

Міністерство охорони здоров'я України

**МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ ЖІНОК В
УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ**

Методичні рекомендації

Київ-2013

Модель профілактики ВІЛ-інфікування жінок в умовах реформування системи надання медичної допомоги населенню / Методичні рекомендації. К: - 2013. – 34 с.

Розробники: Вдовиченко Ю.П., Грищенко О.В., Жук С.І., Слабкий Г.О, Жилка Н.Я., Гінзбург В.Г., Марченко А.М., Бондаренко С.Г., Дуб Ю.М.

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

Основною метою охорони здоров'я населення є забезпечення ефективними заходами з профілактики захворювань та надання своєчасної та ефективної медичної допомоги у разі виникнення захворювання з метою профілактики стійкого розладу здоров'я, інвалідності та передчасної смерті і, як наслідок мати потужний потенціал продуктивних сил. Хоча у відповідності до ВООЗ, якість системи охорони здоров'я країн залежить не лише від її розмірів, територій, чисельності населення та стану економіки, а більшість успішних у цьому розумінні країн світу використовують власні, іноді унікальні системи охорони здоров'я.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики та сімейної медицини (ЗП/СМ) є одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров'я, справедливого розвитку і раціонального використання ними коштів.

Сучасні системи охорони здоров'я повинні бути безпечними, ефективними, орієнтованими на пацієнта, забезпечувати вчасне надання медичної допомоги в достатньому обсязі.

Дніпропетровська область належить до пілотних регіонів, у яких відбувається третій рік поспіль реформування системи медичної допомоги населенню у відповідності до Закону України від 07.07.2013 №3612-IV «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», метою чого є поліпшення стану здоров'я населення (зниження захворюваності, смертності, збільшення тривалості життя й активного довголіття), а також оптимізувати витрати на медичну допомогу; покращити якість медичної допомоги.

ВІЛ-інфекція є однією із численних проблем охорони здоров'я населення Дніпропетровської області, яку необхідно вирішувати в умовах реформування системи надання медичної допомоги населенню.

Дніпропетровська область належить до регіонів с високими темпами поширення ВІЛ-інфекції, які формують основні тенденції розвитку епідемії в країні. Рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію у Дніпропетровській області у 2012 р. становив 103,4 на 100 тис. населення, в Україні – 45,5. Епідемія ВІЛ-інфекції, починаючи з 1997 р. поширилася на всі адміністративні території області.

Особливістю епідемічної ситуації в області є те, що вона концентрується переважно у містах, де показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2012 р. становить 115,2 на 100 тис. населення, який на 42,2% вище ніж у сільській місцевості – 66,6, спостерігається стала тенденція переважної більшості реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції осіб віком 25-49 років. У 2012 р. частка їх становила 67,3%, зниження частки випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15-24 роки: 2012 р. – 6,6%, 2011 – 7,0%, 2010 – 7,8%, 2009 – 2,9%, 2008 – 10,1%, починаючи з 2008 р. в області розпочалося зростання показника ВІЛ-інфікування статевим шляхом: за період 2008-2012 рр. відбулося зростання показника на 16,0% (2008 – 39,5%, 2012 – 46,5%), у статевій структурі хворих на ВІЛ-інфекцію питома вага жінок складає: у 2012 р. 44,8%.

Як показав аналіз епідемічної ситуації ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області, вагомими її чинниками є несвоєчасне обстеження груп ризику щодо ВІЛ-інфекції, зокрема СІН, які є партнерами здорових жінок. Таким чином, на небезпеку наражаються молоді жінки в загальному середовищі, які в майбутньому можуть стати джерелом вертикальної трансмісії ВІЛ. В області відмічається повільне зменшення частки ВІЛ-інфікованих вагітних в області серед їх загальної кількості за період 2008-2012 рр., проте, враховуючи високий рівень вертикальної трансмісії ВІЛ у Дніпропетровській області, ВІЛ-інфіковані вагітні є суттєвим джерелом ВІЛ-інфекції. Динаміка показника вертикальної трансмісії ВІЛ негативна, який за період 2008-2012 рр. збільшився на 63,0% (2008 р. – 2,0%, 2012 – 5,4%), що перевищує європейський рівень у 5,4 разів (0-

1,0%) та національний – у 1,1 разів (2012 р.- 4,9%). Така ситуація спричинює поширення ВІЛ-інфекції серед дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, таким чином, збільшуючи кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів у загальній кількості.

Тобто, у Дніпропетровській області, як і в Україні та в усьому світі спостерігається фемінізація епідемічної ситуації ВІЛ-інфекції, що вказує на важливість та необхідність розроблення цільових заходів щодо профілактики ВІЛ-інфекції у жінок, таким чином, суттєво вплинути на призупинення епідемічних процесів, оскільки цілі Спеціальної сесії генеральної асамблеї ООН (ССГАООН) щодо зниження рівня передачі ВІЛ статевим шляхом у два рази та рівня передачі ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків на 50% до 2012 р. у Дніпропетровській області не досягнуті, а забезпечення запобігання виникненню нових випадків передачі ВІЛ від матері до дитини до 2015 р. на 50% є сумнівним. Дніпропетровська область у рейтингу показників епідемічної ситуації ВІЛ-інфекції серед адміністративних територій України посідає одне із останніх місць: у 2010 р. – двадцять п'яте місце, у 2011 р. та у 2012 р. – двадцять сьоме.

Враховуючи означену ситуацію, заходи первинної профілактики ВІЛ-інфекції у жіночого населення Дніпропетровської обл. в умовах реформування системи надання медичної допомоги населенню можуть позитивно вплинути на призупинення високих темпів поширення ВІЛ-інфекції у вигляді функціонально-організаційної моделі.

Стан реформування системи організації медичної допомоги населення у Дніпропетровській області

За визначенням ВООЗ (Алма-Атинська конференція, 1978 р.), первинна медико-санітарна медична допомога (ПМСД) має забезпечити окрім лікування найбільш поширених захворювань і травм основними засобами, охорону здоров'я матері і дитини, імунізацію проти основних інфекційних хвороб, профілактику епідемічних хвороб і боротьбу з ними та сприяння в організації

раціонального харчування і використання доброякісної води, проведення санітарно-оздоровчих заходів і санітарної просвіта населення, а профілактика ВІЛ-інфекції має стати ваговою складовою ПМСД.

Основним функціональним представником реформованої системи медичної допомоги населенню має стати сімейний лікар, на якого покладається серед інших функція профілактики захворювань, в тому числі ВІЛ-інфекції.

Щоб забезпечити доступною та ефективною медичною допомогою, система надання медичної допомоги розподіляється на 3 рівні.

Первинна медико-санітарна медична допомога — медична допомога I рівня, що надається переважно в амбулаторних умовах сімейними лікарями/лікарями загальної практики або іншими лікарями за територіальною ознакою і передбачає консультацію лікаря, просту діагностику, лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги. На первинному рівні планується створення центрів первинної медико-санітарної допомоги зі статусом юридичної особи, до складу яких увійдуть дільничні підрозділи поліклінік та лікарень, амбулаторії загальної практики/сімейної медицини, фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП).

Вторинна (медико-санітарна) допомога (ВМСД) — спеціалізована медична допомога, що надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі на первинному рівні. Головною ідеєю реорганізації вторинного рівня є впровадження нової територіально-функціональної одиниці — госпітального округу, що являє собою функціональне об'єднання декількох адміністративно-територіальних одиниць, населенню яких забезпечується надання ВМСД різної інтенсивності комплексом медичних установ з урахуванням вимог населення в медичному обслуговуванні та прогнозів попиту на медичні послуги, а також дотримуючись принципів географічної та фінансової доступності. До структури надання ВМСД входять: ЦРЛ, РЛ, МЛ, дитячі МЛ, ДЛ, лікарні швидкої медичної

допомоги, пологові будинки, госпрозрахункові медичні заклади, хоспіси (5 лікарень, що містять 215 ліжок) і значна кількість малопотужних міжрайонних та міських спеціалізованих лікарень і диспансерів. Для усунення невиправданого дублювання медичних послуг здійснюється диференціація лікарень з урахуванням інтенсивності медичної допомоги:

- лікарня інтенсивної допомоги – для надання цілодобової медичної допомоги хворим з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду;

- лікарня для проведення планового лікування – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії;

- лікарня для відновлювального лікування – для відновлення функцій, порушених внаслідок захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілітації інвалідів;

- хоспіси – для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим;

- лікарня для медико-соціальної допомоги – забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим.

Структура госпітального округу включає: багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування (організується на базі потужних ЦРЛ або МЛ); лікарні для відновного лікування – відповідно до потреби; госпіс – один на округ; заклади медико-соціальної допомоги / сестринського догляду (всі зазначені типи закладів організуються на базі ЦРЛ, РЛ або МЛ, які не задіяні як лікарні для інтенсивного лікування); лікарні для планового лікування хронічних хворих у кожному сільському адміністративному районі, місті без районного поділу або в районі міста з районним поділом (організуються на базі ЦРЛ, РЛ або МЛ, що не задіяні як лікарні для інтенсивного або відновного лікування, хоспісної допомоги).

На третинному рівні з метою підвищення якості медичної допомоги створюються університетські клініки – об'єднання цих закладів у формі корпорації відповідно до чинного законодавства, базовим елементом якої є обласна лікарня (ОЛ).

ОЛ – це самостійні багатопрофільні лікувальні заклади, головною функцією яких є надання спеціалізованих видів медичної допомоги населенню, як консультативної, так і стаціонарної, забезпечення їх доступності, ефективності та якості. Ця функція забезпечується шляхом:

- проведення належної організаційно-методичної роботи щодо управління діяльністю ЛЗ первинного та вторинного рівнів і забезпечення наступності у наданні медико-консультативної допомоги;

- розширення спектру і поліпшення якості надання спеціалізованих видів медичної допомоги, розробки та подальшого впровадження національних стандартів лікування і КП, лікарських формулярів;

- впровадження новітніх діагностичних і лікувальних методик;

- удосконалення системи консультативної допомоги хворим в умовах консультативної поліклініки та відбору хворих на госпіталізацію до спеціалізованих відділень;

- надання виїзної планово-консультативної допомоги хворим у районах (містах) області;

- підвищення кваліфікації медичного персоналу як ОЛ, так і медичних працівників усіх рівнів.

В рамках реформування системи надання медичної допомоги у Дніпропетровській області функціонує 53 ЦПМСД, з них 30 у містах, 23 – у сільських районах, а також 396 АЗПСМ та 418 ФАП та медичних пунктів (МП)

Станом на 01.01.2013 р. в області проведено перший та другий етапи аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Підготовлено перелік ДЗ "першої черги", які планується створити, з урахуванням їх матеріально-технічної бази (будівлі, споруди, обладнання, інфраструктура) та кадрового забезпечення, як лікарень інтенсивної допомоги, відновного лікування та хоспісів. Затвердження планів-схем госпітальних округів відбудеться після проведення модернізації закладів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги області за рахунок централізованої закупівлі обладнання, субвенції з державного бюджету та інших джерел фінансування.

Третинний рівень надання медичної допомоги представлений багатопрофільною ОКЛ, яка забезпечує населення спеціалізованою допомогою.

Модель первинної профілактики ВІЛ-інфекції у жіночого населення в умовах реформування системи надання медичної допомоги у Дніпропетровській області

У доповіді ВООЗ «Жінки і здоров'я» (30 листопада 2011 р., Женева) особлива увага приділяється чотирьом сферам, в яких заходи і рішення, що приймаються на політичному рівні, дійсно можуть змінити ситуацію в сфері охорони жіночого здоров'я, в тому числі профілактиці ВІЛ-інфекції. До цих сфер належать: розвиток лідерського потенціалу та забезпечення послідовної політики на рівні громадських інститутів на основі чіткої програми протидії епідемії; забезпечення потреб жінок при організації роботи систем охорони здоров'я, що є дуже важливим для Дніпропетровської обл. в умовах реформування системи ОЗ, як пілотної адміністративної території; регулювання змін державної політики для стимулювання фундаментальних змін у суспільстві (наприклад, за рахунок цільових заходів допомоги дівчаткам в отриманні доступу до шкільної освіти та просвіти); нарешті, розвиток бази знань і моніторинг реалізації. Вивчення представлених даних і визначення обґрунтованого шляху вирішення проблем буде сприяти поліпшенню здоров'я жінок і дівчаток, а також суспільства в цілому. Як говориться у цій доповіді: «Покращуючи здоров'я жінок, покращуємо світ» [1].

Сучасність вимагає, що втручання з контролю епідемії повинні ґрунтуватися на наукових даних і бути адаптованими до національних та місцевих епідеміологічних умов, як визначалось на сто двадцять четвертій сесії ООН (20.11. 2008).

Закономірності щодо ВІЛ-інфікування жінок, як партнера та джерела подальшого поширення ВІЛ-інфекції, недосконалість заходів профілактики ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області, фемінізація проблеми ВІЛ-інфікованості та світові передові технології попередження ВІЛ-інфекції у жінок

стали підставою для наукового обґрунтування моделі ППВЖ та впровадження її в практику реформованої системи охорони здоров'я Дніпропетровської області.

Особливої актуальності питання щодо розроблення нових підходів до подолання епідемічних процесів ВІЛ-інфекції набуває в умовах реформування системи охорони здоров'я, яка передбачає, як зміни у структурі вітчизняної системи охорони здоров'я, так і набуття реорганізаційних функціональних завдань лікувальними закладами та їх співробітниками.

Інструментом реалізації у Дніпропетровській області вперше запропонованих концептуальних міжсекторальних підходів до профілактики ВІЛ-інфекції у жіночого населення повинні стати Дніпропетровська обласна державна адміністрація, правова та нормативна база, система охорони здоров'я області, громадські та неурядові організації, міжнародне співробітництво.

Питання профілактики ВІЛ-інфекції у жіночого населення розглядається, як базова стратегія впливу на зменшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб через профілактику гетеросексуального шляху передачі ВІЛ-інфекції та вертикальної трансмісії від матері до дитини.

Організаційна модель первинної профілактики ВІЛ-інфекції у жінок (ППВЖ) в умовах реформування системи охорони здоров'я із конкретизацією функцій лікувальних закладів у відповідності до рівня надання медичної допомоги наведена на рис 1.



Рис. 1. Організаційна модель первинної профілактики ВІЛ-інфекції у жіночого населення в умовах реформування системи охорони здоров'я у Дніпропетровській області

Центральним елементом запропонованої моделі є Дніпропетровська обласна державна адміністрація, яка визначає стратегічні напрямки, їх фінансування, регулювання та контроль виконання міжсекторальних завдань щодо ППВЖ через унормовані на рівні області в рамках обласної програми з питань подолання поширення ВІЛ-інфекції у жінок міжсекторальні підходи, зокрема - підвищення інформованості населення щодо профілактики ВІЛ, впровадження нових ефективних організаційних, сучасних профілактичних, діагностичних та лікувальних технологій.

Важливим питанням щодо вирішення проблем ВІЛ-інфекції є здійснення раціональних закупівель антиретровірусних препаратів та діагностикумів на рівні Дніпропетровської ОДА. Деякі країни вже демонструють помітне підвищення ефективності програм з ВІЛ у відповідь на виконання "Глобальної стратегії сектору охорони здоров'я з ВІЛ/СНІДу на 2011-2015 роки", прийнятої ВООЗ у травні 2011 р. щодо зміцнення заходів у відповідь на ВІЛ в найближчі

10 років. У Південній Африці завдяки проведенню нової стратегії з методики оголошення тендерів для закупівель лікарських препаратів від ВІЛ за останні два роки вартість цих препаратів знизилася більш ніж на 50%. В Уганді було зекономлено 2 млн. дол. США завдяки переходу до більш простих педіатричних схем лікування. Такого підвищення ефективності вдалося досягти в рамках "Лікування 2.0" - ініціативи, оголошеної ВООЗ та ЮНЕЙДС у 2010 р. для просування більш простих, дешевших і більш зручних у застосуванні курсів лікування і діагностичних засобів стосовно ВІЛ у поєднанні з децентралізацією служб. Подібні приклади необхідно використовувати у Дніпропетровській області.

Необхідність інвестицій у ППВЖ підтверджує економічна ефективність первинної профілактики ВІЛ-інфекції у жінок у порівнянні з витратами на профілактику небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок, медикаментозної профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ та соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей за спеціальними розрахунками, складає 486 млн. грн. на рік [2], що має не лише медичне, а й соціальне значення.

Міжсекторальні підходи до первинної профілактики жіночої ВІЛ-інфекції

Основним принципом профілактики ВІЛ-інфекції у жінок має стати формування моделі поведінки з раннього дитячого віку, спрямованої на запобігання або зведення ризику ВІЛ-інфекції до мінімуму, а за основу концепції ППВЖ повинна бути міжсекторальність підходу з поєднанням функцій кожного відомства у сфері профілактики ВІЛ-інфекції, оскільки ППВЖ має стати глобальним і комплексним завданням не лише для медичної галузі.

У Моделі підвідомчі заклади МОН України відповідають за впровадження освітніх програм щодо здорового способу життя (ЗСЖ) шляхом введення обов'язкових, а не факультативних предметів, до яких включаються питання профілактики ВІЛ-інфекції, гігієнічного виховання відповідно до віку дитини для формування безпечної поведінки дитини, оскільки незважаючи на те, що у навчальних закладах введені освітньо-профілактичні програми з питань ВІЛ/СНІДу до навчальних планів 1–9 класів, розширюється фокусна

профілактика серед груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, підготовлені до впровадження у 2008 р. галузеві стандарти якості соціальних послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, її результативність недостатня, і в Україні відсутня національна політика та стратегія інформаційно-просвітницьких кампаній з питань ВІЛ/СНІД серед широких верств населення [2,3].

Студентам вищих навчальних закладів I–IV рівня акредитації забезпечуються цільові знання з питань профілактики ВІЛ-інфекції, а також знання щодо місця отримання консультації та інформації з означених питань.

Повноваження з питань координації заходів з ППВЖ в області мають бути покладені на Дніпропетровську ОДА.

За висновками наради ВООЗ від 30 листопада 2011 (Женева), що завдяки інвестиціям до служб щодо ВІЛ-інфекції можливо забезпечити зростання економічної активності та продуктивності, оскільки більш здорові люди володіють кращими можливостями для того, щоб справлятися з фінансовими труднощами. А завдяки інвестиціям до 2020 р. можливо у світі забезпечити зростання економічної активності та продуктивності, в загальному на суму до 34 мільярдів доларів США. Це необхідно врахувати при розробці загальнообласних заходів ППВЖ та забезпечення їх фінансуванням.

Складові Паризької декларації «Жінки, діти і синдром набутого імунodefіциту (СНІД)», яка прийнята Міжнародною конференцією про наслідки СНІДу для здоров'я матерів і дітей можуть стати ключовими питаннями для вирішення проблеми профілактики ВІЛ у жінок у Дніпропетровській області:

1. Адміністрації повинні взяти на себе керівництво і мобілізувати необхідні ресурси, як людські, так і фінансові, для забезпечення активної підтримки попередження ВІЛ-інфекції серед жінок і дітей.

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

3. Розробка і здійснення новаторських, багатоцільових, санітарно-просвітницьких програм, спрямованих на попередження ВІЛ-інфекції. 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.

5. Забезпечувати належні епідеміологічний нагляд та реєстрацію випадків захворювання.

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

7. Забезпечувати таке становище, 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 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, що піддаються дискримінації.

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.

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

14. Забезпечити встановлення належних пріоритетів і виділення ресурсів для дослідження ВІЛ-інфекції у жінок, а також розробляти спільні дослідницькі програми, включаючи програми профілактики, діагностики, лікування, медичного догляду, а також програми, що стосуються більш широких питань, що впливають на здоров'я та соціальні умови жінок. Дослідження повинні також зосереджуватися на альтернативних підходах надання медичного та іншого соціального обслуговування жінок, дітей та сімей, інфікованих ВІЛ.

15. Визнати вирішальну роль жінок в Глобальній стратегії щодо ВІЛ-інфекції і прискорити процес надання жінкам можливостей для її профілактики.

На підвідомчі заклади Міністерства молоді і спорту України покладається відповідальність за організацію профілактичної діяльності щодо попередження ВІЛ-інфікування жінок шляхом здійснення в області, зокрема на рівні сім'ї, при проведенні масових акцій з питань ЗСЖ серед дітей та молоді або проведенні індивідуальних та групових заходів у центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ), закладах соціального обслуговування, а також поширення просвітницьких матеріалів.

Конкретними профілактичними заходами з попередження ВІЛ-інфекції у жіночого населення в рамках соціальних послуг мають стати наступні:

1. Одним із сучасних ефективних методів профілактики ВІЛ-інфекції у жінок мають бути комплексні профілактичні заходи передачі ВІЛ-інфекції гетеросексуальним шляхом. Визнаними у всьому світі ефективними методами профілактики ВІЛ-інфекції серед молоді - це допомогти підліткам відкласти перший статевий акт, сприяти зменшенню кількості статевих партнерів серед сексуально активних підлітків.

Одним із важливих елементів здорового способу життя є формування

санітарно-гігієнічних навичок у дітей у сімейному оточенні. Традиційні моральні засади українського суспільства та культура сімейних відносин будуються на дотриманні прав кожного члена сім'ї, зокрема дітей, щодо права на знання та інформацію про існуючу небезпеку виникнення хвороб та шляхи їх попередження. Важливим компонентом профілактики ВІЛ-інфекції є формування безпечної поведінки у підлітків та молоді через статеве виховання, формування у членів сім'ї почуття відповідального батьківства.

2. Наступним ефективним методом ППВЖ - це пропагування використання презервативів. Наприклад, за оцінкою ефективності використання презервативів для зниження рівня гетеросексуальної передачі ВІЛ, проведеної організацією «Кокрановська співпраця», доведено, що при постійному використанні презервативів відбувається зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 80%. Тобто, через мережу соціальної служби необхідно конкретизувати роботу з членами сім'ї щодо захисту від ППСШ, в тому числі ВІЛ.

Серед груп, що практикують моделі поведінки, пов'язані з високим ризиком зараження, таких як робітники сексбізнесу (РСБ) або особи, що часто змінюють статевих партнерів, в першу чергу необхідно пропагувати постійне і правильне використання презервативів [3]. В Україні налічується близько 104 тис. ЖКС, і приблизно п'ята частина жінок-робітників секс-бізнесу в областях, найбільш потерпілих від епідемії (до яких відноситься Дніпропетровська область), є ВІЛ-інфікованими, і ця цифра збільшується до 43,1%, якщо жінки комерційного сексу (ЖКС) також вживають ін'єкційні наркотики, що вказує на необхідність залучати до активної участі волонтерів для роботи з ЖКС, формувати серед них лідерів і на основі міжнародно визнаного принципу «рівний рівному» поширювати інформацію щодо використання презервативів для профілактики ВІЛ-інфекції. Такі підходи можуть суттєво вплинути на зменшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок. Тим більше, що міжнародними експертами визначено, що програми та політика щодо профілактики ВІЛ на робочих місцях в Україні є величезною прогалиною [3].

3. Зважаючи на те, що у Дніпропетровській обл. значна частка пацієнтів

ВІЛ-інфікується через споживання ін'єкційних наркотиків (СІН) (у 2012 р. – 36,7%), є необхідним більш активно проводити заходи зменшення шкоди від вживання ін'єкційних наркотиків. Зниження шкоди серед СІН повинне бути спрямоване на профілактику передачі ВІЛ та інших інфекцій, яка відбувається при спільному використанні нестерильних шприців для ін'єкцій або приготування наркотичної речовини. Програма зниження шкоди має включати систематичну діяльність, організовану Дніпропетровським обласним центром профілактики та боротьби зі СНІДом, з обміну голок та шприців, надання презервативів, організацію замісної терапії і психосоціальні консультації за рахунок фінансування з обласного, місцевих бюджетів та залучених коштів. Зниження кількості ВІЛ-інфікованих СІН буде економічно виваженим кроком у боротьбі з ВІЛ/СНІД. Програми зниження шкоди виявилися дуже ефективними для профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції. Так, за результатами дослідження з питань виконання програм з обміну голок та шприців, що здійснювалися в період з 1993 по 1998 рр. у 29 країнах світу проведеного ЮНЕЙДС, відбулося зниження показника поширеності ВІЛ-інфекції серед СІН в середньому на 50% у рік, при цьому не відмічалось зростання кількості СІН. Доведено, що заходи щодо зниження шкоди і цільові заходи профілактики мають найбільший вплив на показники поширеності ВІЛ-інфекції на ранніх етапах епідемії ВІЛ-інфекції, коли вона концентрується в конкретних групах ризику [3].

Ефективність заходів зі зменшення шкоди доведена також вітчизняними результатами, що завдяки програмам зменшення шкоди, що охоплюють послугами більше 170000 споживачів ін'єкційних наркотиків, число виявлених випадків ВІЛ-інфекції у цій групі у 2012 р. знизилось на 9% у порівнянні з попереднім роком, що вплинуло на поступове зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію в країні: у 2012 році вперше з 1999 року знизилася кількість виявлених випадків ВІЛ-інфекції серед загального населення на 2% у порівнянні з попереднім роком [4].

Про ефективність заходів втручання, орієнтованих на СІН жіночої статі свідчать дані про більшу схильність жінок-споживачів наркотиків до

ризикованих моделей сексуальної поведінки порівняно з чоловіками [5]. І стійкої тенденції до зниження жінок СІН не спостерігається на рівні країни, що опосередковано свідчить про подібну ситуацію у Дніпропетровській області. Так, у 2006 р. було виявлено 1496 випадків СІН жіночої статі, у 2007 р. - 1561, у 2008 р. - 1465, а в 2009 р. становила 1443 випадки [6].

4. Абсолютно новим підходом з первинної профілактики ВІЛ у жіночого населення є цілеспрямована інформаційна робота серед жінок, які практикують секс з жінками (ЖСЖ), оскільки гомосексуальні і бісексуальні жінки не отримують достатньо інформації про те, як їм зробити своє сексуальне життя більш безпечним з огляду на те, що існує кілька важливих моментів, про які необхідно пам'ятати ЖСЖ: кров (в тому числі менструальна кров), вагінальні виділення і грудне молоко містять певну концентрацію вірусу, достатню для інфікування іншої людини; ВІЛ може проникнути в організм при безпосередньому потраплянні в кров, або через слизову статевих органів або ротової порожнини (в основному пошкоджену); ВІЛ може передатися від однієї жінки до іншої під час приймаючого орального сексу, користування загальними секс-іграшками, або спільним інструментарієм (при прийомі наркотиків). Під час сексу між жінками можна повністю виключити ризик, якщо практикувати тільки безпечні форми сексуального контакту, а також шляхом застосування бар'єрних засобів захисту, таких як спеціальна латексна серветка або розрізаний презерватив.

При розробленні ефективних профілактичних заходів необхідно враховувати також, що значне число жінок займаються сексом, як з чоловіками, так і з жінками, при цьому сексуальна поведінка може не збігатися з тим, як жінка визначає свою сексуальну орієнтацію. Приймаюча особа вагінальний або анальний секс є вкрай ризикованою з точки зору передачі ВІЛ. Дослідження показують, що жінки, практикуючі секс і з чоловіками, і з жінками частіше змінюють сексуальних партнерів. Серед їх партнерів-чоловіків частіше зустрічаються геї та бісексуали, вони частіше практикують анальний секс [7]. Необхідно пам'ятати, що як би жінка не визначала свою сексуальну орієнтацію, і які б не були її стосунки з чоловіком, при проникаючому сексі з ним

необхідно постійно і правильно використовувати презервативи. Крім цього необхідно розвивати впевненість у собі і навички спілкування, що дозволяють переконати партнера використати презерватив.

На ризик передачі ВІЛ у ЖСЖ і бісексуальних жінок також впливають інші фактори, не пов'язані безпосередньо з ВІЛ-інфекцією. Перш за все, це насильство, зловживання алкоголем і питання психічного самопочуття. Тому додатковими стратегіями із зниження ризику ВІЛ-інфекції для ЖСЖ є також психологічна підтримка і взаємодопомога, лікування алкоголізму і помірне вживання спиртного, боротьба з насильством проти жінок і підтримка людей, які постраждали від подібних злочинів. Питання психічного здоров'я ніколи не повинні ігноруватися в області профілактики. ЖСЖ і бісексуальні жінки живуть у реаліях, де існує неприйняття їх суспільством, що може призводити до розриву відносин з родиною. Дискримінація гомосексуальних жінок практично повсюдна. Існуючі забобони можуть призводити до таких психологічних проблем як низька самооцінка і депресія. При цьому людина в стані депресії може почати зловживати наркотиками, а при низькій самооцінці важко серйозно піклуватися про власне здоров'я.

У міру розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, серед ЖСЖ з'являється все більше і більше дискордантних пар, в яких ВІЛ-інфікованим є один з партнерів. Особливістю дискордантних пар двох жінок в тому, що вони є "невидимими", хоча практично всі пари, які вони створюють і у яких є ВІЛ-позитивні, є дискордантними. Консультації та підтримка дискордантних пар повинні стати пріоритетним напрямком профілактики ВІЛ серед ЖСЖ, оскільки дискордантним парам приділяється недостатньо уваги, а дискордантним парам жінок його не приділяється взагалі. Дослідження показують, що медичні працівники та співробітники ВІЛ-сервісних організацій, що консультують ВІЛ-негативних партнерів в гетеросексуальних парах, не запрошують на консультації жінок, які перебували в парі з ВІЛ-позитивними жінками. Слід врахувати, що передача ВІЛ може відбутися через кілька років, коли вірусне навантаження ВІЛ-позитивної жінки зростає [7,8]. Тому потреби ЖСЖ, повинні

стати невід'ємною частиною програм профілактики ВІЛ в умовах реформування системи надання медичної допомоги.

5. Окремою проблемою ВІЛ-інфекції серед жінок є гендерна проблема, однією із складових якої є насилля щодо жінок. Посилення послуг для добровільного консультивання та тестування і надання комплексної медичної допомоги після зґвалтування, включаючи задоволення потреб у захисті психічного і фізичного здоров'я жертв сексуального насильства.

Підвідомчими закладами Мінсім'ї та спорту у Дніпропетровській області повинні використовувати методи у рамках національних і глобальних зусиль з адвокації, наприклад, в рамках Глобальної коаліції з проблем жінок та СНІДу, Кампанії за усунення насильства щодо жінок, ініційованої Генеральним секретарем ООН, і Всеафриканської кампанії на усунення насильства щодо жінок. Реалізація політики та програм, спрямованих на усунення гендерної нерівності та гендерного насильства, допоможе у досягненні цільових показників, що стосуються забезпечення загального доступу до профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ. Вкладення коштів у здійснення заходів в цих питаннях є, на думку експертів, найважливішою складовою програм з ВІЛ [9].

На обласному рівні доцільно також використати досвід проведення тренінгу «Гендерний підхід в наданні послуг ЛЖВ: робота з жінками», спрямованого на вирішення проблем з гендеру (соціальної статі) у сфері ВІЛ/СНІДу; розуміння стратегій роботи з ВІЛ-позитивними жінками в контексті гендерної рівності; шляхів підвищення обізнаності ВІЛ-позитивних жінок щодо насильства в сім'ї та розвитку їхньої активної життєвої позиції; сприяти активізації та поліпшенню емоційного стану учасників тренінгу [10].

З ЖКС у Дніпропетровській області доцільно впровадити альтернативні форми профілактики ВІЛ та ПСШ для жінок, одним із яких є жіночий презерватив (фемідом) за досвідом проекту МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» щодо розповсюдження фемідомів серед уразливих груп, передусім із жінками, які надають сексуальні послуги за плату (2010 р.). Під час підготовчого етапу проекту були проведені фокус-групи з соціальними

працівниками та самими ЖКС, за підсумками яких була сформульована потреба подальшого вивчення на практиці профілактичних і соціальних можливостей фемідомів. В рамках цього проекту підготовлені соціальні працівники, які навчатимуть своїх клієнток-ЖКС використовувати фемідоми, а потім проводити опитування ЖКС щодо досвіду використання жіночих презервативів, а також здійснене навчання самих ЖКС тренерським навичкам використання презервативів, які вони застосовуватимуть, поширюючи інформацію про фемідоми та розповсюджуючи їх серед ЖКС [6].

Заходи з первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації в умовах реформування системи охорони здоров'я

1. Організація тестування жіночого населення на ВІЛ.

З 2005 р. МОЗ України рекомендувало регіонам виділяти ресурси для проведення тестування на ВІЛ для 5% населення області щороку, однак ця умовна ціль не була досягнута у більшості областей. І дотепер між областями можна спостерігати відмінності в охопленні послугами з тестування на ВІЛ, а також у кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, що безпосередньо пов'язано з обсягами закупівель та використанням тест-систем серед ключових груп населення за рахунок місцевого бюджету. За даними ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України» МОЗ України Дніпропетровська область у рейтингу регіонів країни щодо кількості тестувань за рахунок місцевих бюджетів знаходиться на низькому рейтинговому місці: у 2011 р. – на 17 (обстежено всього в області 137 014 осіб, з уразливих груп - 12 355, що складає 9,0% від загальної кількості тестувань за місцеві бюджети), у 2012 р. – на 16 (обстежено всього в області 110982 осіб, з уразливих груп - 13640, що складає 12,3% від загальної кількості тестувань за місцеві бюджети), що свідчить про недостатність в області матеріальних, кадрових ресурсів для забезпечення потреб у КіТ на ВІЛ-інфекцію та у клінічному моніторингу пацієнтів. Ця медична послуга, у її повному виконанні, не є доступною без додаткових умов будь-якому громадянину області, включаючи жінок, з низки параметрів, зокрема: за зручністю розташування, наближеності до потенційного

клієнта (відсутність відповідних служб у невеликих населених пунктах, незручність місця розташування й/або віддаленість від потенційних клієнтів); через недостатню розгалуженість мережі кабінетів довіри (центрів анонімного обстеження на антитіла до ВІЛ і надання консультування), адекватну потребам молоді й особливо вразливих груп населення, а соціальна реклама центрів тестування надзвичайно обмежена. В умовах реформованої системи охорони здоров'я із зміненими підходами фінансування ці дані необхідно враховувати, а доступність у тестуванні необхідно забезпечити через систему сімейної медицини.

2. Заходи з ППВЖ в рамках сімейної медицини (на I рівні організації медичної допомоги).

Основною функціональною особою Моделі є сімейний лікар, який знає все про здоров'я всієї родини, який знайомий із стилем життя членів сім'ї - жінок. Сучасні світові тенденції укріплення систем охорони здоров'я включають інтеграцію спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг в систему надання загальної медичної допомоги. При цьому ключова роль належить посиленню ролі первинної медичної допомоги в наданні ВІЛ-сервісних послуг, метою яких є забезпечення доступності ВІЛ-сервісних послуг широким верствам населення шляхом модернізації первинної медичної допомоги та розширення спектру ВІЛ-сервісних послуг, що надаються на I рівні медичної допомоги у структурних підрозділах ЦПСМД: дільничних підрозділах поліклінік та лікарень, амбулаторії загальної практики/сімейної медицини, фельдшерсько-акушерські пункти.

Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції, які повинні надаватися в ЗОЗ первинного рівня:

- інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ-інфекції серед населення територіальної дільниці;
- консультування сім'ї з питань статевого виховання підлітків та молоді;
- консультування щодо методів та засобів ПС, з питань використання контрацепції, зокрема презервативів для профілактики ВІЛ-інфекції;

- передтестове добровільне консультування (ДКТ) на ВІЛ-інфекцію осіб відповідно до показань;
- скринінг-тестування на наявність ВІЛ-інфекції відповідно до показань;
- за результатами ДКТ взяття зразків крові та доставка їх до регіональної лабораторії II рівня для діагностики ВІЛ-інфекції. Результати дослідження повертаються до ЦПМСД і у випадках у відповідності до показань лікувати ВІЛ-позитивних пацієнтів препаратами 1-го ряду;
- скерування пацієнтів з ВІЛ-позитивним результатом лабораторного дослідження до профільних ЗОЗ II рівня для післятестового консультування, остаточного встановлення діагнозу та лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів;
- проведення післятестового консультування пацієнтів з негативними результатами обстеження;
- підтримуюче післятестове консультування (за умови активного звернення пацієнтів після первинного післятестового консультування в ЗОЗ вторинного рівня);
- за необхідності скерування ВІЛ-позитивних пацієнтів до відповідних соціальних служб (можливе залучення НУО).
- надання загальної медичної допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам;
- лікування ВІЛ-позитивних пацієнтів АРВ-препаратами першого ряду;
- скерування після ДКТ ВІЛ-інфікованих вагітних до спеціалістів II рівня для проведення допологової профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції АРВ препаратами та проведення самої профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції, також профілактики горизонтального шляху передачі ВІЛ-інфекції у дискордантних парах;
- консультування ВІЛ-інфікованих вагітних щодо профілактики зараження ВІЛ іншого серотипу;
- спільно із спеціалістами II-го рівня нагляд за дітьми, народженими ВІЛ-позитивними матерями та ВІЛ-інфікованими дітьми;
- направлення дітей 1-го року життя, народжених ВІЛ-позитивними матерями до спеціалістів II рівня, для проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції;

- направлення дітей у віці 18 місяців і старше, народжених ВІЛ-позитивними матерями, до спеціалістів II рівня для уточнення ВІЛ-статусу.

Необхідними умовами для інтеграції спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг на первинному рівні мають бути: високий рівень укомплектованості ЗОЗ ПМСД лікарями ЗП/СМ та медичними сестрами; підготовленість лікарів ЗП/СМ щодо питань ВІЛ/СНІДу, зокрема скринінг-тестування, ДКТ та лікування АРВ-препаратами першого ряду; забезпечення ЦПМСД скринінговими тест-системами на виявлення ВІЛ, які надаватимуться до ЗОЗ первинного рівня у пропорційному розподілі; забезпечення централізованим шляхом ЦПМСД АРВ-препаратами першого ряду; високий рівень мотивації працівників ЦПМСД щодо послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції; забезпечення обміну необхідною інформацією між ЦПМСД та ЗОЗ вторинного та третинного рівня стосовно ВІЛ-інфікованих пацієнтів; використання єдиних медичних стандартів з діагностики та лікування ВІЛ-інфекції.

Важливою функцією сімейного лікаря є чіткий контроль прийому АРВ препаратів ВІЛ-позитивними, зокрема у моделі для профілактики ВІЛ у жінок, з метою профілактики резистентності вірусу до АРВ. За даними обстеження в 12 країнах з низьким і середнім рівнем розвитку встановлено, що медичні установи втрачають контакт з людьми, які розпочали АРВ у 38% випадків [11], що становить серйозну загрозу для боротьби з резистентністю, оскільки більшість з цих людей переривають або зовсім припиняють своє лікування, що спричинює підвищену ймовірність не тільки того, що вони самі захворіють, але й ризику резистентності, а стійкий вірус зможе передаватися іншим людям.

В Україні найбільш поширеним засобом ППВЖ є чоловічий презерватив. За даними медико-демографічного обстеження населення України з метою визначення рівня досягнення Цілей Тисячоліття у 2007 р. Державним комітетом статистики України встановлено, що чоловічі презервативи, які захищають від ВІЛ-інфекції, населенням використовується лише 20,3%, жіночий – 0,4% [12], що недостатньо для досягнення ефективності і підтверджується високими темпами поширення ВІЛ-інфекції в Україні.

За останніми даними ВООЗ презерватив при правильному використанні є

надійним засобом профілактики ВІЛ-інфекції. Проте жіночий презерватив є єдиним контрольованим жінкою контрацептивним бар'єрним методом, доступним в даний час на ринку. Жіночий презерватив являє собою міцний, м'який, прозорий ковпачок з поліуретану, що вставляється в піхву перед сексуальним контактом. При його правильному використанні при кожному сексуальному контакті він повністю облягає піхву і забезпечує захист, як від вагітності, так і від інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ [13]. Надаючи цю інформацію пацієнткам сімейними лікарями, можливо позитивно вплинути на ефективність ППВЖ, таким чином, на зменшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок, ВІЛ-інфікованих вагітних та кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

На підвищення ефективності ППВЖ вплине також використання визнаного у світі методу подвійного захисту, коли одночасно використовується презерватив та інший метод контрацепції. Згідно з рекомендаціями Об'єднаної програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), люди, які мають статеві стосунки, - зокрема жінки та дівчата - повинні мати повний доступ до інформації та консультацій з тим, щоб вони могли зробити поінформований вибір щодо своїх потреб, стосуються статевого та репродуктивного здоров'я мати доступ до самих різних протизаплідних засобів і засобів профілактики ВІЛ. Такі послуги повинні надаватися інтегровано медичними працівниками [14] на I рівні надання медичної допомоги населенню.

У деяких випадках жінки не можуть контролювати використання чоловіками презерватива. При незахищених статевих контактах у жінки більший ризик зараження, що робить їх більш схильними до ВІЛ-інфекції. На сьогодні вченими доведена ефективність вагінального бактерицидного гелю, що містить антиретровірусний препарат, який захищає жінок від ВІЛ на 39% ефективніше, ніж використовувався для порівняння гель-плацебо. Якщо жінки застосовували вагінальний бактерицидний гель у 80% і більше випадків статевого акту, то ризик зараження ВІЛ знизився на 54% [15].

На первинному рівні ППВЖ проводиться в інтегрованій діяльності з навчальними закладами.

3. Заходи з ППВЖ в закладах охорони здоров'я II рівня організації медичної допомоги.

Новим структурним підрозділом II рівня медичної допомоги є госпітальний округ.

Визначені наступні організаційні технології, які функціонально покладаються на спеціалістів ЗОЗ госпітального округу (лікарня інтенсивної допомоги, лікарня для проведення планового лікування, лікарня для відновлювального лікування, хоспіси, лікарня для медико-соціальної допомоги – забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги):

- інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ-інфекції;
- ППВЖ методом АРТ;
- консультування щодо методів та засобів ПС, з питань використання контрацепції, зокрема презервативів для профілактики ВІЛ-інфекції, подвійного методу;
- передтестове та після тестове добровільне консультування на ВІЛ-інфекцію;
- тестування на наявність ВІЛ-інфекції;
- взяття зразків крові для діагностики ВІЛ-інфекції;
- остаточне встановлення діагнозу та лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів;
- проведення післятестового консультування пацієнтів з негативними результатами обстеження;
- за необхідності скерування ВІЛ-позитивних пацієнтів до відповідних соціальних служб (можливе залучення НУО).
- надання спеціалізованої медичної допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам;
- проведення профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції;
- нагляд за дітьми, народженими ВІЛ-позитивними матерями та ВІЛ-інфікованими дітьми;

- проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції дітей 1-го року життя, народжених ВІЛ-позитивними матерями;
- уточнення ВІЛ-статусу у дітей віком 18 місяців і старше, народжених ВІЛ-позитивними матерями.

Серед інших до організаційних технологій щодо ППВЖ відноситься також формування моделі безпечної поведінки у молоді, яка впроваджується у Клініках, дружніх до молоді, що входять до складу міських дитячих та дитячих лікарень. Клініки дружні до молоді свою діяльність здійснюють у відповідності до рекомендацій ВООЗ, Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) щодо «дружнього» підходу до питань, пов'язаних із здоров'ям дітей та підлітків, основними принципами якого є добровільність, доброзичливість, доступність, конфіденційність, анонімність та незасуджуючий підхід до відвідувача. Профілактичні заходи з первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед дівчаток спрямована на формування у відповідальної поведінки, статевої зокрема.

Окремою ланкою у комплексі подолання епідемії ВІЛ-інфекції є діяльність родопомічних закладів, структура яких набуває змін в рамках реформування організації медичної допомоги. ППВЖ проводиться в амбулаторних та стаціонарних ЗОЗ акушерсько-гінекологічного профілю через просвітницькі матеріали, індивідуальну консультативну роботу, роботу з питань використання презервативів, а також заходи з профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ. Робота з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) у Дніпропетровській області налагоджена. Проте рівень (5,4% у 2012 р.) свідчить про недостатню ефективність профілактичних заходів. Потребують удосконалення форми та методи роботи з ВІЛ-позитивними жінками до пологів та після пологів, механізми надання медичних послуг ВІЛ-позитивним жінкам щодо збереження репродуктивного здоров'я з метою досягнення «Ініціативи щодо ліквідації» ВООЗ, ЮНЕЙДС та ЮНІСЕФ, яка спрямована на ліквідацію до 2015 р. нових випадків ВІЛ-інфекції серед дітей та збереження життя їх матерів.

У ЗОЗ госпітального округу повинні бути доступними послуги з тестування та консультування у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, щоб забезпечити

ранню постановку діагнозу і своєчасно розпочати лікування, яке призначається спеціалістами Дніпропетровського центру профілактики та боротьби зі СНІДом (ДЦПБС).

Одним із основних завдань лікувальних закладів госпітального округу є забезпечення безперервного АРВ лікування шляхом формування достатньої прихильності до лікування та контролю прийому препаратів з метою профілактики резистентності до АРВ препаратів. Медикаментозна стійкість ВІЛ на сьогодні є серйозною проблемою, вирішенням якої є проблемним питанням для ВООЗ, за даними якої в країнах з низьким і середнім рівнем доходу у 2010 р. стійкість ВІЛ до АРВ була виявлена у 6,8 % людей, які починають лікування. В той же час після введення АРВ терапії в країнах з високим рівнем доходу реєструвалися дещо вищий рівень резистентності - від 8 до 14% залежно від регіону, що пояснюється використанням у країнах низьким і середнім рівнем доходу спрощених програм лікування, які хворими сприймаються краще і не перериваються.

За рекомендаціями ВООЗ, кожний ЗОЗ, що надає антиретровірусне лікування, має використовувати набір «індикаторів раннього попередження» для виявлення факторів, здатних викликати резистентність до ВІЛ, і прийняття відповідних заходів щодо них. До числа таких індикаторів входять:

- дотримання медичних приписів;
- тип використовуваних ліків;
- безперервність постачання ліками;
- частка пацієнтів, що продовжують звертатися до служби профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД.

Критерієм ефективності АРВ препаратів та профілактики резистентності є зростання вірусне навантаження у пацієнта через 12 міс., зростання якого свідчить про неефективність лікування на ранній стадії. На підтримку цих рекомендацій ВООЗ створила глобальну мережу лабораторій з епіднагляду, які співпрацюють з інститутами для моніторингу резистентності ВІЛ та обміну інформацією, а також для дослідження генетичного складу вірусу. Розуміння генетичних моделей резистентності допомагає спеціалістам надавати пацієнтам

варіанти лікування більш ефективного та тривалої дії, що в свою чергу попереджає резистентність. Тим більше, якщо АРТ використовується для первинної профілактики ВІЛ.

Ще однією сучасною технологією профілактики ВІЛ, що можливо використати у ЗОЗ госпітального округу - це чоловіче обрізання, яке сприяє зниженню ризику придбання ВІЛ під час сексуальних контактів між чоловіком і жінкою приблизно на 60%. З 2007 року ВООЗ і ЮНЕЙДС рекомендують проведення добровільного медичного чоловічого обрізання в якості додаткової важливою стратегії профілактики ВІЛ в умовах високої поширеності ВІЛ і при низьких рівнях чоловічого обрізання. Одноразова процедура медичного чоловічого обрізання забезпечує довічний частковий захист від ВІЛ, а також від інших інфекцій, що передаються статевим шляхом [13].

4. III рівень надання медичної допомоги щодо ППВЖ у Моделі представлений Університетською клінікою та Дніпропетровським обласним центром профілактики та боротьби зі СНІДом, на який покладаються методичні з метою надання методичної допомоги лікувальним закладам первинного та вторинного рівня та лікувально-діагностичні функції, які передбачають діагностичну, референтну, лікувальну роботу шляхом впровадження новітніх ефективних технологій.

Однією із сучасних медичних технологій ППВЖ у відповідності до рекомендацій ВООЗ є стратегічне використання АРВ, спрямованих проти ВІЛ, що може сприяти значному зниженню рівня його передачі, які покладаються на науково-дослідні, клінічні ЗОЗ та спеціалізовані центри. Ті ліки, які використовуються для лікування ВІЛ-інфекції, можуть зупинити передачу вірусу і знизити ймовірність того, що інфікована людина передасть вірус іншій людині. У 2011 р. велике міжнародне дослідження, проведене Мережею клінічних випробувань для профілактики ВІЛ, показало, що АРВ знижує рівень передачі ВІЛ на 96% у дискордантних пар. Дослідження у Південній Африці підтвердило ці результати (2012 р.). Коли люди приймають АРВ препарати, число уражених ВІЛ клітин у їх крові зменшується, що значно знижує ймовірність передачі вірусу іншим людям. Збільшення числа людей, які

отримують АРВ препарати сприятиме зменшенню їх вірусного навантаження, що є основною умовою високого ризику трансмісії вірусу та підвищенню вірогідності скорочення числа нових випадків інфікування [11]. Необхідне використання наступних стратегічних принципів щодо використання АРВ:

- для лікування людей з ВІЛ, що мають неінфікованих партнерів, відповідно до яких рекомендується пропонувати АРВ ВІЛ-позитивному партнеру, незалежно від стану захисної сили імунної системи для зниження ймовірності передачі ВІЛ неінфікованому партнеру, оскільки за оціночними даними, до 50% ВІЛ-позитивних людей, які перебувають у постійних стосунках, мають неінфікованого партнера;

- змінити існуючу практику для запобігання ППМД, а саме прийом АРВ всім ВІЛ-позитивним вагітним, незалежно від захисної сили імунної системи. Ці препарати не тільки забезпечують лікування ВІЛ-інфікованих жінок та запобігання передачі вірусу їх новонародженим дітям, а й можуть захистити їх партнерів.

Ці принципи пояснюються, перш за все, результатами останніх світових досліджень, узагальненими ВООЗ. Необхідно, щоб люди, у яких діагностовано ВІЛ-інфекцію, починали приймати АРВ препарати до того, коли захисна сила їхньої імунної системи знижується до числа CD4+ на рівні 350 клітин/мм³ і менше, до того, як імунна система починає слабшати. А надання АРТ людям з ВІЛ, що мають ВІЛ-негативних партнерів, вагітним жінкам і людям з груп високого ризику, незалежно від їх імунного статусу, сприятиме зростанню числа людей, що відповідають критеріям лікування в країнах з низьким і середнім рівнем доходу - з нинішніх 15 до 23 млн. І, незважаючи на те, що найближчим часом це підвищить вартість наданого лікування, за прогнозами досліджень, економічні переваги раннього лікування значною мірою окуплять, а можливо, і перевершать вартість програми протягом 10 років після інвестування. Така економічна перевага забезпечується тим, що трудові ресурси будуть більш здоровими і більш продуктивними, а витрати на лікування та утримання сиріт зменшаться. Таким чином, АРТ можна використовувати для захисту людей, які в даний час є ВІЛ-негативними, але піддаються високому

ризиком інфікування. Тому у ДЦПБС необхідно посилити відстежування і регулярний епідагляд за резистентністю ВІЛ для попередження фахівців з планування програм про моделі резистентності. На сьогодні у світі за оціночними даними ВОЗ АРТ доступна для 6,65 млн. людей в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, до яких відноситься Україна, тобто для 47% з 14,2 млн. людей, які відповідають критеріям для її отримання [11].

Окрім означених організаційно-методичних технологій щодо ППВЖ, які покладаються на університетську клініку та ДОЦПБС, у моделі запропоновані нові медичні технології з доведеною ефективністю, які використовуються у світі, а також до функції університетської клініки, як наукового закладу, додана необхідність вивчення ефективності та адаптації нових для України медичних технологій. Швидке просування та застосування на практиці наукових досягнень в галузі ВІЛ і програмних інновацій можуть поліпшити ефективність профілактики нових випадків ВІЛ-інфекції у часи суворої фінансової економії, в яких перебуває Україна.

Новітні медичні технології ППВЖ, які необхідно адаптувати через підготовку спеціалістів та інформування населення:

1) За результатами дослідження ВІЛ-опірність деяких людей зумовлена наявністю у них гена HLA B57, який зміцнює імунну систему [15]. Приблизно кожен 200-й чоловік, у яких є вроджена резистентність до ВІЛ, захворіти СНІДом не зможуть ніколи, в гіршому випадку він розвивається дуже повільно. Вчені віднесли цю властивість на рахунок гена HLA B57, який змушує організм людини виробляти Т-хелпери, що розбивають білок ВІЛ на більшу кількість частин і знищують їх. Таких клітин-убивць вірусу Т-хелперів значно більше виробляється у людей, що мають ген HLA B57. У них Т-хелпери набагато краще розпізнають клітини з ВІЛ, а також їх версії, що піддалися мутації в ході інфекції. Діагностика такого гену може стати технологією ППВЖ без використання рутинних методів профілактики, а саме головне, без застосування ППМД у разі народження дитини цією жінкою.

2) Використання антибіотику міноцикліну може стати ще одним засобом в арсеналі АРВ для терапії ВІЛ. Речовини, які містяться в препараті впливають на

інфіковані клітини імунної системи, де «дрімає» ВІЛ в період перед активним розповсюдженням. Оскільки, найбільшим викликом сучасності щодо ВІЛ-інфекції – це необхідність якомога довше зберігати ВІЛ в «дрімаючому» стані. Прийом міноцікліну ВІЛ-позитивним пацієнтом може стати одним із методів ППВЖ, доступним за ціною. Міноціклін націлений на імунні Т-клітини і значно ускладнює їх процес репродукування. Це у свою чергу перешкоджає поширенню ВІЛ і не дає вірусу розвинутися.

3) Наступною інноваційною медичною технологією профілактики ВІЛ, як подвійного методу використання медикаменту Truvada з одночасним застосуванням презервативу. Щоденна доза Truvada поряд з використанням презервативів і інших засобів безпеки істотно знижує ризик зараження ВІЛ. У середньому Truvada зменшує ризик зараження ВІЛ на 44%. У людей, що приймали ліки сумлінно, цей показник набагато вищий - 73 [15]. Надзвичайно необхідною, хоча дорого вартісною (від 5 до 14 тисяч доларів на рік) є ця технологія серед гомосексуалістів та наркоманів.

Поєднання реорганізаційних та інноваційних медичних технологій в умовах реформування системи охорони здоров'я населення Дніпропетровської області сприятиме зменшенню нових випадків ВІЛ-інфекції серед жінок, що вплине на зменшення загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, зокрема, шляхом профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом та від матері до новонародженої дитини.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт / ВООЗ, Представництво ЮНЕЙДС в Україні. – К, 2009. – 240 с.
2. Жилка Н.Я. Медико-соціальне обґрунтування системи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини: автореф. ... дис. д-ра мед. наук: спец. 14.02.03, 14.00.01 / Н.Я. Жилка; МОЗ України, Нац. мед. акад. післядипломної освіти. – К, 2011. – 41с.
3. Thorne C. Prevention of HIV infection in infants. Documenting and learning

- and the Ukraine experience / C. Thorne, M. Newell, N. Zhyhka. – Kyiv, 2007. – 100 p.
4. Матеріали Міжнародної конференції зі зменшення шкоди. 9-12 червня 2013 р. Вільнюс. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/news/index.htm>. – Назва з екрана.
 5. R. N. Bluthenthal, A. H. Kral, E. A. Erringer, B. R. Edlin Use of Illegal Syringe Exchange and Injection-Related Risk Behaviors among Street-Recruited Injection Drug Users in Oakland, California, 1992-1995.
 6. Україна: моніторинг упровадження цілей ССГАООН щодо сексуального та репродуктивного здоров'я: Аналітичний огляд / Під заг. ред. Н.Й. Сало. — К.: Інжиніринг, 2010. — 94 с.
 7. Як захистити себе? [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://translate.google.com.ua/translate?hl=ru&langpair=en|ru&u=http://www.who.int/hiv/&ei=6qPvUN6UF6jQ0QWMoIGgAw> – Назва з екрана.
 8. Реализация комплексных ВИЧ / ИППП программ с секс-работников: Практические подходы от совместных действий. ВОЗ; ЮНФПА, ЮНЭЙДС, NSWР, Всемирный банк. – 2013. – 196 с.
 9. Профілактика насилья против ВИЧ-положительных женщин и помощь женщинам-жертвам насилья. [Електронний документ]. – Шлях доступу: http://vd-spb.ru/projects/profilactika_nasilia – Назва з екрана.
 10. Гендерний підхід у сфері ВІЛ/СНІДу: робота з жінками: Програма тренінгу. – К.: Інжиніринг, 2011. – 71 с.
 11. Рекомендации ВОЗ по снижению уровня передачи ВИЧ. [Електронний документ]. – Шлях доступу: www.who.int – Назва з екрана.
 12. Медико-демографічне обстеження населення України 2007 року. – Calverton, Maryland, США : Укр. центр соц. реформ, Держкомстат України, МОЗ України та Macro International Inc., 2008. – 336 с.

13. ВИЧ/СПИД. [Электронный документ]. – Шлях доступу:
<http://www.who.int/features/qa/71/ru/> – Назва з екрана.
14. Материалы консультации для заинтересованных сторон. (ВОЗ) 16 февраля 2012 г.—Женева. [Электронный документ]. – Шлях доступу:
<http://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/february/20120216pshormonal/#d.ru.67783> – Назва з екрана.
15. ВІЛ: не дай ворогові шансів. [Электронный документ]. – Шлях доступу:
<http://centrmed.com/news/detail.php?ID=1218> – Назва з екрана.