

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

**МЕДИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ОСНОВИ
УДОСКОНАЛЕННЯ СЛУЖБИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ДЛЯ ВІЛ-
ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ**

(методичні рекомендації)

Київ - 2014

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

**МЕДИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ОСНОВИ
УДОСКОНАЛЕННЯ СЛУЖБИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ДЛЯ ВІЛ-
ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ**

(методичні рекомендації)

Київ - 2014

Медичні та соціально-економічні основи удосконалення служби планування сім'ї для ВІЛ-інфікованих пацієнтів / Методичні рекомендації. К: - 2014. – 38 с.

Розробники: Вдовиченко Ю.П., Грищенко О.В., Жилка Н.Я., Жук С.І., Орлова О.О., Потапов В.О., Слабкий Г.О.

Рецензент: Посохова С.П. – заступник головного лікаря КУ «Одеська обласна клінічна лікарня» з акушерства та гінекології, д.мед.н., професор.

Рекомендовано рішенням Вченої ради ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

ВСТУП

Планування сім'ї (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 в залежності 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 [1, 2].

ВІЛ-інфекція упродовж останніх двадцяти років є провідною проблемою охорони здоров'я населення багатьох країн світу. Складність структури епідемічного процесу ВІЛ-інфекції і поліфакторність його розвитку принципово відрізняють цю інфекцію від інших епідемій. На сьогодні Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) характеризують ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІД в світі як пандемію з катастрофічними демографічними наслідками для усіх країн за умови відсутності ефективних стратегій у її подоланні [3]. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні вважається однією з найтяжчих серед країн Центральної Європи та Східної Азії. Сучасний стан розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в країні характеризується широким поширенням ВІЛ серед жіночого населення, в першу чергу серед осіб, які відносяться до груп високого ризику інфікування; нерівномірним поширенням ВІЛ-інфекції за адміністративними територіями України; зміною домінуючих шляхів передачі ВІЛ; переважним ураженням осіб працездатного віку. Особливо загрозливим фактором для епідемії ВІЛ-інфекції в Україні є несвоєчасне звернення людей, які живуть з ВІЛ, за медичною допомогою, а саме пізнє виявлення ВІЛ-інфекції в стадії СНІД, що обумовлює високий рівень смертності серед хворих. За визначенням фахівців все це свідчить про відсутність комплексності у підходах, що поєднують профілактичні та лікувальні програми на державному і регіональному рівнях в єдину дієву систему протидії епідемії ВІЛ-інфекції. За період 1987 – 2014 рр. в Україні

офіційно зареєстровано 264489 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 75577 випадків в стадії СНІД та 34425 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІД [4].

Сучасні тенденції розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції свідчать, що на тлі «фемінізації» епідемії, яка характеризується збільшенням частки ВІЛ-інфікованих жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів (з 43,6 % у 2010 р. до 44,2 % у 2014 р. до) та статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції, який став домінуючим для жінок з 2007 р. (з 55,5 % у 2010 р. до 69,2 % у 2014 р.) [4], очікується подальше зростання кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, що потребує удосконалення заходів у сфері ППМД, зокрема заходів з планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок, що сприятиме зменшенню кількості непланованих вагітностей, за якими вагітні не схильні або недостатньо схильні до антиретровірусної профілактики віл у новонароджених.

Зростання гетеросексуального шляху передачі ВІЛ-інфекції вказує на актуальність питань ПС. Нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом тісно пов'язана з небезпечною сексуальною поведінкою СІН та їхніх статевих партнерів, що можливо попередити методами та засобами ПС.

Профілактика небажаної вагітності серед ВІЛ-позитивних жінок є окремим компонентом Стратегії ВООЗ щодо вирішення проблеми профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ [5].

З огляду на ситуацію, що склалася в Україні, а саме: високі темпи поширення ВІЛ-інфекції серед населення, збільшення питомої ваги жіночого населення серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів, переважна більшість ВІЛ-інфікованих осіб репродуктивного віку — на службу ПС покладаються важливі завдання у підвищенні санітарної культури населення щодо безпечної статевої поведінки, у профілактиці небажаної вагітності, особливо серед ВІЛ-інфікованих жінок, оскільки кожна вагітність для ВІЛ-інфікованої жінки є додатковим навантаженням на стан здоров'я. Штучне переривання небажаної вагітності сприяє додатковому негативному впливу на стан здоров'я ВІЛ-інфікованої жінки з серйозним ушкодженням імунної системи. У зв'язку із означеним, проблема ПС в Україні набуває медико-соціального значення [1, 2, 6,7].

Зростання показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини, відсутність комплексного підходу до профілактичних програм у сфері ВІЛ-інфекції, неефективна реалізація другого компоненту у 4-х компонентній Стратегії ВООЗ профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини за її основними характеристиками (проблема непланованої вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок та, низька їх прихильність до своєчасного обстеження на ВІЛ, до необхідності допологового нагляду, антиретровірусної профілактики під час вагітності, своєчасної госпіталізації на пологи, обстеження новонародженого та оптимального догляду за ним; просунута стадія ВІЛ-інфекції у вагітних; споживання ін'єкційних наркотиків; ризикована статеве поведінка під час вагітності) вказує на актуальність дослідження щодо розробки ефективної моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих вагітних.

Стан забезпечення послугами планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок в Україні

Національне законодавство України, що регулює право населення на реалізацію репродуктивної функції та планування сім'ї як запоруку збереження й оптимального розвитку продуктивних сил, без чого неможливе збереження і відтворення народу, нації, держави, базується на міжнародних правових документах. Правовою основою Програми стали міжнародні документи, які пропонувалися країнам для вирішення проблем репродуктивного здоров'я населення

Державна політика у сфері охорони репродуктивного здоров'я населення виходить за межі компетенції охорони здоров'я і набуває характеру першочергових задач національної політики. Загалом сформоване законодавче та нормативне поле України є сприятливим для розв'язання проблем репродуктивного здоров'я і планування сім'ї. Однак контроль з боку держави за виконанням законодавства у сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, на жаль, є малоефективним: недостатнє і нестабільне фінансування заходів стримує досягнення бажаних результатів.

До основних недоліків законодавчого забезпечення послугами ПС ВІЛ-інфікованих пацієнтів належать наступні: вони не внесені до визначених

категорій пацієнтів з метою забезпечення їх безоплатними контрацептивами, що заважає впроваджувати рекомендації ВООЗ щодо необхідності здійснення заходів з планування сім'ї для ВІЛ-інфікованих жінок для підвищення ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. На рівні регламентації послуг з планування сім'ї галузевими нормативно-правовими документами основними виявлені основні недоліки: особливості використання методів ПС ВІЛ-інфікованими жінками не визначені, навіть у розділі про використання методу лактаційної аменореї (МЛА) не зазначаються протипоказання його застосування ВІЛ-інфікованими породіллями; в рекомендаціях щодо застосування контрацепції порушуються лише загальні питання, зокрема, що контрацептиви мають захищати від ППСШ, в т.ч. ВІЛ; не враховані також особливості взаємодії контрацептивних засобів з антиретровірусними препаратами, а також особливості контрацепції у дискордантних пар; у спільному наказі МОЗ та НАМН України 29.11.2013 № 1030/102 “Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні” звужене поле взаємодії на рівні центрів профілактики та боротьби зі СНІДом; перелік хвороб, при яких вагітність та пологи загрожують життю матері та майбутній дитині та які обумовлюють необхідність забезпечення безоплатними контрацептивами з метою попередження вагітності як такої, а не небажаної, потребує перегляду з огляду на те, що до нього включено “Хвороба, спричинена ВІЛ”, а не ВІЛ-інфекція в стадії СНІД, що має дискримінаційний характер стосовно ВІЛ-інфікованих осіб, враховуючи на сьогодні високі можливості антиретровірусної терапії, за якої ВІЛ-інфікована особа може і має право на реалізацію репродуктивного права.

Аналіз нормативно-правового забезпечення діяльності служби планування сім'ї свідчить про те, що воно є недостатнім для надання доступних і якісних медичних послуг.

Передача ВІЛ від матері до дитини (ПМД) – один із шляхів поширення збудника ВІЛ-інфекції, що превалює серед інших причин інфікування ВІЛ дітей молодшого віку. Своєчасна, комплексна та послідовна профілактика ПМД дозволяє суттєво вплинути на цей шлях інфікування ВІЛ з перспективою

максимального його обмеження. Починаючи з 2001 року, Україна досягла значного прогресу у сфері профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД). Проте, в Україні щорічно реєструється біля 170-200 ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. У 2014 р. зареєстровано понад 2728 ВІЛ-позитивних вагітних, показник ВІЛ-інфікованих на 100 вагітних становив 0,62%, хоча показник поширеності ВІЛ-інфекції за результатами серомоніторингу серед усіх ВІЛ-інфікованих осіб набув позитивної тенденції. За результати первинного тестування упродовж 2010-2014 рр. він зменшився на 25,0 %.

Сучасні тенденції розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції свідчать, що на тлі «фемінізації» епідемії, яка характеризується збільшенням частки ВІЛ-інфікованих жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів (з 43,6 % до 44,2 % у 2014 р. до) та статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції, який став домінуючим для жінок з 2007 р. (з 55,5 % у 2010 р. до 69,2 % у 2014 р.), очікується подальше зростання кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, що потребує удосконалення заходів у сфері ППМД, зокрема заходів з планування сім'ї у ВІЛ-інфікованих жінок, які сприяють зменшенню кількості непланованих вагітностей, за якими ВІЛ-інфіковані вагітні не схильні або недостатньо схильні до антиретровірусної профілактики, що впливає на збільшення кількості дітей з перинатальною ВІЛ-інфекцією.

В Україні ППМД здійснюється здебільшого за рахунок реалізації третього (медична профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини) та четвертого компонентів (медичний догляд за дітьми, народженими ВІЛ-інфікованими матерями), хоча у відповідності рекомендацій ВООЗ ефективність ППМД залежить від успішної реалізації 4-х компонентів (попередження ВІЛ-інфекції у жінок, профілактика небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок, профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції та забезпечення доглядом дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями), оскільки заходи з впровадження перших двох компонентів (попередження ВІЛ-інфекції у жінок та профілактика небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок) ні в нормативно-правових, ні в програмних документах не визначені, як показав проведений нами

аналіз.

Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції має декілька складових і, перш за все, залежить від рівня виявлення ВІЛ-інфекції у вагітних. Рівень обстеження вагітних на ВІЛ протягом останніх років утримується на достатньо високому рівні (85–99 %). У 2014 р. показник обстеження на ВІЛ вагітних, що складає 99,2 %, проте відсоток жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час пологів, складав 4,9 %, а серед вагітних, що споживають ін'єкційні наркотики (СІН) - 18,0 %, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус після пологів - 4,2 %, а серед жінок-СІН був значно вище – 11,8 %. Отримані дані свідчать ймовірно про небажаність вагітності у цієї категорії жінок, що потребує розробки спеціальних заходів ПС для цієї категорії ВІЛ-інфікованих жінок та забезпечення безоплаьними контрацептивами, а також контролю їх використання сімейним лікарем.

Розширення масштабів послуг з ППМД протягом 2010-2014 рр. дозволило досягти високих рівнів показників охоплення ВІЛ-позитивних вагітних антиретровірусною профілактикою (з 94,9 % у 2010 р. до 96,2 % у 2014 р), обстеженнями щодо визначення кількості CD4-лімфоцитів (з 68,9 % у 2010 р. до 95,6 % у 2014 р.) та рівня вірусного навантаження ВІЛ у плазмі крові (з 64,1 % у 2010 р. до 94,0 % у 2014 р.). В Україні зростає частка ВІЛ-позитивних вагітних, які отримують потрібну АРВ-профілактику: 82,6 % – у 2011 р., 87,3 % – у 2012 р., 90,4 % – у 2013 р., 96,2 % – у 2014 р.

Питома вага ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали АРВ-профілактику, від загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних, у яких вагітність завершилася пологами у 2014 р. становить 96,2 %, в тому числі АРТ за станом здоров'я вагітної - 40,6 %, що свідчить про ускладнений перебіг ВІЛ-інфекції та про підвищений ризик вертикальної трансмісії ВІЛ. Реалізація програмних заходів з планування сім'ї у ВІЛ-інфікованих жінок з просунутою стадією ВІЛ-інфекції шляхом консультування щодо попередження вагітності.

Послуг з ПС потребують матері ВІЛ-інфікованих дітей, які за причини небажаної вагітності, застосували АРВП лише у III триместрі (6,1 %), у пологах (19,6 %) та, які її не отримали (37,5 %).

Встановлено, що проблемним питанням ПС у сфері ППМД є організація проведення МП у ВІЛ-інфікованих вагітних, що споживають наркотики, які отримали АРВ-профілактику тільки під час пологів, що знижує ефективність ППМД. Показник ЧПМД у їх дітей був 17,5 %, що у 3,6 раза вище, ніж серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних (4,9 %). А частка тих, які зовсім не отримували АРВ-профілактику становить 12,7 % серед ВІЛ-інфікованих вагітних споживачів ін'єкційних наркотиків, серед загальної кількості – 3,8 % (вище у 3,3 рази), причому ця негативна тенденція не змінюється упродовж останніх років: у 2011 р. – відповідно 16,6 % та 4,3 % і 10,3 % та 4,5 %; у 2012 р. – відповідно 18,0 % та 4,9 % і 11,8 % та 4,2. Проблему необхідно вирішувати шляхом забезпечення контрацепцією інтегровано з програмою замісної підтримуючої терапії (ЗПТ).

Встановлено, що в Україні збільшується кількість вагітних, які знали про свій ВІЛ-позитивний статус до вагітності та пізніше звернення ВІЛ-інфікованих жінок за антенатальною медичною допомогою: 33,0 % матерів ВІЛ-інфікованих дітей вперше зверталися до лікаря-акушера-гінеколога тільки на момент пологів, 25 % перед пологами були стадії СНІД, 56,0 % жінок, які народили ВІЛ-інфікованих дітей, мали низьку прихильність до АРВ-лікування, у 48,0 % ВІЛ-інфікованих матерів, що народили ВІЛ-інфікованих дітей вагітність була непланованою, 10 % жінок, які не перебували під диспансерним спостереженням під час вагітності не отримували АРВ-профілактику. Небажана вагітність є причиною відмови батьків від обстеження дитини за недостатньої прихильності матерів до профілактики у них ВІЛ-інфекції. Основними проблемами ППМД в Україні є непланованість вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок та, пов'язана з цим низька прихильність їх до своєчасного обстеження на ВІЛ, до необхідності допологового нагляду, АРВП під час вагітності, своєчасної госпіталізації на пологи, обстеження новонародженого та оптимального догляду за ним; просунута стадія ВІЛ-інфекції у вагітних; споживання ін'єкційних наркотиків; ризикована статевая поведінка під час вагітності.

Встановлено проблеми ПС для ВІЛ-інфікованих жінок в Україні:

- за період 2010-2014 рр. кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у жінок репродуктивного віку збільшилась на 3,0 % (2010- 6514 осіб, 2014 – 6960). Збільшення ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку буде сприяти збільшенню кількості ВІЛ-інфікованих вагітних та, народжених ними дітей;

- значна їх кількість молодого віку: у 2013 р. частка ВІЛ-інфікованих вагітних віком 15-24 роки складала 0,33 % ;

- споживання ін'єкційних наркотиків ВІЛ-інфікованими жінками є серйозною перешкодою попередження небажаної вагітності. Серед жінок репродуктивного віку цей показник складає 13,8 %;

- ВІЛ-інфіковані жінки після пологів мають не ВІЛ-інфікованого статевого партнера (27,0 %);

- потреба жінок в контрацептивах не задоволена: 23,0 % з них не планували останню вагітність, 20,0 % не використовували ніякого методу планування сім'ї і 20,0 % жінок використовували неефективні методи запобігання (наприклад, перерваний статевий акт). Найбільш важливим фактором відсутності постнатальної контрацепції була фінансова недоступність;

- штучне переривання вагітності в Україні у ВІЛ-інфікованих жінок статистично не обліковується. За даними оперативного моніторингу МОЗ України (2007 р.) рівень переривання небажаної вагітності у терміні до 12 тижнів вагітності за бажанням жінки протягом 2000–2007 рр. становив 11–16% від загальної кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих вагітних, у 2008 р. – 14,0 %. Зважаючи на руйнівний вплив абортів на стан репродуктивного здоров'я, 10,0 % ВІЛ інфікованих жінок потребує доступу до ефективних послуг ПС;

- питома вага дітей-сиріт ВІЛ-інфікованих матерів з підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом складає 38,3%. У жінок, які отримували АРТ в допологовому періоді, ризик відмови від немовлят був значно нижче, ніж у жінок, які отримували тільки одноразову дозу невірапіну (через пізню діагностику ВІЛ-інфекції). Станом на кінець 2014 р. показник ВІЛ-інфікованих дітей-сиріт, що перебувають у будинках дитини, складала 2,16 на на 100

середньорічного контингенту, в стадії підтвердження ВІЛ-статусу - 2,28 на 100 середньорічного контингенту

Встановлені прогалини у законодавстві щодо забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок ефективними засобами та методами ПС, “фемінізація” епідемічної ситуації ВІЛ-інфекції, зростання показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини, проблеми соціального сирітства серед дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями та проблеми планування сім’ї ВІЛ-інфікованих жінок вказують на необхідність удосконалення підходів до впровадження ефективних заходів з ПС ВІЛ-інфікованих жінок.

Шляхи удосконалення якості послуг з планування сім’ї ВІЛ-інфікованих жінок

З метою активного впливу на подолання передачі ВІЛ від матері до дитини, зниження рівнів соціального сирітства та статевого шляху ВІЛ-інфікування населення в Україні, побудована модель планування сім’ї ВІЛ-інфікованих жінок у складі існуючої вітчизняної системи планування сім’ї та у відповідності рекомендацій ВООЗ.

Модель планування сім’ї ВІЛ-інфікованих жінок побудована на основі концепції Програми дій Міжнародної конференції з народонаселення і розвитку (МКНР, 1994), яка передбачає, що першою і найголовнішою відповідальністю є забезпечення того, що кожна дитина має бути бажаною, другою - це визнання того, що діти є найважливішим ресурсом майбутнього, і що більш значні інвестиції в них з боку батьків і товариств є необхідними для його досягнення [1].

ВООЗ, вважаючи, що запобігання ВІЛ/СНІДу та боротьба з ними серед жінок і дітей вимагають зміцнення та удосконалення системи первинної медико-санітарної допомоги, освіти, а також інших програм надання психологічної та соціальної допомоги жінкам, дітям і сім'ям, виступила із закликом до всіх урядів, установ системи ООН, міжурядових та неурядових організацій, співтовариств вчених, працівників охорони здоров'я та соціальної

сфери, а також громадськості в цілому спрямовувати та координувати глобальну боротьбу проти СНІДу, а саме:

1. Взяти на себе керівництво і мобілізувати необхідні ресурси, як людські, так і фінансові, для забезпечення активної підтримки попередження ВІЛ-інфекції/СНІДу серед жінок і дітей і забезпечення догляду за хворими, особливо в найбільш уражених країнах і країнах, що зазнають найбільші економічні труднощі, а також відповідно до Глобальної стратегії по СНІДу.

2. Підвищити роль і соціально-економічний та правовий статус жінок і дітей, з тим щоб забезпечити всебічну участь жінки в програмах з питань СНІДу на всіх рівнях, а також забезпечити повагу прав людини і гідності жінок і дітей, включаючи тих з них, які інфіковані ВІЛ.

3. Продовжувати розробку і здійснення новаторських, багатоцільових, санітарно просвітницьких програм, спрямованих на попередження ВІЛ-інфекції/СНІДу. В інформаційних та навчальних програмах, призначених для молодих людей, включаючи підлітків, і проведених за їх участю, необхідно підкреслювати їх відповідальність щодо попередження поширення інфекції в їх середовищі та їх роль в якості майбутніх батьків.

4. Підкреслювати необхідність запобігати відчуження і несправедливість стосовно осіб, інфікованих ВІЛ, та осіб, які належать до груп ризику, у всіх сферах життя і для всіх службових установ, включаючи школу.

5. Забезпечувати належне визнання проблеми СНІДу та ВІЛ-інфекції для всіх груп населення шляхом розробки і здійснення ефективних національних систем епідеміологічного нагляду та реєстрації випадків захворювання.

6. Забезпечувати координацію або інтеграцію програм попередження ВІЛ/СНІДу та боротьби з ними, з усіма іншими програмами, призначеними для жінок, дітей і сімей, і, в першу чергу, програм охорони здоров'я матері і дитини, планування сім'ї та боротьби із ЗПСШ, а також розглянути і зміцнити політику і управління в області служб охорони здоров'я та інших соціальних служб з належною увагою до перспектив для жінок.

7. Забезпечувати таке положення, при якому тестування на ВІЛ пропонувалося б жінкам і дітям як невід'ємна, але добровільна частина програм

охорони здоров'я, включаючи консультаційні послуги та іншу психологічну допомогу, при належному дотриманні конфіденційності.

8. Сприяти безпечному материнству для всіх жінок і забезпечувати надання жінкам, інфікованим ВІЛ, належної інформації, а також доступу до служб охорони здоров'я, включаючи служби планування сім'ї, консультаційне обслуговування та іншу психологічну допомогу, з тим щоб вони могли приймати усвідомлені рішення щодо дітонародження.

9. Забезпечити таке становище, при якому програми з попередження ВІЛ/СНІДу та боротьби з ними надавали б необхідну допомогу сім'ям, що страждають від ВІЛ/СНІДу, шляхом мобілізації медико-санітарних і соціальних служб на задоволення виникаючих потреб, включаючи потреби сімей, які піддаються дискримінації, нездатних забезпечити догляд за дітьми, а також потреби покинутих дітей або дітей, які залишилися сиротами.

10. Підкреслювати наявність і доступність необхідної медико-санітарної допомоги, включаючи лікування, а також інших соціальних і допоміжних служб для жінок і дітей, інфікованих ВІЛ, включаючи рекомендовані щеплення.

11. Продовжувати діяльність за програмами охорони, заохочення і з підтримки грудного вигодовування в якості основного компонента розумної політики в галузі охорони здоров'я та харчування.

12. Забезпечувати належний і безпечний збір донорської крові та функціонування служб переливання крові, включаючи використання відповідних лабораторних методів і показань для переливання.

13. Визнати тісний взаємозв'язок між ВІЛ-інфекції/СНІДу та зловживанням наркотиками, яке підвищує небезпеку передачі ВІЛ-інфекції, і забезпечити наявність всеосяжної медико-санітарної допомоги, включаючи лікування від зловживання наркотиками та програми профілактики, з тим, щоб таким шляхом звести до мінімуму небезпека зараження ВІЛ чоловіків, жінок і ненароджених дітей.

14. Забезпечити встановлення належних пріоритетів і виділення ресурсів для дослідження ВІЛ-інфекції/СНІДу у жінок, дітей і сімей, а також розробляти

спільні дослідницькі програми, включаючи програми профілактики, діагностики, лікування, медичного догляду, а також програми, що стосуються більш широких питань, впливають на здоров'я та соціальні умови жінок і дітей. Дослідження повинні також зосереджуватися на альтернативних підходах надання медичного та іншого соціального обслуговування жінок, дітей і сімей, інфікованих ВІЛ.

15. Визнати вирішальну роль жінок в Глобальній стратегії по СНІДу і прискорити процес надання жінкам можливостей для боротьби проти СНІДу [9].

1. Характеристика моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок

Модель планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок є складовою структури 3-рівневої системи планування сім'ї в Україні, затвердженої спільним наказом МОЗ та НАМН України 29.11.2013 № 1030/102 “Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні”, з оптимізацією та наданням нових функцій структурним її підрозділам.

1.1. Удосконалення нормативно-правового забезпечення якісними послугами планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок.

Одним із першочергових завдань щодо успіху та ефективності впровадження моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок є її нормативно-правове забезпечення. Реалізація репродуктивного права через планування сім'ї унормовано Конституцією України, Сімейним кодексом України, Цивільним кодексом України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, Кримінальним кодексом України та іншими законодавчими актами.

Проте, з метою забезпечення ефективними послугами ПС ВІЛ-інфікованих жінок необхідно внести зміни до “Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки”, яка затверджена Законом України ^[1] від 20 жовтня 2014 року № 1708-VII, передбачивши фінансування заходів з ПС, зокрема просвітницькі та забезпечення безоплатними контрацептивами ВІЛ-інфікованих жінок. Механізм та порядок впровадження означених заходів має бути розроблений у галузевих нормативних документах.



Рис. 5.1. Модель планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок

Для впровадження запропонованої моделі необхідно внести зміни також до Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (2010) щодо забезпечення медичною допомогою ВІЛ-інфікованих жінок інноваційними технологіями ДРТ не лише шляхом профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ (від матері до дитини), а й горизонтального шляху передачі ВІЛ (від ВІЛ-інфікованого партнера дискордантної пари ВІЛ-негативному).

Термін дії Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року», затвердженої постановою КМУ від 27.12.2006 №1849, закінчується у 2015 р., яка регулювала заходи з питань планування сім'ї та забезпечення безоплатними контрацептивами жінок з груп ризику, що потребує розробки нового програмного документу з питань репродуктивного здоров'я із фінансовим забезпеченням заходів ПС, зважаючи на програмно-цільовий метод державного управління в Україні.

У зв'язку із втратою чинності наказу (№620 «Про організацію стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні») ми пропонуємо розробити новий нормативний документ з питань організації стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги, у якому передбачити рекомендації ВООЗ щодо індивідуального призначення породіллям контрацептивів за 5-компонентним підходом: контрацептив підбирається за поінформованим вибором пацієнтки щодо методів та засобів планування сім'ї; репродуктивних планів; віку пацієнтки та її статевого партнера; стану здоров'я пацієнтки та її статевого партнера, а також матеріальних її спроможностей, що є суттєвим фактором поінформованості жінок репродуктивного віку про методи планування сім'ї, кількість яких складає в Україні біля 12 млн., враховуючи щорічну кількість пологів біля 500 тис.

Необхідно також внести зміни до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї» (наказ МОЗ України від 21.01.2014 № 59 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі

стандартизації медичної допомоги з питань плануванні сім'ї») та Клінічного протоколу «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності» (наказ МОЗ України від 31.12.2010 №1177) з урахуванням особливостей консультування та вибору контрацептивних засобів для ВІЛ позитивних жінок, взаємодії контрацептивних засобів з антиретровірусними препаратами, контрацепції у дискордантних пар, а також визначення протипоказаним для ВІЛ-інфікованих породіль метод лактаційної аменореї.

Рекомендації з методів контрацепції для ВІЛ-позитивних осіб базуються на загальних підходах щодо критеріїв підбору контрацептивів. Окрім медичних критеріїв підбору методів контрацепції слід також враховувати соціальні, культурні та поведінкові умови клієнта. Рекомендації щодо застосування контрацептивів мають носити індивідуальний характер для кожної жінки і пари, залежно від стадії захворювання і лікування, а також стилю життя і персональних бажань. Кожній жінці має надаватися інформація про ризики та переваги, пов'язані з кожним методом контрацепції. Саме за клієнтом залишається остаточний вибір методу контрацепції.

Для поінформованого вибору контрацептиву жінці необхідна інформація про: ефективність методу; правильне застосування даного методу; ризику та переваги методу; типові побічні ефекти; ознаки і симптоми, що вимагають звернення до клініки; вартість та зручність у застосуванні методу; вплив методу на передачу ППШ і ВІЛ.

Консультування має допомогти людям, що живуть з ВІЛ, у їх рішенні щодо планування сім'ї. Тому в ході консультування має надаватися наступна інформація:

- ефективність контрацептиву щодо запобігання вагітності та ППШ; вплив прогресування ВІЛ-інфекції на здоров'я; ефективність та наявність АРВ препаратів;

- служби, що надають АРВ терапію; взаємодія між АРВ препаратами та контрацептивами; ризик передачі ВІЛ-інфекції у дискордантних парах у разі їх бажання мати дітей; вплив ВІЛ-інфекції на вагітність, можливий негативний вплив на результат вагітності; ризик передачі інфекції від матері до дитини, а

також ризику та переваги АРВ-профілактики, елективного кесарського розтину, штучного вигодовування.

Медичні критерії підбору контрацептивів для людей з ВІЛ-інфекцією: більшість контрацептивів безпечна та ефективна і може використовуватися ВІЛ-позитивними жінками. Однак, особлива увага в ході консультування з питань планування сім'ї має надаватися питанням ПСШ/ВІЛ, оскільки профілактика їх передачі є важливою в тому ж ступені, як і профілактика небажаної вагітності. Оскільки презервативи - це єдиний метод контрацепції, який доведено захищає від передачі ПСШ/ВІЛ, служби планування сім'ї мають заохочувати жінок до регулярного і правильного використання презервативів.

Рекомендовано також використання методу подвійного захисту. Це одночасна профілактика ПСШ та непланованої вагітності. Такий захист забезпечує регулярне використання латексних презервативів, як окремо, так і у поєднанні з іншими методами.

Подвійний захист може бути рекомендовано з метою компенсації недостатньої ефективності гормональних контрацептивів внаслідок їх взаємодії з АРВ препаратами. Подвійний захист забезпечується використанням посткоїтальної (невідкладної) контрацепції у випадку порушення цілісності презерватива. Стратегії подвійного захисту мають бути частиною консультування і підтримки, що надається всіма службами репродуктивного здоров'я.

Основним методом попередження небажаної вагітності та інфікування ПСШ/ВІЛ є використання чоловічих презервативів. При регулярному і правильному використанні чоловічі латексні презервативи надають захист від передачі ВІЛ від жінки до чоловіка, від чоловіка до чоловіка та від чоловіка до жінки. ВІЛ-позитивні пари, які використовують презервативи, мають захист від нових штамів ВІЛ. Лабораторні дослідження довели непроникність латексних презервативів для збудників інфекцій, в тому числі найменших вірусів, які містяться в виділеннях статевих органів. Важливо застосовувати презерватив у відповідності до чітких інструкцій. Для забезпечення оптимального захисту від інфекцій презервативи мають бути якісні і мають регулярно і правильно

використовуватися.

Невідкладна контрацепція може застосовуватися у випадку розриву або зісковзування презервативу. У разі розриву або сповзання презервативу дискордантні пари повинні мати інформацію та доступ до постконтактної (невідкладної) профілактики для неінфікованих партнерів.

Застосування презервативів з метою профілактики ІПСШ/ВІЛ особливо важливо в тих випадках, коли можливість завагітніти не викликає занепокоєння, як то у випадку самої вагітності або будь якої форми безпліддя, наприклад, внаслідок стерилізації або менопаузи.

Жіночі презервативи. Правильне і регулярне використання жіночих презервативів, забезпечують захист від ІПСШ і ВІЛ. Жіночі презервативи дещо менш ефективні, ніж чоловічі з точки зору попередження вагітності. Однак, вони мають кілька переваг, а саме: можливість введення презерватива до початку статевого акту; відсутність необхідності видалення презервативу відразу після еякуляції; більший контроль зі сторони жінки, хоча її партнер має також приймати участь обговоренні і допомагати їй у використанні презервативу.

Жінки, для яких вагітність є небезпечною з медичних причин, мають використовувати інші методи контрацепції, ніж бар'єрні (діафрагми, ковпачки), оскільки останні мають досить велику частоту невдач, якщо вони не використовуються регулярно і правильно. Слід підкреслити, що ці методи не забезпечують захист від ВІЛ та інших ІПСШ.

Сперміциди. Оскільки ноноксинол 9 може спричинити певні побічні ефекти, використання презервативів, що мають змазку ноноксинолом 9, не повинне пропагуватися; однак, бажано використовувати навіть презерватив з ноноксинолом 9, ніж зовсім не використовувати презерватив. Проблеми, пов'язані з безпечністю ноноксинолу 9, також стосуються інших сперміцидних контрацептивів. Жінкам з ВІЛ не слід використовувати сперміциди, окремо чи у поєднанні з бар'єрними методами, такими як діафрагма або ковпачки [9].

Потребує перегляду спільний наказ МОЗ та НАМН України 29.11.2013 № 1030/102 “Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони

репродуктивного здоров'я в Україні” в частині Переліку хвороб, при яких вагітність та пологи загрожують життю матері і майбутній дитині та які обумовлюють необхідність забезпечення безоплатними контрацептивами з метою попередження вагітності, замінивши “Хвороба, спричинена ВІЛ” на “ВІЛ-інфекція в стадії СНІД”, оскільки це положення носить дискримінаційний характер стосовно ВІЛ-інфікованих жінок, які за умови проведення антиретровірусної профілактики можуть народити здорову дитину (додаток 6 до Методики організації діяльності системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні).

У цьому наказі необхідно внести зміни щодо розширення співпраці не лише центрів планування сім'ї та репродукції людини з центрами профілактики та боротьби зі СНІДом з питань планування сім'ї, а й інших структурних підрозділів системи планування сім'ї з мережею закладів служби профілактики ВИЛ/СНІД (додаток 8 до Методики організації діяльності системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні), зокрема з розгалуженою мережею кабінетів “Довіра”.

Потребують внесення змін до наказів МОЗ від 09.09.2013 № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» визначенням технологій ДРТ для ВІЛ-інфікованих жінок та від 29.11.2004 № 579 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти», виключивши ВІЛ-інфекцію з переліку протипоказань щодо застосування ДРТ.

З метою забезпечення профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ (від матері до дитини) при народженні дитини у дискордантної пари необхідно внести зміни до спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерств праці та соціальної політики України 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». Забезпечення інформацією населення щодо можливості реалізації репродуктивної функції дискордантними парами в Україні є вагомим компонентом ефективності запропонованої нами моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок за міжсекторальним підходом, що включає підвідомчі структури Мінмолодьспорту та заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) усіх трьох рівнів організації медичної допомоги населенню спільно з міждисциплінарними командами (на первинному рівні до їх складу включається сімейний лікар, на вторинному рівні - лікар акушер-гінеколог/педіатр/інфекціоніст), положення про яку унормоване цим наказом.

Нами у складі мультидисциплінарної робочої групи здійснено перегляд наказу МОЗ України від 14.11.2007 № 716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини». На основі адаптованої клінічної настанови «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» за нашою участю розроблений проект Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» у відповідності до рекомендацій ВООЗ. На разі проект протоколу знаходиться на стадії затвердження. У клінічній настанові та у проекті клінічного протоколу визначені послуги планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок та унормована медична допомога дискордантним парам.

1.2. Організаційні механізми впровадження моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок.

Організаційні механізми впровадження запропонованої моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок передбачається в умовах децентралізації медичної допомоги та інтеграції необхідних сервісів у місці надання послуг з ПС. Базова стратегія децентралізації зможе забезпечити найбільший вплив на епідемію ВІЛ-інфекції та, що не менш важливо, скоротити витрати на підтримку системи охорони здоров'я, оптимізувати матеріальні, кадрові та управлінські ресурси. Децентралізація – процес перерозподілу або делегування функцій, повноважень від центрального

управління. У сфері протидії ВІЛ-інфекції, децентралізація – це передача (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 можливо визначити обсяг необхідних втручань та послуг. При цьому, регіональні 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 програм. Впровадження децентралізації дозволяє відтворювати безперервність послуг, надає можливість отримувати послуги у найближчому до пацієнта медичному закладі. Крім того, впровадження такої моделі управління сприятиме активному залученню місцевих громад та спільноти людей, які живуть з ВІЛ, до процесу прийняття управлінських рішень, мінімізації стигми та дискримінації, підвищенню рівня прихильності пацієнтів до антиретровірусної терапії, раціональному використанню наявних ресурсів.

У нашій моделі до визначених функцій у положенні про Державний центр планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, затвердженого спільним наказом МОЗ та НАМН України 29.11.2013 № 1030/102 “Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні”, і Статуті ДУ “Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України” (наказ МОЗ України від 25.10.2011 р. № 182-0 «Про зміну назви та затвердження Статуту Державної установи «Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України») додаються функції співпраці у напрямку навчально-методичної роботи з питань ПС ВІЛ-інфікованих жінок шляхом адміністрування діяльності обласних центрів планування сім'ї (ЦПС) з обласними центрами Центрами профілактики та боротьби зі СНІДом (ЦПБС) та прийняття управлінських рішень.

Організаційні механізми співпраці ЦПС з обласними центрами ЦПБС, які визначені спільним наказом МОЗ та НАМН України 29.11.2013 № 1030/102 “Про удосконалення системи планування сім’ї та охорони репродуктивного здоров’я в Україні”, у нашій моделі мають стати центрами інтегрованих медико-соціальних послуг для ВІЛ-інфікованих жінок. Охорона репродуктивного здоров’я та планування сім’ї мають стати невід’ємними компонентами допомоги при ВІЛ-інфекції, оскільки в умовах епідемії ВІЛ/СНІДу важливе значення має організація надання послуг ВІЛ-інфікованим жінкам з питань планування сім’ї, запобігання небажаних вагітностей та тимчасово - бажаних вагітностей у жінок з ускладненим перебігом ВІЛ-інфекції з огляду на те, що в Україні показник ЧПМД у 2014 р. збільшився з 3,7 % до 4,31 % у порівнянні 2013 р.; 40,6 % ВІЛ-інфікованих вагітних приймають АРТ за станом здоров’я, що свідчить про ускладнений перебіг ВІЛ-інфекції та про підвищений ризик вертикальної трансмісії ВІЛ; низька прихильність ВІЛ-інфікованих вагітних з небажаною вагітністю до АРВП – у 2014 р. не перебували під спостереженням лікаря акушера-гінеколога у жіночій консультації 4,9 % ВІЛ-інфікованих вагітних, зовсім не отримували АРВ-профілактику – 3,8 %; пізнє звернення ВІЛ-інфікованих вагітних з небажаною вагітністю (33,0 % матерів ВІЛ-інфікованих дітей вперше зверталися до лікаря-акушера-гінеколога тільки на момент пологів); у 48,0 % ВІЛ-інфікованих матерів, що народили ВІЛ-інфікованих дітей, вагітність була непланованою; 92,1 % ВІЛ-інфікованих жінок – це жінки молодого репродуктивного віку; у 23,0 % ВІЛ-інфікованих жінок перша вагітність у яких закінчилась абортom.

У відповідності до Конвенції про права людини, кожна ВІЛ-позитивна жінка має право на народження дитини. Проте 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-позитивної жінки для народження та виховання своїх дітей, таким чином здійснення профілактики соціального сирітства.

Методична робота ЦПС та ЦПБС має бути побудована на основоположних принципах и сучасних підходах до ПС ВІЛ-інфікованих

жінок: репродуктивний вибір та питання планування сім'ї є надзвичайно актуальними для ВІЛ-позитивних жінок та їх сімей. Збільшення інтервалів між пологами є важливим заходом щодо зниження материнської та дитячої смертності у країнах з високим поширенням ВІЛ-інфекції. Ці принципи мають відображатись у навчально-тренінговому процесі, метою яких є оперативна підготовка кадрів щодо сучасних технологій ПС ВІЛ-інфікованих жінок. Для усвідомлення підготовленими спеціалістами ризиків небажаної вагітності та інфікування ПСШ, ВІЛ-інфекцією, програми планування сім'ї повинні охоплювати все населення репродуктивного віку. Одним із дієвих заходів є подвійний захист, який включає стримування від першого статевого дебюту, правильне та регулярне використання презервативів, використання презервативів спільно з іншими ефективними методами контрацепції (використання подвійного методу). Прі підготовці спеціалістів необхідно урахувати, 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.

З метою ефективного виконання завдань щодо планування сім'ї для ЛЖВ, необхідно у кожному лікувальному закладі або відомстві, які опікуються проблемами ВІЛ-інфекції, організувати консультування ВІЛ-позитивних жінок з питань планування сім'ї, яке проводиться у відповідності до вимог галузевих нормативних документів спеціалістами центрів планування сім'ї, центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, кабінетів ПС, ЗОЗ акушерсько-гінекологічного профілю усіх 3 рівнів надання медичної допомоги, ЦПСД та кабінетів "Довіра".

Особливістю сучасної організації системи планування сім'ї для ВІЛ-позитивних осіб є те, що ці послуги надаються спільно з іншими службами, втім числі соціальними та освітніми. Поєднання зусиль медичної та соціальних служб сприятиме більш повному доступу до послуг з питань надання медико-соціальних послуг: психологічних, соціально-дичних, соціально-педагогічних, інформаційних, юридичних, соціально-економічних, які

організуються в центрах соціальної служби сім'ї, дітей та молоді. До цих центрів медичними спеціалістами можуть скеровуватись ВІЛ-позитивні жінки, які опинилися в складних життєвих обставинах для забезпечення соціальним супроводом. Основні три ключових питання для зміни поведінки та потреб планування сім'ї у ВІЛ-позитивних осіб є стримування від ризикових сексуальних відносин, вірність своєму партнеру та використання презервативів. Особливо важливо використовувати ці підходи для молодих жінок та підлітків. Регулярне використання презервативів буде сприяти зниженню поширення ВІЛ-інфекції та захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), а також профілактиці небажаної вагітності.

Питання планування вагітності вирішуються спільно з лікарем Центру профілактики та боротьби зі СНІД. Спеціалістами ЦПС (кабінетів ПС) при наданні послуг з питань планування вагітності враховуються рівень вірусного навантаження та стадія розвитку хвороби. Пацієнтка приймає поінформоване рішення щодо планування народження дитини. Послуги з питань ПС повинні включати створення спільного плану спостереження за ВІЛ-позитивною жінкою, який включає оцінку імунного статусу жінки, визначення стану соматичного здоров'я та можливих гінекологічних захворювань, діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Питання щодо запобігання небажаній вагітності вирішуються спільно фахівцями з питань планування сім'ї та спеціалістами центрів профілактики та боротьби зі СНІДом відповідно до бажання пацієнтки, її репродуктивних планів з дотриманням принципів конфіденційності.

У Моделі використані принципи децентралізації та інтеграції послуг ПС з діяльністю кабінетів «Довіра» щодо оптимального розширення доступу до медичних послуг, яка унормована наказом МОЗ України від 21.07.2014 р. № 509. Основними функціями кабінету «Довіра» є:

- проведення консультування і тестування на ВІЛ населення;
- встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, проведення АРТ, облік, медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами;
- медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими вагітними жінками, призначення

- та супровід профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини;
- профілактика, діагностика та лікування опортуністичних інфекцій;
 - забезпечення профілактики, діагностики та лікування вірусного гепатиту В, діагностика вірусного гепатиту С та перенаправлення до ЗОЗ, що здійснюють лікування гепатитів;
 - заходи з планування сім'ї;
 - організація та забезпечення заходів з постконтактної профілактики;
 - консультування членів родини і близьких, які живуть з ВІЛ;
 - формування прихильності до лікування;
 - забезпечення взаємодії з іншими установами, організаціями у наданні хоспісної, паліативної допомоги;
 - співпраця з центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, службами у справах дітей, осередками Товариства Червоного Хреста та іншими благодійними організаціями.

В рамках діяльності кабінетів “Довіра” передбачається забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок безоплатними контрацептивами за рахунок місцевих бюджетних та позабюджетних коштів, а також поєднати зусилля у проведенні програми замісної підтримуючої терапії у жінок СІН з одночасним забезпеченням засобами контрацепції, що значно підвищить можливості профілактики ВІЛ-інфекції вертикальним та горизонтальним шляхом, непланованої вагітності та соціального сирітства, оскільки на сьогодні в Україні проблема ВІЛ-інфікованих жінок СІН є невирішеною і актуальною: в Україні спостерігається стабільна статистика ВІЛ-інфікування шляхом СІН (серед жінок репродуктивного віку цей показник у 2014 р. складає 13,8 %, у 2013 р. питома вага вагітних, які інфікувалися шляхом СІН, складає 6,1 % (237 вагітних), а показник ЧПМД серед ВІЛ-інфікованих вагітних СІН – 11,7 %, що перевищує загальнонаціональний показник на 68,4 % (3,7 %); відсоток жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час пологів, складав 4,9 %, а серед вагітних СІН даний показник вищий у 3,7 разів (18,0 %), відсоток жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус після пологів, складав 4,2 %, а серед жінок СІН був вище – у 2,8 разів (11,8 %); питома вага ВІЛ-інфікованих

вагітних СІН, які не перебували під спостереженням лікаря акушера-гінеколога у жіночій консультації у 3,6 раза вище (17,5 %), ніж серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних (4,9 %), які не отримували АРВ-профілактику вище у 3,3 рази (12,7 %). Станом на 01.01.2014 р., в країні функціонувало 707 кабінетів “Довіра”, з них в 175 надаються послуги з діагностики, лікування опортуністичних інфекцій, призначення та супровід пацієнтів з АРТ і лабораторний моніторинг перебігу ВІЛ-інфекції. Послуги замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) отримує 8407 осіб, 81% – чоловіки, 19% – жінки або (1597 жінок СІН), з них у 57 жінок відбулися пологи.

У жінок СІН спостерігається більш високий рівень стигматизації та психосоціальні проблеми у порівнянні з чоловіками є певною перешкодою доступу жінок до послуг ЗПТ. Послуги програми ЗПТ в Україні надаються на базі різних типів ЗОЗ. Станом на 01.01.2015 р. 170 ЗОЗ забезпечували впровадження ЗПТ, що можливо для спільної програми щодо забезпечення доступними для кожної жінки СІН контрацептивами, оскільки ця категорія жінок є неадаптованою для використання ефективних засобів контрацепції.

Арсенал мережі кабінетів “Довіра” можливо також використати для служби ПС ВІЛ-інфікованих жінок у випадку одночасного забезпечення антиретровірусними препаратами і контрацептивами ВІЛ-інфікованих жінок. За даними Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами у 2014 р. серед осіб, які отримують АРТ, дорослі (18 років і старше) складають 29 705 жінок (48,4%), що можливо використати з поширенням контрацептивів. Таким чином, можливо забезпечити універсальний та безперервний доступ до АРТ та ПС ВІЛ-інфікованих жінок.

У Кабінетах «Довіра», згідно зі штатним розписом, працюють лікар-інфекціоніст, медична сестра та соціальний працівник; більшість фахівців пройшли професійну підготовку на семінарах тренінгах та стажування на робочому місці за спеціальною програмою в регіональних тренінгових центрах, в організації яких взяли участь заклади вищої медичної освіти.

Організаційні механізми запропонованої Моделі включають тренінговий процес, який активно впроваджується в службі профілактики ВІЛ/СНІД, що

необхідно використати для спільних тренінгових програм з ПС. Станом на 2014 р. відкрито 4 міжрегіональні тренінгові центри (МТЦ) з питань протидії ВІЛ, туберкульозу та іншим соціально небезпечним захворюванням. Центри діють в містах Вінниця (відкритий у 2012 р.), Запоріжжя (відкритий в червні 2013 р.), Львові та Харкові (відкриті в грудні 2014 р.). Кожен з центрів проводить свою діяльність у тісній співпраці з закладами медичної післядипломної освіти, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та відповідними регіональними закладами охорони здоров'я – обласними центрами профілактики та боротьби зі СНІДом та протитуберкульозними закладами. У рамках діяльності центрів проводяться тренінги з основ антиретровірусної терапії, ведення випадку ко-інфекції ВІЛ/ТБ, стажування на робочому місці, реалізується програма клінічного наставництва. За даними 2014 р. на базі МТЦ пройшли навчання 123 лікарі і 84 медсестри, 39 соціальних працівників та психологів. Учасниками стажувань на робочому місці стали 84 фахівців. Клінічною базою МТЦ стали районні центри профілактики та боротьби зі СНІДом.

Клінічні протоколи ВООЗ з питань профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ (2012 р.) і антиретровірусної терапії у дорослих та підлітків (2013 р.) [10, 11] рекомендують урахувати окрім медичних критеріїв прийнятності при виборі методу контрацепції соціальні, культурні та поведінкові особливості пацієнтів. Рекомендації по контрацепції повинні бути індивідуальними, відповідати вимогам кожної жінки чи пари і враховувати стадію ВІЛ-інфекції, лікування, спосіб життя та особисті побажання. Тільки сама жінка найкращим чином може оцінити, які переваги і недоліки можуть мати для неї пропонувані методи. Остаточне рішення про вибір методу контрацепції повинна зробити сама пацієнтка.

Для прийняття рішення пацієнтці є необхідною наступна інформація:

- ефективність методу;
- як метод правильно застосовувати;
- переваги та недоліки контрацептивного методу;
- поширені побічні ефекти;

- симптоми та ознаки, при появі яких необхідно звернутися до лікаря;
- вартість і зручність застосування;
- ефективність методу щодо ризику передачі ПСШ, включаючи ВІЛ інфекцію.

Консультації повинно допомогти жінкам, які живуть з ВІЛ, прийняти рішення, що стосується дітонародження, для чого необхідно надати наступну інформацію:

- ефективність методів контрацепції для попередження вагітності і передачі збудників ПСШ;
- вплив прогресування ВІЛ-інфекції на здоров'я;
- ефективність і доступність АРВ-препаратів;
- наявність служб, що надають АРТ;
- взаємодія АРВ-препаратів і контрацептивів;
- ризик передачі ВІЛ-інфекції не інфікованому партнеру при спробі завагітніти;
- можливий вплив ВІЛ-інфекції на перебіг вагітності, включаючи несприятливі результати;

ВООЗ рекомендується, що більшість методів контрацепції є ефективними і безпечними як для жінок з безсимптомною ВІЛ-інфекцією, так і для жінок, у яких спостерігаються клінічні прояви ВІЛ/СНІД. Однак, при консультуванні з питань планування сім'ї необхідно приділити особливу увагу передачі ВІЛ та збудників інших ПСШ, оскільки попередження передачі збудників також важливо, як попередження вагітності. Оскільки доведено, що презерватив є єдиним методом контрацепції, який перешкоджає зараженню і передачі ВІЛ/ПСШ, працівники служб планування сім'ї повинні настійно рекомендувати їх використання своїм пацієнтам і сприяти тому, щоб пацієнти постійно і правильно їх використовували. Одним із сучасних і ефективних методів планування сім'ї у дискордантних подружніх пар є застосування допоміжних репродуктивних технологій. Питання планування сім'ї для дискордантних пар є актуальним, оскільки за даними ВООЗ (2013 р.)

дискордантні пари складають біля 50% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб.

Щодо переривання небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок у Моделі визначається, що маючи повну і точну інформацією про можливі ризики і варіанти допомоги, ВІЛ-інфікована жінка може прийняти інформоване рішення про збереження або переривання вагітності. Лише наявність ВІЛ-інфекції у вагітної не є показанням переривання вагітності за медичними показаннями, а примушувати жінку переривати вагітність не можна за жодних обставин.

Найважливішим компонентом поліпшення репродуктивного здоров'я жінок, у тому числі жінок, що живуть з ВІЛ, є попередження небажаних вагітностей і небезпечних абортів. Навіть при ефективній роботі служб планування сім'ї небажані вагітності можливі з різних причин (невдачі при використанні контрацептивів, небажання чоловіка використовувати презерватив, інші засоби запобігання або заборона жінці оберігатися від вагітності, побоювання побічних ефектів, примус до незахищеного сексу, насильство і т. ін.). У всіх цих випадках багато жінок намагатимуться перервати вагітність. Якщо ВІЛ-інфекція діагностована під час вагітності, жінка може захотіти перервати навіть заплановану і бажану вагітність. З якої б причини жінка, яка живе з ВІЛ, не захотіла перервати вагітність, лікар повинен надати їй можливості для її безпечного переривання.

У Моделі визначені організаційні механізми ПС ВІЛ-інфікованих жінок на трирівневому рівні медичної допомоги. Основна відповідальність за профілактику ПСШ, ВІЛ-інфекції та небажаної вагітності покладається на лікаря загальної практики-сімейного лікаря через профілактично-консультативну діяльність. Спеціалісти акушерсько-гінекологічної служби 3-х рівнів надання медичної допомоги забезпечують застосування контрацептивами ВІЛ-інфікованими жінками у відповідності до рекомендацій ВООЗ, що може стати складовою шляху до виконання поставленої на 2015 рік міжнародної цілі – знизити рівень передачі ВІЛ від матері дитині до “0”, – що потребує вирішення низки актуальних питань і реально забезпечить

універсальний доступ до заходів з ППМД для всіх ВІЛ-позитивних вагітних, передусім, жінок, які належать до особливо вразливих та соціально незахищених груп населення.

1.3. Економічна та медико-соціальна ефективність моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок

Ефективні послуги з питань планування сім'ї (ПС) передбачають види діяльності, що допомагають ВІЛ-інфікованим жінкам запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини в залежності від стану їх здоров'я. Всесвітньою організацією охорони здоров'я визначено, що планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок є одним із чотирьох компонентів комплексного підходу до ефективної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

Вертикальний шлях ВІЛ-інфікування або передача ВІЛ від матері до дитини (ПМД) має окрім негативних медичних наслідків, значні економічні витрати, які можливо зменшити, довівши економічну ефективність профілактичних заходів у порівнянні з витратами на заходи медико-соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Дослідження економічної ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) здійснене методом порівняння витрат на забезпечення жіночого населення ефективними послугами з планування сім'ї (ПС) із витратами на медично-соціальні заходи з догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми, народжених ВІЛ-інфікованими матерями від небажаної вагітності, виходячи з того, що за умови використання повноцінних профілактичних заходів рівень ВТ ВІЛ-інфекції становить 0–1%, тобто можливе майже 100% попередження перинатальної ВІЛ-інфекції, таким чином, забезпечується досягнення високого рівня соціального значення цього виду діяльності, а також позитивного впливу на демографічні та соціально-економічні процеси держави, які є основними показниками розвитку країни.

Розрахунки витрат на заходи ППМД проведені відповідно до рекомендованого ВООЗ 4-компонентного підходу до ППМД, а саме порівняння витрат на профілактику небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок через забезпечення

їх ефективними засобами та методами планування сім'ї з витратами на забезпечення доглядом ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями внаслідок небажаної вагітності.

Планування сім'ї вже давно показало свою користь для здоров'я населення [3]. Контрацепція може скоротити кількість небажаних вагітностей, а також число абортів, ускладнень після вагітності і пологів (шляхом запобігання вагітності), і крім того, зменшити кількість інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ. Планування сім'ї є успішним втручанням, яке призводить до поліпшення здоров'я немовлят і дітей, а також до зниження дитячої смертності. Проте реалізація програм ПС стримується різними факторами, включаючи недостатнє фінансування, що виділяється на репродуктивне здоров'я та послуги з планування сім'ї, неадекватні системи охорони здоров'я і слабкі адміністративні структури, бар'єри в законодавстві, а також більш широкі соціальні умови гендерної нерівності і соціальних норм стосовно репродуктивного вибору.

Профілактика небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок є другим окремим компонентом ефективної ППМД, стратегічним напрямком є запобігання випадків ВІЛ-інфікування новонароджених внаслідок низької прихильності вагітної до медикаментозної профілактики та безпечної поведінки вагітної, спрямованої на попередження вертикальної трансмісії ВІЛ, а також – на попередження соціального сирітства. Опосередкованим позитивним ефектом профілактики небажаної або непланованої вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок є поліпшення якості життя ВІЛ-інфікованої вагітної, зважаючи на шкідливий вплив штучного переривання небажаної вагітності.

Методика розрахунку витрат на профілактику небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок включає визначення середньої вартості контрацептиву, щорічної потреби та вартості їх на рік, а також витрати на контрацептиви для ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку у відповідності до відсоткового розподілу їх використання.

В Україні у 2014 р. зареєстровано 6960 нових випадків ВІЛ-інфекції у жінок репродуктивного віку (15-49 років) [7], які потребують ефективних

послуг з планування сім'ї з метою забезпечення народження у них бажаних та планованих дітей і попередження непланованої вагітності, за якої спостерігається низька прихильність до профілактики ПМД.

У 2013 р. за даними ДУ «Центру контролю за соціальнонебезпечними хворобами МОЗ України» показник непланованої вагітності в Україні є дуже високим і складає 48,0 %, що є групою ризику для ПМД. Тому забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок засобами контрацепції з метою попередження непланованої вагітності сприятиме ефективності ППМД.

Розподіл методів контрацепції здійснений за результатами дослідження, проведеного у 2005 р. «Опитування щодо готовності та спроможності платити за засоби контрацепції в Україні» відповідно до пріоритетів застосування контрацептивів ВІЛ-інфікованими пацієнтками (табл. 1).

Таблиця 5.1

**Розрахункові щорічні витрати на контрацептиви
для ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку (2014 р.)**

Вид контрацептивів	Вартість одиниці чи упаковки (грн.)	Щорічна кількість для 1 пацієнтки	Річна вартість для 1 пацієнтки	Розподіл пацієнток (%)	Кількість пацієнток (абс. числа)	Річна потреба у фінансуванні (грн.)
Комбіновані оральні контрацептиви	37,50	13	487,50	5,5	383	186712,50
Прогестинові оральні контрацептиви	62,50	13	812,50	0,5	36	29232,00
Внутрішньо-маткові засоби	250,00	0,2	50,00	19,3	1344	67200,00
Презервативи	3,75	120	450,00	73,7	5129	2308050,00
Ін'єкційні контрацептивні засоби	62,50	4	250,00	1	68	17000,00
Разом						2608194,5

У табл. 5.1 наведені основні види сучасних ефективних контрацептивів, які

за станом здоров'я можна використовувати ВІЛ-інфікованим пацієнткам за відсотковим розподілом, щорічна кількість необхідних кожного виду контрацептивів на одну пацієнтку, а також річна вартість кожного виду контрацептивів на одну пацієнтку та для визначеної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнток.

Таким чином, річна розрахункова вартість контрацептивів для забезпечення 6960 ВІЛ-інфікованих жінок віком 15–49 років з метою попередження у них небажаної вагітності складає 2 608 194,5 грн.

У 2014 р. кількість вагітних жінок, у яких вагітність була непланованою становила 1309 (48,0 % від 2728 ВІЛ-позитивних вагітних), що майже співпадає з результатами, що у ВІЛ-позитивних матерів 56,0 % ВІЛ-інфікованих дітей спостерігалась низька прихильність до АРВ-лікування. Тобто, за умови забезпечення ефективними методами контрацепції ВІЛ-інфікованих жінок 1309 непланованих вагітностей можливо було попередити, а також потенційну ВІЛ-інфекцію у 733 дітей (56,0 %), народжених ними, за причини низької прихильності до ППМД.

За даними ВООЗ, щорічна вартість лікування та утримання однієї ВІЛ-інфікованої дитини для держави в середньому становить близько 1000 американських доларів на місяць. На момент здійснення розрахунків за офіційними даними співвідношення долара США і гривні, курс становив 1 : 24,3. Таким чином, розрахункова вартість утримання однієї ВІЛ-інфікованої дитини, за стандартами ВООЗ, складає 24 300,00 грн. на місяць (24,3 грн. x 1000 дол. США) та 291 600,00 у рік (24 300,00 грн. x 12 міс.) [12]. Вартість утримання 733 дітей у рік становить 213 742 800 млн., що в 1,9 разів перевищує витрати або на 211 134 605,50 грн.

Питання забезпечення контрацептивами жінок репродуктивного віку з метою профілактики ВІЛ-інфекції має, окрім суттєвого економічного ефекту, медико-соціальне значення у позитивному впливі на демографічну ситуацію в країні щодо подовження тривалості життя осіб, які не інфікуюються ВІЛ; ефективність продуктивних сил країни, здешевлення медичних послуг та укріплення сімейної інституції в країні. З огляду на означене економічна ефективність одного із

методів планування сім'ї є значущим для соціально-економічного благополуччя країни.

Окрім цього, про необхідність подолання фрагментованого підходу до попередження небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок свідчать випадки відмов ВІЛ-інфікованих матерів від своїх немовлят. В Україні частка жінок, що відмовилися від своїх немовлят при народженні, в цілому становила 2,0 % при тенденції до зниження - з 4 % в 2000-2002 рр. до 1,5 % в 2006-2009 рр. [13]. Це зниження спостерігалось одночасно з розширенням масштабів ППМД. У жінок, які отримували АРТ в допологовому періоді, ризик відмови від немовлят був значно нижче, ніж у жінок, які отримували тільки одноразову дозу невірапіну (через пізньою діагностику ВІЛ-інфекції); вірогідність відмови від немовлят у жінок, які не мають партнерів-співмешканців і є активними СІН, була вище.

Станом на кінець 2014 р. кількість ВІЛ-інфікованих дітей-сиріт, що перебувають у будинках дитини, складала 93 дітей або 2,16 на на 100 середньорічного контингенту, в стадії підтвердження ВІЛ-статусу - 98 дітей-сиріт або 2,28 на 100 середньорічного контингенту.

Отже, профілактика небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок має економічне та медико-соціальне значення. Розроблення механізму забезпечення ВІЛ-інфікованих жінок ефективними методами та засобами планування сім'ї потребує внесення змін до існуючого законодавства та галузевих нормативних документів.

Література

1. Програма дій, адаптована на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку / Фонд народонаселення ООН. – К., 1997. – 56 с.
2. Планирование семьи.- Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи. ВОЗ, 2008. - 489 с.
3. Жилка Н. Я. Медичні та соціально-економічні основи удосконалення служби планування сім'ї та порушень репродуктивного здоров'я жінок в Україні : автореф. ... дис. к.мед.н. : спец. 14.02.03 / Н. Я. Жилка ; МОЗ України, Національна мед. акад. післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2005. – 21с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюлетень № 41 / МОЗ України. – Київ, 2014. – 95 с.
5. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні : зведений звіт / ВООЗ, Представництво ЮНЕЙДС в Україні. – Київ, 2009. – 240 с.
6. Демографічна політика [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://uk.wikipedia.org/wiki/> Назва з екрана.
7. Здоровье, население и развитие. Позиция ВОЗ : междунар. конф. по народонаселению и развитию. Каир. 1994 г. – Женева. 2000. – 55 с.
8. За матеріалами ВООЗ [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://uoz.dp.ua/home/presrelizi/718-2011-05-10-10-21-07.html> Назва з екрана.
9. 2012. WHO Профілактика передачі ВІЧ от матери ребенку. ВООЗ [Електронний документ]. – Шлях доступу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/159974/PMTCT_20120302-rus.pdf Назва з екрана.
10. ВООЗ. Зведене керівництво з використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції. Рекомендації з позиції охорони громадського здоров'я. 2013.
11. Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ. Навчальний посібник, Київ, 2008. 252 с.
12. Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в

Европейском регионе // Европейская серия достижения здоровья для всех. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1999. – № 6. – С. 324.

13. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд). / М-во охорони здоров'я України, Нац. АН України, ін-т економіки. / Н. Жилка, Т. Іркіна, В. Стешенко. – К: 2001. - 68 с.