

Н. В. НЕДАШКОВСЬКА

Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ ПОСТАЧАННЯ, ВИКОРИСТАННЯ, ОБЛІКУ ТА ЗВІТНОСТІ АРВ-ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

Наукові праці МАУП, 2010, вип. 1(24), с. 99–105

Розглянуто проблеми постачання, практичного використання, ведення обліку та звітності АРВ-препаратів в обласних, міських центрах профілактики і боротьби зі СНІДом та в установах Державного департаменту України з питань виконання покарань.

Масштаби і темпи епідемії ВІЛ-інфекції, що розгорнулися в Україні, дають підстави стверджувати, що її вплив не обмежується фрагментарно-епізодичними змінами, а відзначається довготривалими руйнівними наслідками для населення та економіки країни. За темпами поширення епідемії ВІЛ/СНІДу Україна продовжує посідати провідну позицію у Східноєвропейському регіоні. Надзвичайність ситуації пояснюється високими темпами поширення ВІЛ в Україні — щорічні темпи зростання становили в середньому 33 % [3].

Аналіз офіційних матеріалів щодо поширення ВІЛ-інфекції свідчить, що епідемія має тенденцію до подальшого зростання в усіх регіонах країни. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України (Український центр СНІДу), з часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. і до жовтня 2009 р. в Україні офіційно зареєстровано 156023 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, 30002 випадки захворювання на СНІД і 17028 випадків смерті від захворювань, спричинених СНІДом. Основними шляхами інфікування ВІЛ в Україні є вживання ін'єкційних наркотиків і статевий. Більшість усіх випадків інфікування ВІЛ реєструється серед осіб найбільш активного репродуктивного віку (20–34 роки).

ВІЛ-інфекція належить до захворювань з тривалим перебігом. Боротьба з нею проводиться за двома основними напрямками. Перший напрям — це профілактика інфікування через уникнення ризикованої поведінки і дотримання здорового способу життя. Другий — лікувальні заходи,

завдяки яким подовжується життя ВІЛ-інфікованої особи. Мета антиретровірусної терапії (АРТ) — попередити чи уповільнити прогресування хвороби, відновити імунну систему, загальмувати розмноження вірусу, а отже — врятувати життя хворого та зменшити ризик інфікування партнерів, тобто зменшити кількість випадків передачі ВІЛ. Таким чином, мета лікування двоєжка — надати медичну допомогу хворій людині та запобігти поширенню ВІЛ.

Успіх виконання програм АРТ залежить від можливості забезпечити безперерйне і постійне постачання лікарських засобів на всіх рівнях системи охорони здоров'я України. Перерви в постачанні препаратів, що призводить до припинення лікування пацієнтів, можуть бути критичними для формування резистентних до АРВ-препаратів форм ВІЛ. У свою чергу, це матиме глобальні катастрофічні наслідки, пов'язані з неможливістю застосовувати ці препарати для лікування хворих у подальшому.

Сучасним варіантом лікування ВІЛ-інфекції є антиретровірусна терапія (АРТ). Це специфічне лікування, механізм дії якого базується на максимальному пригніченні репродукції ВІЛ в організмі інфікованого, що зумовлює відновлення клітин імунної системи і покращує стан хворого та подовжує тривалість його життя. АРТ є невід'ємним компонентом програми надання комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим разом із профілактикою та лікуванням опортуністичних інфекцій, паліативною допомогою [5; 12].

Декларація про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом Спеціальної Сесії Генеральної Асамблеї ООН 2001 р. [2], підписана Україною, розглядає доступність медичної допомоги передусім у трьох аспектах: недискримінація та відсутність стигматизації, доступність ліків і лікарняної допомоги, не принижуючи і не виключаючи жодний з цих аспектів.

Держава постійно вишукує можливості щодо ефективної протидії ВІЛ/СНІДу. План дій уряду щодо профілактики ВІЛ/СНІДу окреслено в шести Національних програмах, які послідовно затверджувалися починаючи з 1992 р. Шоста програма (2009–2013 рр.) [4] спрямовує національні зусилля на забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції через просвіту населення, соціальну допомогу та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Охоплення пацієнтів лікуванням та якість програм АРТ має вирішальний вплив на рівень захворюваності та смертності від СНІДу. Завдяки спільним зусиллям державних, неурядових і міжнародних організацій, життєво необхідні лікарські засоби, такі як антиретровірусні препарати (АРВ-препарати), стають все більш доступними для тисяч ВІЛ-інфікованих людей, які живуть в Україні. Загальнодержавна програма лікування охоплює всі регіони. На місцевому рівні здійснюються відповідні обласні (міські) програми. Для реалізації заходів Національної програми активно залучаються додаткові кошти міжнародних організацій і фондів, таких як програма “Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні” за кошти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (ГФ), проект пільгової позики Світового Банку “Контроль за епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні” та ін.

Контроль за поширенням ВІЛ-інфекції та надання якісних медичних послуг хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД покладено на систему спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів — обласних (міських) центрів профілактики і лікування СНІДу. 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. У трьох регіонах з високим рівнем інфікування населення (Донецька, Дніпропетровська та Одеська області) створено мережу кабінетів і відділень по наданню допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД при центральних районних і міських лікарнях. В усіх центрах працюють лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції, де проводяться рутинні дослідження стану хворих.

Державний департамент України з питань виконання покарань (ДДУПВП) є співвиконавцем шостої Національної програми, а також проектів Українського центру СНІДу та ВБФ “Коаліція ВІЛ-сервісних організацій”, що фінансується за кошти ГФ, через ВБО “Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД”. На жаль, станом на 01.11.09, у зв’язку з відсутністю координуючої ролі медичної служби Департаменту, склалася критична ситуація в питаннях розподілу та перерозподілу АРВ-препаратів на рівні регіональних управлінь ДДУПВП та виникла загроза переривання лікування пацієнтів. Оскільки ГФ поінформований про цю ситуацію, існує реальна загроза припинення подальшої фінансової підтримки програм лікування ВІЛ/СНІД у закладах пенітенціарної системи з боку ГФ, що призведе до необхідності збільшення державного фінансування для забезпечення цих пацієнтів безперервною АРТ.

Викликає занепокоєння політична та економічна ситуація в Україні, оскільки її нестабільний стан суттєво впливає на кількість та якість прийняття рішень взагалі у державі і зокрема тих питань, що стосуються проблем профілактики та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Політика щодо АРТ в Україні базується на принципах, серед яких вкрай важливим є забезпечення неперервності антиретровірусного лікування пацієнтів. Цей принцип базується на складанні детальних заявок на потреби в медикаментах і своєчасній закупівлі й постачанні ефективних лікарських засобів. Високі темпи розширення АРТ (станом на 01.10.09 АРТ забезпечено 14239 осіб, з них за рахунок державного бюджету (ДБ) — 13017 осіб, а за рахунок ГФ — 1222) вимагають велику відповідальність від посадових осіб при плануванні, закупівлі, розподілі та використанні АРВ-препаратів, оскільки така терапія має забезпечуватися пожиттєво і безперервно для кожного пацієнта, який її потребує.

Крім проведення АРТ, АРВ-препарати активно використовуються для проведення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) та для післяконтактної профілактики (ПКП) у випадках контакту з біологічними рідинами, пов’язаного з ризиком інфікування ВІЛ.

АРТ є базисною етіотропною терапією, спрямованою на пригнічення репродукції ВІЛ. Принаймні три десятки препаратів представлені сьогодні на світовому фармацевтичному ринку для етіотропного лікування ВІЛ-інфекції. Згідно з Клінічним протоколом [9] АРВ-препарати

розподілені на три групи з обліком їх інгібуючого впливу на ту чи іншу стадію життєвого циклу ВІЛ. В Україні вже зареєстрована четверта група препаратів. Проте, у світі, за межами України, вже застосовують шість груп антиретровірусних препаратів, і щороку перелік нових препаратів і кількість груп збільшується, а схеми лікування вдосконалюються [1].

Розповсюджуються АРВ-препарати в Україні через медичні установи за призначенням лікаря. Видача АРВ-препаратів у лікувальній установі для пацієнтів є причиною частого відвідування її, що надає медичним працівникам можливість вчасно виявляти будь-які проблеми, пов'язані з лікуванням. Це особливо важливо на початку курсу АРТ. Додатковою перевагою такого підходу є раннє виявлення пропусків прийому препаратів і значне зменшення ймовірності, що пацієнти будуть погано дотримуватися режиму лікування протягом тривалого часу. При лікуванні деяких груп населення необхідно вживати додаткових заходів щодо поліпшення дотримання режиму прийому препаратів. Медичні працівники мають безпосередньо контролювати прийом кожної дози АРВ-препаратів пацієнтами, що проживають у соціальних установах. Споживачі наркотиків, які отримують замісну терапію, повинні приймати АРВ-препарати під контролем персоналу наркологічної клініки.

Постачання АРВ-препаратів, як і більшості товарів медичного призначення, відрізняється великими обсягами партій, часто обмеженими термінами придатності, нестійким попитом на препарати, особливо на ті, що використовуються для терапії другого ряду або для терапії "спасіння". Попит на АРВ-препарати часто змінюється залежно від потреб окремих лікувальних закладів і пацієнтів. У такій ситуації для забезпечення безперебійної роботи національної програми надання АРТ особливого значення набуває постійна наявність певних, чітко визначених обсягів запасів АРВ-препаратів у лікувальних закладах.

Для кількісного визначення обсягу запасів АРВ-препаратів, які можуть знадобитися закладам охорони здоров'я для проведення АРВ-профілактики або безперервної АРТ, проектом *DELIVER* (ДЕЛІВЕР) на замовлення Агентства США з міжнародного розвитку (*USAID*) в 2006 р. запропоновано методологічний підхід до розрахунків прогнозованих потреб в АРВ-препаратах, який ґрунтується на досвіді проведення таких розрахунків у восьми країнах світу, в яких працював проект *DELIVER*. Цей підхід передбачає вико-

ристання однієї стандартизованої методології для визначення кількісних потреб в АРВ-препаратах на національному рівні шляхом прийняття стандартів лікування, усунення дубляжу між різними джерелами закупівель і створення єдиної системи розподілу запасів.

Оскільки на сьогодні можливість визначити необхідну кількість АРВ-препаратів залежить від різних політичних, програмних, фінансових та інших факторів, перед початком проведення розрахунків важливо чітко визначити всі передумови, цілі, доступні вихідні дані, часові рамки, які на початковій стадії розрахунків допоможуть закласти основу для адекватного, реалістичного і довготривалого прогнозу. Для консультацій з визначення кількісних потреб в АРВ-препаратах доцільно залучати всі зацікавлені сторони, включаючи чиновників, менеджерів програм, постачальників послуг, медичних, фармацевтичних експертів і експертів із закупівель. Відповідно до наказу МОЗ України від 09.04.08 № 121-Адм при МОЗ створено Робочу групу з питань удосконалення організації лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, яка має визначати та узгоджувати основні питання на початковому етапі підготовки розрахунків.

Для оцінювання потреб і вартості різних сценаріїв надання послуг необхідно оцінювати різні цілі щодо проведення АРВ-профілактики та залучення пацієнтів на АРТ. У подальшому, результати визначення необхідної кількості АРВ-препаратів можуть використовуватися для прийняття інформованих рішень щодо вибору конкретних препаратів, інформованих політичних і технічних рішень для організації мобілізації і виділення додаткових фінансових ресурсів для придбання АРВ-препаратів.

Наявність доступних фінансових ресурсів для придбання АРВ-препаратів на сьогодні є визначальним чинником при ухваленні остаточного рішення щодо обсягу закупівлі. У ситуаціях, коли розрахункова вартість закупівлі, відповідно до визначеної повної потреби, перевищує доступне фінансування, проводиться урегулювання розрахункової потреби. Так, на закупівлю АРВ-препаратів з ДБ кожному регіону виділяється певна сума коштів, які розподіляються насамперед для забезпечення ППВД, ПКП і продовження АРТ для тих, хто її вже отримує. АРВ-препарати для нових пацієнтів на АРТ плануються залежно від того, скільки коштів залишається після забезпечення попередніх позицій. Скорочення потреби в препаратах можливе за рахунок зменшення

кількості нових пацієнтів, яким планується призначення АРТ протягом прогнозованого періоду. Проте, зберегти темпи розширення доступу до лікування можливо за рахунок зменшення середньої вартості лікування одного пацієнта.

На основі відповідних клінічних протоколів [7–10] та рішення засідання Експертної комісії МОЗ України щодо складання номенклатури для закупівлі лікарських засобів і виробів медичного призначення фахівцями Українського центру СНІДу розроблено інструмент для розрахунків кількісних потреб в АРВ-препаратах для проведення ППМД, ПКП та АРТ. Після того як будуть визначені кількісні потреби в АРВ-препаратах на прогнозований період, необхідно підготувати графіки їх поставок відповідно до розподілу. Рекомендується використовувати гнучкий графік поставок, можливо, на щоквартальній основі, оскільки такий підхід дає можливість оперативно реагувати на зміни потреб закладів охорони здоров'я і вносити відповідні корективи для забезпечення безперервності лікування, врахування заміни окремих препаратів у схемах АРТ внаслідок токсичності або неефективності. Угоди з постачальниками також мають включати гнучкість у поставках щорічної кількості препаратів — особливо, якщо заклади охорони здоров'я не можуть забезпечити зберігання великого обсягу АРВ-препаратів (цілого річного запасу).

Управління закупівлями та постачанням медикаментів і лікарських засобів є основою для успішної реалізації проектів. Досвід засвідчує, що створення та підтримання прозорої, конкурентної та стабільної системи управління закупівлями та постачанням є непростим завданням.

При визначенні терміну прогнозованого періоду необхідно врахувати, що АРВ-препарати, які закуповуються за кошти ДБ поточного календарного року, надходять в регіони наприкінці року і фактично використовуються для лікування і розширення АРТ протягом наступного календарного року. Це можна простежити за датами наказів щодо розподілу АРВ-препаратів, наведеними у таблиці.

Від дати затвердження наказу минає ще певний час на розвезення АРВ-препаратів до регіонів. Отже, до кінцевого споживача (пацієнта) ліки надходять ще через 2–3 тижні від дати підписання наказів. Для порівняння необхідно зазначити, що, при забезпеченні пацієнтів АРВ-препаратами за рахунок коштів ГФ, період від складання потреби в препаратах до їх отримання пацієнтом становить близько 6 місяців. Величина похибки у

кількості запиту АРВ-препаратів прямопропорційна величині прогнозованого періоду доставки препаратів до кінцевого споживача. У цьому випадку використовується перерозподіл препаратів. Проте, необхідно враховувати, що процес перерозподілу препаратів, закуплених за кошти ДБ, між центрами СНІДу триває більше трьох місяців, а термін перерозподілу АРВ-препаратів, закуплених за рахунок ГФ, становить приблизно 1 місяць.

Дати наказів щодо розподілу АРВ-препаратів відповідно до бюджетних років

Державний бюджет України, рік	Дата, № наказу про розподіл АРВ-препаратів	Кількість місяців від початку бюджетного року
2004	05.08.2004 р. № 400	8
2005	12.08.2005 р. № 402	8
	01.12.2005 р. № 661	12
	09.03.2006 р. № 112	15
2006	12.07.2006 р. № 465	7
	05.02.2007 р. № 60	14
2007	19.09.2007 р. № 582	9
	23.11.2007 р. № 743	11
	04.12.2007 р. № 779	12
	28.12.2007 р. № 871	12
2008	14.08.2008 р. № 460	8
	14.08.2008 р. № 461	8
	18.09.2008 р. № 531	9
	20.11.2008 р. № 665	11
2009	27.08.2009 р. № 640	8

Саме по собі здійснення розрахунків вимагає адекватного часу і наявності відповідних ресурсів. В обласних (міських) центрах СНІДу цим займаються лікарі-інфекціоністи, що відволікає їх від їхньої безпосередньої діяльності. Проведенням розрахунків щодо препаратів мають займатися співробітники з відповідними навичками — провізори або фармацевти. Проте, ці ставки не передбачені законодавством. Ще гірша ситуація з кадровим потенціалом у ДДУПВП.

У зв'язку з розширенням АРТ серед хворих на ВІЛ-інфекцію та збільшення кількості лікувальних закладів, які проводять лікування та моніторинг терапії пацієнтам, виникла необхідність у перегляді механізмів і методик збирання й аналізу інформації щодо ефективності лікування. З метою стандартизації та упорядкування процесу систематичного збирання та аналізу інформації на національному, регіональному та місцевому рівнях для подальшого прийняття управлінських рішень щодо розширення та покращання організації лікування ВІЛ-інфікованих в Україні у липні-серпні 2008 р. відбулося впровадження в

регіонах розроблених паперових носіїв обліково-звітних форм комплексної системи моніторингу лікування, планування, використання АРВ-препаратів і лабораторного супроводу АРТ (система моніторингу лікування ВІЛ/СНІДу) [11].

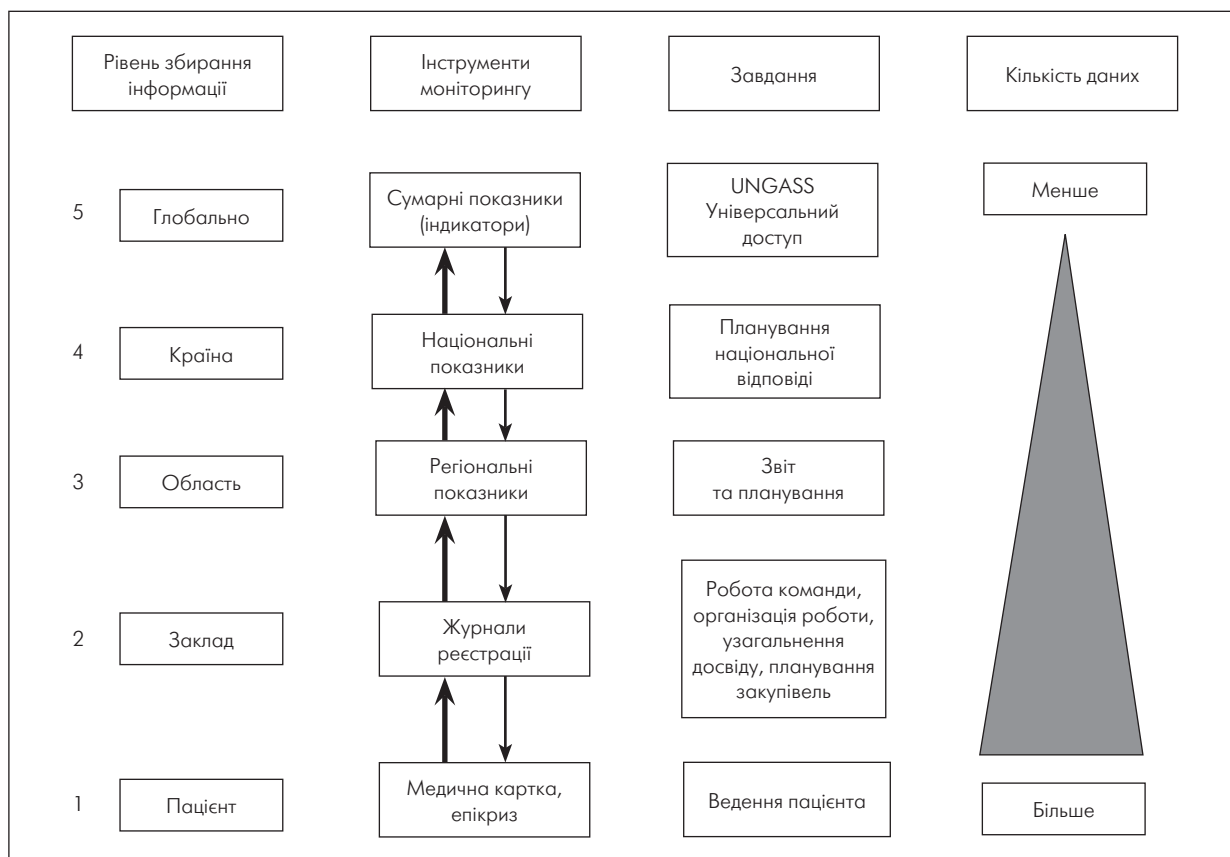
Система моніторингу лікування ВІЛ/СНІДу в Україні складається з трьох основних компонентів: моніторинг АРТ, моніторинг використання АРВ-препаратів і моніторинг лабораторного супроводу пацієнтів. Кожен з цих компонентів передбачає збирання даних в Україні на чотирьох рівнях (рисунок):

- 1) на індивідуальному – на рівні кожного пацієнта (за допомогою первинної облікової форми – “Контрольна карта пацієнта”);
- 2) на рівні закладу – ведення журналів обліку пацієнтів на АРТ та усіх ВІЛ-інфікованих закладу (“Журнал реєстрації ВІЛ-інфікованих, які перебувають на диспансерному нагляді у лікувальному закладі”, форма № 510-2/0 “Журнал реєстрації хворих, які перебувають на АРТ у лікувальному закладі”, форма № 510-3/0

та “Журнал обліку лікарських засобів, молочних сумішей у відділеннях і кабінетах лікувально-профілактичних закладів, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим);

- 3) на рівні регіону – складання кварталних та щомісячних звітів, проведення когортного аналізу (“Книга складського обліку лікарських засобів, молочних сумішей у лікувально-профілактичних закладах, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим”, форма № 510-1/0; інформація збирається, уточнюється, узагальнюється);
- 4) на національному рівні – складання галузевої статистичної звітності [6].

З метою посилення потенціалу ДДУПВП щодо впровадження компоненту лікування у пенітенціарній системі у грудні 2008 р. в рамках проекту “Розширення доступу до лікування через розвиток ДДУПВП” було проведено оцінку готовності лікувальних установ Департаменту до розширення АРТ. Мережа лікувальних установ пенітенціарної системи представлена 10 міжоб-



Функціонування системи моніторингу лікування на різних рівнях

ласними, 10 міжрайонними та 4 спеціалізованими закладами. Перший етап упровадження системи моніторингу лікування закінчився 31.07.09. На цьому етапі система була впроваджена на базі багатопрофільної лікарні при Дар'ївській виправній колонії № 10, в Одеській, Миколаївській, Херсонській областях і Автономній Республіці Крим. На другому етапі планується забезпечити впровадження облікових форм у всіх установах виконання покарань і слідчих ізоляторах. Основним завданням проекту є розбудова спроможності медичної системи Департаменту до розширення АРТ в установах виконання покарань.

Під час виконання проекту в ДДУПВП було виявлено такі проблеми:

- технічні (необхідність підвищення рівня знань про призначення терапії, супроводу пацієнтів – медичні працівники востаннє проходили навчання з ВІЛ-інфекції 2 роки тому, у зв'язку з цим не володіють новою інформацією та сучасними підходами у лікуванні ВІЛ/СНІДу; надзвичайно низька доступність препаратів і лабораторного обстеження є результатом нормативних міжвідомчих бар'єрів між МОЗ і ДДУПВП);
- організаційні (необхідність додаткового навчання з моніторингу; труднощі через віддаленість розташування виправних колоній від обласного центру є причиною ускладнень у своєчасному обстеженні ВІЛ-позитивних пацієнтів; проблеми, пов'язані із тривалим терміном етапування ув'язнених (відсутня організація супроводу пацієнтів на АРТ), перерозподіли АРВ-препаратів між обласними лікувальними закладами та між відомствами МОЗ і ДДУПВП);
- кадрові (недостатність персоналу, передусім середнього та технічного; низький рівень підготовки медичного персоналу із лікування ВІЛ-інфекції).

Необхідність посилення заходів із протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні вимагає зміцнення кадрового потенціалу в галузі лікування, догляду і підтримки людей, інфікованих ВІЛ, шляхом забезпечення належної професійної підготовки відповідних медичних і немедичних спеціалістів на всіх рівнях ДДУПВП. Окрім того, зростаюче навантаження на систему закупівель і постачання лікарських засобів і діагностичних тест-систем зумовлює необхідність додаткової підготовки фахівців служби СНІДу з питань оперативного планування заходів на місцях, планування

потреб у лікарських засобах і витратних матеріалах для надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД. З врахуванням епідситуації та обсягу надання медичної допомоги необхідно проаналізувати та переглянути штатний розпис медичних закладів ДДУПВП з метою створення додаткових інфекційних відділень (введення додаткових ставок лікарів-інфекціоністів, медичних сестер, соціальних працівників, психологів).

З метою впорядкування процесу систематичного збирання та аналізу інформації, впровадити відпрацьовану систему моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу в мережі обласних (міських) центрів профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу, в медичні заклади пенітенціарної системи з урахуванням особливостей надання медичної допомоги в умовах УПВ і слідчих ізоляторах.

Необхідно врегулювати нормативно-правові документи перерозподілу АРВ-препаратів на міжобласному та міжвідомчому рівнях між МОЗ і ДДУПВП.

Саме по собі здійснення розрахунків вимагає часу і наявності ресурсів. Тому, для проведення розрахунків мають залучатися кадровий потенціал з відповідними навичками, адекватний час і фінансування. Під час проведення розрахунків для визначення й оцінки джерел інформації, припущень, методології розрахунків, а також для досягнення консенсусу щодо розрахункових потреб і доступних фінансових ресурсів, необхідно проводити консультативні зустрічі. Їх необхідно використовувати для мобілізації ресурсів, роз'яснення щодо очікувань і розвитку співробітництва та координації між основними донорами, особливо в випадку проблем при поставках АРВ-препаратів, які можуть призвести до відсутності АРВ-препаратів для пацієнтів у закладах охорони здоров'я.



Література

1. *Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію*: Навч. посіб. для лікарів / За ред. І. В. Дзюблик. — К., 2007. — 171 с.
2. *Декларація відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом* / Спеціальна сесія Генеральної Асамблеї ООН. — Нью-Йорк. — 27 черв. 2001 р.
3. *Дослідження причин поширення ВІЛ/СНІДу* / ПРООН, КМІС. — К., 2008. — 358 с.
4. *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 19.02.09 № 1026-VI // ВВР України. — 2009. — № 27. — Ст. 353.

5. Курпіта В. І., Антоняк С. М. Клінічний протокол з діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків. — 2-ге вид. допов. і переробл. — К.: МОЗ України, 2007. — 92 с.

6. Моніторинг АРТ та спостереження за ВІЛ-інфікованими в Україні: Метод. посіб. / Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України. — К., 2009. — 84 с.

7. Наказ МОЗ України "Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД" від 12.12.03 № 580.

8. Наказ МОЗ України "Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків" від 04.10.06 № 658.

9. Наказ МОЗ України "Клінічний протокол з антиретровірусного лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію" від 13.04.07 № 182.

10. Наказ МОЗ України "Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини" від 14.11.07 № 716.

11. Наказ МОЗ "Про затвердження тимчасових форм обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та інструкцій щодо їх заповнення" від 07.04.08 № 187. — <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=9810>

12. Шкурко В. С., Курпіта В. І., Комар В. С., Муравський О. М. Клінічний протокол надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію. — К.: МОЗ України, 2007. — 48 с.

Проведено аналіз існуючих проблем щодо вдосконалення надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД пацієнтам в умовах кримінально-виконавчої служби Державного департаменту України з питань виконання покарань. Розглянуто сучасні підходи до формування системи моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Встановлено необхідність нормативного врегулювання взаємодії центрів профілактики і лікування СНІДу з медичними установами ДДУПВП у питаннях лабораторних досліджень, доступності та перерозподілу антиретровірусних препаратів.

Проведен анализ существующих проблем относительно усовершенствования оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом пациентам в условиях уголовно-исполнительной службы Государственного департамента Украины по вопросам исполнения наказаний. Рассмотрены современные подходы к формированию системы мониторинга лечения ВИЧ-инфекции/СПИДа в Украине. Установлено необходимость нормативного урегулирования взаимодействия центров профилактики и лечения СПИДа с медицинскими учреждениями ГДУВИН в вопросах лабораторных исследований, доступности и перераспределения АРВ-препаратов.

The analysis of existing problems were improved to medical care for HIV-positive patients and AIDS patients in a penitentiary service of the State Department of Ukraine for Execution of Punishments. The modern approaches were established to monitoring HIV infection and AIDS in Ukraine. The need was established the for regulatory settlement interaction centers for prevention and treatment of AIDS with medical institutions in matters SDUEP laboratory availability and redistribution of antiretroviral drugs.

Надійшла 3 лютого 2010 р.