



С.В. Іванов, М.М. Шупенько, І.С. Миронюк

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Київ

Закарпатський центр профілактики
та боротьби зі СНІДом, Ужгород

Сучасні клініко-правові аспекти обстеження та лікування пацієнтів з ІПСШ при розробленні методів моніторингу й оцінки поширеності ВІЛ/СНІДу в Україні

Ключові слова

ВІЛ, СНІД, епідемія, моніторинг та оцінка, інфекції, що передаються статевим шляхом.

Епідемія ВІЛ/СНІДу тільки у 2008 році забрала 2710 життів українських громадян, серед яких 14 дітей. Держава вже відчула наслідки епідемії: зросло навантаження на центри профілактики і боротьби зі СНІДом та спеціалізовані медичні заклади; збільшується попит на фахівців з епідеміології та лікарів, які можуть діагностувати і лікувати цю хворобу, працівників соціально-психологічної служби. Ці тенденції стають дедалі відчутнішими на тлі кризових явищ в Україні — високий рівень безробіття, зубожіння населення, поширення наркоманії, комерційного сексу.

Найшвидше зростає реєстрація нових випадків ВІЛ-інфекції. Це тривожно, оскільки діагноз ВІЛ-інфекції довічний. Якщо пацієнти з бактеріальними інфекціями після лікування перестають бути навантаженням для суспільства, то ВІЛ-носії та хворі на СНІД потребують постійного спостереження і лікування [6, 16]. На сьогодні епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні і далі погіршується. За даними Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), наразі Україну зараховано до країн, де спостерігаються найвищі темпи поширення ВІЛ у Європі та Центральній Азії [29]. Фахівці МОЗ України, Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, ВООЗ, ЮНЕЙДС, МБФ «Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» розрахували оцінку кількість людей, які живуть з ВІЛ, — 470 000 на кінець 2008 року. Розрахунковий рівень поширеності ВІЛ серед дорослого населення становив 1,63 %. Швидке поширення ВІЛ-ін-

фекції (і СНІДу як її головного вияву) змусило переглянути багато тез щодо інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) і статевої поведінки людини [3, 13, 22]. З одного боку, посилювалася увага суспільства до хвороб, переданих статевим шляхом, а з іншого, значні асигнування на боротьбу зі СНІДом відвернули великі ресурси від венерологічної служби. Це тим більше сумно, оскільки останніми роками статевий гетеросексуальний тип передання ВІЛ-інфекції вийшов на перше місце в Україні. Зростання передачі ВІЛ статевим шляхом стає дедалі важливішим і провідним чинником розвитку епідемії в Україні. В 2008 році майже 50 % нових випадків зараження ВІЛ зумовлено гетеросексуальними контактами (у 1997 році — 11 %, у 2003-му — 30 %), понад 40 % інфікованих становлять жінки, більша частина яких у розквіті репродуктивного віку (рисунок).

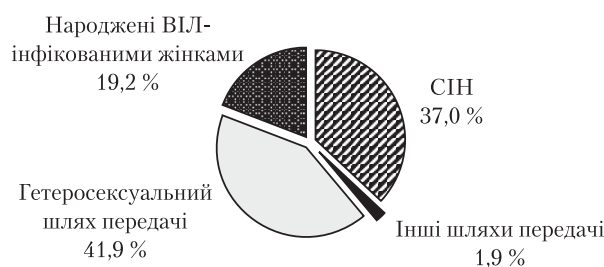


Рисунок. Шляхи інфікування ВІЛ нових офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у 2008 р. (2)

Захворювання, що передаються статевим шляхом, — національна проблема охорони здоров'я України. Її можна розв'язати як традиційними методами, добре зарекомендованими, так і за допомогою нещодавно розроблених, адекватних тим змінам, що сталися в нашому суспільстві [20].

З початку дев'яностих років минулого століття чинники, пов'язані з ІПСШ, поклали основу для розвитку нової парадигми — низки системи поглядів і дій — у сфері контролю за поширенням венеричних інфекцій. Проекти з боротьби зі СНІДом показали: такі програми можуть значно вплинути на сексуальну поведінку, зменшити ризик передачі статевих хвороб [25, 28, 30].

Попри те, що боротьбу з ВІЛ/СНІДом усе ще не визнано в Україні політичною проблемою, ключові стратегічні напрями протидії епідемії інтегровано у «Концепцію стратегії дій уряду України, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ/СНІД, на період до 2011 року», а конкретні профілактичні дії втілено у розпорядженні КМУ від 21.05.2008 № 728-р «Про схвалення Концепції загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки».

Оскільки епідемія ВІЛ/СНІДу все ще набирає обертів в Україні, потрібні нові стратегія і тактика ефективного впливу на її розвиток. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, перші випадки ВІЛ-інфекції зареєстровано в 1987 році після початку широкомасштабного скринінгу населення на антитіла до ВІЛ, коли виявили 6 ВІЛ-інфікованих резидентів та 75 іноземних громадян, яких, згідно з чинним на той час законодавством, було депортовано.

Як відомо, існують три стадії епідемії ВІЛ-інфекції (за критеріями ЮНЕЙДС):

1. Початкова стадія характеризується тим, що значного рівня інфікованості в жодній групі населення не спостерігається. Інфекцію реєструють головним чином серед людей з поведінкою високого ризику (працівників комерційного сек-

су, споживачів ін'єкційних наркотиків, гомосексуалістів).

2. Концентрована, чи локалізована, стадія — поширення ВІЛ у певних групах населення, зокрема в тих, що особливо уразливі до ВІЛ. При локальній епідемії ВІЛ практично не виявляють в основних групах населення, але він інтенсивно поширюється у вказаних групах ризику.

3. Генералізована стадія — ВІЛ-інфекція міцно вкорінюється серед загального населення. На цьому етапі основним шляхом зараження є статевий, що неминуче призводить до збільшення кількості ВІЛ-позитивних жінок. Рівень поширеності інфекції серед вагітних перевищує 1 %.

Поширення ВІЛ до 1994 року включно можна характеризувати як повільне з домінуючим гетеросексуальним шляхом передачі. Загалом за цей період зареєстровано 183 ВІЛ-інфікованих громадян України. Гендерне співвідношення було практично рівним. Наприкінці 1994 року зареєстровано 2 випадки ВІЛ-інфекції у братів — споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), далі кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН стала збільшуватися як снігова грудка. Згідно з чинним законодавством на той період кожна людина, що перебувала на обліку в наркологічному диспансері, двічі на рік була зобов'язана пройти тестування на антитіла до ВІЛ. Обстежували не тільки СІН, а й, наприклад, токсикоманів, і щорічна кількість досліджень цього контингенту становила 23–37 тис.

Найбільша кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих була в 1997 (8934) та 2003 роках (10 013), далі — постійне зростання (табл. 1).

Про це свідчать і дані Європейського центру сероепідеміологічного моніторингу. Той факт, що з 1998-го протягом кількох наступних років простежувалося зниження кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції (причому найпомітніше серед СІН — на 23 % порівняно з 1997 роком і на 42,1 % в 1999-му порівняно з 1998-м) жодним чином не вказував на стабілізацію епідеміологічної ситуації. Це стало результатом зменшення кількості тестувань загалом і СІН, зокрема внаслідок прийняття в березні

Таблиця 1. Динаміка реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції, СНІДу та смерті від захворювань, зумовлених СНІДом, за період 1999 — 2008 рр. в Україні (2)

ВІЛ-інфіковані	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Уперше в житті встановлений діагноз ВІЛ-інфекції	5830	6216	7009	8761	10013	12494	13786	16094	17687	18973
Уперше в житті встановлений діагноз СНІДу	586	648	868	1356	1916	2745	4220	4729	4575	4386
Померли від СНІДу	253	415	474	837	1285	1775	2188	2425	2508	2714

1998 року нової редакції Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», що вперше декларував принцип добровільності щодо тестування на ВІЛ [19].

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні, яка зростала вражаючими темпами протягом останнього десятиріччя і на сьогодні вкоренилася, поширюється й далі. Темпи виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції підвищувалися з кожним роком з початку нового тисячоліття: 2000 рік — 7 %, 2001 — 13 %, 2002 — 25 % і далі. Якщо 15 років тому в Україні було зареєстровано тільки 183 випадки ВІЛ, то в 2004-му їх уже 12 494, а в 2008 році цифра перевищила 18 973 особи [2]. Останнім часом зростає кількість людей з розвинутою стадією ВІЛ-інфекції, у яких діагностовано СНІД (див. табл. 1). Тобто вже сьогодні СНІД є серйозним викликом системі охорони здоров'я України. Темпи епідемії ВІЛ та смертності від СНІДу випереджають у цьому плані серцево-судинні захворювання та онкопатологію.

Велику групу ризику становлять наркозалежні пацієнти. Сумна статистика свідчить, що серед сотні підлітків і молодих людей віком від 14 до 24 років вісімдесят хоча б раз у житті вживали наркотики. 20 із цих 80 потрапляють у наркотичну залежність, і лише двоє зможутьвилікуватися. Ті, хто вживає наркотики, поступово стають наркодилерами, створюючи розгалужену мережу розповсюджувачів отрути [26]. За рік кожен активний наркозалежний залучає до свого кола приблизно 15 новачків. Тому за останніх 18 років рівень наркотизації в Україні зріс у 8 разів. Тільки протягом останнього року кількість наркозалежних зросла вдвічі. Офіційні дані свідчать, що в нашій країні мешкає до 300 тис. наркозалежних, 70 % із них становить молодь віком до 30 років. Це лише верхівка айсберга. Для отримання реальної картини офіційні цифри потрібно множити на 10. За даними Комітету з боротьби зі СНІДом, понад 70 % випадків зараження ВІЛ-інфекцією відбувається у середовищі наркоманів. Наразі в Україні 450 тис. молодих людей мають подвійний діагноз — ВІЛ-наркозалежність. Змішане інфікування ПСШ/ВІЛ спостерігається частіше серед людей категорії СІН. Саме вони становлять основну групу ризику на предмет інфікування вірусом імунodefіциту і прогресування ВІЛ-інфекції в СНІД [8]. Крім того, особи, інфіковані парентеральним шляхом, мають кілька чинників ризику ПСШ: вони практикують незахищені статеві контакти з багатьма партнерами, причому як зі споживачами парентеральних наркотичних речовин, так і з тими, хто їх не вживав, зв'язки здебільшого безладні й відбуваються в

стані наркотичного сп'яніння. Нехтування елементарними правилами поведінки та байдуже ставлення до свого здоров'я призводить до значного поширення ВІЛ-інфекції та ПСШ не лише серед наркоманів, а й іншого населення [11, 32].

ВІЛ-інфекція дедалі інтенсивніше починає поширюватися від СІН на інші верстви населення. Непрямими ознаками такої тенденції є як зменшення частки ВІЛ-позитивних осіб, що вживають наркотики, в середовищі ВІЛ-інфікованих, так і збільшення серед них частки жінок, що перевищує 25 %. У цьому контексті вкрай несприятлива епідеміологічна ситуація з ПСШ. Індикатором цього неблагополуччя є епідемія сифілісу в Україні [7]. Так, якщо в 1990 році захворюваність на сифіліс становила 6,5 випадка на 100 тис. населення, то в 1999-му — 113,6, і така тенденція з певними коливаннями зберігається. З одного боку, ця обставина, безумовно, відіграла свою роль (нехай і не головну) в стрімкому поширенні ВІЛ-інфекції, а з іншого — епідемія сифілісу є несприятливою прогностичною ознакою, що вказує на можливість передання ВІЛ статевим шляхом серед населення, що не належить до вразливих груп [1]. Існує вірогідний ризик того, що в наступних п'ять років Україну очікує генералізована епідемія ВІЛ/СНІДу, котра підтримуватиметься новими випадками ВІЛ-інфекції серед загального населення. Наведені показники значно занижують фактичний масштаб епідемії, оскільки вони віддзеркалюють кількість випадків інфікування ВІЛ тільки серед осіб, які встановили прямий контакт з органами і закладами, що проводять добровільне консультування і тестування (ДКТ).

ДКТ визнано невід'ємним напрямом стратегії подолання ВІЛ/СНІДу, яку було визначено на Спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІДу в червні 2001 року. Декларація про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, яку підписала Україна, передбачає «до 2005 року забезпечити і прийняти в усіх країнах широкого кола профілактичних програм, що охоплюють такі сфери, як розширення доступу до системи добровільного та конфіденційного консультування та тестування». Метою ДКТ є надання добровільної консультативної допомоги населенню стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу людини, підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, отримання своєчасної медичної допомоги; обстеження на туберкульоз, ПСШ, опортуністичні інфекції та лікування їх, своєчасний початок антиретровірусної терапії,

профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ, послуг з планування сім'ї та всебічної підтримки (зокрема і за принципом «рівний — рівному»). Попри численні труднощі перші вдалі кроки щодо запровадження комплексних заходів у країні зробили МОЗ України, Міністерство праці та соціальної політики України, Міністерство в справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство освіти і науки, Державний департамент з питань виконання покарань за фінансової, організаційної, методологічної підтримки міжнародних організацій — ЮНЕЙДС, МОП, ПРООН, ЮНІСЕФ, Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, «Лікарі без кордонів», СТАРТ, СНІД-фонду «Схід-Захід».

В усьому світі визнано факт, що ДКТ — це ефективна стратегія зміни поведінки представників груп, уразливих до інфікування ВІЛ, яка виправдовує витрати на впровадження у систему охорони здоров'я. Це один із кроків на шляху до імплементації ДКТ в дерматовенерології, а також інтеграція сектора надання дерматовенерологічної допомоги в проблему подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Попередні дослідження засвідчили нагальність консолідації зусиль дерматовенерологічної служби у справі подолання епідемії ВІЛ в Україні у двох напрямках. З одного боку, слід побудувати партнерські взаємовідносини з іншими органами та службами, що діють у подоланні проблеми ВІЛ/СНІД в Україні, з іншого — планувати і надавати послуги щонайвищої якості. Перший крок у напрямі інтеграції та імплементації ДКТ в систему дерматовенерологічної служби вже зроблено.

З метою забезпечення надання якісних послуг добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію у межах виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 року № 264, було прийнято та затверджено низку документів, зокрема і видано наказ МОЗ України від 19 квітня 2006 року № 236 «Про організацію впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол) у закладах охорони здоров'я» та Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затвердженого наказом МОЗ України від 19 серпня 2005 року № 415, відповідно до яких визначено, формалізовано та узгоджено основні моменти імплементації стратегії ДКТ, серед них:

- порядок та забезпечення безперервності надання послуг ДКТ протягом робочого дня закладу (зокрема і графіки прийому фахівців, роботи

маніпуляційного кабінету, лабораторії закладу, що готує сироватки крові для дослідження на ВІЛ-інфекцію, тощо);

- дотримання кожним фахівцем принципів ДКТ, потрібного змісту та повноти консультування.

Відомо, що наявність ІПСШ є певним індикатором незахищених сексуальних стосунків з одним або кількома партнерами, а також ознакою підвищеного біологічного та поведінкового ризику інфікування ВІЛ. У реальності пацієнти дерматовенерологічних закладів мають такі провідні симптоми ІПСШ: виділення зі статевих шляхів/виділення з піхви — 57 %, свербіж — 40 %, пекучий біль під час сечовипускання — 35 %, виділення неприємного запаху — 30 %, біль у животі — 22 %, генітальні виразки/рани — 21 %, набряки в ділянці паху — 11 %, неможливість відтягти крайню плоть — 9 %, анальні виразки чи рани — 3 %, анальні виділення — 2 %, інші симптоми — 9 % [15]. Безумовно, ці клінічні ознаки відвертають увагу і занепокоєність хворих від думок про ВІЛ-інфікування. Численними дослідженнями доведено, що різні ІПСШ, особливо ті, які супроводжуються утворенням ерозій та виразок, сприяють інфікуванню вірусом імунодефіциту, а лікування цих інфекцій є профілактичним засобом поширення ВІЛ/СНІДу [10, 21, 34].

Ще менше підозр (на думку пацієнтів) щодо ВІЛ/СНІДу викликає шкірна та онкологічна патологія. Але значна кількість людей, уражених ІПСШ, не мають симптомів. Інфекцію можна виявити тільки під час лабораторного обстеження. Тому йдеться про приховану епідемію ІПСШ, у зв'язку з чим треба розробити скринінгові програми. Відомо, що ретельний контроль ІПСШ запобігає поширенню ВІЛ, великий позитивний досвід у цьому плані мають інші країни [24, 27, 28, 33].

З огляду на це вкрай важливим видається аспект інформування осіб з ІПСШ та шкірною патологією про потребу лікування та профілактику подальшого прогресування хвороби [4, 9, 12]. У цьому ракурсі на формування безпечної поведінки можуть вплинути консультації лікаря-дерматовенеролога, який може обговорити з пацієнтом основні аспекти ризику поширення ІПСШ, дерматозу та спонукати пацієнта на проходження тестування на ВІЛ [14]. Слід також зазначити, що частота надання інформації про методи запобігання передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом та зв'язок ІПСШ і ВІЛ/СНІДу під час консультацій у дерматовенеролога залежить від того, яку групу областей аналізуємо (табл. 2).

Так, найчастіше ці питання порушують в областях з найвищим та середнім рівнем поши-

Таблиця 2. Консультації дерматовенерологів, надані хворим під час огляду, щодо зв'язку між ІПСШ та ВІЛ/СНІДом, % (15)

	Група областей (n = 720)			Київ
	Найвищий рівень поширення ВІЛ/СНІД	Середній рівень поширення ВІЛ/СНІД	Найнижчий рівень поширення ВІЛ/СНІД	
Кожного разу під час огляду	31	29	24	15
Доволі часто, але не кожного разу	43	32	18	7
Доволі рідко	28	25	39	8
Жодного разу не говорили про це	18	35	39	8

рення ВІЛ/СНІДу, відповідно рідше в регіонах з найнижчим рівнем поширення та в Києві. Під час опитування самі лікарі зазначили, що надання консультаційних послуг щодо ІПСШ (94 %) та ВІЛ/СНІДу (85 %) входить до їхніх обов'язків. І взагалі вважають надання консультацій з питань ВІЛ/СНІДу явищем доволі поширеним у професійному середовищі дерматовенерологів (40 % – дуже поширене, 42 % – поширене) [15]. На думку дослідників, описана тенденція цілком адекватна дійсності, оскільки в регіонах з високим рівнем поширення ВІЛ/СНІДу проблема епідемії є більш актуалізованою в професійному середовищі медиків. Від того, наскільки усвідомлює як лікар, так і пацієнт зв'язок між ІПСШ та ВІЛ, залежить поширення епідемії загалом у країні [23, 31].

Зважаючи на те, що медичні працівники, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію й надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, потенційно ризикують заразитися, держава, зокрема і МОЗ як великий роботодавець, повинні їх захистити. В законодавстві України й нормативних документах МОЗ України такий захист передбачено. Стаття 25 Закону [5] констатує, що зараження ВІЛ медичних працівників під час виконання професійних обов'язків належить до професійних захворювань, а стаття 26 цього Закону передбачає обов'язкове страхування за рахунок роботодавця (медичного закладу) на випадок інфікування ВІЛ медичних працівників під час виконання ними службових обов'язків, а також інвалідності або смерті від захворювання, спричиненого ВІЛ-інфекцією.

Постанова Кабінету Міністрів України № 1642 від 16.10.1998 року [17] встановлює категорії працівників, які підлягають обов'язковому страхуванню. Ця постанова регламентує здійснення обов'язкового страхування медпрацівників та інших осіб на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків за раху-

нок власника (медичного закладу), страхові випадки, порядок виплати страхових сум тощо.

З метою запобігання ВІЛ-інфікуванню медпрацівників на робочих місцях стаття 30 цього Закону передбачає, що МОЗ України як роботодавець повинен забезпечити працівників, які проводять діагностику ВІЛ-інфекції, лікують ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, контактують з кров'ю та іншими біологічними матеріалами інфікованих осіб, засобами захисту відповідно до переліку і нормативів, встановлених Кабінетом Міністрів України [18]. Крім того, ця стаття констатує, що МОЗ України зобов'язане створити умови для проходження за бажанням працівників медичних оглядів з метою виявлення зараження ВІЛ-інфекцією.

«Інструкція з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією» МОЗ України № 120 від 25.05.2000 передбачає контроль за безпекою щодо ВІЛ-інфікування медичних працівників під час виконання ними професійних обов'язків, а також дотримання правил техніки безпеки в роботі з кров'ю та біологічними рідинами ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. У документі передбачено зобов'язання роботодавця (медичного закладу) забезпечувати робочі місця медпрацівників інструктивно-методичними матеріалами, аптечками для термінової профілактики на випадок аварійних ситуацій, наборами одноразового медичного інструментарію, дезінфекційними засобами. В документі відображено також обов'язки медпрацівників щодо запобігання зараженню ВІЛ під час маніпуляцій, роботи з кров'ю, біологічними рідинами ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Інструкцією також передбачено проходження медпрацівниками, за їхньою згодою, у випадках можливого інфікування ВІЛ під час виконання професійних обов'язків, тестування на ВІЛ-інфекцію, а також конфіденційність результатів тестування.

Важливо, що статті 27 і 28 Закону України [5] встановлюють низку соціальних пільг і пос-

луг для медичних працівників, а саме: щорічне оздоровлення, додаткову відпустку, першочергове поліпшення житлових умов. Згідно зі статтею 29 цього закону медичним працівникам, що надають допомогу людям, які живуть із ВІЛ/СНІД, а також здійснюють лабораторну діагностику, наукові дослідження з використанням інфікованого матеріалу, встановлюється дотація до заробітної плати, надається право на пенсію за віком на пільгових умовах, а також щорічна додаткова відпустка згідно з порядком, установленим законодавством України.

Висновки

Підвищення останнім часом уваги владних структур до діяльності з профілактики ВІЛ/СНІД повинно виявитися поліпшенням організації інфраструктури послуг ДКТ, зокрема і для пацієнтів з ІПСШ.

Важливим є визнання лікарями-дерматовенерологами ролі ДКТ як складової частини медичного обслуговування населення, що полегшує навчальну роботу з цільової підготовки до проведення високопрофесійних консультацій до- та післятестового характеру.

Поліпшенню організації інфраструктури мають сприяти оцінки лікарів-дерматовенерологів щодо продовження і поглиблення інтеграції послуг ДКТ до сфери дерматовенерологічної служби, але ця робота потребує подальшого цілеспрямованого і послідовного розвитку.

Таким чином, здійснений аналіз законодавства України дає можливість констатувати його прогресивний характер і наявність правового підґрунтя для запровадження ефективних заходів профілактики ВІЛ/СНІД безпосередньо на робочих місцях певних категорій медичних працівників.

Список літератури

1. Борисенко К.К., Зудин Б.И. и др. Сочетание сифилиса и ВИЧ-инфекции // Вестн. дерматол. и венерол.— 1990.— № 1.— С. 72.
2. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень МОЗ України № 31.— К., 2009.— 32 с.
3. Вовк А.Д., Щербинская А.М., Ченцова Н.П. и др. Клинико-эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции и СПИДа на Украине // Журн. микробиол.— 1999.— № 1.— С. 29—31.
4. Гревцова Р.Ю. Актуальні правові питання провадження лікарської діяльності // Здоров'я України.— 2007.— № 20 (177).— С. 26.
5. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» № 1972—12, редакція від 15.11.2001.— Пошукова система «Верховна Рада України. Законодавство» // zakon.rada.gov.ua/cgl-bin/laws/main.cgl.
6. Запорожна В.М., Аряев М.Л. ВІЛ-інфекція і СНІД.— К.: Здоров'я, 2004.— 635 с.
7. Захаров В.К., Захаров С.В. Клинические проявления и течение сифилиса в современных условиях // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 1998.— № 1.— С. 121—123.
8. Калюжна Л.Д., Гречанська Л.В. Асоціації інфекцій, що передаються статевим шляхом, у ВІЛ-інфікованих // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2004.— № 1 (12).— С. 78—80.
9. Коляденко В.Г., Андрашко Ю.В. Юридичні аспекти роботи дерматовенеролога // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2006.— № 1 (20).— С. 6—9.
10. Коляденко В.Г., Степаненко В.И. Клинические проявления СПИДа на коже и видимых слизистых оболочках // Мистецтво лікування.— 2003.— № 5 (5).— С. 24—28.
11. Кубанова А.А., Стефанович Я.А. Эпидемиологические и иммунологические особенности ассоциированных вирусных и бактериальных инфекций в Приморском крае // Вестн. дерматол. и венерол.— 2000.— № 3.— С. 36—39.
12. Кунгуров Н.В. Работа дерматовенеролога — практика и право // Клин. дерматол. и венерол.— 2003.— № 3.— С. 8—12.
13. Мавров Г.І., Чінов Г.П. Контроль інфекцій, що передаються статевим шляхом, в епоху керованої охорони здоров'я // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 2 (17).— С. 66—71.
14. Моделі організації надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп населення: Методичний посібник.— К., 2009.— 60 с.
15. Оцінка консультування щодо ВІЛ/СНІД пацієнтів з інфекціями, які передаються статевим шляхом: Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження.— К., 2006.— 35 с.
16. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение.— М.: Гэотар-Медицина, 2000.— 496 с.
17. Постанова Кабінету Міністрів України № 1642 від 16.10.1998 р. «Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунodefіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунodefіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції», редакція від 04.06.2003 р. зі змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 871 від 04.06.2003 — Пошукова система «Верховна Рада України. Законодавство».— zakon.rada.gov.ua/cgl-bin/laws/main.cgl.
18. Постанова Кабінету Міністрів України № 2026 від 18.12.1998 р. «Перелік і нормативи використання засобів індивідуального захисту працівників установ охорони здоров'я, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають меддопомогу ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, а також контактують з кров'ю та іншими біологічними матеріалами від ВІЛ-інфікованих осіб», редакція від 27.06.2003 р.— Пошукова система «Верховна Рада України. Законодавство».— zakon.rada.gov.ua/cgl-bin/laws/main.cgl.
19. Рудый В.М. Законодательство Украины в сфере борьбы с ВИЧ/СПИДом. Современное состояние и пути совершенствования. Всеукраинская ассоциация снижения вреда. Международный фонд «Відродження».— К.: Сфера, 2004.— С. 132—139.
20. Степаненко В.І. Стан та проблеми дерматовенерологічної служби в Україні // Дерматол. та венерол.— 2004.— № 4 (26).— С. 10—15.

21. Aral S.O. Sexually transmitted diseases: magnitude, determinants and consequences // *Int. J. STD AIDS.*— 2001.— Vol. 12, N 4.— P. 211—215.
22. Belongia E.A. et al. A population-based study of sexually transmitted disease incidence and risk factors in human immunodeficiency virus infected people // *Sex Transm. Dis.*— 1997.— Vol. 24, N 5.— P. 251—256.
23. Centers for Diseases Control and Prevention. Community-level prevention of human immunodeficiency virus infection among high-risk populations: the AIDS Community Demonstration Projects // *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*— 1996.— Vol. 45 (RR-6).— P. 1—24.
24. Centers for Diseases Control and Prevention. HIV prevention practices of primary-care physicians—United States, 1992 // *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*— 1994.— Vol. 42.— P. 988—992.
25. Centers for Diseases Control and Prevention. Prevention and managed care: opportunities for managed care organizations, purchasers of health care, and public health agencies // *MMWR Morb. Mortal Wkly Rep.*— 1995.— Vol. 44 (RR-14).— P. 1—12.
26. Edlin B.R., Irwin K.L., Sa F. et al. Intersecting epidemics: crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults // *N. Engl. J. Med.*— 1994.— Vol. 331.— P. 1422—1427.
27. Farley T.A., Cohen D.A., Wu S.Y., Besch C.L. The value of screening for sexually transmitted diseases in an HIV clinic // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*— 2003.— Vol. 33, N 5.— P. 642—648.
28. Grosskurth H., Mosha F., Todd J. et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomized controlled trial // *Lancet.*— 1995.— Vol. 346.— P. 530—536.
29. http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_ru.pdf.
30. Kohn R.P., Bolan G., Kent C., Louie B., Lemp G. Risk of HIV infection for patients with sexually transmitted diseases. Eleventh meeting of the international society for STD research.— New Orleans, 1995.— P. 95.
31. Rawitscher L.A., Saitz R., Friedman L.S. Adolescents' preferences regarding human immunodeficiency virus (HIV)-related physician counseling and HIV testing // *Pediatrics.*— 1995.— Vol. 96.— P. 52—58.
32. Strathdee S.A., Galai N., Safaiean M. Sex differences in risk factors for hiv seroconversion among infection drug users: a 10-year perspective // *Arch. Intern. Med.*— 2001.— Vol. 161, N 10.— P. 1281—1288.
33. Wasserheit J.N. Epidemiological synergy: interrelationship between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases // *Sex. Transm. Dis.*— 1992.— Vol. 19.— P. 61—77.
34. Weinstock H., Dale M., Gwinn M. HIV seroincidence among patients at clinics for sexually transmitted diseases in nine cities in the United States // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*— 2002.— Vol. 29, N 5.— P. 478—483.

С.В. Иванов, Н.М. Шупенько, І.С. Миронюк

Современные клиничко-правовые аспекты обследования и лечения пациентов с ИППП при разработке методов мониторинга и оценки распространения ВИЧ/СПИДа в Украине

Представлены данные современной литературы об эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине. Поднят вопрос о целесообразности активно привлекать дерматовенерологическую службу к борьбе с ВИЧ/СПИДом.

S.V. Ivanov, M.M. Shupenko, I.S. Mironiuk

Modern clinic and legal aspects of examination and treatment of patients with sexually transmitted diseases with development of methods of monitoring and estimation of HIV/AIDS in Ukraine

Modern literary data about the epidemic of HIV/AIDS in Ukraine are presented. Necessity of active involvement of dermatovenereological service into the struggle against HIV/AIDS was brought up.