

УДК: 616.98:614.4(477.87)

Досвід удосконалення системи нагляду за поширенням ВІЛ-інфекції в Закарпатській області

Миرونюк І.С.*, Брич В.В., Гудюк Н.А.

*Ужгородський національний університет
Закарпатський обласний центр з профілактики та боротьби із СНІДом

Вступ. До основних завдань медичної галузі у протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу належать своєчасна діагностика, призначення профілактичного лікування опортуністичних захворювань та антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованим особам та хворим на СНІД [9, 10]. Забезпечення виконання їх ґрунтується не тільки на ранньому виявленні нових випадків інфікування ВІЛ, але і на взятті осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції під диспансерний нагляд згідно вимог чинного законодавства [5].

Після реєстрації в 1987 році перших випадків ВІЛ в Україні створено систему епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом, що формувалася на підставі офіційних звітів про кількість обстежень на ВІЛ та виявлені випадки інфікування ВІЛ та захворювання на СНІД. Однією з переваг існуючої системи епіднагляду в Україні є те, що оперативна інформація про результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції віддзеркалює обсяг та результати тестування різних контингентів населення на антитіла до ВІЛ. Але, в той же час, вона не містить персоніфікованих даних обстежених осіб. Офіційній реєстрації підлягають тільки ВІЛ-позитивні особи, що пройшли комплекс клінічних обстежень з метою встановлення діагнозу та дали згоду на диспансерний нагляд. ВІЛ-позитивні особи, які уникали контактів з медичними працівниками або за іншої причини не взяті під диспансерний нагляд, не реєструються. Згідно із Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» тестування на ВІЛ є добровільним, конфіденційним та, за бажанням пацієнта, анонімним (за винятком обов'язкового скринінгу донорської крові).

В червні 2004 року ЮНЕЙДС та ВООЗ представили новий варіант політики в галузі тестування і консультування з питань ВІЛ-інфекції, підкресливши при цьому величезне значення знання людиною свого ВІЛ-статусу. В цьому документі наведені дві найважливіші моделі, що можуть суттєво поліпшити ситуацію із встановленням ВІЛ-статусу людини та

розширити доступ до профілактики, лікування та догляду. Перша модель – це добровільне консультування і тестування (ДКТ), а друга – ВІЛ-тестування і консультування, що здійснюється за ініціативою медичних працівників [8].

Усі етапи від моменту проведення дотестового консультування до моменту взяття пацієнта під диспансерний нагляд та виконання ним відповідних призначень відіграють важливу роль у загальній системі протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та є взаємопов'язаними між собою. Так, від якості проведеного дотестового консультування часто залежить звернення пацієнта за результатом та отримання послуг післятестового консультування, що в свою чергу впливає на взяття пацієнта під диспансерний нагляд та виконання ним рекомендацій лікаря протягом нагляду.

На сьогоднішній день нормативна база Міністерства охорони здоров'я України передбачає затвердження методик та порядку як процедури консультування, так і тестування, в т.ч. й інструкцій з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції, методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на антитіла до ВІЛ, ведення облікової та звітної документації тощо [2, 6]. Також в Україні ведеться персоніфікована реєстрація випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу, що відображається в офіційній статистиці зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. При цьому, згідно даних офіційної звітності «Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції», указується лише кількість обстежень (а не осіб), якими було підтверджено ВІЛ [7]. В той же час, показник співвідношення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції та кількості підтверджених на ВІЛ результатів сероепідеміологічного моніторингу розцінюється як такий, що вказує на якість роботи медичної служби в протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні взагалі та в окремому регіоні зокрема. Так, у 2007 році він склав 25,9% по області проти 55,25% по Україні, а в 2008 році 25,61% проти 50,84% відповідно. При цьому в територіальній рейтинговій оцінці за даним показником в 2008 році Закарпаття займає передостанню позицію серед регіонів України [4].

Мета дослідження. Визначити реальний відсоток офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб від виявлених випадків ВІЛ-інфікування, встановити причини низького рівня показника співвідношення кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції та кількості підтверджених на ВІЛ результатів сероепідеміологічного моніторингу в області з наступною розробкою шляхів щодо його покращення.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети нами було проаналізовано «Звіт про осіб із станами та хворобами, що зумовлені вірусом

імунодефіциту людини (ВІЛ) по Закарпатській області» (Форма № 2 – ВІЛ/СНІД) за 2005 – 2008 роки, дані з інформаційних бюлетенів №№ 29, 31 «ВІЛ-інфекція в Україні» [3, 4]. Розроблено та впроваджено оригінальну тимчасову анкету (див. рис.1) при отриманні підтверджених позитивних результатів дослідження на ВІЛ, проведено аналіз та систематизацію отриманих анкетних даних.

ТИМЧАСОВА АНКЕТА									
<i>Заповнює лікар, який призначив обстеження на ВІЛ пацієнту</i>	ДЛЯ СЛУЖБОВОГО КОРИСТУВАННЯ								
<p>АНКЕТА заповнюється при отриманні наступного результату дослідження на ВІЛ з лабораторії Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом: «на підставі лабораторних досліджень методом ІФА в лабораторії зразок сироватки крові розцінюється як такий, що містить антитіла до ВІЛ АБО при проведенні досліджень сироватки методом імунного блоту на тест-системі <u>«назва тест-системи»</u> виявлено антитіла до діагностичних білків <u>тип вірусу: ВІЛ1, ВІЛ2, або ВІЛ1+ВІЛ2»</u>.</p>									
<p>*АНКЕТА подається в Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом не пізніше п'ятого дня після отримання вище вказаного позитивного результату на ВІЛ.</p>									
1.	Назва підрозділу/кабінету ЛПЗ, де пацієнту було призначено дане обстеження на ВІЛ _____								
2.	ПІБ пацієнта (повністю) _____								
3.	Дата народження пацієнта <table border="1" style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <div style="margin-left: 100px;">(день, місяць, рік)</div>								
4.	Адреса фактичного місця проживання пацієнта _____								
5.	Дата взяття крові для даного обстеження на ВІЛ _____								
6.	Код, за яким було обстежено пацієнта на ВІЛ _____								
7.	Причина обстеження за даним кодом (вказати розгорнуто) _____								
8.	Ресстраційний номер, за яким було проведено дане дослідження в лабораторії Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом _____								
9.	Номер та дата підтверджуючого позитивного результату за даними лабораторії _____								
10.	Метод дослідження, яким підтверджено наявність антитіл до ВІЛ в лабораторії _____								
11.	Чи проведено первинне після тестове консультування _____								
11.1	якщо первинне після тестове консультування проведено, вказати:								
а)	чи проведено забір крові для повторного дослідження на ВІЛ _____								
	- якщо так: вказати дату забору крові та номер пацієнта в журналі забору крові, код обстеження, за яким направляється зразок сироватки в лабораторію Центру СНІД для дослідження на ВІЛ _____								
	- якщо ні: вказати причину _____								
б)	чи взято від пацієнта Попередження особи, інфікованої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) _____								
	- якщо так: надати ксерокопію Попередження; _____								
	- якщо ні: вказати причину _____								
в)	чи направлено пацієнта у відповідний заклад охорони здоров'я для проходження диспансеризації: _____								
	- якщо так, вказати куди саме _____								
11.2	якщо первинне після тестове консультування не проведено:								
а)	вказати причину _____								
б)	надати ксерокопії підтверджуючих документів (копія виписки із стаціонарного відділення, ін.) _____								
в)	вказати, чи поінформовано кабінет Довіра _____								
	- якщо ні: вказати причину _____								
	Дата заповнення анкети «__» _____ року								
	ПІБ, підпис та посада лікаря, який заповнив анкету _____								
	Контактний номер _____								

Рисунок 1. Тимчасова анкета при отриманні підтверджених позитивних результатів дослідження на ВІЛ

Заповнюється анкета лікуючим лікарем, який призначив обстеження на ВІЛ пацієнту, із використанням інформації, отриманої по результатам ДКТ, і в

п'ятиденний термін від отримання позитивного результату надсилається в Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом. Завданнями тимчасових анкет є ідентифікація особи за прізвищем та місцем проживання, відмітки щодо детальної причини обстеження на ВІЛ-інфекцію, проведення післятестового консультування та повідомлення про позитив територіального кабінету «Довіра» за місцем обстеження пацієнта.

Результати досліджень та їх обговорення.

В результаті проведеного аналізу рівнів постановки під диспансерний нагляд підтверджених позитивних результатів тестування на ВІЛ за останні чотири роки в Закарпатті та в загальному по Україні нами було виявлено окремі тенденції (табл.1).

Таблиця 1.

Рівні постановки на облік нових випадків ВІЛ-інфекції від кількості підтверджених на ВІЛ результатів сероепідеміологічного моніторингу в Закарпатті та Україні за 2005-2008 роки.

Рік	Закарпаття			Україна		
	підтверджені позитиви	офіційно зареєстровані	%	підтверджені позитиви	офіційно зареєстровані	%
2005	64	36	56,25	28105	14321	50,96
2006	49	22	44,89	29591	16471	55,66
2007	166	43	25,90	32831	18139	55,25
2008	164	42	25,61	37273	19405	52,06

Як представлено в табл.1., в Україні протягом останніх років зберігається постійний рівень постановки на облік підтверджених позитивів, виявлених за результатами сероепідеміологічного моніторингу, який коливається в межах від 50,96% до 55,66%. В той же час у Закарпатті констатовано щорічне зниження даного показника: від 56,25% у 2005 році до 25,61% у 2008 році.

Тому, з метою визначення щільності кореляційного зв'язку між показниками позитивних результатів та офіційної реєстрації нами проведено визначення рангових коефіцієнтів кореляції (коеф. Спірмена) для даних по Україні та Закарпаттю [1]. Результати проведених розрахунків представлено в табл. 2 та 3.

Таблиця 2.

Взаємозв'язок між показниками позитивних результатів та офіційної реєстрації ВІЛ-інфікованих осіб по Україні за 2005 – 2008 роки.

Показник позитивних результатів, на 100 тис. нас. X	Показник офіційної реєстрації, на 100 тис. нас. Y	Порядкові номери (ранги)	Порядкові номери (ранги)	Різниця рангів	Квадрат різниці рангів
		X	Y	d xy = X-Y	d ²
55,2	30,6	1	1	0	0
63,7	35,4	2	2	0	0
71,1	39,3	3	3	0	0
81,1	42,2	4	4	0	0
					∑d ² =0

$$\rho = 1 - \frac{6 \cdot \sum d^2}{n(n^2 - 1)} = 1 - \frac{6 \cdot 0}{4(4^2 - 1)} = 1$$

$$\text{похибка } m_p = \sqrt{\frac{(1-\rho^2)}{(n-2)}} = \sqrt{\frac{(1-1^2)}{(4-2)}} = 0$$

Коефіцієнт кореляції Спірмена в даному випадку є повністю достовірним.

Таблиця 3.

Взаємозв'язок між показниками позитивних результатів та офіційної реєстрації ВІЛ-інфікованих осіб по Закарпатській області за 2005 – 2008 роки.

Показник позитивних результатів, на 100 тис. нас. X	Показник офіційної реєстрації, на 100 тис. нас. Y	Порядкові номери (ранги)	Порядкові номери (ранги)	Різниця рангів	Квадрат різниці рангів
		X	Y	d xy = X-Y	d ²
5,1	2,9	2	2	0	0
3,9	1,8	1	1	0	0
13,4	3,5	4	4	0	0
13,2	3,4	3	3	0	0
					∑d ² =0

$$\rho = 1 - \frac{6 \cdot \sum d^2}{n(n^2 - 1)} = 1 - \frac{6 \cdot 0}{4(4^2 - 1)} = 1$$

$$\text{похибка } m_p = \sqrt{\frac{(1-\rho^2)}{(n-2)}} = \sqrt{\frac{(1-1^2)}{(4-2)}} = 0$$

Коефіцієнт кореляції Спірмена в даному випадку є повністю достовірним.

В результаті можна зробити наступний висновок: як по Україні в цілому, так і по області між вище згаданими двома показниками існує повний прямий (функціональний) кореляційний зв'язок, тобто, паралельно зростанню виявлених позитивних на ВІЛ результатів досліджень зростає і кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Перший висновок, який приходить на думку – за останні три роки в області невпинно знижується питома вага осіб, яких взято на диспансерний облік, серед усіх виявлених в дані періоди.

З метою отримання реальних кількісних даних щодо осіб, у яких вперше в житті виявлено антитіла до ВІЛ, визначення причин низьких показників охоплення диспансерним наглядом, а також як один із допоміжних засобів проведення аналізу і прогнозу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу з 2008 року в Закарпатській області впроваджено тимчасову анкету при отриманні підтверджених позитивних результатів дослідження на ВІЛ (див.рис 1.).

За даними сероепідеміологічного моніторингу антитіла до ВІЛ протягом 2008 року виявлено в 164 зразках сироваток крові громадян України. За результатами аналізу тимчасових анкет нами констатовано, що антитіла до ВІЛ було виявлено у 111 осіб (67,7% від підтверджених позитивних зразків сироваток). 53 зразки сироваток (32,3%), в яких виявлено антитіла до ВІЛ у 2008 році, належать ВІЛ-інфікованим особам, повторно виявленим у 2008 році.

За результатами аналізу даних отриманих анкет нами було проведено групування осіб по категоріях, в основі якого покладено статус щодо постановки на офіційний облік:

Категорія А. Особи, що взяті на офіційний облік за результатами сероепідеміологічного моніторингу у 2008 році.

Категорія Б. Особи, що перебували на обліку на момент виявлення (диспансерні) – до них належать діти віком до 18 місяців, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, та пацієнти, які вже перебувають під диспансерним наглядом. Згідно зі статтею 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» особа, яка пройшла медичний огляд з метою виявлення зараження вірусом імунodefіциту людини, має право на повторний огляд у будь-який час у тому ж або, за своїм вибором, в іншому акредитованому в установленому порядку закладі охорони здоров'я.

Категорія В. Відмова від постановки на облік – до даної категорії віднесено особи, які дізнались про свій ВІЛ-статус, отримали послугу післятестового консультування та категорично відмовились від диспансерного нагляду.

Категорія Г. Лабораторна помилка. До цієї категорії належать особи, при повторному обстеженні сироватки крові на ВІЛ яких, антитіл в крові виявлено не було. На всі ці випадки було вжито відповідних заходів та проведено епідеміологічне розслідування та констатовано порушення технології на преданалітичному етапі лабораторної діагностики ВІЛ-інфікування.

Категорія Д. Заробітчани (трудові мігранти) – на момент, коли надходить підтверджений позитив – особа вже виїхала на заробітки. Післятестове консультування таким людям не проведено, про свій ВІЛ-статус вони дізнаються лише після повернення із заробітків у разі добровільного звернення в лікувально-профілактичний заклад або по запрошенню дільничної мережі.

Категорія Е. Особи, які не проживають за адресою, вказаною при здачі крові, або особи без визначеного місця проживання. Таким пацієнтам післятестове консультування не проведено за різних причини: виписка із стаціонару на момент отримання позитивного результату, після здачі крові в амбулаторній мережі пацієнт не з'явився за результатом і т.д. Запросити пацієнта через дільничного лікаря є неможливим по причині відсутності даних щодо фактичного місця проживання.

Категорія Є. Особи, які померли на момент отримання позитивного результату дослідження на антитіла до ВІЛ.

Категорія Ж. Мешканці інших регіонів України, які тимчасово перебували на території області та обстежувалися на ВІЛ по тих чи інших причинах (самозвернення, за клінічними показаннями під час стаціонарного лікування (з ініціативи медпрацівників) та інші).

Результати групування осіб, у сироватці яких було виявлено антитіла до ВІЛ у 2008 році по вищевизначеним категоріям представлено в табл. 4.

Таблиця 4.

Результати групування осіб, у яких було виявлено антитіла до ВІЛ в 2008 році на категорії по статусу відношення до постановки на облік

Категорія осіб	Абсолютна кількість	% від загальної кількості
А. Взято на облік	39	35,14
Б. Перебувають на обліку на момент виявлення (диспансерні)	22	19,82
В. Відмова від постановки на облік особи	16	14,42
Г. Лабораторна помилка	9	8,11

Д. Відсутність особи по причині перебування на заробітках (трудові мігранти)	7	6,31
Е. Не проживає за вказаною адресою, місце перебування невідоме	6	5,40
Є. Померли на момент отримання позитивного результату тесту	6	5,40
Ж. Мешканці інших регіонів України, що тимчасово перебували на території області	6	5,40
Всього	111	100,00

Як бачимо із табл.4., досить високу питому вагу становлять пацієнти, обстеження на ВІЛ яких відбулося уже після офіційної реєстрації з приводу ВІЛ-інфекції – категорія Б. (19,82% від усіх виявлених осіб). Такий факт може свідчити як про використання ВІЛ-інфікованими громадянами свого права на повторний огляд у будь-який час у будь-якому закладі охорони здоров'я, так і про деякі недоліки дотестового консультування в лікувально-профілактичних закладах області.

Вагоме місце займають особи категорії В «відмова від постановки на облік» - 16 осіб (14,42%). На нашу думку причиною такої кількості відмов можна вважати як і недостатньо якісне до- та післятестове консультування, так і небажання пацієнтів ставати на диспансерний облік через власні переконання, що потребує додаткового вивчення.

Питома вага лабораторних помилок (категорія Г) є достатньо високою – 9 випадків (8,11%). По кожному випадку були проведені епідеміологічні розслідування, в ході яких встановлено, що основною причиною помилок була контамінація ВІЛ-інфікованого матеріалу на долабораторному етапі обстеження. Абсолютну кількість лабораторних помилок (9 випадків) не можна вважати значимою: вона складає менше 0,01% від загальної кількості тестувань (100257 досліджень у 2008 році).

До категорії Д «заробітчани (трудові мігранти)» ввійшли особи, які виїхали на заробітки до отримання результату на ВІЛ в такі регіони, де роботодавці (консульські служби) сертифікату по результатам обстеження на антитіла до ВІЛ не вимагають – 7 осіб (6,31%). В той же час, частка трудових мігрантів серед усіх вперше в житті виявлених ВІЛ-інфікованих мешканців області складають 9,50%. Такий високий показник, на нашу думку, потребує додаткових досліджень явищ та тенденцій трудової міграції в області та її вплив на розвиток епідситуації з поширення ВІЛ.

Важливу групу становлять померлі на момент отримання позитивних результатів (категорія Є) – 6 осіб (5,40%). 5 із 6 пацієнтів (83,3%), за даними анкет, були обстежені на ВІЛ за клінічними показаннями, але, за даними медичної документації, лише одна особа померла від захворювання, спричиненого ВІЛ-інфекцією. Всі інші летальні випадки не були пов'язані зі СНІДом. Тим не менше, цей факт вказує на настороженість медичних працівників щодо ВІЛ-інфекції.

Особи, що не проживають за адресою, та мешканці інших регіонів (категоріє Е і Ж) – по 6 осіб (по 5,40% від усіх виявлених осіб). За даними анкет у 10 (83,3% від усіх в даних категоріях) випадках особи не повідомлені про результати обстеження на ВІЛ за причин неявики до спеціаліста, що призначив обстеження, та неможливості зворотнього зв'язку з пацієнтом. Можливо, в деякій мірі причиною такої ситуації є неякісно проведене дотестове консультування.

Отже, по результатам представленого аналізу даних табл.4., ми дійшли висновку, що в 2008 році під диспансерний нагляд було взято 70,9 % осіб від тих, що потенційно можуть відвідувати лікувально-профілактичні заклади згідно вимог до диспансеризації, тобто є постійними мешканцями області з постійним місцем проживання. Особи, що належать до категорій Б (диспансерні), Г (лабораторна помилка), Д (заробітчани), Е (не проживає за адресою), Є (померли на момент отримання результату) та Ж (мешканці інших регіонів), були виключені з групи потенційно можливої офіційної реєстрації випадку ВІЛ-інфікування. Крім цього, аналіз отриманої з тимчасових анкет інформації дозволяє виявити напрямки роботи не тільки по покращенню рівня постановки під диспансерний нагляд виявлених ВІЛ-інфікованих осіб, але і виявляти особливості розвитку поширення ВІЛ серед окремих соціальних груп населення (наприклад, трудових мігрантів), вишукувати шляхи покращення якості надання послуг дотестового та післятестового консультування і т.д.

Висновки.

За результатами проведеного нами дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Рівень постановки під диспансерний нагляд вперше виявлених ВІЛ-інфікованих осіб в Закарпатській області у 2008 році склав 70,9% від потенційно підлягаючих диспансерному нагляду.
2. Завдяки впровадженню тимчасових анкет налагоджено контроль за організацією своєчасного диспансерного нагляду ВІЛ-інфікованих пацієнтів, своєчасним призначення профілактичного лікування вертикальної трансмісії

ВІЛ, а також за рухом ВІЛ-інфікованих пацієнтів по лікувально-профілактичних закладах області, можна робити висновки щодо своєчасності повідомлень осіб про наявність антитіл до ВІЛ та якості проведення добровільного консультування і тестування, визначати напрямки та подальші тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні.

3. Результати аналізу отриманих даних тимчасових анкет дає підґрунтя для визначення напрямків та планування дій по підвищенню ефективності роботи служби протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні.

Перспективи подальших досліджень.

Ми плануємо і в подальшому застосовувати тимчасові анкети на практиці та за отриманими результатами впроваджувати відповідні види досліджень з метою удосконалення системи нагляду за поширенням ВІЛ-інфекції в області.

Література.

1. Аналіз епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІД за статистичними показниками: Методичні рекомендації для лікарів-епідеміологів центрів з профілактики та боротьби зі СНІД. – К.:ДМП “Полімед”, 2006. – 49с.
2. Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: Навчальний посібник для лікарів/ за ред. Дзюблик І.В. – К.,2007. – 171с.
3. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень. Український центр з профілактики та боротьби зі СНІД МОЗ України. – К.,2008. - №29. – 45с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень. Український центр з профілактики та боротьби зі СНІД МОЗ України. – К.,2009. - №31. – 32с.
5. Москаленко В.Ф. Аналіз сучасної ситуації щодо контролю та подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні/ Медичний Всесвіт (спецвипуск з проблем ВІЛ/СНІД). – 2003. – Т.ІІІ,№1. – С.9-10.
6. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 року №415 “Про удосконалення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію”.
7. Наказ МОЗ України та Державного комітету статистики України від 24.12.2004 року №640/663 “Про затвердження форм первинної облікової документації та форм звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІД та інструкцій щодо їх заповнення”.
8. Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях. – ВОЗ/ЮНЕЙДС., 2007. – 68с.

9. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози. – К.: Український інститут соціальних досліджень, 2003. – 146с.
10. Щербінська А.М., Дзюблик І.В. ВІЛ-інфекція/ Український хіміотерапевтичний журнал., - 2002. - №3-4. – С.63-71.

РЕЗЮМЕ

Опыт усовершенствования системы надзора за распространением ВИЧ-инфекции в Закарпатской области

Миронюк И.С., Брич В.В., Гудюк Н.А.

В работе представлены результаты изучения уровня официальной регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции в Закарпатской области. Путем анализа данных, полученных после внедрения оригинальных временных анкет на подтвержденный позитивный результат лабораторного исследования на ВИЧ, изучены причины низкого уровня показателя соотношения количества зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции и количества подтвержденных на ВИЧ результатов сероэпидемиологического мониторинга с целью разработки путей его повышения.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция/СПИД, сероэпидемиологический мониторинг, диспансерное наблюдение, Закарпатье.

SUMMARY

Experience of the HIV-infection distribution supervision system improvement in Transcarpathian region

Mironyuk I., Brych V., Gudyuk N.

The results of study about the level of the HIV-infection new cases official registration in the Transcarpathian region are presented in this work. By the analysis of results, got after introduction of original temporal questionnaires on the confirmed positive result of laboratory research on HIV, low level reasons of correlation index between the registered new HIV-infection cases amount and laboratory confirmed HIV results amount were studied with the purpose to develop the ways of its increase.

Key words: HIV-infection /AIDS, serological and epidemiological monitoring, clinical supervision, Transcarpathia.