

**Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
Ужгородський національний університет**

**ЕЛІМІНАЦІЯ ВИПАДКІВ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД
МАТЕРІ ДО ДИТИНИ В УКРАЇНІ**

Ситуаційний аналіз

Київ, 2020

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
Ужгородський національний університет*

**ЕЛІМІНАЦІЯ ВИПАДКІВ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД
МАТЕРІ ДО ДИТИНИ В УКРАЇНІ**

Ситуаційний аналіз

Київ, 2020

**Елімінація випадків передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні.
Ситуаційний аналіз. – Київ. – 2020 - 29 с.**

Установи розробники:

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
Ужгородський національний університет

Автори:

Жилка Н.Я., Нізова Н.М., Марциновська В.А.,
Слабкий Г.О., Тарасова Т.І., Білак-Лука'нчук В.Й.

Рецензенти:

1. Любінець Олег Володимирович, доктор медичних наук, професор,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра громадського здоров'я, завідувач

2. Миронюк Іван Святославович, доктор медичних наук, професор,
Ужгородський національний університет, факультет фізичної культури та
здоров'я, декан

Рекомендовано рішенням проблемної комісії МОЗ та НАМН України за
спеціальністю «соціальна медицина». Протокол від 15 січня 2020 року № 1/20

Розраховано на організаторів охорони здоров'я, лікарів акушерів-
гінекологів та спеціалістів громадського здоров'я.

© Жилка Н.Я., Нізова Н.М., Марциновська В.А.,
Слабкий Г.О., Тарасова Т.І., Білак-Лука'нчук В.Й.

Зміст

Умовні скорочення	2
Вступ	3
Критерії ВООЗ елімінації випадків передачі віл від матері до дитини	5
Елімінація випадків передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні	5
Основні прогалини ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини за результатами моніторингу	22
Результати перевалідаційного моніторингу міжнародними експертами ефективності ППМД в Україні	23
Висновки	27
Література	28
Додаток 1	29

Умовні скорочення

АРВ	Антиретровірусна
ЕПМД	Елімінація передачі ВІЛ від матері до дитини
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЛЗП-СЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
МД	Медична допомога
НУО	Неурядові організації
ПЛР	Полімеразна ланцюгова реакція
ПМД	Передача інфекції від матері до дитини
ППМД	Програмно-цільові заходи передачі інфекції від матері до дитини
ПС	Планування сім'ї
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
ЧПМД	Частота передачі інфекції від матері до дитини

Вступ

На сьогодні поширення епідемії ВІЛ-інфекції залишається об'єктивною загрозою національного масштабу та продовжує негативно впливати на репродуктивний потенціал населення багатьох країн світу. Пандемія ВІЛ/СНІДу охопила майже всі країни світу. Особливістю цієї хвороби є багатогранність її впливу на медичні, демографічні, соціально-економічні та політичні аспекти кожного суспільства.

Сприйнятливість населення щодо уразливості до ВІЛ-інфекції характеризується сукупністю чинників, які впливають на перебіг епідемії, сприяють або перешкоджають її поширенню. Як середовище ризику виступає суспільство або інша соціально-економічна спільнота, в якій діють чинники, що зумовлюють збільшення ймовірності поширення інфекції, в якій ця інфекція розповсюджується серед основного населення, а не лише серед якоїсь його групи (наприклад, серед СН, як це відбувалось деякий час в Україні). Основним чинником, що буде збільшувати сприйнятливість населення до ВІЛ-інфекції, є погіршення його здоров'я, що в кінцевому результаті впливає на тривалість життя.

Передача ВІЛ інфекції від матері до дитини (ПМД), або вертикальна трансмісія ВІЛ, – один із встановлених та попереджувальних шляхів ВІЛ інфікування. В Україні на законодавчому рівні держава гарантує забезпечення вільного доступу до послуг з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (далі – ППМД) усім вагітним та новонародженим.

Починаючи з 2001 р. реалізація програмно-цілевих заходів ППМД дозволила країні досягти прогресу у зниженні показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД) завдяки його основним складовим: високий рівень охоплення допологового спостереження, добровільного тестування на ВІЛ вагітних, профілактичним антиретровірусним лікуванням ВІЛ-інфікованих жінок та забезпечення майже усіх дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, АРВ-профілактикою і адаптованими штучними сумішами для їх вигодовування. Показник ЧПМД за період 2001-2010 рр. знизився на 84,2% (2001 р. – 27%, 2010

– 4,1%). Проте, тенденція зниження показника ЧПМД, починаючи з 2010 р. загальмувалася і знаходиться майже на одному рівні – 4%.

У 2018 р. показник ЧПМД розрахований серед когорти дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками у 2016 р., та складала 3,6%, за даними ранньої діагностики ВІЛ-інфекції - 2,0% (92 ВІЛ-позитивних дітей).

У світі ж відбуваються надзвичайно позитивні тенденції зниження рівня вертикальної трансмісії. Так, число нових випадків ВІЛ-інфекції у дітей в 21 країні з високою ураженістю епідемією ВІЛ-інфекції за період 2005- 2009 рр. знизився на 27%, за період 2009-2013 рр. – на 43%. У 2015 р. у порівнянні з 2010 р. у світі загальна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед дітей зменшилась на 50% і становила 150 тисяч.

Критерії ВООЗ елімінації випадків передачі ВІЛ від матері до дитини

На сьогодні ВООЗ/ЮНЕЙДС визначено Глобальну стратегію зупинки епідемії ВІЛ в усьому світі до 2030 р., що передбачає зокрема виключення (елімінація) випадків передачі ВІЛ від матері до дитини та зниження ЧПМД до 0%. Всесвітня організація охорони здоров'я визначила спеціальні критерії, яких мають досягти країни щоб забезпечити елімінацію випадків передачі ВІЛ від матері до дитини за:

- передача ВІЛ від матері до дитини $< 2\%$ у випадках, якщо жінки, не годують грудним молоком (за даними ранньої діагностики), або $< 5\%$ у випадках, якщо жінки, годують грудним молоком дитину;
- кількість нових випадків ВІЛ-інфекції внаслідок ПМД ≤ 50 випадків на 100 000 живонароджених дітей;
- охоплення вагітних службами допологової допомоги (як мінімум одне відвідування вагітної) $\geq 95\%$;
- охоплення тестуванням на ВІЛ вагітних жінок $\geq 95\%$;
- охоплення ВІЛ-позитивних вагітних антиретровірусним лікуванням $\geq 90\%$.

Елімінація випадків передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні

Досягнення елімінації ВІЛ від матері до дитини є складовою Цілей Сталого Розвитку, прийнятих усіма Урядами країн світу, а саме Цілі 3 «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх в будь-якому віці».

Україна, разом з іншими країнами світу підтримує ініціативу ВООЗ щодо валідації елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини, що є доказом ефективності та стійкості систем охорони насамперед щодо забезпечення здоров'я матерів і дітей. Термін «валідація» вказує на те, що країна досягла критеріїв щодо елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини в конкретний

момент часу і повинна підтримувати системи поточного планового ефективного відстеження програмних заходів і якості з метою моніторингу ЕПМД в подальшому. Валідація ЕПМД, як ініціатива ВООЗ є певним виміром досягнення країною ЕПМД. За даними ВООЗ (1999 р.), співвідношення вартості лікування та утримання однієї ВІЛ-інфікованої дитини для держави у 200 разів вища за вартість одного профілактичного курсу попередження передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності та пологів.

Щоб досягти ЕПМД в Україні необхідно більш активно впроваджувати розроблений ВООЗ у 2006 р. комплексний широкомасштабний стратегічний підхід щодо профілактики вертикальної трансмісії, заснований на аналізі світового досвіду. ВООЗ вважає, що ефективність програм ППМД може бути забезпечена за умови реалізації кожного з 4-х компонентів: первинна профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок; профілактика небажаних вагітностей серед ВІЛ-позитивних жінок; попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини; лікування і підтримка ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей.

Питання профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок у контексті вирішення завдань ППМД розглядається як базова стратегія зменшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку (15–49 років) — потенційних вагітних.

Необхідність первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок в Україні зумовлена наступними чинниками :

- «фемінізація» епідемії, яка характеризується значною часткою ВІЛ-інфікованих жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів (43,2 % у 2017 р.), що є серйозним фактором негативного впливу на ризик ВІЛ-інфікування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями;

- зростання частки гетеросексуального шляху поширення ВІЛ-інфекції– з 53,1% до 73,8%, за період 2009-2017 рр. серед усіх ВІЛ-інфікованих осіб, частка жінок віком 15-24 років, інфікованих статевим шляхом, становить 9,1%;

- високий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію осіб молодого віку із тенденцією до зростання: особи з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-

інфекції віком 15-24 років (% від нових випадків ВІЛ-інфекції 2016 р. – 5,2%, 2017 – 6,0%), у 2017 р. рівень інфікованості вагітних 15-24 років в Україні становив 0,25% та коливався в значних межах від 0,03% у Чернівецькій області до 2,12% у Кіровоградській області. Відповідно до Директиви щодо моніторингу виконання Політичної декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом 2011 року цей показник оцінює прогрес щодо кількості нових випадків інфікування ВІЛ серед молодих людей.

Зростання гетеросексуального шляху передачі ВІЛ-інфекції тісно пов'язане з ризикованою сексуальною поведінкою серед СІН та їх сексуальних партнерів, а також може бути пов'язане з ризикованою сексуальною поведінкою інших груп найвищого ризику.

Значна кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями (у 2018 р. діагностовано ВІЛ-інфекцію у 92 ВІЛ-експонованих дітей), є негативним чинником у поглибленні проблеми перинатальної ВІЛ-інфекції. Скорочення кількості ВІЛ-інфікованих серед жінок репродуктивного віку сприятиме зменшенню кількості ВІЛ-інфікованих вагітних та, народжених ними дітей, що піддаються ризику інфікування. Кожний попереджений випадок ВІЛ-інфікування жінки дітородного віку означає запобігання зараження кожного з дітей, яких вона може народити в майбутньому. Первинна профілактика також опосередковано впливає на стан благополуччя та якості життя дітей, оскільки, якщо запобігти ВІЛ-інфікуванню батьків, знизиться вірогідність того, що діти залишаться сиротами.

Первинна профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок може виключити необхідність застосування інших трьох компонентів ППМД (профілактику небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок, медикаментозна профілактика (МП) ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями та їх соціально-медичний супровід). В основі концепції первинної профілактики ВІЛ-інфекції у жінок лежить міжсекторальний підхід до інтеграції функцій кожного відомства у сфері профілактики ВІЛ-інфекції: Міністерства освіти та науки України, Міністерства молоді, сім'ї, молоді та спорту України, Міністерства

охорони здоров'я України, Державного департаменту України з виконання покарань, Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, неурядових організацій, що унормовано спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного комітету телебачення та радіомовлення України, Державного департаменту України з питань виконання покарань, які затвердили спільний наказ від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».

Попередження ВІЛ-інфікування жінки є глобальним і комплексним завданням не лише медичної галузі. Найпершим кроком до профілактики ВІЛ-інфекції є здоровий спосіб життя, який повинен формуватися від самого народження дитини поінформованими членами сім'ї, громадського оточення, спеціалістами закладів освіти та закладів охорони здоров'я всіх рівнів на основі чинного законодавства.

Попередження небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок є складовою ефективною ППМД і відноситься безпосередньо до завдань системи планування сім'ї (ПС), зважаючи на те, що ПС — це види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначати кількість дітей в сім'ї. Це поняття включає в себе інформацію про шляхи досягнення цих цілей, забезпечення свідомого вибору, можливість скористатися всім спектром безпечних та ефективних методів. ПС може включати в себе цілий ряд заходів, починаючи з планування народження дітей та лікування безпліддя, закінчуючи статевим вихованням, консультуванням з питань сімейного життя і, в тому числі, з генетичних питань.

Необхідність здійснення заходів з ПС визначається такими складовими проблеми небажаної вагітності: високий рівень абортів у ВІЛ-інфікованих жінок; небажана вагітність з наступним штучним перериванням її для ослабленого з імунним дефіцитом організму ВІЛ-інфікованої жінки є серйозним фізичним навантаженням; попередження небажаних вагітностей серед ВІЛ-інфікованих жінок не лише попереджає випадки ВІЛ-інфекції у новонароджених, а сприяє зменшенню кількості соціальних сиріт внаслідок відмови матері від дитини або її смерті; особливості, пов'язані з контрацепцією серед ВІЛ-інфікованих жінок, включаючи взаємодію гормональних контрацептивів і АРВ препаратів; проблема прихильності ВІЛ-інфікованої жінки до АРВ профілактики за умови небажаної вагітності; проблема небажаної вагітності у соціально неадаптованих ВІЛ-інфікованих жінок; проблема ПС для дискордантних подружніх пар.

Відповідно до Положень ратифікованої Україною Конвенції про права людини, ВІЛ-інфікована жінка має право на народження дитини. Одним із важливих завдань медичної галузі є забезпечення вичерпною інформацією та доступною медичною допомогою цієї категорії пацієнтів з метою підвищення якості та тривалості життя ВІЛ-інфікованої жінки для народження та виховання своїх дітей, таким чином, здійснення профілактики дитячого сирітства. При проведенні роботи з ПС необхідно дотримуватись етичних норм, визнавати правову незалежність пацієнтів та право на поінформоване самовизначення. Репродуктивний вибір — це невід'ємне право кожної людини. Питання кількості дітей у ВІЛ-інфікованих осіб вирішується індивідуально, враховуючи стан здоров'я та соціальну адаптованість пацієнтки. ВІЛ-інфікована жінка, яка хоче уникнути вагітності, потребує доступу до ефективних засобів контрацепції, що тягне за собою необхідність інтеграції послуг, призначених для ВІЛ-інфікованих жінок, в систему загальнодоступних послуг в області репродуктивного здоров'я.

Термін «планування сім'ї» використовується в двох основних смислових контекстах. На макрорівні плануванням сім'ї передбачає діяльність державних і недержавних організацій (програми, комплекси заходів), яка спрямована на створення умов для реалізації відповідального батьківства, для досягнення

кжною сім'єю бажаного числа дітей. На мікрорівні плануванням сім'ї означає прийняття подружньою парою (індивідом) добровільних рішень про величину сім'ї, зокрема, про число дітей в ній, і дії, що сприяють реалізації таких рішень. Морально-етичною і правовою основою планування сім'ї є плановане (відповідальне) батьківство – надання сім'ї можливості вільно і відповідально визначати бажане для неї число дітей і проміжки між їх народженнями. Таке право проголошене в численних міжнародних угодах і розглядається, як одне з основних прав людини. Ефективність системи планування сім'ї залежить від рівня інформованості людей про методи контролю дітонародження, від доступності і прийнятності цих методів для різних категорій сімей.

Планування сім'ї є однією із найбільш важливих інвестицій, які можуть здійснити уряди країн у сфері охорони здоров'я, підтримки прав жінок та молодіжній політиці

Економічна ефективність профілактики ВІЛ у жіночого населення (І компоненту) складає біля 500 млн. грн.

Вважається, що за умови планованої вагітності ВІЛ-інфіковані жінки є прихильними до профілактичних заходів, що підвищує їх ефективність, ведуть більш здоровий спосіб життя під час вагітності, краще доглядають за новонародженим, включаючи виключення їх грудного вигодовування. Все означене сприяє профілактиці передачі ВІЛ дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями. Тобто планована вагітність є ефективним заходом ППМД.

На сьогодні в Україні для досягнення позитивного зрушення у показнику ЧПМД діяльність медичних і зацікавлених немедичних спеціалістів з питань планування сім'ї для ВІЛ-інфікованих осіб є рушійною силою, щоб зменшити кількість непланованих вагітностей, особливо серед жінок СІН (серед них щорічно показник ЧПМД складає від 11% до 18%). Гострота проблеми ПС для ВІЛ-інфікованих жінок підтверджується також тим, що 27,0% ВІЛ-інфікованих жінок після пологів мають не ВІЛ-інфікованого статевого партнера; половина жінок, які народили ВІЛ-інфіковану дитину, вагітність свою не планували; 56,0%

матерів ВІЛ-інфікованих дітей були неприхильні до АРВ-профілактики і її не приймали; у 40% - незадоволена потреба у контрацепції.

ВІЛ-інфіковані вагітні, які є СІН, все ще залишаються важкодоступною групою для проведення втручань з метою попередження вертикальної трансмісії ВІЛ та негативно впливають на частоту передачі ВІЛ від матері до дитини.

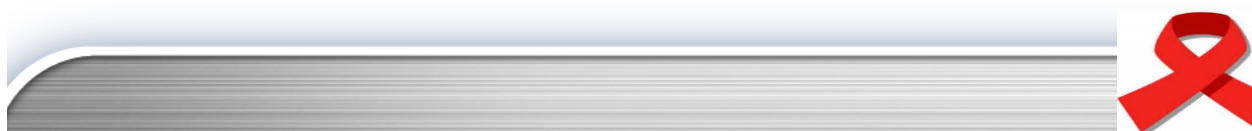
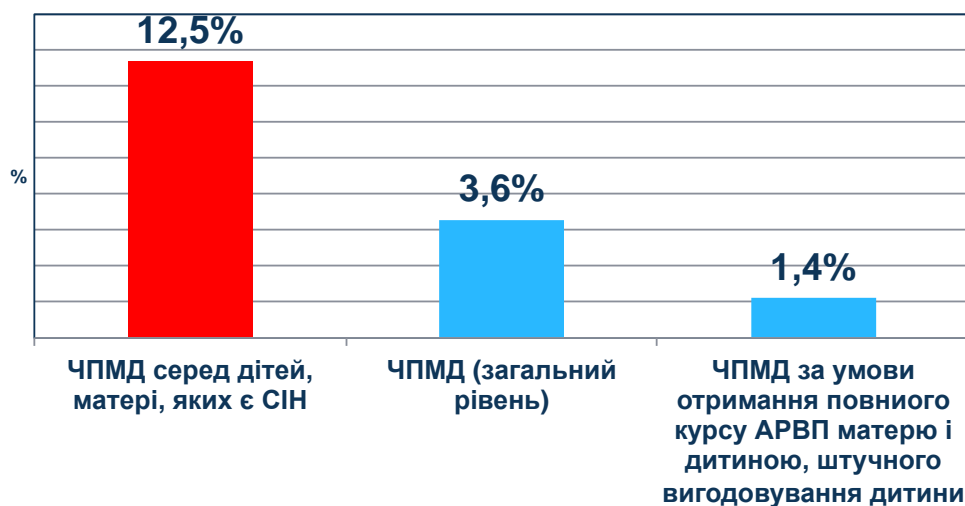


Рис.1. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні (кагорта 2016 року)

Проте показники свідчать про небажаність або непланованість вагітності у соціально неадаптованих жінок СІН, що підтверджується даними соціологічного дослідження (2013 р.) питома вага ВІЛ-інфікованих вагітних-СІН, які отримали АРВ-профілактику тільки під час пологів, що знижує її ефективність, за причини не перебування під спостереженням лікаря акушера-гінеколога у жіночій консультації, становила 17,5 %, що у 3,6 рази вище, ніж серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних (4,9 %). А частка тих, які зовсім не отримували АРВ-профілактику, вище у 3,3 рази (12,7 % серед ВІЛ-інфікованих вагітних СІН, 3,8 % – серед загальної кількості). Третина ВІЛ-інфікованих вагітних СІН мають

високий ризик вертикальної трансмісії ВІЛ: показник ЧПМД у 2017 р. складає 12,5%, (серед ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали повний курс АРВ-профілактики та застосували штучне вигодовування новонароджених цей показник був 1,4%). Проблему необхідно вирішувати також шляхом забезпечення контрацепцією жінок-клієнтів програм замісної підтримуючої терапії (ЗПТ).

Наведені результати вказують на необхідність проведення роботи з питань ПС з матерями ВІЛ-інфікованих дітей (6,1 %), яким за причини небажаної вагітності було невчасно призначено АРВП. Вирішення означених проблем знаходиться виключно у площині виконання заходів з планування сім'ї. Тим більше, у 48,0 % ВІЛ-інфікованих матерів, що народили ВІЛ-інфікованих дітей, вагітність була незапланованою.

Надзвичайно гострою соціально-медичною проблемою серед ВІЛ-позитивних сімей є соціальне сирітство. Саме діти, народжені, як не бажані в сім'ї, здебільшого ними залишаються або з тих чи інших причин не виховуються: 24,4 % ВІЛ-інфікованих дітей перебувають під опікою родичів, 4,7 % – усиновлені, 4,3 % – знаходяться в будинках дитини, 3,2% - в інших закладах охорони здоров'я.

Одним із важливих питань, що стосується здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнток, є особливості застосування контрацептивів з метою попередження небажаної вагітності у зв'язку із взаємодією контрацептивів і АРВ-препаратів, що детально викладено у зведеній таблиці Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї» (наказ МОЗ України від 21.05.2014 № 59), яким враховані особливості ризику ВІЛ-інфікування та застосування контрацепції за різними видами захворювань (табл. 1).

Застосування різних контрацептивних методів оцінюється з точки зору відношення ризику для здоров'я та користі від їх використання за відповідного стану здоров'я, який впливає на використання методу контрацепції.

Таблиця 1

Застосування контрацепції у ВІЛ-інфікованих пацієнтів (класи)

Стан пацієнта	КОК	КІК	КП/ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ ЕТГ імпланти	Сu- ВМК	ЛНГ- ВМС
ВІЛ/СНІД								
Високий ризик ВІЛ-інфікування	1	1	1	1	1		2	2
ВІЛ-позитивні	1	1	1	1	1	1	2	2
СНІД	1	1	1	1	1	1	3	3
Антиретровірусна терапія	2	2	2	2	2	2	2/3	2/3

Розподіл показань до використання контрацептивів у залежності від стану здоров'я пацієнта, в тому числі ВІЛ/СНІДу, здійснюється за рекомендованою класифікацією ВООЗ, за якою показання розподіляються на чотири категорії (класи):

1 — стан здоров'я, при якому наявні протипоказання до використання даного методу контрацепції відсутні;

2 — стан здоров'я, при якому очікувана користь від використання даного методу контрацепції в цілому перевищує теоретичні або доведені ризики;

3 — стан здоров'я, при якому теоретичні або доведені ризики в цілому перевищують очікувану користь від використання даного методу контрацепції;

4 — стан здоров'я, при якому використання даного методу контрацепції абсолютно протипоказано.

Наведена таблиця є зручною для використання у діяльності практичних спеціалістів, а також для підбору контрацептиву при проведенні індивідуального консультування сімейної пари сімейним лікарем, соціальними працівниками, представниками НУО та іншими спеціалістами.

Медикаментозна профілактика ПМД є III компонентом Стратегії

ВООЗ і найбільш розвинутою технологією перинатальної профілактики ВІЛ. Впровадження ефективних організаційних, сучасних профілактичних, діагностичних та лікувальних технологій, підвищення кваліфікації спеціалістів-співвиконавців ППМД, застосування комплексної АРВ терапії, визначення клінічних сценаріїв діагностики ВІЛ у вагітних та методу ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у новонароджених методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Проте несвоєчасність обстеження на ВІЛ вагітних та АРВ-терапії є серйозним чинником ВІЛ-інфікування дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями. Так, у 2017 р. запізніла АРВ-терапія була застосована у 22,2% вагітних: 15,1 % вагітних призначена АРВП/АРТ у III триместрі, 7,1% - у пологах, а 4,3% вагітних її не отримали. Наведені дані свідчать про незацікавленість у ППМД цих жінок, що може вказувати на небажаність їх вагітності.

Таким чином, досягнуті Україною вже більше десяти років високі показники в обстеженні та призначенні сучасних схем трьохкомпонентної АРВ-профілактики, які визначені ВООЗ як цільові показники валідації елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини: охоплення службами допологової допомоги (як мінімум одне відвідування вагітної) $\geq 95\%$; охоплення тестуванням на ВІЛ вагітних жінок $\geq 95\%$, охоплення ВІЛ-позитивних вагітних антиретровірусними препаратами $\geq 90\%$, не дають можливості досягнути ЧПМД 2% та менше за умови проведення методу ранньої діагностики у 100% дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками.

Ситуація з обстеженням новонароджених методом ранньої діагностики в країні є вкрай негативною. У 2018 р. методом ПЛР обстежено лише 81% дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями, а у віці до 2 міс. життя цим методом обстежено тільки 68,6%.

Лікування і підтримка ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей. Враховуючи особливості перебігу ВІЛ-інфекції, контингенту хворих, вони потребують, окрім постійної медичної допомоги, соціального супроводу для забезпечення

умов для належної якості життя. Численні проблеми дітей з перинатальною ВІЛ-інфекцією вказують на необхідність впровадження заходів соціального супроводу як компоненту ППМД з метою підвищення її ефективності: високий рівень соціального сирітства; невирішеність питання прихильності батьків ВІЛ-інфікованих дітей до АРВ-терапії; соціальні проблеми ВІЛ-інфікованих дітей, які перебувають в соціально неадаптованих сім'ях; проблеми отримання грошової допомоги сім'ями ВІЛ-інфікованих дітей; проблема забезпечення адаптованими молочними сумішами; відмова ВІЛ-інфікованих матерів від діагностики ВІЛ-інфекції у її дитини та застосування профілактичних технологій; відсутність системи психологічної та правової допомоги ВІЛ-інфікованим дітям у вирішенні побутових проблем.

Все означене вказує на необхідність реорганізації системи ППМД, а саме зміни акцентів ППМД у відповідності до Стратегії реформування системи охорони здоров'я України внаслідок реструктуризації та децентралізації послуг для ВІЛ-інфікованих пацієнтів шляхом орієнтованого на пацієнта підходу, підвищення якості медичних послуг для ЛЖВ, що передбачено Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини", що затвердженого наказом МОЗ України від 16.05.2016 № 449, прототипами для якого стали клінічні протоколи ВООЗ з питань профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ (2012 р.) і антиретровірусної терапії у дорослих та підлітків (2013 р.), до якого включені теоретичні складові та вимоги до сучасної організації ППМД.

Сучасні організаційні механізми ППМД передбачаються в умовах децентралізації медичної допомоги та інтеграції необхідних сервісів у місці надання послуг. Базова стратегія децентралізації зможе забезпечити значний вплив на епідемію ВІЛ-інфекції та скоротити асигнування системи охорони здоров'я шляхом оптимізації матеріальних, кадрових та управлінських ресурсів. Децентралізація є процесом перерозподілу або делегування функцій, повноважень від центрального управління. У сфері протидії ВІЛ-інфекції,

децентралізація передбачає передачу (делегування) значної кількості повноважень і ресурсів на нижчі рівні (обласні, районні, міські, рівні первинної медико-санітарної допомоги). В результаті такого процесу на кожному рівні надання медичних та немедичних послуг є можливим визначити обсяг необхідних втручань та послуг. При цьому, регіональні медичні установи можуть за необхідності нарощувати нові та специфічні для того чи іншого регіону послуги, розширяти їх спектр чи скорочувати. Основна мета децентралізації полягає в забезпеченні загального доступу до послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки шляхом використання вже наявних ресурсів системи охорони здоров'я з метою забезпечення сталості та ефективності програм. Впровадження децентралізації, як сучасної стратегії системи охорони здоров'я, дозволяє мати населенням безперервність послуг, а також отримувати послуги у найближчому до пацієнта медичному закладі. Крім того, впровадження такої моделі управління сприятиме активному залученню місцевих громад та людей, які живуть з ВІЛ, до процесу прийняття управлінських рішень, мінімізації проявів стигми та дискримінації, підвищенню рівня прихильності пацієнтів до АРТ, а також раціональному використанню наявних ресурсів, що є надзвичайно актуальним в сучасному соціально-економічному становищі країни.

Організаційні та медичні технології за умови їх активного впровадження дають можливість елімінувати випадки перинатального ВІЛ-інфікування, що підтверджує показник ЧПМД у 2018 р. 1,4% серед ВІЛ-інфікованих вагітних, які пройшли повний курс АРВ-терапії та годували свої дітей штучними адаптованими сумішами з повним виключенням грудного вигодовування.

Тому спеціалісти-розробники цього клінічного протоколу здійснили реорганізацію у сфері правових відносин медичних спеціалістів та ВІЛ-інфікованих вагітних, а саме: нормативно визначається право новонародженої дитини на здоров'я у відповідності ратифікованою Україною Конфенції ООН Про права дитини. І якщо у разі необхідності, у тому числі відмови матері (батьків) від проведення дитині післяконтактної АРВ-профілактики або у разі їх

низької прихильності, тобто після використання максимальних інформаційно-консультативних заходів, залучається соціальний працівник, служба у справах дітей, органів місцевого самоврядування, правоохоронні органи з метою вирішення питання на користь здоров'я дитини, не порушуючи прав ВІЛ-інфікованої родиллі, проте інформуючи її про законодавчу відповідальність за свідоме можливе поширення ВІЛ вертикальним шляхом.

У випадку відмови матері (батьків) від медичного нагляду і лікування ВІЛ-інфікованої дитини, у якої 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. За умови вичерпаності усіх можливостей медичних працівників 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.

Такі правові підходи спонукають до більш виваженої відповідальності у сфері ППМД, як медичних спеціалістів, так і батьків, з єдиною метою – застосування усіх нормативних можливостей для убереження дітей від ВІЛ-інфекції для елімінації цих випадків.

Прийнята країною стратегія ППМД В+, рекомендованої ВООЗ, що передбачає призначення пожиттєвої потрійної антиретровірусної терапії (АРТ), з ранніх термінів вагітності за оптимізованими схемами АРТ у відповідності до стану здоров'я ВІЛ-інфікованої вагітної. Знання цих інновацій сприятимуть підвищенню якості ППМД і зниженню ЧПМД. Особливістю стратегії В+ є призначення профілактики незалежно від числа CD4 або клінічної стадії, що по-перше пришвидшує її початок і доступність вагітних, що сприяє більш ефективному впливу на профілактику ВІЛ у новонароджених. Перевагами стратегії В+ є: профілактика резистентності препаратів шляхом запобігання необхідності припинення та поновлення прийому препаратів при повторних вагітностях; профілактика передачі інфекції від матері дитині на ранньому етапі майбутніх вагітностей; знижує ризик передачі ВІЛ партнерам в дискордантних

парах як горизонтальним, так і вертикальним шляхом. Безперервний прийом АРВ-препаратів, однозначно, вплине на зміцнення здоров'я матерів та подовжить їх тривалість життя за рахунок того, що не відбувається “спалаху” вірусемії у післяпологовому періоді після відміни препаратів. Ці інновації мають окрім медичних, вагоме соціальне значення.

Значні надії покладаються на посилення результату ППМД, долучивши до цього процесу лікаря загальної практики-сімейного лікаря (ЛЗП-СЛ), який зможе діагностувати ВІЛ на ранніх етапах вагітності шляхом застосування швидких тестів і якомога раніше контактувати зі спеціалістами з ВІЛ/СНІД для проведення АРВ-профілактики. Чітка взаємодія ЛЗП-сімейного лікаря зі спеціалістами розгалуженої системи кабінетів “Довіра” та інших структур наблизить медичну допомогу до пацієнтів, що зменшить тягар негативного впливу неприхильності до профілактики саме за частих причин утрудненої доступності до кваліфікованої медичної допомоги. ВООЗ розглядає роль ЛЗП-СЛ у ППМД як поінформованість працівника допологового медичного закладу про ВІЛ-статус, не визначений раніше, або прихований жінкою від медичних працівників, є необхідною передумовою зниження частоти випадків передачі ВІЛ від матері до дитини (ПМД) до рівня менше 1%. Тим більше, клінічним протоколом покладена відповідальність сімейного лікаря за чіткий моніторинг спостереження і лікування ВІЛ-інфікованих вагітних: протягом 7-ми діб після звернення вагітної СЛ здійснює активний патронаж вагітної вдома для з'ясування ситуації щодо виконання пацієнткою його, через 14 діб після направлення пацієнтки до лікаря-акушера-гінеколога ЗОЗ вторинної МД здійснює активний патронаж ВІЛ-інфікованої вагітної вдома з метою контролю спостереження.

Звичайно, що міжгалузеву співпрацю необхідно більш активно вибудовувати в усіх напрямках ППМД. Зокрема, активній співпраці сімейного лікаря та спеціалістів кабінету «Довіра» з службою планування сім'ї. Сьогодні, як ніколи, є важливим впливовим заходом на ППМД попередження вертикальної трансмісії ВІЛ у вагітних з непланованою та небажаною вагітною,

що самою першою причиною неприхильності до вчасного обліку по вагітності, дотримання здорового способу життя під час вагітності та до медикаментозної профілактики. Адже серйозним фактором непроведення ППМД є інфікування ВІЛ вагітної під час вагітності. У 2017 р. 16 вагітних мали ВІЛ-негативні результати першого тестування та були виявлені при повторному обстеженні за кодом 109.2; одна вагітна у Чернігівській області мала ВІЛ-негативні результати першого та другого тестування і була виявлена за кодом 109.3.

Основними акцентами у цьому питанні мають стати жінки з виконаними репродуктивними планами, жінки в стадії захворювання СНІД та споживачі ін'єкційних наркотиків. Важливим компонентом планування сім'ї ВІЛ-інфікованих пацієнтів є забезпечення допоміжними репродуктивними технологіями дискордантних подружніх пар, яких за визначенням ВООЗ складає 50% усіх ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Ці знання для медичних спеціалістів є абсолютно новими і необхідними.

Принципово новим підходом, Унормованим клінічним протоколом, є оцінка факторів ризику та виявлення за допомогою анкетування маркерів наркотичної або психоактивної залежності у ВІЛ-інфікованих вагітних (додаток 1). Анкета АССИСТ, рекомендована ВООЗ, абсолютно проста у використанні і не потребує додаткових коштів, проте своєчасне виявлення залежності удосконалисть медичну допомогу сучасними технологіями у співпраці з лікарями-наркологами, а також сприятиме застосуванню конкретних методи контрацепції у пологових стаціонарах: довготривалі відворотні методи контрацепції та невідворотні з дотриманням прав пацієнтів. Державна регіоналізація фінансової системи в країні дозволяє закуповувати контрацептиви для їх резерву в пологових стаціонарах. Є необхідним мобілізація управлінських рішень для побудови алгоритму у кожній області зі своїми особливостями. Вагомими помічниками у подібних випадках можуть стати неурядові організації та волонтери.

Необхідно враховувати, що надання послуг ВІЛ-позитивним пацієнткам та членам їх сімей має свої особливості щодо конфіденційності, виключення

елементів стигматизації та дискримінації під час надання медично-консультативної допомоги у відповідності до вимог діючих нормативно-правових актів.

Інтегрованість послуг у сфері ППМД визначена клінічним протоколом. Спеціалістам необхідно надати інформацію щодо алгоритму інтегрованих послуг, які надаються спільно з іншими службами, в тім числі соціальними та освітніми. Поєднання зусиль медичної та соціальних служб сприятиме доступу до послуг з питань надання медико-соціальних послуг: соціально-медичних, психологічних, соціально-педагогічних, інформаційних, юридичних, соціально-економічних, які організуються в центрах соціальної служби сім'ї, дітей та молоді. До центрів медичними спеціалістами можуть скеровуватись ВІЛ-позитивні жінки, які опинилися в складних життєвих обставинах для забезпечення соціальним супроводом.

Інноваційні зміни в алгоритмі діагностиці та медикаментозній профілактиці також має дати позитивний результат ППМД. Застосування схем АРВ-профілактики виключно у відповідності до клінічного сценарію кожної вагітної дає змогу клініцистам мати більш широкий спектр ефективних медичних втручань. Участь у цьому процесі самої вагітної шляхом узгодження профілактичної схеми підвищує її прихильність та ефективність ППМД.

Конкретизована тактика при веденні пологів в клінічному протоколі має велике значення для профілактики передачі ВІЛ під час пологів.

Відпрацьований чіткий алгоритм АРВ-профілактики у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками та діагностики ВІЛ-статусу, а також виключення грудного вигодовування є невід'ємними складовими успіху ППМД.

Удосконалені медичні та організаційні технології ППМД у 2016 р. (затверджений уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги “Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини” № 449 від 16.05.2016) мають дати можливість спеціалістам бути в тренді світової медичної науки та

практики. Проте стабільно високий рівень показника ЧПМД занепокоює вітчизняних та міжнародних експертів у сфері ППМД.

Робоча група з підготовки до валідації елімінації передавання ВІЛ та сифілісу від матері до дитини в Україні, що затверджена наказом ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» від 19.04.2018 № 24, за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні та ВБО «Час життя плюс» здійснює планомірну підготовку щодо прискорення процесу елімінації випадків передачі ВІЛ від матері до дитини.

У рамках стратегії Глобального плану елімінації нових випадків ВІЛ-інфекції від матері до дитини та зобов'язань України щодо унеможливлення таких випадків членами робочої групи з валідації ЕПМД здійснено моніторинг ППМД ВІЛ у 8 регіонах України (різними за географічним розташуванням, за рівнем поширення ВІЛ-інфекції серед населення, аграрно-індустріальною спеціалізацією та показниками ЧПМД) впровадження заходів з профілактики ВІЛ від матері до дитини. Проведена оцінка стану виконання Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», затвердженого наказом МОЗ України № 449 від 16.05.2016 р. у центрах первинної медико-санітарної допомоги, жіночих консультаціях, пологових будинках, кабінетах «Довіра», центрах профілактики та боротьби зі СНІД, обласних перинатальних центрах.

Основні прогалини ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини за результатами моніторингу

1. Відсутність регіональної стратегії елімінації у відповідності 4-компонентного підходу до ППМД.
2. Зниження адміністративного контролю за впровадженням заходів ППМД:
 - Недостатня увага керівників службою профілактики ВІЛ-інфекції

(центри СНІД) питанням ППМД;

- унормований розгляд випадків ВІЛ-інфекції у новонароджених, народжених ВІЛ-інфікованою матір'ю проводиться недосконало або взагалі не проводиться;

- недостатній моніторинг ефективності ППМД на рівні акушерсько-гінекологічної служби;

- відсутність вичерпної інформації щодо ефективності ППМД на рівні ЗОЗ;

- недостатній рівень комунікацій між зацікавленими галузями у здійсненні ППМД.

3. Недостатньо використовується унормований міжсекторальний потенціал для ППМД ВІЛ, зокрема соціальний супровід, волонтерська допомога, міжсекторальна команда.

4. Недостатня обізнаність фахівців у здійсненні ППМД ВІЛ на своєму робочому місці, унормованими Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», затвердженого наказом МОЗ України № 449 від 16.05.2016 р.

5. Недостатнє виконання галузевих нормативних документів при виконанні функціональних обов'язків з питань ППМД ВІЛ.

6. Відсутність мотивації спеціалістів у виконанні ППМД, які працюють в комфортних службових умовах.

7. Недбале ведення медичної документації, як на рівні антенатального догляду, так і в пологах та післяпологовому періоді.

8. Відсутність алгоритму застосування ефективних підходів з планування сім'ї у відповідності стану здоров'я репродуктивних планів ВІЛ-інфікованих пацієнтів з метою викорінення незапланованої вагітності та зменшення соціального сирітства серед когорти дітей, яких народили ВІЛ-інфіковані матері.

9. Розбіжність регіональних даних у виконанні програмних заходів

ППМД (від 0 до 100%):

- низька питома вага ВІЛ-інфікованих вагітних, госпіталізованих до пологів - 60,2%;
- низький рівень охоплення ранньою діагностикою на ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями – 68,6%;
- низький рівень визначення вірусного навантаження, що свідчить про неможливість встановлення ефективності АРВ- профілактики у вагітної та обрати оптимальний для ППМД метод розродження.

10. Недостатньо використовується нормативно-правова база ППМД.

Результати перевалідаційного моніторингу міжнародними експертами ефективності ППМД в Україні

Прогалини у сфері управління, ресурсного забезпечення та нормативного врегулювання заходів з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини

1. В Україні не впроваджено єдиний електронний реєстр та он-лайн систему передачі даних з ППМД, що зумовлює неповноту, несвоєчасність та дублювання даних на всіх рівнях (навіть у межах одного лікувального закладу – наприклад, пологового будинку).

2. Забезпечення комп'ютерною технікою та постійний доступ до якісної інтернет-мережі залишається проблемою на всіх рівнях.

3. Міністерство охорони здоров'я України не має належного впливу на процес звітування приватних закладі, які надають послуги з антенатального нагляду та допомоги в пологах, а також приватних лабораторій як на національному, так і регіональному рівнях. Це зумовлює ризик втрати частини даних та впливає на якість та наступність послуг для матерів та дітей до 18 місяців після пологів.

4. Взаємодія та координація, включаючи обмін інформацією між закладами антенатальної і акушерської допомоги та службою протидії ВІЛ-інфекції, є недостатньо налагодженою незважаючи на наявність якісної нормативної бази.

5. Існує проблема щодо регулярності поставок тест-систем, що перешкоджає забезпеченню своєчасного раннього обстеження новонароджених методом ПЛР.

6. В умовах реформування та посилення ролі первинної ланки медичної допомоги координація та взаємодія між неурядовими організаціями та медичними службами - акушерською, протидії СНІД, дермато-венерологічною потребує чіткого нормативного врегулювання.

Прогалини щодо впровадження програмних заходів щодо елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини відповідно до прийнятих національних політик. Збір та аналіз інформації :координація та наступність

1. Паперові статистичні форми, які наразі використовуються для збору та узагальнення інформації, містять застарілу термінологію, яка не відповідає останнім вимогам ВООЗ та ЮНЕЙДС щодо стратегічної інформації у сфері ВІЛ. Зокрема, у паперових формах, які заповнюються в антенатальній клініці та пологову будинку, немає даних про ВІЛ-статус партнера ВІЛ-інфікованої вагітної жінки а також щодо режиму АРТ, який вона отримує.

2. Відсутність доступу до інтернету, сучасної комп'ютерної техніки та діючого он-лайн реєстру даних унеможлиблює відслідковування пацієнтів (пари «мати-дитина») та своєчасне виявлення проблем у заходах з ППМД.

3. Практика щодо узагальнення на рівні закладу даних щодо ВІЛ-інфікованих вагітних, які вживають наркотики та визначення показника «вертикальної трансмісії» у цієї групи пацієнток не є загально прийнятою.

Надання послуг з консультування, профілактики, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованим жінкам та народжених ними дітям

1. НУО інформують про недостатній рівень підготовки з питань до- та після-тестового консультування лікарів акушерів-гінекологів, які здійснюють антенатальний нагляд: лікарі не пояснюють можливість народження здорової дитини у ВІЛ-інфікованої жінки за умов раннього взяття на облік та початку АРТ. Як наслідок, зафіксовані випадки пізнього звернення в антенатальні клініки (жіночі консультації) або відмови від антенатального нагляду під час вагітності, звернення безпосередньо в пологовий будинок з початком пологової діяльності, рішення про переривання бажаної вагітності

2. В програмі занять для вагітних («школа материнства») відсутні спеціальні інтервенції щодо ВІЛ та вагітності.

3. Нормативно не врегульовано доступність до «репродуктивних сервісів» (насамперед до сучасних репродуктивних технологій) для пар з ВІЛ-інфекцією (в тому числі дискордантних).

Якісний антенатальний нагляд та допомога під час пологів

1. Персональна відповідальність та лідерство координаторів заходів з ППМД та керівників лікувальних закладів є важливим фактором для забезпечення якості послуг.

2. За результатами візитів експертів ВООЗ, рівень організації та якість впровадження нормативно визначених заходів з ППМД суттєво відрізняються в різних закладах.

Забезпечення прав людини

1. НУО інформують про зафіксовані випадки відмови від антенатального догляду під час вагітності та звернення за допомогою вже в

пологах а також рішення про переривання вагітності після неякісного проведення лікарями після-тестового консультування вагітних із вперше виявленою ВІЛ-інфекцією під час вагітності.

2. НУО інформують про випадки, коли в приватних клініках ВІЛ-інфікованих вагітних жінок примушують платити за послуги вдвічі більше, пояснюючи це необґрунтованою інформацією про «більший ризик виникнення ускладнень в пологах».

3. НУО наголошують на відсутності в законодавчому полі України норми про відповідальність ВІЛ-інфікованого громадянина України за відмову від АРТ.

Отже, недостатнє адміністрування організації послуг ППМД у регіоні, недостатнє виконання вимог Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», затвердженого наказом МОЗ України № 449 від 16.05.2016 р., невикористання нормативно-правового забезпечення у наданні послуг ППМД, недосконала організація 100% раннього обстеження на ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями у віці 1-2 та 3-4 (за виключенням деяких регіонів) призвели до комплексу втрачених можливостей, результатом чого стало ВІЛ-інфекція у 98 дітей у 2017 р. та 92 дітей у 2018 р.

Висновки

За результатами аналізу ППМД в Україні, передвалідаційних моніторингових візитів вітчизняних та міжнародних експертів розроблена Дорожня карта з питань елімінації випадків передачі ВІЛ від матері до дитини, як додаткові акцентовані заходи впливу на попередження ВІЛ у новонароджених.

В Україні на сьогодні відбувається реалізація комплексу заходів з елімінації передавання ВІЛ від матері до дитини (ЕПМД ВІЛ). При цьому

враховуються регіональні особливості впровадження програми профілактики передавання ВІЛ від матері до дитини (ППМД). План таких заходів розроблено за участі експертів управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій за напрямками «Педіатрія» та «Акушерство і гінекологія», фахівців регіональних центрів громадського здоров'я (ЦГЗ) і центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, які залучені до програми ППМД, а також представників неурядових організацій.

Впровадження регіональних дорожніх карт з ЕПМД ВІЛ покращить доступність і якість послуг для ВІЛ-позитивних вагітних та народжених ними дітей, допоможе запобігти новим випадкам передавання ВІЛ від матері до дитини.

У квітні 2019 р. проведені Тренінги з упровадження регіональних дорожніх карт ЕПМД ВІЛ за навчально-узгоджувальним принципом. Учасники навчання з усіх регіонів обговорили шляхи посилення ЕПМД ВІЛ в Україні та узгодили заходи з ППМД на регіональному рівні для включення їх до дорожньої карти з ЕПМД ВІЛ та прискорення підготовки нашої країни до процесу підтвердження елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини.

Посилена державна підтримка дасть можливість викоринити випадки ВІЛ-інфікування новонароджених їх матерями.

Література

Демографічна політика [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://uk.wikipedia.org/wiki>. — Назва з екрана.

Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні Ужгороді [Електронний документ]. — Шлях доступу : [//article/news/epidemichna-situacija-z-vil-infekcii-v-ukraini](http://article/news/epidemichna-situacija-z-vil-infekcii-v-ukraini). — Назва з екрану.

Оцінка знань медичних працівників первинної ланки надання медичної допомоги м. Ужгорода з питань ВІЛ/СНІДу та визначення рівня їх толерантності до ВІЛ-позитивних людей в умовах реформування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, В. Й. Білак- Лук'янчук, Ю. В. Веклинець, О. О. Зеленко // Депресія: давай поговоримо : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я, м. Київ. 2017 р. 6–7 квітня. — К., 2017. — С. 167–169.

Жилка Н.Я., Чепурнова Н.В. Проблеми дискордантних пар у середовищі високих темпів поширення ВІЛ-інфекції Україна. Здоров'я нації. - К.: 2012. № 2 (22) – с. 145-153.

Планування сім'ї — це потужний засіб, який може прискорити економічний розвиток [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.unfra.org.ua/news/208.html>. — Назва з екрана.

Слабкий Г. О. Моніторинг профілактики передачі ВІЛ ід матері до дитини (у таблицях, картограмах та графіках) / Г. О. Слабкий, Н. Я. Жилка ; Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України. — К., 2009. — 21 с.

Целесообразность планирования семьи в странах бывшего Советского Союза: доказательные факты с Европы, Евразии и США [Электронный ресурс] / Т. Боссерт, Д. Баузер, А. Кенни [и др.] // Региональный проект по планированию семьи в Европе и Евразии / Джон Сноу Инкорпорейтед от имени Агентства США по Международному Развитию, 2009 г. — Режим доступа : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadt918.pdf. — Название с экрана.

Чепурнова Н.В. Стан та перспективи забезпечення доступу дискордантних щодо ВІЛ-інфекції пар до реалізації репродуктивних планів в Україні. Матеріали круглого столу за результатами впровадження пілотного проекту МОЗ України за технічної підтримки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВС». МОЗ України, 03 лютого 2012 року.

Скринінг симптомів наркотичної залежності (АССИСТ)
 відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду
 (ICD-10 Checklist)

Наступні питання стосуються Вашого споживання опіоїдів (героїн, екстракт макової соломки - «ширка», дезоморфін - «крокодил», препарати, що містять кодеїн, морфін, трамадол і т.п. Щирі відповіді допоможуть Вашому лікарю вибрати правильне і необхідне для Вас лікування.

1. Чи було у Вас сильне бажання або виражений потяг ("тяга") до вживання наркотику?	Так	Ні
2. Чи вважали Ви, що Вам важко або неможливо контролювати споживання наркотику?	Так	Ні
3. Чи виникали у Вас симптоми відміни ("ломки"), якщо Ви припиняли вживати наркотик?	Так	Ні
4. Чи доводилося Вам приймати наркотик, щоб позбутися симптомів відміни ("ломки")?	Так	Ні
5. Чи помічали Ви, що для досягнення того ж ефекту потрібно приймати дози більше, ніж раніше (толерантність)?	Так	Ні
6. Чи відзначаєте Ви, що з часом Ви перестали урізноманітнювати характер вживання наркотику?	Так	Ні
7. Чи помітили Ви, що стали все більше і більше нехтувати своїми колишніми інтересами на користь прийому наркотиків?	Так	Ні
8. Відзначали Ви, що споживання наркотиків шкодить Вам психологічно або фізично?	Так	Ні
9. Продовжували Ви приймати наркотики незважаючи на явні шкідливі наслідки, пов'язані з їх прийомом?	Так	Ні

10. Як довго тривають проблеми, пов'язані з наркотиками?

а) в роках

б) в місяцях

Діагноз залежності має бути встановлений, якщо 3 або більше симптомів, що відмічені номерами 1, 2, 3, 5, 7 і 9, присутні протягом 12 міс. і більше.

**Елімінація випадків передачі ВІЛ від матері до дитини в
Україні. Ситуаційний аналіз.**

Установи розробники:

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
Ужгородський національний університет

Автори:

Жилка Н.Я., Нізова Н.М., Марциновська В.А.,
Слабкий Г.О., Тарасова Т.І., Білак-Лукаччук В.Й.

Рекомендовано рішенням проблемної комісії МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина». Протокол від 15 січня 2020 року № 1/20