу.

Отримані результати. Заходи щодо припинення глобальної епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД реалізуються за стратегією “FastTrack”, згідно з якою 90% усіх людей, які живуть з ВІЛ, мають знати свій статус, з них 90% стабільно отримувати АРТ та 90% з тих, що отримують лікування, матимуть тривале пригнічення вірусного навантаження. Ці заходи суттєво зменшать ймовірність передачі ВІЛ та подальше поширення збудника у популяції. За для оцінки досягнення стратегічних цілей 90–90–90 в країні побудований каскад послуг для ЛЖВ. За основними даними каскаду послуг ЛЖВ в Україні станом на 01.01.2016 р. тільки 58% від оціночної кількості ЛЖВ знали про свій ВІЛ-позитивний статус та перебували під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) служби СНІДу. Лише 31% від оціночної кількості ЛЖВ отримують АРТ та 24% від оціночної кількості ЛЖВ досягли

невизначуваного рівня вірусного навантаження ВІЛ.

Дніпропетровська область протягом усіх років епідемічного розповсюдження ВІЛ/СНІДу в Україні посідає одне з перших місць за рівнем захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції. Показник захворюваності у 2015 р. склав 88,2 на 100 тис. населення, поступившись місцем тільки Одеській області (пок. 99,5), що перевищило загальнодержавний показник (37,0) у 2,4 рази. Захворюваність на СНІД досягла 62,7 на 100 тис. населення (по Україні — 19,8). Рівень поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу склав 774,0 та 219,5 на 100 тис. населення відповідно, що було вище середніх показників по країні у 2,6–2,7 рази. Показники досягнення стратегічних цілей “90–90–90” у Дніпропетровській області станом на 01.01.2016 р. склали “51–20–8”, а саме — 51% від оціночної кількості ЛЖВ знали свій ВІЛ-позитивний статус та перебували під медичним спостереженням у ЗОЗ служби СНІДу. Лише 20% ЛЖВ від цільового показника отримують АРТ та 8% від отримуючих ВААРТ більше 6 місяців досягли вірусологічної ефективності. На сьогодні пріоритетними профілактичними заходами, спрямованими на подолання негативних наслідків епідемії ВІЛ-інфекції в країні та світі, є збільшення доступу і масштабів тестування для встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції для тих, у кого він залишається невідомим, особливо для груп населення, які зазнають високого ризику інфікування ВІЛ. Згідно з новими глобальними цілями ЮНЕЙДС в період до 2020 р. потрібно досягти першого показника “90”, тобто 90% людей, які живуть з ВІЛ, повинні знати про свій діагноз. Разом з тим, ефективність цього заходу залишається недостатньою. У 2015 р. в Україні 231,8 тис. осіб після дотестового консультування не пройшли лабораторне обстеження на ВІЛ та 293,4 тис. осіб після обстеження не отримали післятестове кон-

сультування, що в сумі склало 534, 2 тис. осіб (майже 20% від загальної кількості осіб, які отримали дотестове консультування). Таким чином, ці особи втратили можливість визначити свій статус, а у разі ВІЛ-позитивного результату — й отримати АРТ та мати необхідний медичний супровід. У Дніпропетровській області у 2015 р. тільки між дотестовим консультуванням та обстеженням наявності антитіл до ВІЛ “втрачено” 60 868 осіб (19,8% від загальної кількості осіб, які отримали дотестове консультування).

В умовах створення системи громадського здоров'я в Україні важливу роль у залученні населення до обстеження на ВІЛ, відіграють заклади первинної ланки надання медичної допомоги — сімейні лікарі. На теперішній час на рівні центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) виявлення ВІЛ-інфекції проводиться переважно методом ІФА, що займає тривалий час та ускладнює маршрут ВІЛ-позитивного пацієнта у зверненні

за ВІЛ-послугами. З причини дороговартості лише в окремих ЦПМСД застосовуються швидкі тести, що, в переважній більшості, надані неурядовими організаціями, працюючими у сфері протидії ВІЛ/СНІДу. В цих умовах надзвичайно актуальним є включення до навчальних програм підготовки сімейних лікарів питань консультування і тестування на ВІЛ, а також профілактики ВІЛ-інфекції.

Висновки: Відповідно до крос-секційного каскаду надання ВІЛ-послуг для людей, які живуть з ВІЛ у Дніпропетровській області, на початку шляху у досягненні цілей стратегії ЮНЕЙДС “90–90–90”, регіон має суттєві прогалини в залученні та утриманні ЛЖВ в системі ВІЛ-послуг. Для покращення ситуації вкрай важливо збільшити доступність населення до якісних діагностичних досліджень, в т.ч. експрес-діагностики ВІЛ-інфекції, зокрема на рівні первинної ланки, вирішити питання покращення підготовки лікарів сімейної медицини з питань консультування та тестування на ВІЛ.

О.І. Комар¹, Л.А. Масюк²

АНАЛІЗ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З КО-ІНФЕКЦІЇ ТБ/ВІЛ У ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

¹ *Обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання, м. Луцьк*

² *ДУ “Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України”, м. Київ*

Актуальність. Поширення туберкульозу (далі — ТБ) та ВІЛ-інфекції (далі — ТБ/ВІЛ) становить загрозу національній безпеці країни, є одними з причин втрати працездатності, здоров'я, причинами інвалідності та смертності населення, свідчить про проблеми бідності, соціальної нерівності та потребує постійного збільшення обсягу видатків з державного бюджету.

Мета дослідження. Проаналізувати особливості епідеміологічної ситуації з ТБ/ВІЛ у Волинській області.

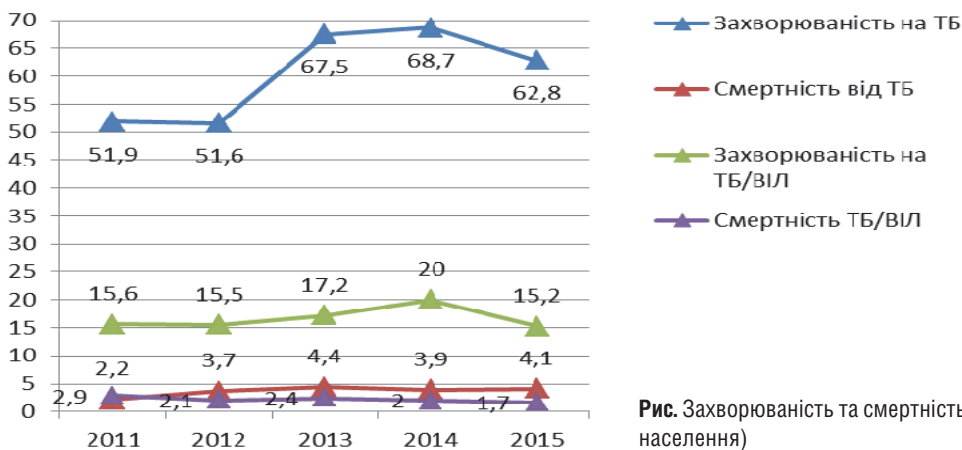
Метод дослідження. Ретроспективний епідеміологічний аналіз форми № 8 “Звіт про захворювання на активний ТБ”, форми звітності № 2 ВІЛ/СНІД “Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені ВІЛ” за 2011–2015 рр., форми № 8-1 “Звіт про результати лікування хворих на ТБ легень, які зареєстровані 12–15 місяців тому, ТБ 08” 2014 р.

Отримані результати. Станом на 01.10.2016 р. в обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом на диспансерному обліку перебуває 1999 ВІЛ-позитивних осіб (192,2 на 100 тис. нас.), а поширеність активного ТБ становить 76,2 на 100 тис. нас. (792 особи). Впродовж 5 останніх років захворюваність на ТБ мала тенденцію до зросту (2012 р. — 51,6, 2013 р. — 67,5, 2014 р. — 68,7 на 100 тис. нас.), і лише у 2015 р. спостерігається зниження захворюваності на ТБ на 8,6% (2015 р. — 62,8 на 100 тис. нас.).

Відсоток випадків ТБ, які зареєстровані в 2015 р. та пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію становить 98,9%. З 1996 р. в області щорічно реєструється захворюваність на поєднану патологію ТБ/ВІЛ. Найчастіше захворювання реєструється у віці 25–44 років, а співвідношення чоловіків до жінок складає 3:1, у старшій віковій групі — 1:1. У 2015 р. в області 77 осіб були виявлені з ко-

Таблиця. Інформація щодо кількості випадків ТБ/ВІЛ, 2011 — 2015 рр.

Роки	Випадки ТБ/ВІЛ (абс. ч.)	Випадки ТБ/ВІЛ, які отримують АРТ(абс. ч., %)	Померлі ТБ/ВІЛ (абс. ч., %)
2011	74	23 (31,0%)	14 (18,9%)
2012	64	44 (68,7%)	23 (35,9%)
2013	87	59 (67,8%)	25 (28,7%)
2014	65	62 (95,4%)	20 (30,8%)
2015	77	68 (88,3%)	18 (23,4%)

**Рис.** Захворюваність та смертність від ТБ та ТБ/ВІЛ (на 100 тис. населення)

інфекцію ВІЛ/ТБ, що становить 7,4 на 100 тис. нас. (4,0% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих, які перебували на обліку в обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом).

Спостерігається тенденція щодо підвищення охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ з 31,1% (2011 р.) до 88,3% (2015 р.). Хворі на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, які перебувають на стаціонарному лікуванні в ОТМПО на 93,5% забезпечені котримоксазолом для профілактики опортуністичних інфекцій.

Ефективність лікування хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ когорти 2014 р. становить 53,3%, при високих частках померлих (20,0%), хворих з невдалим та перерваним лікуванням (26,7%). 18,9% хворих з числа зареєстрованих випадків відразу переведені на лікування з використанням протитуберкульозних препаратів 2 ряду. Високий рівень

неефективного лікування пов'язаний із зловживанням хворими на ТБ/ВІЛ алкоголю, наркотичних речовин (42,1%) та високим рівнем захворюваності на вірусні гепатити В та С (15,8%).

Висновки. З 2011 р. в області відмічається неухильне зростання захворюваності на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ. Найчастіше захворювання реєструється у чоловіків віком 25 — 44 років. Зростання кількості випадків поєднаної ко-інфекції ВІЛ/ТБ відображає зростаючий тягар епідемії ВІЛ-інфекції в області. Незважаючи на заходи комплексного поєднаного лікування двох патологій ТБ та ВІЛ ефективність лікування хворих на ТБ/ВІЛ залишається низькою. Організація надання допомоги хворим на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ передбачає налагодження механізмів співпраці закладів охорони здоров'я, інших відомств та інститутів громадянського суспільства.

Т.А. Кондратенко¹, С.Р. Саухат¹, Н.Г. Тютюнькова¹, Е.А. Максимова¹, Л.Ф. Черниговец¹, И.К. Дорофеева¹, Ф.В. Логвин¹, Д.В. Воронцов², А.Б. Шемшура³

ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ЮГЕ РОССИИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ О ЦИРКУЛЯЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СУБТИПОВ ВИЧ-1

¹ ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону

² ФБУН «Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора, г. Ростов-на-Дону

³ ГБУЗ «Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар

Актуальность. К настоящему времени накоплен значительный объем информации об особенностях циркуляции субтипов и рекомбинантных форм ВИЧ-1 в различных регионах, распространения лекарственно-резистентных штаммов вируса, факторах, влияющих на эффективность антиретровирусной терапии. При этом данных, характеризующих ситуацию в России в целом и в ее отдельных регионах недостаточно, что затрудняет внедрение и эффективную реализацию модели комбинированной профилактики ВИЧ-инфекции.

Цель исследования. Оценить характер эпидемического процесса на основе генетических характеристик циркулирующих на Юге России форм ВИЧ-1.

Методы исследования. Молекулярно-биологические: количественная Реал Тайм ПЦР; популяционное секвенирование по Сэнгеру; филогенетический анализ. Использовались образцы крови 865 взрослых больных ВИЧ-инфекцией, проживающих в 13 регионах Юга России.

Полученные результаты. Активное развитие эпидемии ВИЧ-инфекции на Юге России обусловлено преобладающей циркуляцией ВИЧ-1 субтипа A1 (вариант A_FSU), характерного для России в целом, а также второго по частоте встречаемости — ВИЧ-1 субтипа В. В то же время, в ЮФО и СКФО в последние годы все чаще регистрируются заносы других вариантов ВИЧ-1: субтипа G, CRF02_AG, CRF63_02A1, CRF03_AB. При этом они по-разному представлены среди пациентов с различными рисками инфицирования. Субтип A1 передается главным образом среди потребителей инъекционных наркотиков, а также при незащищенных гетеросексуальных контактах, при рождении детей от ВИЧ-позитивных матерей и в нозокомиальных очагах. У 9% обследованных

новорожденных детей, матери которых передали им ВИЧ, была выявлена циркулирующая рекомбинантная форма ВИЧ CRF02_AG. Среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), в основном продолжает циркулировать ВИЧ-1 субтипа В, хотя в последние годы среди них зарегистрированы случаи заражения вариантами ВИЧ-1 субтипа A1 и субтипа G. Отмечаются все более частые случаи передачи ВИЧ-1 субтипа В при немедицинском использовании наркотиков, незащищенных гетеросексуальных контактах, а также вертикальным путем.

Субтип G до 2010 года обнаруживался только у пациентов, инфицированных в нозокомиальных очагах Юга России, сформировавшихся в 1988 и 1989 годах. В 2010 году был зарегистрирован единственный случай гетеросексуальной передачи данного варианта вируса от нозокомиального пациента. Зарегистрированы единичные случаи заноса на территорию ЮФО и СКФО новых вариантов субтипа G ВИЧ-1 из африканского и среднеазиатского регионов через парентеральное употребление наркотиков и незащищенные гомосексуальные контакты.

Филогенетический анализ гена *pol* ВИЧ-1 субтипа A1 показал, что на фоне достаточно гомогенного характера данной популяции вируса, прослеживается выраженная тенденция к его кластеризации по географическому принципу, с образованием на филограмме паттернов мутаций полиморфизма, специфичных для отдельных территорий Юга России. При этом вирус субтипа В не имеет географической кластеризации, формируя однако отчетливые кластеры вариантов, выделенных от МСМ, независимо от территории инфицирования. Варианты ВИЧ-1 данного субтипа, выделяемые на Юге России в последние годы, имеют высокое генетическое сродство с вариантами,

циркулирующими в Москве, Западной Европе и Украине. Полученные данные указывают на существование на Юге России внутренней циркуляции ВИЧ-1 субтипа В в относительно изолированной группе МСМ с увеличением в последние годы числа внешних заносов новых вариантов ВИЧ-1. В последние годы на Юге России среди парентеральных наркоманов и лиц, инфицированных при гетеросексуальных контактах, регистрируется все большее число случаев заражения новой рекомбинантной формой ВИЧ-1 CRF63_02A1, вытеснившей в Восточной Сибири преобладавший там ранее субтип А1 (вариант А_FSU).

Выводы. Среди циркулирующих на Юге России штаммов ВИЧ-1 продолжает преобладать субтип А1 (вариант А_FSU), передающийся с равной эффективностью при внутривенном употреблении наркотиков, половым и вертикальным путями. Благодаря своевременным, эффективным противоэпидемическим мероприятиям в нозокомиальных очагах, возникших в 1988–1989 гг., дальнейшее

распространение варианта субтипа G ВИЧ-1 в России не произошло. Наибольшее разнообразие субтипов ВИЧ-1 на Юге России выявлено при передаче через незащищенные гетеросексуальные контакты и при немедицинском употреблении наркотиков. Среди МСМ преобладает ВИЧ-1 субтипа В, на фоне участвовавших случаев выявления других субтипов ВИЧ-1 (А1 и G). Циркуляция генетически обособленных вариантов ВИЧ-1 субтипа В обусловлена периодически реализующимися независимыми отдельными заносами указанного субтипа на Юг России и дальнейшей его ограниченной циркуляцией, опосредованной различными путями передачи. Обнаруженные особенности циркуляции генетических вариантов ВИЧ-1 демонстрируют новые возможности использования микроэпидемиологических профилей риска для объективизации планирования противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Т.А. Кондратенко¹, С.Р. Саухат¹, Н.Г. Тютюнькова¹, Е.А. Максимова¹, Л.Ф. Черниговец¹, И.К. Дорофеева¹, Ф.В. Логвин¹, Д.В. Воронцов², А.Н. Матузкова²

ПРОФИЛИРОВАНИЕ РИСКОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

¹ *ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону*

² *ФБУН «Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора, г. Ростов-на-Дону*

Актуальность. С 2010 г. стандартом мер по борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции стала комбинированная профилактика, воздействующая на биомедицинские, поведенческие и социально-структурные факторы эпидемического процесса. Основной акцент в комбинированной модели профилактики делается на учете локальных особенностей эпидемии. Главной проблемой мониторинга и оценки эффективности применения этой модели является то, что степень выраженности факторов риска не имеет равномерного распределения ни среди населения в целом, ни внутри ведущих групп риска.

Поэтому для повышения эффективности мониторинга и оценки в рамках комбинированной модели целесообразна процедура составления эпидемиологических профилей рисков в каждом регионе. Однако региональные алгоритмы профилирования могут отличаться в зависимости от доступности использования эпидемиологически значимых показателей.

Цель исследования. Охарактеризовать наиболее приемлемый алгоритм процедуры профилирования рисков с учетом социально-экономических и политических возможностей стран из европейской части бывшего СССР.

Методы исследования. Теоретический анализ применимости и сочетания базовых эпидемиологически значимых показателей для мониторинга и оценки комбинированной профилактики ВИЧ-инфекции.

Результаты. В условиях недоступности методик определения свежих случаев ВИЧ-инфекции алгоритм расчёта поражённости должен предусматривать вычисление показателей в отношении всего населения и различных уязвимых групп. Приоритетное развитие системы комплексных профилактических мероприятий следует начинать в регионах с высокими показателями поражённости ВИЧ-инфекцией. Поскольку драйверы эпидемического процесса в одном регионе могут значительно варьировать, для разных групп и отдельных территорий внутри одного и того же региона структура и содержание комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий могут существенно различаться. Показатель поражённости на уровне региона может быть низким, тогда как на уровне конкретных уязвимых групп — высоким, т.к. представители этой группы не проживают в регионе локально, а рассредоточены.

В тех уязвимых группах, в которых показатель поражённости достаточно высок, индивидуальные меры профилактики уже не являются достаточно эффективными, чтобы препятствовать распространению заболевания на популяционном уровне. Для таких групп планирование и реализация мероприятий по информированию, развитию ответственного отношения к здоровью, обучению навыкам снижения индивидуального риска и изменению поведения будет мало результативным. Акценты должны смещаться с профилактических мероприятий индивидуального уровня на мероприятия, предполагающие структурные изменения: 1) повышение доступности для членов таких уязвимых групп пре-контактной профилактики (например, открытие дружественных пунктов на базе медицинских учреждений), 2) более агрессивное развитие добровольного консультирования и тестирования (например, создание мобильных пунктов ДКТ, которые не ждут прихода членов

таких групп в медучреждение, а также осуществление активной аутрич работы с целью расширения охвата обследованием и профилактикой), 3) выявление дискордантных партнерских пар в таких группах с целью активного вовлечения в терапию, 4) интенсификация в таких группах мероприятий по снижению риска (распространение презервативов, обмен шприцев) и др.

При реализации комплексных программ также может возникать не только синергетический эффект, но и антагонизм между разными компонентами, которые реализуются независимыми друг от друга социальными институтами и государственными ведомствами. Поэтому нужно не только создавать межведомственные комиссии, но и осуществлять экспертную оценку и согласование программ не только на основе методологии микроэпидемиологического анализа, но с применением техники SWOT-анализа (анализ сильных/слабых сторон и возможностей/угроз). Именно SWOT-анализ даст возможность поставить для обсуждения на межведомственной комиссии конкретные проблемы и обсуждать возможные пути реализации комплексной профилактики с учетом сильных и слабых сторон, а также политических возможностей и угроз, имеющих в регионе.

Поскольку в рамках комплексной профилактики на основе специфических для каждого региона эпидемиологических данных возможны различные сочетания мероприятий для различных групп, которые были описаны выше, следует активнее использовать демонстрационные (пилотные) проекты, по результатам которых можно было бы рекомендовать распространение конкретных проектов на территории региона.

Вывод. Региональный эпидемиологический профиль рисков на основе ограниченного спектра эпидемиологических значимых показателей с учетом данных SWOT-анализа и пилотных программ дает возможность адекватного выделения приоритетных и вспомогательных профилактических мероприятий, которые можно сфокусировать именно на тех группах населения, которые в данное время оказывают наибольшее влияние на характер течения эпидпроцесса.

С.В. Кондратюк

ВПЛИВ ПАТЕНТНОЇ РЕФОРМИ НА ПЕРСПЕКТИВИ ГЕНЕРИЧНОГО ДОСТУПУ В УКРАЇНІ

БО “Всеукраїнська мережа ЛЖВ”, м. Київ

Актуальність проблеми. Жорстка система захисту патентних прав на лікарські засоби в Україні чинить значні перешкоди для доступності лікарських засобів для населення, оскільки унеможливорює вихід на ринок альтернативних дешевших генеричних лікарських засобів (з ідентичним терапевтичним ефектом) та зменшує можливості для розвитку національного фармацевтичного сектору економіки.

Розповсюдженою є практика, коли виробники оригінальних лікарських засобів перешкоджають конкуренції за допомогою “вічнозелених” патентів⁶. Законодавство України також дозволяє п’ятирічне продовження строку дії патенту. Режим ексклюзивності даних (5+1 рік) також сприяє запобіганню виходу на ринок генеричних лікарських засобів.

За таких умов важливо провадити ефективну політику, спрямовану на зниження вартості лікарських засобів. Основним чинником для суттєвого зниження цін на ліки є конкуренція з боку генеричних лікарських засобів. Генеричні лікарські засоби є дешевшими від запатентованих бренд-препаратів, зберігаючи таку ж якість.

Через завантаженість патентних відомств, недоукомплектованість персоналом та низькі вимоги до видачі патентів фармацевтичні компанії часто незаслужено отримують патентні монополії, які насправді не відповідають загальноприйнятим стандартам патентоздатності — новизні та винахідницькому рівню. Патентні реформи, ініційовані

в 2013 році в Бразилії і Південно-Африканській Республіці, є спробою урядів цих країн вирішити проблему збереження балансу між захистом громадського здоров’я та захистом патентних прав.

Мета дослідження. Визначення найбільш ефективних механізмів для балансування права на захист інтелектуальної власності та прав на здоров’я.

Методи дослідження. Дослідження доступних звітів, наукових статей, правових актів щодо найкращих міжнародних практик щодо збалансованого підходу до регулювання прав інтелектуальної власності на лікарські засоби.

Отримані результати. Зважений підхід держави до захисту патентних прав на лікарські засоби, шляхом використання у сфері громадського здоров’я так званих гнучких положень Угоди ТРІПС Світової організації торгівлі матиме значний позитивний вплив для підвищення доступності лікарських засобів та подальшого розвитку національної фармацевтичної індустрії. Однак такий підхід вимагає активної позиції Парламенту, Уряду України, зокрема, Міністерства охорони здоров’я та Міністерства економічного розвитку і торгівлі.

Висновок. Реалізація такого підходу вимагатиме реформування законодавства інтелектуальної власності в сфері фармації та медицини шляхом внесення відповідних змін до Закону України “Про охорону прав на винаходи і корисні моделі”, Закону України “Про лікарські засоби”, Митного кодексу України, Кримінального кодексу України та низки підзаконних нормативних актів.

В.О. Кравчук¹, Н.С. Фесовець¹, М.Л. Ординський²

ПРО ПОПЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ ЩОДО УТВОРЕННЯ ОБ'ЄДНАНОГО ВІДДІЛУ МІО ВІЛ/ТБ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

¹ КЗ “Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом” РОР, м. Рівне

² КЗ “Рівненський обласний протитуберкульозний диспансер”, м. Рівне

Актуальність. Питання поєднаної патології ВІЛ-інфекції та туберкульозу (далі — ВІЛ/ТБ) в Рівненському регіоні залишається відкритим. Ко-інфекція ТБ/ВІЛ складає половину від усіх зареєстрованих випадків з уперше в житті встановленим діагнозом СНІД у 2013–2015 роках: 2013 р. — 67,6% (46 осіб), 2014 р. — 60,3% (47 осіб), 2015 р. — 48,8,0% (42 осіб). Смертність від причин пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, в тому числі від ко-інфекції ВІЛ/ТБ складає значну частку від загальної смертності ВІЛ-інфікованих осіб, та має тенденцію до збільшення. (2013 р. — 23,2%, 2014 р. — 23,4%, 2015 р. — 34,6%). Дане питання потребує системного підходу до моніторингу та оцінки заходів протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу з метою ефективної відповіді.

Мета. Встановити попередні результати реалізації організаційно-методичного об'єднання відділів МІО комунальних закладів “Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом” та “Рівненський обласний протитуберкульозний диспансер” (далі — Відділ МІО ВІЛ/ТБ)

Методи дослідження. описовий, аналітичний, статистичний; у роботі використані матеріали відділу МІО ВІЛ/ТБ.

Отримані результати. З метою реалізації у Рівненській області пілотного проекту програми Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією “Інвестиції заради впливу на епідемію туберкульозу та ВІЛ-інфекції” створений Відділ МІО ВІЛ/ТБ). Основне завдання, що

впроваджує відділ, є збір та забезпечення якості, обробки та аналізу даних ВІЛ/ТБ для прийняття управлінських рішень. Згідно з планом розвитку та забезпечення сталості єдиної системи МІО ВІЛ/ТБ рішенням обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (далі — ОКР) затверджено оновлений склад Робочої групи з питань МІО ВІЛ/ТБ, її положення та план роботи, індикатори МІО ТБ/ВІЛ.

У лютому 2016 р. проведено семінар нараду з лікарями-фтизіатрами Рівненського регіону з метою ознайомлення з діяльністю МІО ТБ/ВІЛ. Засідання Робочої групи відбуваються 1 раз на 2 місяць з обговоренням поточних питань МІО ТБ/ВІЛ. Щомісячно здійснюється моніторинг з використанням інструменту звітності епідемічного моніторингу захворюваності на ВІЛ/ТБ. В відділі МІО туберкульозного диспансеру впроваджено щомісячну форму звітності №000ТБ/ВІЛ за якою звітуються районні фтизіатри області про осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ. Верифікація даних проводиться щомісячно та щоквартально (в ході прийняття квартальних звітів), а також використовуючи дані реєстру по відповідній формі. Відповідно до Положення про Відділ МІО ВІЛ/ТБ та посадової інструкції лікар — інфекціоніст здійснює верифікацію та аналіз даних за компонентом ко-інфекція ТБ/ВІЛ, шляхом доступу до e-TB Manager та надає консультативно — методичну допомогу фахівцям фтизіатричної служби, забезпечує консультування хворих на ТБ/ВІЛ та призначення АРТ.

З метою впровадження сучасних молекулярно-генетичних методів для діагностики туберкульозу в центрі СНІДу функціонує система GeneXpert, що забезпечує швидку діагностику туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб. З моменту інсталяції системи (з 4 кварталу 2015 р.) здійснено забір та дослідження у 258 пацієнтів та виявлено 13 позитивних результатів. За 2015 р. профілактичне лікування туберкульозу здійснено 121 ВІЛ-інфікованій особі.

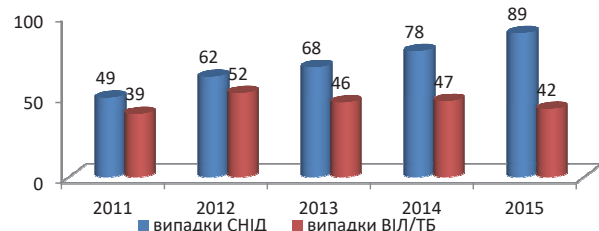


Рис. 1. Динаміка випадків ко-інфекції ВІЛ/ТБ, Рівненська область, 2011–2015 роки

Висновки. Епідемічна ситуація з ВІЛ/ТБ у регіоні продовжує залишатися складною. Захворюваність на поєднану патологію залишається на рівні попередніх років, проте збільшується смертність від ВІЛ/ТБ. Взаємопов'язана робота забезпечує раннє виявлення хворих з подвійним діагнозом та вчасне призначення АРТ, що покращує та продовжує якість життя. Очікуваного

результату щодо зменшення захворюваності та смертності від поєднаної патології можна досягнути лише при умові повної співпраці. Своєчасна верифікація та корегування даних за компонентом ТБ/ВІЛ дозволяє оперувати достовірною інформацією з метою прийняття управлінських рішень на рівні регіону.

Т.Ю. Крушинська

РОЛЬ БАЗОВОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ СТАЛОЇ ВІДПОВІДІ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”, м. Дніпро

Актуальність. Стратегія прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції потребує відповідного кадрового забезпечення. Це стосується не тільки науково обґрунтованого менеджменту щодо медичного персоналу: використання якісних кадрових даних, раціонального розподілу обов'язків та матеріального стимулювання, а, значною мірою, і підготовки майбутніх лікарів у медичних ВНЗ. За наявної епідемічної ситуації людина з ВІЛ/СНІДом може звернутися до лікаря будь-якого профілю. Водночас відбувається ширше залучення первинної ланки медичної допомоги до обслуговування ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Це означає, що всі студенти-медики повинні отримати знання та навички, необхідні для протидії цій інфекції, щоб потім зробити свій внесок у досягнення результату 90–90–90. Певні практичні питання, такі як зменшення стигми та дискримінації, дотестове консультування, використання експрес-тестів вивчаються на постдипломних тренінгах, але теоретичне підґрунтя для їх успішного засвоєння створюється базовими медико-біологічними дисциплінами.

Мета дослідження. Оцінити принципові можливості та наявний стан базової підготовки майбутніх лікарів, насамперед вивчення дисципліни “Мікробіологія, вірусологія та імунологія”, щодо отримання студентами знань та навичок, важливих для забезпечення сталої відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу.

Методи дослідження. Для виявлення можливостей базових медико-біологічних дисциплін у реалізації стратегії Fast track використано порівняльний аналіз нормативної документації з

організації боротьби з ВІЛ-інфекцією в Україні та Стандартів вищої медичної освіти, а також структурно-логічний аналіз навчальних програм. Рівень обізнаності студентів та сформованості у них відповідних навичок досліджувався методами включеного спостереження, тестування та формалізованої бесіди.

Отримані результати. Очікувані показники реалізації стратегії прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції стосуються виявлення інфікованих людей, забезпечення їх відповідною хіміотерапією та зниження в них вірусного навантаження до рівня, що не визначається. В курсі мікробіології студенти отримують знання про характерні ознаки ВІЛ-інфекції та типові супутні мікробні ураження, які дають підстави для проведення тестування. Опитування студентів показує, що вони здатні пояснити сутність двоетапного обстеження, добре розуміють механізми застосовуваних при цьому реакцій імуноферментного аналізу та імуноблотінгу, але мають деякі труднощі у розумінні чутливості та специфічності цих методів. Оскільки тестування на ВІЛ/СНІД є добровільним, студенти повинні отримати певні комунікативні навички, щоб переконати потенційно інфіковану людину пройти обстеження. Такі навички знаходяться у сфері уваги іншої базової дисципліни — психології. Щоб бути переконливим треба мати власні переконання, які випливають з засвоєних знань. За даними письмових робіт з мікробіології, студенти впевнено орієнтуються у питаннях походження ВІЛ та його поширення у світі, шляхів передачі інфекції та запобіжних заходів (в тому числі у

медичній практиці); всі без виключення здатні назвати клітини-мішені, що їх вражає вірус, проте трапляються помилки у визначенні серонегативного періоду та трактуванні інтегративної взаємодії вірусу з клітиною хазяїна.

Препарати для антиретровірусної терапії розглядаються у курсі фармакології. Неможна сказати, що їм приділяється значна увага: так у тестах ліцензійного іспиту Крок1 за останні роки таких завдань не було, тоді як “мікробіологічних” завдань щодо ВІЛ у середньому 3 кожного року. На заняттях з мікробіології є можливість вивчити принципи використання препаратів, що блокують дію вірусних ферментів на різних етапах репродукції ВІЛ, якщо використовувати сучасні навчальні засоби навчання та спиратися на міжпредметні зв’язки з біохімією, де більш детально розглядаються можливості впливу на активність ферментів.

Наймеш висвітленим у навчальних програмах медико-біологічних дисциплін виявилось питання про контроль ефективності лікування ВІЛ-інфекції. Студенти розуміють, що перебіг цього захворювання залежить від стану імунної системи та кількісних показників присутності збудника у організмі, тож термін “вірусне навантаження” сприймається адекватно. Більш складною для розуміння є відносність “рівня, що не визначається”, його залежності від застосовуваних методів діагностики. З самих молекулярно-генетичних методів діагностики, які зараз використовуються для визначення вірусного навантаження, навіть у під-

ручниках з мікробіології 2012–2015 рр. згадується лише ПЛР (у зв’язку з проведенням діагностики у серонегативний період та у дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів), а найбільш чутливі на сьогоднішній день методи транскрипційної ампліфікації та розгалужених ДНК взагалі не розглядаються. Проте обсяг годин, відведений у курсі мікробіології на тему “Генетика мікроорганізмів”, дає можливість зупинитися на цих методах генодіагностики — сфері їх застосування та підходах до інтерпретації результатів.

Потребує корекції і навчальна інформація з профілактики ВІЛ-інфекції: ознайомлення студентів з таким її аспектом, як постконтактна профілактика, особливо стосовно професійної роботи лікаря. Це може бути зроблено у рамках вивчення теми “Мікробіологічні основи хіміопротекції та хіміотерапії”.

Висновки. Підготовка медичних кадрів, здатних забезпечити сталу відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції починається вже з молодших курсів медичних ВНЗ, і особлива роль у цьому належить дисципліні “Мікробіологія, вірусологія та імунологія”. У ході вивчення цього предмету студенти не тільки отримують знання з ВІЛ-інфекції, в них формуються відповідні погляди та переконання, свідоме ставлення — особисте та професійне — до проблеми її подолання. Деяке відставання змісту навчання від наявного прогресу наукових розробок у боротьбі зі СНІДом може бути виправлене при складанні нових навчальних програм у зв’язку з переходом до підготовки “магістрів медицини”.

І. Кузін¹, В. Яцик¹, Г. Шаповал², І. Юр’єва²

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ CLINICAL ASSESSMENT FOR SYSTEM STRENGTHENING ДЛЯ ОЦІНКИ ПОТЕНЦІАЛУ ТА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

¹ ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

² Представництво Міжнародного центру підготовки та освіти з питань охорони здоров’я в Україні (I-TECH), м. Київ

Актуальність. На сьогодні, з метою досягнення процесу безперервного надання якісних послуг для людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), потрібне ефективне управління та, за можливості, проведення попередньої експертизи спроможності

закладів охорони здоров’я (ЗОЗ). Клінічна оцінка для посилення систем (Clinical Assessment for Systems Strengthening, CIASS) є методикою якісної оцінки закладу, основна мета якої — визначення успішних практик, досягнень і наявних можливос-

тей закладу, оцінка його потреб щодо посилення власного потенціалу та пошук шляхів і ресурсів для забезпечення сталого та безперервного процесу надання якісних послуг. На відміну від традиційних підходів, методика CLASS не є інструментом контролю та передбачає участь в даному процесі як експертів, які здійснюють оцінку, так і представників закладу, що оцінюється.

Методика CLASS розроблена в рамках співпраці Адміністрації з ресурсів та послуг у сфері охорони здоров'я (Health Resources and Services Administration — HRSA) з Міжнародним центром підготовки та освіти з питань охорони здоров'я департаменту глобального здоров'я університету штату Вашингтон (The International Training and Education Center for Health, Department of Global Health, University of Washington, I-TECH/UW) з метою сприяння довгостроковій стійкості та державній підтримці програм з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу.

I-TECH відіграв вирішальну роль в адаптації даної методики до українського контексту за фінансової підтримки федеральної агенції США “Центри контролю та профілактики захворювань” (CDC) та Адміністрації з ресурсів та послуг у сфері охорони здоров'я (HRSA) в рамках реалізації заходів Надзвичайного плану президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом (PEPFAR) в Україні.

Запропонований універсальний інструмент CLASS є особливо актуальним у період реформування системи охорони здоров'я, пошуку економічно ефективних рішень, підвищення вимог до сертифікації медичних закладів, а також якості медичних та соціальних послуг.

На сьогоднішній день, завдяки тісній співпраці ДЗ “Центр громадського здоров'я МОЗ України” з I-TECH, Україна стала першою країною серед партнерів I-TECH, в якій державна установа самостійно впроваджує та поширює досвід системи якісної оцінки закладів охорони здоров'я.

Мета дослідження. Підбити підсумки впровадження в Україні методики якісної оцінки закладів за методологією методика CLASS.

Методи дослідження. Інструментарій CLASS складається з модулів, що являють собою тематичні керівництва для здійснення якісної оцінки закладів шляхом проведення глибинних інтерв'ю, розгляду потрібної документації та верифікації отриманої інформації. В рамках проведення роботи з імплементації інструментарію — було розроблено та затверджено Методичні рекомендації

“Використання методики Clinical Assessment for Systems Strengthening (CIASS) для моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я України за напрямком протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу” (МР № 177.15/04.16, затверджені МОЗ України 28.01.2016 р.). До методичних рекомендацій увійшли 4 основних модулі: “Адміністративна діяльність”, “Фінансова діяльність”, “Консультування і тестування на ВІЛ (KіT)”, “Медична допомога”. Відповідно до затвердженої методології, до проведення оцінки залучаються лише спеціалісти, які пройшли відповідне навчання та мають сертифікат експерта з оцінки за методикою CLASS. На сьогодні, загальна кількість національних сертифікованих експертів CLASS в Україні складає 22 фахівця.

Отримані результати. З 2012 р. по жовтень 2016 р. були зроблені наступні кроки щодо впровадження методики CLASS в Україні:

- проведено адаптацію чотирьох модулів CLASS відповідно до українського контексту епідемії ВІЛ-інфекції та вимог нормативно-правової бази;
- завершено розробку та здійснено пілотне впровадження двох нових модулів “Лабораторія” і “Надання інтегрованих послуг ЛЖВ з ко-інфекції ТБ/ВІЛ”;
- організовано та проведено низку навчальних тренінгів щодо використання методики CLASS для представників команди експертів з оцінки;
- якісну оцінку закладів за методикою CLASS здійснено у дев'яти регіонах України — Дніпропетровська (міста Дніпро і Кривий Ріг), Запорізька, Київська, Львівська, Одеська, Черкаська, Чернівецька, Полтавська та Чернігівська області. Загальна кількість закладів, що були оцінені — 18, в тому числі 10 регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, 5 кабінетів “Довіра”, 1 протитуберкульозний диспансер, 2 неурядових організаціях;
- розроблені та затверджені наказом МОЗ України методичні рекомендації “Використання методики Clinical Assessment for Systems Strengthening (CIASS) для моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я України протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу”;
- вперше в Україні оцінку з використанням методики CLASS, за напрямком надання інтегрованих послуг ЛЖВ з ко-інфекції ТБ/ВІЛ, було проведено на базі комунального лікувально-профілактичного закладу “Чернігівський обласний протитуберкульозний диспансер”.

Висновки. Проведення оцінки за методикою CLASS є необхідним елементом для впровадження заходів в напрямку поліпшення якості медичної допомоги. Базуючись на результатах оцінки керівництво медичного закладу отримує можливість розробити та впровадити потрібні процедури для постійного поліпшення якості надання медичної

допомоги. Оскільки інформація, одержана в результаті проведення оцінки CLASS, є достатньою підставою для обґрунтування закладом потреби у посиленні свого потенціалу, отриманні технічної та іншої допомоги для забезпечення сталості розвитку й ефективності впровадження програм протидії ВІЛ/СНІДу.

О.В. Курдус¹, І.В. Кузін¹, А.А. Кошикова², Т.Є. Краснопольська²

РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ЄДИНОЇ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ТА КЛІНІЧНОГО МОНІТОРИНГУ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ

¹ ДУ “ Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

² БО “Всеукраїнська мережа ЛЖВ”, м. Київ

Актуальність. Центральні органи виконавчої влади, що забезпечують формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров’я, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, отримують інформацію про стан надання послуг у зв’язку з ВІЛ-інфекцією в Україні із значною затримкою. Додатково, у зв’язку з частою зміною вимог до звітування зі сторони донорських та партнерських організацій — все частіше виникає потреба з формування звітів із даних, які наразі містяться не лише у офіційній документації. Водночас у закладах охорони здоров’я України, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, виникає необхідність ведення всього документообігу на паперових носіях та багаторазового внесення однакових даних у різні форми первинної облікової інформації, що призводить до дублювання та знижає у цілому достовірність медичної інформації. Актуальним питанням для України стала розробка та впровадження системи єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції в Україні (далі — МІС ВІЛ).

Мета. Створення єдиного сховища даних рутинного епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом та даних медичного нагляду за ВІЛ-інфікованими особами, а також інформаційної підтримки процесів моніторингу та оцінки, планування закупівель, обліку та контролю руху медичних препаратів та виробів медичного призначення.

Методи. МІС ВІЛ побудована за модульним принципом та включає в себе такі базові модулі: “Модуль адаптації ІС до мінливих умов зовнішнього середовища”, “Адміністрування”, “Профіль ВІЛ-інфікованої особи”; “Епідеміологія”, “Клінічний моніторинг”, “Лабораторія”, “Електронна реєстрація”, “Логістика”, “Звіти”, “Кадри”. Фінансування МІС ВІЛ здійснюється за підтримки Федерального агентства Центру контролю та профілактики захворювань США (CDC) в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД — PEPFAR на виконання програм міжнародної технічної допомоги, в рамках проекту міжнародної технічної допомоги “Доступ спільнот до послуг з догляду та лікування ВІЛ через зміцнення систем охорони здоров’я — ACCESS”, що впроваджується БО “Всеукраїнська мережа ЛЖВ” Основою МІС ВІЛ є електронна медична картка пацієнта, де зберігаються всі дані про медичне спостереження. МІС ВІЛ має централізовану архітектуру, що дозволяє оперативно розгортати систему, вносити зміни та оновлювати її, забезпечувати високий рівень захисту даних.

Отримані результати. В рамках виконання програми гранту 10 раунду Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією “Розбудова довгострокової системи надання комплексних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки серед груп найвищого ризику та ЛЖВ в Україні” впродовж 2013–2014 рр. було розроблено технічне завдання

на створення МІС ВІЛ, спрямоване на досягнення таких цілей:

- оперативне надання лікарю актуальної інформації про стан здоров'я ВІЛ-інфікованого;
- підвищення достовірності медичної інформації при автоматизації введення і перевірок даних ВІЛ-інфікованого;
- оперативне заповнення документів за затвердженими формами і наборам параметрів, заданих користувачем;
- усунення дублювання надання медичних послуг;
- забезпечення послідовності надання медичної допомоги на різних рівнях;
- моніторинг використання торгово-матеріальних цінностей.

Відповідно до наказу МОЗ України від 27.11.2015 р. № 799 “Про проведення дослідної експлуатації Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції”, було запроваджено дослідну експлуатацію МІС ВІЛ у Вінницькій, Одеській областях та м. Києві.

Наказом МОЗ України від 12.07.2016 р. № 691 “Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 листопада 2015 року № 799” до пілотних регіонів було включено ще 9 нових регіонів — Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська, Київська, Миколаївська, Пол-

тавська, Херсонська, Черкаська та Чернігівська області.

Протягом квітня-жовтня 2016 р. МІС ВІЛ пройшла дослідну експлуатацію у м. Києві, Вінницькій та Полтавській областях. У рамках дослідної експлуатації було обладнано 159 робочих місць медичних фахівців, 251 фахівець пройшов навчання щодо роботи в системі. У результаті пілотування в системі було введено дані 20 666 пацієнтів, внесено 29 309 результати лабораторних досліджень, зафіксовано 3 634 випадки видачі антиретровірусної терапії пацієнтам. МІС ВІЛ дозволяє автоматично формувати необхідну звітність відповідно до чинного законодавства. Наразі в системі реалізовано низку друкованих форм, що забезпечує можливість уникнути дублювання внесення даних в електронному та паперовому вигляді.

Висновки. Процес впровадження МІС ВІЛ є важливою компонентою функціонування Єдиної інформаційної системи охорони здоров'я України у рамках Концепції інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013–2018 роки та дозволить у майбутньому працювати без паперових носіїв, зекономити час для їх заповнення фахівцями, автоматизувати та систематизувати оперативне та достовірне інформаційне забезпечення процесів прийняття рішень щодо впровадження заходів з лікування ВІЛ-інфекції, як в масштабі країни, так і на рівні окремого випадку.

О.А. Кушнєрова, Л.Р. Шостакович-Корецька, О.О. Волікова, К.Ю. Литвин

ЗМІНИ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ПОКАЗНИКІВ ВІРУСНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ВІЛ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА–БАРР

ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”, м. Дніпро

Актуальність. Вірус Епштейна–Барр є убіквітарним людським патогеном, вражаючи епітеліальні клітини слизових оболонок дихальних шляхів, травного тракту, статевих органів, а також клітини імунної системи, у тому числі В-лімфоцити, у яких відбувається реплікація вірусних частинок. Останнім часом відзначається напружена ситуація з Епштейн–Барр вірусною інфекцією (ЕБВ або EBV), як найбільш поширеною з герпес-вірусних в світі і в Україні зокрема.

Епідеміологічні та експериментальні дані припускають взаємообтяжуючу етіопатогенетичну роль вірусів ВЕБ і ВІЛ у розвитку важких дисемінованих форм новоутворень у лімфовузлах, а також ураження слизової оболонки рота волосатою лейкоплакією.

Мета дослідження: простежити зміни імунного статусу та показників вірусного навантаження хворих на ВІЛ-інфекцію з ко-інфекцією вірусом Епштейна–Барр.

Таблиця. Показники вірусного навантаження ВІЛ-інфікованих хворих з супутнім інфікуванням ВЕБ на різних стадіях захворювання, Ме (25–75%)

Вірусне навантаження	Основна група (n=54)	Стадія ВІЛ-інфекції			pH
		I-II (n=8)	III (n=35)	IV (n=11)	
ВІЛ, коп./мл	54954 (15610–177451)	12248 (1764–46733)	54954* (41960–228077)	114412* (32944–171686)	0,041
log ₁₀ ВІЛ, коп./мл	4,74 (4,19–5,25)	4,09 (3,25–4,67)	4,74* (4,62–5,36)	5,03* (4,52–5,23)	
ВЕБ, коп./мл	427,5 (125–1335)	196 (149–362,5)	471 (124–1564)	502 (18–1503)	0,404
log ₁₀ ВЕБ, коп./мл	2,63 (2,10–3,13)	2,29 (2,17–2,55)	2,67 (2,09–3,19)	2,70 (1,26–3,18)	

Примітка. * — $p < 0,05$ в порівнянні з I-II стадією ВІЛ; pH — за критерієм Крускала–Уолліса.

Методи дослідження. При визначенні імунного статусу хворих на ВІЛ інфекцію з ко-інфекцією ВЕБ вивчались наступні показники: CD4⁺ лімфоцити в абсолютних та відсоткових показниках, CD45⁺ та CD3⁺ лімфоцити в абсолютних показниках, коефіцієнт (співвідношення) CD3⁺/CD45⁺ в абсолютних та відсоткових показниках. Показники вірусного навантаження визначалися проведенням молекулярно-генетичного дослідження. Для статистичного аналізу даних використовували пакет програм Statistica v.6.1® [Реброва]. Статистично значимим вважалось значення $p < 0,05$.

Отримані результати. Аналіз імунологічних показників показав тенденції до зниження середньої кількості CD3-лімфоцитів у крові хворих основної групи порівняно з контрольною групою ($1208,9 \pm 118,6$ кл/мкл проти $1400,4 \pm 54,8$ кл/мкл; $p > 0,05$) та їх значну варіабельність у хворих з ВІЛ-інфекцією (коефіцієнти варіації становили 70,7% проти 21,1%; $p < 0,001$ за критерієм Фішера).

Найбільш виражені зміни відзначено у субпопуляції лімфоцитарної ланки імунітету. Середня кількість CD4 Т-лімфоцитів у крові хворих з ВІЛ була нижче норми в 4,3 рази — $210,7 \pm 22,2$ кл/мкл проти $900,2 \pm 36,5$ кл/мкл ($p < 0,001$). Відносний рівень цих клітин в крові хворих основної групи був знижений втричі — $14,1 \pm 1,1\%$ проти $42,1 \pm 0,73\%$ ($p < 0,001$). Прогресування ВІЛ-інфекції призводило до суттєвого зменшення вмісту Т-хелперних клітин — з $24,0 \pm 2,9\%$ на I-II стадії до $9,2 \pm 0,9\%$ на IV стадії хвороби ($p < 0,001$). Відповідні коефіцієнти кореляції дорівнюють $r = -0,32$; $p < 0,05$ для абсолютної кількості CD4 Т-лімфоцитів і $r = -0,48$;

$p < 0,001$ для відносного рівня цих клітин у крові.

Результати аналізу показників вірусного навантаження ВІЛ у хворих основної групи засвідчили прогресивне збільшення кількості копій в мл крові на пізніх стадіях захворювання (табл. 1). Коефіцієнт кореляції показника зі стадією становить $r = 0,28$; $p < 0,05$.

Висновки.

1. Наведені дані виявили тенденцію до зниження середньої кількості CD3-лімфоцитів у крові ВІЛ інфікованих хворих з ко-інфекцією ВЕБ порівняно з ВІЛ-інфікованими хворими без супутнього інфікування ВЕБ та їх значну варіабельність у хворих з ВІЛ-інфекцією. Найбільш виражені зміни відзначено у субпопуляції лімфоцитарної ланки імунітету.

2. Також було визначено, що відносний рівень CD4 Т-лімфоцитів в крові ВІЛ інфікованих хворих з ко-інфекцією ВЕБ був знижений втричі. Прогресування ВІЛ-інфекції призводило до суттєвого зменшення вмісту Т-хелперних клітин на IV стадії хвороби.

3. Аналіз показників вірусного навантаження ВІЛ у ВІЛ інфікованих хворих з ко-інфекцією ВЕБ засвідчив прогресивне збільшення кількості копій в мл крові на пізніх стадіях захворювання (табл. 1). Коефіцієнт кореляції показника зі стадією становить $r = 0,28$; $p < 0,05$.

4. У ВІЛ інфікованих хворих з ко-інфекцією ВЕБ та прогресією ВІЛ-інфекції відбувалася поступова елімінація Т-хелперної ланки клітинного імунітету з периферичної крові і зменшенням кількості імунокомпетентних клітин в IV стадії.

А.Б. Латыпов, И.Л. Демченко, Н.А. Булыга, Л.И. Гольцас, А.В. Звинчук

МОТИВАТОРЫ И СТИМУЛЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В УКРАИНЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛИЧЕСТВЕННОГО И КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЙ В 7 РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

*Проект USAID “Реформа ВИЧ-услуг в действии”, г. Киев
Аналитический центр “Социоконсалтинг”, г. Киев*

Актуальность. Достижение стратегических целей 90–90–90, которые Украина приняла для себя как одно из международных обязательств по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД, не возможно без укрепления кадрового потенциала, занятого в ВИЧ-сервисе, внедрения оптимальных схем перераспределения обязанностей между медработниками различных типов учреждений здравоохранения (УЗ).

Для разработки таких схем и дальнейшего их пилотирования в 2016 г. было проведено формативное исследование. Данная интервенция инициирована проектом USAID “Реформа ВИЧ-услуг в действии”, а ее реализация предполагается в партнерстве с региональными управлениями здравоохранения на базе отдельных лечебных учреждений.

Цель исследования. Исследование нацелено на получение необходимых данных о стимулах, мотивации, других условиях, при которых возможно перераспределение обязанностей, препятствиях для планируемой интервенции и возможных путях их преодоления, т.е. сбора и анализа верифицированной информации для принятия корректных управленческих решений.

Методы исследования. Была применена комплексная методология, объединяющая использование количественных (600 полуструктурированных интервью с медработниками) и качественных социологических методов (26 глубинных интервью с руководителями учреждений здравоохранения, 13 фокус-групп с медработниками). Внимание исследователей было сфокусировано на учреждениях, в той или иной степени задействованных в предоставлении ВИЧ-услуг в условиях амбулаторного приема. Выборка реализована в центрах СПИДа, кабинетах доверия, противотуберкулезных, наркологических, кожно-венерологических диспансерах, центрах, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь.

Сбор данных проходил в регионах с наиболее высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции, а именно: Днепропетровская, Полтавская, Одесская, Николаевская, Херсонская и Черкасская области, а также г. Киев. Именно в этих регионах планируется апробация схем по перераспределению обязанностей в ВИЧ-сервисе.

Полученные результаты. Медработники в целом удовлетворены условиями своей работы. Исключение составляет оплата труда, которой медработники преимущественно не удовлетворены (46%). Только 20% респондентов дали положительные ответы. Средняя оценка составила 2,6 балла по 5-балльной шкале.

Высокий уровень неудовлетворенности оплатой труда вызван не только низкими тарифными ставками, скромными надбавками, но и увеличением трудовой нагрузки: 71% опрошенных указали, что за последние годы количество пациентов, приходящих к ним на амбулаторный прием, увеличилось. Это в большей степени касается КД и центров СПИДа, а также центров ПМСП и тубдиспансеров.

Большинство медработников высказывают заинтересованность в увеличении оплаты труда и готовы для этого: 1) осваивать предоставление новых для себя услуг, в т.ч. ВИЧ-сервис (67%); 2) брать дополнительные функциональные обязанности (55%); 3) осваивать смежные специальности (65%). Готовность к выполнению хотя бы одного из указанных выше условий подтвердили 78% опрошенных, в т.ч. 80% врачей и 77% медсестер.

Вместе с тем большинство респондентов (71%) не готовы к прямому увеличению рабочего времени на прежних условиях его оплаты. Медработники в большей степени ориентированы на изменения качества работы, ее большую интенсивность — и за счет этого повышения стоимости их рабочей силы.

ВИЧ-услуги, которые стали предметом данного исследования, уже оказываются во всех исследуемых типах учреждений и врачами, и средним медицинским персоналом. Уровень толерантности медработников, которые сейчас не предоставляют те или иные ВИЧ-услуги, к отдельным их видам достаточно высокий. Подавляющее большинство опрошенных готовы расширить спектр своих консультационных услуг. Значительно большая настороженность наблюдается по отношению к перспективам ведения пациентов на АРТ и в особенности — на ЗПТ. Ключевое условие предоставления новых для медработников ВИЧ-услуг — наличие действенного материального стимула в виде прямого увеличения размера должностного оклада.

В результате применения метода логистической регрессии наибольшие шансы того, что медработник согласится дополнительно проводить КиТ, имеет персонал, отвечающий таким характеристикам:

- специалист, занимающий врачебную должность;
- медработник, который:

- готов осваивать предоставление новых медицинских услуг;
- низко оценивает материальное положение своего домохозяйства;
- считает, что больше половины пациентов нуждаются в КиТ.

- медработник, у которого увеличилось количество пациентов, принятых в течении последних нескольких лет.

Выводы. На основе результатов формативного исследования были разработаны схемы перераспределения ВИЧ-сервиса. В качестве наиболее перспективных и реальных моделей предложено перераспределение таких услуг:

- консультирование и тестирование на ВИЧ: от врачей среднего медицинского персоналу, социальным работникам, психологам кабинетов доверия и центров первичной медико-санитарной помощи;
- ведение стабильных пациентов на АРТ: от врачей центров СПИДа врачам кабинетов доверия, центров ПМСП, других учреждений;
- выдача АРВП: делегирование обязанностей по выдаче АРВ-препаратов аптечной сети.

О.М. Леоненко-Бродецька, Н.А. Мацегора

ІНТЕГРОВАНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ДИСПАНСЕРУ

КУ “Міський протитуберкульозний диспансер”, м. Одеса

Одеський національний медичний університет, кафедра фтизіопульмонології, м. Одеса

Актуальність. Поширення туберкульозу на території України, в тому числі поєднаної патології з ВІЛ-інфекцією (далі — ВІЛ) та наркозалежністю призводить до стійкої втрати працездатності, підвищення рівня інвалідності і смертності, що становить загрозу національній безпеці країни та потребує постійного збільшення видатків з державного бюджету. Аналіз соціальної структури нових випадків туберкульозу у 2015 р. демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли на туберкульоз (далі — ТБ) 3% становлять хворі, які є споживачами ін'єкційних наркотиків.

Зважаючи на те, що на підставі комплексної оцінки рівнів захворюваності, смертності, летальності, інвалідності від туберкульозу та поширеності мультирезистентного туберкульозу (далі — МРТБ)

та поєднання ТБ/ВІЛ одним із регіонів, де зареєстровано найвищий індекс епідеміологічного тягаря ТБ є м.Одеса та Одеська область цілком зрозуміло, що досягнути своєчасного виявлення туберкульозу серед уразливих груп населення, зменшення строків діагностики та збільшення ефективності лікування у цієї категорії хворих можливо лише при залученні осіб з подвійною (ТБ/наркоманія) та потрібною (ТБ/ВІЛ/наркоманія) патологією до обліку та спостереженню у спеціалізованих закладах вторинного рівня надання медичної допомоги з туберкульозу.

Мета. Метою дослідження є оцінка впливу надання медичної допомоги за принципом інтегрованих послуг для пацієнтів з подвійним/потрібним діагнозом на базі протитуберкульозних закладів.

Матеріали та методи. В дослідження було включено пацієнтів замісної підтримувальної терапії зі встановленим діагнозом туберкульоз, які проходять лікування на базі протитуберкульозного диспансеру.

Результати. Статистична обробка та аналіз прихильності хворих до лікування туберкульозу серед загальної популяції населення, осіб з уразливих груп та осіб, що отримують замісну підтримувальну терапію (далі — ЗПТ) свідчить про те, що ЗПТ можна використовувати як інструмент для підвищення прихильності лікування туберкульозу, а згодом і підвищення відсотку ефективного лікування та завершення лікування. Розробка таких видів надання медичної допомоги клієнтам ЗПТ, як стаціонар на дому з клінічних або епідеміологічних показань, приєднання до протитуберкульозної терапії антиретровірусної (далі — АРТ) при збереженні методології диспансерної роботи з хворими на туберкульоз дозволила запобігти передчасної летальності та смертності

від Ко-інфекції /ТБ/ВІЛ, а також запобігти передачі ТБ та МРТБ серед клієнтів сайту ЗПТ.

Введення в практику самостійного прийому препаратів замісної терапії, отриманої на 10 діб стабільними клієнтами ЗПТ, сприяло їх інтеграції в суспільство та дало змогу покращити свій соціальний статус, працевлаштуватися, залучатися до волонтерської роботи.

Впровадження рецептурної форми отримання ЗПТ з придбанням препаратів в аптеці за кошти пацієнтів звільнило місця для клієнтів, що є тимчасово переміщеними особами та перебувають в скрутних фінансових обставинах і можуть отримувати препарати лише за рахунок Глобального фонду.

Висновок. Надання інтегрованої допомоги — протитуберкульозна терапія, АРТ, ЗПТ дозволило досягти покращення індикаторів з лікування туберкульозу, охоплення АРТ та сталості ЗПТ серед значної кількості хворих, що отримують лікування у протитуберкульозному закладі.

А. Лепілова¹, Л. Масюк¹, А. Алєксєєва¹, І. Нгуєн^{1,2}

КО-ІНФЕКЦІЯ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ: ДИНАМІКА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ

¹ ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

² ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ

Актуальність. Ситуацію з туберкульозу у світі експерти пов’язують зі стрімким зростанням масштабів пандемії ВІЛ-інфекції. В країнах, де значна частина населення ВІЛ-інфікована, у 30–50% хворих на ВІЛ-інфекцію є ризик захворювання на туберкульоз. Фахівці наголошують, що поширеність ВІЛ приведе до подальшого збільшення рівня захворюваності резистентними формами туберкульозу. Внаслідок атипового та злоякісного перебігу випадки ко-інфекції ВІЛ/ТБ (ВІЛ/туберкульоз) встановлюють несвоєчасно, що призводить до летальних наслідків. Вилікування від туберкульозу досягають у 30% випадків, у значної кількості відбувається рецидив захворювання, решта пацієнтів помирає протягом 1–3 років від прогресування захворювання та приєднання опортуністичних інфекцій.

В Україні також епідемія ВІЛ-інфекції значно погіршує епідситуацію щодо туберкульозу. Понад

30% ВІЛ-інфікованих хворіють на туберкульоз і близько 40% із них помирає від цієї недуги. ВІЛ-інфекція є потужним чинником, який сприяє розвитку активної форми туберкульозу в носіїв латентної інфекції та підвищує ймовірність розвитку рецидивного туберкульозу. Останнім часом проблема поглибилася ВІЛ-асоційованим туберкульозом: серед хворих на туберкульоз багато ВІЛ-інфікованих і навпаки. Причинами негативного прогнозу при поєднанні ТБ і ВІЛ-інфекції є туберкульозна інтоксикація (генералізоване мікобактеріальне ураження), легенево-серцева декомпенсація. Таким чином, наявність ВІЛ-інфекції призводить до розвитку туберкульозу, а туберкульоз безпосередньо та опосередковано має прямий вплив на рівень смертності серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Саме тому, за рекомендацією ВООЗ, необхідно у повному обсязі (на 100%) забезпечити показник охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію

серед зареєстрованих випадків туберкульозу та обстеження на туберкульоз усіх хворих на ВІЛ-інфекцію. Організація і проведення спільних заходів по боротьбі з туберкульозом / ВІЛ-інфекцією та ведення поєднаних патологій є одним з провідних компонентів Стратегії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я "Покласти край туберкульозу" для Європейського регіону.

Мета. Дослідити динаміку показників ураженості ко-інфекцією ТБ/ВІЛ населення України.

Метод дослідження. Проведено ретроспективний аналіз даних звітних форм № 33, 20, 8, 4-2, 4, 2 (ВІЛ/СНІД), паспортних анкет регіонів за 2015 рік.

Отримані результати. За 2000–2015 роки спостерігається зростання рівня захворюваності на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ із середньорічним темпом зростання на 20,5% (за 15 років), або 9,4% за період 2007–2015 роки. Суттєве зростання кількості випадків поєднаної ко-інфекції ВІЛ/ТБ (нові випадки та рецидиви (2015 р. — 5572, 2014 р. — 5210) свідчить про посилення тягаря епідемії ВІЛ-інфекції в країні.

При аналізі епідеміологічної ситуації по ТБ/ВІЛ за 2013–2015 роки встановлено, що на протязі останніх трьох років відмічено зниження рівня захворюваності на ТБ/ВІЛ, яке обумовлено зниженням його серед всіх груп населення. Захворюваність чоловіків перевищує рівень захворюваності жінок в середньому на 30%, захворюваність мешканців міст — перевищує рівень захворюваності мешканців сіл в середньому на 45%. Найвищі показники захворюваності на ТБ/ВІЛ на 100 тис. населення (нові випадки + рецидиви) зафіксовані у 2015 році у Одеській (43,8), Дніпропетровській (29,1), Миколаївській (23,0) областях, найнижчі — у Закарпатській (2,0), Тернопільській (2,6), Івано-Франківській (4,1) областях. Спостерігається постійне зростання частки ТБ/ВІЛ серед нових випадків та рецидивів ТБ. Найвища частка хворих на ТБ/ВІЛ серед нових випадків + рецидивів ТБ у 2015 році у Одеській області, вона становить 35,4%, найнижча в Закарпатській області — 3%.

При аналізі розвитку захворювань на ТБ/ВІЛ встановлено, що в 49,4% випадків спочатку реєструвалися захворювання на ВІЛ-інфекцію, а вже на її фоні додавалась захворювання на ТБ; у 36,9% випадків захворювання на ТБ та ВІЛ-інфекцію виникли одночасно, у 13,7% випадків спочатку реєструвалось захворювання на ТБ, а на його фоні в подальшому реєструвалось захворювання на ВІЛ-інфекцію.

В середньому по Україні частка МРТБ (мультирезистентного туберкульозу) серед нових випадків ТБ/ВІЛ складає 33,2%. Найвищий відсоток МРТБ серед нових випадків ТБ/ВІЛ в Тернопільській області — 42,9%, найнижчий — у Рівненській області — 13,7%.

Рівень смертності від ТБ/ВІЛ починаючи з 2006 року має тенденцію до зростання із середньорічним темпом 3,9%. Найвищий рівень смертності від туберкульозу відмічений у Херсонській області, де рівень смертності від ТБ в 1,79 рази перевищує середній рівень смертності в Україні і становить 18,6, найнижчий рівень смертності зареєстрований в м. Київ — 5,8 на 100 тис. населення, що пов'язано з якістю і доступністю медичної допомоги хворих на туберкульоз. У Одеській області рівень смертності від ТБ/ВІЛ перевищує рівень смертності від ТБ (смертність від ТБ/ВІЛ в Одеській області 12,6, а смертність від ТБ 11,4). На протязі останніх трьох років рівень намітилась тенденція до зниження рівня смертності від ТБ/ВІЛ, яка обумовлена зниженням смертності як серед чоловіків так і серед жінок. За останні три роки частка хворих на ВІЛ-інфекцію, які помирають від ТБ та ТБ/ВІЛ наближаються до 40%.

Висновки. Епідеміологічна ситуація із захворюваністю на ко-інфекцію (ТБ/ВІЛ) залишається незадовільною, спостерігається тенденція до зростання рівня захворюваності та смертності від ТБ/ВІЛ. Найвищий рівень захворюваності як на ТБ так і на ТБ/ВІЛ та ВІЛ спостерігається у Одеській та Дніпропетровській області. Рівні захворюваності на ці інфекції залежать одне від одного.

О.Є. Логінова

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО НАДАННЯ ПОСЛУГ ЛЖВ НА ПРИКЛАДІ ІНТЕГРАЦІЇ ПРОГРАМ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗВИТКУ ЕКОНОМІЧНОЇ САМОСТІЙНОСТІ

Дніпропетровське відділення ВБО “Всеукраїнська мережа ЛЖВ”, м. Дніпро

Актуальність. Глобальні проблеми, які стоять перед людством, а ВІЛ є однією з них, є неоднорідними та багаторівневими. Тому, їхнє вирішення потребує впливу на всі рівні проблеми. Сума є завжди кращою за її складові. ВІЛ — дуже багаторівнева проблема (медична, соціальна, поведінкова). На щорічній глобальній конференції з ВІЛ/СНІДу в 2016 р. (Дурбан, ПАР) наголошувалось, що було б помилкою пріоритизувати біомедичні інтервенції над соціальними, спрямованими на досягнення довготривалих змін у громадах.

Дніпропетровське відділення Мережі з березня 2015 по вересень 2016 в рамках співпраці з проектом USAID RESPOND впроваджувало інтегровану інтервенцію, направлену на формування прихильності у ВІЛ-позитивних жінок шляхом покращення рівня їхньої економічної самостійності.

Мета. Метою інтегрованої інтервенції є покращення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (шляхом підвищення рівня прихильності до лікування) у ВІЛ-позитивних жінок з дітьми від 0 до 6 років шляхом інтеграції медично та економічно спрямованих програм.

Методи. Медичний компонент інтегрованої інтервенції забезпечує поведінкове втручання “Школа пацієнта”, ціль якого — формування прихильності ЛЖВ до АРТ та регулярної диспансеризації.

Ціль “Майстерні можливостей” — посилення економічної спроможності жінок-ЛЖВ, сприяння навичкам задоволення базових потреб, особистісного розвитку, накопичення ресурсів, здійснення тривалого впливу на життя шляхом підсилення здатності протистояти складним життєвим обставинам і таким чином, покращення якості життя.

До *цільової групи* належать ВІЛ-позитивні жінки від 18 років, які є клієнтками “Школи пацієнта” та яким притаманні всі наступні характеристики: мають дітей віком до 6 років; не працюють або мають тимчасову, сезонну роботу; перебувають у складних життєвих обставинах. До “Школи пацієнта” потрапляють ЛЖВ, які готуються до АРТ

(або відновлюють АРТ) та ЛЖВ, які порушують режим прийому АРТ.

Інтервенція гендерно чутлива, направлена на жінок. Фінансова залежність жінок від партнерів та батьків обмежує їх доступ до послуг профілактики та підтримки, знижує рівень прихильності до лікування. ВІЛ-позитивні жінки мають більш високий ризик гендерної нерівності у питаннях сімейних стосунків та професійного розвитку.

Включення у програму відбувалося за направленням лікаря СНІД-центру.

Інтервенція “Школа пацієнта” триває 6 місяців та складається з 2 фаз: інтенсивна фаза — 5 індивідуальних сесій по 45–60 хв. Теми сесій: “Що таке ВІЛ/СНІД, розуміння та прийняття хвороби”, “АРВ-терапія та прихильність”, “Турбота про власне здоров'я”, “Позитивна профілактика та репродуктивне здоров'я”, “Активна диспансеризація”; підтримуюча фаза — контроль прихильності шляхом телефонних дзвінків 2 рази на місяць та завершальна сесія. На вході та виході проводиться оцінка прихильності до АРТ.

На етапі 3 сесії “Школи пацієнта” жінки потрапляють до “Майстерні можливостей”, яка триває 6 місяців та дає змогу відпрацювати та закріпити навички, потрібні для позитивних життєвих стратегій. Складається з 12 структурованих групових занять та кейс-менеджменту. Теми: “Мої життєві цілі”, “Мої найближчі кроки”, “Моє спілкування”, “Мій бюджет”, “Моя система підтримки”, “Моє здоров'я”, “Моя поведінка у конфлікті”, “Мої стосунки з дитиною”, “Мої додаткові ресурси”, “Мої навички працевлаштування”, “Мої права”, “Мої досягнення та плани”.

Соціальний супровід включає до себе мотиваційну роботу, консультування, допомогу у вирішенні нагальних проблем жінок, представництво інтересів, сприяння працевлаштуванню або набуттю нових трудових навичок.

На вході та виході проводиться оцінка активів (ресурсів) клієнтки: особистих, соціальних, фінансових, природних, фізичних. Формується

система підтримки, підтримуються позитивні поведінкові зміни.

Після проходження інтервенції жінки мали можливість за рахунок фонду підтримки жінок пройти навчання на професійних курсах або придбати обладнання для започаткування власної справи.

Отримані результати. 111 осіб отримали повний пакет послуг в рамках “Школи пацієнта”, з них 50 жінок отримали повний пакет послуг в рамках “Майстерні можливостей”. У 96% клієнтів — позитивна динаміка прихильності до АРТ; у багатьох — покращення інших сторін життя (вирішення власних проблем, лікування супутніх хворіб, збільшення рівня задоволеності від життя); зменшився рівень стигми, клієнти отримали “коло підтримки”; покращився емоційний та психологічний стан; 38 жінок розпочали власну справу або працевлаштувалися; зменшилась залежність від послуг ВІЛ-сервісних НУО.

Висновки. Інтервенція завдяки медичному компоненту довела свою ефективність у форму-

ванні прихильності до лікування. Завдяки компоненту економічної самостійності жінки визначили напрямок особистісного розвитку та отримали навички розв’язання власних проблем; покращилися внутрішньо сімейні стосунки, самооцінка, усвідомлення своїх потреб; відновились соціальні функції; покращилась стресостійкість, зросла фінансова грамотність.

Структура та доступність викладення дозволяють працювати з будь-якою категорією клієнтів. Універсальна методика дозволяє жінкам формувати власні цілі та працює для жінок з різним рівнем освіти, соціального статусу, а також і в подальшому використовувати її для самостійного аналізу та просування в напрямку змін.

Елементи “Школи пацієнта” використовуються працівниками організації у подальшій роботі в напрямку формування прихильності до АРТ. Інтервенція “Майстерня можливостей” продовжується у проекті дитячого фонду ООН UNICEF.

Я.В. Лопатіна, Ю.В. Квасневська, С.В. Федоров, Г.М. Тяпкін

ЕФЕКТИВНІ МОДЕЛІ ПОВЕРНЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДО МЕДИЧНОГО НАГЛЯДУ

Представництво Фондації АНТИСНІД США в Україні (АНФ Ukraine), м. Київ

Актуальність. Слідування України кращим світовим практикам лікування ВІЛ-інфекції, значний обсяг донорської допомоги на закупівлю препаратів антиретровірусної терапії, зміни до національних стандартів, що рекомендують призначення АРТ всім людям, що живуть в ВІЛ незалежно від кількості CD4-лімфоцитів призвело до значного розширення масштабів антиретровірусної терапії (АРТ). Проте, є зростаюче занепокоєння з приводу утримання пацієнтів в системі охорони здоров’я та АРТ.

Що може бути зроблено у реальному секторі охорони здоров’я для покращення утримання пацієнтів з ВІЛ під медичним наглядом та підвищення охоплення АРТ?

В Україні АНФ працює з 2010 року та підтримує лікування ВІЛ в 32 державних та комунальних закладах охорони здоров’я — центрах СНІДу та кабінетах “Довіра”. Сервіси, що підтримує АНФ для пацієнтів: прискорена діагностика ВІЛ-інфекції,

діагностика туберкульозу, діагностика, лікування та профілактика опортуністичних захворювань, надання всебічної інформації щодо процесу лікування ВІЛ. Важливим напрямом роботи АНФ є фокус на пацієнтах, що не відвідують ЗОЗ. Робота з такими пацієнтами є обов’язком соціальних працівників, які є співробітниками сайтів АРТ. Всього АНФ оплачує послуги 41 соціального працівника. У відповідальність соціального працівника входить запрошення пацієнта на прийом до лікаря, запис на зручний час, організація реалізації максимального пакету медичних послуг за один візит, нагадування про повторні візити.

Мета дослідження. Вивчити можливість впливу на важкодоступну групу пацієнтів, що з багатьох причин не відвідують ЗОЗ або відмовляються від запропонованої АРТ.

Матеріали та методи. з 2013 по 2015 роки в дослідження було включено 15 016 пацієнтів, що знаходились під медичним наглядом на 23 сай-

тах АРТ (кабінетах “Довіра” або центрах СНІДу). Регулярність візитів відстежувалась за даними, що містились в “Карті диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованим пацієнтом ф.30”. Інформація про пацієнтів, що пропустили візит через 180 (для тих, хто приймав АРТ) або 360 днів (для тих, хто не приймав АРТ) передавалась соціальним працівникам, що співпрацювали з закладом охорони здоров’я за підтримки АНФ. Для повернення пацієнтів під медичний нагляд соціальними працівниками застосовувались наступні втручання: нагадування про візит по телефону або або особисте запрошення, організація візитів у зручний для пацієнта час за принципом “максимум обстежень та консультацій за один день”, консультування з приводу переваг медичного спостереження та початку АРТ. Пацієнти, що померли, не увійшли у даний аналіз.

Отримані результати. Всього припинило відвідувати сайти АРТ 588 пацієнтів. Основні причини, по яким пацієнти припиняли відвідувати лікувальний заклад були наступними: вживання наркотичних речовин та алкоголю — 35 (6%), сумніви щодо ефективності лікування — 106 (18%), відмова пацієнта від медичного спостереження — 195 (34%), зміна місця проживання — 35 (6%),

відсутність коштів на транспорт — 104 (17%), зв’язок з пацієнтом втрачено — 113 (19%). За два роки роботи вдалося повернути до медичного нагляду та призначити (поновити) АРТ 195 (33%) пацієнтам з 588.

Висновки. Кожна установа, що надає АРТ повинна створити просту, уніфіковану систему моніторингу для відстеження числа пацієнтів, що здійснюють візити до закладу охорони здоров’я, а також визначати з певною частотою ключові стандартизовані результати — пацієнти, що продовжують здійснювати візити, ті хто помер, ті, хто, як відомо, пропустили візит, ті, хто був переведений в іншу установу, а також ті, хто був втрачений для подальшого спостереження. Пацієнти, які втрачені з під нагляду можуть бути ідентифіковані шляхом регулярного контролю паперових карт або використання електронних систем обліку пацієнтів. Важливо розглянути питання інтеграції та раціоналізації медичних послуг таким чином, щоб пацієнти не витрачали багато часу на візит до сайту АРТ та зайві гроші на транспорт. Встановлення істинних причин втрати пацієнтів з під медичного нагляду є одним з найважливіших заходів адміністрування програми АРТ.

М.Г. Люльчук^{1,2}, О.Л. Мищенко², Т.В. Гриценко², А.М. Щербінська^{1,2}

ОЦІНКА ІНДИКАТОРІВ РАНЬОГО ПОПЕРЕДЖЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ВІЛ В ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ, ЩО НАДАЮТЬ АНТИРЕТРОВІРУСНУ ТЕРАПІЮ

¹ ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ

² ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

Актуальність. На кінець 2015 року в усьому світі 17 мільйонів осіб отримували АРТ. Згідно стратегії “90–90–90”, до 2020 року ще 15 мільйонів пацієнтів повинні розпочати прийом АРВ-препаратів. Розширення масштабів АРТ, з одного боку дозволить знизити рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД, з іншого боку може призвести до збільшення частоти формування та циркуляції серед населення резистентних штамів ВІЛ. Перерви у лікуванні, яке має бути позитивним, та/або недотримання пацієнтами режиму антиретровірусної терапії, сприяють розвитку медикаментозної

резистентності ВІЛ (далі — МР ВІЛ) до антиретровірусних препаратів. Процес розвитку МР ВІЛ до АРВ-препаратів залежить від багатьох факторів, в тому числі від рівня надання послуг з АРТ в окремих медичних закладах. З метою виявлення та усунення тих факторів, які можуть сприяти формуванню МР ВІЛ, ВООЗ рекомендує здійснювати моніторинг Індикаторів Раннього Попередження медикаментозної резистентності (далі — РПІ).

Мета дослідження. Оцінити діяльність програми АРТ на рівні окремих закладів охорони

Таблиця 1. Результати збору індикаторів раннього попередження резистентності ВІЛ в 2016 році в Україні

Індикатор раннього попередження (часові рамки)	Цілі РПІ для всіх дільниць	Кількість ЗОЗ, що досягли цільових показників для дорослих пацієнтів (% дільниць, що досягли цілі)	Кількість ЗОЗ, що досягли цільових показників для дітей (% дільниць, що досягли цілі)
РПІ 1. Своєчасне отримання АРВ-препаратів (з 1 січня 2014)	Зелений: >90% Бурштиновий: 80–90% Червоний: <80% не зібрано	5/22 (22,7%) 7/22 (31,8%) 10/22 (45,5%) 0 (0,0)	8/22 (36,4%) 2/22 (9,1%) 7/22 (31,8%) 5/22 (22,7%)
РПІ 2. Утримання пацієнта під наглядом (1 січня – 31 грудня 2014)	Зелений: >85% Бурштиновий: 75–85% Червоний: <75% не зібрано	8/22 (36,4%) 11/22 (50,0%) 3/22 (13,6%) 0 (0,0)	
РПІ 3. Безперервність поставок антиретровірусних препаратів (1 січня – 31 грудня 2015)	Зелений: 100% Червоний: 0% не зібрано	20/22 (90,9%) 2/22 (9,1%) 0 (0,0)	21/22 (95,5%) 1/22 (4,5%) 0 (0,0)
РПІ 4. Практика призначення моно- або бітерапії (з 1 січня 2014)	Зелений: 0% Червоний: >0% не зібрано	22/22 (100%) 0 (0,0) 0 (0,0)	17/22 (77,3%) 0 (0,0) 5/22 (22,7%)
РПІ 5. Вірусологічна супресія (з 1 січня 2014)	Зелений: >85% Жовтий: 70–85% Червоний: <70% Не зібрано	0 (0,0) 1/22 (4,5%) 21/22 (95,5%)	7/22 (31,8%) 4/22 (18,2%) 6/22 (27,3%) 5/22 (22,7%)

здоров'я (ЗОЗ) з точки зору їх організаційної здатності щодо попередження розвитку МР ВІЛ у пацієнтів, які знаходяться на АРТ.

Методи дослідження. В 2016 році було проведено аналіз поперечного зрізу ретроспективно зібраних даних з 22 регіональних центрів СНІДу (21 обласного та Київського міського). Всі заклади надавали послуги з АРТ як дорослим пацієнтам, так і ВІЛ-інфікованим дітям. В рамках дослідження проведено збір 5 РПІ, рекомендованих ВООЗ. Кожний з РПІ має цільовий показник, якого необхідно досягти.

Отримані результати. Загальні результати аналізу РПІ наведені у таблиці 1.

Висновки.

1. Моніторинг РПІ є важливим елементом національної стратегії моніторингу резистентності ВІЛ в Україні, оскільки дозволяє виявити недоліки існуючих програм АРТ як на рівні окремих закладів, так і на національному рівні.

2. Збір РПІ має здійснюватися щорічно в закладах охорони здоров'я, які надають АРТ в країні. Інформацію для збору РПІ можна отримати з обліково-звітних форм, які на сьогодні використовуються в ЗОЗ.

3. Необхідним є забезпечення належної якості збору інформації для моніторингу РПІ та отримання надійних даних шляхом додаткового навчання фахівців та проведення моніторингових візитів до закладів, які здійснюють збір РПІ.

4. Важливим кроком в напрямку реалізації стратегії 90–90–90 є відсутність в Україні моно- та бітерапії як серед ВІЛ-інфікованих дорослих пацієнтів, так і серед дітей.

5. Серед недоліків, які негативно впливають на ефективність реалізації стратегії 90–90–90, можна назвати низьку продуктивність більшості закладів охорони здоров'я України щодо утримання пацієнтів на АРТ через 12 місяців терапії та несвочасного отримання пацієнтами АРВ-препаратів.

Країна повинна приділяти пріоритетну увагу налагодженню безперебійності поставок антиретровірусних препаратів та моніторингу вірусологічної ефективності антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів шляхом покращення існуючих практик закупівлі лікарських засобів для лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів та реагентів для проведення досліджень з визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ.

О.І. Макаренко¹, Ю.М. Валецький², Н.М. Орлецька¹

ПРО РЕАЛІЗАЦІЮ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ “УТВОРЕННЯ ОБ’ЄДНАНОГО ВІДДІЛУ З МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ ПРОГРАМНИХ ЗАХОДІВ З ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ/ТУБЕРКУЛЬОЗ” У ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

¹ КЗ “Волинський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Луцьк

² Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об’єднання, м. Луцьк

Актуальність. Поєднана патологія ВІЛ-інфекція/туберкульоз реєструється в області з 1996 р. У перші роки реєстрації ВІЛ-інфекції (1996–2000) частка осіб з поєднаною патологією становила 9% від числа осіб, взятих під медичний нагляд протягом року, з подальшим зростанням цього показника: 2012 р. — 16,6%, 2013 р. — 13,1, 2014 р. — 12,9%, 2015 р. — 10,1%.

Впровадження системи моніторингу та оцінки (далі — МІО) заходів протидії захворюванню на поєднану патологію ВІЛ-інфекція/туберкульоз (далі — ВІЛ/ТБ), є одним з вагомих факторів, що дозволяє оцінити стан двох епідемій та фактори впливу на їх розвиток, забезпечити поточне та стратегічне планування адекватної відповіді на епідемії, з боку владних структур та закладів охорони здоров’я, провести перспективні розрахунки фінансування з місцевого бюджету з врахуванням можливих зовнішніх (державних та недержавних) надходжень, забезпечити прийняття відповідних управлінських рішень з метою впливу на епідемічну ситуацію в регіоні та її покращення.

Мета дослідження. Вивчити доцільність створення об’єднаного відділу МІО ВІЛ/ТБ шляхом організаційно-методичного об’єднання відділів МІО комунального закладу “Волинський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом” (далі — КЗ “ВОЦПБ СНІД”) та Волинського обласного територіального медичного протитуберкульозного об’єднання (далі — ВОТМПО).

Методи дослідження. Описовий, аналітичний.

Отримані результати. У рамках програми Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією “Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції за організаційної підтримки Державної установи “Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України” з вересня 2015 р. в області впроваджена діяльність з організації, розбудови та забезпечення ефек-

тивного функціонування регіональної системи моніторингу і оцінки заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції/туберкульозу.

Першим організаційним кроком у розбудові цієї системи було видання наказу управління охорони здоров’я облдержадміністрації “Про утворення об’єднаного відділу з моніторингу та оцінки програмних заходів з протидії захворюванню ВІЛ/ТБ у Волинській області”.

Подальшими організаційними кроками стали:

- зміни до положень про відділи МІО, що діють у складі КЗ “ВОЦПБ СНІД” та ВОТМПО,
- затвердження положення про об’єднаний відділ МІО ВІЛ/ТБ;
- внесення змін до посадових інструкцій штатних працівників об’єднаного відділу МІО ВІЛ/ТБ,
- впровадження Плану розвитку системи МІО ВІЛ/ТБ на 2016р.;
- впровадження інструментів звітності епідемічного моніторингу захворюваності на ВІЛ/ТБ та їх апробація;
- внесення змін до складу регіональної групи МІО (РГ МІО) при обласній Координаційній раді (ОКР) з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії;
- затвердження регіональних показників МІО ВІЛ/ТБ за 2015 рік на засіданні РГ МІО.

Крім того, систематично здійснюються наступні практичні заходи:

- проводиться верифікація та аналіз даних за компонентом ВІЛ/ТБ;
- надається організаційно-методична та консультативна допомога фахівцям закладів охорони здоров’я (далі — ЗОЗ) районного рівня з питань ВІЛ/ТБ;
- здійснюються МІО якості заповнення та подання звітної документації шляхом проведення моніторингових візитів до ЗОЗ районного рівня;

- проводяться семінари/наради, тренінги для медичних фахівців ЗОЗ з питань ВІЛ/ТБ;
- проводяться регулярні зустрічі-наради фахівців КЗ “ВОЦПБ СНІД” та ВОТМПО з метою обговорення та вирішення актуальних питань з ВІЛ/ТБ, звірки статистичних даних захворюваності, розгляду клінічних випадків та аналізу смертності від ВІЛ/ТБ;
- висвітлюються результати діяльності об’єднаного відділу МІО ВІЛ/ТБ в інформаційних засобах, розміщуються на сайті управління охорони здоров’я облдержадміністрації, в інформаційних бюлетенях.

Підсумком вдосконаленої співпраці КЗ “ВОЦПБ СНІД” та ВОТМПО стало покращення діяльності у сфері ведення випадків ВІЛ/ТБ, призначення лікування протитуберкульозними препаратами та препаратами антиретровірусної терапії, формування статистичної звітності, аналізу клінічних випадків та смертності.

Висновки.

1. Розвиток об’єднаної системи МІО ВІЛ/ТБ в області забезпечило ефективну взаємодію закладів охорони здоров’я з питань протидії епідемії

з ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та поєднаної патології ВІЛ/ТБ.

2. Розробка регіональних показників МІО ВІЛ/ТБ надає об’єктивну інформацію щодо епідемічного процесу та ефективності здійснюваних заходів.

3. Подальший розвиток системи МІО ВІЛ/ТБ в області надасть можливість:

- об’єктивної оцінки розвитку епідемічної ситуації щодо ВІЛ/ТБ та можливість адекватної відповіді;
- забезпечить коректність встановлення конкретних цілей на регіональному рівні,
- вдосконалення організаційних питань управління та координації,
- можливість гнучкого вибору втручань та видів діяльності, що відповідають тенденціям розвитку епідемічної ситуації з ВІЛ/ТБ,
- визначення реальних фінансових потреб,
- формування підстав для прийняття управлінських рішень щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та поєднаної патології ВІЛ/ТБ.

О.В. Максименко, О.М. Кислих, І.В. Гришасва, О.М. Кравець

РОЗБУДОВА ПОТЕНЦІАЛУ РЕГІОНАЛЬНИХ ЛАБОРАТОРІЙ ЗАДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ

МБФ “Фонд Вільяма Дж. Клінтона”, м. Київ

Актуальність. Правильне та вчасне визначення ВІЛ-статусу особи є підґрунтям для наближення до глобальних цілей ЮНЕЙДС “90–90–90” (Fast Track). В Україні протягом останніх років швидкі тести для виявлення антитіл до ВІЛ (ШТ) впевнено зайняли своє місце в алгоритмі встановлення ВІЛ-статусу пацієнта. Так, за даними ДУ “Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України”, за 6 міс. 2016 р. було здійснено 163 311 обстежень за допомогою ШТ. Зважаючи на великі обсяги тестування, безумовно важливим є забезпечення якості таких досліджень. Не менш важливим є питання оцінки рівня знань та навичок

роботи фахівців ЗОЗ, які використовують ШТ у повсякденній практиці на регіональному рівні.

Важливу роль в цьому процесі мають відігравати лабораторії обласних та міських центрів профілактики та боротьби зі СНІД (лабораторії), втілюючи на практиці покладену на них функцію методичних центрів у сфері тестування на ВІЛ. Дане дослідження присвячене вивченню та практичному випробуванню методів оцінки знань та навичок роботи з використанням ШТ на рівні регіонів.

Мета дослідження: навчити лабораторії методам проведення дослідження знань та навичок роботи з використанням ШТ, включно із методами

підготовки контрольного матеріалу; проаналізувати та узагальнити результати досліджень з оцінки знань та навичок роботи з використанням ШТ, що були організовані та проведені регіональними Центрами профілактики та боротьби зі СНІД.

Методи дослідження. Було проведено навчання регіональних фахівців основним засадам оцінки знань та навичок роботи з використанням контрольного матеріалу (КМ) для зовнішньої оцінки якості досліджень з виявлення антитіл до ВІЛ, організації дослідження в регіонах та оцінки їх результатів. Відповідно до протоколу дослідження, кожний учасник отримав пакет з КМ, всіма необхідними матеріалами для проведення дослідження, детальною інструкцією щодо підготовки КМ та звітними формами. Дослідження проводили з використанням двох тестів. Після за-

кінчення всіх етапів дослідження на регіональному рівні, отримані результати були проаналізовані та надані рекомендації щодо уникнення помилок в подальшій роботі.

Отримані результати представлені у таблицях.

Висновки. За результатами трьох раундів програми, відсоток правильних відповідей коливався від 100% до 39,7%, що може свідчити про певні недоліки із забезпеченням якості роботи з ШТ. За результатами програми, регіональні лабораторії можуть успішно залучати колег з інших ЗОЗ, оперативно надавати учасникам програм інформацію щодо уникнення помилок в подальшій роботі, технічну підтримку з навчання та супервізії (приклад Закарпаття, Черкаси). Інформація щодо систем забезпечення якості, контролю якості інших складових повинні включатися в програми

Таблиця 1. Раунд 1, (2015)

Область	Відправлено пакетів	Отримано	% отриманих пакетів	Вірні відповіді	% вірних відповідей	Невірні відповіді	% невірних відповідей
Дніпропетровська	58	58	100,00	53	91,38	5	8,62
м. Кривий Ріг	28	22	78,57	20	90,91	2	9,09
Закарпатська	77	77	100,00	59	76,62	13	16,88
Черкаська	66	65	98,48	52	80,00	13	20,00
Всього	229	222	96,94	184	82,88	33	14,86

Таблиця 2. Раунд 2 (2015)

Область	Відправлено пакетів	Отримано	% отриманих пакетів	Вірні відповіді	% вірних відповідей	Невірні відповіді	% невірних відповідей
Дніпропетровська	163	162	100,00	151	92,64	11	6,75
м. Кривий Ріг	46	46	100,00	46	100,00	0	0,00
Закарпатська	63	63	100,00	25	39,68	24	38,10
Черкаська	27	27	100,00	24	88,89	3	11,11
Всього	299	298	100,00	246	82,27	38	12,71

Таблиця 3. Раунд 3 (2016)

Область	Відправлено пакетів	Отримано	% отриманих пакетів	Вірні відповіді	% вірних відповідей	Невірні відповіді	% невірних відповідей
Житомирська	98	98	100,00	84	85,71	14	14,29
Донецька	67	67	100,00	61	91,04	6	8,96
Запорізька	53	53	100,00	52	98,11	0	0,00
Херсонська	50	49	98,00	33	67,35	16	32,65
Миколаївська	50	50	100,00	47	94,00	3	6,00
Всього	318	317	99,69	277	87,38	39	12,30

навчання та підвищення кваліфікації фахівців. Програми оцінки знань та навичок тестування з ШТ на ВІЛ повинні регулярно проводитися в усіх

регіонах. Програми оцінки знань та навичок тестування повинні охоплювати всі види тестування РОС в Україні.

В.А. Марциновська^{1,2}, І.В. Кузін^{1,2}, Н.М. Нізова¹

ПОСИЛЕННЯ СИСТЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІД В УКРАЇНІ

¹ ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

² ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ

Актуальність. В Україні розроблена та впроваджена розвинута система епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом (ЕН), яка базується на даних офіційної статистики та результатах епідеміологічних досліджень, враховує медичні та немедичні фактори, що сприяють поширенню ВІЛ. З 1987 р. — моменту реєстрації перших випадків інфікування ВІЛ, в країні здійснюється рутинний епідеміологічний нагляд, з 1997 р. — дозорний епідеміологічний нагляд серед уразливих груп населення та спеціальні епідеміологічні дослідження, з 1999 р. — розраховуються оціночні дані кількості людей, які живуть з ВІЛ, з 2005 р. — вивчаються фактори впливу на розвиток епідемічного процесу, пов’язані з впровадженням широкомасштабної антиретровірусної терапії, система ЕН дозволяє в цілому провести інтегральну оцінку ефективності профілактичних та лікувальних програм протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Проте, за оцінкою експертів Європейської Комісії та ECDC, що була проведена у жовтні 2015 р., система ЕН за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні має недоліки та не завжди відповідає міжнародним стандартам у сфері епіднагляду та контролю за інфекційними захворюваннями.

Мета дослідження. визначити прогалини поточної системи ЕН ВІЛ/СНІДом в Україні з метою її посилення та інтеграції у європейську систему ЕН за інфекційними хворобами.

Методи дослідження: Описовий, аналітичний.

Отримані результати. Ключові концепції, що лежать в основі системи епіднагляду за інфекційними хворобами в Україні, відрізняються від таких концепцій в ЄС, у тому числі й ЕН за ВІЛ-інфекцією/СНІДом. З метою посилення і інституалізації системи спостереження за випадками інфікування ВІЛ

система епіднагляду за ВІЛ-інфекцією в Україні потребує перегляду та змін у чинному законодавстві України. Так, згідно зі ст. 1 Розділу I Закону України “Про захист населення від інфекційних хвороб” (нова редакція Закону ухвалена ВР України № 5460-VI від 16.10.2012 р.) епідемія — це масове поширення інфекційної хвороби серед населення відповідної території за короткий проміжок часу. Незважаючи, що в усіх нормативно-правових документах України зазначається “епідемія ВІЛ-інфекції”, на рівні держави не існує документу, який регламентує критерії, кількісні та якісні характеристики епідемії ВІЛ-інфекції, механізм її оголошення в Україні.

Актуальним для України є питання визначення терміну “випадок ВІЛ-інфекції для епідеміологічного нагляду” та реєстрації випадку захворювання на ВІЛ-інфекцію на момент підтвердження позитивного результату тестування відповідно до міжнародних рекомендацій, з метою приведення до єдиного міжнародного формату обліку випадків ВІЛ-інфекції та подання звітів до мережі Європейського Союзу. Випадок ВІЛ-інфекції для епідеміологічного нагляду рекомендовано розглядати як особа з вперше в житті отриманим позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ-інфекцію до моменту взяття її під медичний нагляд.

Спрямування поточної політики тестування на ВІЛ в Україні не є ідеальним, воно призводить до втрати можливостей, а також, може призводити до пізнього виявлення, з яким країна стикнулася при реєстрації нових випадків. Необхідно переглянути підходи до тестування на ВІЛ-інфекцію з метою залучення до обстеження осіб, які мають найбільшим ризик інфікування ВІЛ, та на більш ранніх стадіях ВІЛ-інфекції. Перш за все потребує

створення єдиної національної стратегії тестування на ВІЛ-інфекцію з урахуванням епідемічної ситуації та потреб у обстеженні на ВІЛ різного контингенту населення. Перспективним є перегляд алгоритму тестування на ВІЛ, наприклад, з використанням двох швидких тестів на ВІЛ в out-reach програмах для обстеження груп ризику для скорочення часу очікування результату обстеження; впровадження досконалої комплексної системи зовнішньої та внутрішньої оцінки якості досліджень, контролю якості тест-систем та безпеки донорства.

У якості суттєвого недоліку системи ЕН за ВІЛ-інфекцією/СНІДом є відсутність електронного реєстру ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що обмежує проведення аналізу даних та подання інформації до бази даних TESSy (ECDC).

Актуальним для посилення системи ЕН за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні залишається підвищення дослідницького потенціалу на національному та регіональному рівнях шляхом проведення досліджень на засадах доказової медицини та оцінки ефективності заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції; застосовування інноваційних ме-

тодів оцінки епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції з використанням сучасних лабораторних методів діагностики щодо визначення недавнього інфікування ВІЛ, інноваційних методів аналізу (картографічні платформи, метод триангуляції, тощо), прогнозування епідемічного процесу.

Висновки. Система ЕН за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні залишається основним інструментом для отримання характеристики епідемічного процесу щодо ВІЛ-інфекції/СНІД та оптимізації державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції. У контексті громадського здоров'я система ЕН за ВІЛ-інфекцією/СНІДом надає комплексну інформацію, орієнтовану на діяльність, а ключові функції поточної системи можна використати як модель для розробки більш інтегрованих систем для інших інфекційних захворювань. Програми, спрямовані на встановлення контролю за ВІЛ-інфекцією, хронічними гепатитами В і С, ІПСШ, ВІЛ і ТБ, необхідно інтегрувати, що дасть можливість зменшити зайве витрачання й так обмежених ресурсів, особливо за умови, що вони меншою мірою розглядатимуться як паралельні програми.

Л.В. Маслова¹, С.В. Маховик², Г.М. Дараган³

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ БОРОТЬБИ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ В СУЧАСНИХ УМОВАХ У ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

¹ КЗ “Донецький обласний центр з профілактики та боротьби із СНІДом”, м. Слов'янськ

² ДУ “Слов'янська районна філія державної установи Донецький обласний лабораторний центр МОЗ України”, м. Слов'янськ

³ ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України” м. Дніпро

Актуальність: За даними Європейського Бюро ВООЗ Україна посідає перше місце в регіоні за рівнем захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Протягом всіх років епідемічного розповсюдження ВІЛ-інфекції в Україні до початку бойових дій на своїй території у 2014р. Донецька область, входила в трійку областей України (поряд з Одеською та Дніпропетровською) з найвищими рівнями реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції. На теперішній час перед охороною здоров'я стоїть основне завдання по оновленню зруйнованої в наслідок окупації певної частки адміністративних територій області цілісної системи надання ВІЛ-послуг населенню Донецької області.

Мета дослідження: Проаналізувати епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІД в умовах проведення антитерористичної операції на Сході країни.

Методи дослідження: В роботі використано епідеміологічний метод дослідження, проаналізовано статистичні звіти, інформаційні бюлетені, офіційні директивні документи, що регламентують заходи щодо ВІЛ/СНІДу.

Отримані результати: Потужна система охорони здоров'я Донецької області разом з Луганською областю, зазнала значного перерозподілу з причини проведення бойових дій на своїй території. Станом на 01.01.2016 р. до підконтрольних Україні належать 13 адміністративних територій (72,2%

від загальної кількості територій області), на яких мешкає 1 965 510 осіб (46% від загальної кількості населення області). Серйозною проблемою щодо здійснення ефективних заходів з боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІД виявився той факт, що обласний центр СНІД залишився на не підпорядкованій Уряду країни території області з усім оснащенням та обладнанням. Незважаючи на наявність розпорядчих документів про перереєстрацію юридичної адреси центру на територію підпорядковану Уряду України наприкінці 2014 року, фактично свою роботу у необхідному обсязі центр розпочав оновлювати з 2016 року. Зрозуміло, що окрім технічних проблемних питань — створення комп'ютерної бази хворих на ВІЛ-інфекцію, набор персоналу та створення умов для його роботи, оснащення обладнанням, в т.ч. лабораторним, тощо, важливим компонентом у роботі центру є налагодження достовірного обліку захворюваності та здійснення адекватного епідеміологічного аналізу і нагляду за розповсюдженістю ВІЛ-інфекції/СНІД, впровадження профілактичних заходів та поступове залучення до здійснення сучасних заходів щодо подолання епідемії, а саме стратегії ЮНЕЙДС “90–90–90”. Якщо провести аналогію з сусідньою Дніпропетровською областю, то можна відзначити, що починаючи з 2014 року спостерігалися однакові тенденції до зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію у Донецькій області на 16,7%, у Дніпропетровській — на 7,7%, які збереглися у 2015 році. Разом з тим, за офіційними даними ДЗ “Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України” у Донецькій області темп приросту склав — 66,1%, у Дніпропетровській області — 9,0%. Така значна різниця в показниках пояснюється не тільки зменшенням абсолютної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції у Донецькій області з вказаних вище причин, а також і некоректним обчисленням інтенсивного показника захворюваності, що рахується на все населення Донецької області (з урахуванням підконтрольних та не підконтрольних Уряду України територій). Таким чином може скластися враження про уявне благополуччя з ВІЛ-інфекції в Донецькій області. Разом з тим, екстенсивні показники, зокрема поширеність ВІЛ серед первинних донорів крові, у 2015 році в області була найвищою в країні і склала 0,28% (Україна — 0,13%). Це стосується і

вагітних серед яких рівень позитивних результатів при первинному тестуванні на ВІЛ склав 0,77%, що у 2,3 рази перевищило показник по Україні (0,33%). Для порівняння дані показники склали у Дніпропетровській області 0,21% та 0,66% відповідно.

Незважаючи на збільшення в країні показника охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних осіб у 303 служби СНІДу з 54,5% до 68,4% у 2015 році третина ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних досліджень, не звертається до медичних закладів для взяття на облік у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. У Донецькій і Дніпропетровській областях, що мають сьогодні різні умови для здійснення даної роботи, поряд з деякими іншими областями зареєстровані найнижчі рівні охоплення ВІЛ — позитивних осіб медичним наглядом — 62,8% і 67,7% відповідно. Існують також проблеми у лабораторній службі обласного центру СНІД, що розташований зараз у м. Слов'янську. Лабораторія центру знаходиться на базі міської клінічної лікарні і її дообладнання сучасною апаратурою для здійснення необхідних досліджень для ВІЛ-інфікованих осіб розпочато тільки у 2016 році. Все це є серйозною перешкодою для охоплення ВІЛ-інфікованих осіб АРТ та їх лабораторного обстеження задля забезпечення виконання мети стратегії “90–90–90”.

Актуальним для області є питання включення її до Рейтингової оцінки інтенсивності епідемічного процесу з ВІЛ-інфекції, що проводиться щорічно ДЗ “Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України”. Це дасть змогу реально оцінити епідемічну ситуацію, що склалася в області та розробити і впровадити основні шляхи її покращення.

Висновки. В наслідок бойових дій на Сході України система надання ВІЛ-послуг в Донецькій області зазнала суттєвих порушень. Це негативно вплинуло, в першу чергу, на організаційну ланку служби СНІД, а також комплексність заходів по виявленню, достовірному обліку та лікуванню ВІЛ-інфікованих осіб.

На сучасному етапі статистичні дані захворюваності на ВІЛ-інфекцію не в повній мірі відображають фактичну ситуацію щодо перебігу епідемічного процесу в області та потребують подальшого ретельного аналізу.

І.А. Матковський, Г.О. Мохній, Т.О. Мельник, Ю.А. Бойко

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ НА АРТ ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ

ІЗ “Вінницький обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Вінниця

Актуальність. Розвиток побічних реакцій впливає на прихильність пацієнтів до антиретровірусної терапії і призводить до переривання у лікуванні, та в свою чергу викликає розвиток резистентності до антиретровірусних препаратів. Побічні реакції суттєво знижують якість життя пацієнтів, навіть незважаючи на вірусологічну, імунологічну, клінічну ефективність лікування.

Мета дослідження. Провести аналіз виникнення побічних реакцій на антиретровірусні препарати з групи нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази, а саме зидовудин (AZT) та тенофовір (TDF), та визначити чи існує зв'язок між побічними реакціями та тривалістю прийому препаратів.

Методи дослідження. Було проведено ретроспективний аналіз амбулаторних карт в кількості 1164, Звіти про випадки побічних реакцій при медичному застосуванні лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах (Форма № 69) та Карти-повідомлення про побічні реакції при застосуванні лікарських засобів (Форма № 137/о) за 2006–2015 роки.

Отримані результати.

1. Найчастіше анемія на фоні прийому зидовудину виникала протягом першого року використання препарату, але за даними наукових досліджень, це найчастіше трапляється не раніше 6 тижнів від початку лікування. Тому, необхідним є моніторинг загального аналізу крові через два тижні після призначення, та, особливо ретельно, протягом першого року прийому.

2. Не дивлячись на те, що звичною думкою є те, що ліпоатрофія при прийомі AZT є віддаленою в часі побічною реакцією, за даними нашого Центру, найбільша кількість ліпоатрофій реєструється через два роки від початку лікування, а далі кількість випадків залишається майже на одному рівні.

3. В порівняльній групі жінки-чоловіки по частоті виникнення ліпоатрофій, кількість випадків у чоловіків в три рази перевищувала групу жінок, що може пояснюватися наступним. Причиною виникнення ліпоатрофій, ймовірно, є уражен-

ня мітохондрій печінки, тобто ліпоатрофія може бути опосередкованим проявом гепатотоксичності, чоловіки в більшій мірі є споживачами алкоголю та наркотичних речовин, їх токсичний вплив на печінку та побічна дія препаратів сумується.

4. Прояви нефротоксичності під час прийому тенофовіру не залежать від тривалості лікування, можуть виникати як через два тижні після початку терапії, так і через рік.

5. Токсичний вплив тенофовіру залежить від тривалості прийому. За даними наукової літератури остеопороз у жінок розвивається найчастіше в постменопаузальний період, тобто у віці після 50. При аналізі наших показників, виявлено, що під час прийому тенофовіру найбільша кількість випадків остеопорозу реєструється у віковій групі 40–50 років, тобто до очікуваних показників. Питання, чому саме ця вікова група найбільш уразлива, залишається відкритим. Відповідь може бути наступною. ВІЛ-інфекція сама по собі впливає на метаболізм кісткової тканини. Деякі компоненти вірусу можуть впливати на активність культивованих остеобластів і остеокластів, таким чином, модифікуючи метаболізм кісткової тканини. Крім того, навіть за відсутності у ВІЛ-1 прямого цитопатичного ефекту, його глікопротеїни р55-gag і gp120 можуть призводити до зниження інтенсивності включення кальцію в кісткову тканину і зниження активності лужної фосфатази, а також до індукції остеобластів. Підвищення рівня багатьох цитокінів (IFN- γ , ФНП- α , ІЛ-1, -3 і -4) при ВІЛ-інфекції також підвищує продукцію М-КСФ. ІЛ-1, ФНП- α і ФНП- β є прямими стимуляторами остеокластогенеза, а ФНП- α індукує апоптоз остеобластів. Слід зазначити, що високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ) не чинить протективної відповіді в цьому відношенні, а навпаки, несприятливо впливає на кістковий метаболізм.

Висновки.

1. Найбільш поширеними побічними реакціями, що пов'язані із прийомом AZT є ранні — анемія впродовж 1-го року лікування та віддалені в часі — ліпоатрофія, в середньому виникала

через 2 роки і більше після початку ВААРТ. Чоловіки більш уразливі до розвитку ліпоатрофії ніж жінки.

2. Побічні реакції з боку TDF — це нефротоксичність та зменшення мінеральної щільності кісток. Кількість випадків остеопорозу зростає із збільшенням тривалості прийому тенофовір-

вмісних схем. Спостерігається тенденція до виникнення явищ остеопенії та остеопорозу у більш молодому віці. Тому важливим аспектом призначення ВААРТ є індивідуальний підбір схем з урахуванням спектру токсичності антиретровірусних препаратів, наявних коморбідних станів та імовірних факторів ризику виникнення побічних реакцій.

І.А. Матковський, Л.Д. Корінчук

СНІД З ПРОЯВАМИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ (ТУБЕРКУЛОМА МОЗОЧКА)

КЗ “Вінницький обласний клінічний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Вінниця

Актуальність. Туберкулома головного мозку — одна з форм туберкульозу центральної нервової системи, пов'язана з гематогенною дисемінацією мікобактерій туберкульозу з первинного туберкульозного вогнища. Хворі позалегеновим туберкульозом своєчасно виявляються тільки в 25–30% випадків і тому часто не отримують адекватної кваліфікованої допомоги.

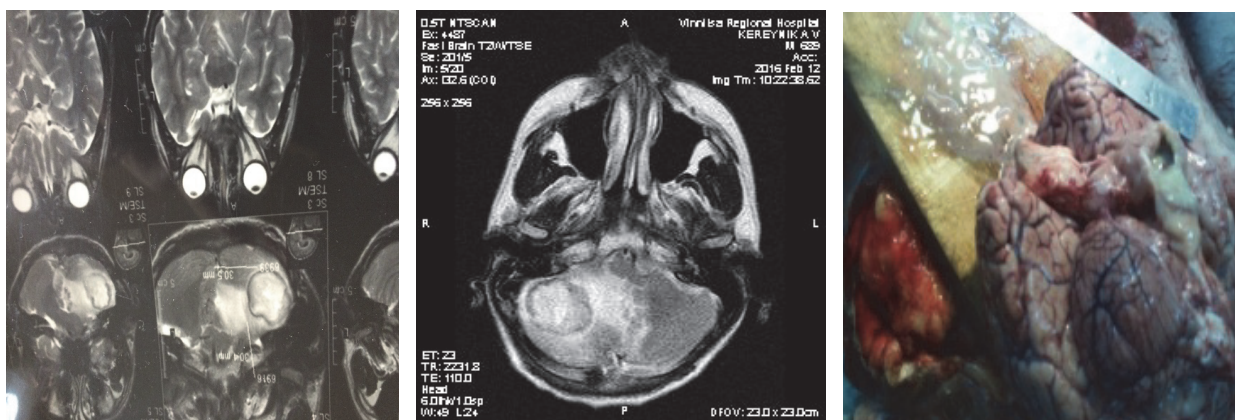
Мета дослідження: поліпшення ранньої діагностики та лікування туберкулом головного мозку у хворих на ВІЛ — інфекцію.

Методи дослідження: Спостереження за пацієнтом проводилось на базі Вінницького обласного центру СНІДу. Використано широкий спектр лабораторних, інструментальних, патогістологічного дослідження, а також консультації вузьких спеціалістів, які дали змогу підтвердити діагноз.

Отримані результати: Хворий А. 1980 р.н. з 2005 року знаходився під медичним наглядом у КЗ “Вінницький клінічний обласний центр профілактики та боротьби СНІДу” (далі — обласний центр СНІДу). 27.08.09 хворому розпочато антиретровірусну терапію (далі АРТ) за схемою AZT/3TC/EFV. 15.09.2011 хворий самостійно припинив прийом АРТ. 03.09.2013 хворий консультований інфекціоністом в умовах протитуберкульозного диспансеру, де перебував на лікуванні з діагнозом: ВДТБ (22.08.2013) в/ч правої легені (вогн.), плеври справа Дестр-МБТ-М-К0резист0гіст0кат2ког3 (2013). 03.09.2013 хворому відновили АРТ за схемою TDF/FTC/EFV. Після завершення лікування туберкульозу хворий самостійно зупинив прийом АРТ.

31.03.2015 звернувся за медичною допомогою до інфекціоніста обласного центру СНІДу зі

скаргами на схуднення, зниження апетиту, кашель. При огляду: Шийні та пахвинні лімфатичні вузли збільшені (5–6 см), спаяні між собою та оточуючими тканинами, чутливі. Хворий з підозрою на рецидив туберкульозу лімфатичних вузлів направлений на консультацію до фтизіатра. 03.04.2015 проведено біопсію аксілярних лімфатичних вузлів. За результатами патогістологічного дослідження лімфатичного вузла № 18661-4 — гранульоми туберкульозного типу з казеозним некрозом. Встановлено діагноз: РТБ (20.04.2015) периферичних лімфатичних вузлів (генералізована казеозно — гнійна форма) Дестр+МБТ-М-К0резист0гіст+(№18661-4)кат2ког2(15р.) 15.05.2015 хворому відновлено АРТ за тією ж схемою, але зі слів пацієнта, він вирішив розпочати АРТ після закінчення лікування туберкульозу. У зв'язку з погіршенням стану, 29.12.2015 госпіталізований у стаціонарне відділення обласного центру СНІДу зі скаргами головний біль, хиткість при ходьбі, порушення координації рухів. Оглянутий неврологом, неврологічний статус: Менінгеальні знаки відсутні. Свідомість ясна. Зі сторони ЧМН — без особливостей, ністагм при погляді в сторони. Паралічів не виявлено, сила в кінцівках D>S, знижена D до ступеня легкого парезу. Сухожилкові та періостальні рефлексивні звичайної живості, D>S, патологічні стопні знаки позитивні справа, позитивні симптоми орального автоматизму. Хода атактична. В позі Ромберга — різко виражена атаксія з тенденцією до падіння вправо. Мова дещо дизартрична. Висновок: Вторинний підгострий енцефаліт не уточненого генезу (вірусного, токсоплазменного, туберкульозного,



грибкового)? Хворому проведені гематологічні та біохімічні дослідження (в межах норми). Gene Хpert від 06.01.2016: МБТ не виявлено. Динаміка СД4: 2008: 14,2% — 266 кл/мкл; 2015 р.: 7,3% — 107 кл/мкл; 08.02.16 р.: 9,9% — 175 кл/мкл. Динаміка вірусного навантаження: 02.06.08 р.: 35481РНКкоп/мл; 16.07.13 р.: 63112 РНК коп/мл. МРТ головного мозку від 29.12.2015 р.: в правій гемисфері мозочка відмічається гетерогенне переважно гіперінтенсивне на Т2, PD ВН розміри відповідно 30,5 і 15,2 мм з перифокальним набряком; краніо — вертебральний перехід нижній полюс мигдалика мозочка на 4 мм нижче. “Вклинення” мигдалику мозочка.

Хворому встановлено попередній діагноз: В 20.0 Клінічна стадія IV. ЗЗТБ (08.12.2015) периферичних лімфатичних вузлів. Вторинний підгострий менінгоенцефаліт невизначеного генезу (грибкового, токсоплазменного, грибкового, туберкулома)? Була призначена патогенетична та симптоматична терапія. Так як у хворого згідно результатів МРТ головного мозку не можна виключити енцефаліт токсоплазменного генезу, було проведено пробне лікування токсоплазмозу головного мозку за схемою ко — тримоксазлом 3 таблетки 3 рази на добу + азитроміцин 500 мг 2 рази на добу протягом 30 днів. Аналіз спинномозкової рідини 04.02.16 р.: білок 0,66 г/л; глюкоза 2,25 ммоль/л; окислюваність 0,16 мг/мл; цитоз 2 клітини; плівка не випала; КСБ (—). МРТ головного мозку (контроль) від 12.02.2016 р.: зберігається об’ємне, можливо, пластовидне утворення в мо-

зочку справа в діаметрі 36,5 мм з перифокальним набряком; форма мигдалини по нижньому полюсу 7,4 мм; конвексимальні субарахноїдальні простори деформовані. Стан хворого на фоні призначеного лікування залишався важким. Хворий двічі консультований фтизіатром протитуберкульозного диспансеру, заключення: даних за туберкульоз нервової системи на момент огляду немає.

26 лютого 2016 року констатовано смерть. Діагноз клінічний, заключний: В 20.0 Клінічна стадія IV. Менінгоенцефаліт змішаного генезу (токсоплазменного, грибкового, туберкулома). Набряк головного мозку.

Хворому проведено розтин, витяг з протоколу розтину: в лівій півкулі мозочка наявне утворення у вигляді порожнини, з щільними стінками, заповнене замазкоподібним жовтуватим вмістом. основи мозку напівспавші, на розрізах стінки їх не потовщені. Результати гістологічного дослідження: Мозочок — туберкулома.

Висновок. У міру прогресування ВІЛ-інфекції імунна система втрачає здатність затримувати ріст і поширеність мікобактерій, тому частіше розвиваються дисеміновані та позалегеневі форми туберкульозу.

Туберкульозний менінгоенцефаліт завжди був і залишається важким захворюванням, навіть у людей з нормальним імунним статусом. В даного пацієнта туберкулома була пізно діагностована через відсутність типових змін в клініко-лабораторно-інструментальних дослідженнях, що обумовило результат.

І.А. Матковський^{1,2}, Л.В. Мороз², Т.О. Мельник^{1,2}, О.С. Коцур²

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ СОФОСБУВІР В СХЕМАХ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С ПРЕДСТАВНИКІВ УРАЗЛИВИХ ГРУП У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

¹ КЗ “Вінницький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Вінниця

² Вінницький Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Актуальність. Поширеність хронічного гепатиту С (ХГС) у світі сягає 150–170 млн. осіб. За даними ВОЗ розповсюдженість ХГС в Європейському регіоні сягає 70–90% даної популяції. Орієнтовний рівень поширення хронічного гепатиту С в Україні сягає 3%, що становить більше 1 млн. осіб серед загалу населення. Драматичніша ситуація склалась серед представників уразливих груп, до яких відносять споживачів ін'єкційних наркотичних речовин (СІН), у тому числі клієнти замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ) та робітниць комерційного сексу (РКС). Так, до прикладу за даними епідеміологічного моніторингу проведеного фахівцями КЗ “ВОЦПБС” серед обстежених 166 клієнтів сайту ЗПТ Вінницького обласного наркологічного диспансеру було виявлено 151 позитивний результат на HCV IgG, тобто 90,9% обстежених. За даними клінічних досліджень, що вивчали застосування препаратів прямої противірусної терапії, а саме схем, що включають софосбувір складає більше 85% досягнення стійкої вірусологічної відповіді (СВВ). На теренах Вінницької області, КЗ “ВОЦПБС” було включено в програму реалізації лікування ХГС представників груп ризику, у тому числі з ко-інфекцією ВІЛ/ХГС за підтримки МБФ “Альянсу громадського здоров'я”. Однак питання ефективності препаратів прямої противірусної дії (ПППД) в пацієнтів, з наявністю ризикованої поведінки та імунodefіциту вивчене недостатньо.

Мета дослідження. вивчити ефективність схем противірусної терапії (ПВТ) із застосуванням ПППД (софосбувіру) у пацієнтів з груп ризику у тому числі ко-інфікованих у Вінницькій області.

Методи дослідження. В ході реалізації програми противірусної терапії ХГС з софосбувіром серед представників уразливих груп з 01.07.2015 р. по 01.07.2016 року до противірусної терапії із застосуванням ПППД було залучено 138 осіб. Основним критерієм оцінки ефективності ПВТ була

“стійка вірусологічна відповідь через 12 тижнів після завершення лікування” (СВВ–12). Ефективність ПППД було оцінено у 59 пацієнтів, у яких на момент оцінки СВВ минуло 12 тижнів після завершення противірусної терапії. Схеми лікування, застосовані відповідно до “Керівництва з впровадження програми лікування вірусного гепатиту С із застосуванням препарату софосбувір для представників груп ризику в Україні”, були розподілені наступним чином: 1) софосбувір 400 мг/добу + пегільований інтерферон α -2 β 1,5 мг/кг/тиждень + рибавірин 1000 — 1200 мг/добу — 12 тижнів (SOF+Peg-IFN+RBV 12 W) у 31 пацієнта з 1-м генотипом, 10 пацієнтів з 3-м генотипом та 1 пацієнта з невизначуваним генотипом — загалом у 42 особи; 2) софосбувір 400 мг/добу + рибавірин 1000 — 1200 мг/добу — 24 тижні (SOF+RBV 24 W) у 12 пацієнтів з 3-м генотипом; 3) софосбувір 400 мг/добу + рибавірин 1000 — 1200 мг/добу — 12 тижнів (SOF+RBV 12 W) у 5 пацієнтів з 2-м генотипом. Вік оцінюваних пацієнтів становив 37,9 $\pm$ 7,1 років. За статевим складом переважали чоловіки — 44 особи (74,6%), жінки — 15 осіб (25,4%). Загалом за генотипом розподіл пацієнтів був наступним: 31 (52,5%) особи з 1-м генотипом, 5 (8,5%) осіб з 2-м генотипом, 22 (37,3%) осіб з 3-м генотипом та 1 (1,7%) особа без визначеного генотипу (визначення генотипу проводилось одночасно з кількісним визначенням ПЛР HCV — 1,2 $\cdot$ 10⁵ МО/мл). За ступенем фіброзу пацієнти розподілені наступним чином: мінімальний і помірний ступінь фіброзу (F1-F2) — 32 (54,2%) пацієнти, високий (F3-F4) — 27 (45,7%) пацієнтів. Переважну більшість серед оцінюваних пацієнтів становили споживачі ін'єкційних наркотичних речовин, серед яких СІН в ремісії 6 місяців та більше — 26 осіб (44,1%), активні СІН, які перебувають в програмах зниження шкоди — 6 осіб (10,2%), пацієнти, які перебувають на ЗПТ — 7 осіб (11,9%). Інші 20 (37,8%) пацієнтів відносились до категорій:

партнери СІН, РКС, ЧСЧ. Слід зазначити, що серед усіх оцінених пацієнтів 54 (91,5%) — мали ВІЛ-позитивний статус та 5 (8,5%) — ВІЛ-негативний статус.

Отримані результати. Для досягнення поставленої мети було проведено також оцінку під час лікування цієї ж групи пацієнтів швидкої вірусологічної відповіді (ШВВ), безпосередньої вірусологічної відповіді (БВВ) як проміжних результатів отриманого лікування та СВВ-12 — основного критерію ефективності протівірусної терапії. Під час лікування ШВВ було отримано у 50 з 59 осіб (84,7%), з них за генотипами: 84,4% осіб з 1-м та не визначуваним генотипами; 80% осіб з 2-м генотипом та 86,4% осіб з 3-м генотипом. БВВ на момент завершення лікування не залежно від генотипу та інших чинників було отримано у 59 осіб — 100% оцінюваних пацієнтів. СВВ через 12 тижнів після завершення лікування було отримано у 55 (93,2%) з 59 оцінених пацієнтів. Зокрема СВВ отримано у 90,3% осіб з 1-м генотипом, 80% осіб з 2-м генотипом та 100% осіб з 3-м та не визначуваним генотипом. З чотирьох випадків недосягнення СВВ — 3 випадки були серед пацієнтів з високим ступенем фіброзу: 2 особи — F3 та 1 особа — F4.

Окремо було оцінено СВВ у ВІЛ-позитивних та ВІЛ-негативних пацієнтів. СВВ у ВІЛ-позитивних пацієнтів було досягнуто у 51 (92,7%) з 54 па-

цієнтів, натомість серед ВІЛ-негативних — у 4 (80%) з 5 пацієнтів — достовірних відмінностей не спостерігалось ($p=0,3$). Однак при порівнянні СВВ ВІЛ-позитивних та ВІЛ-негативних пацієнтів існують певні обмеження, обумовлені малим розміром підгрупи ВІЛ-негативних осіб, серед загалу оцінюваних пацієнтів.

Висновки.

1. Ефективність схем протівірусної терапії хронічного гепатиту С із застосуванням ПППД (софосбувіру) у пацієнтів з груп ризику у тому числі ко-інфікованих у Вінницькій області загалом становить 93,2%, та серед ВІЛ/ХГС ко-інфікованих пацієнтів 92,7%, що співвідноситься з результатами, отриманими для ВІЛ-негативних та ВІЛ-позитивних пацієнтів в клінічних дослідженнях.

2. Отримані результати ШВВ (84,7%) були нижчими ніж результати СВВ (93,2%) через 12 тижнів після завершення лікування, що ще раз підтверджує необхідність продовження застосування схем, що містять софосбувір, не залежно від отриманої швидкої відповіді на 4-му тижні.

3. Практика застосування ПППД у складі схем протівірусної терапії хронічного гепатиту С пацієнтів з уразливих груп поряд із залученням їх до програм зниження шкоди є ефективним та дієвим засобом, спрямованим на подолання поширення вірусного гепатиту С в середовищі СІН, ЧСЧ, РКС та їх партнерів.

І.А. Матковський, Г.О. Мохній, І.І. Дидь

ПОШИРЕНІСТЬ МАРКЕРІВ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В ТА С СЕРЕД ЛВІН ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

КЗ “Вінницький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом”

Актуальність. За наявними оцінками, в Європі з хронічним гепатитом В живуть близько 13 мільйонів осіб, а з хронічним гепатитом С — 15 мільйонів. Дві третини інфікованих проживають у Східній Європі та Центральній Азії. Перший план дій для боротьби з вірусними гепатитами у Європейському регіоні ВООЗ затвердили 53 країни, в тому числі і Україна.

Метою плану є скорочення рівня передачі вірусних гепатитів В та С. В 2015 році в Україні проведено дослідження: “Моніторинг поведінки

та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін’єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів.” За даними опублікованого звіту в середньому 5,4% усіх ЛВІН отримали позитивний на гепатит В результат швидкого тесту, у Внниці 4%. У Вінниці, частка позитивних на ВГС швидких тестів склала від 38,4% до 54,6%, в середньому по Україні — 55,9%.

Мета дослідження: Визначити рівень поширення маркерів вірусного гепатиту С та вірусного гепатиту В серед осіб, які є споживачами

ін'єкційних наркотиків та порівняти з даними, отриманими в ході дослідження серед клієнтів сайту замісної підтримувальної терапії у КЗ Вінницький обласний наркологічний диспансер “Соціотерапія”

Методи дослідження: ретроспективний епідеміологічний аналіз. Цільова група — споживачі ін'єкційних наркотичних речовин, які пройшли тестування на HBsAg та анти-HCV на базі КЗ “Вінницький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом” за кодом 102 у 2014 році. Кількість одиниць спостереження — 175 осіб. Дані було внесено до таблиці Microsoft Excel. Інформація, що внесена у файл, містить демографічні дані, та результати досліджень зразків крові на HBsAg та анти-HCV.

Отримані результати. В ході ретроспективного аналізу оцінювались результати досліджень зразків крові та демографічні показники 175 ЛВІН. Середній вік обстежених складав $34,4 \pm 6,9$ років. В статевій структурі суттєво переважали чоловіки. Так серед обстежених частка чоловіків становила 85,7% (150 із 175 обстежених ЛВІН), тоді як жінок — 14,3% (25 із 175 ЛВІН). Середній вік в підгрупі чоловіків становив $34,6 \pm 6,9$ років, жінок — $32,9 \pm 7,9$ років, достовірних відмінностей по віковій структурі не виявлено.

В ході ретроспективного аналізу виявлено, що серед 175 обстежених анти-HCV виявлено у 154 осіб (88%), тоді як у дослідженні проведеному у 2015 році серед ЛВІН, які перебувають у програмі ЗПТ, цей показник склав 90,9% (у 151 особи із 166 обстежених). В цій групі було виявлено 17 жінок з позитивним результатом. При порівнянні отриманих результатів тестування на HBsAg виявлено 14 позитивних результатів із 175 (8%), за даними дослідження 2015 року — 6 із 166 (3,6%). В цій групі була виявлена 1 жінка. Із 175 обстежених ЛВІН у 13 осіб було виявлено маркери обох вірусів, в цій групі була 1 жінка. В ході проведеного аналізу встановлено, що має місце відмінність між даними отриманими в ході дослідження проведеному у 2015 році серед ЛВІН, які перебувають у програмі ЗПТ та даними дослідження 2015 року: “Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів” (Вінниця — гепатит С — 46,7%) (рис.).

Отже можна припустити що дана ситуація може бути виявлена на рівні області та в інших регіонах України. Але загалом ситуація щодо по-

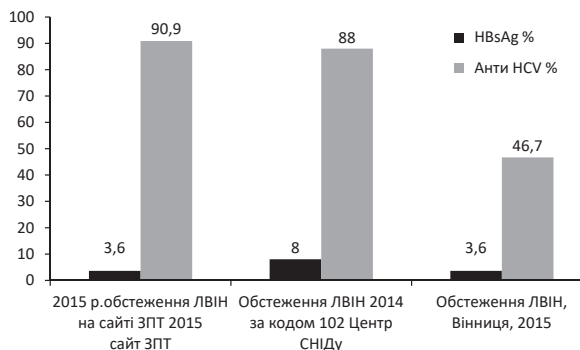


Рис. Обстеження ЛВІН на HBsAg та анти-HCV

ширення вірусних гепатитів серед ЛВІН відповідає даним ВООЗ щодо Східної Європи та Центральної Азії.

Спостерігаючи вищезазначену картину можна говорити про необхідність проведення повторних скринінгів на маркери гепатитів В та С серед ЛВІН та клієнтів ЗПТ з метою з'ясування істинної епідеміологічної ситуації поширення вірусних гепатитів. Такі показники можуть бути вкрай необхідні для розрахунків обсягів потреби лікування вірусних гепатитів серед осіб ключових груп, та в подальшому досягнення показників Першого плану дій для боротьби з вірусними гепатитами у Європейському регіоні ВООЗ, обласної програми “Майбутнє Вінничини в збереженні здоров'я громадян на 2016–2010 роки”.

Висновки: Враховуючи результати проведеного ретроспективного аналізу, а саме відмінності між результатами досліджень проведених у 2015 році — 91% HCV-позитивних результатів серед клієнтів ЗПТ, 88% HCV-позитивних результатів серед загалу ЛВІН, обстежених у 2014 році можна зробити наступні висновки:

1. Необхідно проведення повторних лабораторних обстежень на маркери гепатитів В та С серед ЛВІН та клієнтів ЗПТ з метою з'ясування істинної епідеміологічної ситуації поширення вірусних гепатитів.

2 Вкрай необхідно проведення оцінки якості даних лабораторного моніторингу, дотримання процедури та своєчасності тестування.

3. Існує необхідність розробки та впровадження СОП (стандартні операційні процедури) для лабораторної діагностики ВГС та ВГВ.

4. Врахувати можливість інфікування HCV під час перебування ЛВІН в програмах ЗПТ, яке пов'язане з небезпечною поведінкою, та додатковим вживанням вуличних наркотиків

І.С. Миронюк¹, О.Ю. Мулеса²

КРИЗОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ САЙТІВ АРТ

¹ Проект USAID “RESPOND”, м. Київ

² ДВНЗ “Ужгородський національний університет”, м. Ужгород

Актуальність. Сайт АРТ, який функціонує на базі кабінету “Довіра” або спеціалізованого закладу охорони здоров’я можна розглядати як систему, основною функцією якої є надання медичних і немедичних послуг цільовій групі населення території обслуговування необхідної якості і в достатньому об’ємі. Якісне виконання цих функцій є умовою отримання ефекту, який відобразиться у вигляді позитивного впливу на епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні. Як всяка відкрита система, сайту АРТ притаманно виникнення як внутрішніх, так і зовнішніх впливів — ризиків, що можуть призвести до порушень у функціонуванні системи та виникнення кризових ситуацій різного ступеню складності. Так, одним із найбільш значимих на сьогодні джерел виникнення зовнішніх ризиків для ефективного функціонування сайтів АРТ є недосконала система централізованого за-

безпечення сайтів медикаментами та виробами медичного призначення.

Метою нашого дослідження є розробка інструменту кризового менеджменту для фахівців сайтів АРТ — набір алгоритмів та процедур дій у випадку виникнення кризової ситуації в роботі сайту згідно методології вироблення та реалізації управлінського рішення.

Матеріали та методи дослідження. При проведенні дослідження нами було використано наступні методи дослідження: системний підхід; моделі і методи: прийняття рішень в умовах ризику і невизначеності, штучного інтелекту, прогнозування на основі динамічних рядів, методи аналізу даних, методи математичної статистики, методи обробки експертної інформації, одно і багато-критеріальної оптимізації, теорії корисності, теорії нечітких множин тощо.



Рис. 1. Функціонально-структурна схема інструменту кризового менеджменту

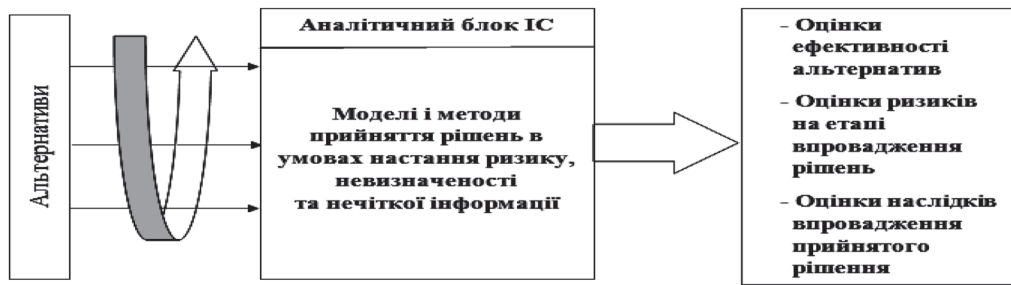


Рис. 2. Функціональна схема інформаційної системи вибору адекватних альтернатив інструменту кризового менеджменту

Отримані результати. Розроблений інструмент кризового менеджменту для фахівців сайтів АРТ має структуру, представлену на рис.1.

Як представлено на рис. 1, блок прийняття рішень містить усі етапи вироблення управлінського рішення в умовах виникнення ризику: від ідентифікації ризику до впровадження адекватної альтернативи вирішення кризової ситуації за рівнями її реалізації: національний, регіональний та локальний.

Найбільш складним етапом роботи інструменту є етап “Напрацювання альтернатив”, який включає два пов’язаних компоненти: напрацювання можливих шляхів вирішення кризової ситуації (альтернатив управлінського рішення) та попередня оцінка цих альтернатив з точки зору можливих ефектів та наслідків їх впровадження. Якщо напрацювання переліку альтернатив командою фахівців сайту АРТ не викличе значних труднощів, то оцінка і вибір адекватних альтернатив вирішення кризової ситуації є досить складним і трудомістким. Тому в розроблений інструмент на етапі напрацювання альтернатив включено інформаційну систему (ІС) вибору адекватних альтернатив (рис. 2).

Як видно з рис. 2, основним є аналітичний блок ІС, який за допомогою математичних алгоритмів, які є основою моделей і методів прийняття рішень в умовах невизначеності та нечіткої інформації, автоматично проводить оцінку запропонованих альтернатив (введених фахівцем в розроблену комп’ютерну програму) за критеріями ефективності, оцінки можливих наслідків їх впровадження та визначення нових ризиків на етапі їх впровадження.

Отже, спеціаліст (оператор) ввівши в систему набір напрацьованих командою сайту АРТ альтернатив управлінських рішень отримує на виході готовий перелік найбільш адекватних варіантів виходу із кризової ситуації. Послідуючі етапи роботи інструменту дають інформацію фахівцям щодо варіантів їх реалізації на практиці.

Висновок. Запропонований інструмент кризового менеджменту для фахівців сайтів АРТ дасть можливість команді фахівців сайту АРТ оперативно та адекватно реагувати на зовнішні ризики порушення ефективного функціонування сайту шляхом вироблення та впровадження найбільш ефективних варіантів управлінських рішень.

І.С. Миرونюк¹, О.Ю. Мулеса¹, М. Ніколко²

ІНСТРУМЕНТ ОЦІНКИ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ САЙТІВ АРТ ЯК ЗАСІБ ПЛАНУВАННЯ РОЗШИРЕННЯ ОХОПЛЕННЯ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ ПРЕДСТАВНИКІВ ЦІЛЮВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

¹ ДВНЗ “Ужгородський національний університет”, м. Ужгород

² Проект USAID “RESPOND”, м.Київ

Актуальність. Досягнення цілей стратегії USAID “Прискорення в напрямку до “нуль” 90–90–90 до 2020 року вимагає консолідацію зусиль усіх інституцій України, які причетні до протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Проте основне навантаження припадає саме на медичну сферу, передусім на сайти, які ведуть медичний нагляд пацієнтів і призначають їм АРТ (сайти АРТ). Ефективне планування розширення охоплення лікуванням ВІЛ-позитивних пацієнтів затруднене через відсутність інструментів оцінки спроможності сайтів до розширення охоплення якісними медичними послугами різних контингентів населення на території обслуговування. В першу чергу це стосується спроможності наявного кадрового забезпечення служби для надання необхідних, запланованих об’ємів якісних медичних та немедичних послуг. На сьогодні важко оцінити наскільки спроможний окремий сайт АРТ виконати заплановані показники охоплення основними послугами прикріплених

контингентів населення за умови збереження якості таких послуг.

Метою нашого дослідження є розробка інструменту оцінки наявного робочого навантаження та потенційної спроможності кадрового потенціалу сайтів АРТ для надання ключових послуг пацієнтам за умови збереження їх якості.

Матеріали та методи дослідження. При плануванні дослідження нами було сформовано основні вимоги, яким повинен відповідати інструмент: забезпечити користувача адекватною інформацією для прийняття ефективних управлінських рішень; працювати за умови використання виключно визначеного переліку первинних даних; бути зручним у застосуванні — результати зрозумілі і легкі для інтерпретації та практичного використання.

При розробці інструменту нами було використано наступні методи дослідження: бібліосемантичний, соціологічний, математичного моделювання, системного підходу та експертних оцінок.

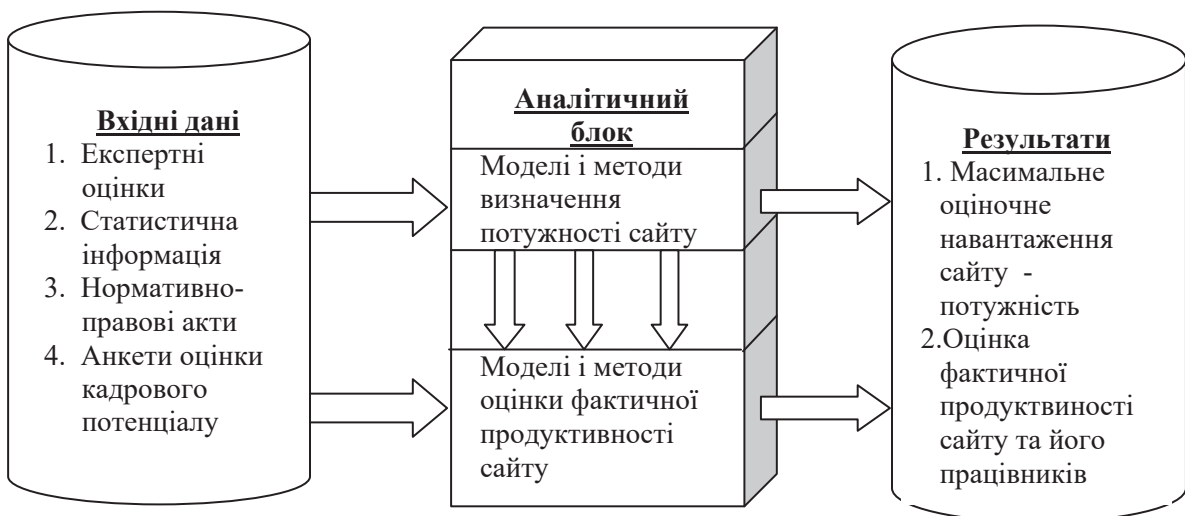


Рис. 1. Структурна схема інструменту кадрового потенціалу сайту АРТ



Рис. 2. Алгоритм роботи інструменту оцінки кадрового потенціалу сайту АРТ

Отримані результати. Розроблений інструмент призначений для супроводу процесу оцінки кадрового потенціалу сайту АРТ. Цей інструмент є складовою частиною інструменту моніторингу досягнення цілей прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на рівні сайтів АРТ, розробленого в рамках Проекту USAID RESPOND. Структурну схему інструменту наведено на рис. 1.

Як видно з рис. 1, розроблений інструмент містить аналітичний блок, який представлено математичними моделями і методами обробки і аналізу низки даних, отриманих із різних джерел, серед яких важливе місце займають результати експертних опитувань, нормативно-правові акти щодо соціального захисту та пільг працівників служби, анкети оцінки кадрового потенціалу сайтів, державна статистична інформація, дані хронометражів базових медичних послуг.

Основою аналітичного блоку є набір моделей, методів та алгоритмів, які їх реалізують, і які призначені для розв'язування задач оцінки кадрового потенціалу сайтів АРТ. До таких задач відносяться: оцінка максимального навантаження

сайту загалом та його працівників за заданий період часу, за умови збереження якості послуг; оцінка затрат робочого часу працівників сайту на надання безпосередніх послуг представникам цільових груп; оцінка фактичної продуктивності сайту та його працівників за визначені періоди роботи сайту.

Алгоритм роботи інструменту оцінки кадрового потенціалу сайту АРТ представлено на рис. 2.

Отримані результати візуалізовано у вигляді таблиць і графіків, що сприяє їх аналізу та інтерпретації.

Використання результатів роботи інструменту дає можливість: визначення рівня навантаження сайту, та окремого працівника (за певний період); визначення запасу потужності сайту (об'єм послуг, які сайт може надавати додатково без втрати якості послуг); потенційного перепланування обсягу навантаження між працівниками сайту; визначення дефіциту кадрового забезпечення для цільової роботи сайту; планування матеріально-технічного забезпечення для надання певного об'єму основних послуг на сайті та інше.

К. Міхіна, В. Пархоменко

ЗМЕНШЕННЯ РІВНЯ СТИГМИ ТА ДИСКРИМІНАЦІЇ СІН, ЧСЧ, РКС ТА ЛЖВ З БОКУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В м. КИЄВІ: ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ

ГО “Клуб “Еней”, м. Київ

Актуальність. За даними проведеного аналізу вторинних даних серед представників груп найвищого ризику в Україні у рамках Проекту USAID “RESPOND” 2013 року у м. Київ, маємо такі дані по рівню стигми та дискримінації серед медичних працівників по відношенню до УГ. СІН (споживачі ін’єкційних наркотиків): окрім гендерної дискримінації, жінки зазнають стигматизації як СІН, що створює перешкоди в їхньому доступі до медичних послуг. Жінки часто не реєструються як споживачі наркотиків, оскільки вони страждають більше, ніж чоловіки від стигми, бо це заперечує жіночу привабливість та бажання бути “берегинею сім’ї”. Вагітні жінки та з дітьми часто не мають доступу до послуг через страх, що у них відберуть дітей. Вагітні жінки, які вживали наркотики мають набагато менше шансів отримати до пологову допомогу, в тому числі своєчасно обстежитися на ВІЛ, отримати профілактику вертикальної передачі вірусу. Частка ВІЛ-інфікованих вагітних СІН, які отримали замісну підтримувальну терапію під час вагітності, склала — 5,5% у 2009 році і 7,3% — у 2011. Незгода з боку партнерів і соціальна стигма позбавляє жінок бажання відвідувати місця надання послуг. РКС (робітники комерційного сексу): стійкий високий рівень стигматизації обмежує доступ до медичних та соціальних послуг, робить їх більш уразливими до насильства та наслідків інфікування ВІЛ. ЧСЧ (чоловіки, які мають секс з чоловіками): широке розповсюдження стигми та дискримінації обмежує їх доступ до послуг та якісного обслуговування, у тому числі і внутрішньої стигми. Медики потребують цільового навчання, підтримки і супервізії у наданні послуг ЧСЧ.

Мета. Задля подолання проблем стигми та дискримінації вищезазначених груп ризику, нашою організацією у партнерстві з ГО “Гей-альянс” реалізовано проект “Європейський вибір доступні сервіси без стигми та дискримінації”. Ціллю даного проекту стала розробка та впровадження інформаційної кампанії з подолання стигми та дискримінації серед медичного персоналу стосовно

уразливих груп та ЛЖВ, забезпечення доступу до отримання медичних послуг та застосування гендерно-чутливого підходу в 3-х районах м. Києва (Подільському, Оболонському та Шевченківському). Для досягнення поставленої цілі проекту, ми виділили наступні **завдання:**

1. Розробити та впровадити інноваційну інфо-кампанію, з урахуванням специфіки та соціального профілю уразливих груп, яка пропагуватиме довіру між лікарем та пацієнтом, дасть можливість толерантним фахівцям продемонструвати потенційним пацієнтам дружнє й відкрите налаштування.

2. Сформувати групу лідерів серед медичної спільноти, яка б забезпечила поширення відповідної інформації серед медичних працівників ПМСД та студентів-медиків з метою подальшого залучення їх у заходи з протидії поширенню ВІЛ-інфекції.

Отримані результати. За результатами виконання даного проекту та взаємодії з районними управліннями охорони здоров’я, було проведено ряд зустрічей та круглі столи у кожному з трьох районів пілотного проекту, підписано меморандуми про співпрацю на рівні кожного з трьох районів щодо взаємодії та проведення навчання медичного персоналу з питань запобігання стигми та дискримінації, як метод розширення доступу представників УГ до медичних послуг, зокрема тестування та постановки на Д-облік. На базі двох організацій виконавців створено інформаційно-консультаційні пункти та гарячі лінії з питань стигми та дискримінації. Лише за чотири місяці роботи пунктів та гарячих ліній зафіксовано більше 200 звернень, взято в роботу та вирішено велику кількість кейсів, надано допомогу у отриманні медичних послуг більш як 30 особам починаючи від отримання консультації і до проведення хірургічного втручання, у якому відмовляли через ВІЛ-статус або приналежність до групи ризику.

В рамках проекту було проведено перший в Україні кінофестиваль “Кіно проти стигми та дис-

кримінації” на базі культурного центру “Жовтень”. У програмі показу були документальні фільми вітчизняних та зарубіжних авторів, які ілюструють життя та проблеми представників УГ, їх щоденну боротьбу за життя, прагнення мати рівні права, свободи, медичну допомогу та людяне ставлення оточуючих не залежно від їх сексуальної орієнтації, способу життя та досвіду вживання наркотичних речовин. Під час проведення фестивалю відбувались виставки інсталяцій “Толерантні лікарі” та “МОЯ”. Де сучасні провідні спеціалісти такі як Голубовська О.А., Антоняк С.М., Мітлошук А.П., Єгорова Т.А. та інші звернулись до лікарів з посилом та проханням працювати без стигми та дискримінації, як ключ до нормальної взаємодії з пацієнтом та розширення доступу до медичних послуг найбільш уразливим до ВІЛ групам населення. Інсталяція “МОЯ” — мала на меті привернути увагу суспільства до проблеми стигматизації представників груп ризику. Серед запрошених на фестиваль були представники міжнародних та вітчизняних ВІЛ-сервісних, інших не байдужих до УГ організацій, медична спільнота. Всього за 4 дні фестиваль відвідало біля 300 осіб. Було отримано багато схвальних відгуків та слів вдячності від глядачів. Відвідувачі вказували своє захоплення та сподівання на участь у майбутньому у подіб-

них заходах. Цінними стали відгуки лікарів, які перед показом вказували досить ворожу та не доброзичливу позицію, а вже після — змінювали свою думку та іноді витирали сльози вказуючи жаль та співпереживання героям фільмів, які є реальними людьми зі своїми історіями, долями та проблемами. Стрічки були підібрані емоційно тяжкі, спеціально задля того аби достукатися до кожного серця. Були на жаль й ті, що проявляли свою невихованість та інфантильність вказуючи не відповідні ситуації на екрані емоції, на щастя таких було одиниці. По закінченню показів проходили обговорення побаченого. Також в рамках пілоту було проведено навчання медиків трьох районів та студентів 5 курсу НМУ ім. Богомольця на тренінгах “Рецепт толерантності в роботі зі складними пацієнтами”. Пройшли навчання більше 140 чоловік. Планується й надалі проводити його та розповсюджувати тренінговий відео модуль, створений в рамках проекту, для самостійного вивчення медиків та студентів. Розроблено план спільних дій щодо зменшення рівня стигми та дискримінації для погодження на рівні Департаменту охорони здоров’я, який було презентовано на засіданні Київської міської координаційної ради з питань протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу.

К. Мур¹, І. Кузін², А. Шаповал³, І. Юр’єва³

ІМПЛЕМЕНТАЦІЙНА НАУКА В УМОВАХ ОБМЕЖЕНИХ РЕСУРСІВ. ВПРОВАДЖЕННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ З ВИКОРИСТАННЯ РАМКИ ТА ІНСТРУМЕНТІВ ОЦІНКИ НАВЧАННЯ В УКРАЇНІ ЯК ПРИКЛАД ІМПЛЕМЕНТАЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

¹ Міжнародний центр підготовки та освіти з питань охорони здоров’я університету штату Вашингтон (I-TECH), м. Сієтл, США

² ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

³ Представництво Міжнародного центру підготовки та освіти з питань охорони здоров’я в Україні (I-TECH), м. Київ

Актуальність. Надзвичайний План Президента США по боротьбі зі СНІДом (PEPFAR) визначив імплементаційну науку (ІН) як “дослідження методів для покращення засвоєння, впровадження та

перенесення результатів досліджень у стандартну практику”. Цей напрямок представляє особливий інтерес для охорони здоров’я, оскільки стратегії та підходи лікування є ефективними за умови

випробування нових підходів для кращого їх виконання та встановлення причинного зв'язку між втручаннями та наслідками.

Сьогодні заходи з навчання у сфері охорони здоров'я є широко розповсюдженими, проте оцінка їх впливу на підвищення якості медичних послуг за методологією імплементаційних досліджень здійснюється досить рідко. На підтримку проведення такої оцінки, Міжнародний центр з питань навчання та підготовки у сфері охорони здоров'я (I-TECH) розробив рамку та інструменти оцінки навчання (TEFT). Ця рамка створена на допомогу розробникам та керівникам навчальних програм на всіх рівнях для більш ефективного планування та є цінним інструментом оцінки результатів навчальних програм з підвищення кваліфікації. Методологія TEFT використовується для розробки та впровадження програм оцінки навчання у багатьох країнах, а нещодавно була започаткована й в Україні.

У 2015 році ДУ “Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України” (УЦКС), Центр контролю та профілактики захворювань США та I-TECH в рамках партнерства здійснили пілотне впровадження стратегії ІН для оцінки ефективності тренінгів з питань ВІЛ/СНІДу в Україні. З цією метою інструмент TEFT був адаптований до українського контексту та представлений ключовим зацікавленим сторонам. У 2016 році з використанням методології TEFT в Україні була проведена пілотна оцінка національної навчальної програми “Основи АРТ”.

Ціль пілотного проекту TEFT. Розбудова спроможності УЦКС у здійсненні оцінки шляхом спільної роботи над адаптацією та пілотним впровадженням методології TEFT в Україні.

Ціль пілотного дослідження. Визначення впливу навчального курсу “Основи АРТ” на результати лікування та догляду за ВІЛ-інфікованими особами в Вінницькій та Черкаській областях.

Методи дослідження: Сучасна ІН використовує багато методів, що визначаються характером та особливостями проведення дослідження, можуть значно коливатися в залежності від обставин та з часом, проте рандомізовані контрольні випробування рідко застосовуються з практичних міркувань. Водночас ІН частіше використовує методи неекспериментальних досліджень, у тому числі когортні дослідження, методи “випадок — контроль” та “кросс-секційні дослідження”. Якісні методи дослідження можуть бути корисними для

ІН як окремий метод, так і інформаційно доповнювати кількісні методи. Кожен план дослідження має свої сильні та слабкі сторони, які слід зважувати з огляду на обставини оцінки.

У пілотному дослідженні TEFT використовувався метод часових рядів. За допомогою індикаторів здійснювався кількісний аналіз впливу програми “Основи АРТ” на результати послуг з лікування хворих на ВІЛ-інфекцію шляхом порівняння даних, зібраних у часові періоди до та після проходження лікарем навчального курсу. Зібрані дані аналізувалися серед різних категорій лікарів, що дозволило впевнитися, що зміни відбулися не завдяки отриманим індивідуально знанням. Дані за відповідними індикаторами, для оцінки результатів, були взяті з медичної документації обласних центрів СНІДу та сайтів АРТ Вінницької та Черкаської областей. В цілому було проаналізована робота 14 лікарів на 14 сайтах АРТ, які отримали базову підготовку з основ АРТ у період з 2012 р. до 2015 р, мають практику лікування хворих на ВІЛ-інфекцію, забезпечують медичний нагляд не менш за 150-ма пацієнтами кожний. Для аналізу сприйняття та ефективності навчального змісту програми “Основи АРТ”, умов, у яких працюють лікарі, та шляхів поліпшення навчання були проведені якісні інтерв'ю з лікарями. Зібрані дані одразу переводилися в електронний формат за допомогою планшетів та програмного забезпечення Open Data Kit. Отримані дані були проаналізовані за допомогою програми Stata 12.0.

Отримані результати. Серед загальної кількості індикаторів, що вивчалися у рамках пілотного дослідження, слід відзначити результати, що свідчили про те, що тренінг за навчальною програмою “Основи АРТ” мав позитивний вплив на рівень якості та повноти медичного спостереження за ВІЛ-інфікованими пацієнтами.

Встановлено, що відсоток пацієнтів, яким було проведено дослідження з визначення абсолютної або відносної кількості CD4-лімфоцитів, вірусного навантаження ВІЛ у плазмі крові та скрінингові дослідження на туберкульоз, маркери вірусного гепатиту В і С (ВГВ і ВГС) впродовж першого року призначення антиретровірусного лікування, значно збільшилися після проходження лікарем навчання за програмою “Основи АРТ” (табл.).

Якісні інтерв'ю також довели корисні результати оцінки з використанням методології TEFT. Багато лікарів повідомили, що тренінг дав їм більш глибоке розуміння схем АРТ, критеріїв їх призначення за різними клінічними сценаріями, контролю

Таблиця. Відсоток ВІЛ-інфікованих пацієнтів, яким проведені дослідження, у перший рік призначення антиретровірусного лікування

Дослідження	До тренінгу	Після тренінгу
Визначення кількості CD4-лімфоцитів	28/38 (74%)	311/332 (94%)
Визначення вірусного навантаження	17/38 (45%)	247/332 (74%)
Скрінингові дослідження на ТБ (будь-яке)	13/38 (34%)	170/332 (51%)
Виявлення маркерів ВГВ	15/38 (39%)	136/332 (41%)
Виявлення маркерів ВГС	14/38 (37%)	126/332 (38%)

за побічними ефектами, а також питань, пов'язаних з прихильністю до АРТ. Крім того, тренінг мав позитивні наслідки щодо створення неформальної мережі практиків серед спеціалістів з ВІЛ-інфекції, які пройшли навчання.

Висновки. Імплементативна наука забезпечує доказовий підхід для покращення засвоєння, впровадження та перенесення результатів досліджень у звичайну практику. Виходячи з пілотної оцінки тренінгу “Основи АРТ” за допомогою методології TEFT, був зроблений висновок, що цей підхід має

очевидний потенціал для планування та здійснення оцінки тренінгів в Україні. За результатами оцінки були запропоновані оновлені індикатори з моніторингу програм з догляду та лікування пацієнтів. Результати якісного дослідження окреслили практичні підходи до шляхів вдосконалення програми тренінгу “Основи АРТ”. Хоча висновки оцінки ще не є остаточними, цей пілотний проект демонструє зростаючий інтерес та спроможність застосовувати інструменти імплементативної науки в Україні.

К.М. Нагорняк¹, О.Н. Балакірєва¹, Т.В. Бондар¹, С.З. Сальніков¹, О.Т. Сакович²

ДУМКИ, ОЦІНКИ ТА УПОДОБАННЯ ПІДЛІТКІВ ЩОДО КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ (РЕЗУЛЬТАТИ ОНЛАЙН-ОПИТУВАННЯ ПІДЛІТКІВ І МОЛОДІ ВІКОМ 10–24 РОКІВ, ЗОКРЕМА З ГРУП РИЗИКУ)

¹ ГО “Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка”, м. Київ

² Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), м. Київ

Актуальність. За результатами різних досліджень, рівень застосування ризикованих практик серед дітей та молоді є вищим, ніж серед дорослих, особливо у країнах, де активно поширюється ВІЛ-інфекція. Інфікування ВІЛ серед молодших вікових груп (15–19 років, 20–24 роки) відображає рівень нових випадків, оскільки загроза інфікування ВІЛ статевим шляхом для цієї групи виникла нещодавно. В Україні спостерігається стала тенденція до зниження як частки молодих осіб віком 15–24 роки серед уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (з 12,0% у 2009 р. до 6,7% у 2014 р.), так і показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення відповідної вікової групи (з 35,5

осіб на 100 тис. населення віком 15–24 роки у 2009 р. до 25,5 осіб на 100 тис. населення віком 15–24 роки у 2014 р.).

Тестування на ВІЛ є відправною точкою для багатьох заходів профілактики ВІЛ-інфекції та має важливе значення для доступу до допомоги та лікування. Проте низький рівень доступу підлітків до консультування і тестування на ВІЛ (KіT) призводить до пізнього звернення та діагностики, зокрема по допомогу й лікування.

Мета дослідження — вивчення думок, оцінок та вподобань, практичного досвіду отримання послуг KіT підлітками і молоддю віком 10–24 роки, в тому числі з груп ризику.

Методи дослідження. Онлайн опитування за допомогою ресурсу “FluidSurveys” (<http://fluidsurveys.com/>), доступ до якого був забезпечений технічною підтримкою регіонального офісу Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).

Отримані результати.

Характеристики учасників онлайн-опитування. Всього опитано 1439 підлітків та молоді (639 хлопців та 800 дівчат) віком 10–24 роки з досвідом та без досвіду звернення за медико-соціальними послугами, зокрема консультуванням і тестуванням на ВІЛ.

Ризиковані поведінкові практики. Більшість (61%) у віковій групі до 24 роки мали досвід статевих контактів упродовж життя; серед підлітків до 19 років — 39% (серед хлопців — 43%, серед дівчат — 36%). Досвід статевих контактів без презерватива з особою протилежної статі мали 35%. Питома вага тих, хто мав такий досвід, є найбільшою серед вікової групи 18–19 років (55%), порівняно з минулою хвилею опитування частка цієї вікової групи скоротилася на 4%. 7,5% хлопців мали досвід одностатевих контактів, секс без презерватива із чоловіком/хлопцем — 6%. Надавали сексуальні послуги за винагороду 4%, уживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом — 3%.

Інтегрований показник групи ризику (тих, хто наражався на ризик ВІЛ-інфікування¹) становить 18% (27% — серед хлопців та 12,0% — серед дівчат). Найвищий показник групи ризику зафіксовано серед підлітків 18–19 років та молоді 20–24 років (відповідно, 32 та 24%). У динаміці частка тих, хто потрапляє до групи ризику, серед хлопців зросла на 9%, серед дівчат — скоротилася на 2%.

Рівень поінформованості з питань ВІЛ-інфекції. Загальний показник обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ (питома вага молодих людей,

які правильно визначають шляхи) становить 34%, серед групи ризику — 40%, що на 15% більше, ніж серед групи ризику, за даними попередньої хвилі.

Досвід тестування на ВІЛ. Досвід тестування на ВІЛ мають 38%, що значно вище, ніж зафіксовано у 2013 р. (10%), що частково пояснюється залученням до участі в опитуванні 2015 р. через організації, які надають послуги КІТ. Зберігається тенденція до зростання зі збільшенням віку частки тих, хто має досвід тестування на ВІЛ: для 10–13-річних — 12,5%, 14–15-річних — 14%, 16–17-річних та 18–19-річних — відповідно 45% і 35%, та для 20–24-річних — 56%. Досвід тестування на ВІЛ серед групи ризику мають 78% опитаних, проходили тест на ВІЛ за останній рік 74% підлітків та молоді (у 2013 р. втричі менше — 26%).

Мотиви проходження КІТ. 32% тих, хто пройшов тест на ВІЛ, зробив це за пропозицією медичного працівника, 31% запропонував соціальний працівник чи представник громадської організації. За власною ініціативою звернулися 30,5% (серед хлопців — 31%, серед дівчат — 30%). З віком така ініціатива лише зростає. Серед групи ризику за власною ініціативою пройшов тестування кожен третій (33,4%). Деякими мотивами проходження тесту були — випадковий секс без презервативу (26%), уживання ін'єкційних наркотиків (8%), зрада статевого партнера (6%), пропозиція статевого партнера (6%), нанесення тату/пірсингу (5%), уживання ін'єкційних наркотиків статевим партнером (3%).

Висновки. Процедура консультування і тестування на ВІЛ за останні два роки стала доступнішою для підлітків та молоді 10–24 років. Цьому сприяє робота соціальних працівників, співробітників громадських організацій і медичних працівників, які, працюючи з підлітками, пропонують їм пройти тестування на ВІЛ. Водночас установи, що надають послуги КІТ, мають урахувувати специфіку цільової групи та відповідальніше дотримуватися принципів та умов тестування. Так, опитуванням зафіксовані випадки недотримання принципів надання КІТ: не запитують дозвіл на тестування; не повідомляють про право підлітка відмовитися від проходження тестування; випадки порушення анонімності, проведення КІТ на платній основі; відсутність проведення перед- і післятестового консультування тощо.

1 Розрахований за допомогою таких запитань: «Скільки статевих партнерів у тебе було за останні 12 місяців?» («понад 6 партнерів») та/або «Чи були в тебе одна або декілька із зазначених поведінкових практик» («секс без презерватива з особою протилежної статі» (ствердна відповідь), «секс без презерватива між особами чоловічої статі» (ствердна відповідь), «надавав(ла) сексуальні послуги за грошову або іншу винагороду (у вигляді їжі, одягу, помешкання, алкоголю, наркотиків)?» (ствердна відповідь)), «Чому ти вирішив(ла) здати тест на ВІЛ?» («ін'єкційне вживання наркотиків»).

Н.М. Нізова

ДЕРЖАВНЕ ЛІДЕРСТВО У РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Державна установа “Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України”, м. Київ

Актуальність. Підписавши Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої (Глава 22. Громадське здоров'я), Україна взяла зобов'язання розвивати співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, у тому числі керуючись підходом “охорона здоров'я у всіх політиках держави”.

Здоров'я населення є найвищою цінністю, яке є необхідним компонентом розвитку та соціально-економічного процвітання України. Саме тому створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожного громадянина впродовж всього життя та досягнення адекватних стандартів якості життя та благополуччя населення є одним із основних завдань Стратегії сталого розвитку “Україна — 2020”, затвердженої Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5 та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною та ЄС.

Наразі, держава розглядає європейську політику “Здоров'я — 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя”, Європейський план дій по зміцненню потенціалу та послуг громадського здоров'я та визначені 10 основних оперативних функцій громадського здоров'я, як інструменти для здійснення заходів на національному та регіональному рівнях, спрямованих на розбудову/розвиток системи громадського здоров'я в Україні та посилення його потенціалу.

Необхідно констатувати, що існуючі поодинокі елементи системи громадського здоров'я ігнорують потреби здорового населення та не можуть відповісти належним чином на зростаючий тягар неінфекційних захворювань. Водночас, існуюча система громадського здоров'я є нескоординованою, інституційно розпорошеною, навіть ті незначні ресурси, що виділяються на утримання системи, витрачаються вкрай неефективно, пере-

важно, на утримання застарілих систем, а не їх модернізацію та сконцентроване використання. Система не готова до реагування на надзвичайні ситуації, сучасні методи управління у сфері не впроваджуються.

Мета. Створення Центру громадського здоров'я має на меті консолідацію національних ресурсів для більш ефективного і оперативного реагування на загрози для здоров'я населення (як інфекційного, так і неінфекційного характеру) зі збереженням кадрового та матеріально-технічного потенціалу вказаних установ.

Отримані результати. Центр громадського здоров'я розглядається як база для посилення функцій епіднадзора за інфекційними та неінфекційними захворюваннями. Серед іншого, планується запровадити сучасні інструменти для забезпечення епіднадзора у реальному часі (у тому числі запровадження інформаційних систем), розроблення та впровадження оновлених тренінгових програм для системи громадського здоров'я в цілому, покращення матеріально-технічної бази.

Також необхідно підкреслити, що всі міжнародні партнери повністю підтримують зазначений підхід у розбудові системи громадського здоров'я та відповідні рішення Кабінету Міністрів України й Міністерства охорони здоров'я України. Більш того, міжнародні партнери готові до розширення технічної допомоги та підтримки розвитку системи громадського здоров'я в Україні у разі реалізації вказаного рішення.

На виконання вказаних рішень Кабінету Міністрів України Міністерством прийнято наказ МОЗ України від 18 вересня 2015 р. № 604 “Про утворення державної установи “Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України”.

Під час ухвалення рішення про утворення державної установи “Центр громадського здоров'я МОЗ України” були враховані положення Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні, розробленої Стратегічною дорадчою групою, якою передбачається створення

Національного центру контролю за захворюваннями і громадським здоров'ям шляхом злиття ряду наявних закладів та установ, створення регіональних (обласних) центрів громадського здоров'я та єдиної лабораторної мережі реагування на загрози у даній сфері.

Також були враховані рекомендації міжнародних експертів у рамках проведення оцінки "Глобальний порядок денний з питань безпеки здоров'я" та оцінки Європейською Комісією системи епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами в Україні. Також необхідно підкреслити, що всі міжнародні партнери повністю підтримують відповідні рішення Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України. Більш того, міжнародні партнери готові до розширення технічної допомоги та підтримки розвитку системи

громадського здоров'я в Україні у разі реалізації вказаного рішення.

Висновки. Наразі, центр громадського здоров'я розглядається як база для посилення функцій епіднагляду за інфекційними та неінфекційними захворюваннями. Серед іншого, планується запровадити сучасні інструменти для забезпечення епіднагляду у реальному часі (у тому числі запровадження інформаційних систем), розроблення та впровадження оновлених тренінгових програм для системи громадського здоров'я в цілому, покращення матеріально-технічної бази. Також необхідно підкреслити, що всі міжнародні партнери повністю підтримують зазначені й підхід у розбудові системи громадського здоров'я та відповідні рішення Кабінету Міністрів України й Міністерства охорони здоров'я України.

Н.М. Нізова¹, В.А. Марциновська^{1,2}

ПРЕДИКТОРИ ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ В УКРАЇНІ

¹ ДУ "Центр громадського здоров'я МОЗ України", м. Київ

² ДУ "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України", м. Київ

Актуальність. Скорочення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції та вродженого сифілісу серед дітей — один з досягнутих Європою успіхів в рамках боротьби з ВІЛ-інфекцією та інфекціями, що передаються статевим шляхом, за останні кілька років. Лише 1% нових випадків ВІЛ-інфекції, зареєстрованих в Європейському регіоні ВООЗ в 2015 р, був пов'язаний з передачею вірусу від матері до дитини. За визначенням ЮНЕЙДС, фактична ліквідація передачі ВІЛ від матері до дитини означає зниження цього показника до рівня менше 2%.

У рамках Глобального плану виключення нових випадків інфікування ВІЛ серед дітей, Україна, поряд з іншими країнами — членами ООН, зобов'язалась зміцнювати та розширювати заходи програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД). На сьогодні в Україні впровадження заходів програми запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини також надало змогу досягти значних результатів. Починаючи з 2001 р., Україна досягла прогресу у зниженні показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД).

Мета дослідження: вивчити предиктори передачі ВІЛ від матері на сучасному етапі епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Методи дослідження: ретроспективний епідеміологічний аналіз за даними звітної форми № 63-1 "Частота передачі ВІЛ від матері до дитини".

Отримані результати. В Україні з 2003 року рівень охоплення добровільним тестуванням на ВІЛ серед вагітних жінок постійно перевищує 97%, рівень охоплення профілактичним антиретровірусним лікуванням жінок, у яких під час вагітності було діагностовано ВІЛ-інфекцію, збільшився з 9% у 1999 році до 95,0% у 2015 році. Результатом цієї діяльності стало суттєве — майже у 8 разів — зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини: з 27,8% у 2001 році до 3,35% у 2014 році. Проте, цільовим значенням ЧПМД у рамках Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки є 1%. Задля досягнення цього показника необхідно усунення низки перешкод на рівнях системи охорони здоров'я, громади та особистості, а саме —

Таблиця. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини за різними комбінаціями профілактичних заходів

Профілактичні заходи щодо попередження передачі ВІЛ від матері до дитини	ЧПМД у 2014 р., %
Мати: своєчасне отримання АРВП/АРТ під час вагітності Немовля: отримання повного курсу АРВ-профілактики та знаходження на штучному вигодовуванні одразу після народження	1,1%
Мати: призначення АРВП/АРТ у I-II триместрі вагітності	1,6%
Мати: призначення АРВП/АРТ у III триместрі вагітності	3,2%
Мати: здійснення розродження шляхом елективного кесаревого розтину	1,4%
Мати: здійснення розродження мимовільно	4,3%
Мати: отримання АРВП/АРТ трьома препаратами	2,1%
Мати: отримання АРВП тільки у пологах	9,4%
Мати: відсутня АРВП/АРТ	32,4%
Немовля: знаходження на грудному вигодовуванні	50,0%

відсутність ефективної програми громадського здоров'я; проблеми державних процедур закупівлі лікарських засобів і виробів медичного призначення; дефіцит бюджетних коштів в умовах гуманітарної кризи і бойових дій на Сході України; недостатнє охоплення жінок репродуктивного віку, у тому числі ВІЛ-позитивних, послугами з планування сім'ї; стигма з боку медичних працівників щодо ВІЛ-інфікованих і соціально маргінальних жінок та слабка міжсекторальна інтеграція служб охорони здоров'я, освіти, соціальної політики, юстиції і міграції.

Слід відзначити, що за даними 2014 року у 7 регіонах України показник ЧПМД дорівнював 0% (Вінницька, Волинська, Закарпатська, Ровенська, Сумська, Тернопільська, Хмельницька), у Житомирській області даний показник залишається на низькому рівні — 1,06%. Найвищі показники ЧПМД у 2014 р. зафіксовано у Київській (6,8%), та Кіровоградській (5,62%) областях (табл. 1). У 4 регіонах України народилося 51% дітей від загальної кількості ВІЛ-інфікованих дітей, народжених у 2014 р. (96 ВІЛ-інфікованих дітей) — це Дніпропетровська (15 дітей), Одеська (15) області, м. Київ (11), Київська області (10). Практично в усіх регіонах України спостерігалася негативна тенденція до збільшення випадків пізнього виявлення ВІЛ-інфікованих жінок, які народили дітей у 2014 р. (по Україні — 22,9%). Найбільший відсоток даного показника зафіксовано в Одеській (39,0%), Волинській (37,1%), Донецькій (35,9%), Черкаській (34,7%), Хмельницькій (30,0%) областях.

Частота передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД) серед дітей, матері яких були активними СІН, перевищувала загальний показник ЧПМД в 2014 р. більш, ніж у 3 рази — 7,7% проти 3,35%, відповідно. Отже сьогодні ВІЛ-позитивні вагітні, які є СІН, все ще залишаються важкодоступною групою для проведення втручань з метою попередження вертикальної трансмісії ВІЛ.

Частота передачі ВІЛ від матері до дитини істотно відрізняється за різними комбінаціями заходів програми ППМД, що підтверджує важливість своєчасного проведення профілактичних втручань. За умови проведення повного курсу антиретровірусної профілактики (АРВП) ВІЛ-позитивним вагітним та їх дітям, а також виключення грудного вигодовування, ЧПМД у 2014 р. в Україні складає 1,1%. У випадках отримання ВІЛ-інфікованою вагітною АРВП тільки у пологах, ЧПМД становить 9,4%, за умови відсутності АРВП — 34,2% (табл.).

Висновки. Дані офіційної статистики свідчать, що в Україні досі актуальними є проблеми, що запобігають унеможливленню випадків передачі ВІЛ від матері до дитини. Враховуючи вищезазначені тенденції показника ЧПМД та ризики вертикальної трансмісії ВІЛ, що сьогодні існують у країні, у елімінації випадків передачі ВІЛ від матері до дитини може зіграти важливу роль забезпечення універсального доступу до заходів з ППМД для всіх ВІЛ-позитивних вагітних, передусім, жінок, які належать до особливо вразливих та соціально незахищених груп населення.

О.В. Овчиннікова

КЛЮЧОВІ РЕЗУЛЬТАТИ ДІЯЛЬНОСТІ З ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ІН'ЕКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ (СІН) ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Харківський обласний благодійний фонд “Парус”, м. Харків

Актуальність. На території Харківської області за оціночними даними мешкає близько 15 000 людей, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Для людей, що вживають наркотики, здоров'я не усвідомлюється як цінність, а відношення до нього не є адекватним. Більшість СІН не звертаються до медичних установ, доки наслідки прогресування ВІЛ і супутніх інфекцій не руйнують здоров'я настільки, що не звертатися за медичною допомогою стає неможливим. Хаотичний спосіб життя, низьке соціально-економічне становище, недостатня обізнаність з питань ВІЛ-інфекції, високий рівень стигматизації та дискримінації представників групи СІН в медичних установах, самостигматизація є основними бар'єрами до діагностики стану здоров'я та отримання медичних послуг представниками даної цільової групи.

Мета дослідження. Для подолання вищезазначених бар'єрів, зменшення рівня ризикованої поведінки, формування “континууму підтримки” впроваджується інтегрований підхід при проведенні профілактичної роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків, що проводиться в рамках Єдиної консолідованої програми з ВІЛ і туберкульозу на 2015–2017 рр. в Україні, за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Методи дослідження. Профілактична діяльність серед групи СІН в контексті програми зменшення шкоди в Харківській області проводиться трьома неурядовими організаціями (НУО): Харківський обласний благодійний фонд “Парус”, Харківський міський благодійний фонд “Благо”, Харківське обласне відділення ВБО “Всеукраїнська Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД”, при співпраці з Обласним центром профілактики і боротьби зі СНІДом.

Робота з групою СІН є основним напрямом діяльності нашої організації, і більшість СІН — клієнтів програми зменшення шкоди, отримує послуги саме від працівників ХОБФ “Парус” (близько 1/3 оціночного охоплення СІН).

Територія діяльності: в місті Харків — в 6 адміністративних районах, в Харківській області — в 18 районах (в 28 населених пунктах області).

Послуги надаються на базі стаціонарних пунктів (приміщення організації та кримінально-виконавчих інспекцій), аутріч маршрутів, мережі десяти аптек, також на базі мобільної амбулаторії. Робота з клієнтами включає компоненти кейс-менеджменту при виявленні або наявності ВІЛ-інфекції; раннього виявлення туберкульозу.

Важливим напрямом є медичний та психосоціальний супровід клієнтів замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) Харківської області. Супровід клієнтів ведеться на базі 10 сайтів при ЛПЗ міста Харків та Харківської області. Новим компонентом є співпраця з Харківським медичним центром “Альтернатива” в контексті проведення психосоціального супроводу для пацієнтів ЗПТ, які отримують платне лікування, а також в контексті пропозиції детоксикації для активних СІН, що спрямовані на відмову від вживання наркотиків.

В межах діяльності ХОБФ “Парус” клієнти СІН мають можливість безкоштовно, на регулярній основі отримати як базові, так і розширені послуги.

Отримані результати. За період з 01.01.2016 по 30.09.2016 базові послуги зменшення шкоди отримали 5673 СІН. З них обстежені на ВІЛ-інфекцію з використанням швидких тестів 3183 особи. Позитивний результат тесту отримали 71 особи, які були перенаправлені в Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІД (ОЦПБС), звернулися до ОЦПБС — 67. Наявність антитіл було підтверджено 47 особам. Кількість СІН, яких було взято під медичний нагляд — 47 (з числа осіб, які підтвердили позитивний результат в даному періоді — 44 та 3 особи — з попереднього періоду). Всі клієнти, з виявленим позитивним результатом тестування на ВІЛ мотивуються на отримання допомоги за компонентом кейс-менеджменту.

За 9 місяців 2016 року послуги з супроводу у зв'язку з ВІЛ-інфекцією (кейс-менеджмент) отри-

мали 140 СІН, з яких 89 — залучено до супроводу протягом 2016 року: 69 СІН, після отримання позитивного результату тесту, 20 СІН — особи, що раніше перебували під диспансерним наглядом, і не відвідували лікаря більше півроку. Кількість осіб, що почали АРТ — 52.

Завершено ведення 40 випадків, з яких 8 — не були результативними. За плановим завершенням супроводу, клієнти переадресовуються в проекти догляду та підтримки ЛЖВ, інтегрованої допомоги клієнтам ЗПТ.

Труднощі з постановкою СІН під медичний нагляд та подальшим отриманням лікування АРТ, в першу чергу обумовлені соціальними наслідками регулярного споживання наркотиків. Варто відмітити, що при супроводі клієнтів цільової групи СІН, саме клієнтів з вперше отриманим результатом легше мотивувати на подальше обстеження свого здоров'я, а клієнти, що раніше перебували під медичним наглядом та перервали його, в 1/3 випадках, нажалі, не відновлюють прихильності до диспансеризації та не розпочинають лікування. Клієнти — мешканці обласних населених пунктів часто не бажають звертатися в місцеві районні лікарні, остерігаються розголосу. Також важливо відмітити, що відсутність коштів на проїзд з віддалених міст області (Куп'янськ, Лозова, Балаклея) є черговою перепорою на шляху ведення випадків.

Для досягнення результативності, з клієнтами, в першу чергу, проводиться мотиваційна консультативна робота кейс-менеджерами, які надають інформацію, психологічну підтримку, в разі потреби допомагають при вирішенні соціальних питань. Також пропонується комплексна допомога з різних напрямів діяльності організації. Одним з “допоміжних” факторів є можливість участі потенційних клієнтів кейс-менеджменту в дослідженні “Покращення доступу та прихильності до лікування для СІН в Україні”, за що передбачено неодноразові грошові винагороди. І, безумовно,

мотивуючим фактором є участь у лікуванні замісної підтримувальної терапії.

Кількість клієнтів, що отримують ЗПТ станом на 30.09.2016 року — 301 особа (сайти при комунальних закладах охорони здоров'я).

При веденні клієнтів напряму медичного та психосоціального супроводу ЗПТ враховується індивідуальний підхід. Особлива увага приділяється виконанню клієнтом умов диспансеризації, що відстежується кейс-менеджерами.

Клієнти, що отримують лікування супутніх хвороб (ВІЛ, ТБ, гепатиту С) мотивуються до прихильності, кейс-менеджерами проводиться моніторинг прихильності до лікування шляхом комунікації з медичними фахівцями, відстеження строків отримання ліків, надається психологічна підтримка та допомога у вирішенні соціальних питань.

Висновки. Низькопороговий доступ до комплексу послуг, безперервність підтримки на різних етапах ведення клієнтів дозволяє залучати та утримувати в проекті велику кількість представників груп ризику, що зменшує ризики поведінки, забезпечує раннє виявлення ВІЛ, туберкульозу, вірусних гепатитів та сприяє своєчасному призначенню лікування.

Сталість результатів можливо забезпечити шляхом фінансування програми комплексних профілактичних послуг для СІН за кошти обласного/міського бюджетів. Розвиток такого компоненту обласної програми повинен бути визначений одним з переліку пріоритетних напрямів регіональної політики.

Ці питання нещодавно були розглянуті на засіданні обласної координаційної ради з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу, з пропозицією від всіх НУО, що реалізують діяльність з комплексної профілактичної допомоги представникам найбільш уразливих груп, щодо створення і фінансування окремої програми з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу.

О. Павленко, Я. Терлеєва, О. Мацьков

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЩОДО НЕДОВИЯВЛЕННЯ РІВНЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ, В ТОМУ ЧИСЛІ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО, СЕРЕД ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров’я (далі — ВООЗ) в Україні розрахункова захворюваність на ТБ складала у 2014 році 94,0 на 100 тис. населення, проте за даними рутинного епідагляду захворюваність на ТБ складає — 70,5 на 100 тис. населення. Таким чином в Україні щороку своєчасно недовиявляється близько 25,0% випадків захворювання на ТБ, що сприяє подальшому поширенню ТБ серед населення. Україна є європейською країною з другим за розмірами тягарем ТБ після Російської Федерації. Одночасно з поширенням епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, спостерігається високий рівень захворюваності на ТБ у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, що складає 13,0 на 100 тис. населення у 2015 році при розрахунковому показнику 20,0 на 100 тис., що свідчить про низький рівень діагностики ТБ у ВІЛ-інфікованих. Туберкульоз також є однією із основних причин смертності ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Мета дослідження. З метою покращення ефективності виявлення туберкульозу (далі — ТБ), в тому числі МР ТБ, серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів проведено аналіз стану діагностики ТБ у ВІЛ-інфікованих та визначення серед них цільових груп ризику на ТБ.

Результати і обговорення. В Україні також залишається напружена епідеміологічна ситуація щодо мультирезистентного туберкульозу (далі — МР ТБ). ВООЗ внесла Україну до списку з 30 країн світу з найвищим тягарем МР ТБ, з оціночною кількістю випадків — 22 000 випадків МР ТБ в 2015 році. За даними рутинного епідагляду виявлено в 2015 році лише 8440 випадків МР ТБ, що свідчить про значне його недовиявлення та потребує прийняття невідкладних заходів. З метою оцінки масштабів поширеності мультирезистентності серед нових і раніше пролікованих хворих на ТБ, а також визначення факторів ризику МР ТБ в Україні в 2013–2014 рр. було проведено перше загальнонаціональне епідеміологічне дослідження щодо хіміорезистентного туберкульозу

(далі — Дослідження) з дотриманням міжнародних стандартів.

В Україні за даними рутинного епідагляду рівень ВІЛ серед хворих на ТБ у 2015 році склав 18,5%. За даними Дослідження рівень ВІЛ серед хворих на легеневий ТБ склав 15,7%. Різницю показника, отриманого в результаті рутинного епідагляду та Дослідження, можна пояснити тим, що відповідно до протоколу Дослідження не включались випадки позалегенового ТБ та пенітенціарного сектору. Враховуючи зазначене, а також високий рівень консультування та тестування на ВІЛ серед хворих на ТБ, який досяг в 2015 році 96%, можна зробити висновок, що в Україні рівень охоплення хворих на ТБ скринінгом на ВІЛ достатній та знаходиться на постійному контролі.

За результатами Дослідження поширеність мультирезистентності в Україні серед нових та раніше пролікованих випадків ТБ складала 24,1% і 58,1% відповідно. У 11,2% штамів МР ТБ була виявлена стійкість до фторхінолонів та ін’єкційних ПТП другого ряду. Серед нових випадків ТБ рівень МР ТБ був вище серед пацієнтів молодого віку, які проживають в південно-східних областях України, а також серед тих, що мають обидва фактори ризику: бідність і позитивний ВІЛ-статус.

Порівнюючи показник рівня МР ТБ серед хворих на ТБ/ВІЛ за даними рутинного епідагляду та Дослідження: 25,0% у 2015 році (6 міс. 2016 р. — 23%) та 42,0% відповідно, можна відмітити про недостатню діагностику резистентних форм ТБ у хворих з поєднаною патологією ТБ/ВІЛ. Також зазначене підтверджує факт щодо низького охоплення ВІЛ-інфікованих швидкими методами діагностики на ТБ за допомогою GeneXpert, який досяг в 2015 році лише 63% серед легеневих форм ТБ/ВІЛ за даними реєстру хворих на ТБ.

При одновимірному аналізі результатів Дослідження спостерігався тісний зв’язок між ВІЛ-статусом і МР ТБ: ВІЛ-інфікований пацієнт мав більш високі шанси захворювання на МР ТБ на 77% (ВШ 1,77, 95% ДІ: 1,33–2,35, $p=0,000$).

Багатовимірний аналіз взаємодії факторів ризику Дослідження вказує на те, що зв'язок, що спостерігався між МР ТБ і ВІЛ серед нових випадків ТБ, залишався тільки у випадках, які мають низький соціально-економічний статус (ВШ: 2,91; 95% ДІ: 1,72–4,93). Серед нових випадків ТБ з соціально-економічним статусом, класифікованим як “середній і вище”, зв'язок між ВІЛ та МР ТБ був відсутній (ВШ: 1,14; 95% ДІ: 0,73–1,78). Так само не було виявлено ніякого зв'язку між низьким соціально-економічним статусом і МР ТБ серед ВІЛ-негативних пацієнтів з ТБ (ВШ: 1,25; 95% ДІ: 0,91–1,71). За даними рутинного епіднадзора відмічається аналогічний взаємозв'язок між МР ТБ/ВІЛ та соціально-економічним статусом: в 2015 році 65% безробітних ВІЛ-інфікованих мали МР ТБ серед нових випадків ТБ/ВІЛ, найчастіше у віці 25–44 роки.

Висновок. Враховуючи зазначене, можна зробити висновок, що в Україні рівень охоплення хворих на ТБ скринінгом на ВІЛ достатній. Разом з тим, неналежна своєчасна діагностика ТБ, в тому числі МР ТБ, серед ВІЛ-інфікованих, що наразі потребує систематичного поглибленого аналізу даних рутинного епіднадзора та посиленого контролю з боку обох служб як протидії ТБ так і ВІЛ. У зв'язку з недостатнім рівнем виявлення ТБ необхідно зосередити акцент на питанні щодо покращення охоплення систематичним скринінгом на ТБ серед ВІЛ-інфікованих та забезпечення універсального доступу до тестування медикаментозної чутливості, приділяючи особливу увагу пацієнтам молодого віку, з низьким соціально-економічним статусом, які мають більш високі шанси захворіти на ТБ, в тому числі МР ТБ.

О.О. Павлишин, М.Б. Служинська

ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОЇ ДІЇ У ПОЄДНАННІ З ПЕГЕЛЬОВАНИМ ІНТЕРФЕРОНОМ ТА РИБАВІРИНОМ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ ТА ЙОГО ВІРУСОЛОГІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ І ПЕРЕНОСИМІСТЬ

КЗ “Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Львів

Актуальність. Згідно даних Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами міністерства охорони здоров'я станом на 01.01.2016 року в Україні було зареєстровано 29 890 осіб з конфекцією ВІЛ/ВГС (вірусний гепатит С), з них ВІЛ/ВГС/ВГВ — 2839 осіб. У Львівській області, станом на 01.01. 2016 року перебувало на диспансерному обліку 331 пацієнт з конфекцією ВІЛ/ВГС, з них 85 осіб потребувало негайного лікування.

Мета дослідження: розширення досвіду застосування різних схем лікування для пацієнтів з конфекцією ВІЛ/ВГС.

Методи дослідження. Проведено аналіз отриманих матеріалів в рамках реалізації МБФ “Альянс громадського здоров'я” другого етапу проекту “Розширення доступу до ефективного лікування вірусного гепатиту С через моделі лікування на рівні громад для уразливих груп населення в умо-

вах обмежених ресурсів України” з лютого по жовтень 2016 року в КЗ “Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”. Оцінено переносимість та ефективність лікування, враховуючи обтяжений анамнез пацієнтів, взаємодію антиретровірусної терапії АРТ) та лікарських препаратів для лікування вірусного гепатиту С.

Отримані результати. Лікування вірусного гепатиту С отримало 35 осіб, з них 26 осіб з конфекцією ВІЛ/ВГС. Усі пацієнти з ВІЛ-інфекцією отримували АРТ, яка містила тенофовір (TDF). Застосовувались схеми софосбувір + пегельований інтерферон + рибавірин 12 тижнів для 28 пацієнтів, софосбувір + рибавірин 24 тижні — для 4 осіб, софосбувір + рибавірин 16 тижнів — для 2 осіб та 1 пацієнт був на схемі софосбувір + даклатасвір + рибавірин 12 тижнів.

У програмі лікування брали участь 18 осіб з 1 генотипом вірусного гепатиту С, 2 особи — з

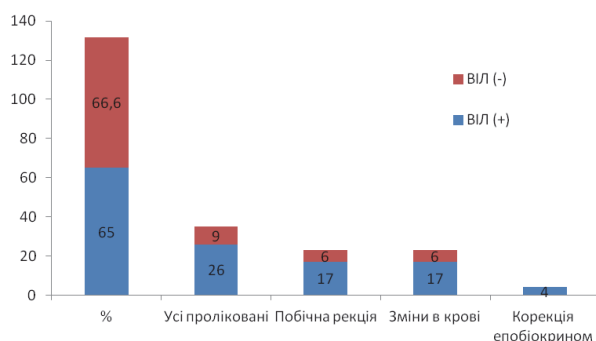


Рис. Прояви побічної дії

2 генотипом, 13 — з 3 генотипом та 2 особи з 4 генотипом. За рівнем фіброзу по шкалі METAVIR пацієнти розподілились наступним чином — F2 — 15 осіб, F3 — 7, F4 — 13 пацієнтів. На початок лікування у 13 пацієнтів рівень РНК вірусу гепатиту С був більше 600000 РНК коп./мл, у 22 — менше 600000 РНК коп./мл.

Стійка вірусологічна відповідь (СВВ) в кінці лікування була досягнута у всіх пацієнтів, які пройшли курс терапії вірусного гепатиту С. СВВ спостерігається на 12 тижні після закінчення лікування у 13 осіб з 35, які обстежилися. згідно рекомендацій “Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги “ Вірусний гепатит С у дорослих”, що затверджений наказом МОЗ України від 18.07.2016 № 729 “Про затвердження та впровадження медико — технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті С”.

Лікування отримали 35 осіб, з них 26 з ВІЛ-позитивним статусом, 9 — з негативними аналізами на ВІЛ-інфекцію. У 23 пацієнтів спостері-

галася побічна дія, з них 17 осіб — ВІЛ (+), усі приймали АРТ, один пацієнт також перебував на замісній терапії метадонном. З ВІЛ — негативним статусом побічні реакції були в 6 пацієнтів. На 4-му тижні лікування побічна реакція у вигляді анемії та лейкопенії спостерігалася у 23 осіб. У 3 з цих пацієнтів були безінтерферонові схеми лікування, а саме, софосбувір + рибавірин 24 тижні. Медикаментозної корекції, епобіокрином у дозі 50 МО/кг підшкірно 3 рази в тиждень, потребувало 4 особи із загальної кількості. У 3 з 4 пацієнтів, які лікувались 24 тижні софосбувіром + рибавірин, анемія легкого ступеня утримувалась до закінчення лікування (рис.).

Грипоподібний синдром спостерігався у всіх пацієнтів, які приймали пегельований інтерферон, 2 пацієнтів відмічали інтенсивний головний біль увесь період лікування. Обидвоє отримували софосбувір + пегельований інтерферон + рибавірин 12 тижнів. Зі слів усіх пацієнтів ліки приймалися без відхилень від графіку прийому. Ніхто не припинив достроково лікування.

Висновок. Коінфекція ВІЛ/ВГС і прийом АРТ суттєво не впливають на частоту виникнення побічної дії. Анемія зберігається у всіх випадках де наявний у схемі рибавірин. Введення у схеми терапії препаратів прямої дії для лікування вірусного гепатиту С суттєво покращили переносимість лікування, прихильність до лікування, а також результати вірусологічної відповіді. СВВ на момент закінчення лікування спостерігається у всіх 35 пацієнтів. На даний момент на жаль неможливо зробити висновок про СВВ через 12 тижнів після лікування, але з 13 обстежених у 13 РНК вірусу гепатиту С не виявляється.

О.Д. Петровська, О.В. Велигодська, А.М. Циганкова, Л.О. Саприкіна, Т.В. Скибіна

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ВІЛ-ПОСЛУГ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

КУ “Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом” Запорізької обласної ради, м. Запоріжжя
КУ “Мелітопольський центр з профілактики та боротьби зі СНІДом” Запорізької обласної ради, м. Мелітополь
ДУ “Запорізький обласний лабораторний центр МОЗ України”, м. Запоріжжя

Актуальність. До теперішнього часу ВІЛ-інфекція залишається актуальною проблемою в галузі охорони здоров'я населення Запорізької області. Впродовж останніх 10 років показник за-

хворюваності на ВІЛ-інфекцію виріс на 38,8% — з 23,4 на 100 тисяч населення у 2006 році до 32,5 у 2015 році, хоч щорічно був нижче показника по країні. За вказаний період рівень захворюваності

на СНІД збільшився у 4,3 рази і склав у 2015 році 21,3 на 100 тисяч населення при показникові по Україні — 19,8. У поточному році також зберігається тенденція до зростання захворюваності. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію за 9 місяців склав 29,49 на 1000 тисяч населення (9 місяців 2015 року — 21,81), на СНІД — 18,88 (9 місяців 2015 року — 15,75). За результатами дослідження програми “Спектр” оціночна кількість людей з ВІЛ-позитивним статусом в області — 6531 особа. У середньому, щорічно 45–52% ВІЛ-інфікованих вперше в житті заключний діагноз встановлюється в III–IV стадіях захворювання, що свідчить про пізнє виявлення у них ВІЛ-статусу. За результатами каскадного аналізу даних на початок досліджень, станом на 01.01.2016, активно відвідували центри СНІД або кабінети “Довіра” 46% пацієнтів від їх оціночної кількості в області; антиретровірусною терапією охоплено 30% пацієнтів від оціночної кількості; 23% пацієнтів мали невизначальне вірусне навантаження.

Мета роботи. Оцінити рівень залучення представників груп підвищеного ризику до консультування та тестування на ВІЛ; диспансеризації, лікування та досягнення його ефективності у пацієнтів із встановленим ВІЛ-позитивним статусом.

Методи дослідження. Для оцінки спроможності існуючої системи надання безперервних послуг з ВІЛ/СНІДу в області, побудови каскаду профілактики і лікування ЛЖВ були використані когортний та крос-секційний методи дослідження. Під час менторських візитів до сайтів АРТ міст та районів проводилась верифікація та оцінка якості даних.

Отримані результати. З метою реалізації моделі покращення якості ВІЛ-послуг виданий наказ обласного Департаменту охорони здоров'я від 20.11. 2015 р. №1144, підписана відповідна Дорожня карта. Щопівріччя розробляються цикли Демінга щодо впровадження змін на кожному сайті АРТ, проводиться аналіз їх ефективності. Методична та фінансова допомога (комп'ютеризація сайтів АРТ) у тестуванні змін надається проектом USAID RESPOND.

Внаслідок впровадження моделі покращення якості ВІЛ-послуг у лікувальних закладах області розроблені маршрут пацієнта. Локальні протоколи з консультування і тестування на ВІЛ, розширений час забору крові для дослідження на ВІЛ методом ІФА (щоденно в робочі дні тижня). Доставка зразків крові/сироваток крові до лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції здійснюється не рідше одного разу

на тиждень. КУ “Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом” Запорізької обласної ради надсилає ВІЛ-позитивні результати досліджень на кабінети “Довіра” через Інтернет. В діяльність закладів охорони здоров'я 17 адміністративних територій області з 24 впроваджено обстеження пацієнтів на ВІЛ з використанням швидких тестів. В центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, кабінеті “Довіра” Бердянської міської лікарні здійснюється одночасний забір крові для ІФА-2, визначення СД4 та постановка пацієнта на диспансерний облік. До організації медичного обслуговування ВІЛ-позитивних залучені вузькі спеціалісти і сімейні лікарі. З метою децентралізації надання антиретровірусної терапії у I кварталі поточного року відкриті 4 нових сайти АРТ, у IV кварталі планується відкрити ще 4 сайтів.

За результатами каскадного аналізу даних на 01.10.2016, активно відвідували центри СНІД або кабінети “Довіра” 65% пацієнтів від їх оціночної кількості в області; антиретровірусною терапією охоплено 34,5% пацієнтів від оціночної кількості. Питома вага пацієнтів, взятих на диспансерний облік з числа виявлених з антитілами до ВІЛ, зросла з 51% (248 осіб з 489) за 9 місяців 2015 року до 67% у поточному році (347 осіб з 521), на сайтах АРТ — з 47% (192 особи з 395) до 61% (255 осіб з 416) відповідно.

Завдяки оптимізації маршруту пацієнта, на 12 сайтах АРТ питома вага пацієнтів, які були поставлені на диспансерний облік впродовж місяця з дати первинного позитивного результату за 9 місяців 2016 року, у порівнянні з аналогічним періодом 2015 року, зросла на 19% і становить 83%.

На сайтах АРТ м.м. Запоріжжя, Бердянська, Василівського, Токмацького районів, де у 2016 році неурядовими організаціями виконується проект по залученню статевих партнерів ЛЖВ до обстеження на ВІЛ, у порівнянні з 9 місяцями 2015 року, на серологічні маркери ВІЛ обстеження статевих партнерів зросло в 2 рази.

Висновки.

1. Отримані результати свідчать про ефективність впровадження моделі покращення ВІЛ-послуг; необхідність посилення континууму ВІЛ-послуг в області за участю закладів охорони здоров'я та неурядових організацій з метою досягнення кількісних завдань, які вказані у Дорожній карті.

2. Обстеження осіб з груп ризику, пацієнтів за клінічними показаннями в сільських районах, які віддалені від лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції, сприяє своєчасному виявленню ВІЛ-позитивних

осіб і ранній постановці їх на диспансерний облік, призначенню АРТ і, як наслідок, покращення якості життя.

3. З урахуванням того, що АРВ терапія виконує профілактичні функції в суспільстві, очікується стабілізація істинної захворюваності на ВІЛ.

А.П. Петулько, О.О. Волікова, Т.М. Панікова, Н.В. Сімонова

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК НА ТЛІ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТА С

ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”, м. Дніпро

Актуальність. Проблема ВІЛ/СНІД залишається однією з найбільш актуальних у світовій системі охорони здоров'я, незважаючи на багаторічне впровадження профілактичних, діагностичних, лікувальних та інших заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Вагітність у ВІЛ-інфікованих вагітних з вірусним гепатитом С (ВГС) характеризується високим ризиком внутрішньоутробного інфікування та можливістю інфікування новонародженого під час пологів та післяпологовому періоді.

Метою дослідження було вивчення джерела інфікування вагітних, перебігу вагітності та тактики ведення пологів у жінок з вірусним гепатитом С та ВІЛ-інфекцією.

Методи дослідження. Нами обстежено 14 вагітних з ВГС на тлі вагітності. У 11 (78,6%) вагітних ВГС був виявлений разом з ВІЛ-інфекцією, де джерелом інфікування були сексуальні контакти та зараження нестерильними шприцями у наркоманів. У 3 (21,4%) вагітних виявився ятрогенний шлях інфікування (медичні працівники).

Всі вагітні були обстежені за допомогою загальноклінічних методів. ВГС підтверджувався виявленням методом ІФА анти-НСV та шляхом виявлення вірусного генома методом полімеразної ланцюгової реакції — РНК-НСV. Всі вагітні були оглянуті терапевтом та інфекціоністом та стояли на обліку у СНІД-центрі.

Результати дослідження та їх обговорення. Виявлення анти-НСV спостерігалось у 12 (85,7%) вагітних. У 8 (57,1%) вагітних з ВГС також виявлялась РНК-НСV. За вираженістю клінічних проявів у 8 (57,1%) вагітних була субклінічна форма ВГС, у 4 (28,6%) — маніфестна безжовтянична, у 2 (14,3%) — маніфестна жовтянична. За ступенем важкості у 7 (50%) вагітних ВГС протікав у легкому ступені важкості, у 5 (35,7%) — в середньоважкому, у 2 (14,3%) — у важкому.

В показниках загальних аналізів крові звертала увагу лейкопенія у 9 (64,3%) вагітних з ВГС, зниження ШОЕ у 8 (57,1%) вагітних, у 5 (35,7%) вагітних виявлена тромбоцитопенія. При дослідженні біохімічних показників крові звертало увагу підвищення прямого білірубину у 2 (14,3%) вагітних, активності АЛТ у 11 (78,6%) вагітних. Також у 10 (71,4%) вагітних було виявлено зниження протромбінового індексу та гіпофібріногенемія.

Лікування гепатиту С при легкому та середньому ступені важкості обмежувалося дотриманням лікувально-охоронного режиму, отриманням дієти № 5 (за Певзнером), ентеросорбентів, десенсибілізуючих засобів, та вітаміну С. Дезінтоксикаційна, ферментативна терапія проводилась за показаннями. Методом розродження у 11 (78,6%) вагітних був кесарів розтин згідно клінічного протоколу МОЗ України від 27.12.2011. № 977 (коінфіковані жінки ВІЛ та вірусним гепатитом С). Операція була виконана в плановому порядку. У 3 (21,4%) вагітних розродження відбувалось через природні пологові шляхи.

Висновки. Основним шляхом інфікування вагітних були статевий та парентеральний. Специфічне противірусне лікування ВГС під час вагітності не проводилось. Лікування ВІЛ-інфекції було проведено згідно терміну вагітності та протоколу МОЗ України № 582 від 15.12.2003 р.

Оптимальний метод розродження при вірусному гепатиті С на цей час остаточно не визначений. Пологи ведуть через природні пологові шляхи. Кесарів розтин проводять виключно за акушерськими показниками. Кесарів розтин не зменшує ризик трансмісії гепатиту від матері до плоду, але проводиться з метою попередження вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до плоду.

А.П. Подаваленко¹, Д.В. Куш²

УМОВИ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В РІЗНИХ ОБЛАСТЯХ СХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти

² КЗОЗ “Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Харків

Актуальність. Наразі в Україні до епідемії ВІЛ-інфекції залучені переважно особи з груп підвищеного ризику (споживачі ін'єкційних наркотиків; особи, які надають сексуальні послуги за винагороду; чоловіки, які мають секс із чоловіками, та їх партнери). На сьогодні поширення масштабів цієї епідемії відбувається саме серед загального населення, в першу чергу, внаслідок підвищення епідеміологічної значимості статевого шляху передачі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).

В сучасних умовах перебіг епідемічного процесу ВІЛ-інфекції характеризується нерівномірністю поширення інфекції на територіях та регіональними особливостями проявів, зокрема різним рівнем захворюваності серед сільських та міських жителів, вікових та груп підвищеного ризику, а також за статтю, що може свідчити про вплив конкретних чинників на певній території. Тому в сучасних умовах нагальним завданням охорони здоров'я, громадських та неурядових організацій є визначення умов та причин, які можуть сприяти поширенню ВІЛ-інфекції на певній адміністративній території.

Мета дослідження: виявлення умов поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення в східних областях України з різними рівнями захворюваності на цю інфекцію та якості життя населення (модель Харківська та Запорізька області).

Методи дослідження. Дослідження проводили у Харківській та Запорізькій областях, які розташовані у східному регіоні України, характеризуються різними рівнями захворюваності на ВІЛ-інфекцію та якістю життя населення. У роботі використано звітні та аналітичні дані КЗОЗ “Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом” Харківської області, КУ “Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом” та МОЗ України за 2005–2015 рр. Аналіз проявів епідемічного процесу ВІЛ-інфекції, СНІДу та туберкульозу проводили за допомогою описово-оціночних та аналітичних прийомів епідеміологічного методу дослідження.

Для оцінки якості життя населення в областях дослідження використали інформацію Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України щодо розрахунку індексу людського розвитку (ІЛР), що використовується для виявлення проблем соціально-економічної політики на регіональному рівні. Індекс нараховує 33 показника, що зводяться у 6 субіндексів за окремими аспектами людського розвитку: відтворення населення; соціальне становище; комфортне життя; добробут; гідна праця; освіта. Субіндекси утворюють єдиний інтегральний показник для певного регіону України. У 2014 р. Харківська область займала перше рангове місце за інтегральним ІЛР (4,274), а Запорізька область — п'яте (3,974). У Харківській області виявилися кращі показники, ніж у Запорізькій області, за такими субіндексами: соціальне середовище (відповідно 0,692 та 0,437), комфортне життя (відповідно 0,617 та 0,530), гідна праця (відповідно 0,577 та 0,562) та освіта (відповідно 0,878 та 0,861), а гірші — відтворення населення (відповідно 0,662 та 0,713) та добробут (0,848 та 0,861). Харківська та Запорізька області — це великі промислові центри з рівнями урбанізації відповідно 80,3% та 77,1%.

Отримані результати. Проведені дослідження показали, що ВІЛ-інфекція у Харківській та Запорізькій областях поширювалася з однаковою інтенсивністю. Так, за 2005 — 2015 рр. зростання показників поширеності інфекції відбулося в 2,6 рази. Але у Харківській області, порівнюючи з даними Запорізької області, середні багаторічні показники поширеності інфекції (відповідно $84,6 \pm 1,7$) та $(157,9 \pm 3,0)$ на 100 тис. населення, $p < 0,05$), захворюваності на ВІЛ-інфекцію (відповідно $18,9 \pm 0,8$) та $(28,7 \pm 1,3)$ на 100 тис. населення, $p < 0,05$) та СНІД (відповідно $5,8 \pm 0,9$) та $(13,5 \pm 0,5)$ на 100 тис. населення, $p < 0,05$), а також смертності (відповідно $2,2 \pm 0,6$) та $(5,9 \pm 0,3)$ на 100 тис. населення, $p < 0,05$) були у 1,5 — 2,6 разів нижчими.

Важливу роль у поширенні ВІЛ-інфекції відіграє соціальне середовище, зокрема безробіття та

бідність, які спонукають населення до злочинності, проституції та наркоманії. У Харківській області стан соціального середовища значно кращий, ніж у Запорізькій області. Крім цього, індикатором соціального середовища може бути рівень захворюваності на туберкульоз. В областях дослідження встановлено зворотний кореляційний зв'язок між регіональними ІЛР та показниками захворюваності на туберкульоз (Харківська область — $r=-0,93$, $p<0,01$; Запорізька область — $r=-0,71$, $p<0,05$). Але захворюваність на туберкульоз у Харківській області у 2015 р. була значно нижчою, ніж в Запорізькій області, і становила відповідно $(39,6\pm 1,2)$ та $(59,3\pm 1,8)$ на 100 тис. населення ($p<0,05$).

Аналізуючи провідні шляхи передачі ВІЛ в областях дослідження, виявили, що у Харківській області за 2005 — 2009 рр. домінував парентеральний шлях передачі, а за 2010 — 2014 рр. відсотки ВІЛ-інфікованих із парентеральним та статевим шляхами передачі суттєво не відрізнялися ($p>0,05$).

В той же час в Запорізькій області у 2007 р. відбулася зміна домінуючого парентерального шляху передачі ВІЛ на статевий і щорічно частка хворих на ВІЛ-інфекцію із цим шляхом передачі зростала. У 2015 р. на статевий шлях передачі інфекції у Харківській області приходилося $(56,4\pm 2,2)\%$, а у Запорізькій — $(60,6\pm 2,0)\%$ ($p>0,05$), а на парентеральний — відповідно 22,6% та 24,8%.

Висновки. Збільшення частки хворих із статевим шляхом передачі в східних областях України свідчить про наявність умов поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення, але в Запорізькій області ризик генералізації епідемічного процесу вищий, ніж у Харківській області. Поширеність ВІЛ-інфекції на конкретній адміністративній території залежить від стану соціального середовища про що свідчать вищі показники захворюваності та смертності в Запорізькій області, яка характеризується гіршими показниками якості життя населення, ніж Харківська область.

К.Є. Попова

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В АНЕКСОВАНОМУ КРИМУ

МБФ “Альянс громадського здоров’я”, м. Київ

АР Крим та м. Севастополь відносяться до регіонів з високим тягарем поширеності ВІЛ-інфекції, особливо серед уразливих груп. Поширеність ВІЛ-інфекції станом на 01.01.2014 року в АР Крим складала 425,5 на 100 тис (8 275 осіб) та в м. Севастополь 480 на 100 тис. (1 842 особи). Частка СІН від загальної кількості нових випадків ВІЛ складає в АР Крим 26,3% та в м. Севастополь 35,2%. Відповідно до територіальної рейтингової оцінки за останніми статистичними показниками 2013 року, поширеність ВІЛ-інфекції серед уразливих груп складає: СІН (споживачі ін'єкційних наркотиків) — 21,9%, РКС (робітники комерційного сексу) — 5,5%; ЧСЧ (чоловіки, які мають секс з чоловіками) — 10%, проти середніх показників по Україні: СІН — 19,7%, РКС — 6,8%, ЧСЧ — 5,9%.¹

Зважаючи на високі показники поширеності ВІЛ-інфекції, вкрай важливим є забезпечення безперебійного надання профілактичних послуг для найбільш уразливих груп населення Кримського півострова. Незважаючи на анексію Автономної Республіки Крим та міста Севастополя послуги з профілактики ВІЛ-інфекції серед найбільш уразливих груп населення продовжують надаватися за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією трьома партнерськими організаціями: Автономна некомерційна організація соціальних проєктів “Молодіжний центр жіночих ініціатив”, Кримська республіканська громадська організація молодіжних ініціатив “Твоя Перемога”, Благодійний фонд “Надія та Порятунк”.

Кримські НУО (неурядові організації) надають наступні комплексні послуги з профілактики:

- консультування з питань зниження ризиків передачі ВІЛ/ІПСШ/ТБ;

¹ <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/292db4852fd9bdcddde533c5a216ad19.pdf>

- розповсюдження матеріалів для профілактики ВІЛ/ІПСШ;
- супровід клієнтів в експрес-тестуванні швидкими тестами на ВІЛ, ІПСШ, гепатит С, гепатит В;
- кейс менеджмент осіб, які отримали позитивний результат швидкого тесту на ВІЛ-інфекцію;
- переадресація в заклади охорони здоров'я;
- забезпечення активного виявлення випадків туберкульозу.

Інформація про діяльність програми збирається через систему різних методів: ведення онлайн бази даних SyrEx — на щотижневій основі, подання програмних та фінансових звітів — на щоквартальній основі, верифікація та аналіз первинної проектної документації в ході моніторингових візитів — на піврічній основі.

Протягом 9 місяців 2016 року 12419 СІН, 2869 РКС та 1373 ЧСЧ отримали мінімальний пакет послуг в кримських проектах профілактики. 9319

клієнтів проекту отримали послугу з супроводу соціальним працівником експрес-тестування на ВІЛ, з них 97 клієнтів СІН, 6 РКС та 4 ЧСЧ дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус. Відсоток клієнтів, які звернулися до центрів СНІДу для підтвердження позитивного результату експрес-тесту на ВІЛ 96%, з них 95% були поставлені на диспансерний облік в центрах СНІДу та 63% клієнтів з кагорти розпочати прийом АРТ (антиретровірусна терапія).

Враховуючи вищевикладене, необхідно і в подальшому підтримувати профілактичні заходи серед осіб з ключових груп населення Автономної Республіки Крим та міста Севастополя, які підпадають під найбільший ризик інфікування ВІЛ, — це життєво необхідний крок у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції. Поряд з розширенням охоплення програмами, належну увагу необхідно приділити якості та інтенсивності втручань.

Н.О. Рингач

ОЦІНКА БЕЗПОВОРТНИХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ВТРАТ ВНАСЛІДОК ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ, ЗУМОВЛЕНОЇ ВІЛ

Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, м. Київ

Актуальність. Передчасна смертність, що значно перевищує аналогічні рівні розвинутих країн світу, сьогодні є однією із найгостріших соціальних проблем України. У формування передчасної смертності вагомим є внесок ВІЛ, адже переважна частина зумовлених цією причиною смертей сконцентрована у відносно молодому віці. Одним із підходів до вивчення втрат, спричинених ранньою смертністю, є оцінка обсягу потенційного життя, недожитого через настання такої смерті. Розрахунок обсягу років втраченого потенційного життя (Years of Potential Life Lost) дозволяє оцінити як міру впливу передчасної смертності в цілому, так і відносну значущість окремих причин смерті. Конвертація цього обсягу у економічний еквівалент дає змогу представити вартість втрачених років потенційного життя у грошовому вигляді.

Метою дослідження стало оцінити безповоротні втрати, спричинені смертністю від цієї патології, за допомогою методу потенціальної демографії.

Методи дослідження. Інформаційною базою дослідження стали офіційні дані Державної служби статистики України щодо розподілу померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті за статтю, віковими групами та причинами смерті за підсумками 2015 року та відповідні у часі макроекономічні показники (зокрема, ВВП на душу населення). Розрахунки здійснювались для вікового інтервалу від народження до 65 років (смерть до досягнення 65-річного віку вважається передчасною). Слід усвідомлювати, що і смерті (N24) українців, старших 65 років, також є неприродними і такими, яких можна було б уникнути. Зазначимо також, що дані щодо смертності 2015 р. є неповними через брак інформації з анексованої АР Крим та неконтрольованої Україною частини територій Донецької і Луганської областей.

Отримані результати. Згідно офіційній статистиці, у 2015 р. в Україні було зареєстровано 4007 смертних випадків внаслідок хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини, до досягнення 65 років. Пов'язуючи число років, недожитих до

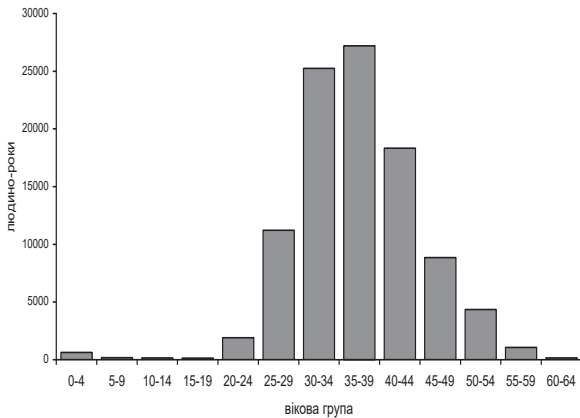


Рис. Кількість втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності, зумовленої ВІЛ, за окремими віковими групами, людино-роки, 2015 р.

межі 65 років, з кількістю випадків смерті у визначеному віці, ми отримували обсяг втрачених років за кожною п'ятирічною віковою групою. За результатами наших розрахунків, у 2015 р. ці передчасні смерті сумарно спричинили втрату майже ста тисяч (99452,5) людино-років потенційного життя. Масштаби втрат за окремими віковими групами, проілюстровані на рис. Найчисельніші втрати, як видно на діаграмі, сконцентровано у молодому та середньому віці.

Для аналізу ми користуватися не лише абсолютною кількістю втрат років потенційного життя через смертність, а й відносним показником на один випадок смерті внаслідок цієї причини. За нашими розрахунками, число їх на кожного українця, який загинув від ВІЛ/СНІДу, у 2015 р. становило 24,8 року. Для порівняння, аналогічний

розрахунковий показник для туберкульозу досягав лише 19,4 року, що зумовлено відносно вищим середнім віком настання смерті внаслідок цього захворювання.

Нами також було здійснено спробу оцінити, скільки щорічно коштують українському суспільству передчасні смерті її громадян, зумовлені ВІЛ, за допомогою обрахунку обсягу валового внутрішнього продукту (ВВП), втраченого через передчасну смертність.

Вибравши за ціну року втраченого життя величину ВВП на душу населення, яка в Україні у 2015 році становила 46210,2 гривні, або 2115,4 долара США (\$) на душу населення, ми здійснили оцінку втрат років потенційного життя через передчасну смертність. За нашими розрахунками, обсяг збитків через передчасну смертність населення України, зумовлену ВІЛ, становив 4595,72 млн. гривень або 210,38 млн. \$.

Висновки. Оцінка безповоротних демографічних і економічних втрат внаслідок передчасної смертності, зумовленої ВІЛ, засвідчує їх вагомість. Зокрема, у 2015 р. за рахунок смертності до досягнення 65 річного віку, зумовленої ВІЛ, у в Україні було втрачено 99452,5 людино-років потенційного життя, причому більшість втрат сконцентровано у молодому та середньому віці. Кількість втрачених років потенційного життя на кожний випадок смерті від ВІЛ/СНІДу становила 24,8 року. Обсяг збитків у вигляді недоотриманого національного продукту через передчасну смертність громадян України, зумовлену ВІЛ, у 2015 р. можна оцінити у суму, еквівалентну понад 4,6 млрд. гривень або більше 210 млн. \$.

С.А. Рудий, Н.В. Салабай

ПІЛОТУВАННЯ ІНТЕГРАЦІЇ ВІЛ-ПОСЛУГ В ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ НАРКОЛОГІЧНИХ КЛІНІК

Управлінням ООН з наркотиків та злочинності (UNODC) в Україні

Актуальність. Пілотні проекти Управління ООН з наркотиків та злочинності (УНЗ ООН) щодо інтеграції ВІЛ-послуг в практичну діяльність наркологічних клінік базувалися на епідеміологічних даних щодо поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) та наркологічній статистиці 2013–2014 рр. Оціночна кількість

СІН становила в 2013 році 310 тис. осіб (інтервал від 230 тис. до 360 тис.)¹, а рівень поширеності ВІЛ-інфекції в цій групі становив 19,7%. За офі-

¹ <http://dssz.gov.ua/index.php/nacionalna-rada/diyalnist-nacrady/1777-25-lipnya-2013-roku-zasidannyanatsionalnoji-radi-z-pitan-protidiji-tuberkulozu-ta-vil-infeksiji-snidu>

ційною інформацією, в 2014 р. в Україні було зареєстровано 84739 осіб з наркотичною залежністю (з них — 42652 особи із залежністю від опіоїдів) і 24152 особи із залежністю від легких наркотиків. Протягом 2014 року стаціонарну та амбулаторну допомогу в закладах наркологічної служби отримало 30022 особи із залежністю. В усіх областях України функціонує широка мережа державних наркологічних, тут створено 1779 ставок наркологів, які надають спеціалізовану допомогу наркозалежним і наявний потенціал надання СІН інтегрованої медичної допомоги в зв'язку з ВІЛ. Проте такі послуги не є частиною програм лікування наркозалежності, а рівень співпраці та координації між державними наркологічними службами та НУО, що надають профілактичні послуги, залишається невисоким.

Мета. Виходячи з таких передумов УНЗ ООН вбачало за необхідне зробити спробу використати потенціал наркологічної служби для впровадження ВІЛ-послуг, зокрема консультування і тестування на ВІЛ (скринінгове), надання та моніторинг АРТ, діагностика ТБ і ЗППП.

Методи дослідження. В рамках проекту “Підвищення ефективності заходів правоохоронних органів, пенітенціарної системи та наркологічної служби у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу” (HIV-PLEDGE), що впроваджується за фінансової підтримки Агенції з міжнародного розвитку США (AMF США), УНЗ ООН протягом червня 2014 – липня 2015 рр. підтримало 3 пілотні ініціативи, спрямовані на інтеграцію науково-обґрунтованих інтервенцій в зв'язку з ВІЛ в роботу наркологічної служби.

Пілотні установи Києві, Харкові та Полтаві вирішували такі завдання:

- створити необхідні умови, політики і системи управління для успішної реалізації пілотних проектів в міських наркодиспансерах;
- налагодити функціональну систему перенаправлення між наркологічними службами і програмами зменшення шкоди для отримання профілактичної інформації та профілактичних роздаткових матеріалів;
- забезпечити для пацієнтів наркологічної служби наявність та доступність консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію як складової програми лікування наркозалежності;
- створити сприятливі умови для розширення програм опіоїдної замісної терапії (ОЗТ);
- забезпечити зв'язок між ОЗТ, іншими заходами з лікування наркозалежності і програмами

АРТ, лікуванням гепатитів В і С, туберкульозу та ЗПСШ;

- забезпечити роботу зі статевими клієнтами пацієнтів;
- створити сприятливі та вільні від стигми і дискримінації умови надання допомоги СІН;
- підвищити якість медичної допомоги через впровадження відповідних локальних клінічних протоколів.

Отримані результати. Виконання завдань проекту створило умови для інтеграції науково-обґрунтованих ВІЛ-асоційованих послуг за принципом єдиного вікна. Це стало можливим через розробку та впровадження локальних клінічних протоколів з консультування та тестування на ВІЛ, скринінгу на туберкульоз та ЗПСШ, ОЗТ.

Впровадженню пов'язаних з ВІЛ послуг на базі пілотних наркологій сприяло налагодження міжсекторальної співпраці з місцевими адміністраціями, лікувальними закладами та ВІЛ-сервісними НУО.

Впровадження пілотів було також забезпечене навчанням персоналу пілотних закладів та їх партнерських організацій (36 осіб) щодо оцінки, планування та проведення лікування наркозалежності, мотиваційного консультування, тестування та консультування на ВІЛ-інфекцію, ведення випадку ко-інфекції ВІЛ/ТБ.

Висновки. За підсумками пілотування ми можемо зробити висновок, що впровадження ВІЛ асоційованих послуг у наркологічних закладах для більшого та невідкладного охоплення можливе за умов невеликих витрат робочого часу для створення систем та нормативної документації В перспективі існування таких послуг на базі комунальних закладів дозволить залучати фінансування і на профілактичні програми, зокрема. Відповідно до розроблених локальних протоколів, можливо і необхідно впровадити в практику діяльності наркологічних закладів такі нові процедури (перелік не є вичерпним):

- консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію із використанням швидких тестів;
- консультування\супровід лікаря-інфекціоніста;
- перенаправлення та супровід осіб з позитивним результатом до СІНД-центрів, Кабінетів довіри для взяття на облік;
- надання та моніторинг АРТ;
- надання активним СІН інформаційних матеріалів та засобів зменшення шкоди та профілактики ВІЛ-інфікування;

- широке застосування практики видачі додому відповідних доз чи рецептурної видачі препаратів для пацієнтів ОЗТ;
- скринінг на ТБ і перенаправлення\супровід на діагностику до протитуберкульозних закладів;
- забір мокротиння для діагностики ТБ;
- проведення лікування ТБ (ДОТ);
- скринінг на ЗПСШ і перенаправлення в дерматовенерологічні заклади.

А.А. Садовник, С.В. Єсипенко

РІШУЧІ ПОЛІТИЧНІ ДІЇ У СФЕРІ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ З ПИТАНЬ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

КУ “Одеський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”

Актуальність. Одним із критеріїв оцінки стану здоров'я населення Одеської області є відсутність ознак подолання епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу й туберкульозу, нарощування масштабів епідемії гепатитів В та С. Рівень поширення ВІЛ-інфекції, туберкульозу та ко-інфекції ТБ/ВІЛ в області найбільший у країні та перевищує середньоукраїнські показники у 2–3 рази.

Негативна тенденція до поширення ко-інфекцій ТБ/ВІЛ та гепатити/ВІЛ свідчить про те, що окремі програми та заходи з протидії ТБ, ВІЛ та гепатитам не привели до поліпшення ситуації в регіоні. Аналіз ситуації з ВІЛ/СНІДу, ТБ та гепатитам свідчить про низький рівень доступу до послуг з профілактики, медичної та соціальної допомоги, особливо серед груп підвищеного ризику та відсутність інтегрованого підходу під час надання допомоги.

Мета дослідження. Визначити стратегічні напрямки діяльності у сфері протидії соціально значущим захворюванням (ВІЛ-інфекція, туберкульоз та парентеральні гепатити) в Одеській області

Методи дослідження. Аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ, ТБ, гепатитам, ко-інфекціям ТБ/ВІЛ та гепатити/ВІЛ в Одеській області; оцінка якості та доступності послуг

Отримані результати. Основні напрямки діяльності для досягнення цілей є: політична відданість із забезпеченням адекватних ресурсів; застосування підходів управління, орієнтованих на результат; зміна моделей фінансування; фокусування першочергової уваги на групах підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, ТБ та гепатитам; комплексне та орієнтоване на пацієнта лікування та профілактика у закладах первинної

медичної допомоги; інтегрований підхід у протидії ко-інфекціям ТБ/ВІЛ, ВГ/ВІЛ.

Досягнення цілей Стратегії ЮНЕЙДС з питань ВІЛ-інфекції та туберкульозу в області реалізується шляхом зміни підходів до управління в системі боротьби з ВІЛ-інфекцією, ТБ та гепатитів. Для цього розроблена єдина обласна програма з протидії соціально небезпечним хворобам, яка забезпечує реалізацію комплексних заходів з профілактики та лікування цих захворювань. У програмі розширені масштаби заходів по боротьбі з ВІЛ-інфекцією, ТБ та гепатитам, скоординовані необхідні заходи для уникнення дублювання і заповнені прогалини в наданні послуг різними службами.

Для забезпечення ефективного управління заходами з протидії соціально небезпечних хвороб існує необхідність розмежування між державними інституціями функцій системи охорони здоров'я на дві підсистеми: охорону громадського здоров'я та безпосередньо організацію надання медичної допомоги (послуг) населенню з питань соціально значущих хвороб.

Назріла необхідність створення Регіонального Центру громадського здоров'я та Центру соціально небезпечних хвороб. Створення єдиного центру має на меті першочергово забезпечити доступ пацієнтів до медичних та соціальних послуг на амбулаторному етапі. Для цього розроблені механізми соціального замовлення для неурядових постачальників послуг, особливо при роботі з ключовими уразливими групами населення. Модель соціального замовлення в рамках Програми протидії ВІЛ та іншим соціально небезпечним захворюванням для забезпечення супроводу вищезазначеної категорії буде відпрацьована за під-

тримки міжнародних організацій, в подальшому — за рахунок обласного бюджету шляхом перерозподілу коштів зі стаціонарного компоненту при скороченні ліжок ТБ служби до амбулаторного компоненту й витрати їх за призначенням.

У коротко- і середньостроковій перспективі реалізація амбулаторної моделі та її інтеграція до первинної медико-санітарної допомоги будуть впливати на стаціонарні та амбулаторні протитуберкульозні заклади у вигляді значного скорочення ліжок, норми госпіталізації, середньої тривалості перебування в лікарні, збільшення числа відвідувань тощо. Вплив цих ініціатив на протитуберкульозну стаціонарну та спеціалізовану амбулаторну інфраструктуру буде відбуватися швидко.

Висновки. Враховуючи зазначене, для досягнення цілей Стратегії ЮНЕЙДС до 2030 року

область потребує перегляду та розробки нових стратегій і політик з питань протидії соціально небезпечним хворобам. У результаті проведеної комплексної реорганізації закладів, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим, хворим на ТБ та ко-інфекції ТБ/ВІЛ та гепатити/ВІЛ передбачається створення системи, інфраструктура якої буде відповідати потребам населення в медичній допомозі, забезпечить ефективний розподіл та використання ресурсів, створить відповідні стимули для медичного персоналу до інтенсивної та якісної роботи. Весь комплекс інституційних перетворень та змін у політиці у сфері “Соціально небезпечні хвороби” дозволить наблизити медичну допомогу до пацієнта, що суттєво збільшить внесок у систему охорони здоров’я в поліпшення здоров’я населення області.

Н.В. Салабай, Н.М. Прокопенко, О.П. Яцура

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЕКТУ З ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАХОДІВ ПРАВООХОРОННИХ ОРГАНІВ У ВІДПОВІДЬ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

Управлінням ООН з наркотиків та злочинності (UNODC) в Україні

Актуальність. У більшості країн світу поширені практики взаємодії правоохоронних органів з іншими установами й організаціями, як державними, так і недержавними, у сфері протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДУ, ТБ, інших соціально небезпечних хвороб. В Україні на сьогодні не існує єдиного механізму співпраці між органами внутрішніх справ, медичними і соціальними службами, а також НУО для покращення доступу до програм профілактики й лікування для уразливих до ВІЛ осіб, зокрема СІН. Саме тому створення міжсекторального партнерства й співробітництва з питань доступу до ВІЛ-сервісних послуг представників груп ризику є актуальним для нашої країни.

Мета. З метою посилення ролі поліції у сфері протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДУ на місцевому рівні, а також розвитку міжвідомчого співробітництва, в рамках проекту “Підвищення ефективності заходів правоохоронних органів, пенітенціарної системи та наркологічної служби у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ” (впроваджується УНЗ ООН за підтримки USAID) були відпід-

отовані механізми перенаправлення поліцією СІН на отримання послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції у Києві, Полтаві та Хоркові.

Методи. В межах виконання основних завдань НДО — виконавцями пілотних проектів (МБФ “Вертикаль”, м. Київ; ГО “Світло надії”, м. Полтава; БФ “Благо”, м. Харків) протягом 2015–16 рр. було вжито низку заходів, спрямованих на:

- нормативно-правове врегулювання механізму співпраці органів правоохоронної системи з медичними і соціальними службами, НДО, установами й організаціями медико-соціального спрямування для надання комплексу послуг з попередження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДУ (у м. Полтаві підготовлено й ухвалено меморандум про взаємодію, угоду про співпрацю, впроваджено профілактичну програму “Підхід 600”, запозичену в Амстердамі; у м. Харкові — План спільних дій; у Києві — Стратегію інноваційного механізму взаємодії);
- розробку та апробацію навчальних модулів, а також забезпечення навчання фахівців, залуче-

них до реалізації механізму співпраці (дільничні офіцери, співробітники відділів/управлінь поліції й патрульні поліцейські, інспектори Служби пробачії, соціальні й медичні працівники);

- створення й пілотування на місцевому рівні дієвого механізму взаємодії правоохоронних органів та НДО у сфері попередження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу серед груп ризику, зокрема СІН.

Загальне розуміння важливості удосконалювати діяльність у сфері надання медико-соціальних послуг представникам цільових груп та їх оточення дозволило,

- по-перше, запровадити навчання фахівців за попередньо ухваленими навчальними модулями. Так, даними навчаннями в межах пілотних проектів охоплено 1284 фахівці;
- по-друге, розробити й відпрацювати на рівні м. Києва, Полтави і Харкова моделі взаємодії працівників правоохоронних органів та НДО у сфері попередження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу серед СІН, зокрема перенаправлення їх до НДО для отримання ВІЛ-сервісних послуг та подальшого соціального супроводу.

Отже, дані моделі взаємодії дозволили активно залучати представників правоохоронних органів, що пройшли навчання за модульними курсами з питань стратегії “зменшення шкоди” і надання інформаційно-консультативних послуг та послуги перенаправлення осіб, які вживають ін’єкційно наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги, для отримання послуг за програмою “зменшення шкоди” до НДО, і у подальшому

здійснювати спільний моніторинг надання послуг цільовим групам. Загалом за час реалізації пілотних проектів послугами охоплено понад ста представників груп ризику та їхніх родичів.

Слід зазначити, що навіть після завершення пілотних проектів механізми співпраці представників правоохоронних органів і НДО щодо перенаправлення осіб з числа цільових груп продовжує впроваджуватися, що свідчить про дієздатність даної моделі взаємодії та можливості її постійної дії.

Висновки. Аналіз впровадження на місцевих рівнях вищезгаданих моделей співпраці та результати навчання працівників поліції дозволяє зробити висновок, що навіть незважаючи на наявні перешкоди й обмеження, що були визначені в ході впровадження пілотних проектів (недостатність нормативно-правового забезпечення даної сфери діяльності, довготривала реформа системи МВС України та неузгодженість у призначенні керівного складу новоутвореної поліції на місцевих рівнях, відсутність попереднього досвіду співпраці представників правоохоронних органів з НДО, відсутність єдиної програми навчання працівників правоохоронних органів у сфері роботи з представниками груп ризику, уразливими до ВІЛ, зокрема СІН) ці механізми є ефективними та матимуть подальшу життєздатність після завершення пілотних проектів у м. Києві, Полтаві й Харкові і, відтак, можуть стати підґрунтям для подальшого поширення напрацьованого в межах пілотних проектів досвіду у різних регіонах України.

В.Г. Сенкевич¹, Л.П. Бутузова²

ФЕНОМЕН ДОВІРИ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОНТЕКСТ РИЗИКУ УРАЖЕННЯ ВІЛ СЕРЕД ЧСЧ

¹ *Обласний центр профілактики та боротьби із СНІДом Житомирської обласної Ради, м. Житомир*

² *Житомирський державний університет імені Івана Франка, м. Житомир*

Актуальність. Існування ризиків інфікування ВІЛ серед чоловіків, які мали гомосексуальні контакти (далі ЧСЧ) актуалізує дослідження чинників, що визначають таку небезпеку. Більшість досліджень у цій царині акцентовані на вивченні сексуальної поведінки ЧСЧ у зв’язку з їх знаннями та навичками використання презервативу. Однак

у прийнятті рішення ЧСЧ щодо заходів безпеки у сексуальних стосунках не останню роль відіграють психологічні чинники, що найчастіше й визначають їх вибір. Психологічні детермінанти безпечної сексуальної поведінки ЧСЧ стають предметом спеціальних досліджень значно рідше. Оперування ЧСЧ знаннями та навичками безпеч-

ної поведінки щодо ВІЛ/СНІД, навіть наявність самого презервативу, не є гарантом того, що він буде використаний або застосується інша форма захисту (наприклад, відмова від небезпечного сексу). На нашу думку, однією з ключових причин, що спонукає до ігнорування захисту у сексуальній поведінці ЧСЧ є необґрунтована довіра статевому партнеру/партнерам. Саме довіра визначає кінцеве рішення ЧСЧ — захищатися чи не захищатися у конкретній ситуації з конкретним партнером.

Мета дослідження: визначення ролі психологічного контексту довіри у прийнятті ЧСЧ рішення щодо використання презервативу як засобу захисту від інфікування ВІЛ у сексуальних стосунках.

Методи дослідження: проведення фокус-групи, адаптовані психодіагностичні методики “Рефлексивний опитувальник довіри собі” Т.П. Скрипкіної та методика оцінки довіри референтній групі “Сходи”.

Отримані результати. Аналіз низки досліджень, проведених в Україні серед ЧСЧ, дозволяє виділити загальні проблеми, пов’язані з практикою використання ними презервативу, кожна з яких, на нашу думку, тією чи іншою мірою, опосередковується контекстом довіри ЧСЧ своєму сексуальному партнеру. Зокрема: сприймання ЧСЧ сексу з презервативом як ознаки недовіри партнеру (особливо постійному) та страху його втратити, або приниження маскуліної ролі (“справжній чоловік не користується презервативом”); стереотипний поділ партнерів на “надійних” і “ненадійних” (за суб’єктивними критеріями надійності, а отже й вищого ступеню довіри: має дружину і дітей, високий соціальний статус); свідоме ігнорування захисту як пошук гострих відчуттів, або секс під впливом алкоголю чи наркотиків (довіра не виступає пріоритетним фактором самозбереження); обговорення наслідків сексуальної небезпеки вже після сексуального контакту (пріоритетність збереження “довіри” над захистом); явище гомофобії серед ЧСЧ як основа поширення міфів про довіру-недовіру.

За даними дослідження сексуальної поведінки ЧСЧ (Remafedy С.), найбільший ризик інфікування ВІЛ вбачається у шести ключових поняттях міжособистісної взаємодії: мірі близькості, прихильності один до одного, сумісному спілкуванні, фінансовій діяльності, довірі один одному та чесності. Високий ступінь довіри сексуальному партнеру, висока прихильність до нього (згода з думкою партнера, піклування про нього, готовність жити разом) корелювали з непоінформованістю

про ВІЛ-статус партнера. Тобто, довіра так чи інакше включена у процес стосунків ЧСЧ і не завжди базується на об’єктивних, а швидше на суб’єктивних критеріях, пов’язаних із ставленням до партнера, бажанням зберегти стосунки.

Для перевірки теоретичних гіпотез у березні 2015 було проведено пілотне дослідження у формі фокус-групи серед 11 ЧСЧ м. Житомира. Метою фокус-групи було уточнення превалюючих психологічних причин невикористання презервативів серед ЧСЧ; визначення ролі психологічного контексту довіри у прийнятті ЧСЧ рішення щодо використання презервативу як засобу захисту від інфікування ВІЛ у сексуальних стосунках; репрезентація поняття “довіра” у висловленнях учасників.

Результати фокус-групи засвідчили, що в інтерпретації “довіри” ЧСЧ швидше вбачають партнерство, спільне проживання, а статеві стосунки — не завжди є ознакою довіри партнеру. На думку учасників, “довіряти” — це повідомити найбільшу таємницю, де індикатором може бути — “сексуальна орієнтація” або “ВІЛ-статус”. “Довіра” наповнювалася ЧСЧ переважно соціальним змістом. Найбільшу готовність довіряти ЧСЧ проявляють по відношенню до жінки (подруги; якщо члена родини, то мами або сестри; статевої партнерки), найменша довіра демонструвалася ними у відношенні медичних працівників та до “товаришів по ЛГБТ¹ спільноті”. Значимим для побудови довірливих стосунків виявився континуум “постійності-непостійності” партнера. Зафіксовано протиріччя у сприйнятті загрози та реальною ризикованою сексуальною поведінкою. Так, ЧСЧ визначали “бісексуалів” як групу, якій найменше варто довіряти з причини їх високої сексуальної активності, схильності до випадкових ризикованих статевих стосунків (“Ім не можна довіряти!”). При цьому зазначали, що у реальних статевих стосунках з бісексуалами презерватив використовують найрідше (“Вони здорові, бо одружені!”).

Висновки. Показано, що феномен довіри виступає опосередковуючим психологічним контекстом ризикованої сексуальної поведінки ЧСЧ, що потребує окремого вивчення. “Довіра” у сексуальних стосунках ЧСЧ виступає швидше як ситуативна реакція, а не сформоване перевірене з часом ставлення до партнера. Стереотипні образи об’єкта найбільшої і найменшої довіри у статевих стосунках суттєво впливають на кінцеве рішення

¹ ЛГБТ – лесбійки-геї-бісексуали-трансгендери.

ня у статевому захисті ЧСЧ — використовувати чи не використовувати презерватив. При цьому ЧСЧ одночасно потребують і уникають постійних стосунків, серед них низька “культура сексу-

альної моногамності”. Перспективою подальших психологічних розвідок може стати дослідження довіри як багаторівневого емоційно-когнітивно-поведінкового феномену.

Є.А. Сіліна¹, О.В. Усачова¹, О.Д. Петровська², В.П. Душейко², І.В. Попова², Т.М. Пахольчук¹

ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ ТА РАННОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ У ДІТЕЙ (ЗА ДАНИМИ ЗАПОРІЗЬКОГО ОБЛАСНОГО ЦЕНТРУ ПРОФІЛАКТИКИ ТА БОРОТЬБИ ЗІ СНІДОМ)

¹ *Запорізький державний медичний університет*

² *КУ “Запорізький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом”*

Актуальність. Запорізька область за рівнем поширеності ВІЛ-інфекції посідає 10 місце по Україні. Серед всіх інфікованих діти складають більше 10%, при цьому основний шлях зараження — перинатальний. За останні 15 років зберігається тенденція до зростання кількості пологів у ВІЛ-інфікованих вагітних в Запорізькій області. Заходи щодо профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ в Запорізькій області проводяться згідно до Загальнодержавної цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки.

Мета дослідження. Проаналізувати ефективність АРВ-профілактики у вагітних щодо попередження трансмісії ВІЛ від матері до дитини.

Матеріали дослідження. У 2015 році в жіночих консультаціях області на ВІЛ-інфекцію обстежено більше 15 тис. вагітних. Всі пологові будинки області забезпечені тестами для експрес-діагностики ВІЛ інфекції вагітних. Спостереження та консультування ВІЛ-інфікованих вагітних по профілактиці перинатальної трансмісії після встановлення остаточного діагнозу ВІЛ-інфекції здійснювалося в жіночих консультаціях центру СНІД (головний лікар О.Д. Петровська), кабінетах “Довіри”, та при проведенні патронажу за народженою дитиною. Всього у 2015 році перебувало на обліку 145 ВІЛ-інфікованих вагітних, що на 18,9% менше порівняно з 2014 роком, коли таких жінок було 179. АРВ-профілактика здійснювалась згідно клінічного протоколу з акушерської допомоги “Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини”, затвердженим наказом МОЗ України від 14.11 2007 р. № 716.

У 6 випадках (7,0%) ВІЛ-інфікованим вагітним профілактична АРТ проведена не була, що у 4 випадках було пов'язано з відмовою жінок та у 2 — з відсутністю перебування на обліку. У 2014 році таких випадків було зареєстровано 4. Далі ми проаналізували результати ПЛР обстеження крові дітей у віці 1 місяця, народжених в 2014 та 2015 роках від ВІЛ-інфікованих вагітних.

Отримані результати. Щорічно збільшується частка жінок, які розпочали АРТ до вагітності, а також, які продовжували АРТ після пологів у зв'язку зі станом здоров'я. У 2014–2015 рр. рівень охоплення АРВ-профілактикою вагітних залишався однаковим (93%).

У 2014 році від ВІЛ-інфікованих жінок народилося 82 дитини. З усіх вагітних тільки дві жінки не перебували під лікарським наглядом на допологовому етапі, і внаслідок цього не були лабораторно обстежені та не отримали профілактичну АРТ вагітної. Ще одна ВІЛ-інфікована вагітна відмовилась від АРВ-профілактики і ще у однієї мала місце низька прихильність до АРТ. Ці жінки отримали тільки екстрену АРВ-профілактику під час пологів. За результатами ПЛР крові щодо ВІЛ у віці 1 місяця дитини, з'ясувалося, що діти саме від цих вагітних виявилися ВІЛ-інфікованими.

В 2015 році від ВІЛ-інфікованих жінок народилося 83 дитини, з яких 82 отримали профілактичне АРТ (98,8%). З метою ранньої діагностики ВІЛ, методом ПЛР при обстеженні дітей був виявлений двічі позитивний результат у однієї

дитини, мати якої АРТ не отримала, так як не була під спостереженням під час вагітності.

Таким чином, за 2014–2015 роки зареєстровано п'ять випадків трансмісії ВІЛ від матері до дитини (показник передачі ВІЛ склав у 2014 році 2,8%, а в 2015 — 1,5%). Всі такі випадки мали

місце у пацієнток, які не отримали АРТ під час вагітності, або мали низьку прихильність до неї.

Висновки. Проведений аналіз свідчить про високу ефективність АРТ ВІЛ-інфікованих вагітних з метою попередження трансмісії вірусу до плоду і дитини.

Г.Б. Скіпальська, О.Л. Кулаковська

ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ/СНІДУ ТА РИЗИКОВАНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ В КОНФЛІКТІ З ЗАКОНОМ

Представництво міжнародної організації HealthRight International (“Право на здоров’я”) в Україні, м. Київ

Актуальність. Поширення ВІЛ-інфекції продовжує залишатися нагальною проблемою українського суспільства. Згідно з даними офіційної статистики в Україні на 1 січня 2015 року, діагноз ВІЛ-інфекція встановлено вперше 15 795 особам, з них кількість молодих людей від 15–24 років включно складає — 1298 осіб. Серед нових випадків ВІЛ-інфекції більшість спостерігається серед молодих людей від 15 до 30 років. Особливо уразливими до інфікування ВІЛ є підлітки та молоді люди, які практикують небезпечні форми поведінки, такі як: вживання психоактивних речовин (ПАР), численні та незахищені статеві контакти, тощо. Пенітенціарні установи розглядаються в усьому світі як заклади підвищеного ризику поширення соціально небезпечних інфекцій, серед яких одне з провідних місць посідає ВІЛ. І хоча рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед підлітків та молоді у виховних колоніях України за даними біоповедінкових досліджень різних часів залишається близьким до 0, в той же час до 30% засуджених підлітків попадають в майбутньому у виправні колонії, де рівень поширеності ВІЛ-інфекції сягає 15–30% за даними різних джерел.

Таким чином, схильність до рецидивізму є одним з ключових факторів, який впливає на рівень інфікування ВІЛ підлітків в конфлікті з законом в майбутньому. З іншого боку, профілактичні програми, які впроваджуються на основі традиційних освітніх підходів не можуть забезпечити засвоєння підлітками та молодими людьми необхідних знань та навичок. У більшості випадків їх проведення не передбачає активного залучення учасників до навчального процесу, відпрацювання ними практично отриманих знань та позитивного закріплення

набутого, в процесі навчання. Відтак, набувають актуальності програми, які проводяться у формі інтерактивних тренінгових занять, що надають учасникам необхідну інформацію та можливість отримати корисні поведінкові навички й уміння. Особливо ефективні ті програми, які дають можливість дізнатись свій ВІЛ статус та отримати подальший доступ до лікування та супроводу, із забезпеченням конфіденційності.

Мета. Мета просвітницько-профілактичної тренінгової програми “Сходинки здоров’я для батьків” — сприяти усвідомленню батьками/опікунами підлітків, які перебувають у конфлікті з законом, їх ролі у профілактиці серед підлітків поведінки, ризикованої щодо здоров’я загалом та, зокрема, щодо інфікування ВІЛ, а також формування у них мотивації, відповідних знань та навичок для активного залучення до такої діяльності.

Із цією метою фахівцями міжнародної організації “Право на здоров’я” (HealthRight International) ще в 2011 році було розроблено програму просвітницько-профілактичних тренінгів “Сходинки”, а саме інтервенції для роботи з підлітками, які ведуть ризиковану поведінку, з особливим фокусом на роботі з підлітками в конфлікті з законом: тими, хто відбуває покарання в місцях позбавлення волі (виховні колонії та СІЗО) та засудженими до відбування покарання в громаді (умовно-засудженими та тими, хто перебуває на обліку в МВС).

За ініціативи міжнародної організації “Право на здоров’я” (HealthRight International) у співпраці з Державною пенітенціарною службою України, Київським і Чернігівським обласними, Київським і Чернігівським міськими центрами соціальних

служб для сім'ї, дітей та молоді протягом 2015–2016 років в рамках проекту “Просвітницько-профілактична програма “Сходинки” для дітей та молоді, які перебувають у конфлікті з законом”, відпрацьовувалось проведення профілактичної роботи за програмою “Сходинки” з підлітками та молоддю, які перебувають на обліку кримінально-виконавчих інспекцій, та їх батьками за програмою “Сходинки здоров'я для батьків”. Одночасна робота з молодими людьми та їх батьками в одному ключі та направлена на досягнення спільних цілей, забезпечує більш комплексний підхід та зменшує ризиковану поведінку підлітків і молоді в майбутньому.

Програма “Сходинки” складається з десяти тематичних занять тривалістю від 45 до 90 хв. Змістовні інформаційні блоки та практичні вправи дають змогу не лише поінформувати підлітків про різноманітні аспекти здорового способу життя, але й сприяють зміні їхнього уявлення про здоров'я, формуванню важливих життєвих цінностей, вмінню приймати відповідальні рішення, допомагають учасникам оцінити власні ризики щодо інфікування ВІЛ, а також змінити своє ставлення до людей, які живуть з ВІЛ. У тренінгу використовується інтерактивний підхід, що дає можливість підліткам виробити навички відповідальної поведінки. По завершенні тренінгу учасники мають змогу бути тестованими на ВІЛ та перенаправленими для отримання подальших послуг підтримки. Спеціалісти роблять зріз рівня знань учасників програми до та після тренінгу.

Методи та отримані результати. Протягом 2012–2016 рр. програма “Сходинки” впроваджувалась у виховну роботу з неповнолітніми у виховних колоніях та слідчих ізоляторах ДПтС України. Просвітницько-профілактичну програму “Сходинки” було схвалено для використання в загальноосвітніх навчальних закладах комісією з основ

здоров'я Науково-методичної Ради з питань освіти і науки, молоді та спорту України (лист Інституту інноваційних технологій і змісту освіти від 20 листопада 2012 року № 14.1/12-Г-358), а також рекомендовано до впровадження в установах Державної кримінально-виконавчої служби (рішення Наукової ради Державної пенітенціарної служби України від 29 листопада 2013 року). 2014 року Державна пенітенціарна служба України підтримала ініціативу щодо реалізації програми “Сходинки” у підрозділах кримінально-виконавчої інспекції управління ДПтС України у м. Києві та Київській області, а також управління ДПтС України у Чернігівській області, та впровадження зазначеної програми у роботу з неповнолітніми, які перебувають на обліку.

2015 році участь в навчанні за програмою взяли майже 500 підлітків і молоді у закладах ДПС з обраних регіонів України: 37 в СІЗО; 201 в КВІ; 262 у виховних колоніях.

Висновки. В ході навчання за інтерактивною методикою, ми дійшли до висновку, що саме інтерактивні методи — найефективніші для засвоєння знань та формування умінь. Тренінгова просвітницько-профілактична програма “Сходинки” покликана забезпечити зазначені умови, створити сприятливу атмосферу для набуття життєво важливих навичок безпечної поведінки, прийняття відповідальних рішень та зміні поведінки підлітків. Програма особливо ефективна в поєднанні з подальшим тестуванням на ВІЛ, гепатити, інфекціями, які передаються статевим шляхом та веденням випадку і заходами із підготовки до виходу на волю. Саме такий, розширений формат методики буде пілотуватись організацією HealthRight International (Право на здоров'я) в 2017–2018 рр. у всіх виховних колоніях та СІЗО, службах пробації в Київській, Чернігівській, Дніпропетровській, Харківській та Запорізькій областях.

Г.Б. Скіпальська, О.Л. Кулаковська, І.М. Семенко

ВЕДЕННЯ ВИПАДКУ ЯК ЕЛЕМЕНТ КАСКАДІВ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ДОПОМОГИ В КОНТЕКСТІ ПОСЛІДОВНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК ГРУП ВИСОКОГО РИЗИКУ ЩОДО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ: СИЛЬНІ ТА СЛАБКІ СТОРОНИ

Представництво HealthRight International (“Право на здоров’я”) в Україні, м. Київ

Актуальність. Проблема ВІЛ-інфекції понад 25 років залишається актуальною для світової спільноти, масштаби поширення вірусу імунодефіциту людини набули глобального характеру і є реальною загрозою соціально-економічному розвитку більшості країн світу. За темпами поширення ВІЛ-інфекції — Україна одна із лідерів у Європі. Основним шляхом передачі ВІЛ-інфекції в Україні з 2008 р. став статевий, а основною групою ризику, що обумовлює розвиток епідемії, як і раніше, залишаються споживачі ін’єкційних наркотиків та їхні статеві партнери. Разом з тим, необхідно визнати, що прогрес у розширенні програм профілактики серед груп високого ризику залишається доволі обмеженим. Експерти однозначні в висновках щодо того, що всі складові програм профілактики потребують комплексного збалансованого підходу.

Мета. Надання допомоги групам підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ — з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їхнього оточення.

Методи та отримані результати. Ведення випадку — це модель соціально-педагогічних дій, коли соціальний працівник відповідає не тільки за організацію, а й за надання послуг конкретному клієнтові. Саме такі послуги після визначення потреб жінки організовують і координують соціальну допомогу. Отже, можна сказати, що ведення випадку здійснюється на двох рівнях: 1) **контактний**, коли соціальний працівник безпосередньо взаємодіє з клієнтом; 2) **організаційний** або **опосередкований**, коли взаємодія відбувається за системою: соціальний працівник — інші соціальні інститути: сім’я або близьке оточення клієнта, соціальні та медичні заклади, громадські організації, надавачі інших послуг.

В основі соціального супроводу завжди лежить оцінка та планування послуг. Елементом цього процесу є індивідуальна оцінка потреб клі-

єнта, яка за методикою організації HealthRight International включає психологічний та соціальних компоненти, для визначення потрібного типу та рівня соціальної допомоги. Робота з клієнтом за моделлю ведення випадку передбачає певну послідовність дій.

Впродовж 2011–2016 рр. міжнародна організація HealthRight International (Право на здоров’я) за підтримки СНІД-фонду Елтона Джона та Фонду АНТИСНІД Олени Франчук впроваджувала в м. Києві модель послідовного супроводу жінок груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ: вуличних, споживачок наркотиків та партнерок СН. Ця модель включала надання послуг в аутріч — денному центрі та соціальній квартирі і базувалась на мультидисциплінарному веденні випадку. Щороку в м. Києві більше 500 жінок отримували послуги підтримки в аутріч, десять відсотків клієнток мали ВІЛ-позитивний статус. 200 комплексного ведення випадку та близько 180 жінок виходили з проекту з позитивним результатом.

Мультидисциплінарне ведення випадку — комплекс заходів, що проводяться в тісній взаємодії єдиною командою фахівців різних дисциплін, організацій та установ для досягнення спільних цілей щодо поліпшення якості життя клієнта. Як правило, до складу команди входять соціальні працівники, психолог, юрист, аутріч-працівники та, за потреби, медик, соціальний педагог, інші фахівці.

Цільова група, яка була залучена до проекту:

- дівчата та молоді жінки, які опинилися у складних життєвих обставинах, в тому числі через безпритульність, ризиковану поведінку, ВІЛ-інфекцію, пережите насильство чи збройний конфлікт;
- партнери клієнток;
- діти, сім’ї та близьке оточення жінок із зазначених груп.

Аутріч	Центр “Право на здоров’я”	Соціальна квартира
Виявлення: 500 аутріч, з них виявлено 10% з позитивним результатом на ВІЛ/СНІД	Низькопорогові (душ, прання, гуманітарна допомога, буфетне харчування, дозвілля)	Ведення випадку
Експрес-тестування на ВІЛ	Консультації психолога, юриста, соціального працівника, медпрацівника, тестування на ВІЛ, гепатити В і С, сифіліс, вагітність	Стабілізація психоемоційного стану матері та дитини
Надання матеріальної допомоги (продукти, гігієнічні набори)	Ведення випадку 200 (з них 90% з позитивним результатом)	Допомога в отриманні або відновленні документів, оформленні виплат на дитину
- Експрес-тестування на ВІЛ та виявлення ВІЛ - Надання матеріальної допомоги (продукти, гігієнічні набори)	Перенаправлення в медичні установи	Отримання своєчасної медичної допомоги
Мотивація на отримання кваліфікованої допомоги в денному центрі.	- Профілактичні тренінги за програмою “Сходинки” - Послуги для дітей (дитяча кімната) - Корекційна, індивідуальна, групова робота з дівчатами, які пережили насильство, та з їхніми партнерами	- Придбання необхідних навичок догляду за дитиною - Підготовка до самостійного життя з дитиною

Була розроблена послідовна модель надання допомоги дівчатам і жінкам в складних життєвих обставинах в м. Києві, в яку були включені 10 районних соціальних служб, 7 клінік дружніх до молоді, а також близько 20 громадських організацій.

Етапи ведення випадку включають: 1) залучення клієнта, встановлення контакту з клієнтом; 2) первинну оцінку ситуації клієнта; 3) проведення глибокої оцінки потреб, проблем та ресурсів клієнта; 4) розробку сервісного плану спільно з клієнтом; 5) спільне здійснення сервісного плану; 6) координацію та моніторинг надання послуг; 7) регулярну оцінку випадку, перегляд і корекцію сервісного плану; 8) закриття випадку.

Висновки. Ведення випадку в умовах аутріч неможливе. Оскільки до ведення випадку залучають лише мотивованих клієнтів.

Особливості ведення випадку в умовах денного центру: позитивні — клієнтка перебуває в своїх звичних умовах Мотивація (клієнт прийшов до ДЦ сьогодні, тут і зараз), негативні — звичні

умови можуть бути/стати небезпечними Клієнт може “зникнути” в будь-який момент.

Особливості ведення випадку в умовах соціальної квартири (СК):

- в умовах стаціонару немає загрози;
- в СК розміщують мотивованих клієнтів;
- в умовах стаціонару немає звичних умов, а після виходу з СК клієнтка потрапляє в інші умови.

Перебуває окремо від партнера/найближчого соціального оточення (проживає окремо навіть якщо зв'язок підтримує).

В обох випадках ведення випадку передбачає роботу і послуги не лише для клієнтки, а й для партнера/найближчого оточення, ціллю ведення випадку є не лише профілактика ВІЛ, а покращення якості життя клієнтки. Загалом ведення випадку жінки групи ризику щодо інфікування ВІЛ нічим не відрізняється від будь-якого іншого випадку. Відмінність лише в тому, що більший акцент робити на питання здоров'я, формування такої цінності як здоров'я та наданні інформації з питань профілактики ВІЛ.

Г.О. Слабкий, С.В. Дудник

ЩОДО МАЛЮКОВОЇ СМЕРТНОСТІ ВНАСЛІДОК ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”, м. Київ

Актуальність. Протягом останніх десятиліть проблема ВІЛ-інфекції у дітей набула особливого значення в зв'язку з її поширенням серед дитячого населення всього світу та чіткої залежності летальності від віку дитини, при якому відбулося інфікування, як прогностичної ознаки тяжкості розвитку ВІЛ-інфекції. Захворювання, спричинені ВІЛ-інфекцією, протікають швидше і в більш важких формах у дітей молодшого віку, більш ніж 75% випадків захворюваності дітей на ВІЛ пов'язані з перинатальним інфікуванням, при цьому майже третина дітей помирають протягом першого року життя від моменту інфікування. Малюкова смертність від хвороб, спричинених ВІЛ-інфекцією, виступає чутливим індикатором не тільки соціально-економічних процесів, а й перш за все своєчасності діагностичних заходів, оптимальності надання адекватної медичної допомоги та якості впровадження профілактичних заходів як серед ВІЛ-позитивних матерів, так і малюків, народжених ними, що з урахуванням всього вищенаведеного робить дослідження щодо смертності дітей першого року життя від хвороб, спричинених ВІЛ, в сучасних умовах особливо актуальними.

Мета дослідження: вивчити та проаналізувати рівень малюкової смертності в Україні внаслідок хвороб, спричинених ВІЛ-інфекцією, з визначенням його тенденцій за період 2012–2015 рр.

Методи дослідження: аналітичний, статистичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Отримані результати. Протягом 2013–2014 рр. в Україні спостерігалась тенденція до поступового

зниження рівня загальної малюкової смертності від хвороб, спричинених ВІЛ-інфекцією, відносно 2012 р., а саме на 45,1% у 2014 р. відносно 2012 р. (з 0,193 на 10 тис. народжених живими в 2012 р. до 0,106 відповідно у 2014 р.), тоді як у 2015 р. відбулось різке зростання вищезазначеного показника на 67% відносно 2014 р. (0,177 на 10 тис. народжених живими у 2015 р.). Частка смертності дітей першого року життя внаслідок хвороб, спричинених ВІЛ-інфекцією в структурі малюкової смертності від деяких інфекційних та паразитарних хвороб (клас І згідно Міжнародної класифікації хвороб — 10) залишається однаковою як в 2012 р., так і в 2015 р., і складає 8,3%.

Аналіз рівня малюкової смертності, спричиненої ВІЛ-інфекцією, міської та сільської місцевості показав, що вищезазначений показник у міських поселеннях мав тенденцію до зниження протягом 2013–2014 рр. на 52,4% у 2014 р. відносно 2012 р. (з 0,206 на 10 тис. народжених живими в 2012 р. до 0,098 у 2014 р. відповідно), але в 2015 р. відбулося зростання показника на 38,8% до 2014 р., при цьому рівень малюкової смертності від хвороб, спричинених ВІЛ-інфекцією, в 2015 р. залишився нижчим на 34% за аналогічний показник 2012 р. В сільській місцевості, на відміну від міських поселень та загальних тенденцій в Україні, починаючи з 2013 р. (0,114 на 10 тис. народжених живими) до 2015 р. (0,254 на 10 тис. народжених живими) спостерігалось поступове зростання рівня малюкової смертності від хвороб, спричинених ВІЛ-інфекцією, при цьому сформований показник 2015 р. перевищив рівень малюкової смертності

Таблиця. Малюкова смертність в Україні внаслідок хвороби, спричиненої вірусом імунодефіциту людини, за період 2012–2015 рр. (на 10 тис. народжених живими)

Рік	Обидві статі (міська та сільська місцевість)	Обидві статі (міські поселення)	Обидві статі (сільська місцевість)
2012	0,193	0,206	0,169
2013	0,156	0,179	0,114
2014 ¹	0,106	0,098	0,123
2015 ¹	0,177	0,136	0,254

¹ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

2012 р. на 50,3%. Протягом 2012–2013 рр. рівень малюкової смертності у міських поселеннях внаслідок хвороб, спричинених ВІЛ-інфекцією, був вищим на 21,9%, ніж у сільській місцевості і на 6,7% ніж загальноукраїнський показник, тоді як у 2014–2015 рр. вищезазначений показник у сільській місцевості став вищим за рівень малюкової смертності міських поселень від ВІЛ-інфекції в 1,9 рази у 2015 р. та перевищив загальноукраїнський показник на 30,3% (табл.).

Висновки. Таким чином, сучасні тенденції до зростання рівня смертності дітей першого року життя внаслідок хвороб, спричинених ВІЛ-інфекцією, потребують безперервного дотримання існуючих профілактичних заходів щодо передачі ВІЛ від матері до дитини, запобігання зараженню дітей ВІЛ, забезпечення ранньої і точної діагностики та надання адекватної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям з метою зменшення рівня смертності та поліпшення якості подальшого життя.

Г.О. Слабкий¹, В.Й. Білак-Лук'янчук²

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ЛЮДЕЙ СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я м. УЖГОРОДА

¹ ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”

² Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород

Актуальність. Згідно даних Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) Україна займає одне з провідних місць в Європі та Центральній Азії за темпами поширення ВІЛ серед дорослого населення. Складні політична та економічна ситуації в країні в свою чергу сприяють погіршенню ситуації.

У 2014 році стратегія ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track) запропонувала нові цільові показники прогресу у припиненні глобальної пандемії ВІЛ-інфекції після 2015 року: 90–90–90 (до 2020 року) та 95–95–90 (до 2030 року). Зусилля охорони здоров'я на світовому рівні призвели до вражаючих успіхів в напрямку реалізації Стратегії “Прямування до Нуля”: Нуль нових випадків інфікування, Нуль смертей, пов'язаних зі СНІДом; Нуль дискримінації. Тому основні зусилля необхідно зосередити на активізації профілактики ВІЛ-інфекції, забезпеченні лікуванням ВІЛ-позитивних осіб, зниженні рівня стигми і дискримінації по відношенню до людей, які живуть з ВІЛ. Відомим є той факт, що високий рівень стигматизації та дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом є одним з факторів, що сприяє поширенню епідемії ВІЛ-інфекції у країні.

Мета. Виявлення тенденцій щодо наявності проявів стигми та дискримінації по відношенню до

ВІЛ-позитивних людей серед медичних працівників закладів охорони здоров'я міста Ужгорода.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось за допомогою спеціально розробленого опитувальника (анонімна анкета). Анкета складалась з 28 питань, розділених на декілька блоків, які включали питання щодо обізнаності з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, оцінки власних ризиків інфікування ВІЛ на робочому місці, упередженого ставлення до ВІЛ-позитивних людей. Було опитано 100 респондентів — працівників закладів охорони здоров'я міста Ужгорода віком від 23 до 72 років. В дослідженні прийняли участь медичні працівники — лікарі, середній та молодший медичний персонал обласного госпіталю ветеранів війни, центральної міської клінічної лікарні та міської поліклініки.

Отримані результати. Незважаючи на достатньо високий рівень поінформованості серед медичних працівників про шляхи передачі ВІЛ-інфекції виявлено елементи дистанціювання та дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних осіб.

80% всіх опитаних вважає, що ВІЛ-інфіковані пацієнти повинні лікуватися окремо від інших, щоб захистити загальне населення від інфікування, та 87% вважає, що ВІЛ-інфіковані несуть повну відповідальність за своє захворювання. 62% рес-

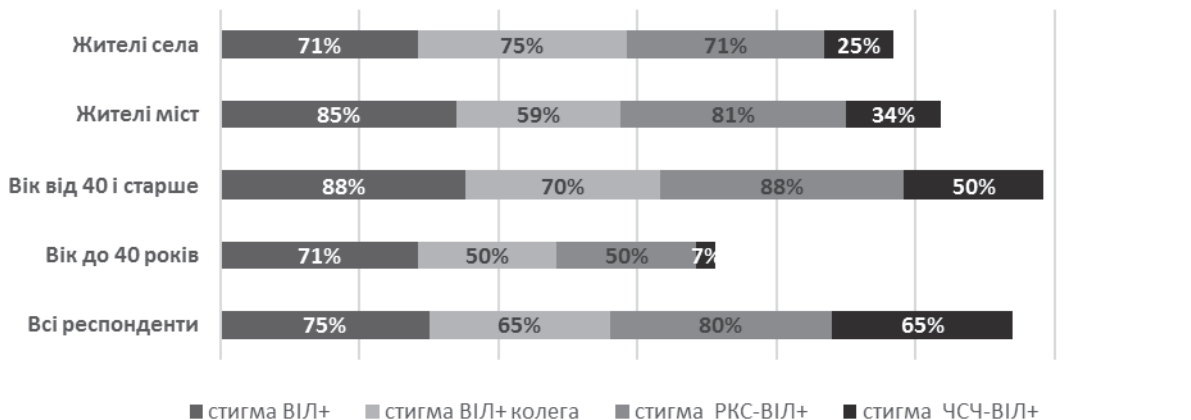


Рис. Розподіл відповідей респондентів різних груп, що відображають стигматизацію та дистанціювання ВІЛ-позитивних осіб

пондентів відповіли ствердно на питання “Вважаю, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують моїй безпеці на робочому місці” та 42% вважають цей ризик надзвичайно високим. 65% опитаних вказали, що не почувалися б спокійно працюючи поряд з ВІЛ-позитивним колегою, що свідчить про приховану стигматизацію, пов’язану з ВІЛ. Незважаючи на поінформованість про відсутність побутового шляху передачі ВІЛ-інфекції, 45% опитаних уникають торкатися одягу та особистих речей пацієнтів, побоюючись інфікування ВІЛ.

Разом з тим 90% респондентів згодні з твердженням, що “Ненадання медичних послуг пацієнту, про якого відомо або припускається, що він ВІЛ-позитивний, — це порушення прав людини”.

Є деякі відмінності у відповідях медичних працівників — жителів села та міста. 14% медиків — сільських жителів згодні з твердженням “Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим — це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються”; серед міських жителів таких лише 6%. Насторожує той факт, що лише 43% респондентів — жителів села зазначили, що при проведенні маніпуляцій завжди використовують гумові рукавички, тоді як серед респондентів — міських жителів таких — 76%.

Респонденти віком до 40 років більш толерантно ставляться до перспективи роботи з ВІЛ-

позитивним колегою: твердження “Я почуваюся спокійно, допомагаючи чи отримуючи допомогу від ВІЛ-позитивного колеги” підтримали 50%, тоді як серед вікової категорії 40–72 роки таких лише 30%.

Середній показник дискримінуючих тверджень по відношенню до ВІЛ-позитивних пацієнтів серед респондентів віком до 40 років — 62%, серед респондентів 40 років і старше — 77%.

Виявлено тенденцію до стигматизації ВІЛ-позитивних пацієнтів — представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (робітників комерційного сексу — РКС та чоловіків, що мають секс з чоловіками — ЧСЧ). Рівень стигматизації ВІЛ-позитивних представників груп РКС та ЧСЧ — 50% та 7% відповідно серед відповідей респондентів вікової групи до 40 років, та 88% та 50% відповідно серед відповідей вікової групи 40 років і старші (рис.).

Висновки. Опитані — лікарі, середній та молодший медичний персонал — володіють достатньо високим рівнем знань щодо ризиків інфікування ВІЛ, декларативно виявляють толерантність до ВІЛ-позитивних осіб. Однак фактично наявні прихована стигматизація ВІЛ-інфікованих, особливо представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, дистанціювання та прояви дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних осіб.

Г.О. Слабкий¹, Л.О. Качала², М.О. Крисько¹

МЕХАНІЗМИ, РИЗИКИ І ПЕРЕВАГИ ІНТЕГРАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ВІЛ/СНІД В СИСТЕМУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

¹ ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”

² Ужгородський національний університет

Актуальність. Актуальність дослідження пов’язана з реформуванням системи медичної допомоги населенню України з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на закладах сімейної медицини.

Мета. Вивчити та проаналізувати ризики і переваги інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в систему первинної медичної допомоги.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося з використанням експертного методу. Групу експертів склали 50 осіб серед яких — 3 доктора та 9 кандидатів медичних наук.

Отримані результати. Вивчалися механізми інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги. Аналіз даних щодо експертної оцінки механізмів інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги показав наступне.

Найвище експерти оцінили наступні механізми інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу

на первинний рівень надання медичної допомоги: удосконалення нормативно-правової бази з питань надання медичної допомоги в т.ч. її інтеграції на рівень ПМСД — 100,0%; формування прихильності населення до отримання медичної допомоги сумісно з ЛЖВ — 96,0±1,0%; затвердження програм підготовки спеціалістів з питань ВІЛ/СНІДу на до- та післядипломному рівні — 96,0±1,0%.

Найнижче експерти оцінили наступні механізми інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги: перегляд табелів оснащення СА — 76,0±2,1%; розробка та затвердження механізмів координації діяльності спеціалізованих закладів охорони здоров’я та ПМСД з питань ВІЛ/СНІДу — 80,0±2,0%.

Далі статистично опрацьовувалися та аналізувалися результати експертного визначення можливих ризиків інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги. Отримані результати наведено в табл. 1.

Таблиця 1. Можливі ризики інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень (результати експертної оцінки, %±m)

Можливі ризики	%±m
Недосконалість нормативно-правової бази	92,0±1,4
Підвищення рівня дискримінації до ЛЖВ	36,0±2,4
Низький рівень взаємодії служб ВІЛ/СНІДу і ПМСД	56,0±2,5
Низький рівень професійної готовності ЛЗП/СЛ	76,0±2,1
Низький рівень професійної готовності сімейних медсестер	32,0±2,3
Відсутність мотивації медичних працівників ПМСД до медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу	52,0±2,5
Низький рівень довіри ЛЖВ до медичних працівників ПМСД	60,0±2,4
Збільшення дублювання медичних послуг для ЛЖВ	40,0±2,4
Низький рівень внутрішньосекторального співробітництва з надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу	32,0±2,3
Негативне ставлення значної частки населення до сумісного отримання медичної допомоги разом з ЛЖВ	60,0±2,4
Зменшення ефективності боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу	36,0±2,4

Таблиця 2. Переваги надання медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинному рівні (результати експертної оцінки, % $\pm$ m)

Переваги	% $\pm$ m
Зменшення дискримінації ЛЖВ	72,0 $\pm$ 2,2
Підвищення фізичної доступності медичної допомоги для ЛЖВ	92,0 $\pm$ 1,5
Зменшення дублювання медичної допомоги для ЛЖВ	56,0 $\pm$ 2,5
Підвищення ефективності використання ресурсів	80,0 $\pm$ 2,0
Підвищення ефективності боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу	88,0 $\pm$ 1,6
Покращення внутрішньосекторального співробітництва з надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу	76,0 $\pm$ 2,1

Аналіз даних табл. 1 вказує на те, що найвище експерти оцінили наступні ризики інтеграції медичної допомоги з ВІЛ-інфекції на первинний рівень медичної допомоги: недосконалість нормативно-правової бази — 92,0 $\pm$ 1,4%; низький рівень професійної готовності ЛЗП/СЛ — 76,0 $\pm$ 2,1%; низький рівень довіри ЛЖВ до медичних працівників ПМСД — 60,0 $\pm$ 2,4%; негативне ставлення значної частки населення до сумісного отримання медичної допомоги разом з ЛЖВ — 60,0 $\pm$ 2,4%; низький рівень взаємодії служб ВІЛ/СНІДу і ПМСД — 56,0 $\pm$ 2,5%.

Наступним кроком дослідження було вивчення переваг медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинному рівні надання медичної допомоги. Отримані результати наведено в табл. 2.

За проведеним аналізом даних експертної оцінки переваг надання медичної допомоги з питань

ВІЛ/СНІДу на первинному рівні встановлені наступні результати. Експерти найвище оцінили наступні можливі переваги: підвищення фізичної доступності медичної допомоги для ЛЖВ — 92,0 $\pm$ 1,5%; підвищення ефективності боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу — 88,0 $\pm$ 1,6%; підвищення ефективності використання ресурсів — 80,0 $\pm$ 2,0%.

Достатньо високо оцінили експерти таку можливість перевагу в результаті інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу в систему первинної медичної допомоги, як зниження рівня дискримінації ЛЖВ — 72,0 $\pm$ 2,2%.

Висновки. Отримані результати експертного висновку щодо механізмів, ризиків та переваг інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в систему первинної медичної допомоги мають важливе значення в процесі практичної реалізації даного проекту.

М.Б. Служинська, О.М. Кутинська

ОЦІНКА ВПЛИВУ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПОКАЗНИКАМИ МІО

“Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Львів

Актуальність. Система моніторингу і оцінки (МіО) забезпечує розуміння не тільки тенденцій розвитку епідемічного процесу, але й рівня адекватності, достатності та ефективності заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, необхідності їх посилення та вдосконалення. Одним із ключових елементів регіональної системи моніторингу та оцінки є регіональні показники МіО, з них най-

важливішу роль у відстежуванні виконання завдань Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки відіграють показники з моніторингу лікування. Розширення доступу до лікування закладено в основу нових цілей ЮНЕЙДС, поставлених до 2020 року: 90% людей, які живуть з ВІЛ, знають про свій ВІЛ-позитивний статус; 90%, які знають про

свій ВІЛ-позитивний статус, отримують антиретровірусну терапію (АРТ); у 90% людей, що отримують АРТ, мають невизначальний рівень вірусного навантаження.

Мета дослідження. Вивчити відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції за показниками моніторингу та оцінки впровадження антиретровірусного лікування в Львівській області

Методи та матеріали дослідження. Ретроспективний аналіз за даними офіційних статистичних форм обліку та звітності, затверджених наказами МОЗ України № 182 від 21.03.2012 р., № 180 від 05.03.2013 р., № 816 від 03.12.2015 р.

Отримані результати. В області впровадження АРТ розпочато з 2006 року, коли лікуванням було охоплено лише 6 ВІЛ-інфікованих осіб. Станом на 01.01.2016 року значення показника “кількість осіб з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримують АРТ” серед дорослих становило 1349 пацієнтів (95% від потребуючих у лікуванні), включаючи осіб, які знаходяться у закладах Державної пенітенціарної служби, серед дітей — 46 осіб (96%).

Відомо, що рівень охоплення АРТ має прямий зв'язок з інтенсивністю захворювання та смертністю від хвороб, обумовлених СНІДом, та прямий вплив на зменшення передачі ВІЛ. Для реального впливу на епідеміологічні показники розвитку епідемії ВІЛ-інфекції рівень охоплення АРТ має становити не менше 80% від кількості хворих, які потребують.

З 2006 року, коли в Львівській області почалася реалізація програми з розширення доступу до АРТ для всіх пацієнтів, хто її потребує, основні епідеміологічні показники значно зросли. Так, за період 2006–2015 рр. захворюваність ВІЛ-інфекцією зросла з 9,4 до 17,9 на 100 тис. нас., захворюваність на СНІД — з 4,0 до 7,5 на 100 тис. нас., смертність від СНІДу — з 1,4 до 3,1 на 100 тис. нас., поширеність ВІЛ-інфекції — з 34,1 до 118,9 на 100 тис. нас. Проте, за останні 5 років у Львівській області, як й в Україні, відмічалось значне розширення доступу хворих на ВІЛ-інфекцію до АРТ. Так, станом на кінець 2011–2015 рр. у регіоні специфічне лікування отримали 348, 629, 861, 1279, 1395 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, відповідно. Рівень охоплення АРТ від кількості осіб, які перебували під медичним наглядом і потребували відповідного лікування, протягом 2011–2015 рр. мав позитивну тенденцію до зростання — з 17,3% до 46,6%. Це, в свою чергу, вплинуло на зниження темпів приросту показників захворюваності СНІДом

(+26% у 2011 р. і +2,8% у 2015 р.) та смертності від СНІДу (+25% у 2011 р. і +4,1% у 2015 р.).

Слід зазначити, що незважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ, у Львівській області темпи розширення програми антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих осіб відстають від темпів збільшення кількості осіб, які потребують АРТ, насамперед, у зв'язку зі зростаючою тенденцією пізнього виявлення ВІЛ-позитивних осіб та недостатнього рівня охоплення медичним наглядом. За цими ж причинами розглядати вплив АРТ на рівень зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію є некоректним. Так, у 2015 р. показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних осіб від кількості виявлених осіб за даними лабораторних досліджень у Львівській області становив 68,7% (Україна — 68,4%), а відсоток осіб віком 15 років і старше, які були взяті під медичний нагляд у III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції дорівнював 45,8% (Україна — 55,1%).

Одним з ключових критеріїв оцінки ефективності АРТ є здійснення когортного утримання на АРТ хворих на ВІЛ-інфекцію через певні проміжки часу від початку лікування. За період 2011–2015 рр. показник “відсоток хворих на ВІЛ-інфекцію, які отримували лікування через 12 місяців після початку АРТ” зріс з 77,7% до 81,4%. Слід підкреслити, що для досягнення високого рівня утримання пацієнтів на АРТ необхідно своєчасне та якісне надання як медичної допомоги, так і соціального супроводу хворим на ВІЛ-інфекцію, особливо серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, насамперед СІН. Відомо, що саме серед СІН спостерігаються високі рівні захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу. Станом на 01.01.2016 року показник “відсоток ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків, які отримують АРТ” був нижче, ніж у попередньому році — 74,3% і 77,6%, відповідно, що обумовлено низкою факторів — несвоєчасним зверненням до медичного закладу, відмовою від диспансерного спостереження, пізнім початком та низькою прихильністю до АРТ. Впровадження заходів, що спрямовані на забезпечення своєчасного доступу СІН до медичних та соціальних послуг, залучення активних СІН до програм замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) дозволяє покращити стан здоров'я та збільшити тривалість їх життя. Показник “відсоток осіб з опіїдною залежністю, які отримували ЗПТ, від оціночної чисельності осіб, що її потребують” у 2014 р. і 2015 р. залишався на низькому рівні — 12% (рекомендований ВООЗ аналогічний показник становить не нижче

30–40%). У 2014 р. серед 124 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебували на ЗПТ, 48 осіб (38,7%) отримали АРТ, у 2015 р. серед 122 ВІЛ-інфіковані особи — 59 (48,4%). Отже, для Львівської області актуальним залишається подальший розвиток ЗПТ з розширенням доступу до АРТ.

Висновки. Антиретровірусна терапія є невід’ємним компонентом програми надання комплексної

медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, поряд з профілактикою та лікуванням опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань. Моніторинг і оцінка заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу є важливим досягненням, що дозволяє отримувати стратегічну інформацію та планувати напрямки діяльності в сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу.

М.Б. Служинська, І.В. Чайка, Л.Р. Остап’юк, А.Л. Сороколіт

ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ВІЛ СЕРЕД ВАГІТНИХ ЖІНОК У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

КЗ “Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Львів

Актуальність. Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Львівській області має ті ж закономірності, що й в цілому в Україні — ВІЛ-інфекція вражає найбільш працездатні та репродуктивні вікові групи населення. Особливістю епідемічної ситуації в Україні на даний час є зростання статевого шляху передачі ВІЛ, що підвищує актуальність проблеми інфікування ВІЛ серед жінок репродуктивного віку, у тому числі серед вагітних.

Мета дослідження. Вивчити динаміку поширеності ВІЛ серед вагітних жінок у Львівській обл.

Методи дослідження. В роботі використані епідеміологічний, серологічний та статистичний методи дослідження. Проаналізовано статистичні дані за звітними формами № 2-ВІЛ/СНІД “Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)” та № 63 “Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини”, в Львівській області, за період 2010–2015 роки.

Отримані результати. Для визначення особливостей епідемічного процесу у Львівській області було проаналізовано зміни у структурі шляхів передачі ВІЛ серед нових випадків інфікування ВІЛ, а саме статевого та парентерального, при вживанні наркотичних речовин ін’єкційним шляхом. Встановлено, що у Львівській області з 2010 по 2015 роки відмічалось зростання частки статевого шляху передачі ВІЛ з 43,7% до 65,0% та зниження частки парентерального з 56,2% до 34,7%, що підтверджує перехід ВІЛ-інфекції від споживачів ін’єкційних наркотиків (СІН) у широкі верстви населення. Але поряд зі зростанням статевого шляху передачі ВІЛ кількість нових ви-

падків ВІЛ-інфекції серед жінок репродуктивного віку (15–49 років) не зростає, а навіть незначно знижується (з 37,7% до 34,5%, темп приросту: –8%), що може свідчити про все ще суттєву роль ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ серед чоловіків, які є СІН (табл. 1).

Також в рамках даного дослідження було вивчено динаміку виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок. За період, що нами вивчався, спостерігалась позитивна тенденція зниження як кількості таких випадків (з 65 до 32, темп приросту: –51%), так й рівня поширеності ВІЛ серед вагітних за результатами первинного тестування (з 0,114% до 0,058%, темп приросту: –49%). Слід відзначити, що за останні шість років кількість обстежень вагітних на наявність маркерів ВІЛ-інфекції зменшувалась більш повільним темпом — з 57147 у 2010 р. до 55188 у 2015 р. (темп приросту: –3%).

Незважаючи на зниження нових випадків ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок, кількість пологів у ВІЛ-інфікованих вагітних жінок протягом 2010–2015 рр. суттєво не змінилась (незначне зниження мало місце лише у 2015 році) у зв’язку зі збільшенням кількості пологів у жінок з встановленим до вагітності ВІЛ-позитивним статусом. Так, частка жінок, які мали діагноз ВІЛ-інфекції до вагітності, складала у 2010 р. 32,1% від загальної кількості пологів у ВІЛ-інфікованих жінок, у 2015 р. — 46,3% (темп приросту: +44%) (табл. 2).

Висновки. У Львівській області незважаючи на сучасну тенденцію до зростання статевого шляху передачі ВІЛ спостерігається зниження

Таблиця 1. Особливості динамічних змін статевого та парентерального шляхів передачі ВІЛ у Львівській області за 2010–2015 роки

Роки	Нові випадки ВІЛ серед дорослих (15 + років)	Статевий шлях		СІН		Нові випадки ВІЛ серед дорослих жінок	
		абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
2010	377	165	43,7	212	56,2	142	37,7
2011	391	174	44,5	216	55,2	136	34,7
2012	309	171	55,3	138	44,7	112	36,2
2013	353	165	46,7	188	53,3	98	27,7
2014	365	217	59,5	148	40,5	121	33,1
2015	380	247	65,0	132	34,7	131	34,5

Таблиця 2. Динаміка кількості пологів у ВІЛ-інфікованих жінок у Львівській області за 2010–2015 роки

Роки	Кількість пологів у ВІЛ (+) жінок	З них з встановленим до вагітності ВІЛ (+) статусом	
		Абсолютні числа (n)	%
2010	81	26	32,1
2011	83	33	39,8
2012	78	29	37,2
2013	84	30	35,7
2014	97	42	43,3
2015	67	31	46,3

частки жінок серед осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (темپ приросту: — 8%) та рівня поширеності ВІЛ серед вагітних при первинному обстеженні (темп приросту — 49%), що зворотне корелює із зростанням пологів у жінок з встановленим до вагітності ВІЛ-позитивним статусом серед загальної кількості пологів у ВІЛ-

інфікованих жінок (темп приросту: +44%). Проте, епідемія ВІЛ-інфекції у Львівській області до цього часу сконцентрована в групах найбільш високого ризику інфікування ВІЛ. Тому, необхідним є подальше впровадження профілактичних заходів, націлених на безпечну статеву поведінку, особливо серед жінок, які є партнерами СІН.

М.О. Соколенко, Ю.М. Лесюк, В.М. Мочульський, С.А. Сорокати

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИЙ ОПЕРІЗУВАЛЬНИЙ ГЕРПЕС

Вищий державний навчальний заклад України “Буковинський державний медичний університет”, ОКУ “Чернівецький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Чернівці

Актуальність. Існуюча схема лікування ВІЛ-інфікованих хворих на рецидивуючий оперізувальний герпес, згідно з якою призначають один з етіотропних протигерпетичних засобів — ацикловір, валацикловір, або фамцикловір, не забезпечує

тривалого клінічного та імунологічного ефекту. Часто при відміні етіотропного лікування рецидиви повторюються з колишньою частотою. Тому у ВІЛ-інфікованих хворих, особливо у осіб з критично низькими показниками CD4⁺ Т-лімфоцитів

(50–100/мкл крові), як правило, виникають часті рецидиви оперізувального герпесу, що змушує призначати тривалу супресивну терапію ацикловіром до підвищення показників CD4⁺-клітин. Ще однією важливою проблемою є поява резистентних штамів оперізувального герпесу до стандартної протівірусної терапії, що зумовлює серйозні труднощі при лікуванні цієї патології і може безпосередньо вплинути на перебіг і вислід самого захворювання.

Мета роботи. Провести оцінку клінічної та імунологічної ефективності препарату “Алокін-альфа” у комплексній терапії хворих на рецидивуючий ВІЛ-асоційований оперізувальний герпес.

Пацієнти і методи. Загальне число обстежених і пролікованих хворих на рецидивуючий оперізувальний герпес на тлі ВІЛ-інфікування склало 26 людей. Для репрезентативної вибірки хворі були поділені на дві групи. Першу групу склали 13 ВІЛ-інфікованих хворих з оперізувальним герпесом, яким на фоні базисної терапії (щоденний прийом валацикловіру по 1,0 г всередину 2 рази на день протягом 7–10 діб) додатково призначали 3 підшкірних ін'єкцій алокіну-альфа в дозі 1 мг через один день (8 з них отримували ще й ВААРТ). Другу групу склали 13 пацієнтів, яким призначали тільки зазначену базисну терапію протягом тижня (7 з них отримували ще й ВААРТ).

Клініко-лабораторну оцінку протокового та запропонованого нами лікування хворих здійснювали з врахуванням стадії ВІЛ-інфекції. Крім комплексного клінічного обстеження, пацієнтам здійснювали імунологічне дослідження, визначення субпопуляцій лімфоцитів, проліферативну активність Т-лімфоцитів, активність NK-клітин. Контролем слугували імунологічні показники 30 здорових осіб.

Результати досліджень та їх обговорення.

При оцінці тривалості клінічних проявів оперізувального герпесу (ОГ) на фоні ВІЛ-інфекції у I–II клінічних стадіях виявили статистично достовірне її скорочення на фоні доповнення базисної терапії алокіном-альфа порівняно з лікуванням тільки валацикловіром — відповідно (7,0±0,6) проти (10,3±0,5) доби (p<0,05). Поряд зі зменшенням частоти рецидивів після застосування апробованого цитокіноподібного препарату статистично вагомо скорочувалась й тривалість першого рецидиву ОГ після лікування — (7,0±0,6) доби проти (11,3±0,5) доби (p<0,05–0,02).

У ВІЛ-інфікованих хворих з III–IV клінічною стадією ВІЛ-інфекції доповнення етіотропного лікування алокіном-альфа аналогічно забезпечувало достовірно коротшу тривалість клінічних проявів ОГ під час терапії, а також першого рецидиву після закінчення курсу лікування. Зокрема, тривалість клінічних проявів ОГ під час апробованої та традиційної терапії таких пацієнтів становила (10,8±0,6) і (13,5±0,7) доби відповідно, а тривалість першого рецидиву після лікування — (9,8±0,4) і (16,3±0,6) доби відповідно (p<0,02).

На основі аналізу результатів імунологічного дослідження, встановлено, що після лікування ВІЛ-інфікованих хворих з ОГ тільки валацикловіром кожен аналізований імунологічний показник (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD12⁺, CD4/CD8, ІЛ-8, ІЛ-10, ІЛ-12, ІЛ-17, циркулюючі імунні комплекси) залишався практично на рівні, який визначався до початку лікування. Разом з тим, доповнення базисної терапії алокіном-альфа зупиняло подальше зниження числа CD4⁺ Т-лімфоцитів (особливо при II клінічній стадії ВІЛ-інфекції — (618,7±205,9) кл./мкл.), концентрація ІЛ-8 знижувалась до (30,42±6,16) і (49,27±8,17) пг/мл відповідно при I і II стадіях імунодефіциту, що статистично вагомо відрізнялося від значень до лікування — (62,17±15,84) і (93,36±20,01) пг/мл (p<0,05–0,02). Подібним чином зменшувався й рівень ІЛ-10 — (1,062±0,147) і (1,481±0,514) пг/мл порівняно з показниками до лікування — (2,131±0,622) і (2,905±0,426) пг/мл (p<0,05). Рівень циркулюючих імунних комплексів у хворих на ВІЛ-інфекцію у II клінічній стадії після комбінованого лікування валацикловіром та алокіном-альфа становив (85,8±17,6) опт. од., що не відрізнялося від норми, але було суттєво менше порівняно зі значенням до лікування — (136,7±22,8) опт. од. Інші аналізовані імунологічні показники лише прямували у бік нормальних значень, не демонструючи при цьому статистично вагомих змін.

Висновки. Таким чином, застосування алокіну-альфа у комплексній терапії хворих на ВІЛ-асоційований оперізувальний герпес порівняно з монотерапією валацикловіром, забезпечує статистично значуще зниження частоти та тривалості рецидивів, збільшує тривалість ремісії захворювання, а також виявляє значний імунорегуляторний вплив: зупиняється подальше зниження числа CD4⁺ Т-лімфоцитів, знижується концентрація ІЛ-8, ІЛ-10 та зменшується рівень циркулюючих імунних комплексів.

О.В. Солдатенкова, Н.В. Адамець

УСПІШНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТА СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З ВІЛ. ПАМ'ЯТІ ЗАСЛУЖЕНОГО ЛІКАРЯ УКРАЇНИ СВІТЛАНИ КОМАР

*Центр інфекційних хвороб “Клініка для лікування дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД”, НДСЛ “ОХМАТДИТ”;
ГО “Дитинство без СНІДу”, м. Київ.*

Громадська організація “Дитинство без СНІДу” була створена Заслуженим лікарем України Світланою Комар у 2004 році. З 2007 року організація працює на базі Центру інфекційних хвороб “Клініка для лікування дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД” НДСЛ “ОХМАТДИТ”. За цей час були успішно реалізовані проекти з різних напрямків протидії розповсюдженню ВІЛ-інфекції серед дитячого та дорослого населення України, а саме: просвітницько-інформаційному, профілактичному, з догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих родин, адвокаційно-правовому, науково-дослідницькому.

1. Догляд і підтримка ВІЛ-інфікованих дітей та їх родин. З 2005 по 2016 р.р. реалізовано близько 15 проектів з догляду та підтримки, що мали на меті поліпшення якості життя ВІЛ-інфікованих дітей та їх родин, шляхом впровадження та розширення спектру медико-соціальних та психологічних послуг (за фінансової підтримки МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні” та БО “Всеукраїнська мережа ЛЖВ”).

В 2007 році завдяки зусиллям Заслуженого лікаря України С.Комар був створений Національний Центр інфекційних хвороб “Клініка для лікування дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД” НДСЛ “ОХМАТДИТ” (надалі Центр) (за фінансової підтримки БО “Всеукраїнська мережа ЛЖВ”, “ЮНІСЕФ”, Фонду “АНТИСНІД” та інших). До Центру потрапляють найбільш складні у лікувально-діагностичному плані пацієнти, більшість з яких мають термінальну стадію ВІЛ-інфекції та потребують довготривалого та коштовного лікування. ГО “Дитинство — без СНІДу” у щільній співпраці з Центром, допомагає забезпечити надання комплексної медичної, психологічної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та членам їх родин, забезпечує процес формування прихильності до АРТ, попередження зривів і відмов.

В результаті успішної роботи Центру та продуктивній дії проектів ГО “Дитинство без СНІДу”: – більше 800 дітей (з яких більше 180 дітей-сиріт)

та їх родини отримали ефективну комплексну медичну та соціально-психологічну допомогу; – розроблено та видано декілька тиражів “Щоденники самоконтролю” для дошкільного та шкільного віку з формування прихильності до АРТ-лікування (за фінансової підтримки БО “Всеукраїнська мережа ЛЖВ”); – розроблено та тиражовано “Цикл методичних занять з підготовки до розкриття ВІЛ-статусу” для ВІЛ-інфікованих дітей (за фінансової підтримки БО “Всеукраїнська мережа ЛЖВ”);

Слід зазначити, що створення та оснащення Мобільної клініки Фондом Олени Пінчук “АНТИ-СНІД” при НДСЛ “ОХМАТДИТ” дало можливість ГО “Дитинство без СНІДу” реалізувати ряд проектів, спрямованих на лікування, профілактику та моніторинг стану здоров'я ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей в усіх регіонах України. В 2016 році Мобільна клініка здійснила виїзди до зони АТО в м. Краматорськ, м. Слов'янськ, м. Костянтинівка, м. Добропілля, м. Маріупіль, з метою консультативного, медико-соціального супроводу ВІЛ-інфікованих родин. У підсумку: за 7 років існування Мобільної клініки було надано медико-соціальну допомогу більш, ніж 3 тисячам ВІЛ-інфікованим дітям та їх родинам.

2. Інформаційно-просвітницький напрямок. У 2005–2006 р.р.” Світланою Комар була втілена глобальна ідея з підвищення професійного рівня лікарів інфекціоністів і педіатрів всіх регіонів України. Під її керівництвом ГО “Дитинство без СНІДу” було реалізовано проект “Постійно діючий лікарський практикум з профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, діагностики та лікування ВІЛ інфекції у дітей”.

В результаті: протягом 2-річної серії інформаційно-навчальних тренінгів більше 70 інфекціоністів та педіатрів з різних регіонів України підвищили професійний рівень з питань лікування та соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх рідних.

3. Профілактичний напрямок з попередження розповсюдження ВІЛ- інфекції. В продовж 2006–2007 р.р. в ГО “Дитинство без СНІДу” було втілено 2-етапний проект “Інформаційно-освітня робота з профілактики ВІЛ серед неповнолітніх, які утримуються в приймальнику-розподільнику для неповнолітніх ГУ МВС України у м. Києві” та “Інформаційно-освітня робота з первинної профілактики ВІЛ/СНІД серед неповнолітніх, які виховуються у притулках м. Києва та м. Біла Церква”. (проект САНРАЙЗ, МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”).

В результаті близько 400 дітей з груп ризику отримали знання з базових питань ВІЛ/СНІД, усвідомили небезпечність ризикованої поведінки, отримали знання про засоби попередження інфекції.

4. Адвокаційно-правовий напрямок. Протягом 2006–2007 рр. ГО “Дитинство без СНІДу” успішно

реалізувала проект “Школа свідомого захисту” на базі Академії адвокатури України (м. Київ) — за фінансової підтримки ISC/UCAN та ABA CEELI.

В результаті кореговано учбові програми закладу шляхом внесення розділів, стосовно правового захисту та представлення інтересів ВІЛ-інфікованих людей; посилено громадську позицію майбутніх юристів, щодо забезпечення ефективного захисту інтересів ВІЛ-інфікованих громадян відповідно демократичним нормам.

5. Науково-дослідний напрямок. За роки діяльності в ГО “Дитинство без СНІДу”, за авторством С.Комар було проведено декілька досліджень: “Оцінка сучасного стану перебування ВІЛ-інфікованих дітей, позбавлених батьківської опіки, в Україні” (2006 р.); “Оцінка доглянутості та потенційні можливості усиновлення ВІЛ-інфікованих дітей, позбавлених батьківської опіки, в Україні” (2007 р.) та інші.

О.А. Стефанишина, О.Ю. Устінова

ЕФЕКТИВНЕ ВИКОРИСТАННЯ ДЕРЖАВНОГО БЮДЖЕТУ ЗА ПІДСУМКАМИ ЗАКУПІВЕЛЬ ЛІКІВ МІЖНАРОДНИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ ТА АНТИКОРУПЦІЙНОГО МОНІТОРИНГУ

*БФ “Пацієнти України”, м. Київ
ГО “Центр Протидії корупції”, м. Київ*

Актуальність. У 2014 році ціни на ліки вирости вдвічі, ціни на деякі препарати на державних тендерах завищено до 300%. Тоді тендерні закупівлі ліків та вакцин було провалено. Лише за даними служби безпеки України, до 40% державних коштів щорічно відмивалися на тендерах Міністерства охорони здоров'я України, що складало близько 50 млн доларів на рік. Понад рік БФ “Пацієнти України”, Центр протидії корупції та сотні активістів боролися за те, щоб діти та дорослі із важкими захворюваннями вчасно отримували потрібні ліки та щоб викоренити корупцію на державних тендерах Міністерства охорони здоров'я. Активісти втілили нестандартне рішення — залучили до закупівель ліків та вакцин спеціалізовані міжнародні агенції. Актуальність даного дослідження обумовлена тим, що у 2015 році закупівлі ліків передано міжнародним організаціям таким як

Програма розвитку ООН, Дитячий фонд ЮНІСЕФ та Британська закупівельна агенція Crown Agents. Саме тому важливо дослідити на скільки ефективними для державного бюджету є впровадження цієї реформи.

Мета дослідження. З'ясувати ефективність використання державного бюджету на ліки, які закупляли міжнародні організації. Для досягнення мети було застосовано такі методи дослідження: метод аналізу та синтезу, метод оцінки, метод систематизації.

Отримані результати.¹ За кошти державного бюджету-2015 такі організації як ПРООН, ЮНІСЕФ, Crown Agents закуповували ліки для українських

¹ Варто зазначити, що дослідження проводилось у період лютий – червень 2016 року. Результати закупівель міжнародними організаціями можуть відрізнятися на момент написання статті.

пацієнтів за 12 програмами, серед яких: вакцини, ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатити, онкологія, дитяча гемофілія, орфанні захворювання на загальну суму більше 2,197 млрд грн. У дослідженні ми порівняли ціни на ліки, які закупили міжнародні організації, з цінами, за якими здійснювало закупівлю Міністерство охорони здоров'я у 2014 році.

Методологія порівняння цін у дослідженні:

- закупівельна ціна міжнародної агенції 2016 у доларах (враховує ціну на препарат, логістику та адміністративні витрати міжнародної агенції);
- закупівельна ціна МОЗ 2014 та 2013 років (ціна на препарат з врахуванням логістичних витрат, націнкою дистриб'ютора за виключенням ПДВ 7% у 2014).

За деякими програмами міжнародні організації закупили ліки в 24 рази дешевше, аніж це робило МОЗ. Так, препарат для лікування онкології іматиніб 100 мг був закуплений у 24,3 рази дешевше, іматиніб 400 мг — у 20,3 рази, левофлоксацин 500 мг від туберкульозу — у 19,5 разів дешевше.

Проте, є приклади, коли міжнародним організаціям не вдалося досягти зниження ціни. Так, ЮНІСЕФ змушений був закуповувати дороговартісні антиретровірусні препарати для пацієнтів з ВІЛ/СНІД, адже Міністерство ОЗ включило до номенклатури оригінальні ліки ("Алувіа": МНН Лопінавір/Ритонавір, "Норвір": МНН Ритонавір), які знаходяться в монопольній позиції та охороняються патентом, а тому мають змогу тримати вищі ціни. Також, у 2016 році ПРООН закупила препарат від туберкульозу рифампіцин 150 мг на 66,8% дорожче, ніж це зробило МОЗ у 2014 році, вакцина Пентаксим була закуплена на 70,9% дорожче, ліки від онкології мітоксантрон 20 мг — на 31,5%.

Результати порівняння закупівельних цін МОЗ 2014 року та ПРООН 2016 року вказують на те, що завдяки залученню міжнародної організації вдалося зекономити понад 10 млн дол., адже

саме на стільки більше коштів необхідно було б витратити МОЗ аби закупити ту ж кількість препаратів. Цього року вперше було закуплено ліки для хворих на рідкісні (орфанні) захворювання. Після закупівель усіх необхідних препаратів за цією програмою на рахунках ПРООН залишилося 300 тис. дол., на які можна закупити додаткове лікування.

Британська закупівельна агенція Crown Agents закупила препарати для лікування дитячих та дорослих онкологічних захворювань в середньому на 45% дешевше, ніж МОЗ минулого року. Це майже на 19 млн доларів менше, ніж витратило б Міністерство у разі закупівлі тих самих ліків за цінами 2014-го року. Економія за програмою дорослої онкології склала більше 17 млн доларів, за програмою дитячої онкології — більше 2 млн доларів.

За інформацією ЮНІСЕФ, при закупівлі ліків для антиретровірусної терапії та вакцин організації вдалося заощадити 4,9 млн доларів. Разом з тим, ЮНІСЕФ інвестував більш ніж півмільйона доларів США на спеціалізоване обладнання холодового ланцюга для належного зберігання вакцин на центральному та регіональному рівнях, що, разом із витратами на логістику, дозволило зекономити більш ніж 825 тис доларів державного бюджету.

Важливим фактором ефективного використання бюджетних коштів на ліки є те, що вдалося зруйнувати монополію на тендерному ринку, адже 40% учасників тендерів міжнародних організацій — це нові гравці ринку. Також зазначимо, що у 2015 році 40% тендерів виграла саме виробники ліків. Цікавим є той факт, що деякі українські посередники вийшли на тендери міжнародних організацій з ціною вдвічі нижчою, ніж та, за якою у них закупляв ліки МОЗ минулого року.

Висновки. Загалом міжнародним організаціям вдалося зекономити на закупівлях ліків приблизно 790 млн грн (34,2 млн дол.) у порівнянні з цінами МОЗ 2014 року.

Я.С. Терлеєва, Н.Л. Кампос-Родрігес

ВПРОВАДЖЕННЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ МЕТОДІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДОПОМОГОЮ СИСТЕМИ GENEXPERT

ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

Актуальність. Одночасно з поширенням епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, спостерігається високий рівень захворюваності на ТБ у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, що складає 13,0 на 100 тис. населення у 2015 році при розрахунковому показнику 18 на 100 тис., що свідчить про низький рівень діагностики ТБ у ВІЛ-інфікованих. Рівень МР ТБ серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів у 2015 році складав 25%.

В Україні також залишається напружена епідеміологічна ситуація щодо мультирезистентного туберкульозу (далі — МР ТБ). Протягом останніх років спостерігається зростання кількості МР ТБ з 3482 у 2009 р. до 8440 у 2015 р. Україна входить до п’ятірки країн світу з найвищим тягарем МР ТБ. Велика частка випадків майже невиліковного ТБ з розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів, що становить 13,95% від загальної кількості хворих на МР ТБ за 2015 рік.

Мета дослідження. Аналіз ефективності використання системи GeneXpert для швидкої діагностики ТБ у ВІЛ-інфікованих у Центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом (далі — Центрах СНІДу) пілотних регіонів України (Запорізька, Вінницька, Івано-Франківська, Київська, Хмельницька області та м. Києва) (далі — пілотні регіони).

Результати і обговорення. З метою швидкої діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів та забезпеченням своєчасного лікування, з січня 2016 року у Центрах СНІДу пілотних регіонів України за рахунок коштів Глобального фонду для боротьби з зі СНІДом, туберкульозом та малярією були закуплені та інстальовані 4-модульні системи GeneXpert. У інших регіонах біоматеріал ВІЛ-інфікованих пацієнтів з підозрою на ТБ доставляється для дослідження молекулярно-генетичними методами до протитуберкульозних закладах.

За даними Реєстру хворих на туберкульоз за 9 місяців 2016 року, охоплення обстеженням ВІЛ-інфікованих пацієнтів, у яких діагностовано легеневі форми туберкульоз, за допомогою молекулярно-генетичного методу GeneXpert в Україні (без урахування пілотних регіонів) склало лише 58% (цільове значення — 100%), в пілотних регіонах — 75%.

Рівень бактеріологічного підтвердження випадків легеневого туберкульозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів пілотних регіонів за 9 місяців 2016 року складає 52%, серед них резистентних до рифампіцину — 24,3%, а у решти регіонів України — 58,7%, з них резистентні до рифампіцину — 23,0%. За даними Національного епідеміологічного дослідження щодо хіміорезистентного туберкульозу рівень МР ТБ серед ВІЛ-інфікованих складає 42,0%, що свідчить про недовиявлення випадків МР ТБ серед ВІЛ-інфікованих.

Разом з цим, потенціал навантаження системи GeneXpert у Центрах СНІДу використовується не в повній мірі. Максимальна кількість досліджень враховуючи технічні характеристики системи складає 16 досліджень за добу на один апарат GeneXpert. В Центрах СНІДу пілотних регіонів навантаження на систему GeneXpert коливається у межах 13 дослідження на добу.

Висновок. Впровадження сучасних методів швидкої діагностики туберкульозу в Центрах СНІДу не вплинуло на виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Охоплення хворих на ко-інфекцію обстеженням на туберкульоз за допомогою швидких методів діагностики недостатнє, що вимагає проведення аналізу причин та прийняття невідкладних заходів щодо покращення доступу ВІЛ-інфікованих до сучасних методів діагностики туберкульозу.

М.М. Трофименко

ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ КОШТІВ ПІД ЧАС ЗАКУПІВЛІ ПРОТИГЕПАТИТНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

БО “Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД”, м. Київ

Актуальність. Важливість даної теми дослідження зумовлена значною поширеністю вірусу гепатиту С в Україні, низьким рівнем доступу до лікування життєвонебезпечних захворювань, а також значним рівнем ко-інфекції ВІЛ та вірусу гепатиту С. Ці фактори в поєднанні із обмеженими фінансовими ресурсами держави щодо фінансування сфери охорони здоров'я зумовлюють необхідність якомога раціонального використання коштів при закупівлі протигепатитних препаратів.

Мета. Метою дослідження є аналіз проблем раціонального використання коштів під час закупівель протигепатитних препаратів і на його основі визначення можливих шляхів підвищення ефективності використання коштів в даній сфері.

Методи. Основу дослідження складають діалектичний, аналітичний та формально-логічний методи.

Отримані результати. Аналізуючи досвід БО “Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД” в сфері адвокації розширення доступу до лікування гепатиту С можна окреслити наступні проблеми в сфері закупівель протигепатитних лікарських засобів та, відповідно, наступні шляхи їх подолання:

Проведений нами аналіз державних закупівель вказує на те, що при наявності на фармацевтичному ринку подібних протигепатитних препаратів з однаковою терапевтичною ефективністю не завжди закупуються ті, ціна яких є більш доступною. Дана проблема може бути вирішена оптимізацією лікування хворих на гепатит С шляхом переходу на аналогічні препарати, які мають таку ж саму,

або кращу терапевтичну ефективність і в той же час є доступними за нижчою ціною;

Для запобігання зловживанням під час закупівель протигепатитних лікарських засобів важливим є антикорупційний моніторинг всього процесу закупівель. При цьому надзвичайно важливо здійснювати моніторинг закупівельного процесу починаючи з моменту підготовки номенклатури закупівлі лікарських засобів;

Окремо треба зазначити про надзвичайну важливість розширення генеричної конкуренції. Вихід на фармацевтичний ринок генеричних аналогів лікарського засобу є загальновизнаним в світі способом підвищення конкуренції та зниження цін на лікарські засоби. Даний спосіб неодноразово довів свою ефективність і при зниженні цін на препарати для лікування гепатиту С в Україні. Зокрема, всього за рік після виходу на український ринок генеричної версії софосбувіру ціна на даний препарат знизилась більш ніж в двічі.

Висновки. Виклики, які сьогодні стоять перед українською державою та її системою охорони здоров'я потребують максимально ефективного використання коштів в сфері охорони здоров'я. Аналіз діяльності БО “Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД” в сфері адвокації розширення доступу до лікування гепатиту С вказує на те, що оптимізація лікування, антикорупційний моніторинг закупівель протигепатитних лікарських засобів, а також розширення генеричної конкуренції є тими напрямками без яких неможливо буде забезпечити 100% доступ до лікування гепатиту С в найближчому майбутньому.

І.О. Федяк, Д.В. Семенів

АНАЛІЗ СТАТУСУ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ В ОБЛАСТЯХ З НАЙВИЩОЮ ПОШИРЕНІСТЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, м. Івано-Франківськ

Актуальність. За даними Проекту RESPOND Агентства США з міжнародного розвитку (USAID, 2016), сучасний розвиток епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в Україні не дає підстав говорити про суттєве зниження тягаря епідемії. ВІЛ-інфекція в країні продовжує поширюватися за рахунок збільшення значимості статевого шляху передачі ВІЛ (72,5%), а також за рахунок поширення ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) (26,6%). За оцінками, в Україні лише 30% від кількості людей, які живуть з ВІЛ, отримують антиретровірусну терапію (АРТ). За умов підвищення доступності АРТ для вітчизняних пацієнтів значно посилюється роль формування їх прихильності до лікування. Тому опрацювання відомостей про статус ВІЛ-позитивних хворих, які знаходяться на обліку у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) регіональних служб СНІДу, є актуальним завданням.

Водночас, дані сайту Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України, який уповноважений проводити епідеміологічний моніторинг, констатують, що станом на 01.10.2016 р. найвищі показники поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровані у Одеській (865,8 на 100 тис. населення), Дніпровській (797,56), Миколаївській (713,8), Херсонській (392,7) областях та у м. Києві (432,6).

Тому **метою дослідження** стало вивчення характеристик (гендерних, вікових, клінічних, функціонального / ТБ / СІН / ВГ-статусів, прихильності) пацієнтів, які знаходяться на обліку в обласних центрах профілактики та боротьби зі СНІДом Одеської, Дніпровської, Миколаївської, Херсонської областей та м. Києва. Дані для аналізу було отримано шляхом опрацювання по 100 довільно відібраних контрольних карт диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою (форм № 030-5/о) із закритими персональними даними пацієнтів. Представлені у цій публікації матеріали є малою частиною дослідження, яке проводиться для розробки фармацевтичної складової оцінки медичних технологій щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Для виконання цієї роботи було укладено договір між ДУ “Український центр контролю за

соціально небезпечними хворобами МОЗ України” та ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”.

Отримані результати. Результати вивчення статусу ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які знаходяться на обліку у центрах СНІДу п'яти регіонів та отримують АРТ, представлені в табл. 1.

Отже, як показують дані аналізу, ймовірність бути ВІЛ-інфікованими не залежить від статі, найчастіше хворіють особи у вікових категоріях від 31 до 50 рр. (79,6%). Підтверджено, що більшість людей, які живуть з ВІЛ, хворобу виявляють на пізніх стадіях, оскільки серед клінічних стадій переважають 3-тя (40,8%) та 4-та (32,4%). Водночас за функціональним статусом і прихильністю до терапії лівова частка пацієнтів — працездатні з необмеженою активністю (82,4%) та високою прихильністю (94,6%). Щодо ТБ-статусу, то сумарно 70,8% пацієнтів не потребує лікування або профілактики туберкульозу (окрім Херсонської обл., де зі 100 довільно відібраних карт, 37 пацієнтів потребували профілактики ТБ). Серед усіх хворих 37,2% осіб раніше були СІН, хоча і заперечують вживання наркотиків на даний час. Найвищий відсоток СІН як і супутнього інфікування вірусом гепатиту С спостерігалися серед столичних пацієнтів (59% і 53% відповідно). А загалом серед усіх пацієнтів за ВГ-статусом найбільша частка в категорії Г3 (інфікований вірусом гепатиту С), яка становила 43%.

Форма № 030-5/о регламентована наказом МОЗ України № 182 від 21.03.2012 р. “Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфікованих осіб та інструкцій щодо їх заповнення” та заповнюється лікарем ЗОЗ, у якому ВІЛ-інфікована особа перебуває під диспансерним наглядом. Оскільки даний документ набрав чинності 08.06.2012 р., а до цього часу карти диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою були згідно наказу МОЗ № 187 від 07.04.2008 р., то у ЗОЗ в обігу є різні форми контрольних карт. Встановлено, що часті зміни нормативно-правового підґрунтя форм первинної облікової документації не сприя-

Таблиця 1. Характеристика статусу ВІЛ-інфікованих пацієнтів в областях з найвищою поширеністю ВІЛ-інфекції

Критерій	Розподіл	Центри профілактики та боротьби зі СНІДом, %					
		Одес. обл.	Дніпр. обл.	Мик. обл.	Херс. обл.	м. Київ	Загалом у 5 регіонах
Стать	Чоловіки	51	47	50	55	57	52
	Жінки	49	53	50	45	43	48
Вік	18–30 pp.	11	9	9	7	14	10
	31–40 pp.	35	45	46	46	54	45,2
	41–50 pp.	38	32	34	39	29	34,4
	51–60 pp.	12	10	10	7	2	8,2
	61–70 і >	4	4	1	1	1	2,2
Клінічна стадія	1	3	12	30	26	9	16
	2	—	12	19	4	19	10,8
	3	53	36	34	41	40	40,8
	4	44	40	17	29	32	32,4
Функціональний статус	Р	47	85	97	99	84	82,4
	А	53	15	3	1	13	17
	Л	—	—	—	—	3	0,6
Прихильність	В	91	100	92	99	91	94,6
	Н	9	—	8	1	9	5,4
ТБ-статус	T1	68	72	90	45	79	70,8
	T2	1	3	—	2	—	1,2
	T3	2	1	4	1	1	1,8
	T4	1	—	—	1	—	0,4
	T5	10	6	1	7	8	6,4
	T6	2	13	—	6	2	4,6
	T7	11	2	4	37	4	11,6
	T8	5	3	1	1	6	3,2
СН-статус	C1	73	70	59	61	40	60,6
	C2	26	29	40	32	59	37,2
	C3	—	—	—	2	1	0,6
	C4	—	—	—	1	—	0,2
	C5	1	1	1	4	—	1,4
ВГ-статус	G1	51	1	—	2	30	20,8
	G2	16	37	40	44	17	30,8
	G3	24	37	48	50	53	42,4
	G4	—	2	2	1	—	1,0
	G5	1	1	—	1	—	0,6
	G6	3	2	9	2	—	3,2
	G7	1	—	1	—	—	0,4
	G9	1	—	—	—	—	0,2
	G13	3	—	—	—	—	0,6

Примітки. **Функціональний статус:** Р — фізична активність не обмежена, здатний до виконання регулярної праці та повсякденної діяльності, А — фізична активність обмежена, не здатний до виконання регулярної праці, здатний до самообслуговування, Л — фізична активність значно обмежена, не здатний до самообслуговування, потребує сторонньої допомоги. **Прихильність:** В — висока, понад 95%, Н — низька, 95% та менше. **ТБ-статус:** T1 — не потребує лікування або профілактики туберкульозу, T2 — підозра на ТБ, T3 — легеневий ТБ, T4 — позалегеновий ТБ, T5 — завершив курс лікування ТБ, T6 — потребує профілактики ТБ, T7 — отримує профілактику ТБ або отримав її протягом поточного року. **СН-статус:** C1 — заперечує вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом, C2 — не заперечує вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом у минулому, але заперечує вживання на даний час, C3 — не заперечує епізодичне вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом, C4 — не заперечує систематичне вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом, C5 — перебуває у програмі замісної підтримувальної терапії. **ВГ статус:** G1 — статус невідомий, G2 — не інфікований вірусним гепатитом В та С, G3 — інфікований вірусом гепатиту С, G4 — активний вірусний гепатит С, потребує лікування, G5 — отримує лікування з приводу гепатиту С, G6 — отримав курс протівірусного лікування гепатиту С, G7 — інфікований вірусом гепатиту В, G9 — отримує лікування з приводу гепатиту В, G13 — інфікований вірусом гепатиту В та С.

ють підвищення якості їх ведення, як і має місце деякий лікарський суб'єктивізм при визначенні статусу пацієнта, про що свідчать подекуди значні розбіжності даних між різними областями.

Висновки. Результати аналізу підтверджують доцільність проведення масштабних інформаційних кампаній із залученням найширшого кола медичних та громадських ініціатив щодо підвищення мотивації громадян як на проходження

первинного тестування на ВІЛ, так і на лікування потребуючих, щодо популяризації здорового та морального способу життя найперше для жителів тих областей, де спостерігається найвища поширеність ВІЛ-інфекції.

Також висловлюємо вдячність Головному лікарю регіональних центрів профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які уможливили проведення дослідження.

Н.А. Фойгт

ПОСТУП УКРАЇНИ У БОРОТЬБІ З ВІЛ/СНІД У КОНТЕКСТІ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ СТАЛОГО РОЗВИТКУ

ДУ “Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України”

Актуальність. У вересні 2015 року на 70-й Асамблеї ООН країни ухвалили нову програму сталого розвитку і уклали нову глобальну угоду зі зміни клімату. Діяльність, здійснювана в 2015 році, мала своїм результатом появу нових Цілей сталого розвитку, які ґрунтуються на восьми Цілях розвитку тисячоліття. Нові Цілі сталого розвитку (ЦСР) спрямовані на подолання бідності, сприяння процвітання і благополуччю для всіх, захист навколишнього середовища і боротьбу зі зміною клімату та включають 17 цілей і 169 конкретних завдань. Перелік ЦСР був офіційно затверджений на засіданнях Генеральної Асамблеї ООН в кінці вересня 2015 року. Зокрема, Ціль 3 “Підтримка хорошого здоров’я” включає 9 головних завдань, серед яких Завданням 3.3 є до 2030 року покласти край епідеміям СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних хвороб, яким не приділяється належної уваги, і забезпечити боротьбу з гепатитом, захворюваннями, що передаються через воду, та іншими інфекційними захворюваннями. Напередодні 71-ї Асамблеї ООН колектив міжнародного дослідницького проекту “Глобальний тягар хвороб 2015” представив аналіз 33 пов’язаних зі здоров’ям показників ЦСР, заснований на результатах дослідження глобального тягара хвороб, травм і факторів ризику 2015 р. (ГТХ 2015).

Мета дослідження. Оцінити прогрес України у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу з точки зору досягнення Цілей сталого розвитку, використовуючи спеціально розроблений показник — Індекс пов’язаних зі здоров’ям ЦСР.

Методи дослідження. Був запропонований єдиний Індекс пов’язаних зі здоров’ям ЦСР, для розрахунку якого застосовані методи обчислення геометричної середньої з подальшою процедурою нормування 33-х показників, пов’язаних зі здоров’ям ЦСР для 188 країн у період з 1990 по 2015 р. Кожен показник був масштабований за шкалою від 0 (найнижче середнє значення за період спостереження 1990–2015 рр.) до 100 (найвище значення). Для вивчення зв’язку між соціально-демографічним індексом (сумарним показником на основі середнього доходу на душу населення, рівня освіти та загального коефіцієнту народжуваності), і кожним з пов’язаних зі здоров’ям показників ЦСР використовувались сплайн-регресії.

Отримані результати. У 2015 році глобальний середній показник пов’язаної зі здоров’ям ЦСР № 3.3 склав 54,0, але широко розрізнявся по країнах, починаючи від найвищого 77,7 в Словачії до найнижчого 3,0 в Лесото. В Україні цей індекс у 1990 р. становив 41,2 але до 2015 р. знизився до 31,1. Саме низька величина індексу боротьби зі СНІДом разом з двома іншими (Ціль тисячоліття 16.1 “Скоротити усі форми насилля та пов’язану з ним смертність” (величина індексу = 3,2) та ЦСР 3.5 “Зміцнити систему профілактики та лікування усіх форм наркотичної та алкогольної залежності” (величина індексу = 8,1)) стали причиною зниження рейтингу України за загальним індексом пов’язаних зі здоров’ям ЦСР. Маючи величину цього індексу у 2015 р. 54,0, наша країна посідає

103 місце серед 188 країн світу. В цілому прогрес у боротьбі з ВІЛ/СНІДом на глобальному рівні експерти проекту ГТХ 2015 оцінили як помірний. На жаль, жодна країна не досягла поставленої мети Цілей тисячоліття 2000 р. ліквідувати епідемію ВІЛ/СНІДу. Серед інших пов'язаних зі здоров'ям ЦСР, починаючи з 2000 року, виражений прогрес стався за такими показниками, як поширення сучасних методів контрацепції, зниження смертності у віці до 5 років та смертності новонароджених, а також показники універсальних заходів щодо охоплення медичним обслуговуванням. Помірними виявились поліпшення у зниженні захворюваності на туберкульоз, мінімальні поліпшення зафіксовані

у боротьбі з гепатитом, а поширеність дитячого ожиріння значно збільшилася.

Висновки. Методологія, застосована в рамках дослідження ГТХ щодо обчислення єдиного індексу пов'язаних зі здоров'ям ЦСР, забезпечує незалежний показник, який можна порівнювати у просторі і часі, і на цій основі здійснювати моніторинг прогресу в справі досягнення ЦСР. Результати дослідження ГТХ не тільки вказують на важливість зазначення доходу, освіти і народжуваності, як медіаторів здоров'я населення, але й підкреслюють, що подальших інвестицій, виключених у ці сфери, для досягнення ЦСР буде недостатньо.

*Т.В. Фоменко¹, А.М. Мажная¹, А.С. Метелюк¹, С.А. Філіппович¹, В.П. Коломієць¹,
І.О. Іванчук¹, С.В. Дворяк², Л. Медден³, С. Фарнум³, Р. Маркус⁴, Ф.Л. Алтіс⁴*

МЕРЕЖА УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ (NІАТХ): ДОСВІД УКРАЇНИ

¹ МБФ "Альянс громадського здоров'я", м. Київ

² МБФ "Альянс громадського здоров'я"

³ Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я

⁴ Фундація АРТ (лікування, дослідження, реабілітація)

Актуальність. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) є міжнародно визнаним ефективним методом лікування для людей, що вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), та науково обґрунтованою стратегією для профілактики ВІЛ. Незважаючи на те, що з 2004 року ЗПТ є безкоштовною та доступною програмою, масштабних цілей так і не було досягнуто. Існує потреба в науково обґрунтованих підходах для підвищення показників доступу та утримання на ЗПТ в Україні. Вдосконалення процесів (ВП) являє собою підхід, який спрямований на виявлення та подолання організаційних і структурних бар'єрів, що впливають на процеси, пов'язані з доступом та утриманням на лікуванні пацієнтів ЗПТ. NІАТХ є моделлю ВП, яка допомагає постачальникам медичних послуг усунути бар'єри без додаткового залучення коштів за допомогою проектів циклу швидких змін.

Мета дослідження. Виявлення чинників та бар'єрів, що впливають на доступ та утримання пацієнтів на ЗПТ, за допомогою моделі циклу швидких змін NІАТХ.

Методи дослідження. В жовтні 2014 року відбувся перший тренінг NІАТХ, в якому взяли участь 37 учасників, що представляли 25 сайтів ЗПТ з 21 області України. Згодом було проведено наступних п'ять зустрічей (квітень та вересень 2015, а також лютий, травень і жовтень 2016 року), під час яких учасники презентували свої проекти змін. Розпочинаючи з травня 2015 по вересень 2016 року, українська та міжнародна команда тренерів NІАТХ організувала десять дзвінків за інтересами для залучених учасників відповідно до потреб та необхідної підтримки під час впровадження інтервенції. Щомісячні дзвінки з лідерами команд NІАТХ проводяться з метою мотивації та надання консультативної допомоги щодо Проектів змін.

Отримані результати. Учасники, які представляють різні сайти ЗПТ по Україні, використовують модель ВП для визначення ключових бар'єрів з метою вдосконалення індикаторів доступу та утримання на програмі. Основні типи Проектів змін, які були визначені: доступ (підвищення спроможності сайту, доступ до рідкої форми метадону), утри-

мання (дисциплінарний контроль, покращення доступу до діагностики та лікування ВІЛ, Гепатиту В та С, туберкульозу), доступ та утримання (розвінчання міфів навколо ЗПТ, а також ЗПТ в рамках домашнього стаціонару та рецептурна форма видачі препарату).

Висновки. Модель NІАТх — це корисний інструмент для визначення та роботи над організаційними і структурними бар'єрами, які перешкоджають доступу та утриманню на лікуванні.

Основні бар'єри пов'язані зі спроможністю сайтів, дисциплінарним контролем, рецептурною формою видачі препарату, ЗПТ в рамках домашнього стаціонару та міфами навколо програми. Ці бар'єри можливо подолати на локальному та регіональному рівні за допомогою проектів циклу швидких змін в рамках доступних фінансових та адміністративних ресурсів. Ми плануємо розширити цей підхід в рамках навчання лідерів змін протягом 2016–2017 рр.

Л. Хомич, О. Яременко, Н. Аваліані

ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ СПІВФІНАНСУВАННЯ ПРОГРАМ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ З БОКУ ПАЦІЄНТІВ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕНЬ У 7 РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

ТОВ “Делойт Консалтинг”, Проект USAID “Реформа ВІЛ-послуг у дії”, м. Київ

Актуальність. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) на сьогоднішній день є дієвим підходом в профілактиці передачі ВІЛ-інфекції та інших інфекцій, що передаються з кров'ю, у групі людей, які вживають інекційні наркотики (ЛВІН). За даними Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України станом на 01.09.2016 року 8881 пацієнт з опіоїдною залежністю користується послугами програм ЗПТ в Україні, що становить близько 22,4% від кількості ЛВІН, які перебувають на обліку у наркологічній службі, та 2,9% від оціночної кількості ЛВІН в Україні.

З метою охоплення щонайменше 35% ЛВІН згідно рекомендацій ВООЗ, обсяги програм ЗПТ необхідно розширити до 108,5 тис. осіб вже у найближчі кілька років. З метою подальшого розширення доступу до програми, підвищення якості послуг та на фоні скорочення фінансування програм ЗПТ за кошти міжнародних донорів, питання впровадження альтернативних джерел фінансування програм ЗПТ залишається на часі. Одним з варіантів таких альтернативних джерел є модель співфінансування програм ЗПТ пацієнтами власними коштами.

Метою дослідження було вивчення готовності та спроможності самих учасників програм ЗПТ та інших пацієнтів з опіоїдною залежністю

співоплачувати за деякі складові програми ЗПТ у обраних регіонах України задля врахування цих факторів при запровадженні моделі співфінансування програм ЗПТ пацієнтами на прийнятних для них умовах.

Методи дослідження. Було проведено кількісне дослідження з крос-секційним дизайном у 2 цільових групах респондентів: нинішні учасники програми ЗПТ та ЛВІН, які перебувають на наркологічному обліку, як потенційні учасники програми ЗПТ, у обраних регіонах.

Структуровані опитування були проведені в 7 регіонах України, в яких впроваджуються пілотні проекти “Сталість ВІЛ-послуг”: м. Первомайськ та Первомайський район (Миколаївська обл.), м. Херсон (Херсонська обл.), м. Одеса, м. Білгород-Дністровський та Білгород-Дністровський район (Одеська обл.), м. Полтава та Полтавський район, м. Кременчук (Полтавська обл.), м. Канів та Канівський район (Черкаська обл.), м. Кривий Ріг та Криворізький район (Дніпропетровська обл.), Оболонський та Подільські райони м. Києва.

Логістично було проведено окремо 7 регіональних досліджень, у кожного із яких була спільна мета та перелік обов'язкових запитань в інструментарії дослідження для можливості подальшого співставлення отриманих результатів. В той же час кожна із регіональних дослідницьких команд мала

Таблиця. Готовність до співоплати за участь у програмі ЗПТ за регіонами

Регіон	Учасники програми ЗПТ	Потенційні учасники програми ЗПТ
	Готовність, %	Готовність, %
м. Київ	65,4	65,4
м. Первомайськ та район	83,9	2/4*
м. Одеса	88,8	—
м. Білгород-Дністровський та Білгород-Дністровський район	—	15/19*
м. Канів та Канівський район	79,7	8/10*
м. Полтава	53,5	18,3
м. Кременчук	14,0	9,5
м. Херсон	67,0	60,2
м. Кривий Ріг район	66,9	25

* Абсолютні значення (відсотки не розраховувались у зв'язку з незначною кількістю респондентів).

можливість в рамках даного опитування вивчити додаткові питання важливі з огляду на ситуацію в їх регіоні.

Протоколи та інструментарій регіональних досліджень пройшли експертизи Комісій з етики та отримали відповідні висновки-дозволи на проведення дослідження за участю людей. Під час реалізації дослідження неухильно виконувались вимоги щодо конфіденційності, добровільності та інформованості.

Загальний розмір реалізованої вибіркової сукупності становив 1002 для групи учасників програми ЗПТ та 643 для групи потенційних учасників програми.

Одномірний та двомірний статистичний аналіз даних було проведено з використанням програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 24.0.

Отримані результати. Готовність до співоплати за участь у програмі ЗПТ серед учасників програми ЗПТ в середньому становить 70% (за винятком м. Кременчук). Серед тих, хто готовий до співоплати, 94,7% пацієнтів програм ЗПТ спроможні щомісяця витратити суму до 500 грн із власного чи сімейного бюджету на участь у програмі ЗПТ. Готовність до співоплати в майбутньому участі у програмі ЗПТ серед ЛВІН, які ніколи не були учасниками програми, але є її потенційними учасниками, значно варіює між ре-

гіонами так як і сума, яку вони потенційно готові самостійно оплачувати за участь. Близько 90% таких респондентів вказали на готовність витратити до 500 грн на місяць. Цікаво, що частка тих, хто готовий щомісяця виділяти на участь у програмі ЗПТ більше 500 грн, є значно більшою для групи потенційних учасників програми ЗПТ м. Києва (49,4% від тих, хто готовий до співоплати), в тому числі і у порівнянні з нинішніми учасниками програми ЗПТ м. Києва (9,6% від тих, хто готовий до співоплати).

Висновки. Продемонстрована значна готовність нинішніх учасників програми ЗПТ до співфінансування своєї участі у такій програмі вказує на позитивні перспективи у впровадженні моделі співфінансування за участь у програмі ЗПТ коштами самих пацієнтів програми. Існують сприятливі умови для значного розширення програм ЗПТ за рахунок залучення нових клієнтів ЗПТ на моделі повного чи часткового співфінансування. При впровадженні моделі співфінансування програми ЗПТ частково або повністю коштами пацієнтів необхідно опиратись на дані щодо розрахунку вартості послуги програми ЗПТ окремо для кожного із регіонів. Результати дослідження також вказують на перспективу сталості програм ЗПТ в Україні в умовах скорочення зовнішнього фінансування для їх реалізації.

Т.В. Чабан¹, Н.А. Герасимова², В.В. Філюк²

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

¹ Одеський національний медичний університет

² КУ “Одеський обласний протитуберкульозний диспансер”

Актуальність. Туберкульоз і ВІЛ-інфекція сьогодні являються однією з найсерйозніших глобальних проблем не лише медицини, але й громадської охорони здоров'я. За даними експертів ВООЗ, у країнах з високим ступенем інфікування населення ВІЛ понад 40% хворих на туберкульоз виявляються також і ВІЛ-інфікованими.

Туберкульоз і ВІЛ-інфекція можуть перебігати у трьох варіантах:

- первинне зараження туберкульозом ВІЛ-інфікованих;
- одночасне зараження ВІЛ і туберкульозом;
- розвиток туберкульозного процесу на фоні розвитку імунodefіциту при ВІЛ-інфекції.

ВІЛ-інфекція справляє суттєвий вплив на стан імунологічної реактивності при туберкульозі, змінює взаємовідносини в системі клітинного імунітету, порушуючи диференціювання макрофагів і формування специфічної грануляційної тканини. В результаті частіший розвиток туберкульозу у ВІЛ-інфікованих може відбуватися як наслідок зниження опірності до зараження збудником туберкульозу, реактивації старих залишкових пост-туберкульозних змін, послаблення протитуберкульозного імунітету.

Тяжкість клінічних проявів туберкульозного процесу виразніше при зменшенні кількості CD4⁺-клітин у периферичній крові. При несприятливому для життя прогнозі у осіб із сполученою патологією в імунограмі спостерігається значне зниження кількості CD4⁺-лімфоцитів, В-лімфоцитів і натуральних кілерів, підвищення концентрації IgG, М, А, значне збільшення циркулюючих імунних комплексів і зниження функціональної активності нейтрофілів.

Від ступеня пригнічення клітинного імунітету залежить й вираженість симптомів туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб. Захворювання частіше перебігає по типу інфільтративного або генералізованого процесу. Прояви туберкульозу, коли кількість лімфоцитів ще залишається достатньо високою, можуть бути самими типовими і не відрізнятися від клінічної і рентгенологічної картини у ВІЛ-негативних хворих. На цьому етапі у хворих домінують прояви переважно легеневого туберкульозу.

У міру зниження кількості CD4⁺-лімфоцитів в крові (до 200 в 1 мм³ і менше) поряд з легеневиими ураженнями (або замість них) частіше знаходять позалегенові локалізації туберкульозу. Особливостями клінічної симптоматики туберкульозу в таких випадках являється підвищена частота позалегенових і дисемінованих уражень, атипові зміни на рентгенограмах легень і відносно рідкість утворення каверн.

Мета дослідження. Оцінити захворюваність на туберкульоз легень серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням знаходились 1619 ВІЛ-інфікованих з різними формами туберкульозу легень, які лікувалися в КУ “Одеський обласний протитуберкульозний диспансер”. Діагноз встановлювали на підставі клінічних, лабораторних даних, вірусологічного обстеження, результатів рентгенологічного дослідження легень, комп'ютерної томографії.

Отримані результати. Особливу тривогу викликає той факт, що кількість хворих із сполученою інфекцією туберкульоз і ВІЛ-інфекція неухильно зростає. За нашими даними, у 2010 році на стаціонарному лікуванні в КУ “Одеський обласний протитуберкульозний диспансер” перебували 374 ВІЛ-інфікованих осіб із різними формами туберкульозу. У 2014 році таких хворих було вже 497, а лише за 9 місяців 2016 року кількість означених хворих досягла 748. Тобто, вдвічі частіше за останні 5 років спостерігається туберкульоз у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Слід відмітити, що у всіх ВІЛ-інфікованих превалювала дисемінована форма туберкульозу. Кількість хворих, в мокроті яких знаходили збудника туберкульозу була незначною.

Таку ситуацію, на наш погляд, можна пояснити пізнім зверненням хворих за медичною допомогою, відповідно несвоєчасним встановленням діагнозу, а слід за цим — відкладеним стартом специфічного лікування. До того ж серед обстежених були й ті, хто самостійно переривав (або нерегулярно приймав) курс антиретровірусної терапії на фоні низької кількості CD4⁺-лімфоцитів в

крові. Як наслідок — 53 померлих ВІЛ-інфікованих з туберкульозом у 2015 році і 41 — за 9 місяців 2016 року.

Висновки. Таким чином, туберкульоз є провідною опортуністичною інфекцією у ВІЛ-інфікованих,

а внаслідок вираженого імунодефіциту має схильність до тяжкого перебігу, генералізації і прогресування патологічного процесу. Найчастіше у ВІЛ-інфікованих спостерігається дисемінований туберкульоз легень.

Н.В. Чепурнова¹, Н.Я. Жилка²

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДИСКОРДАНТНИМ ПАРАМ

¹ *Закарпатський обласний центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород*

² *Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ*

Актуальність. В умовах демографічної кризи та епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, народження дітей у дискордантної подружньої пари, у якій один із партнерів є ВІЛ-позитивним, інший — ВІЛ-негативним, є окремою проблемою системи охорони здоров'я. Збільшення кількості дискордантних пар, високий ризик передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом, обмежені можливості народження дітей без ВІЛ-інфекції у дискордантних пар природним шляхом, недосконалість нормативного регулювання застосування допоміжних репродуктивних технологій у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в Україні зумовили актуальність та потребу наукового обґрунтування оптимізації моделі організації допоміжних репродуктивних технологій дискордантним парам.

Мета дослідження. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації моделі організації допоміжних репродуктивних технологій дискордантним парам, її впровадження та оцінка ефективності.

Матеріали та методи. Науковою базою дослідження став Закарпатський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом, родопомічні та педіатричні лікувальні заклади (12 од.), де відбувалися пологи після застосування внутрішньоматкової інсеминації у дискордантних пар і нагляд за їх новонародженими. Очистка сперми проводилась методом центрифугування в градієнті щільності, а якість сперми до та після процедури очистки визначалась методом проведення автоматичного аналізу на аналізаторі SQA-V. Очищену сперму та якісно нову використовували для внутрішньоматкової інсеминації.

Було проведено внутрішньоматкову інсеминацію очищеною та концентрованою спермою 22 жінкам, з яких 20 жінок є ВІЛ-негативні та дві жінки з відомим ВІЛ-позитивним статусом. Внутрішньоматкова інсеминація проводилась на стимульованому циклі дворазово в преовуляторний період та в період овуляції.

Вагітність в результаті проведення внутрішньоматкової інсеминації наступила у шести жінок (27,2%), з яких прогресуюча вагітність чотирьох у ВІЛ-інфікованих жінок (18,1%) та дві вагітності закінчилися самовільними викиднями в ранніх термінах вагітності (9,0%).

У дітей народжених після проведення внутрішньоматкової інсеминації очищеною спермою чоловіка, в крові ВІЛ не виявлена.

Отримані результати. Суттєве доповнення теорії соціальної медицини в частині протидії епідемії ВІЛ-інфекції, безпосередньо, профілактики ВІЛ-інфекції горизонтальним та вертикальним шляхом, що стало підставою для розробки стратегії забезпечення ВІЛ-інфікованих пацієнтів ефективною медичною допомогою, зокрема щодо можливості реалізації їх репродуктивної функції через організацію допоміжних репродуктивних технологій дискордантним парам для народження дитини без ВІЛ-інфекції.

Висновки. Хоча внутрішньоматкову інсеминацію не можна віднести до високоефективних по показнику запліднення методів серед допоміжних репродуктивних технологій, в випадках реалізації репродуктивних планів в дискордантних парах він є найбільш оптимальним по співвідношенню

показників доступності, інфекційної безпечності та ефективності.

Науково обґрунтована оптимізована модель організації допоміжних репродуктивних технологій дискордантним парам, інноваційність якої полягає у тому, що вона базується на міжсекторальному підході і передбачає внесення змін до вітчизняного законодавства та галузевих нормативних документів щодо можливості застосування допоміжних репродуктивних технологій ВІЛ-інфікованим пацієнтам; створення міжрегіональних центрів із

надання допоміжних репродуктивних технологій дискордантним парам на базі потужних обласних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом з їх відповідним ресурсним та кадровим забезпеченням, попередження ВІЛ-інфікування партнера. За означеним міжсекторальним підходом до реалізації репродуктивного права дискордантних пар в Україні є можливість впровадження інноваційних технологій у сфері репродуктивного здоров'я, що позитивно позначиться на вирішенні демографічної проблеми.

О.П. Черкасов, К.І. Задорожна

ІНТЕГРАЦІЯ ПОСЛУГ (ЗПТ, АРТ, ЛІКУВАННЯ ТБ), ЯК ЗАПОРУКА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ 90–90–90

КЗОЗ “Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Харків

Актуальність. 90–90–90 — амбіційна мета для подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Для досягнення цієї мети, одним з важливих чинників є впровадження інтегрованого підходу для лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу, наркотичної залежності від опіоїдів, який передбачає координоване надання широкого спектру лікувальних, соціально-психологічних та профілактичних заходів. Такий підхід дозволяє забезпечити збільшення виявляємості ВІЛ-інфекції та туберкульозу, залучення пацієнтів до програм замісної підтримуючої терапії, підвищення прихильності до лікування, доступності до послуг, профілактичних заходів, контроль над терапією яка проводиться. Ключовою умовою роботи програми інтегрованої допомоги є мультидисциплінарний підхід, який забезпечує комплексне ведення пацієнтів командою фахівців в тісній співпраці з соціальними працівниками.

Для ефективного лікування та скринінгу соціально небезпечних захворювань серед споживачів ін'єкційних наркотиків, слід намагатися сконцентрувати в одному закладі охорони здоров'я якомога більше медичних та психо-соціальних послуг для своєчасного усунення побічних явищ від поєднання ліків, контролю виконання усіх медичних призначень та лікування патологічних станів пацієнта в цілому.

Мета. Метою дослідження є розширення мережі закладів, які надають медичну допомогу за принципом інтеграції послуг для споживачів

ін'єкційних наркотиків, які є пацієнтами закладів охорони здоров'я в Харківській області.

Матеріали та методи. В дослідження було включено пацієнтів 10 сайтів 10 сайтів видачі антиретровірусних препаратів та 10 сайтів замісної підтримуючої терапії в районах та в закладах протитуберкульозної служби Харківської області за період 2013–2016 рр. На базі усіх зазначених закладів забезпечено мінімальний пакет послуг з діагностики та лікування пацієнтів з потрійною патологією ВІЛ/туберкульоз/опіоїдна залежність.

Три заклади області: КЗОЗ “Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом”, “Обласний протитуберкульозний диспансер № 1” та КЗОЗ “Обласна туберкульозна лікарня № 1” укомплектовані штатними одиницями лікарів-інфекціоністів, фтизіатрів та наркологів. Саме в цих закладах медична допомога надавалася пацієнтам за принципом “єдиного вікна”: консультації інфекціоніста, фтизіатра, видається протитуберкульозна, антиретровірусна та замісна підтримувальна терапія, проводиться забір крові для проведення лабораторного моніторингу.

Пакет послуг, які надаються в зазначених закладах, включає:

1. Діагностику та лікування психічних розладів, в тому числі проведення програм замісної підтримуючої терапії.

2. Діагностику, лікування та профілактику ВІЛ-інфекції.

3. Діагностику, лікування та профілактику вірусних гепатитів.

4. Діагностику, лікування та профілактику туберкульозу.

5. Діагностику, лікування та профілактику інфекцій які передаються статевим шляхом.

6. Послуги в сфері репродуктивного здоров'я.

7. Діагностику та лікування інших опортуністичних та супутніх захворювань.

8. Програми зниження шкоди від вживання наркотиків.

9. Соціально-психологічну допомогу

Результати дослідження. Серед пацієнтів, хворих на ВІЛ/туберкульоз, які отримували медичні послуги за принципом інтегрованої допомоги рівень охоплення антиретровірусною терапією

пацієнтів підвищився з 47,6% у 2013 році до 87,6% у 2016 році. Частка хворих, які були залучені до профілактичного лікуванням Ізоніазидом зріс з 8,5% у 2013 році до 73,9% у 2016 році.

Спостерігається зменшення кількості відривів від протитуберкульозного та антиретровірусного лікування споживачів ін'єкційних наркотиків, які отримували медичну допомогу "під одним дахом".

Висновки. Інтегрований підхід — є найкращою моделлю надання медико-соціальної допомоги такій категорії пацієнтів, як споживачі ін'єкційних наркотиків з супутніми захворюваннями, яка дозволяє покращити їм якість життя, залучити до профілактичних заходів відносно ризикованої поведінки та взяти під контроль епідемію ВІЛ/СНІД, туберкульоз.

Л.Ф. Черниговец, Ю.С. Бабаева, Ю.В. Бондарева, Л.Г. Пархоменко

БИОПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ — ИНДИКАТОРЫ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБОУ ВПО "Ростовский государственный медицинский университет", г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Начавшаяся в конце 70-х годов пандемия ВИЧ-инфекции по оценочным данным Программы Организации Объединённых Наций по СПИДу (ООН СПИД) и Всемирной Организации Здравоохранения к началу 2000 года уже унесла жизни 16,5 млн. человек, еще около 50 млн. — к этому времени были инфицированы ВИЧ. В России и других странах Восточной Европы эпидемия ВИЧ-инфекции началась позднее. К 2000 году было зарегистрировано уже более 25 тыс. ВИЧ-инфицированных. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на 07.07.2006 г. общее количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составило около 325 тыс. (с начала учета в 1987 г.). На 01.01.2016 — 793809 случаев. В настоящее время эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает распространяться на всей территории Российской Федерации в том числе и в Ростовской области (РО). С 01.01.2014 по 31.12.2014 зарегистрировано 818 новых случаев, с 01.01.2015 по 31.12.2015 — 1442. На 30.09.2016 зарегистрировано 11100 ВИЧ-инфицированных (с начала учета

в 1989 г.). Эпидемия активно выходит из уязвимых групп в общую популяцию. Такая тенденция приводит к росту социальной напряженности в результате стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ. Указанные факты доказывают необходимость совершенствования принципов противодействия с учетом эпидемиологических рисков (территориальных, биологических, поведенческих) для каждой конкретной территории.

Цель исследования. Установление причинно-следственных связей между биоповеденческими признаками среди уязвимых групп населения Ростовской области и проявлениями эпидемического процесса ВИЧ-инфекции, что дает возможность в региональные комплексные программы профилактики включать эпидемиологические риски.

Материалы и методы исследования. В рамках исследования проведен ретроспективный эпидемиологический анализ пораженности населения РО ВИЧ-инфекцией в 2002–2015 гг. Были использованы данные статистических отчетных форм ГБУ РО ЦП и Б со СПИДом за период с 1989 по 30.09.2016.

Таблица. Биоповеденческие признаки ВИЧ-инфицированных в Ростовской области (РО) за 2002 — 2016 гг.

Признаки	Годы	2002–2006		2007–2011		2012–30.09.16	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пол:							
– мужчины		700	54,2	1367	51,4	3185	63,6
– женщины		592	45,8	1291	48,6	1821	36,4
Возраст:							
– 18–30		452	35,0	645	24,3	1025	20,5
– 30–40		526	40,7	1042	39,2	2196	43,9
– 40–50		226	17,5	617	23,2	1194	23,9
Территории:							
– РО		1292		2658		5006	
– города РО		1032	79,1	1920	72,1	3650	71,2
в том числе:							
– Ростов-на-Дону		554	42,9	923	34,7	1526	30,48
– районы РО		260	20,9	737	27,9	1356	28,8
Контингент:							
– неработающие		254	19,7	216	8,4	447	8,9
– рабочие		137	10,6	644	24,2	1415	28,3
– прочие		70	5,4	384	14,4	1727	34,5
Пути передачи:							
– гетеросексуальный		661	51,2	1647	61,9	1915	38,3
– гомосексуальный		9	0,7	33	1,2	68	1,4
– парентеральный		462	35,8	558	21,0	1159	23,2

Полученные результаты. В результате проведенного ретроспективного анализа установлено, что в РО кумулятивное число ВИЧ-инфицированных, начиная с 01.01.89 по 30.09.16 составляет 11100 человек, в том числе мужчин 6739 (60,71%), женщин 4361 (39,29%).

Представляла интерес изучение в динамике биоповеденческих признаков у ВИЧ-инфицированных (пол, возраст, пути передачи, контингенты) как индикаторов проявления эпидемического процесса во времени и пространстве. Результаты анализа представлены в таблице № 1. Так, четко прослеживается характеристика уязвимых групп населения. Это преимущественно жители г. Ростова-на-Дону (30,5–42,9%), мужчины (54,8–63,6%) в возрасте 30–40 лет (21,9–40,7%), с 2007 г. — контингент рабочих (24,2–28,3%)

Главной причиной инфицирования остается гетеросексуальный путь (38,2–61,9%), на втором месте парентеральный путь (35,7–23,2%), ре-

лизированный при внутривенном введении наркотиков.

Выводы. Резюмируя изложенное необходимо выделить основные тенденции развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в Ростовской области:

- эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает устойчиво развиваться и затрагивает преимущественно людей в возрасте 30–40 лет, то есть трудоспособного возраста, практически без гендерной разницы;
- актуальной остается феминизация эпидемии;
- интенсифицируется половой путь передачи ВИЧ;
- продолжается активная передача ВИЧ среди потребителей наркотиков.

Все установленные нами эпидемиологические риски эпидемии ВИЧ-инфекции в РО должны быть учтены при выделении приоритетов профилактических мероприятий в программах противодействия и при проведении адресной профилактики в группах риска.

А.В. Чернишев

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УЧАСТІ У СКЛАДІ НАЦІОНАЛЬНОЇ РАДИ З ПИТАНЬ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/ СНІДУ ПРЕДСТАВНИКІВ НАЙБІЛЬШ УРАЗЛИВИХ ДО ВІЛ/ТБ СПІЛЬНОТ

Громадська організація “Гей-альянс”, м. Київ

Актуальність. На цей час в Україні практично всі програми громадського здоров'я у сфері ВІЛ/СНІДу серед таких вразливих груп як споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), у тому числі пацієнти замісної підтримувальної терапії (ЗПТ); секс-працівники (ПКС), чоловіки, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ), які враховують програми профілактики ВІЛ/СНІДу та ТБ, послуги з догляду і підтримки людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), фінансуються за рахунок коштів міжнародних донорів, в першу чергу Глобальним фондом. Але починаючи з 2017 року фінансування цих програм буде скорочуватись, при цьому відповідальність за їх фінансування повинно перейти до держави (АРВ-терапія, програми ЗПТ, профілактика тощо).

Щоб зберегти і посилити свою роль в адвокації у сфері політики боротьби з ВІЛ, головними нашими пріоритетами на найближчі роки буде адвокаційна робота щодо переходу на фінансування з державного та місцевих бюджетів.

Мета. Одним з дієвих методів щодо посилення впливу спільнот на людей, що приймають рішення та забезпечення сталості послуг, буде збільшення представництва спільнот, найбільш уразливих до ВІЛ/СНІДу: СІН/ЗПТ, ПКС та ЧСЧ, до складу країнового координаційного механізму (ССМ), яким в Україні є Національна рада з протидії ТБ та ВІЛ/СНІДу.

Методи та отримані результати. Законодавче підґрунтя щодо включення трьох нових представників уразливих спільнот до складу Нацради:

- Результати оцінки Нацради — червень 2014 року;
- План вдосконалення діяльності Національної ради (затверджено рішенням Національної ради від 12.06.2014 р.);
- Наказ МОЗ України від 08.02.2013 р. № 104 “Перелік груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ”;
- Наказ МОЗ України від 15.05.2014 р. № 327

“Перелік осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз”;

- Закон України “Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки”.

Що було зроблено:

- Згідно з рішенням Національної ради було утворено Експертну групу (24 вересня 2015 року) щодо розробки пропозицій змін до Положення та Складу Нацради
- Організовано роботу шляхом електронного листування, та проведено 3 засідання за участі зацікавлених сторін
- Напрацювання презентовано 24 березня 2016 року на засіданні Нацради

Згідно з Вимогою 5 Глобального фонду: всі члени ССМ, що представляють неурядові виборчі групи, повинні обиратися своїми виборчими групами на основі документальних і прозорих процедур, розроблених кожною виборчою групою.

Голосування за чи проти прийняття пропозиції змін до Положення та Складу Нацради з включенням нових членів від спільнот пройшло після засідання Нацради 24 березня шляхом електронного голосування членів Нацради, але зміни до Положення не були прийняті і документ було відправлено на доопрацювання. Але процес прийняття пропозиції змін загальмувався. Після того, як Експертна група врахувала чи частково врахувала пропозиції міжнародних організацій та БМ “Мережа”, пропонується новий склад Нацради наведено в таблиці.

Слід відзначити, що 9 вересня 2016 р. три неурядові організації, що працюють з уразливими спільнотами, звернулися з відкритим листом до Глобального фонду, голови Нацради та до основних реципієнтів Глобального фонду в Україні з вимогою виконати рекомендації Глобального фонду та пришвидшити процес включення представників ключових груп до складу Нацради. В

Таблиця. Новий склад Національної ради з ТБ/ВІЛ (34 особи)

Державний сектор	Недержавний сектор	Дво- та багатосторонні партнери
17 представників Заступник МОЗ, МО 50%	15 представників Представництво СІН, РКС, ЧСЧ 44%	2 представників Без змін 6%

результаті 16 вересня 2016 року відбулося засідання Національної ради під головуванням Віцепрем'єр-міністра України Розенка, за результатами якого Експертній групі доручено терміново провести узгоджувальні консультації та зустріч за широкої участі представників зацікавлених сторін для досягнення консенсусу в питанні введення до складу Національної ради груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та туберкульозом, а також додаткових представників зацікавлених органів виконавчої влади та надати Національній раді узгоджені пропозиції щодо внесення змін та доповнень до її Положення та Складу.

Також, 29 вересня на розширеному засіданні Експертної групи остаточно були представлені всі зміни до Положення та представництва уразливих спільнот, які консенсусним рішенням були схвалені всіма присутніми зацікавленими сторонами. При-

сутні доручили Міністерству охорони здоров'я України подати проект змін та доповнень до постанови Кабінету Міністрів України від 11 липня 2007 р. № 926 “Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу” на затвердження до Кабінету Міністрів України в установленому порядку.

Висновки. Завдяки злагодженій роботі членів Експертної групи, активістів найбільш уразливих спільнот та представників національних неурядових/урядових та міжнародних організацій, вдалося, згідно рекомендацій Глобального фонду, розробити проект змін та доповнень до постанови Кабінету Міністрів України та досягти консенсусу з представниками громадянського суспільства та влади. Тепер головне завдання — це проводити моніторинг затвердження проекту змін в найкоротші терміни та провести вибори в кожній з трьох спільнот.

Т.О. Чумаченко¹, І.О. Ключник²

ЕПІДЕМІЧНИЙ ПРОЦЕС ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ В УМОВАХ ДІЇ ФАКТОРІВ ГУМАНІТАРНОЇ КРИЗИ

¹ Харківський національний медичний університет, м. Харків,

² Луганський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІД, м. Сєвєродонецьк

Актуальність. Військовий конфлікт, що триває на сході України вже понад двох років, негативно вплинув на якість життя людей, які мешкають в зоні конфлікту, обмежив пересування, спричинив проблеми їх безпечного існування, забезпечення їжею, житлом, доступності до різноманітних послуг, у тому числі у сфері надання медичної допомоги. Профілактичні програми, які запроваджені в Україні, стали недоступними для постраждалого населення. Погіршення ситуації внаслідок гуманітарної кризи в першу чергу вплинуло на найбільш уразливі верстви населення, серед яких особливе місце посідають ВІЛ-інфіковані особи.

Мета дослідження. З'ясувати ступінь впливу факторів гуманітарної кризи на епідемічну ситуацію та особливості перебігу епідемічного процесу ВІЛ-інфекції, оцінити якість надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам на розмежованих територіях Луганської області.

Методи дослідження. Дослідження проведено за офіційними даними моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції на розділених територіях Луганської області за 2013 р. і 2015 р. методом епідеміологічного аналізу.

Результати дослідження. Території Луганської області були розмежовані на підставі Постанови

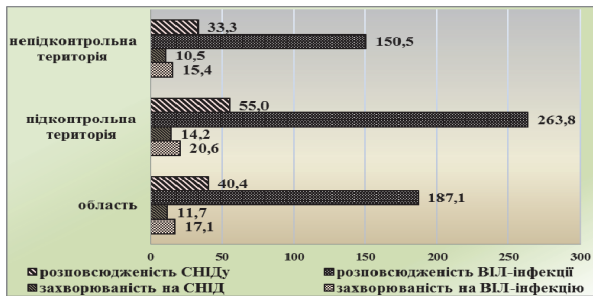


Рис.1. Показники захворюваності, поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу у Луганській області в період гуманітарної кризи (2015 р.) (інтенсивний показник на 100 тис. населення)

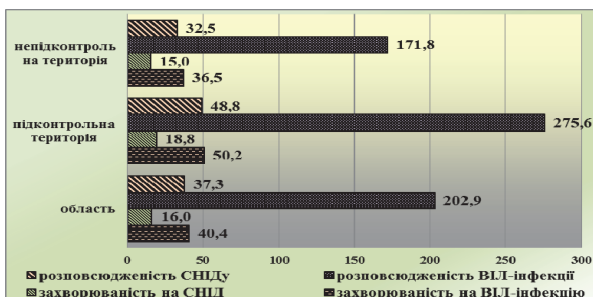


Рис. 2. Показники захворюваності, поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу у Луганській області в період, що передував виникненню кризових умов у регіоні (2013 р.) (інтенсивний показник на 100 тис. населення)

Верховної Ради України від 17 березня 2015 р. № 252-VIII на тимчасово окуповану територію та територію, підконтрольну Уряду країни. У переліку підконтрольних регіонів залишилось 3 міських адміністративних центри та 12 районних, де мешкає близько третини усього населення області. Потужний кадровий потенціал та матеріально-технічна база обласного центру СНІДу залишилися на ізольованій території, змусивши на підконтрольній території фахівців без досвіду роботи у цій сфері усю роботу починати з “чистого аркуша”. За період проведення дослідження на контрольованій території Луганської області спостерігались максимальні показники захворюваності та розповсюдженості ВІЛ-інфекції/СНІДу, що перевищували рівні ізольованих регіонів на 30–75% (рис. 1).

Виявлені прояви епідемічного процесу слід вважати закономірними, оскільки отримані інтенсивні показники розраховані серед населення регіонів з максимальними темпами розповсю-

дження ВІЛ, котрі ще до гуманітарної кризи у рази перевищували середньообласні (рис. 2).

У ході дослідження на тимчасово окупованій території Луганської області виявлені деякі особливості окремих проявів розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції, що спостерігаються на фоні низьких показників інтенсивності розповсюдження ВІЛ, а саме: виявлено значну питому вагу пацієнтів з кінцевою стадією хвороби, особливо — серед диспансерної групи (31,0%), що є непрямим показником якості надання ВІЛ-послуг мешканцям та ВІЛ-інфікованим особам. На іншій території цей показник був на 10,0% нижчий; кожен другий хворий на СНІД, виявлений за період спостереження, дізнався про свій позитивний ВІЛ-статус вперше в житті, в той час, як на підконтрольній території — кожен третій; серед диспансерної групи дітей пацієнти з активним прогресуванням інфекційного процесу (IV клінічною стадією) склали 24,0% — у 2,9 рази більше, ніж у іншому регіоні; наявні нові випадки ВІЛ-інфекції серед дітей (2), народжених ВІЛ-інфікованими жінками, а на підконтрольній території вони відсутні; при нижчому рівні показника смертності від СНІДу (на 1,1%) рівень смертності від ВІЛ-асоційованого туберкульозу на 55,5% перевищував рівень іншого регіону, а питома вага даної патології серед причин смерті від СНІДу вище на ізольованій території майже у 2 рази (58,9% та 31,7% відповідно); близько 55% хворих, які померли від захворювань, обумовлених ВІЛ, взагалі не отримували лікування до смерті, а у кожного другого з тих осіб, які приймали препарати, курс тривав менше року. На контрольованій території ці показники не досягали 20–45%.

Висновки. Виявлені особливості проявів епідемічного процесу ВІЛ-інфекції на розмежованих територіях Луганської області свідчать про негативний вплив факторів гуманітарної кризи.

Доведено нерівномірність та недостатність ефективності і якості надання послуг у зв'язку з ВІЛ на тимчасово окупованій території, що заважає забезпечити раннє виявлення ВІЛ-інфікованих осіб, поліпшити їх доступ до АРТ, проведенню профілактики та лікування опортуністичних інфекцій, не дозволяє реально впливати на рівень смертності від СНІДу і ВІЛ-асоційованого туберкульозу.

Т.О. Чумаченко, А.В. Бережна

РОЛЬ ГРУП ПОВЕДІНКОВОГО РИЗИКУ В ЕПІДЕМІЧНОМУ ПРОЦЕСІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Харківський національний медичний університет, кафедра епідеміології, м. Харків

Актуальність. ВІЛ-інфекція є однією з ключових проблем сучасної медицини в усьому світі. За даними ВООЗ у кінці 2014 року в світі нараховувалось близько 36,9 мільйонів людей з ВІЛ-інфекцією. В Україні тривалий час вірус циркулював переважно серед споживачів ін'єкційних наркотиків та, в меншій мірі, серед інших груп поведінкового ризику. Після зміни провідного шляху передачі з парентерального на статевий в 2008 році вірус проник в інші верстви населення країни. Інтерес до груп поведінкового ризику зменшився, що віддзеркалилось на обліку та лікуванні таких осіб.

Мета дослідження. Визначити роль груп поведінкового ризику в епідемічному процесі ВІЛ-інфекції в Харківській області.

Методи дослідження. Проведен аналіз офіційних даних інфікованості вірусом імунодефіциту людини уразливих груп населення в Харківській області за період з 2009 по 2016 роки.

Отримані результати. За оцінками спеціалістів в місті Харків в 2012 році мешкало більш ніж 24 тисячі осіб з груп поведінкового ризику (рис. 1). З них майже половина (43%) — це чоловіки, що

мають секс з чоловіками (ЧСЧ), 38,4% — споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), 18,6% — жінки комерційного сексу (ЖКС).

Аналіз рівня інфікованості вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) споживачів ін'єкційних наркотиків (код 102) в Харківській області виявив зростання показника з 3,3% в 2009 році до 7,5% в 2015 році. Серед осіб, що мають численні незахищені сексуальні контакти (код 105), доля інфікованих зросла з 0,2% в 2009 році до 0,7% в 2015 році. Частка серопозитивних осіб, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими (код 103) збільшилась з 23,1% у 2009 році до 31,8% у 2015 році. Зауважимо, що в 2010 році рівень інфікованості в цій групі сягав 63,6% (7 осіб з 11 обстежених). Реальна кількість представників цієї групи значно більша, але із-за стигматизації такі особи не прагнуть до співпраці з медичними працівниками та не розповідають про свої вподобання. Таким чином, як і раніше, групи поведінкового ризику залишаються вразливими до ВІЛ та становлять загрозу для оточуючого населення (особливо особи, що мають гомо- та гетеросексуальні контакти).

Серед осіб, що мали гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими (код 101) питома вага інфікованих зменшилась з 33,9% у 2009 році до 17,4% в 2015 році. Це свідчить про ефективність проведення санітарно-просвітницької та протиепідемічної роботи серед широких мас населення.

Висновки. Оцінка захворюваності на ВІЛ-інфекцію та поширення ВІЛ серед осіб з груп поведінкового ризику є важливим елементом епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією. Проблеми з визначенням реальної кількості таких осіб і неможливість надання ранньої спеціалізованої медичної допомоги призводять до погіршення епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДу серед груп поведінкового ризику в Харківській області.

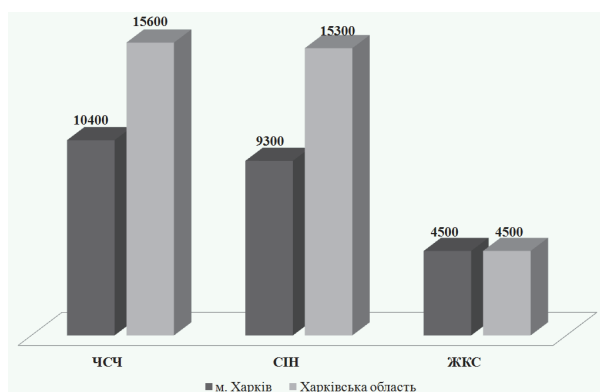


Рис. 1. Оціночна чисельність груп поведінкового ризику (абс. ч.) в м. Харків та Харківській області

І.В. Чухалова, М.Г. Гудова, О.В. Носенко, Н.Є. Марченко

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ З ВКЛЮЧЕННЯМ ПРЕПАРАТУ ПРЯМОЇ ДІЇ (СОФОСБУВІР) У ПАЦІЄНТІВ З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ВІЛ/ВГС

КЗ “Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Дніпро

Актуальність. Поширеність ко-інфекції ВІЛ/вірусний гепатит С (ВІЛ/ВГС) в Україні є однією з самих високих у Європейському регіоні.

На початку 2016 року в країні офіційно зареєстровано 29980 осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС, що становить близько 24% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб.

За результатами останнього дослідження ВООЗ, серед ЛЖВ ризик інфікування вірусним гепатитом С (ВГС) у середньому у 6 разів вищий, ніж серед загального населення. Разом з цим, доступ уразливих груп населення до сучасних методів діагностики та лікування ВІЛ/ВГС є обмеженим.

Мета дослідження. Провести аналіз ефективності противірусної терапії з включенням препарату прямої дії (Софосбувір) у хворих на ВІЛ/ВГС.

Методи дослідження. Проводився ретроспективний епідеміологічний аналіз даних амбулаторних карт (ф.025/о) хворих на ко-інфекцію ВІЛ/вірусний гепатит С, які проходили курс лікування у КЗ “Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”.

Отримані результати. 3 липня 2015 року на базі амбулаторно-поліклінічного відділення КЗ “Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом” було взято на лікування 78 пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/вірусний гепатит С (далі ВІЛ/ВГС).

Станом на 01.10.2016 року завершили терапію — 66 осіб (84,6%), продовжують лікування — 11 осіб (14,1%), 1 пацієнт (1,3%) відмовився від лікування з причини низької прихильності.

Схеми терапії надані міжнародним благодійним фондом “Альянс громадського здоров’я” в рамках реалізації програми “Розширення доступу до ефективного лікування вірусного гепатиту С через моделі лікування на рівні громад для уразливих груп населення в умовах обмежених ресурсів України”.

Аналіз ефективності противірусної терапії з включенням препарату прямої дії (Софосбувір)

проводився у групі пацієнтів, які вже завершили курс лікування (66 осіб) на підставі перших лабораторних обстежень через 12 тижнів після завершення лікування.

Гендерний склад групи: чоловіків — 42 (63,6%), жінок — 24 (36,4%).

Віковий розподіл: до 30 років — 1 (1,5%); 30–39 років — 20 (30,3%); 40–49 років — 38 (57,6%); 50–59 — 6 (9,1%); 60 і старше — 1 (1,5%).

За анамнестичними даними всі пацієнти відносились до груп ризику щодо інфікування ВГС: споживачі ін’єкційних наркотиків (СІН) в ремісії більше 12 міс. — 39 (59,1%); СІН в ремісії до 6 міс. — 7 (10,6%); СІН в ремісії до 6 міс. — 4 (6,1%); СІН, які знаходяться на ЗПТ — 2 (3,0%); статеві партнери СІН — 10 (15,2%); до інших груп ризику — 4 (6,1%).

Серед осіб, які завершили лікування, найбільш поширені віруси ВГС генотипу 1 — 33 (50%) та генотипу 3 — 31 (47,0%). Генотип 2 діагностовано у 2 (3,0%) хворих.

Пацієнти отримували наступні схеми лікування: SOF+Peg-IFN+RBV12W — 49 осіб (74,2%); SOF+DCV12W — 7 осіб (10,6%); SOF+RBV24W — 6 осіб (9,1%); SOF+RBV12W — 2 особи (3,0%); SOF+DCV+RBV12W — 2 особи (3,0%).

На АРТ перебував 61 (92,4%) пацієнт, на замісній підтримуючій терапії — 2 пацієнти (3,0%). Туберкульоз в анамнезі перенесли 20 осіб (30,3%).

Протягом курсу лікування проводився клініко-лабораторний моніторинг згідно клінічного протоколу (розгорнутий загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, визначення рівня ТТГ, визначення РНК ВГС та інші).

При контрольному визначенні вірусного навантаження РНК ВГС на 4-му тижні лікування, невизначальний рівень зареєстровано у 61 особи (92,4%). У 5 осіб (7,6%) невизначальний рівень РНК ВГС було зареєстровано на 12-му тижні лікування.

Стойка вірусологічна відповідь (не визначальний рівень РНК ВГС) отримана на 12-му тижні після завершення лікування у 64 хворих (97%).

Рецидив захворювання виявлено у 2 пацієнтів (3,0%), що пов'язано з низькою прихильністю даних пацієнтів до лікування.

Протягом курсу лікування серед пацієнтів, які отримували схеми з Рібавірином або Пег-інтерфероном мали очікувані побічні реакції у вигляді анемії різного ступеню — 43 пацієнти (72,9%), нейтропенія — 11 пацієнтів (22,4%). У випадку необхідності проводилась корекція лікування.

Також у 13 (26,5%) пацієнтів, які отримали схеми з Пег-інтерфероном спостерігались ознаки депресії. Дані пацієнти знаходились під наглядом лікаря-психіатра та отримували необхідне лікування, включаючи трициклічні антидепресанти.

Висновки. За підсумками проведення проти-вірусної терапії з включенням препарату прямої дії (Софосбувір), відповідно до клініко-лабораторних даних, стойка вірусологічна відповідь (не визначальний рівень РНК ВГС) отримана на 12-му тижні після завершення лікування у 64 хворих (97%). Рецидив захворювання виявлено у 2 пацієнтів (3,0%), що пов'язано з низькою прихильністю даних пацієнтів до лікування. Серед пацієнтів, які отримували схеми з Рібавірином або Пег-інтерфероном, спостерігались очікувані побічні реакції у вигляді анемії різного ступеню (72,9%) та нейтропенії (22,4%). У 26,5% пацієнтів, які отримували схеми Пег-інтерфероном спостерігались ознаки депресії. Таким чином, сучасні схеми лікування ВГС, які включають Софосбувір, мають дуже високий відсоток ефективності лікування.

І.В. Чухалова¹, М.Г. Гудова, Г.А. Лопатенко, Н.Є. Марченко, М.В. Ніколко², Н.Г. Калягіна

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ МОНІТОРИНГУ І ОЦІНКИ ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ СТРАТЕГІЇ FAST TRACK НА РІВНІ САЙТІВ АРТ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

¹ КЗ “Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Дніпро

² Проект USAID RESPOND, м. Київ

Актуальність. Досягнення цілей стратегії ЮНЕЙДС “90/90/90” до 2020 року для України є амбітною метою та потребує суттєвого покращення якості ВІЛ-послуг, які надаються як державними закладами, так і неурядовими організаціями. Для проведення розрахунку цілей та візуалізації прогалин щодо реалізації стратегії широко застосовується побудова крос-секційних каскадів надання ВІЛ-послуг для людей, які живуть з ВІЛ (далі ЛЖВ). Наряду з цим, потребує подальшого розвитку система моніторингу і оцінки заходів щодо досягнення мети “90/90/90”. Зокрема до наступного часу відсутній узгоджений інструмент щодо проведення оперативного моніторингу поточної діяльності по досягненню цільових показників на рівні сайтів АРТ.

Мета дослідження. Запровадження оперативної системи моніторингу і оцінки змін з покращення якості, а також досягнення цільових показників стратегії FAST TRACK на сайтах АРТ Дніпропетровської області.

Методи дослідження. При проведенні дослідження було проаналізовано можливості системи моніторингу і оцінки у забезпеченні сайтів АРТ Дніпропетровської області та обласного центру СНІДу оперативною інформацією щодо результатів діяльності з досягнення цільових показників стратегії FAST TRACK.

Отримані результати. У рамках реалізації проекту USAID RESPOND “Покращення континууму ВІЛ-послуг для людей, які живуть з ВІЛ, в тому числі осіб, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом”, розроблена модель системи моніторингу і оцінки ефективності впровадження змін з покращення якості, що реалізуються на регіональному рівні з метою досягнення цільових показників стратегії FAST TRACK. Дана система моніторингу і оцінки була впроваджена у якості пілоту на рівні 37 сайтів АРТ Дніпропетровської області з початку 2016 року і функціонує на даний час.

Система моніторингу ґрунтується на щомісячному зборі та аналізі визначеного переліку інди-

торів безпосередньо на сайті АРТ. Дані збираються і аналізуються на рівні сайтів АРТ та автоматично агрегуються на регіональному рівні. Підготовка, збір та аналіз даних регламентовані інструкцією з моніторингу і оцінки, а також паспортом індикаторів. Для верифікації даних форми індикаторів застосовується триангуляція із державними статистичними формами (ф.2/1, ф.1-ВІЛ/СНІД, ф. 56, ф. 57 тощо), а також рутинна оцінка якості даних (RDQA), яка здійснюється під час моніторингових візитів на сайти АРТ.

Електронним інструментом для збору і аналізу даних є форма індикаторів, що містить 4 основних розділи: інформація про надання сайтом АРТ ключових ВІЛ-послуг населенню; автоматична візуалізація даних внесених у форму; когортний каскад диспансерного обліку та лікування ЛЖВ, що дає змогу на когорті нових пацієнтів (особи, які здали кров при взятті на диспансерний облік з 01.01.2016) відслідковувати стан впровадження FAST TRACK на сайтах АРТ; паспортні дані сайту АРТ (кадровий склад, розрахунок робочого часу, орієнтовне функціональне навантаження на фахівців сайту та інш.), що у подальшому дасть змогу автоматичного розрахунку фактичного робочого навантаження на фахівців сайту АРТ.

Запровадження в області даної системи моніторингу дало змогу адвокатувати розширення мережі точок тестувань на ВІЛ, зокрема, на рівні центрів первинної медико-санітарної допомоги, та проведення закупівлі швидких тестів за кошти місцевих бюджетів.

Внесення цільових показників щодо набору на АРТ нових пацієнтів на схеми PEPFAR та щомісячний аналіз динаміки їх виконання, дозволило з рівня сайту АРТ та обласного центру СНІДу проводити координацію та контроль цієї роботи. Без введення додаткових облікових форм налагоджено щомісячний моніторинг децентралізації послуг щодо видачі АРТ з крупних сайтів АРТ (міські та обласний центр СНІДу) на сайти АРТ за місцем мешкання ЛЖВ.

На етапі впровадження вищевказаної системи моніторингу і оцінки нами були виявлені наступні переваги:

1. На підставі об'єктивних даних є можливість у розрізі кожного окремого сайту АРТ та на обласному рівні проводити оперативний моніторинг та аналіз основних показників якості на-

дання медичної допомоги ЛЖВ, у т.ч. споживачів ін'єкційних наркотиків. Зазначене є інноваційним та має прикладне значення як для лікарів сайтів АРТ, так і організаторів охорони здоров'я.

2. Всі дані, на яких ґрунтуються індикатори, не потребують ведення додаткової медичної документації та містяться у формах, що рутинно ведуть сайти АРТ. Є можливість автоматичного формування даних у форму індикаторів, шляхом вивантаження з електронного інструменту STMA, який запроваджено в області за технічної підтримки проекту МЕТІДА. Крім того, форма індикаторів може використовувати дані з інших електронних інструментів (або медичних інформаційних систем), якщо такі застосуватимуться на сайті.

3. Агрегація та візуалізація даних (побудова динамічних графіків, когортних каскадів тощо) проводиться автоматично та не потребує додаткового втручання користувача.

4. Форма збору індикаторів є універсальним інструментом для проведення щомісячного моніторингу якості надання медичної допомоги ЛЖВ, як на сайтах з невеликою диспансерною групою (до 300 чоловік), так і крупних сайтах АРТ (від 1000 чоловік та більше). Крім того, цей електронний інструмент передбачає проведення аналізу динаміки індикаторів, для чого передбачено внесення коментарів фахівцями сайту до кожного показника.

5. На підставі зібраних даних є можливість проводити планування необхідних ресурсів для досягнення індикаторних показників (експрес-тести, АРТ тощо).

Обмеженнями даної системи моніторингу вважаємо низьку чутливість до ресурсного забезпечення сайту АРТ (відсутність діагностичних тест-систем, АРТ-препаратів), а також недостатній досвід аналізу та інтерпретації даних у лікарів сайтів АРТ.

Висновки. Модель системи моніторингу і оцінки впровадження змін з покращення якості, яка розроблена у рамках реалізації проекту USAID RESPOND “Покращення континууму ВІЛ-послуг для людей, які живуть з ВІЛ, в тому числі осіб, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом”, може бути рекомендованою до подальшого впровадження з метою проведення оперативного моніторингу діяльності сайтів АРТ, щодо досягнення цільових показників стратегії FAST TRACK.

Л.Р. Шостакович-Корецька¹, К.Ю. Литвин¹, О.А. Кушнєрова¹, О.О. Волікова¹,
І.В. Чухалова², І.М. Маргітїч²

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З EBV-УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

¹ ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”, м. Дніпро

² КЗ “Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”, м. Дніпро

Актуальність. За даними досліджень у різних країнах близько 60% пацієнтів з ВІЛ-інфекцією мають неврологічні ураження різної етіології, які значно підвищують ризик смертності. В діагностиці та лікуванні ВІЛ-асоційованих опортуністичних захворювань нервової системи залишається ще багато проблем. Існують відмінності в структурі нозологічних форм цих захворювань у різних регіонах Світу.

Епштейн–Барр вірусна інфекція (EBV-інфекція) центральної нервової системи зустрічається достатньо часто у пацієнтів з імуносупресією. Виявлення ДНК EBV в спинномозковій рідині (СМР) може бути пов'язана з активацією вірусу в В-лімфоцитах та має прояви менінгоенцефалітів і інших неврологічних синдромів та з первинною лімфомою ЦНС.

Детальне вивчення ролі EBV серед інших збудників патології ЦНС може підвищити ефективність лікування та покращити якість життя пацієнтів з ВІЛ.

Мета дослідження. Визначити основні клінічні та лабораторні показники, що характеризують EBV-інфекцію центральної нервової системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Методи дослідження. Проведений ретроспективний аналіз 444 медичних карток ВІЛ-позитивних пацієнтів з підтвердженою наявністю в лікворі EBV ДНК, які знаходились на лікуванні в міській клінічній лікарні №21, м. Дніпро та у відділенні Обласного центру профілактики та боротьби зі СНІД в період з 2010 по 2015 рік. Позитивні результати ДНК EBV в лікворі були ідентифіковані в сертифікованих лабораторіях м. Дніпропетровська. Статистична обробка результатів проводилась з використанням пакету прикладних програм “SPSS”.

Отримані результати. У 46 (10,4%) пацієнтів з ВІЛ-асоційованими ураженнями головного мозку в лікворі була виявлена ДНК EBV. З них — 27 (58,7%) пацієнтів були виписані з покращенням стану а

19 (41,3%) пацієнтів померли. Більшість хворих склали чоловіки — 27 (58,7%), жінок було 19 (41,3%). Вік хворих коливався від 26 до 53 років, та в середньому склав — 39,2 (2,6) років.

У більшості пацієнтів з EBV-інфекцією ЦНС — 25 (54%) ВІЛ-статус був визначений пізно: у той же рік або одночасно з розвитком ВІЛ-асоційованих неврологічних уражень, наслідком чого могла бути відсутність в деяких випадках необхідних досліджень (визначення CD4, вірусного навантаження), а також, низький відсоток охоплення пацієнтів АРТ (тільки 11 (23,9%) з усіх ВІЛ-інфікованих пацієнтів з EBV-інфекцією ЦНС). Кількість осіб, у яких ВІЛ-статус був визначений за п'ять та більше років до розвитку неврологічних уражень була значно меншою та склала 11(23,9%) осіб.

Переважає більшість випадків EBV-інфекції ЦНС відбувалось у ВІЛ-інфікованих пацієнтів на тлі глибокої імуносупресії. 88,4% пацієнтів мали рівень CD4 менший 200 клітин/мм³, з яких у більш ніж половини (51,2%) кількість CD4 була меншою, ніж 50 клітин/мм³. Медіана CD4 у пацієнтів з EBV-інфекції в ЦНС дорівнювала 56,0 клітин/мм³.

Показник вірусного навантаження (ВН) в період розвитку неврологічних симптомів коливався від: від 205 (log10=2,31) РНК копій/мл до 1233815 (log10=6,09) РНК копій/мл. Медіана log10 ВН складала 5,02 РНК копій/мл.

Плеоцитоз виявлений у 27 (58,7%) всіх ВІЛ-позитивних пацієнтів з EBV-інфекцією ЦНС, в тому числі і у 6 (46,2%) з моноінфекцією EBV, що дозволило діагностувати менінгіт, як один з клінічних варіантів EBV ЦНС.

В переважній більшості випадків — 33 (71,7%) мало місце поєднання EBV-інфекції з іншими захворюваннями ЦНС, наявність яких була обґрунтована спеціальними лабораторними та/або рентгенологічними даними, відповіддю на терапію, а в летальних випадках — результатами автопсії.

Найбільш часто EBV, як коінфекція двох патогенів, виявлявся у лікворі ВІЛ-інфікованих пацієнтів з церебральним токсоплазмозом та кандидозною інфекцією ЦНС — по 9 випадків (по 27,3%), туберкульозом ЦНС — 7 випадків (21,2%), також мали місце 2 випадки (6,1%) поєднання EBV-інфекції з ПМЛ (померлі пацієнти) та 1 (3,3%) — з вірусом простого герпесу (HSV).

У 5 (15%) із 33 ВІЛ-інфікованих пацієнтів з конфекцією ЦНС, захворювання було пов'язане одночасно з трьома патогенами: так, крім EBV-інфекції, в 3 випадках діагностовані також туберкульоз та кандидозна інфекція ЦНС; по одному випадку: прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія (ПМЛ) та бактеріальний менінгіт, викликаний *Streptococcus pneumoniae* (10^{-6} КОЕ/см³) і кандидозна інфекція ЦНС та Грам негативний недиференційований бактеріальний менінгіт.

Серед клінічних варіантів ВІЛ-асоційованих уражень ЦНС у пацієнтів з EBV у лікворі, при

моно- та коінфекції, найбільш часто мали місце менінгоенцефаліти — 22 (47,8%) та енцефаліти — 16(34,8%).

Однак, як свідчать сучасні дані літератури, враховуючи велику кількість коінфекції в ЦНС у пацієнтів з EBV, неможливо об'єктивно у всіх випадках визначити специфіку патологічних змін в ЦНС та клінічні прояви захворювання, які безпосередньо пов'язані з дією означеного патогену, що потребує подальшого вивчення.

Висновки. Епштейн–Барр вірусна інфекція відіграє важливу роль у структурі захворюваності та смертності пацієнтів з ВІЛ-асоційованою інфекційною патологією ЦНС в Дніпропетровському регіоні.

Більшість пацієнтів цієї групи характеризує пізні звернення, високий рівень імуносупресії, відсутність АРТ, та велика кількість ко-інфекції з іншими патогенами, серед яких більшість складає мікобактеріальна інфекція.

Л.Р. Шостакович-Корецька¹, О.П. Шевченко-Макаренко¹, В.В. Семілетова²,
А.О. Кавалерчик³, П.Н. Ніколаєв⁴, Л.Н. Філіна⁵

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ПРИ РІЗНИХ КОМОРБІДНИХ ПАТОЛОГІЯХ

¹ ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”, м. Дніпро

² КЗ “Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 6” ДОР”, м. Дніпро

³ КЗ “Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 ім. проф. Є.Г. Попкової” ДОР”, м. Дніпро

⁴ КЗ “Покровська центральна районна лікарня”, смт Покровське

⁵ КЗ “Криворізька центральна районна лікарня”, м. Кривий Ріг

Актуальність. Дніпропетровський регіон займає одну з лідируючих позицій по показникам поширеності ВІЛ-інфекції в Україні. Також, має складний характер епідемічна ситуація з інших соціально небезпечних хвороб, у тому числі, з парентеральних вірусних гепатитів. Будь-яка супутня патологія, ко-інфекція, опортуністичні інфекції даються взнаки на загальній якості життя (ЯЖ) людей які живуть з ВІЛ. Хвороба впливає не тільки на фізіологічні показники, а і на інші показники здоров'я. Пов'язана зі здоров'ям якість життя (ЯЖ) (Health-related quality of life (HRQOL)) — є невід'ємною характеристикою фізичного, психічного, емоційного і соціального функціонування людини на основі його суб'єктивного сприйняття. Оцінка ЯЖ є важливим інструментом для ефек-

тивного ведення пацієнтів з прогресуючими хронічними захворюваннями.

Мета дослідження. Вивчити якість життя у хворих на ВІЛ-інфекцію з різними нозологічними формами та коморбідними станами.

Методи дослідження. Нами було досліджено якість життя у хворих на ВІЛ-інфекцію з різними нозологічними формами та коморбідними станами, які знаходились на стаціонарному лікуванні в КЗ “Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 ім. проф. Є.Г. Попкової” та міського центру СНІД. Дизайн дослідження — крос-секційне. Діагноз було встановлюється згідно клінічних протоколів. Дослідний інструмент — адаптований опитувальник SF-36 — оцінки якості життя пов'язаного зі здоров'ям, рекомендований ВООЗ, який містить

36 питань, згрупованих в восьми доменах. 1–4 шкали відображають фізичне здоров'я, і 5–8 — психологічні аспекти. Контрольну групу склали 30 здорових осіб. Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програми Statistica 6,0.

Отримані результати. За допомогою анкет було опитано 69 хворих на ВІЛ-інфекцію. З них чоловіків — 66, жінок — 38%. Хворі знаходились на стаціонарному лікуванні з різними нозологічними формами та коморбідними станами, з 3-й та 4-й стадією хвороби, а саме, у хворих спостерігався кандидоз ротоглотки, ангулярний хейліт позалегевний туберкульоз в анамнезі, хронічний вірусний гепатит С. З більш рідких уражень реєструвались герпетична інфекція, пневмоцистна пневмонія, сепсис, менінгоенцефаліт, токсоплазмоз. Кілька з опитаних хворих в анамнезі зловживали психоактивними речовинами, зараз отримують замісну підтримувальну терапію.

Хворі були розподілені на групи. 1 група — 39 хворих з ко-інфекцією ВІЛ / гепатит С (з I–III стадією ВІЛ), 2 група — 35 хворих на ВІЛ з іншими нозологічними формами та коморбідними станами (з III–IV стадією хвороби), 3 група — контрольна — 30 здорових людей. Результати анкетування представлені на рис. 1.

Так, як видно з рис. 1, ВІЛ-інфекція впливає не тільки на фізіологічні показники, а й на інші показники здоров'я (За критеріями ВООЗ). Якість життя у хворих 1-ї та 2-ї групи у всіх доменах нижче ніж у контрольній групі. Причому, при III–IV-й клінічній стадії ці показники достовірно значно нижче ніж у контрольній групі. Сумарний показник фізичного компонента здоров'я склав у 1-й групі відповідно 40,9 балів, в 2-й групі 53,11 балів. Проте, в порівнянні з контрольною групою ($80,03 \pm 1,65$) ЯЖ у хворих була значно знижена ($p < 0,05$). Аналогічні результати були отримані і при порівнянні Сумарної психологічної шкали здоров'я: 46,6 (1-ша група) і 48,79 (2-га група). Контроль становив $74,22 \pm 1,98$ балів ($p < 0,05$).

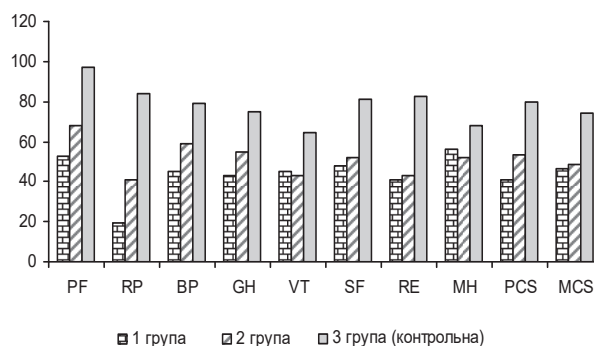


Рис. 1. Якість життя у 3-х дослідних групах за SF-36 (n=104), де: PF — фізичне функціонування; RP — ролеве функціонування; BP — біль; GH — загальний стан здоров'я; VT — життєздатність; SF — соціальне функціонування; RE — емоційне функціонування; MH — психологічне здоров'я; PCS: сумарно фізичний компонент; MCS — сумарний психологічний компонент

Ступінь порушення психологічного здоров'я була більш значна, ніж фізичного здоров'я. Ми також виявили, що ЯЖ різко знижується в обох групах при прогресуванні стадії хвороби. При розгляді окремих шкал, найнижчі показники ЯЖ були у хворих 1-ї групи — 19,2 — ролеве функціонування (контроль становив — 84,2 бали).

Висновки. ВІЛ-інфекція залишається серйозною проблемою для пацієнтів. Аналіз ЯЖ людей які живуть з ВІЛ показав, що у хворих III та IV стадіями ВІЛ-інфекції та ко-інфекцією ВІЛ / гепатит С (з I–III стадією ВІЛ) ЯЖ у всіх доменах нижче ніж у контрольній групі. По мірі прогресування ВІЛ-інфекції ЯЖ пацієнтів стає нижче, що потребує подальшого вивчення.

Покращення ЯЖ за рахунок лікування різних нозологій та корекції коморбідних станів у людей що живуть з ВІЛ стає додатковою ціллю лікування. В комплексному лікуванні людей які живуть з ВІЛ дослідження вагомих функцій пацієнтів можуть бути виявлені та виміряні за допомогою адекватного методу оцінки показників ЯЖ у хворих і включені в додаткові критерії оцінки ефективності лікування.

А.М. Щербінська^{1,2}, І.В. Андріанова¹, Л.О. Найчук¹

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ЛАБОРАТОРНОЇ СЛУЖБИ У КОНТЕКСТІ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ FAST TREK

¹ ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

² ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України” м. Київ

Актуальність. Об’єднаною програмою ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) у 2014 році проголошено стратегію Fast Track “Прискорення: припинення епідемії СНІДу до 2030 року”, що визначає план дій на найближчі роки для подолання глобальної епідемії ВІЛ–інфекції, в рамках якої визначені нові цільові показники прогресу у припиненні глобальної пандемії ВІЛ–інфекції після 2015 року: 90–90–90 (до 2020 року) та 95–95–95 (до 2030 року). Це означає, що 90/95% людей, які живуть з ВІЛ, будуть знати про свій ВІЛ-позитивний статус, 90/95% людей, які знають свій ВІЛ-позитивний статус, отримуватимуть АРТ та у 90/95% людей, які отримують відповідне лікування, буде досягнуто пригнічення репродукції вірусу, що суттєво зменшить ймовірність передачі ВІЛ та подальшого поширення збудника.

Мета дослідження. Визначити основні стратегічні напрямками розвитку лабораторної діагностики та супроводу ВІЛ–інфекції гарантованої якості.

Методи дослідження. Аналіз матеріалів 21-ї міжнародної конференції з питань СНІДу, що пройшла у липні 2016 року в ПАР.

Отримані результати. Основні напрямки діяльності для досягнення цілей є: фокусування першочергової уваги на групах підвищеного щодо інфікування ВІЛ ризику за географічним принципом; впровадження інноваційних технологій; зниження цін на лікарські засоби та медичні вироби (далі — МВ) для діагностики *in vitro*.

Досягнення першої цілі 90 лабораторною службою реалізується через надання послуг з тестування на ВІЛ–інфекцію (далі — ПТВ) гарантованої якості. Передбачається модернізація та впровадження нових моделей надання ПТВ та спрощення процедури тестування, мінімізація часу для отримання результатів досліджень і забезпечення точності їх інтерпретації і аналізу, забезпечення якості тестування та інноваційних технологій для діагностики та лабораторного супроводу лікування у місцях безпосереднього звернення пацієнтів по допомогу (далі — РОС).

Для розробки нових оптимальних моделей надання ПТВ в різних країнах не існує єдиного підходу “один формат для всіх”, який би об’єднував РОС та рутинне тестування. При цьому країни використовують різні критерії для вибору умов та місця для впровадження РОС. Важливо, що розбудова інтегрованих і гармонізованих моделей з ПТВ потребує багато часу. Крім того, для адаптації до нових технологій і забезпечення зв’язку з лікуванням надавачам послуг з ПТВ необхідно внести кардинальні зміни у веденні медичної документації. Пошук оптимальної моделі з ПТВ для кожної країни має бути заснований на:

- пріоритеті міністерства охорони здоров’я;
- пошуку зацікавлених партнерів для закупівельних процедур;
- наявній інфраструктурі лабораторної мережі та їх готовності до надання послуг з ПТВ;
- національних клінічних протоколах і алгоритмах;
- національних процедурах реєстрації МВ та лікарських засобів;
- співвідношенні стратегічних цілей і партнерства для впровадження інноваційних ініціатив.

Для досягнення другої цілі 90 також необхідна модернізація моделей для надання послуг з лабораторного супроводу ВІЛ–інфекції, оскільки існуюча система сприяє як пізньому початку АРТ у дорослих через обмежений доступ до визначення кількості CD4 лімфоцитів, а у дітей через обмежений доступ до ранньої діагностики ВІЛ–інфекції, так і пізньому формуванню прихильності до лікування і перехід на 2-гу лінію АРТ через обмежений доступ до обстежень з визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ-1.

Виявлення недоліків призвело до прийняття рішення про необхідність децентралізації надання лабораторних послуг, переміщаючи їх ближче до місць, де пацієнти безпосередньо звертаються по медичну допомогу, з впровадженням технологій РОС. Це дозволяє:

- скоротити процес діагностики та спростити процедуру тестування;

- знизити вартість лабораторного супроводу та поліпшити його ефективність;
- підвищити загальний доступ пацієнтів до лабораторних послуг, але без зниження їх якості.

Сьогодні технології РОС швидко впроваджуються, хоча існують певні бар'єри для розвитку нових технологій, що потребують подолання. Основними з них є:

Доринкові бар'єри:

- малий або невизначений ринок збуту (особливо, для застосування мультиплексних технологій);
- труднощі, що виникають у розробників нових технологій, пов'язані з необхідністю захисту розробок до їх завершення та комерціалізації;
- невизначеність у першочергових потребах суспільства — які критерії цінуються на ринку більше, яку продукцію слід розробляти;

Складні регуляторні шляхи отримання підтвердження можливості використання нового продукту в окремих країнах.

Післяринкові бар'єри:

- повільна оцінка країнами нових технологій;
- непередбачувана процедура закупівель;
- конкуренція з існуючими платформами — обмежена гнучкість для адаптації нових технологій;
- низькі обсяги і складне управління якістю.

Висновки. Враховуючи зазначене, для досягнення цілей Стратегії ЮНЕЙДС до 2030 року Україна потребує перегляду та розробки нових стратегій і політик щодо забезпечення лабораторного супроводу ВІЛ-інфекції гарантованої якості, метою яких є оптимізація існуючих та пошук найбільш ефективних моделей надання лабораторних послуг шляхом залучення як мережі лабораторій, так і сайтів РОС.

В.В. Ярий

ІНТЕГРАЦІЯ ПОСЛУГ (ЗПТ, АРТ, ЛІКУВАННЯ ТБ), ЯК ЗАПОРУКА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ 90-90-90

Київська міська клінічна наркологічна лікарня “Соціотерапія”, м. Київ

Актуальність. Інтегрований підхід послуг — комплексне надання послуг медичного, соціального та психологічного напрямків для пацієнтів програм замісної підтримувальної терапії. Основна мета такого підходу — орієнтація на пацієнта та послуги “під одним дахом”, що дозволяє комплексно реагувати на потреби пацієнтів та якісно вибудовувати увесь ланцюг надання допомоги пацієнтам. Крім того, однією з ключових цілей інтегрованої допомоги є мультидисциплінарна робота фахівців, як частина системного підходу мислення при побудові системи надання медичної допомоги.

Функціонування центрів інтегрованої допомоги для пацієнтів ЗПТ зарекомендувало себе як дієвий механізм надання медичної допомоги хворим на опіоїдну залежність, включаючи ко-інфекцію та попередження поширення ВІЛ-інфекції та туберкульозу серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Такий підхід є особливо ефективним та актуальним на шляху досягнення глобальної

ініціативи Fast-track Cities в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Мета дослідження: використання моделі інтегрованого підходу надання послуг пацієнтам замісної підтримувальної терапії (далі — ЗПТ) на базі Київської міської клінічної наркологічної лікарні “Соціотерапія”, шляхом забезпечення надання мінімального пакету послуг з діагностики, лікування та супроводу пацієнтів ЗПТ.

Методи дослідження: використання мультидисциплінарного підходу до надання послуг пацієнтам ЗПТ із залучення додаткових зовнішніх ресурсів, включаючи тісну співпрацю з неурядовими організаціями в рамках глобальної ініціативи Fast-track Cities.

Отримані результати. На сайті замісної терапії КМНKL “Соціотерапія” (денний стаціонар) обслуговується 314 хворих. З них 125 хворих отримують рідку форму препарату Метадон та 189 хворих таблетовану форму препарату. На сьогоднішній день на сайті ЗТ 78 пацієнтів мають ВІЛ-позитивний

статус, АРТ отримують лише 14 хворих. На туберкульоз хворіє 24 особи, протитуберкульозну терапію отримує лише один хворий.

В рамках реалізації глобальної ініціативи Fast-track Cities та за підтримки AIDS Healthcare Foundation, Київською міською наркологічною лікарнею “Соціотерапія” були укладені угоди з Київським міським центром СНІДу та Територіальним медичним об’єднанням “Фтизіатрія” задля забезпечення доступу до інтегрованих послуг клієнтів ЗТ лікарні. Так, у відповідності до умов договору, Київський міський центр СНІДу та ТМО “Фтизіатрія” забезпечують КМНКЛ “Соціотерапія” препаратами АРВ та протитуберкульозною терапією для клієнтів сайту з поєднаною патологією. Видачу препарату забезпечують медичні працівники КМНКЛ “Соціотерапія”. Крім того, в рамках проекту нової моделі фінансування “Фінансування на основі результатів для ЗПТ” за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією, спеціалісти, залучені до моделі інтегрованої допомоги отримують додаткові грошові стимули, що впливає на якість отриманих пацієнтами послуг в умовах обмежених ресурсів охорони здоров’я.

З 01.11.2016 р. центр інтегрованих послуг на базі сайту замісної терапії КМНКЛ “Соціотерапія” розпочав свою діяльність.

Саме інтегрований підхід за короткий період часу дозволив значно покращити показники охоплення антиретровірусною терапією хворих на ВІЛ/туберкульоз (з 47,6% у 2013 році до 87,6% у 2016 році), профілактичним лікуванням Ізоніазидом (з 8,5% у 2013 році до 73,9% у 2016 році), зменшити кількість відривів від протитуберкульозного та антиретровірусного лікування споживачів ін’єкційних наркотиків.

Висновки. В умовах нових викликів з якими стикнулася Україна на порозі реформування системи охорони здоров’я, скорочення донорської допомоги міжнародних організацій та стабільно високими темпами поширення ВІЛ-інфекції, запровадження інтегрованої моделі послуг для споживачів ін’єкційних наркотиків в ЗОЗ є оптимальним методом надання всебічної допомоги пацієнтам наркологічних служб. Крім того, ефективне запровадження моделі може істотно вплинути на рівень утримання пацієнтів в програмі ЗПТ, покращення якості життя пацієнтів та поширеності соціально небезпечних захворювань серед груп ризику.

В.Б. Яцик, Л.А. Масюк

ПОПЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ ЗІ СТВОРЕННЯ ОБ’ЄДНАНИХ ВІДДІЛІВ МІО ВІЛ/ТБ У ВОЛИНСЬКІЙ ТА РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ

ДУ “Центр громадського здоров’я МОЗ України”, м. Київ

Актуальність. Впродовж останніх п’яти років Волинська та Рівненська області відносяться до регіонів з низьким рівнем захворюваності, поширеності та смертності від ко-інфекції ВІЛ/ТБ, однак з тенденцією до росту захворюваності більше, аніж у два рази. Так, захворюваність на ВІЛ/ТБ, включаючи нові випадки та рецидиви туберкульозу, у Волинській області у 2014 р. становила 4,9 на 100 тис. нас. (2011 р. – 2,4), у Рівненській — 4,5 на 100 тис. нас. (2011 р. — 1,7), при середньостатистичних показниках в Україні — 12,1 на 100 тис. нас. (2011 р. — 10,5); смертність від значеної патології у Волинській області — 2,0 на 100 тис. нас., у Рівненській — 0,8 на 100 тис. нас.

(Україна — 4,6). Станом на початок 2015 року, у цільових регіонах, моніторинг та оцінку заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та захворювання на туберкульоз фтизіатрична служба та служба СНІДу здійснювали самостійно. Однією з причин даного фактору було те, що у складі Волинського та Рівненського обласних Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, відділи моніторингу та оцінки функціонували як окремі структурні підрозділи, натомість, у структурі обласних протитуберкульозних закладів так і не були створені.

Мета дослідження. Оцінити попередні результати реалізації пілотного проекту зі створення об’єднаних відділів моніторингу та оцінки заходів

протидії захворювань ВІЛ/ ТБ (далі — Відділ МІО ВІЛ/ТБ) у Волинській та Рівненській областях.

Методи дослідження. Аналіз затверджених в рамках проекту розпорядчих документів, що регламентують діяльність Відділів МІО ВІЛ/ТБ у Волинській та Рівненській областях.

Отримані результати. У рамках програми Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією “Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції” за організаційної підтримки ДУ “Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України” з вересня 2015 р. у Волинській та Рівненській областях розпочато реалізацію пілотного проекту щодо створення та функціонування Відділів МІО ВІЛ/ТБ. Основною метою проекту є покращення в кожній з областей системи збору та аналізу даних щодо протидії ВІЛ/ТБ шляхом створення системи об’єднаного Відділу МІО ВІЛ/ТБ та використання даних МІО для прийняття управлінських рішень з метою формування ефективної відповіді на епідемічну ситуацію з ВІЛ/ТБ.

На регіональному рівні основними виконавцями проекту виступають КЗ “Волинський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом”, “Волинське обласне територіально медичне протитуберкульозне об’єднання”, “Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом” Рівненської обласної ради та КЗ “Рівненський обласний протитуберкульозний диспансер”. В обох областях проект реалізується за тотожним алгоритмом: об’єднанні відділи моніторингу та оцінки створені на базі регіональних Центрів СНІДу без внесення змін в штатний розпис будь-якого із вищезазначених закладів. З метою забезпечення ефективної та системної роботи Відділів МІО ВІЛ/ТБ в рамках реалізації проекту на даний час у регіонах підготовлено та затверджено ряд розпорядчих документів.

У Волинській області рішенням обласної Координаційної Ради з проблем ВІЛ, туберкульозу та наркоманії затверджені Положення про регіональну групу МІО ВІЛ/ТБ та план моніторингу та оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ/ТБ на 4 квартал 2015–2016 рр., затверджено накази управління охорони здоров’я “Про утворення об’єднаного відділу з моніторингу та оцінки програмних заходів з протидії захворювання ТБ/ВІЛ”, “Положення про об’єднаний

відділ моніторингу та оцінки програмних заходів з протидії захворювання ВІЛ/ТБ”, “Про алгоритм взаємодії об’єднаного відділу з моніторингу та оцінки програмних заходів з протидії захворювання ВІЛ/ТБ”, “Порядок взаємодії обласного територіального медичного об’єднання, обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом щодо надання медичної допомоги хворим на поєднанні захворювання ВІЛ/ТБ”, затверджений маршрут пацієнта з підозрою на ВІЛ/ТБ.

У Рівненській області рішенням обласної Координаційної ради з питань протидії ВІЛ/ТБ затверджено план роботи Відділу МІО ВІЛ/ТБ, план розвитку та забезпечення сталості єдиної системи моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ на 2016 р., оновлено склад РГ МІО з протидії туберкульозу та ВІЛ. Управлінням охорони здоров’я затверджено наказ “Про створення об’єднаного відділу МІО виконання програмних заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу”, Центром СНІДу — положення про Відділ МІО ВІЛ/ТБ.

У кожному регіоні розроблено та впроваджено звітні інструменти з епідемічного моніторингу захворюваності на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ та індикатори моніторингу та оцінки стану та заходів протидії поєднаної інфекції туберкульозу та ВІЛ. Для забезпечення доступу та верифікації даних щодо ВІЛ-інфікованих осіб хворих на туберкульоз фахівцям регіональних Центрів СНІДу надано доступ до реєстру хворих на туберкульоз. Впроваджено проведення семінарських занять/тренінгів для фахівців, які долучені до ведення випадку ВІЛ/ТБ щодо актуальних питань ведення поєднаної патології ВІЛ/ТБ.

Висновки. Розробка та затвердження розпорядчих документів на обласному рівні, що регулюють діяльність Відділу МІО ВІЛ/ТБ — є першим кроком в напрямку співпраці між фтизіатричною службою та Центрами СНІДу. Документи, що розроблені в рамках пілотного проекту у Волинській та Рівненській областях, можуть слугувати типовим зразком до використання в інших регіонах України. Заключна оцінки ефективності організаційно-методичного об’єднання Відділів МІО ВІЛ/ТБ, що функціонують у складі регіональних Центрів СНІДу та протитуберкульозних диспансерів, буде здійснена у березні 2017 р.

*Краткая выдержка из отчета проф. Йенса Лундгрена,
Колаборативный Центр ВОЗ по вопросам ВИЧ и вирусных гепатитов,
г. Копенгаген, Дания*

ОПТИМИЗАЦИЯ АРТ В УКРАИНЕ: ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Введение и актуальность проблемы. Антиретровирусная терапия (АРТ) появилась в Украине с 2000 г. Стратегия ЮНЭЙДС Фаст Трек предусматривает, что Украина должна предоставить лечение 90% ЛЖВ, знающим свой статус, то есть увеличить охват АРТ примерно с 60000 (2015) до 180000 (2020) пациентов.

С 2014 г. в Украина переживала финансовый и политический кризис, подвергший угрозе безопасность страны. В связи со снижением покупательской способности государственного бюджета после девальвации национальной валюты и в связи с решением Глобального Фонда о сокращении поддержки странам со средним уровнем доходов, возможности расширения программ борьбы с ВИЧ-инфекцией в планируемых масштабах были подвергнуты риску.

В условиях эпидемиологического кризиса и ограниченных ресурсов в Украине начались дискуссии по поводу того, каким образом максимально эффективно использовать имеющиеся ресурсы. Именно в таком контексте последовало обращение страны к ВОЗ о предоставлении технической поддержки и рекомендаций относительно оптимизации и приоритизации предоставления лечения ВИЧ на основании новейших научных данных и доказательной базы, которыми может воспользоваться Украина для рационализации программы борьбы с ВИЧ-инфекцией.

Оптимизация выбора схемы АРТ для лиц, получающих лечение. По ориентировочным подсчетам на март 2016 г. схему АРТ 1-го ряда получают около 60000 человек. Примерно каждый третий пока принимает схему 1-го ряда, которая признана ВОЗ как предпочтительная (TDF/FTC+EFV). Во время проведения миссии широко обсуждался вопрос, будет ли безопасно с медицинской точки зрения менять состав схемы АРТ для остальных 2/3 пациентов, так чтобы больше пациентов получало предпочтительную схему. Исходя из того, какие схемы чаще всего применяются, в ходе работы миссии были определены три стратегии перехода (табл. 1).

Провести полную оценку масштабов потенциального перевода со схемы на схему не представлялось возможным, однако, была достигнута договоренность о том, что такая возможность является реальностью для многих пациентов (вероятно 60-90%) и что это приведет к существенной экономии средств.

По грубым подсчетам стоимость одного года терапии для одного пациента пока оценивается в 360 долл. США, а эту сумму реально снизить до 120-140 долл. США, если провести оптимизацию так, как определяет табл. 1. А сэкономленные средства можно будет направить на предоставление АРТ большему количеству ЛЖВ, и, возможно, это привлечет дополнительную международную поддержку, поскольку такая оптимизация является предпосылкой для многих международных доноров, в том числе для Глобального фонда. Если Украина решит внедрить стратегию перехода, можно обратиться к разработанному предложению по переводу пациентов на другие препараты в рамках процесса оптимизации программы АРТ в Украине, в котором содержится инструкция для пациентов и рекомендации по мониторингу РНК ВИЧ на период перевода (см. табл. 2).

Выводы и рекомендации.

• Украина сейчас переживает финансовые трудности, и средства, выделяемые на борьбу с эпидемией, ограничены. Учитывая такую ситуацию, чрезвычайно важно, чтобы имеющиеся ресурсы ис-

Таблица 1. Переход с препарата на препарат в рамках оптимизации схемы АРТ 1-го ряда

- AZT на TDF
- ABC на TDF
- LPV*/r на ATV/r, или EFV, или NVP

* Причины того, почему 40% пациентов на схеме 1-го ряда получают LPV / r, различны: возможен тератогенный эффект EFV; токсическое воздействие EFV в предыдущем анамнезе; выбор пациента; выбор врача; ограниченный доступ к EFV в прошлом.

Таблиця 2. Предложение по порядку перевода пациентов со схем с зидовудином, абакавиром и LPV/r на другие схемы АРТ 1-го ряда

Другой препарат: причины назначения	Препарат, на кото- рый предлагается перевести	Необходимость мониторинга РНК ВИЧ после перевода (важно до перевода)	Комментарии
ZDV: предпочтительный в свое время	TDF	Не обязательно, но можно	TDF — более безопасный в сравнении с ZDV (меньше риск анемии и липоатрофии)
ZDV: в настоящее время тяжелое поражение почек	Остаться на ZDV или перейти на ABC	Не обязательно, но можно	TDF может ухудшить функцию почек
ABC: предпочтительный в свое время	TDF	Не обязательно, но можно	TDF — более дешевый и вероятно более эффективный и безопасный по сравнению с ABC
ABC: в настоящее время тяжелое поражение почек	Остаться на ABC или перейти на ZDV	Не обязательно, но можно	TDF может ухудшить функцию почек
LPV/r: тератогенный эффект EFV	EFV*	Да (в приоритете, если раньше был EFV или NVP)	В настоящее время нет доказательств того, что такой эффект наблю- дается у людей
LPV/r: токсическое влияние EFV в прошлом анамнезе	NVP** ATV/r***, или EFV*, или EFV*	Да, если переходить на любой из двух ННИОТов (в приоритете, если рань- ше был EFV)	Выбор препарата, на который предлагается перейти, зависит от обстоя- тельств, в которых состоялся первый переход (если правильно задо- кументировано, EFV следует избегать, а если нет, можно рассмотреть целесообразность его выбора) препарат, на который переходить, зависит от того, на каких препаратах сосредоточена национальная программа
LPV/r: Ограниченный доступ к EFV в прошлом	EFV*	Да (в приоритете, если раньше был EFV или NVP)	Причина больше не существует
LPV/r: переход с нелфинавира в прошлом (ИП/г выбора на то время)	EFV*	Да (в приоритете, если раньше был EFV или NVP)	Переход с одного препарата на другой с более низким генетическим ба- рьером является безопасным, если пациенты соблюдают режим приема и в анамнезе нет мутации, ведущей к резистентности
LPV/r: Принятые сегодня противопоказания к EFV	NVP** или ATV/r***		Известные противопоказания к EFV; препарат, на который переходить, зависит от того, на каких препаратах сосредоточена национальная программа
LPV/r: на сегодняшний день применяется метадон	EFV*	Да (в приоритете, если раньше был EFV или NVP)	EFV и метадон можно безопасно принимать совместно
LPV/r: Выбор пациента (при- чина ранее не указывалась)	EFV*	Да (в приоритете, если раньше был EFV)	Медицинские работники могут заверить пациентов, что EFV — безопас- ный препарат
LPV/r: Выбор врача (причи- на ранее не указывалась)	EFV*		Медицинских работников следует заверить, что EFV — безопасный пре- парат, когда его назначать правильно*

* Пациентов следует информировать перед переходом о возможных нежелательных лекарственных реакциях на EFV и о том, что они обычно проходят через несколько дней или недель; если у пациента возникли такие реакции, он должен продолжать принимать этот препарат с согласия Центра АРТ, если ему не будет порекомендовано другое.

** Пациентов следует информировать о том, что в случае сыпи или токсического воздействия на печень они должны обратиться в Центр АРТ; риск такого токсического действия для лиц с высокими показателями CD4 снижается, если РНК ВИЧ на момент перехода не определяется.

*** Пациентов следует информировать о том, что им следует обратиться в Центр АРТ, если желтушность склер создает для них серьезную косметическую проблему; этот сим-
птом не угрожает здоровью.

пользовались и инвестировались максимально эффективно, и чтобы программа борьбы с ВИЧ была рационализирована и оптимизирована на основе самых современных научных доказательств.

- Необходимо разработать стратегию, которая будет способствовать переводу значительного процента пациентов с их текущей схемы 1-го ряда на рекомендованную ВОЗ схему АРТ 1-го ряда. Эта стратегия должна включать в себя по крайней мере три компонента:

- внедрить последипломную подготовку медицинских работников по вопросам поддержки этой стратегии.

- принять решение о перечне препаратов, которые должны быть приоритетными в закупках, кроме препаратов схемы АРТ 1-го ряда, определенной ВОЗ как предпочтительная — это зависит частично от цены на препараты.

- следовать рекомендациям, очерченным в таблице 2.

- Рассмотреть целесообразность обращения к ВОЗ для анализа разработанной стратегии перед ее внедрением.

- Сэкономленные в результате предложенных рекомендаций средства должны реинвестироваться в общегосударственную программу борьбы с ВИЧ.