

**Н. В. НЕДАШКОВСЬКА***Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Київ*

## **СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В УКРАЇНІ**

Наукові праці МАУП, 2009, вип. 3(22), с. 97–103

*Досліджено розвиток і нинішній стан системи організації лікування та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Україні в аспекті створення сприятливого середовища для довгострокової та ефективної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДУ.*

Вірусний імунодефіцит людини (ВІЛ) відносно недавно поширився по світу серед людської популяції, проте вже став причиною смерті 25 млн людей, та ще 33 млн на сьогодні є інфікованими [7]. За останні декілька років епідемія ВІЛ/СНІДУ набула нових масштабів і продовжує стрімко поширюватися в усьому світі. При цьому Україна не є винятком, навпаки, вона стала однією із країн Європи, яка має найвищі темпи зростання кількості нових випадків ВІЛ/СНІДУ, більшість яких виявлені за останні роки. Аналіз офіційних даних щодо поширення ВІЛ-інфекції в Україні свідчить, що епідемія має тенденцію до зростання в усіх регіонах країни. Так, за даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України (далі — Український центр), станом на 1 січня 2009 р. в Україні офіційно зареєстровано 141277 ВІЛ-інфікованих, 26804 хворих на СНІД, під диспансерним наглядом перебуває понад 92 тис. ВІЛ-інфікованих осіб, померли від СНІДУ — 15200 осіб.

Внаслідок упровадження із серпня 2004 р. широкомасштабної антиретровірусної терапії (далі — АРТ) з 2007 р. відмічається позитивна тенденція до зниження кількості нових випадків СНІДУ, також відзначається тенденція поступового зниження темпу приросту показника смертності від захворювань, зумовлених СНІДом. Станом на 1 січня 2009 р. АРТ отримують 10629 дорослих і дітей, проте терапію потребують ще 25–30 % хворих, які перебувають під диспансерним наглядом.

Особливістю розвитку ВІЛ-інфекції є непомітне її поширення впродовж років перед тим, як перші ознаки виявляються в регіоні або у групі населення. Реальну загрозу для суспільства становить вихід епідемії ВІЛ/СНІД за межі груп ризику. При аналізі ситуації звертає на себе увагу динаміка шляхів поширення ВІЛ серед груп підвищеного ризику — у 2008 р. настав переламний момент, коли першість зайняв статевий шлях передання ВІЛ (рис. 1). Ін'єкційний шлях складає лише 38 % у загальній масі інфікованих. Проведені спільно із соціологами дослідження підтверджують епідеміологічну значущість ін'єкційної наркоманії, та все ж слід очікувати можливості переходу до генералізованої фази епідемії у разі зменшення протидії ВІЛ/СНІДУ.

Фахівцями Українського центру, ЮНЕЙДС та ВООЗ були опрацьовані так звані інтегративні показники епідемічної ситуації, які включали показники поширеності і захворюваності на ВІЛ-інфекцію та СНІД, смертність від них, інфікованість серед потенційних донорів і вагітних. На побудованому за таким інтегративним показником графіку найгірша ситуація сьогодні в Київській та Дніпропетровській областях, а найкраща — у Чернівецькій і Закарпатській областях.

Проте вперше зафіксовано певну стабілізацію темпу поширення епідемії — він уповільнився, про що свідчить незначне зменшення темпу приросту кількості нових випадків ВІЛ-інфекції. Це спостерігається з 2007 р. (таблиця). Найбільш оптимістичним є зменшення захворюваності на



Рис. 1. Шляхи передавання ВІЛ-інфекції у 1996 та 2008 р.

СНІД — упродовж останніх двох років кількість хворих на СНІД щороку зменшується на 3 %. Відносно стабілізувався темп приросту смертності від СНІДу. Це значний позитив, адже завданням Національної програми і є стабілізувати епідемію, зупинити її [1].

Контроль за поширенням ВІЛ-інфекції в країні (епідеміологічний нагляд з визначенням шляхів поширення ВІЛ), надання якісних медичних послуг хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД покладено на систему спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів — обласних (міських) центрів профілактики СНІДу. Методичне керівництво їх діяльністю здійснюється Українським центром.

Обласні центри профілактики СНІДу є самостійними спеціалізованими лікувально-діагностичними закладами, що здійснюють консультативно-діагностичні, лікувально-профілактичні заходи та епідеміологічний моніторинг за ВІЛ-інфекцією на території відповідної області. Фахівці центрів також розробляють, впроваджують та використовують нові форми і методи діагностики, лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та профілактики поширення ВІЛ-інфекції серед різних груп населення.

На сьогодні служба СНІДу в Україні представлена 40 центрами, які створені в усіх регіонах і великих містах країни, де кількість ВІЛ-інфікованих перевищує 500 осіб. Серед зазначених

закладів Український центр, Кримський республіканський, 24 обласних, Київський та Севастопольський міські, а також 12 міських центрів обласного підпорядкування.

Амбулаторно-поліклінічні відділення мають усі регіональні центри, стаціонарні відділення мають 12 регіональних центрів (разом 405 ліжок). У решти областей в інфекційних відділеннях та протитуберкульозних диспансерах виділено по 5–10 ліжок для стаціонарного лікування хворих на СНІД. При Донецькому, Одеському, Херсонському та Вінницькому обласних центрах створено хоспісні відділення для хворих на СНІД. В усіх центрах працюють лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції, де проводяться рутинні дослідження стану хворих. У регіонах з високим рівнем інфікування населення (Донецька, Одеська та Дніпропетровська області) створена мережа кабінетів і відділень з надання допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД при центральних районах і міських лікарнях.

У рамках виконання спільної з Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД програми “Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні” за кошти гранту Глобального фонду всі регіональні центри забезпечені комп’ютерами з метою створення єдиної мережі для здійснення епідеміологічного моніторингу та моніторингу проведення антиретровірусної терапії.

#### Показники захворюваності на ВІЛ, СНІД і смертності від СНІДу в Україні у 2006–2008 рр.

Роки	Захворюваність на ВІЛ			Захворюваність на СНІД			Смертність від СНІДу		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Абсолютне число	16078	17669	18963	4723	4573	4380	2425	2507	2710
На 100 тис. населення	34,4	38,0	40,9	10,1	9,8	9,5	5,3	5,4	5,8

ВІЛ-інфекція є хронічною хворобою. Залежно від стану здоров'я ВІЛ-інфікованої людини ВООЗ запропоновано чотири клінічні стадії захворювання: I – безсимптомна, II – помірна, III – просунута, IV – важка.

Нині антиретровірусна терапія є невід'ємним компонентом Національної програми надання комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим поряд із профілактикою та лікуванням опортуністичних інфекцій (ОІ), паліативною допомогою [1]. Проведення АРТ суттєво знижує рівень вірусного навантаження (далі – ВН) у крові хворих, що, у свою чергу, зменшує ризик поширення інфекції. Охоплення пацієнтів лікуванням та якість програм АРТ мають вирішальний вплив на рівні захворюваності та смертності від СНІДу. Мета антиретровірусної терапії – подовження життя ВІЛ-інфікованої людини, покращання якості його життя та зниження частоти передання ВІЛ.

Лікування ВІЛ-інфекції та СНІДу почалося з 1987 р. зидовудином. Він використовувався у монотерапії, яка нині вже не застосовується і вважається шкідливою. З 1992 р. в клінічну практику увійшла дітерапія – лікування одночасно двома препаратами. З 1996 р. в практику було впроваджено перспективний метод під назвою “три терапії”.

Вартість методу “три терапії” на початку його застосування була дуже висока – понад 1000 дол. на кожен місяць, проте вона насправді подовжувала життя хворим та знижувала потенційну загрозу для оточуючих. В останні роки розробляються нові препарати, нові механізми їх дії, змінюються схеми терапії, що набувають широкого застосування у практиці лікування ВІЛ-інфекції. На світовому фармацевтичному ринку сьогодні представлено більше тридцяти препаратів для етіотропного лікування ВІЛ-інфекції, у світі вже застосовують шість груп АРВ препаратів, а в Україні – лише чотири.

Незважаючи на велетенські зусилля світової наукової спільноти, сьогодні все ще немає препаратів, що повністю звільняють хворого від ВІЛ. Навіть ті, у кого ВІЛ у крові на тлі лікування не визначається, залишаються інфікованими й можуть заражати інших людей.

Загальні принципи АРТ:

1. Застосування комбінації кількох (але не менше трьох) АРВ препаратів одночасно, щоб забезпечити можливість зниження вірусного навантаження до рівня, що неможливо виявити лабораторно, зменшення

ризик розвитку стійкості до лікарських препаратів. Це попереджує або навіть відстрочує розвиток інфекцій, небезпечних для життя на ранніх стадіях виявів ВІЛ-інфекції під час перших двох стадій захворювання – безсимптомної і помірної. Використання монотерапії заборонено, оскільки при цьому швидко розвивається стійкість ВІЛ до лікарських препаратів.

2. Створення сприятливих психологічних умов, формування прихильності до лікування у пацієнтів. Лікування ВІЛ-інфекції потребує найсуворішого дотримання режиму вживання медикаментів упродовж усього життя, що залишилося: “хвора людина стає рабом хвороби і полоненим режиму”. Тому лікування варто починати лише в тих випадках, коли хворий чітко це розуміє і готовий беззастережно виконувати усі вимоги лікаря.
3. Своєчасний початок АРТ на III і IV стадіях. При вирішенні питання про доцільність початку АРТ враховується багато факторів: час, що пройшов з моменту інфікування, виразність симптомів та клінічна категорія, рівень імуносупресії, вірусне навантаження [4]. Відстрочення АРТ має низку переваг і недоліків. В Україні, згідно зі стандартами ВООЗ, рекомендовано починати АРТ виходячи з клінічних та імунологічних критеріїв[2].
4. Своєчасні профілактика та лікування СНІД-індикаторних захворювань.

Розпочаті у 2000 р. пілотні програми АРТ в окремих закладах нашої держави за короткий термін переросли в широкомасштабну загальнодержавну програму лікування. Це стало можливим завдяки спільним зусиллям державних, неурядових і міжнародних організацій. При виборі черговості регіонів для впровадження АРТ враховувалася епідемічна ситуація, тобто рівень захворюваності на СНІД, а також рівень розвитку інфраструктури та доступність ресурсів для надання АРТ. Поетапно АРТ запроваджено в усіх 27 регіонах України (рис. 2).

За даними Українського центру, станом на 1 квітня 2009 р. АРТ в Україні отримують 11766 ВІЛ-інфікованих осіб, у тому числі 1411 дітей.

Лікування, догляд та підтримка людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ) в Україні, ґрунтуються на наступних принципах:

- 1) лікування слід надавати усім пацієнтам, які потребують його за медичними показ-

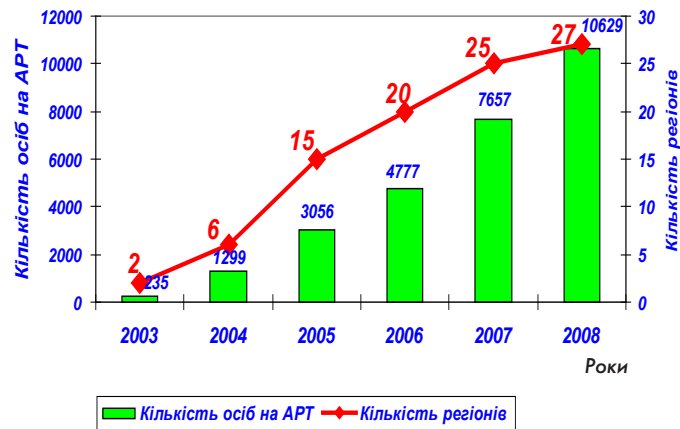


Рис. 2. Кількість осіб на АРТ та кількість регіонів України

никами та висловили бажання лікуватися, у тому числі споживачам ін'єкційних наркотиків, працівникам комерційного сексу та іншим соціальним групам населення. На прийняття рішення щодо проведення АРТ не повинні впливати політичні або соціальні фактори;

- 2) програми АРВ лікування повинні передбачати обов'язкове надання комплексної, всебічної допомоги та підтримки, у тому числі доступ для споживання ін'єкційних наркотиків (СІН) до програм зменшення шкоди, замісної підтримуючої терапії (ЗПТ), наркологічної допомоги, реабілітаційних програм з метою залучення та утримання СІН у програмах лікування, забезпечення дотримання режиму АРТ. Мультидисциплінарний підхід;
- 3) лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів включає широкий спектр видів медичної допомоги. Покращання стану пацієнтів, які на даний момент не готові до прийому АРТ або не мають потреби в її призначенні, потрібно досягти шляхом профілактики і лікування опортуністичних інфекцій та інших хронічних захворювань, а також шляхом надання соціально-психологічної допомоги;
- 4) на підставі індивідуальної оцінки готовності кожного окремого пацієнта щодо дотримання режиму АРТ лікар повинен виявити причини, які заважають його дотриманню, знайти оптимальні шляхи їх усунення.

Залучення ЛЖВ, які самі виявляють прихильність до проведення АРТ, їхнє навчання інших

ВІЛ-інфікованих, організація догляду та підтримки є вкрай важливими для забезпечення ефективності лікування ВІЛ-інфекції.

Про підвищення ефективності програм лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД в Україні свідчить відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які залишилися живими через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії — у 2008 р. він становив 92 %. Спостерігається прогрес у збільшенні тривалості життя пацієнтів, які отримують АРТ, якщо порівняти з відповідним показником 2005 року — 86 %. Найвищий показник виживання на АРТ в Україні спостерігається у дітей віком до 15 років — 90,6 %. При аналізі даних за статтю показник виживання вищий у жінок — 83,4 % проти 73,3 % у чоловіків.

Однак збільшення кількості осіб, які вмерли від хвороб, обумовлених СНІДом, вказує на те, що темпи приросту кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які потребують антиретровірусну терапію, значно перевищують темпи розширення програм АРТ, обмежених фінансовими ресурсами. Недостатній рівень знань лікарів загальної мережі лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу та АРТ призводить до пізньої діагностики ВІЛ-інфекції (в стадії СНІДу), коли АРТ, на жаль, вже не в змозі врятувати життя пацієнтам.

Незважаючи на успіхи останніх років у вивченні ВІЛ, людству все ще не вдалося зупинити поширення ВІЛ-інфекції та пов'язаних з нею захворювань. Світовий досвід свідчить, що поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу призводить до зменшення тривалості життя, зростання потреби в медичних послугах, загострення проблем бідності, соціаль-

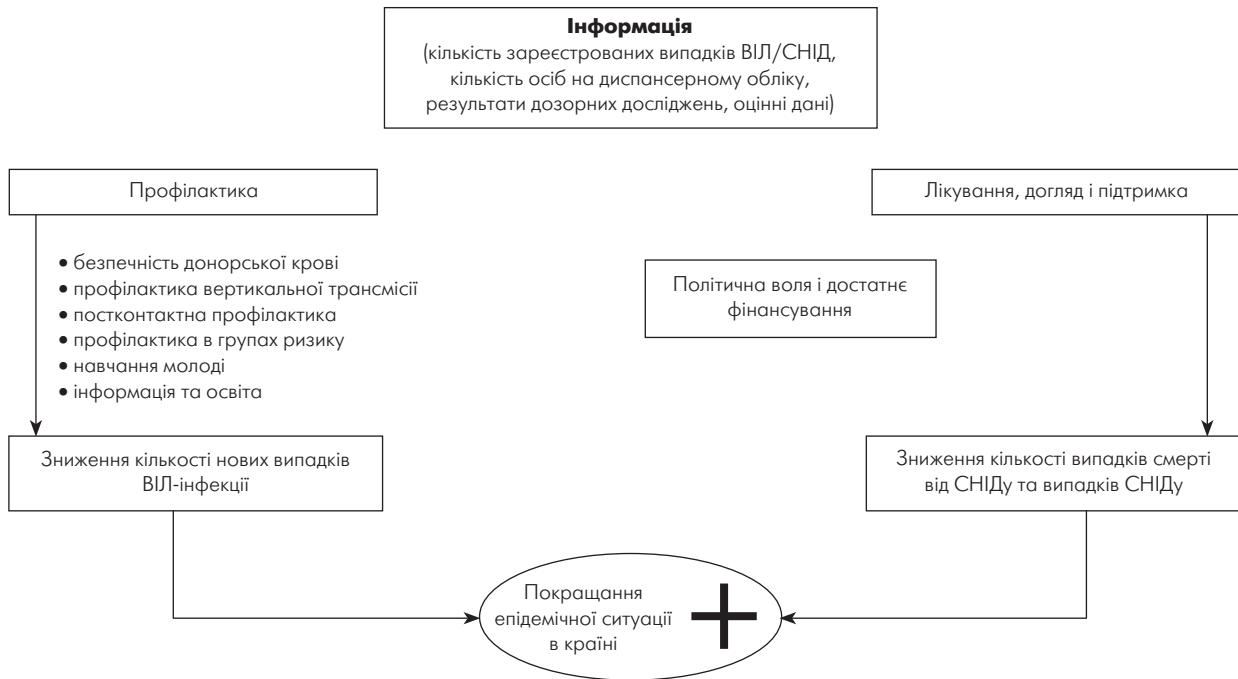


Рис. 3. Шляхи покращання епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДу

ної нерівності та сирітства, подолання яких потребує постійного збільшення видатків з державного бюджету [6]. На жаль, на сьогодні ВІЛ-інфекція не має радикальних засобів лікування, тому головною зброєю у боротьбі з поширенням вірусу є первинна профілактика — попередження нових випадків інфікування. Вона полягає передусім в освітньо-виховній роботі, спрямованій на зміну ризикованої поведінки (сексуальної чи залежної від наркотику) на таку, яку людина може контролювати. Досвід багатьох країн світу і власний національний досвід свідчать, що ми маємо інструменти для подолання загрози (рис. 3).

Профілактичний напрям є пріоритетним у боротьбі з ВІЛ-інфекцією/ СНІДом. Загальновідомо, що легше та перспективніше попередити інфікування, ніж потім його лікувати. Доведена економічна ефективність профілактичних програм: наприклад, вартість запобігання одному випадку інфікування ВІЛ серед СІН становить приблизно 1030 грн, вартість лікування одного хворого на ВІЛ-інфекцію у разі мінімальної закупівельної ціни препаратів — 7900 грн на річний курс лікування [3]. Традиційно профілактика інфікування ВІЛ проводиться на трьох рівнях — первинному, вторинному та третинному.

Первинна профілактика ВІЛ-інфекції може здійснюватись шляхом впливу на поведінку людей з метою зменшення шкоди або ризику зара-

ження вірусом і шляхом впровадження специфічної профілактики — вакцин проти ВІЛ/СНІДу.

Вторинна профілактика спрямована на виявлення ВІЛ-інфікованих, їхнє післятестове консультування (зміна способу життя та поведінки, планування сім'ї та ін.). Для проведення профілактики передання ВІЛ від матері до дитини (ППМД) та для післяконтактної профілактики (ПКП) активно використовуються АРВ-препарати. У 2008 р. ВІЛ-інфіковані жінки народили 3635 дітей, а загалом у країні з підтвердженим діагнозом живе 1968 дітей. Трансмісія ВІЛ від матері до дитини складає 7 %, що в 4 рази нижче, ніж у 2000 р. Такий суттєвий здобуток Україна отримала внаслідок впровадження системи ППМД спільними зусиллями служби СНІДу, жіночих консультацій та пологових будинків [5].

Стосовно ПКП: всі області України через центри СНІДу забезпечені необхідними препаратами та інструкціями щодо їх призначення і застосування. У 2008 р. жодного випадку професійного зараження не було, ПКП отримали 579 медичних працівників.

Третинна профілактика спрямована на попередження розвитку клінічних ознак ВІЛ-інфекції, попередження розвитку опортуністичних інфекцій та інвазій, поліпшення якості життя, догляд, соціальну підтримку та ін. Прикладом такої профілактики є вакцинація проти опортуністичних



збудників інфекцій та грипу, консультування з питань раціонального харчування, догляд, лікування та підтримка людей при ВІЛ-інфекції. Один з методів профілактики, що відомий під назвою “зменшення шкоди”, принципово базується на тому, що ризики передання ВІЛ можна виявити і швидко застосувати певні методи захисту, які вже добре себе зарекомендували, наприклад: використання презервативів, скринінг донорської крові, теплова обробка фактора крові VIII, відмова від вигодовування дитини грудьми, застосування загальновідомих заходів попередження інфікування ВІЛ у медичних установах при виконанні інвазивних процедур та ін.

Український центр веде моніторинг за діяльністю лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції, станцій переливання крові, розслідує випадки передання ВІЛ через донорську кров чи її продукти. За весь період спостереження з 1987 по 2008 р. мали місце 22 випадки інфікування, що відповідає світовим показникам і свідчить про високу якість системи забезпечення безпеки донорської крові.

Радикальний підхід до попередження інфікування ВІЛ при вживанні наркотиків — подолання наркоманії як явища. Оптимальний шлях, коли поряд з організованою боротьбою з поширенням наркотиків відкривається доступ до лікування СН та організації різного роду замісної підтримуючої терапії. В Україні перші пілотні програми ЗПТ (програми обміну шприців та замісна метадонова терапія) почали впроваджуватись у 2004 р.

Одним з ефективних інструментів профілактики ВІЛ-інфекції є добровільне консультування та тестування на ВІЛ (ДКТ). Широкомасштабне тестування на ВІЛ в Україні проводиться понад 17 років, а послуги консультування надаються близько 10 років. Упровадження стратегії ДКТ підвищує рівень інформованості населення щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, знижує рівень стигматизації та дискримінації в суспільстві, формує безпечну поведінку, сприяє запобіганню передання ВІЛ від матері до дитини, забезпечує прихильність до лікування та профілактики, запобігає поширенню ВІЛ серед населення в цілому, особливо серед уразливих груп та контингентів. Знання про свій ВІЛ-статус дають людині можливість скористатися найсучаснішими методами лікування [5]. Станом на 1 січня 2009 р. в регіонах України відкрито 637 кабінетів “Довіра”, де проводиться ДКТ на регіональному і районному рівнях.

Беручи до уваги темпи розвитку епідемії та необхідні витрати на протидію її розвитку, можна дійти висновку, що вихід України з кризового ста-

ну розвитку епідемії не буде швидким. Погіршення ситуації із захворюваністю на ВІЛ-інфекцію та збільшення кількості хворих на СНІД зумовлено занепадом суспільної моралі та низкою соціально-економічних причин: невідповідність темпів розвитку інфраструктури медичної та соціальної допомоги темпам поширення епідемії; недостатнє фінансування заходів з профілактики та лікування; недосконала система інформування населення з питань запобігання інфікуванню. Темпи розвитку епідемії випереджають темпи розгортання діяльності щодо її запобігання, потужності центрів СНІДу змінюються значно нижчими темпами.

Необхідність посилення заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні потребує зміцнення кадрового потенціалу у галузі лікування, догляду і підтримки людей, що живуть з ВІЛ, шляхом забезпечення належної професійної підготовки відповідних медичних і немедичних спеціалістів, підвищення професійного рівня з питань ДКТ на ВІЛ в умовах існуючої системи післядипломної підготовки лікарів різних фахів, залучення до виконання програм профілактики ВІЛ-інфекції медичних, соціальних і педагогічних працівників, працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, роботодавців, професійних спілок, представників бізнесу, громадських та релігійних організацій.



## Література

1. Закон України “Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки” від 19 лютого 2009 р. №1026-VI.
2. Наказ МОЗ України “Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків” від 4 жовтня 2006 р. № 658.
3. Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: Навч. посіб. для лікарів / За ред. І. В. Дзюблик. — К., 2007. — 171 с.
4. Запорожан В. М., Аряев М. Л. ВІЛ-інфекція і СНІД. — 2-ге вид., переробл. і допов. — К.: Здоров’я, 2004. — 636 с.
5. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини: Клінічний посіб. / За ред. Н. Г. Гойди, Н. Я. Жилки. — К., 2008. — 222 с.
6. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні. Спільне дослідження Світового банку і Міністерства охорони здоров’я України за участю Об’єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС) та Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні. — К., 2006. — 112 с.
7. <http://podrobnosti.ua/health/2009/02/26/585464.html>

*Досліджено особливості системи організації ВІЛ-сервісу в Україні та відповідність запропонованих послуг потребам країни. Доцільно запозичити міжнародний позитивний досвід щодо лікування та профілактики ВІЛ/СНІДу.*

*Исследованы особенности системы организации ВИЧ-сервиса в Украине и соответствие предлагаемых услуг потребностям страны. Целесообразно заимствовать позитивный опыт относительно лечения и профилактики ВИЛ/СПИДа.*

*The peculiars organizations of system HIV of service in Ukraine and accordance of the offered services where investigated to the necessities of country. It is expedient to adopt positive experience of treatment and prophylaxis of HIV/AIDS.*

*Надійшла 17 червня 2009 р.*