USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE | Визначення політики з питань здоров'я

БАЗОВІ ПИТАННЯ ДОБРОВІЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

за редакцією І.В. Дзюблик

БАЗОВІ ПИТАННЯ ДОБРОВІЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Навчальний посібник для лікарів

Київ 2007

Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: Навчальний посібник для лікарів/ за ред. Дзюблик І.В.- К., 2007.- 171 с.

Авторський колектив:

І.В. Дзюблик — зав. кафедри вірусології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, професор, доктор медичних наук

А.М. Щербінська — директор Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, професор, доктор медичних наук

Т.А. Александріна — старший радник з питань ДКТ Проекту USAID|Визначення політики з питань здоров'я, кандидат медичних наук

Рекомендовано до видання

Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, протокол № 9 від 14.11.2007 р.

Рекомендовано

Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України у якості навчального посібника для лікарів-інтернів, курсантів, клінічних ординаторів та аспірантів вищих медичних закладів III–IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти

Рецензенти:

Зав. кафедри мікробіології, вірусології та імунології НМУ імені О.О.Богомольця МОЗ України, академік НАН України, член-кор. АМН України, Заслужений діяч науки і техніки, доктор медичних наук, професор **Широбоков В.П.**

Проректор з лікувальної роботи НМАПО імені П.Л.Шупика МОЗ України, доктор медичних наук, професор **Гойда Н.Г.**

Регіональний координатор компанії Констелла Ф'ючерс у країнах Східної Європи **Філіппа Юнгова-Лоусон**

Цей навчальний посібник є вступом до основних питань ВІЛ-інфекції, зокрема тих, що стосуються добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (ДКТ). Авторами підкреслено, що ДКТ є однією з найважливіших послуг у країні, яка забезпечує доступ населення до необхідної профілактичної, діагностичної та медико-соціальної допомоги. Враховуючи новину послуги перед- та післятестового консультування в медичних закладах, посібник буде корисним для самостійної роботи студентів та лікарів будь-якого профілю. У майбутньому планується підготовка окремого посібника з надання послуг консультування і тестування для уразливих до ВІЛ груп населення.

Цей посібник видано за щедрої підтримки американського народу через проект Регіональної місії Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) Визначення політики з питань здоров'я, Технічне завдання 1 (контракт № GPO-I-01-05-00040-00) від 30 вересня 2005 року. Заходи з протидії ВІЛ-інфекції здійснюються за підтримки Президентського плану невідкладних заходів з протидії СНІДу (PEPFAR). Технічне завдання 1 проекту USAID| Визначення політики з питань здоров'я реалізується компанією Констелла Ф'ючерс (Constella Futures) спільно з Центром розвитку та громадських ініціатив (Centre for Development and Population Activities (CEDPA), Альянсом Білої Стрічки за безпечне материнство (White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA) та Всесвітньою асоціацією релігій за мир (World Conference of Religions for Peace (WCRP).

Наведені у виданні погляди та думки є точками зору авторів і не завжди збігаються з позицією Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) та Уряду США.

ISBN 966-391-037-2

© *Колектив авторів*

ЗМІСТ

Передмова 5

Вступ 8

Перелік умовних скорочень 10

Розділ 1

Сучасні уявлення про ВІЛ-інфекцію 11

1.1. Етіологія ВІЛ-інфекції 12

1.2. Патогенез ВІЛ-інфекції 17

1.3. Класифікація ВІЛ-інфекції, клінічні прояви та принципи лікування 20

1.4. Сучасні методи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції 31

1.5. Експрес-тестування на ВІЛ. Прості/швидкі тести 39

1.6. Стратегія і тактика лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції в Україні 45

Розділ 2

Епідемія ВІЛ-інфекції у світі та в Україні 49

2.1. Історія розвитку пандемії ВІЛ- інфекції 50

2.2. Огляд та особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у світі на початку XXI сторіччя 52

2.3. Шляхи передачі та уразливі до ВІЛ контингенти населення 53

2.4. Характеристика та етапи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні 55

2.5. Національна стратегія зниження рівня розповсюдження ВІЛ-інфекції в Україні 58

2.6. Профілактика інфікування ВІЛ 61

Розділ 3

ДКТ як ефективний інструмент профілактики ВІЛ-інфекції 67

3.1. Протокол ДКТ, зміст, загальні положення, мета 68

3.2. Основні принципи ДКТ 69

3.3. Нормативні акти України, пов’язані з організацією послуг ДКТ 73

3.4. Організація проведення ДКТ в Україні 79

Розділ 4

Алгоритм ДКТ. Перед- та післятестове консультування 91

4.1. Алгоритм ДКТ 92

4.2. Передтестове консультування 92

4.3. Післятестове консультування 98

4.4. Особливості консультування окремих груп загального населення 105

4.5. Особливості консультування уразливих до ВІЛ груп населення 113

4.6. Помилки при наданні консультативної допомоги 121

Розділ 5
Супервізія. Моніторинг та оцінка 125
5.1. Супервізія: мета та завдання 126
5.2. Система моніторингу та оцінки ДКТ 128

Тестові питання 132

Правильні відповіді на тестові питання 145

Ситуаційні задачі 146

Термінологічний словник 156

Рекомендована література та додаткові ресурси, що містять корисну інформацію з питань ВІЛ/СНІДу та ДКТ 163

Додаток
Навчальний план циклу тематичного удосконалення (ТУ) «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію» 169
Навчальна програма циклу тематичного удосконалення (ТУ) «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію» 170
Перелік практичних навичок на циклі «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію» 171

ПЕРЕДМОВА

Навчальний посібник «Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» — це результат партнерської діяльності кафедри вірусології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (НМАПО), Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом та міжнародного Проекту USAID|Визначення політики з питань здоров'я. Співпраця зазначених установ і організацій в цьому напрямі переконливо демонструє не лише успішність взаємодії державного та недержавного секторів, а й ефективність використання наявних в Україні ресурсів, спрямованих на подолання епідемії ВІЛ-інфекції, в тому числі шляхом розширення доступу різних категорій населення, включаючи уразливі щодо ВІЛ, до послуг добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію.

За 25-річний період розвитку епідемії ВІЛ-інфекції широкомасштабне тестування на ВІЛ в Україні проводиться понад шістнадцяти років, а послуги консультування надаються близько дев'яти. Передбачене законодавством перед- та післятестове консультування впроваджувалось поступово, але не було систематизовано та стандартизовано. Застосовувались методології, розроблені міжнародними організаціями, та індивідуальний досвід центрів СНІДу.

Протягом останніх двох років Україна здійснила необхідні кроки для збільшення доступу до розширення та покращення якості послуг консультування і тестування на ВІЛ. За технічної підтримки Агентства міжнародного розвитку США Проекту ПОЛІСІ-ІІ та участі державних структур і громадських та міжнародних організацій України, які опікуються проблемою ВІЛ-інфекції в державі, нормативно врегульований Порядок добровільного консультування і тестування (ДКТ), в країні розпочато створення кабінетів «Довіра», розроблена та затверджена стратегія розширення доступу до послуг ДКТ шляхом застосування швидких тестів на ВІЛ, міжнародними організаціями — партнерами МОЗ України — надано технічну допомогу у впровадженні в пілотних регіонах тренінгових програм з питань ДКТ та проведення самих тренінгів.

Разом з цим проведення таких тренінгів не забезпечує доступ до навчання спеціалістам усіх регіонів країни, не сприяє широкому запровадженню стандартизованих державних навчальних програм з видачею сертифікатів державного зразку. Визначаючи цю проблему, рішенням робочої міжсекторальної групи Міністерства охорони здоров'я з питань ДКТ було визначено за необхідне розпочати розробку навчальних програм та посібників з питань ДКТ.

Першу навчальну програму та посібник з базових питань ДКТ для лікарів, які організовуватимуть, надаватимуть послуги перед- та післятестового консультування в умовах створених кабінетів «Довіра» та інших медичних закладів, а також лікарів, які проводитимуть дослідження (тестування) на ВІЛ-інфекцію, було доручено розробити колективу кафедри вірусології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України. Програми та

методичні матеріали для навчання психологів, соціальних працівників, представників громадських організацій, які включають особливі потреби уразливих до ВІЛ груп населення, — це завдання майбутнього.

Що ж таке ДКТ і чому цій процедурі надається стільки уваги на сучасному етапі розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Україні?

ДКТ — це послуга, яка передбачає тестування на ВІЛ-інфекцію з обов'язковим проведенням перед- та післятестового консультування з дотриманням принципу добровільності і проводиться з ініціативи пацієнта. ДКТ впливає на поширення знань серед населення про шляхи ВІЛ-інфікування та його профілактику, сприяє прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, впливає на формування подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, визначає ВІЛ-статус людини. Якщо ВІЛ-статус визнаний позитивним, інформує про можливість отримання доступу до антиретровірусної терапії (АРТ), профілактику опортуністичних інфекцій, а також сприяє зміні поведінки ВІЛ-позитивних осіб з метою зниження ризику подальшої передачі вірусу.

У посібнику в доступній для широкого кола фахівців формі представлений алгоритм ДКТ, матеріал щодо ролі ДКТ як ефективного інструменту профілактики ВІЛ-інфекції в Україні, особливості перед- та післятестового консультування, процедура тестування, надані характеристики тест-систем, від яких залежить забезпечення якісної серологічної діагностики ВІЛ-інфекції, визначені поняття супервізії, моніторингу та оцінки ДКТ. До посібника додаються тестові питання, ситуаційні задачі та правильні відповіді на них.

Розробка посібника базувалася на матеріалах Порядку добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію (Протоколу), затвердженого наказом МОЗ України від 19.08.2005 №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», керівництвах ВООЗ/ЮНЕЙДС, матеріалах з питань ДКТ, розроблених організацією РАТН для України. Цей посібник не містить матеріалів з навичок консультування та принципів ефективного спілкування, оскільки вони викладені у навчально-методичному посібнику «Основи консультування з питань репродуктивного та сексуального здоров'я», підготовленому групою авторів під загальною редакцією Б.М.Ворника (Київ, 2004), та у посібнику для тренінгу «Консультирование, связанное с ВИЧ/СПИД» (Грузия, 2005), розробленому організаціями Save the Children та РАТН (організація РАТН нині адаптує останній для використання в Україні).

Робочою групою МОЗ України 22 листопада 2006 року було прийнято рішення про написання окремого навчального посібника, який не дублюватиме документ, підготовлений до видання організацією РАТН, і стосуватиметься базових питань тестування на ВІЛ. У майбутньому планується розробка ще одного посібника, який стосуватиметься консультування та тестування уразливих до ВІЛ-інфікування груп населення.

Посібник орієнтований на лікарів, які мають відношення до надання послуг перед- та післятестового консультування, лаборантів, які здійснюють лабораторні дослідження на ВІЛ-інфекцію, менеджерів охорони здоров'я, які забезпечують організацію послуг консультування і тестування. Він буде корисним для само-

стійної роботи студентів та лікарів будь-якого профілю, а також при плановому підвищенні їх кваліфікації в системі післядипломної освіти України.

Посібник може служити базою з медичних питань ДКТ для навчання психологів та соціальних працівників, які залучені для надання послуг перед- та післятестового консультування.

У подальшому, враховуючи нові рекомендації керівництва ВООЗ/ЮНЕЙДС та посилаючись на досвід національних спеціалістів, в посібник, можливо, будуть внесені деякі зміни та доповнення, але суть і роль цієї послуги не зміниться. Сподіваюсь, що посібник «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію» допоможе фахівцям, залученим до організації та надання послуг ДКТ, на шляху здобуття та удосконалення знань проблеми, безпосередньо пов'язаної із запобіганням поширення ВІЛ-інфекції в Україні.

Від керівництва Проекту USAID|Визначення політики з питань здоров'я, Технічне завдання 1, дозвольте висловити вдячність авторам посібника, редакційній колегії, іншим фахівцям Проекту, співробітникам НМАПО імені П.Л.Шупика та Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом за надану допомогу в організації написання та видання посібника і побажати подальшої творчості та поглиблення партнерства на шляху подолання проблеми ВІЛ-інфекції в Україні.

Заступник директора з питань ВІЛ/СНІДу
Проекту USAID|Визначення політики
з питань здоров'я, Технічне завдання 1 в Україні О. Семерик

ВСТУП

Ситуація щодо захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД в різних країнах світу і в XXI столітті продовжує залишатись вкрай складною. При цьому Україна не є винятком, навпаки, вона стала однією із країн Європи, яка має найвищі темпи зростання числа нових випадків ВІЛ/СНІДу, більшість яких виявлені за останні роки. Так, за даними офіційної статистики в Україні на 1 січня 2006 року на диспансерному обліку як ВІЛ-інфіковані перебували 62 888 чоловік, що складає 133,5 на 100 тис. дорослого населення. Проте, за оцінками провідних експертів ВООЗ/ЮНЕЙДС, в нашій країні з ВІЛ/СНІДом проживає майже 360 тис. осіб віком від 15 до 49 років, що становить 1,4% дорослого населення країни. А чи знають вони про свій ВІЛ-статус? Знання про свій ВІЛ-статус дають людині, в першу чергу, безцінну можливість скористатися найсучаснішими методами лікування, при цьому добровільне консультування і тестування на ВІЛ набуває величезного значення, оскільки своєчасно розпочата високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ) здатна не тільки підвищити якість життя, але суттєво збільшити його тривалість. Якщо раніше в тестуванні на ВІЛ суспільство вбачало утиснення прав людини, то тепер в епоху ВААРТ кожний медичний працівник, особливо кожний лікар, зобов'язаний доброзичливо радити пацієнту пройти тестування на ВІЛ, кваліфіковано проконсультувати, підтримати та відкрити шлях до оптимальної антиретровірусної терапії. Настав час, коли необхідно вдатися до певних зусиль, в тому числі в плані навчання лікарів на післядипломному рівні, щоб збільшити обсяг послуг добровільного консультування та тестування (ДКТ) на ВІЛ, а також здійснювати тестування більш широко та в більш різноманітних умовах, ніж це практично виконувалось в нашій країні раніше.

Підвищення професійного рівня з питань ДКТ на ВІЛ в умовах існуючої системи післядипломної підготовки лікарів різних фахів в Україні потребує розробки та впровадження в життя циклів тематичного удосконалення з цієї вкрай важливої проблеми та навчального посібника з базових питань ДКТ в державі.

Представлений навчальний посібник призначений для підвищення теоретичних знань лікарів з сучасних уявлень про ВІЛ-інфекцію/СНІД, специфічну діагностику ВІЛ-інфекції, прості/швидкі тести та особливості їх застосування, питань розвитку епідемії у світі та в Україні, ДКТ як ефективного інструменту профілактики ВІЛ-інфекції, алгоритму ДКТ, особливостей перед- та післятестового консультування різних груп населення, супервізії, моніторингу та оцінки ДКТ.

Розроблені навчальний план і програма регламентують зміст і форму навчання лікарів (лекції, семінарські і практичні заняття). Ситуаційні задачі та тестові питання складені з урахуванням відповідних розділів, курсів і тем у повній узгодженості до затвердженої програми. Термінологічний словник, правильні відповіді на тестові питання і задачі, рекомендована література та додаткові ресурси, що містять інформацію з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та ДКТ, також спрямовані на підвищення якості знань лікарів та допомогу при самопідготовці.

Навчальний план, програма та навчальний посібник з базових питань ДКТ в Україні обговорені на засіданнях робочих груп з ДКТ, затверджені на засіданні Вченої Ради Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, рекомендовані до впровадження та апробовані на кафедрі вірусології.

Будемо глибоко вдячні читачам за критичні зауваження і побажання щодо змісту та побудови навчального посібника, які просимо надсилати за адресою:

04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9
НМАПО імені П.Л.Шупика МОЗ України,
кафедра вірусології
e-mail: Idzyublyk@ukr.net

Колектив авторів

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВ-препарати — антиретровірусні препарати
АРТ — антиретровірусна терапія
ВААРТ — високоактивна антиретровірусна терапія
ВІЛ — вірус імунного дефіциту людини
ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я
ВН — вірусне навантаження
ВПГ — вірус простого герпесу людини
ГЕБ — гематоенцефалічний бар'єр
ГК/І — групове консультування/інформування
ДКТ — добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію
ЗОЗ — заклади охорони здоров'я
ЗПТ — замісна підтримуюча терапія
ЗТ — зворотна транскриптаза
ІБ — імунний блотинг (імуноблот)
ІП — інгібітори протеаз
ІПСШ — інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА — імуноферментний аналіз
ІХА — імунохроматографічний аналіз
КЗ — колоїдне золото
ЛЖВ — люди, що живуть з ВІЛ
ЛЗ — лікарський засіб
МіО — моніторинг і оцінка
НІЗТ — нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази ВІЛ
ННІЗТ — ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази ВІЛ
НР — небажана реакція
НДІ — науково-дослідний інститут
ОГ — об'єднання громадян
П — протеаза
ПГЛП — персистуюча генералізована лімфаденопатія
ПЗНТ — прогнозуюча здатність негативного тесту
ПЗПТ — прогнозуюча здатність позитивного тесту
ПКС — працівники комерційного сексу
ПЛР — полімеразна ланцюгова реакція
РНК — рибонуклеїнова кислота
СІН — споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД — синдром набутого імунного дефіциту
ТБ — туберкульоз
ТБПЛ — профілактичне лікування туберкульозу
ТУ — тематичне удосконалення
ЦМВ — цитомегаловірус
ЧСЧ — чоловіки, що мають секс з чоловіками
ЮНЕЙДС — об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу
NARTIS — Nucleoside Analog Reverse Transcriptase Inhibitorse
NNRTIS — Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitorse

Розділ 1

Сучасні уявлення про ВІЛ-інфекцію/СНІД

1.1. Етіологія ВІЛ-інфекції 12
1.2. Патогенез ВІЛ-інфекції 17
1.3. Класифікація ВІЛ-інфекції, клінічні прояви та принципи лікування 20
1.4. Сучасні методи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції 31
1.5. Експрес-тестування на ВІЛ. Прості/швидкі тести 39
1.6. Стратегія і тактика лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції в Україні 45

1.1. Етіологія ВІЛ-інфекції

Початок восьмидесятих років XX сторіччя, а саме 1981 рік, став роком офіційного визнання нового захворювання, яке через рік отримало назву «**С**индром **Н**абутого **І**мунного **Д**ефіциту» людини, або скорочено СНІД. Перше повідомлення про відкриття збудника СНІДу прийшло з Франції з лабораторії професора Люка Монтан'є (L.Montagnier, Інститут Пастера) у 1983 році. Ним виявився новий вірус, що був виділений і досліджений під електронним мікроскопом від особи, хворої на СНІД, з клінічними проявами генералізованої лімфаденопатії, що певною мірою вплинуло на першу назву нового вірусу — Lymphoadenopathy Associated Virus (LAV). У травні 1984 року група американських дослідників з Національного інституту раку в США на чолі з керівником лабораторії клітинної біології пухлин Робертом Галло (R.Gallo), в свою чергу, повідомила про відкриття збудника СНІДу, якому дали назву Human T-cell Lymphotropic Virus Type III (HTLV-III). У тому ж році інший американський дослідник J.Levy виділив вірус, якому дав назву AIDS Related Virus (ARV).

У квітні 1986 року в журналі «Science» було надруковано повідомлення Люка Монтан'є про відкриття ще одного нового вірусу, виділеного від хворого на СНІД чорношкірого офіціанта в Парижі, вихідця з Західної Африки. Новий збудник було названо LAV-II.

В травні того ж року на Другій Міжнародній конференції з проблем СНІДу Міжнародний комітет з таксономії вірусів згідно з вимогами уніфікації міжнародної термінології визначив нову назву для збудника СНІДу — **H**uman **I**mmunodeficiency **V**irus (HIV), що в перекладі на українську мову означає вірус імунодефіциту людини (ВІЛ).

За сучасними уявленнями ВІЛ відноситься до родини ретровірусів (Retroviridae), підродини лентівірусів (Lentivirus). Місце ВІЛ в сучасній класифікації вірусів, патогенних для людини, представлено на **рис. 1.1.** На сьогодні виділені два типи вірусу: ВІЛ-1 та ВІЛ-2, які мають певні відмінності між собою як у геномах, так і в антигенній структурі їх білків. ВІЛ-1 та ВІЛ-2 є першими повільними вірусами (лентівірусами), що спричиняють патологію у людини.

Обидва віруси, як і решта представників родини Retroviridae, є вірусами складної будови. Під електронним мікроскопом дозрілий віріон ВІЛ має сферичну форму, що в діаметрі становить близько 100 нм (**рис. 1.2**). Зовнішня гліколіпідна оболонка вірусу двошарова і має 72 виступи, утворені, наприклад у ВІЛ-1, глікопротеїнами gp120 та gp41. Глікопротеїн gp120 (м.м. 120 kD) пов'язаний з gp41 (м.м. 41 kD) нетривкими зв'язками, він легко може відриватися від зовнішньої оболонки вірусу і вільно циркулювати в крові ВІЛ-інфікованої людини, що призводить до різних негативних явищ та наслідків в цілому. Під зовнішньою гліколіпідною оболонкою вірусу розташований так званий матриксний білок p17 (м.м. 17 kD), який утворює відповідно матриксну оболонку. У самому центрі вірусної частки знаходиться нуклеокапсид — серцевина (core) вірусу. Головним білком, що формує нуклеокапсид, у ВІЛ-1 є p24, а у ВІЛ-2 — p26. В центрі конусоподібної серцевини (нуклеокапсиду) розташований

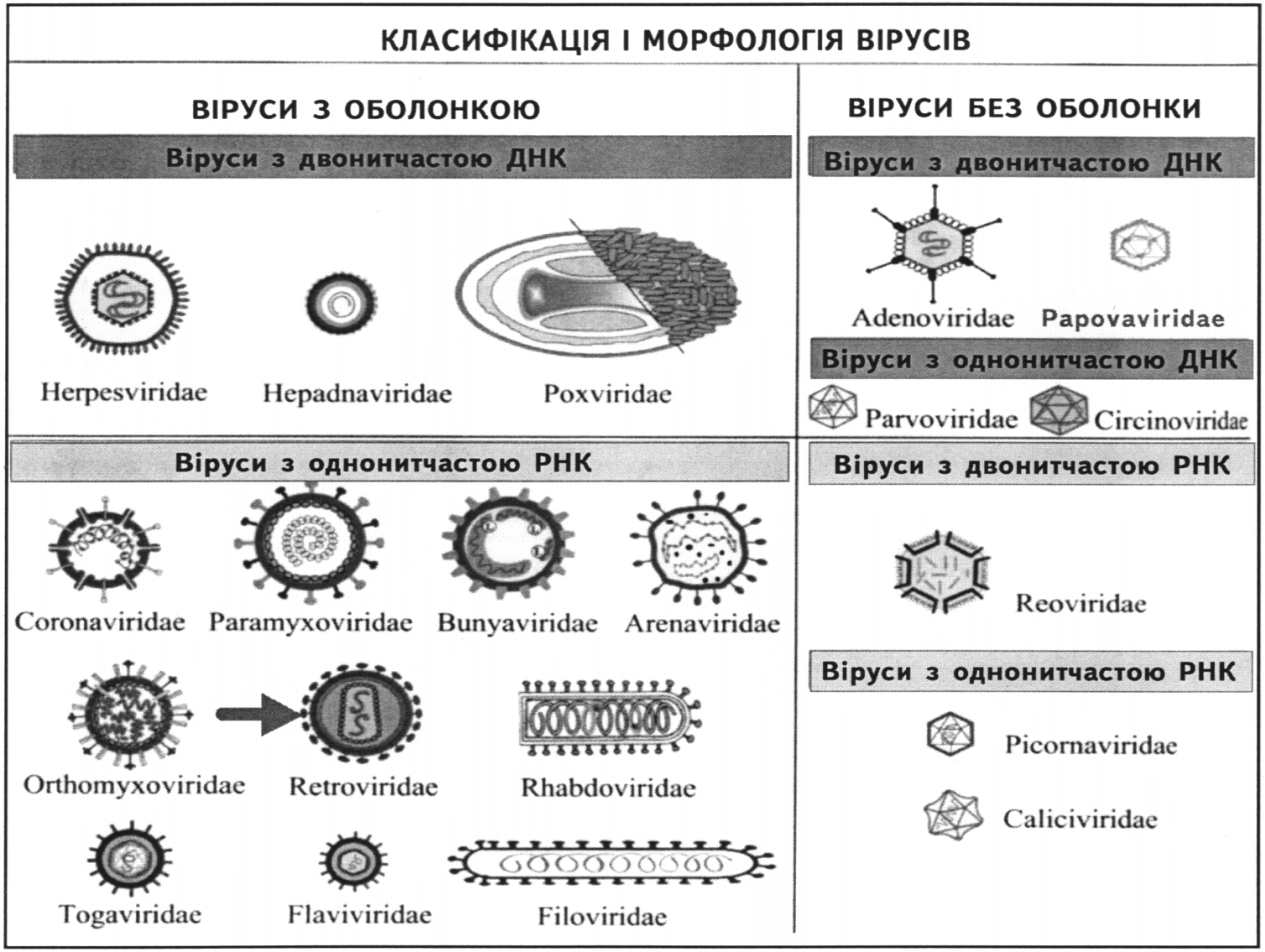


Рис. 1.1. Місце ВІЛ в класифікації вірусів, патогенних для людини

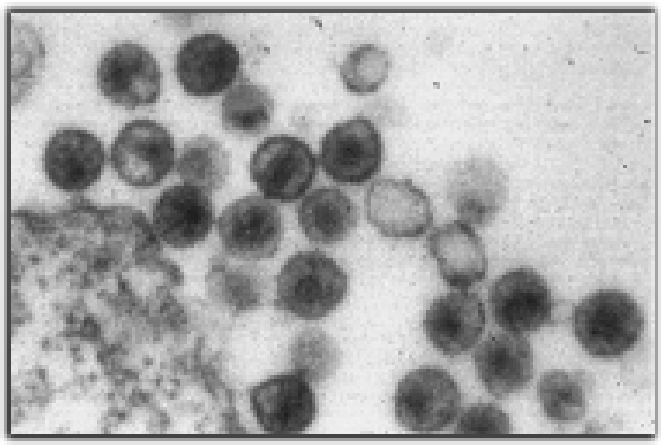


Рис. 1.2. ВІЛ під електронним мікроскопом

вірусний геном, представлений двома самостійними молекулами РНК, молекули ферментів зворотної транскриптази (ЗТ), рибонуклеази Н, інтегрази (І) та протеази (П) (**рис. 1.3**). Крім вищезгаданих білків у ВІЛ є ще інші. В цілому, усі білки ВІЛ поділяються на структурні, регуляторні та допоміжні.

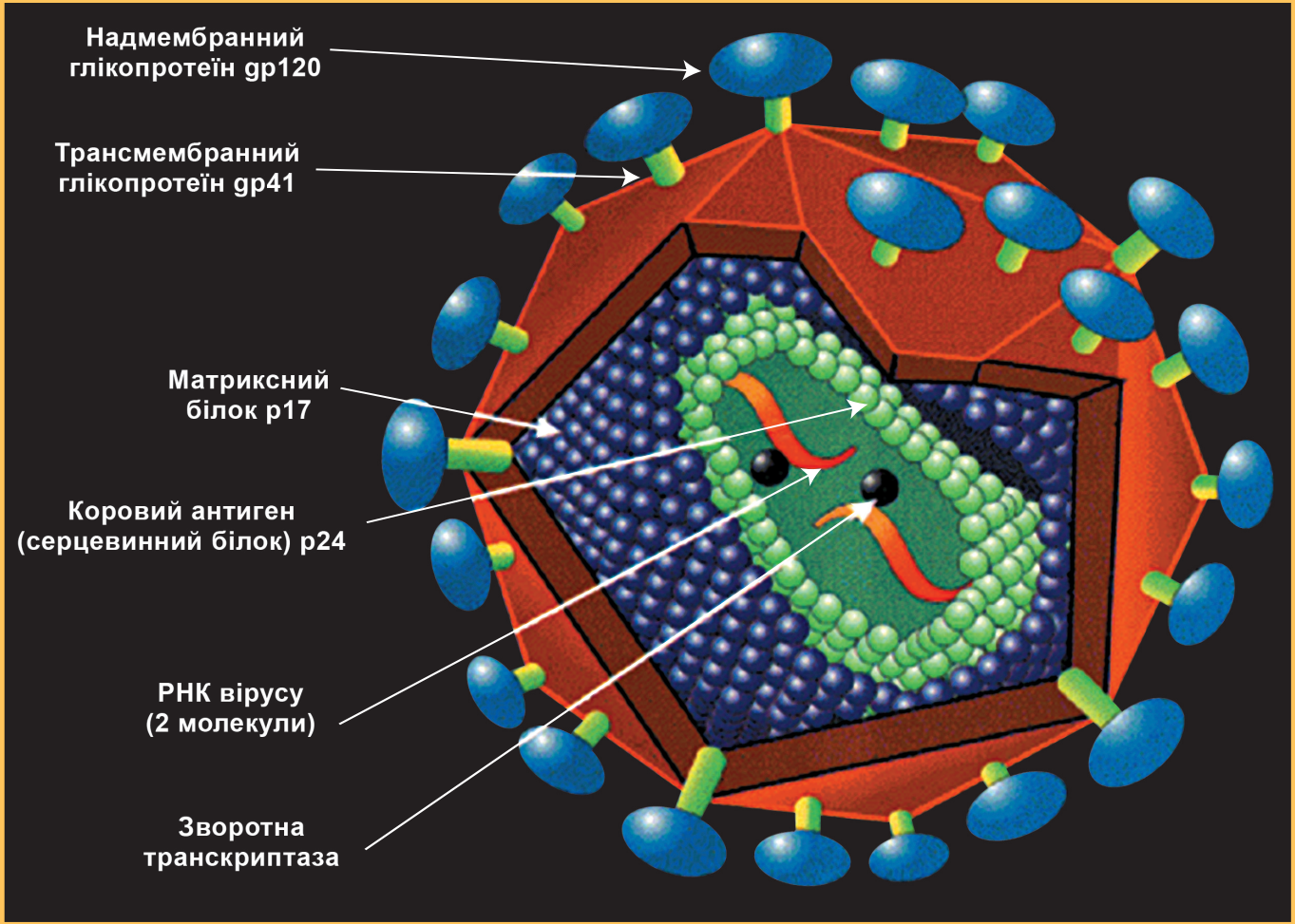
Геном ВІЛ складається з двох однониткових молекул РНК (диплоїдний геном), кожна з яких має 9 генів: 3 основних або структурних (gag, pol, env) і 6 регуляторних — tat, rev, vif, nef, а також vpr, vpu (для ВІЛ-1), vpx (для ВІЛ-2) з маловивченою функцією (**рис. 1.4**).

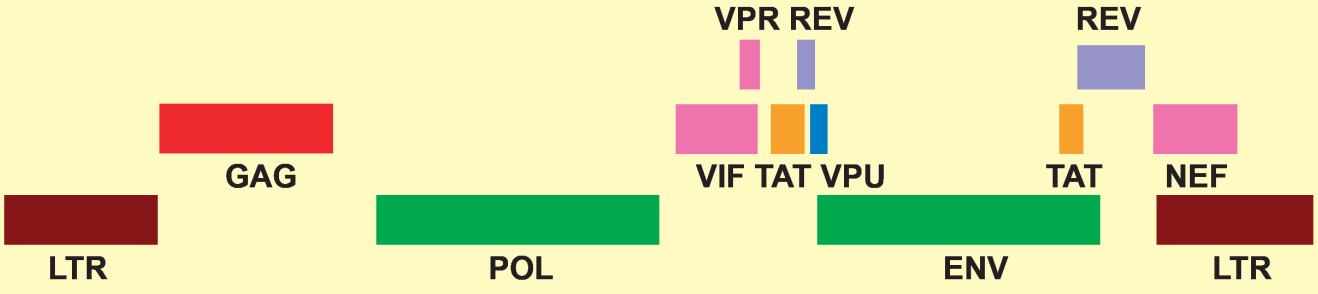
Ген tat — найбільш активний регулятор, що забезпечує посилення в 1000 разів реплікації вірусу. Він також регулює експресію клітинних генів. Ген rev вибірково активує синтез структурних білків вірусу. На пізніх стадіях ВІЛ-інфекції ген rev сповільнює синтез регуляторних білків. Ген nef при взаємодії з так званими довгими кінцевими повторами (LTR) сповільнює транскрипцію вірусних геномів, забезпечуючи рівновагу між вірусом і організмом. Синхронна функція tat і nef обумовлює зважену реплікацію вірусу, що не призводить до загибелі інфікованої вірусом клітини.

Гени оболонки (env) кодують трансляцію білка-попередника оболонки вірусу gp160, що надалі розщеплюється на gp120 і gp 41.

Групоспецифічні гени (gag) кодують внутрішні білки віріону. Ці білки разом з білками, що кодуються геном pol, прочитуються, як і у інших ретровірусів, з повнорозмірної РНК у 9749 нуклеотидів. Внаслідок трансляції іРНК утворюється попередник з м.м. 55 кD. У процесі подальшого протеолітичного розщеплення цей білок нарізається на p17, p24, p9 і p7.

Рис. 1.3. Схематичне зображення ВІЛ-1


Надмембранний
глікопротеїн gp120
Трансмембранний
глікопротеїн gp41
Матриксний
білок p17
Коровий антиген
(серцевинний білок) p24
РНК вірусу
(2 молекули)
Зворотна
транскриптаза



Геномна РНК ВІЛ-1 складається з 9749 нуклеотидів

Ген pol кодує ферментні системи вірусу, зворотну транскриптазу (p66/51), інтегразу (p31/33), рибонуклеазу Н (p15).

Гени gag, pol і env забезпечують синтез структурних білків вірусу (**табл. 1.1**).

Таблиця 1.1

Гени ВІЛ-1 і ВІЛ-2 та білки, що вони кодують

Гени	**Функція**	**Білки, що кодуються**	
		ВІЛ-1	ВІЛ-2
1. Структурні			
gag	Білки ядерні	p55, p18, p24, p15	p56, p16, p26, p12
pol	Ферментні системи (ревертаза, ендонуклеаза, протеаза)	p11, p34, p51/66	p36, p64
env	Білки оболонкові	gp41, gp120, gp160	gp40, gp105, gp140
2. Регуляторні			
tat	Позитивний регулятор	p13/14	p19
rev	Вибірковий регулятор	p17/18	p15
nef	Негативний регулятор	p27	p27
vif	Фактор інфекційності	p23	p23
vpr	Слабкий транскриптивний активатор	?	?

Крім структурних і регуляторних генів до складу ВІЛ-1 входять довгі кінцеві повтори (LTR) і додатковий ген vpu, а до складу ВІЛ-2 — LTR та ще й додатковий ген vpx.

ВІЛ відрізняє винятково висока генетична мінливість. Частота генетичних помилок при реплікації нуклеїнової кислоти складає 10^{-4}–10^{-5} помилок на ген на цикл реплікації. Іншими словами, жоден фрагмент РНК ВІЛ, що містить не більше 104 нуклеотидних пар (н.п.) у довжину, не повторює у точності батьківський. Висока генетична мінливість, реалізована у варіабельності антигенних і біологічних властивостей ізолятів. Це багато в чому пов’язане з продуктом гена env вірусу — gp120, варіабельність амінокислотної послідовності якого сягає від 5 до 20% для ізолятів одного субтипу і від 25 до 35% — для різних субтипів. Особливо варіабельною є ділянка gp120, яка формує гудзикоподібний домен, що має назву V3-петлі і складається з 35 амінокислот. До зазначеного домену утворюється 80–95% всіх нейтралізуючих антитіл.

Встановлено, що у ВІЛ-1 існують 9 генетично відмінних за геном **env** субтипів, які позначаються великими латинськими літерами **A, B, C, D, E, F, H, J, I**, що були об’єднані в одну групу **M** (main). Крім того, описано декілька ізолятів

Рис. 1.4. Організація геному ВІЛ-1

вірусу, що значно відрізняються від відомих представників групи М і були віднесені до групи **О** (від outlier — в стороні) та групи **N** (non-M, non-O). Наукові дослідження свідчать, що наприкінці XX сторіччя до 1998 року у світі домінував субтип С (48%), на субтип А припадало майже 25%, на субтип В — 16%, на субтипи Д і Е — по 4%, решта припадала на інші відомі субтипи (**рис. 1.5**).

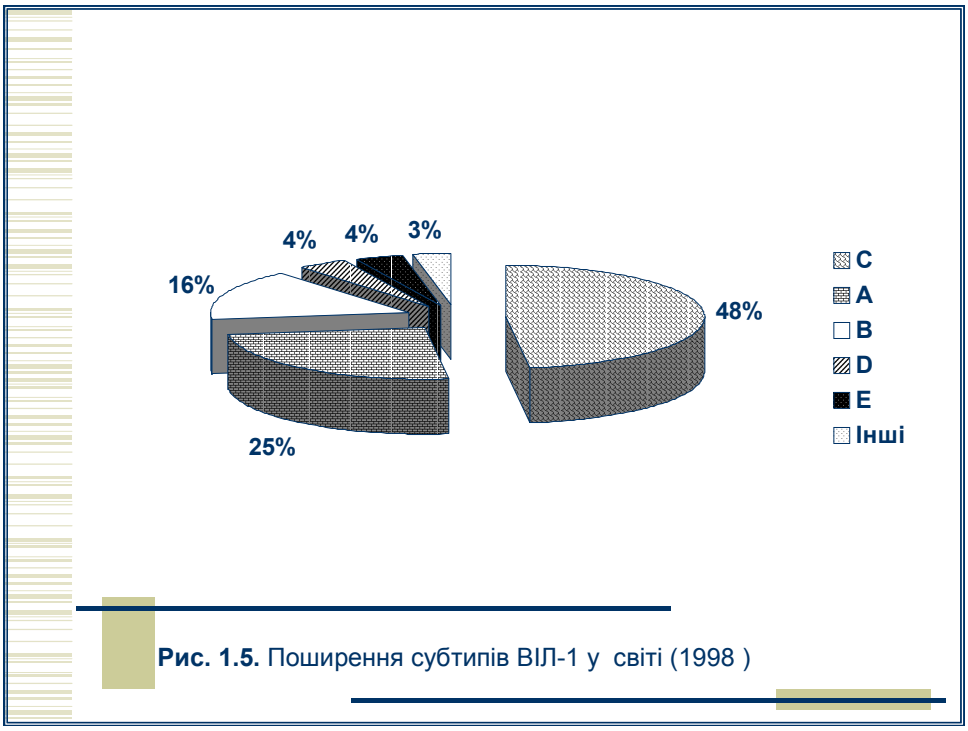


Рис. 1.5. Поширення субтипів ВІЛ-1 у світі (1998)

Щодо наявності субтипів у ВІЛ-2, то це питання знаходиться на стадії ретельного вивчення.

Виключна генетична мінливість дозволяє вірусу вижити в інфікованому організмі, оскільки у величезному пулі завжди знайдеться вірус, здатний до еволюційного відбору.

Характеризуючи збудника, важливо підкреслити, що з будовою вірусу тісно пов'язані його біологічні властивості, в тому числі стійкість до дії фізико-хімічних чинників, дезінфектантів, асептиків тощо. Складна будова вірусу та наявність двошарової зовнішньої оболонки, що містить ліпіди, робить ВІЛ не стійким до дії багатьох фізико-хімічних чинників зовнішнього середовища. ВІЛ термолабільний. При температурі 23–27 ^{o}C у складі біологічних рідин ВІЛ зберігає свою інфекційну активність впродовж 14–15 днів, а при підвищених температурах (36–37 ^{o}C) — впродовж 11 днів. Його інфекційна активність знижується у 100 разів за умови прогрівання при 56 ^{o}C протягом 30 хв, а при температурі 80–100 ^{o}C вірус повністю інактивується за 1–5 хв. Вірус руйнується всіма дезінфектантами, що використовуються в практиці охорони здоров'я, проте найефективніше — 6% перикисом водню та 2% розчином глютаральдегіду. ВІЛ стійкий до дії іонізуючої радіації, УФ-випромінювання, заморожування при -70 ^{o}C. В крові, призначеній для переливання іншій людині, ВІЛ може зберігати свою інфекційну активність роками, а в сироватці крові або у плазмі — до 10 років.

1.2. Патогенез ВІЛ-інфекції

ВІЛ-інфекція розвивається після проникнення вірусу до організму людини. Доведено, що ВІЛ потрапляє в організм людини трьома шляхами: статевим, перинатальним (від матері до дитини та з материнським молоком) і парентеральним (при попаданні крові чи її компонентів, що містять вірус, в організм іншої людини або через медичний інструментарій, контамінований кров'ю ВІЛ-інфікованого). Проте головною «метою» для ВІЛ, як і будь-якого іншого вірусу, є не просто проникнення, а взаємодія з чутливою клітиною, розмноження вірусу в ній та утворення величезної кількості власних нащадків — вірусних часток. Чутливими до ВІЛ клітинами в організмі людини є тільки ті, що на своїй поверхні мають CD4-рецептор. Такий CD4-рецептор є на мембрані Т4-лімфоцитів (Т-хелперів; англ.: T-helper, Th) у кількості, що сягає 7 000 молекул на клітину, моноцитів/макрофагів — до 200 молекул на клітину та у деяких інших клітин організму. Тому основними клітинами-мішенями для ВІЛ стають саме Т4-лімфоцити та макрофаги/моноцити (**рис. 1.6**). Проте ВІЛ характеризується не тільки лімфотропністю, але й нейротропністю: він здатний проникати у клітини ЦНС (астроцити та нейрони) за допомогою моноцитів/макрофагів, застосовуючи стародавню військову тактику «троянського коня».

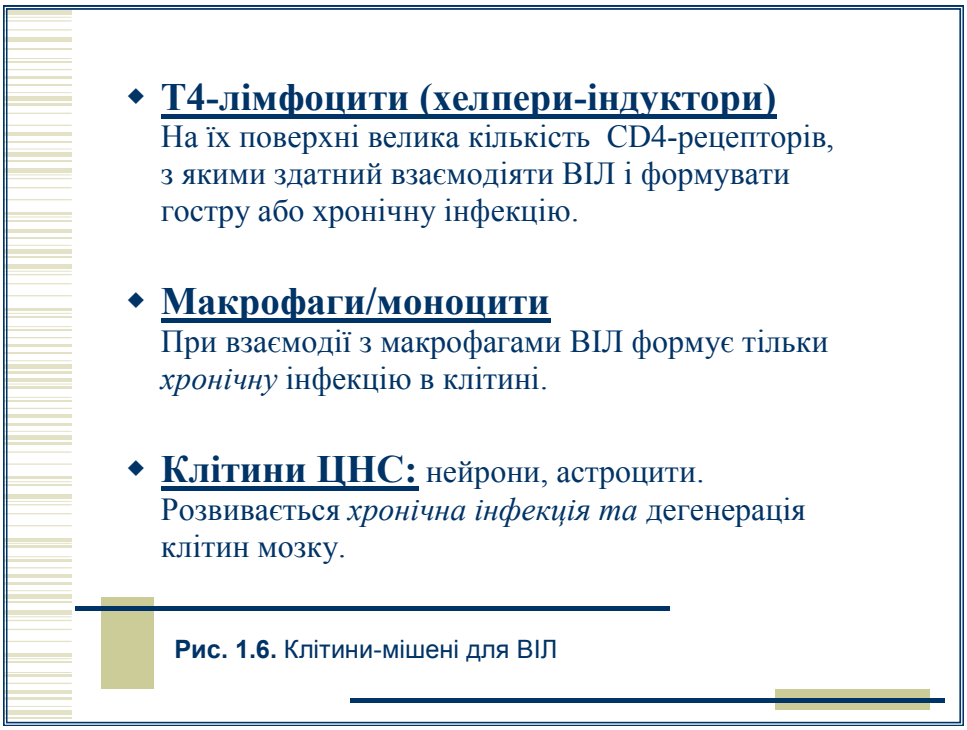


Рис. 1.6. Клітини-мішені для ВІЛ

Розмноження вірусу в чутливій клітині (син.: репродукція, життєвий цикл вірусу) має величезне значення в патогенезі ВІЛ-інфекції. Всі події, що відбуваються на рівні чутливої клітини, зумовлюють весь складний ланцюг патологічних процесів, що виникають на рівні організму і клінічно проявляються у вигляді опортуністичних інфекцій та інвазій, захворювання ЦНС та пухлинами.

Життєвий цикл ВІЛ охоплює весь період від адсорбції вірусу на поверхні клітини до утворення інфекційного вірусного потомства (D.Ho, 1996). Мінімаль-

на тривалість життєвого циклу ВІЛ-1 в умовах in vitro здійснюється протягом 1–2 діб. За цей час утворюється до 1 млрд вірусних частинок, а при тривалій вірусній активності їх формується і підтримується величезна кількість (**табл. 1.2**).

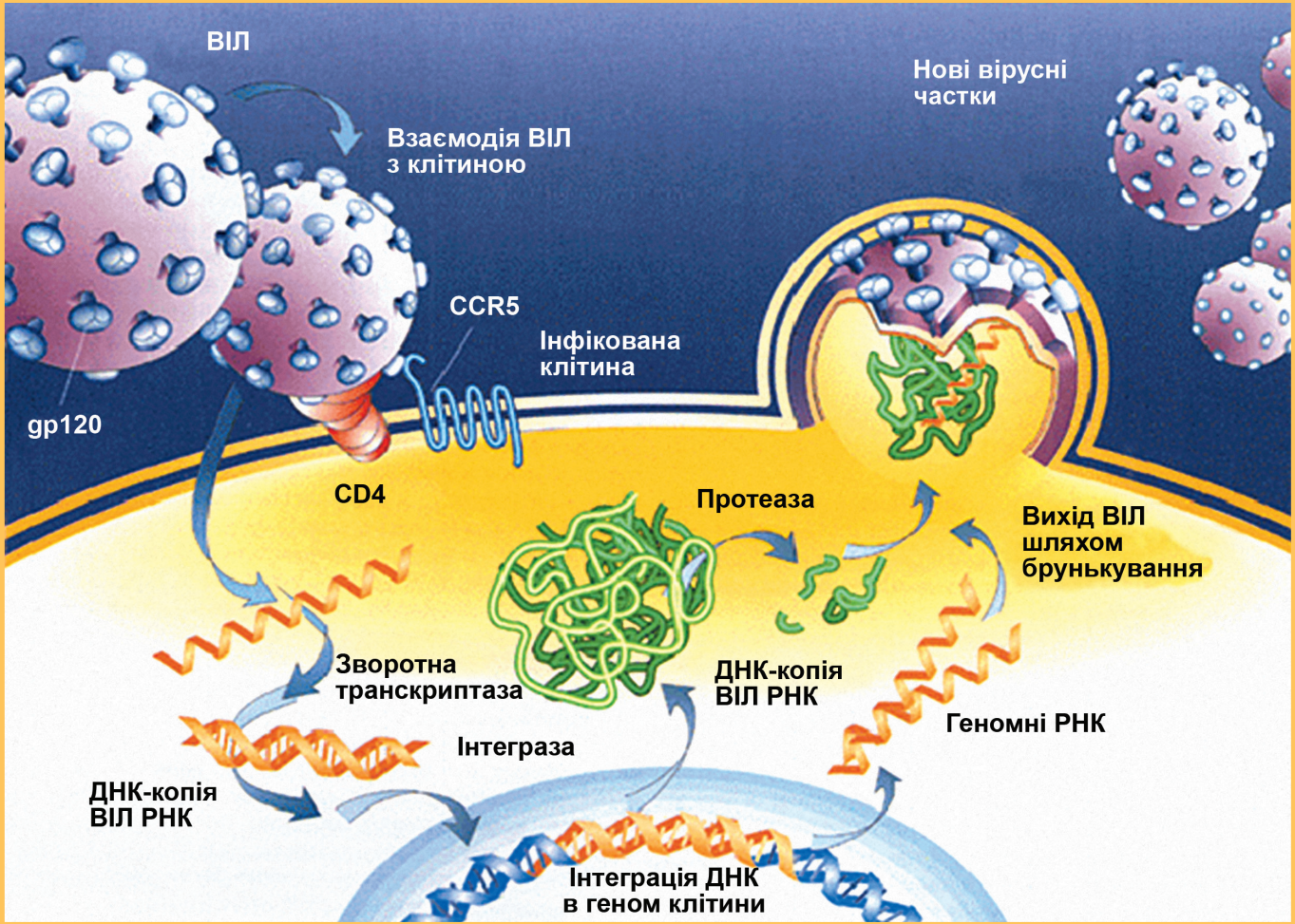
Таблиця 1.2

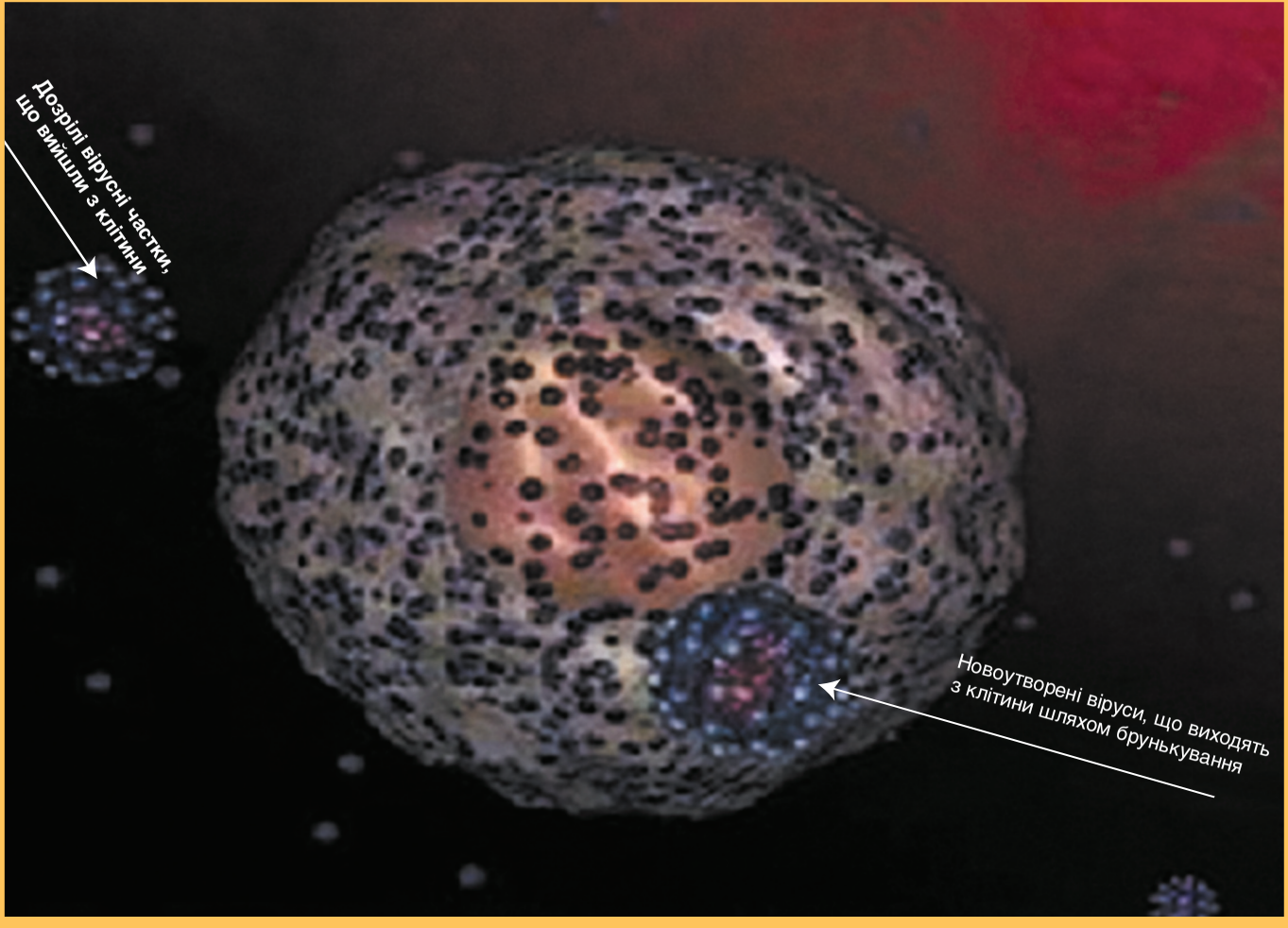
Динаміка життєвого циклу ВІЛ (D.Ho, 1996)

Характеристика	Показники
Життєвий цикл інфікованої клітини	22 доби
Повна ВІЛ-1 продукція	$10{,}3^{10}$ вірусних часток на добу
Мінімальна тривалість життєвого циклу ВІЛ-1 in vitro	1,2 доби
Тривалість перебування вірусу в плазмі (позаклітинна фаза)	0,3 доби
Внутрішньоклітинна фаза (тобто репродукція вірусу в клітині)	0,9 доби
Середня тривалість життєвого циклу ВІЛ-1 in vitro	2,6 доби

Репродукцію вірусу на прикладі ВІЛ-1 можна дуже спрощено описати наступним чином: глікопротеїн gp120 (або gp105 для ВІЛ-2), що має ще назву «Білок розпізнавання та прикріплення», вступає у взаємодію з CD4-рецептором та з CCR5/CXCR4-корецепторами на поверхні чутливої клітини (**рис. 1.7**). Далі відбуваються конформаційні зміни поверхневих білків та злиття зовнішньої оболонки вірусу з мембраною клітини-хазяїна, роздягання вірусу. Етап транскрипції відбувається за участю фермента ЗТ. На вірусній (геномній) РНК+, як на матриці, будується ферментом ЗТ мінусова нитка ДНК і виникає РНК-ДНК-гібрид, до якого приєднується рибонуклеаза Н і руйнує геномну РНК. Продукти гідролізу РНК стають сигналом до наступного синтезу: на ДНК-нитці будується комплементарна плюсова нитка ДНК, в результаті чого виникає двониткова ДНК, яка мігрує в ядро клітини, проникаючи крізь ядерну мембрану. Процес інтеграції ДНК у геном клітини здійснюється за допомогою вірусного ферменту інтегрази. Інтегрований ДНК-провірус сприймається клітиною як група клітинних генів і залишається у клітині у латентному стані до тих пір, поки не відбудеться його активація. Активований ДНК-провірус транскрибується клітинною РНК-полімеразою II у вірусну геномну РНК та іРНК. Синтезується декілька класів іРНК. Та іРНК, яка включає в себе весь геном, транслює гени внутрішніх білків вірусу (gag, pol), внаслідок чого синтезується поліпротеїн-попередник (білок-попередник), який у подальшому нарізається на структурні білки. Це нарізання здійснює ВІЛ протеаза. Інші іРНК, в тому числі для гену env, транслюються в попередники оболонкових білків, які підлягають протеолітичному нарізанню (процесінгу) на функціонально активні глікопротеїни ВІЛ, проте вже за допомогою клітинних протеаз. Далі здійснюється збирання (морфогенез) та вихід вірусу з клітини. Новоутворені віруси виходять з клітини шляхом брунькування, у процесі якого відбувається їх остаточне дозрівання (**рис. 1.8**).

Рис. 1.7. Життєвий цикл ВІЛ


ВІЛ
Взаємодія ВІЛ з клітиною
Нові вірусні частки
CCR5
Інфікована клітина
gp120
CD4
Протеаза
Вихід ВІЛ шляхом брунькування
Зворотна транскриптаза
ДНК-копія ВІЛ РНК
Геномні РНК
Інтеграза
ДНК-копія ВІЛ РНК
Інтеграція ДНК в геном клітини


Дозрілі вірусні частки, що вийшли з клітини
Новоутворені віруси, що виходять з клітини шляхом брунькування

Активація провірусу, а разом з тим і експресія генів, в Т4-хелперах призводять до бурхливого утворення тисяч вірусних часток, що виходять із клітини шляхом брунькування через цитоплазматичну мембрану і руйнують її.

Загибель тисяч і тисяч Т4-хелперів призводить до різкого зменшення пулу цих клітин та розвитку Т-клітинного імунодефіциту. Важливо підкреслити, що серед механізмів загибелі CD+ Т-клітин існують ті, що звуться «прямими», а також ті, що звуться «непрямими». Як не парадоксально, лише 1% Т4-клітин гине внаслідок прямих причин, а саме внаслідок репродукції ВІЛ, а решта — від інших причин, не пов'язаних з репродукцією вірусу. В літературі Т-клітини, що гинуть внаслідок «непрямих» причин при ВІЛ-інфекції, часто називають «невинними жертвами» (innocent bystanders). Причини загибелі CD+ Т4-клітин представлені на **рис. 1.9**.

На відміну від CD+ Т-клітин, репродукція ВІЛ у моноцитах/макрофагах не супроводжується загибеллю клітин. Вірус формує в цих клітинах тільки хронічну інфекцію. Вихід вірусу шляхом брунькування в цих клітинах відбувається поступово, в невеликій кількості, переважно на мембранах ендоплазматичного ретикулюму та комплексу Гольджі, при цьому клітини не гинуть, а стають резервуаром вірусу в організмі і у такому випадку виступають у ролі «троянського коня», вносячи ВІЛ до ЦНС, як про це ми вже згадували вище.

Важливо підкреслити, що роль моноцитів/макрофагів в патогенезі ВІЛ-інфекції величезна. Так, на стадії безсимптомного перебігу захворювання кількість ВІЛ-інфікованих клітин в легенях, лімфатичних вузлах, в ЦНС становить 1:100, і це переважна більшість (до 90%) макрофагів, тоді як на 100 000 мононуклеарних клітин периферійної крові припадає лише один Т4-лімфоцит, інфікований ВІЛ.

Руйнівної цитопатичної дії ВІЛ не виявляє також і у клітинах ЦНС. Проте у 80–90% ВІЛ-інфікованих осіб має місце значне порушення функцій ЦНС, дегенерація клітин мозку і розвиток енцефалопатій різного ступеня, включаючи деменцію. Процес первинної активної репродукції вірусу продовжується 4–6 тижнів після інфікування людини, надалі її інтенсивність знижується, що є свідченням переходу переважної більшості вірусу у латентний стан. Так, після інфікування на стадії гострого захворювання рівень вірусного навантаження може становити 10^6 копій РНК вірусу і більше в 1 мл крові. Причиною цього, а саме виникнення і розвитку латентної стадії ВІЛ-інфекції, може бути наступне: продовження активної репродукції вірусу неминуче призвело б до швидкої втрати хазяїна, а механізми передачі ВІЛ потребують тривалого перебування збудника в організмі для збільшення вірогідності попадання до іншого хазяїна, і тим самим, збереження вірусу як біологічного виду. З огляду на це, серед регулюючих генів ВІЛ перевагу отримують негативні регулятори транскрипції, що призводить до стримування інтенсивної репродукції збудника і переходу до існування в латентному стані. Тривалість такого стану для різних клітин-мішеней ВІЛ різна. До речі, і перехід у активну репродукцію у різних клітин здійснюється також по різному. Цей перехід не може бути синхронізованим у часі, оскільки набір чутливих до ВІЛ клітин досить великий.

Рис. 1.8. Т4-лімфоцит та вихід ВІЛ, шляхом брунькування

Незважаючи на те, що імунна система є головним об'єктом нападу з боку ВІЛ, вона сама також реагує на вірус та його антигени шляхом утворення специфічних антитіл та сенсибілізованих лімфоцитів-ефекторів. Після інфікування людини через 1,5–2 місяці, а у певної частини людей через 6 або 9, або 12 місяців, в організмі з'являються антитіла до різних білків вірусу. Спочатку визначаються антитіла, що належать до імуноглобулінів класу M (IgM), а потім — класу G (IgG) (**рис. 1.10**).

Проте майже у 10% ВІЛ-інфікованих визначити антитіла до вірусу або окремих вірусних білків практично не вдається. У більшості випадків антитіла майже одночасно з'являються до серцевинного антигену p24 (ВІЛ-1) або p26 (ВІЛ-2) та поверхневих антигенів gp120, gp41 (ВІЛ-1) і gp105, gp36 (ВІЛ-2). Динаміка гуморальної відповіді на ВІЛ залежить від багатьох чинників: інфікуючої дози вірусу, механізмів зараження, наявності ко-факторів, що визначають тривалість латентного стану вірусу.

Важливим моментом в патогенезі ВІЛ-інфекції є висока концентрація вірусу в перші місяці від початку захворювання та на кінцевій термінальній стадії захворювання, коли рівень вірусного навантаження може становити 10^6 копій РНК вірусу і більше в 1 мл крові.

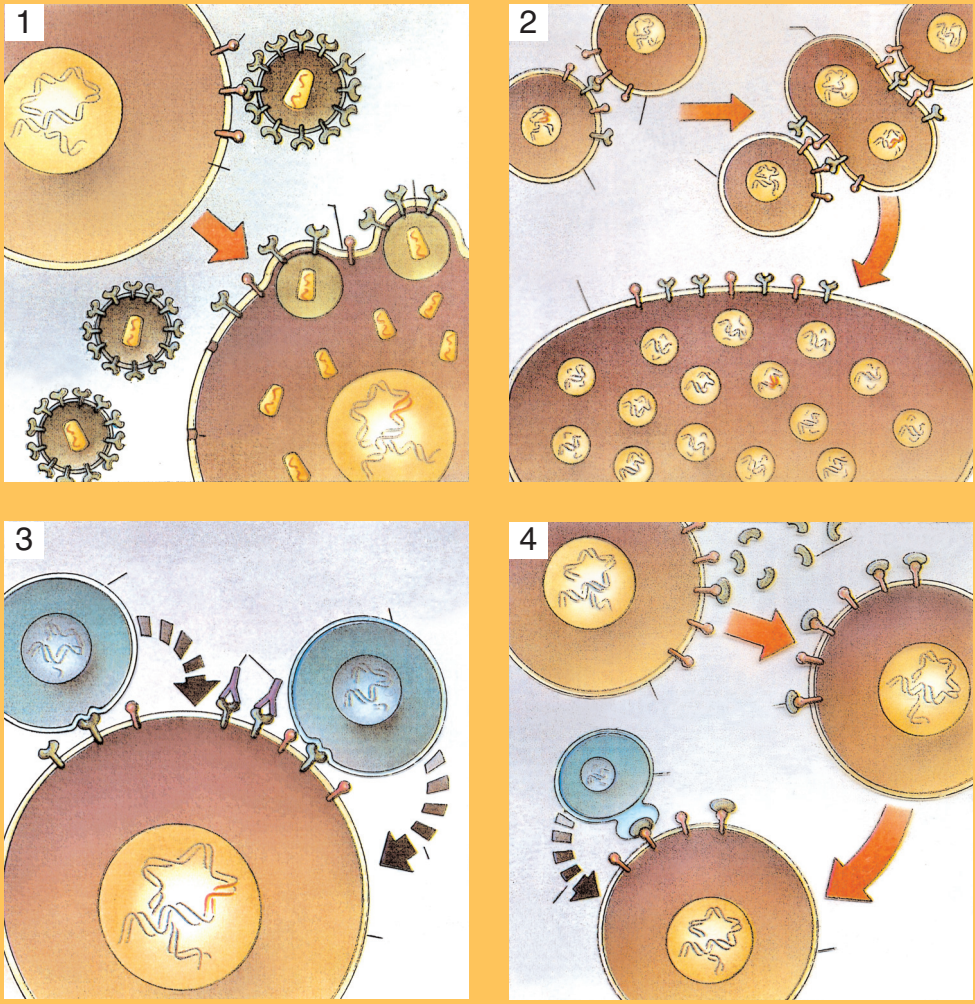
Імунна система, незважаючи на супресивну дію ВІЛ, на перших стадіях ВІЛ-інфекції активно пригнічує його репродукцію, і тому вірусні антигени (p24) не вдається виявляти вже через 8 тижнів після інфікування і продовж місяців та років безсимптомного розвитку захворювання. Проте, оскільки ВІЛ повністю не підпадає під контроль нормальних імунних процесів, поступово накопичуються порушення діяльності імунної системи. В процесі ВІЛ-інфекції вірус уражає все нові і нові клітини імунної системи і поступово виснажує її. Довготривалий процес розвитку імунодефіциту сприяє активації і виникненню чисельних опортуністичних інфекцій та інвазій, злоякісних новоутворень, які саме і призводять до загибелі інфікованого ВІЛ організму.

ВІЛ-інфекція — це хвороба, що розвивається в результаті довготривалої персистенції вірусу імунодефіциту людини в лімфоцитах, макрофагах та клітинах нервової системи і характеризується повільно прогресуючим ураженням імунної та нервової систем організму, що проявляється вторинними інфекціями, пухлинами, підгострим енцефалітом та іншими патологічними проявами.

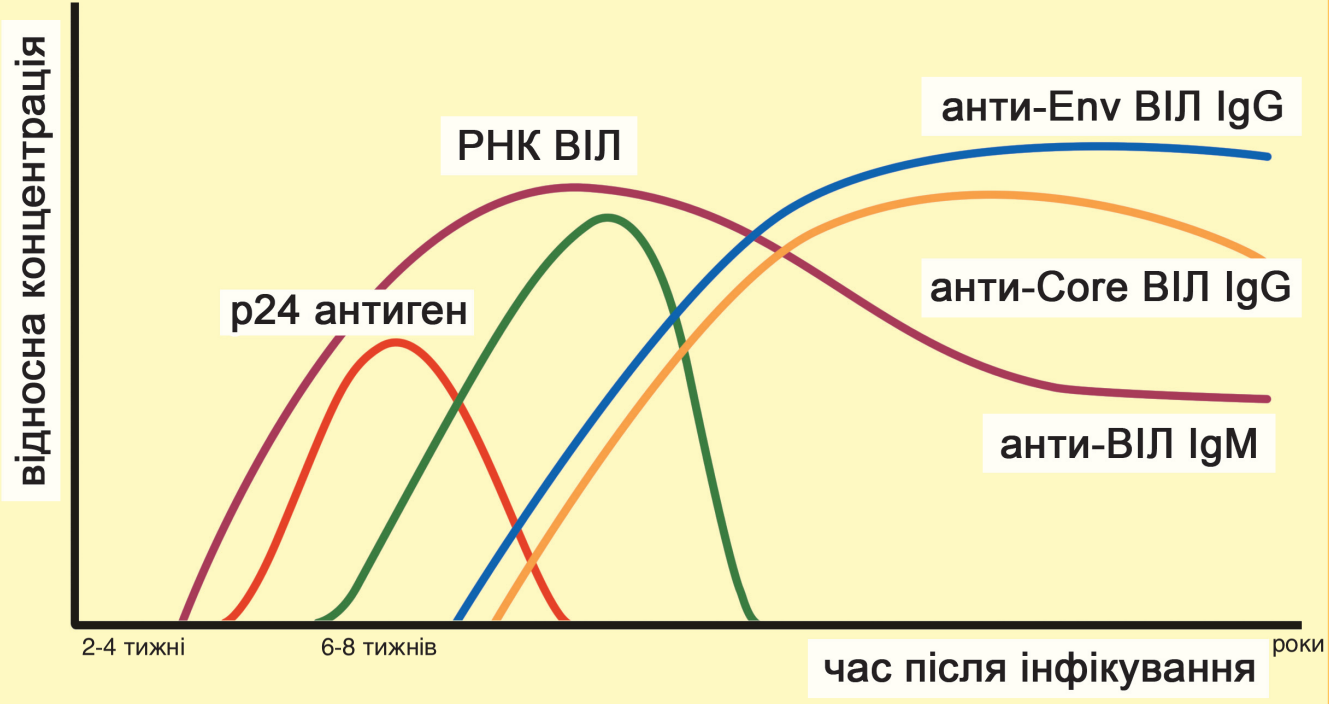
1.3. Класифікація ВІЛ-інфекції, клінічні прояви та принципи лікування

З 2006 р. в Україні для характеристики хронічної ВІЛ-інфекції використовується клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків ВООЗ. Стадії ВІЛ-інфекції визначаються відповідно до критеріїв оцінки та рекомендацій ВООЗ. В клінічній практиці не рекомендовано використання терміну СНІД, критеріям

Рис. 1.9. Причини загибелі CD+ Т-клітин:
ЗАГИБЕЛЬ Т4-ЛІМФОЦИТІВ, необхідних для імунного захисту, — це головна причина поступового пригнічення імунної системи, характерного для ВІЛ-інфекції.



ВІЛ безпосередньо руйнує клітини, коли розмножується в них: нові вірусні частки, залишаючи клітину, ушкоджують клітинну мембрану (1). ВІЛ може також опосередковано знищувати Т4-лімфоцити. На поверхні ураженої клітини розташовується вірусний білок gp120, який має високу спорідненість до CD4. Через це нормальні Т4-лімфоцити приєднуються до інфікованих клітин і зливаються з ними, утворюючи нежиттєздатну структуру - синцитій (2). Таким чином, разом з ураженою клітиною гинуть і всі здорові, які увійшли до синцитію. Крім того, ВІЛ викликає нормальну клітинну імунну відповідь. При цьому цитотоксичні клітини (за допомогою антитіл або самі по собі) знищують інфіковані Т4-лімфоцити, на поверхні яких є вірусні білки (3). При ВІЛ-інфекції у крові може циркулювати у вільному стані білок gp120 (4), здатний зв'язуватися з молекулами CD4 нормальних клітин, внаслідок чого імунна система приймає їх за інфіковані вірусом й атакує.


відносна концентрація
РНК ВІЛ
анти-Env ВІЛ IgG
p24 антиген
анти-Core ВІЛ IgG
анти-ВІЛ IgM
2-4 тижні
6-8 тижнів
роки
час після інфікування

якого можуть відповідати II, III, IV клінічні стадії ВІЛ-інфекції згідно з класифікацією ВООЗ, в залежності від перебігу захворювання, оскільки термін СНІД може негативно вплинути на хворого. Слід зазначити також, що концепція СНІДу як термінальної стадії імунодефіциту виявилася некоректною завдяки тому, що застосування антиретровірусної терапії (АРТ) може повернути хворого з IV клінічної стадії ВІЛ-інфекції до будь-якої попередньої.

Термін СНІД продовжує в Україні використовуватися в епідеміологічній звітності, яка допомагає кількісно оцінити зростання епідемії ВІЛ-інфекції, а також може бути важливим при включенні хворих на ВІЛ-інфекцію у певні соціальні програми та для отримання пільг. Захворювання й стани, наявність яких у хворих дає можливість встановити діагноз СНІДу, називають СНІД-визначальними або СНІД-індикаторними. Це передбачено нормативними актами України.

Рекомендованою в Україні (наказ МОЗ України від 4.10.2006 р. за №658*)* є Клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, ВООЗ, 2006 р.

КЛІНІЧНА СТАДІЯ I

Безсимптомний перебіг
Персистуюча генералізована лімфаденопатія

КЛІНІЧНА СТАДІЯ II

Помірна немотивована втрата ваги тіла до 10% від попередньої або розрахованої
Рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт)
Оперізуючий лишай
Ангулярний хейліт
Рецидивуючий афтозний стоматит
Папульозний сверблячий дерматит
Себорейний дерматит
Грибкові ураження нігтів

КЛІНІЧНА СТАДІЯ III

Важка немотивована втрата ваги (понад 10% від попередньої або розрахованої)
Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс
Немотивована персистуюча лихоманка (інтермітуюча або постійна) тривалістю понад 1 міс
Кандидоз (молочниця) ротової порожнини
Волосиста лейкоплакія язика
Легеневий туберкульоз
Важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза та ін.)
Гострий некротизуючий виразковий гінгівіт або некротизуючий виразковий періодонтит
Немотивовані анемія (менше 80 г/л), нейтропенія (нижче 0,5 х 10^9/л) або хронічна (тривалістю понад 1 міс.) тромбоцитопенія (до 50 х 10^9/л)

Рис. 1.10. Гуморальна відповідь на ВІЛ-інфекцію

КЛІНІЧНА СТАДІЯ IV

Синдром виснаження (ВІЛ-кахексія)
Пневмоцистна пневмонія
Рецидивуючі бактеріальні пневмонії
Хронічна інфекція, викликана вірусом простого герпесу (носогубної, генітальної або аноректальної локалізації тривалістю понад 1 міс) або вісцеральні ураження будь-якої локалізації
Кандидоз стравоходу
Позалегеневий туберкульоз
Саркома Капоші
Цитомегаловірусна інфекція (ретиніт або ураження інших органів)
Церебральний токсоплазмоз
ВІЛ енцефалопатія
Позалегеневий криптококоз (включаючи менінгіт)
Дисемінований нетуберкульозний мікобактеріоз
Прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія (ПМЛ)
Криптоспоридіоз (з діареєю тривалістю понад 1 міс)
Хронічний ізоспороз
Дисеміновані мікози (кокцидіомікоз, гістоплазмоз)
Рецидивуюча бактеріємія, викликана нетифоїдними сальмонелами
Лімфома (головного мозку або В-клітинна неходжкінська)
Інвазивний рак шийки матки
Вісцеральний лейшманіоз
ВІЛ-асоційована нефропатія
ВІЛ-асоційована кардіоміопатія

Виходячи з цієї класифікації, ВООЗ запропонувала наступну назву стадій ВІЛ-асоційованого захворювання:

- безсимптомна — стадія 1;
- помірна — стадія 2;
- просунута — стадія 3;
- важка — стадія 4.

Важливо пам'ятати, що ВААРТ може повернути ВІЛ-інфіковану особу з четвертої клінічної стадії ВІЛ-інфекції до першої стадії.

Охарактеризуємо коротко ці стадії, проте будемо мати на увазі, що перебіг ВІЛ-інфекції, як і терміни настання та тривалості кожної стадії захворювання, можуть значною мірою відрізнятися між собою у різних людей. Величезна кількість причин роблять свій внесок у ці розбіжності. Безумовно, що серед них є ті, що мають відношення до вірусу (вірулентність, тропність, швидкість реплікації, здатність до симпластоутворення тощо), проте є й ті, що залежать від індивідуума (стан імунної системи, вік, умови життя, наявність захворювань, що передаються статевим шляхом, стресів, ризикована поведінка тощо).

Клінічна стадія 1. Після інкубаційного періоду, що при ВІЛ-інфекції становить від двох до шести тижнів, у більшої частини ВІЛ-інфікованих впродовж багатьох років (від 5 до 10, а навіть і до 20 років) не виявляється жодних симптомів захворювання. Проте у невеликої частини ВІЛ-інфікованих розвиваються клінічні симптоми гострої вірусної інфекції: висока температура, болі у горлі, слабкість, міалгії, артралгії, висипка, збільшення завушних, шийних, над- і підключичних, підпахових та інших лімфатичних вузлів та інші симптоми. Всі ці клінічні прояви гострої вірусної інфекції часто об'єднують під назвами «гострий ретровірусний синдром», або «гострий грипоподібний синдром», або навіть «мононуклеозоподібний синдром». Поступово усі вищеназвані симптоми згасають і ВІЛ-інфекція набуває безсимптомного перебігу. В цей час ВІЛ-інфіковані, як правило, почуваються добре, ведуть звичайне життя, проте впродовж всього часу безсимптомного перебігу вірус розмножується в організмі людини. Оскільки немає симптомів, багато людей не проходять тестування на ВІЛ і, не знаючи про свій статус, можуть стати джерелом інфекції для інших осіб при незахищених статевих контактах, спільному використанні шприців для ін'єкцій наркотиків. В цілому стадія безсимптомного носійства характеризується відносною рівновагою між імунною відповіддю організму та дією вірусу: імунний статус у нормі, кількість лімфоцитів, включаючи Т4-клітини, в межах нижньої границі норми, ІФА та ІБ — позитивні.

Поступово безсимптомна інфекція може переходити у персистуючу генералізовану лімфаденопатію (ПГЛ). Збільшення лімфовузлів виявляють випадково при медичному огляді. Здебільшого вони не турбують ВІЛ-інфіковану людину. Вони не болючі, м'які, не пов'язані із навколишньою клітковиною, колір шкіри над ними незмінний. В подальшому лімфовузли можуть зменшуватися у розмірі та ставати більш щільними (твердими), проте не болять. У частини ВІЛ-інфікованих ПГЛ супроводжується високою температурою (39 ^{o}C і вище), ознобами, посиленим потовиділенням.

Клінічна стадія 2. Захворювання прогресує. ВІЛ-інфікований може швидко втрачати вагу — до 10% від попередньої або розрахованої. Рівновага між імунною відповіддю організму і дією вірусу порушена у бік активації репродукції (збільшується вірусне навантаження, ІФА та ІБ — позитивні) і зменшення кількості Т4-клітин. Спостерігають ураження слизових оболонок та шкіри бактеріями, герпесвірусами, грибами: рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів, оперізуючий лишай, ангулярний хейліт, рецидивуючий афтозний стоматит, папульозний сверблячий дерматит, себорейний дерматит, грибкові ураження нігтів.

Клінічна стадія 3. Поступово кількість Т4-лімфоцитів зменшується (менше 500 кл/мл), що призводить до розвитку бактеріальних (в тому числі пневмонії), вірусних (герпетичних), грибкових (кандидоз слизових оболонок рота) уражень; спостерігається волосиста лейкоплакія язика, легеневий туберкульоз. Формуються важкі бактеріальні інфекції, гострий некротизуючий виразковий гінгівіт. ВІЛ-інфікований може багато часу проводити у ліжку — не менше 50% денного часу через втрату сил. Можливі значні втрати ваги тіла — понад 10%, тривала та немотивована діарея, лихоманка більше місяця. Лабораторні дослідження пока-

зують не тільки зменшення кількості Т4-лімфоцитів, але й зниження співвідношення CD4/CD8, анемію, нейтропенію або хронічну тромбоцитопенію.

Клінічна стадія 4. ВІЛ-інфіковані на цій стадії все більше часу можуть проводити у ліжку (понад 50% дня). Зниження рівня Т4-лімфоцитів від 200 до 50 кл/мл свідчать про глибоке ураження імунної системи, що сприяє розвитку пневмоцистної пневмонії, гострого та хронічного токсоплазмозу, криптококозу, дисемінованого гістоплазмозу, кокцидіомікозу, хронічного криптоспоридіозу, мікроспоридіозу, легеневих і позалегеневих форм туберкульозу, кандидозного езофагіту тощо. ЦМВ інфекція та інфекції, викликані атиповими мікобактеріями, з'являються при зменшенні кількості Т4-лімфоцитів від 50 кл/мл до поодиноких. Виникає саркома Капоші, рак шийки матки, В-клітинна лімфома та інші генералізовані та тяжкі ураження. На цій останній термінальній стадії клінічні прояви є найбільш розгорнутими на тлі зростаючої вірусемії (величезне вірусне навантаження в крові). У 80–90% хворих в IV стадії спостерігається ураження ЦНС, що спричиняє сильний головний біль, знижується зір, людина втрачає орієнтацію, розвивається опосередкована неврологічна симптоматика, загальмованість, депресія та прогресуюча недоумкуватість — деменція.

Таким чином, для ВІЛ-інфекції характерний багаторічний перебіг хвороби. Захворюваність з часом призводить до прогресуючого зниження Т-клітинного імунітету та, якщо його адекватно не лікувати, до важких форм опортуністичних захворювань. Опортуністичні захворювання викликаються вірусами, бактеріями, грибками, найпростішими, гельмінтами. Період ВІЛ-інфекції, коли клінічно проявляються туберкульоз та інші опортуністичні інфекції, інвазії, злоякісні новоутворення тощо, тісно пов'язаний з рівнем Т4-лімфоцитів.

Лікар має усвідомлювати, що ВІЛ-інфекція є хронічною хворобою. Починаючи з моменту інфікування, вірус безперервно і швидко репродукується та змінюється. Незважаючи на те, що в організмі ВІЛ-інфекція часто характеризується тривалим періодом клінічної латентності, вірус ніколи не перебуває в дійсно латентному стані в організмі ВІЛ-інфікованої людини, а активно розмножується.

Вірусне навантаження є найвищим у лімфатичних вузлах та інших органах, що містять лімфоїдну тканину. З моменту інфікування також починається ураження імунної системи. Повільно, але неухильно руйнуються незамінні компоненти імунної системи інфікованої людини, і на певному етапі унеможливлюється ефективна імунна відповідь не лише щодо ВІЛ, а й по відношенню до інших збудників. Настає фаза опортуністичних інфекцій та злоякісних пухлин, які властиві III та IV стадіям захворювання на ВІЛ-інфекцію. Ускладнення, спричинені туберкульозом та іншими опортуністичними інфекціями та/або злоякісними захворюваннями, можуть призвести до смерті ВІЛ-інфікованої людини.

Принципи лікування. В Україні лікування, догляд та підтримка людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), ґрунтуються на наступних принципах.

- Лікування слід надавати усім пацієнтам, які потребують його за медичними показаннями та висловили бажання лікуватися, у тому числі споживачам ін'єкційних наркотиків, працівникам комерційного сексу та іншим соціальним групам населення. На прийняття рішення щодо проведення антиретровірусної терапії (АРТ) не повинні впливати політичні або соціальні фактори.
- Програми антиретровірусного лікування повинні передбачати обов'язкове надання комплексної, всебічної допомоги та підтримки, в тому числі доступ для споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) до програм зменшення шкоди, замісної підтримуючої терапії (ЗПТ), наркологічної допомоги, реабілітаційних програм з метою залучення та утримання СІН в програмах лікування, забезпечення дотримання режиму АРТ.
- Лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів включає широкий спектр видів медичної допомоги. Покращання стану пацієнтів, які на даний момент не готові до прийому АРТ або не мають потреби у її призначенні, необхідно досягти шляхом профілактики і лікування опортуністичних інфекцій та інших хронічних захворювань, а також надання соціально-психологічної допомоги.
- На підставі індивідуальної оцінки готовності кожного окремого пацієнта щодо дотримання режиму АРТ лікар повинен виявити причини, які заважають його дотриманню, знайти оптимальні шляхи їх усунення.

Залучення ЛЖВ, які самі виявляють прихильність до проведення АРТ, їхнє навчання інших ВІЛ-інфікованих, організація догляду та підтримки є вкрай важливим для забезпечення ефективності лікування ВІЛ-інфекції.

Основними принципами терапії хворих на ВІЛ-інфекцію є:
- попередження або відстрочення розвитку інфекцій, небезпечних для життя на ранніх стадіях проявів ВІЛ-інфекції, під час безсимптомної або другої стадії захворювання;
- створення сприятливих психологічних умов, формування прихильності до лікування;
- своєчасний початок антиретровірусної терапії для стадій III і IV;
- своєчасні профілактика та лікування вторинних (СНІД-індикаторних) захворювань.

Антиретровірусна терапія є базисною етіотропною терапією, спрямованою на пригнічення репродукції ВІЛ. Принаймні три десятки препаратів представлені сьогодні на світовому фармацевтичному ринку для етіотропного лікування ВІЛ-інфекції. В Україні, згідно з Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженим наказом МОЗ України від 4 жовтня 2006 р. за №658, АРВ-препарати розподілені на три групи з обліком їхнього інгібуючого впливу на ту або іншу стадію життєвого циклу ВІЛ, зареєстрована вже четверта група препаратів. Важливо підкреслити, що у світі, за межами України, вже застосовуються шість груп антиретровірусних препаратів (АРВ-препарати), і щороку перелік нових препаратів та кількість груп збільшується, а схеми лікування удосконалюються.

Здебільшого АРВ-препарати здатні впливати на ті стадії репродукції, де «працюють» ферменти ВІЛ — зворотну транскриптазу (ЗТ), ВІЛ протеазу (П), а також блокувати проникнення вірусу в чутливі клітини організму людини.

Перша група препаратів — інгібітори зворотної транскриптази нуклеозидної природи, відомі під абревіатурою **NARTIs** (Nucleoside Analog Reverse Transcriptase Inhibitors — нуклеозидні аналоги інгібіторів зворотної транскриптази — НІЗТ) — це модифіковані аномальні нуклеозиди, що після циклу перетворення в трифосфатні похідні здатні ставати інгібіторами ЗТ ВІЛ за рахунок двох відомих механізмів:

1) пригнічення зворотної транскрипції РНК ВІЛ за рахунок конкуренції з природним субстратом;
2) пригнічення синтезу провірусної ДНК за рахунок термінації ланцюгів ДНК (оскільки вони не містять у своїй молекулі 3´-гідроксильної групи, необхідної для елонгації ДНК).

В залежності від того, аналогом якого нуклеозиду є препарат, лікарські засоби можуть бути об'єднані у підгрупи, які змінюються на вимогу часу і щоразу затверджуються відповідними нормативними документами МОЗ України.

Друга група препаратів — інгібітори зворотної транскриптази ненуклеозидної природи, одержали назву **NNRTIs** (Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors). На відміну від **NARTIs**, втручаючись у метаболізм ВІЛ-інфікованої клітини, препарати цієї групи скоріше не пригнічують, а зупиняють діяльність ЗТ. Препарати групи **NNRTIs** зв'язують фермент ЗТ і формують стійкий неактивний комплекс «фермент-субстрат».

Інгібітори ВІЛ-специфічної протеази (протеїнкінази) відносяться до третьої групи лікарських антиретровірусних препаратів. Їх анти-ВІЛ ефект має виражений селективний характер унаслідок високоспецифічної взаємодії з ВІЛ-протеазою. Молекула інгібітору протеази щільно ізолює термінальні пептидні ланки кожного мономіру фермента та запобігає цим можливості взаємного контакту і фатального складання активного гомодимера протеази ВІЛ. За своєю природою всі інгібітори протеази ВІЛ — складні хімічні сполуки з групи синтетичних олігопептидів, модифікованих різними функціональними заступниками.

Четверта, наймолодша, група представлена інгібіторами злиття.

Енфувіртид (Т-20, Фузіон) — родоначальник групи препаратів інгібіторів злиття. Це досить великий білок, що складається з 36 амінокислот, який здатний зв'язуватись з gp41. Препарат пригнічує найраннішу стадію репродукції ВІЛ — злиття оболонки вірусу з мембраною чутливої клітини. З медичної точки зору поява нового препарату з новим механізмом дії є важливим відкриттям, єдиним за останні 7 років. Компанія Ля РОШ отримала за розробку цього складного препарату премію Галена у 2001 році. В США цей препарат було зареєстровано у березні 2003 року. Прогнозується, що енфувіртид буде дуже корисним при його застосуванні у хворих, для яких можливості класичної ВААРТ вичерпані (**табл. 1.3**).

Таблиця 1.3

Сучасні антиретровірусні препарати, які зареєстровані та застосовуються в Україні, станом на 01.01.2007 р.

Група препаратів	Препарати
Інгібітори зворотної транскриптази нуклеозидної природи (Nucleoside Analog Reverse Transcriptase Inhibitors — NARTIs)	1. Зидовудин, азидотимідин, ретровір, тимазид (ZDV, АЗТ) 2. Диданозин (дидезоксиінозин, ddI, відекс) 3. Зальцітабін (дидезоксицитидин, ddC, хівід) 4. Ставудин (d4T, зерит) 5. Ламівудин, епівір (3TC) 6. Фосфазид, нікавір (Ф-АЗТ) 7. Абакавір, зіаген (ABC) 8. Комбівір (CBV), тризивір (TZV), епзіком, ківекса (ABC+3TC)
Інгібітори зворотної транскриптази ненуклеозидної природи (Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors — NNRTIs)	1. Делавердин (DLV, рескриптол) 2. Іфавіренс (EFV, стокрин, сустіва) 3. Невірапін (NVP, вірамун)
Інгібітори ВІЛ-специфічної протеази (протеїнкінази)	1. Ампренавір (APV, агенераза) 2. Атазанавір (AZV, реатаз) 3. Індінавір (IDV, криксіван) 4. Нелфінавір (NFV, вірасепт) 5. Рітонавір (RTV, норвір) 6. Саквінавір (SQV HGC, INV, інвіраза SQV SQC, FTV, фортоваза) 7. Типранавір (TPV, антивус) 8. Фосампренавір (FPV, лексіва, телзір) 9. Комбінований препарат — лопінавір+рітонавір (LPV/r, калетра)
Іінгібітори злиття	1. Енфувіртид (Т-20, Фузіон)

Першими з антиретровірусних препаратів в клінічну практику увійшли НІЗТ. Саме зидовудин, або АЗТ, в 1987 році відкрив еру АРТ і став використовуватись у *монотерапії* ВІЛ-інфекції, яка нині не застосовується і вважається шкідливою. З 1992 року в клінічну практику увійшла *дітерапія* — лікування одночасно двома препаратами першої групи.

Тритерапію або високоактивну антиретровірусну терапію (ВААРТ), коли застосовується одночасно 3 препарати, для лікування хворих на СНІД почали впроваджувати наприкінці XX сторіччя з появою представника групи інгібіторів протеази ВІЛ — саквінавіру. Впровадження ВААРТ давало можливість суттєво знизити вірусне навантаження (ВН) — практично до невизначеного рівня у більшості пацієнтів.

Важливо підкреслити, що незважаючи на велетенські зусилля світової наукової спільноти, сьогодні все ще не існує препаратів, які дозволили б повністю вилікувати людину від ВІЛ-інфекції, або іншими словами позбавити організм людини від ВІЛ. Всі перелічені вище АРВ-препарати здатні лише:

- зменшити рівень вірусу в крові (вірусне навантаження),
- відновити кількість Т-клітин і покращити функції імунної системи,
- знизити ризики передачі ВІЛ від матері до дитини,
- збільшити тривалість життя ВІЛ-інфікованих та підвищити його якість.

Крім того, важливо пам'ятати, що існує ціла низка інших препаратів, необхідних для профілактики опортуністичних інфекцій. Зважаючи на це, при ВААРТ необхідно дотримуватись принципів безперервності та контрольованості лікування, здійснюючи лабораторний моніторинг за ВН та кількістю Т4-клітин (**рис. 1.11**).

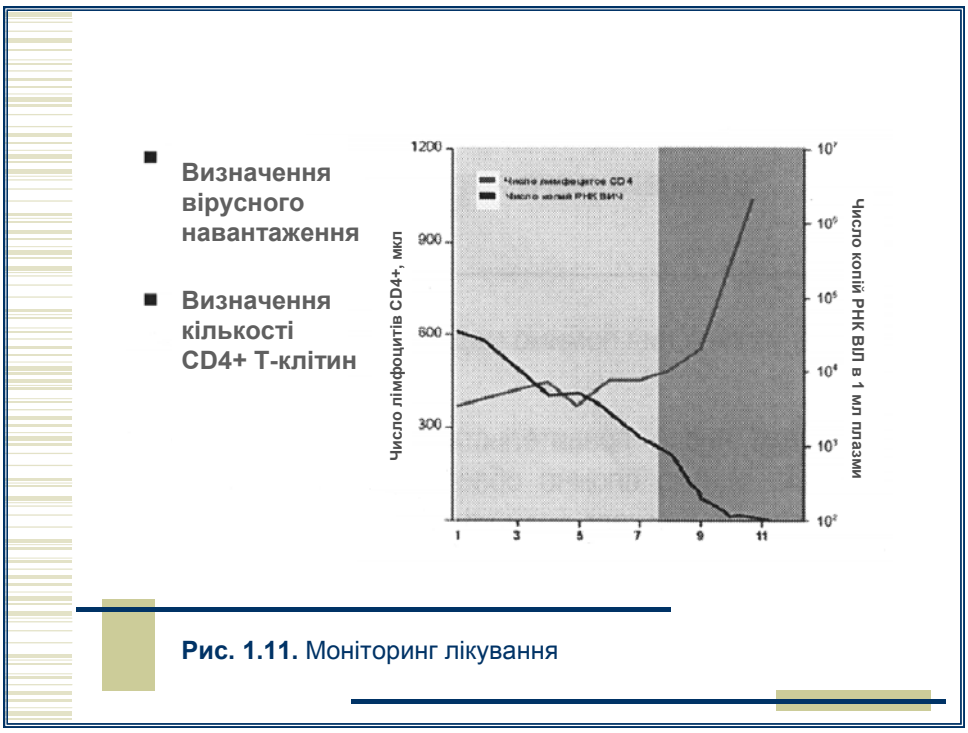


Рис. 1.11. Моніторинг лікування

Визначення рівня ВН суттєво доповнює вже існуючі методи лабораторного моніторингу лікування ВІЛ-інфікованих, основними параметрами якого на практиці найчастіше є визначення кількості Т4-клітин, виявлення анти-р24 антитіл та визначення р24-антигенемії. У світовій практиці для такого моніторингу широко застосовуються тест-системи на основі ІФА.

Тестування вірусного навантаження здійснюється через використання полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) для прямого кількісного визначення в сироватці або плазмі крові людини генетичної інформації ВІЛ. На відміну від імуноферментних технологій, що визначають реакцію імунної системи людини шляхом установлення наявності специфічних антитіл до ВІЛ, метод ПЛР визначає наявність нуклеїнової кислоти ВІЛ (РНК у сироватці/плазмі крові), що вказує на рівень віремії і визначається терміном «вірусне навантаження». Суть ПЛР полягає в багатократному ферментативному копіюванні обраної ділянки нуклеїнової кислоти. Таке копіювання (ампліфікація)

дозволяє з мінімальної кількості копій одержати мільйони копій обраного об'єкта, а потім легко їх ідентифікувати. Провідним компонентом у методі ПЛР, звичайно, є сама нуклеїнова кислота вірусу — геномна РНК ВІЛ-1/2.

Безперечним є той факт, що створення та впровадження в медичну практику нових АРВ-препаратів відкрили нову сторінку в історії ВІЛ-інфекції. ВААРТ дала можливість мільйонам людей, для яких етіотропне лікування стало доступним, вести активне життя, збільшити його тривалість, працювати, почувати себе нормальними людьми.

Проте ще для багатьох людей у світі існують проблеми, пов'язані з організацією лікування ВІЛ-інфекції та ризиками АРТ:

- обмеженість доступу до лікування, у тому числі лікування опортуністичних інфекцій;
- висока вартість деяких препаратів;
- нерегулярність поставок препаратів;
- брак доступу до замісної терапії для СІН;
- безпритульність пацієнтів;
- страх розголошення таємниці діагнозу під час прийому ліків;
- відсутність можливості здійснювати лабораторний моніторинг за ефективністю лікування;
- відсутність прихильності до лікування;
- побічна дія препаратів;
- необхідність приймати АРТ безперервно та тривало впродовж всього життя;
- формування ВІЛ-резистентних до існуючих препаратів штамів вірусу.

Недостатнє дотримання режиму лікування загрожує вкрай несприятливими наслідками для ВІЛ-інфікованої особи: підвищує ризик швидкого набуття ВІЛ значної стійкості до лікарських препаратів та подальше прогресування хвороби, ускладнює терапію, потребуючи частої зміни схем лікування, та збільшує його вартість. Стійкість до лікувальних препаратів формується, коли концентрація препаратів у сироватці крові недостатньо висока, щоб припинити реплікацію вірусу, і коли у мутантних штамів ВІЛ з'являються переваги перед дикими, які не мають мутацій резистентності. До цього призводять порушення в режимі прийому ліків, тобто перерви, особливо повторні. Формування резистентних форм ВІЛ небезпечно не лише для хворої особи, але й для громадської охорони здоров'я та економіки. Розповсюдження стійкого вірусу підвищує ймовірність інфікування резистентними формами ВІЛ, що ускладнює лікування хворих.

В Україні АРТ запровадили вперше у 2001 році, тобто через 14 років від початку ери антиретровірусного лікування. Початок та проведення АРТ ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків здійснюються у відповідності із затвердженим МОЗ України Клінічним протоколом. Клінічний протокол АРТ дорослих та підлітків враховує рекомендації ВООЗ, специфічні особливості системи охорони здоров'я країни, спектр антиретровірусних препаратів, зареєстрованих в Україні, можливості контролю проведення терапії. Згідно до Клінічного протоколу завдання АРТ полягають у пригніченні ВН до рівня, який не визначається (найкраще <20–50 копій РНК ВІЛ/мл плазми) на максимально тривалий час (роки) та підвищенні кількості Т4-лімфоцитів щонайменше на 50 клітин/мкл на рік до того рівня, коли цей

показник значно перевищить 200 клітин/мкл. Провідним показником для прийняття в Україні рішення про початок проведення АРТ є кількість Т4-лімфоцитів, а ВН має допоміжне значення як додатковий критерій для початку АРТ.

СНІД-індикаторні захворювання в анамнезі, наявна IV клінічна стадія ВІЛ-інфекції, згідно з класифікацією ВООЗ, розглядається як обґрунтована підстава для початку проведення АРТ, коли лікування рекомендоване. Клінічним завданням АРТ є попередження або зменшення захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, зменшення ризику смерті, зумовленої СНІДом. Запобігти появі резистентності ВІЛ до ліків або затримати її є також завданням АРТ.

Важливо завжди пам'ятати, що АРТ має на меті продовження тривалості та підвищення якості життя ВІЛ-інфікованої людини.

В Україні рекомендовано починати АРТ, виходячи з клінічних та імунологічних критеріїв, що відповідає стандартам ВООЗ (**табл. 1.4**).

Таблиця 1.4

Рекомендації щодо початку АРТ у хворих на ВІЛ-інфекцію (2006 р.)

Клінічна стадія за класифікацією ВООЗ	Рівень клітин CD4	Рекомендація
I	< 200 мкл$^{-1}$ 200 мкл$^{-1}$–350 мкл$^{-1}$	Лікувати Обміркувати лікування (1, 2)
II	< 200 мкл$^{-1}$ 200 мкл$^{-1}$–350 мкл$^{-1}$	Лікувати Обміркувати лікування (1,2)
III	< 350 мкл$^{-1}$	Лікувати
IV	Незалежно від рівня CD4	Лікувати

Примітки:

(1) Коли кількість Т4-лімфоцитів приблизно 350 клітин, рекомендовано починати обговорювати з пацієнтом близьку перспективу початку АРТ та починати готувати пацієнта до цього. Слід попереджувати виникнення опортуністичних інфекцій, що становлять загрозу для життя. Вагомими аргументами для початку лікування є збереження функції органів та систем, зменшення часу непрацездатності внаслідок госпіталізацій та зменшення величезних витрат на діагностику та лікування опортуністичних інфекцій.

(2) Рівень ВН асоціюється зі зниженням кількості Т4-лімфоцитів. У разі високого ВН (> 100 000 копій РНК ВІЛ/мл плазми), існує дуже висока ймовірність швидкого падіння кількості Т4-клітин. Тому у випадку високого ВН рекомендується починати АРТ на рівні Т4-лімфоцитів < 350/мкл.

Сьогодні хворі на ВІЛ-інфекцію можуть отримувати АРТ в усіх регіонах України. Станом на 1 червня 2007 року, наприклад, АРТ вже отримували 5 729 хворих, враховуючи 731 дитину. Питома вага хворих українців, що залишились живими через 12 місяців після початку АРТ, становить майже 85,2%. Серед

проблем, пов'язаних з лікуванням та ризиками АРТ в Україні, можна назвати, насамперед, пізнє виявлення та звернення ВІЛ-інфікованих до центрів СНІДу за диспансерним наглядом і лікуванням в термінальній стадії, обмеженість доступу до АРТ в місцях позбавлення волі через відсутність моделі надання комплексної терапії та механізмів отримання препаратів від центрів СНІДу. Окремою проблемою, що вимагає постійної уваги, є проблема готовності та комплаенсу до АРТ у наших українських хворих. Для формування комплаенсу необхідними складовими стають такі чинники, як мотивація, психологічна підтримка, чітко визначена схема лікування, розроблений графік прийому препаратів і, що безумовно важливо, підтримка близьких та рідних людей.

Лікування буде неефективним у разі зневіри пацієнта в результатах ВААРТ, за умови відсутності навичок прийому ліків в певний час і за чіткою схемою, при необхідності ховатись від близьких та рідних людей, приховуючи свій ВІЛ-статус. За даними останніх досліджень, особливо важливо приймати АРТ тим ВІЛ-позитивним людям, які зловживають алкоголем, оскільки алкогольна та наркотична залежності повністю змінюють поведінку людини. Крім того, інші дані свідчать про те, що доступ до спеціалізованої підтримки, замісної терапії та їх моніторинг допомагають підготувати ЛЖВ до правильного і своєчасного тривалого прийому АРТ.

1.4. Сучасні методи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції

Виявлення та реєстрація перших випадків ВІЛ-інфекції і СНІДу сприяли розвитку методів лабораторної діагностики цієї інфекції: імунологічних (в тому числі, серологічних), вірусологічних, гематологічних тощо. Сучасна лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції базується, перш за все, на методах індикації вірусу, його антигенів, генетичного матеріалу, інших компонентів вірусу та виявленні противірусних антитіл.

В основі вірусологічних методів лежить культивування лімфоцитів, отриманих від хворого або вірусоносія, чи со-культивування їх зі стимульованими лімфоцитами від неінфікованих осіб або з чутливими лініями клітинних культур. Культури клітин періодично тестують на наявність ЗТ ВІЛ та/або вірусного антигену. Проте виділити та ідентифікувати вірус вдається не завжди, що пов'язано як з транзиторним характером віремії, так і з непостійністю виділення (екскреції) ВІЛ. Вірус та його антигени легко виявляти там, де їх концентрація достатньо висока. Вірусологічні методи потребують тривалого часу і спеціальних умов для ідентифікації (електронна, люмінесцентна мікроскопія), високої кваліфікації виконавців, спеціалізованих, добре обладнаних лабораторій, вони складні, проте малопродуктивні. На сьогодні вірусологічні методи застосовують тільки для наукових досліджень.

Досягнення в галузі молекулярної біології і генетики дали можливість застосовувати генно-інженерні методи в діагностиці ВІЛ-інфекції. Методи ПЛР, гібридизації нуклеїнових кислот та інші молекулярно-біологічні методи дозволяють виявити геном ВІЛ, вбудований в геном лімфоцитів, при наявності генів вірусу в

1 з 5 000 клітин в період відсутності в крові антитіл. В ряді випадків (діагностика інфекції в серонегативний період, у дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів) ефективними є генно-інженерні методи. Проте поки що не можна сказати, що масове застосування таких методів для завдань епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією має перевагу над методами виявлення противірусних антитіл. При використанні молекулярно-біологічних методів також можуть бути зареєстровані хибні результати (хибнопозитивні і хибнонегативні), крім того ці методи дороговартісні, потребують спеціального обладнання, різні етапи постановки реакції чутливі до чинників навколишнього середовища. Тому на сьогодні метод ПЛР для вирішення завдань епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією у більшості випадків застосовується як додатковий, допоміжний метод.

В загальному переліку лабораторних досліджень, які забезпечують виявлення ВІЛ-інфекції, переважна роль, безперечно, належить методам серологічної діагностики, спрямованим на визначення антитіл до ВІЛ за допомогою діагностичних тест-систем — спеціальних наборів реактивів для виявлення маркерів інфекції.

За своїм призначенням вони розподіляються на скринінгові та підтверджуючі. На сьогодні в світі більше 40 фірм випускає понад 100 найменувань скринінгових тест-систем.

Матеріалами для серологічних досліджень в принципі можуть бути сироватка (плазма) крові, слина, в яких може знаходитися ВІЛ, але найбільш придатним матеріалом для лабораторного дослідження є сироватка або плазма крові.

В якості основних методичних прийомів застосовують імуноферментний аналіз (ІФА) та імуноблот (ІБ). За своїми діагностичними характеристиками та інформативністю ІФА та ІБ мають найбільш високі показники.

Більшість імуноферментних тест-систем для виявлення антитіл (АТ) до ВІЛ побудовані за принципом класичного твердофазного непрямого імуноферментного аналізу (ELISA — Enzyme Linked Immunosorbent Assay). В якості твердої фази (імуносорбенту) застосовують полістирол або поліхлорвініл з іммобілізованим на його поверхні антигеном ВІЛ. Ферментний кон'югат — антитіла до глобулінів людини (антивидові антитіла), білок A.Staphilococcus aureus або синтезовані чи рекомбінантні пептиди, мічені ферментом пероксидазою хрону або лужною фосфатазою. Індикатором для виявлення комплексу антиген-антитіло служить розчин хромогену (наприклад, ортофенілендіаміну — ОФД). Чим вища концентрація антитіл до ВІЛ, тим інтенсивніше забарвлення і більше значення оптичної гущини, яке визначають фотометрично. Імуноферментні тест-системи можуть бути також побудовані за принципом конкурентного ІФА: на твердій фазі іммобілізують антитіла, а потім сконцентрований і очищений антиген. Про наявність анти-ВІЛ в досліджуваному зразку судять за зниженням оптичного сигналу, яке відбувається при блокуванні реакції шляхом конкуренції за антиген між антитілами в сироватці і прямим кон'югатом. Але такі системи поступаються за чутливістю тест-системам, побудованим за класичним принципом ІФА.

Доречно буде згадати, що перша тест-система для імуноферментного визна-

чення антитіл до ВІЛ-1 була зареєстрована в США у 1985 р., а у 1988 р. в цій країні були дозволені до застосування 7 комерційних діагностичних тест-систем для ІФА. Паралельно виробництво та застосування подібних тест-систем здійснювалось у Франції. Коротка, але насичена історія розробки діагностичних наборів для виявлення антитіл до ВІЛ представлена декількома поколіннями тест-систем, які постійно еволюціонували у напрямку вдосконалення використовуваних реактивів, антигенів та кон'югатів, що використовувались, стандартизації та автоматизації проведення реакцій, більш повної та грамотної інтерпретації отриманих результатів.

Створення принципово нових кон'югатів (рекомбінантних і/або синтетичних пептидів, мічених ферментом) дозволило виявляти IgG та IgM, що втілилося у тест-системах третього покоління, застосування яких дало можливість скоротити період «серологічного вікна» в середньому до 20 днів. Крім того, в наборах третього покоління на твердій фазі, як правило, сорбовані антигени з детермінантами, специфічними не тільки основних субтипів ВІЛ-1, але і для субтипів О ВІЛ-1 та ВІЛ-2. Чутливість тест-систем третього покоління складає 99%. На сьогодні саме імуноферментні тест-системи третього покоління найбільш широко застосовуються у скринінгу ВІЛ та в діагностичній практиці в Україні.

Наступним успіхом в розробці тест-систем на основі ІФА було створення тест-систем четвертого покоління, призначених для одночасного виявлення антитіл до ВІЛ і антигену p24 ВІЛ-1, так званих комбінованих тестів. За даними фірм-виробників, вони дають змогу виявляти маркери інфікування ВІЛ на 4–8 днів раніше, ніж при використанні наборів третього покоління. ІФА-тести четвертого покоління скорочують період «серологічного вікна» в середньому на 2 тижні. Чутливість діагностичних тест-систем четвертого покоління становить 99,6%.

Після появи антитіл до ВІЛ в крові інфікованої особи їх кількість зростає протягом 3–5 місяців на ранній стадії інфекції, поки не досягає піку. В цей же час авідність антитіл залишається досить низькою і зростає паралельно з прогресуванням ВІЛ-інфекції. В залежності від кількості присутніх антитіл або від їх авідності ВІЛ-інфекція у конкретного пацієнта може бути віднесена до «недавньої» (recent) або «закріпленої» (established). Виявлення факту недавнього інфікування ВІЛ стало можливим завдяки новій стратегії «Чутливі/менш чутливі аналізи» (Sensitive/Less-Sensitive Assays, S/LS strategy), яка полягає в застосуванні комбінації різних поколінь імуноферментних тест-систем. Така стратегія (S/LS strategy) дозволяє встановити можливі терміни інфікування шляхом визначення титрів антитіл до ВІЛ або їх авідності при використанні тестів третього покоління одночасно з модифікованими лізатними тест-системами першого покоління або швидкими тестами.

В сироватці крові осіб, інфікованих ВІЛ-1, визначають віруснейтралізуючі антитіла до продуктів генів ВІЛ. Найбільш імуногенними білками ВІЛ є поверхневі глікопротеїни gp160, gp120 (гену env), а також трансмембранний білок gp41 (гену env). Антитіла до цих білків виявляються у 98% інфікованих осіб, і вони є більш стабільними, ніж антитіла до інших антигенів. Антитіла до основних внутрішніх білків ВІЛ-1 — p18, p24 (гену gag) визначаються приблизно у 75% інфікованих і менше, ніж у 50% хворих з клінічними проявами СНІДу. Динаміка антитілоутворення при ВІЛ-інфекції пов'язана з клінічними стадіями захворю-

вання. Першими майже у 2/3 ВІЛ-інфікованих пацієнтів вже на третьому-шостому тижні інфікування виявляються антитіла до білків p18, p24, p55 (продукти гену gag). Потім з'являються антитіла до продуктів генів pol (p51, p66, p11, p34) та env (gp160, gp120, gp41). З часом знижується рівень антитіл до білка p24 та інших продуктів гену gag, що корелює із вторинною антигенемією і загальним прогресуванням хвороби. Отже, на різних стадіях ВІЛ-інфекції можуть бути виявлені антитіла до різних антигенів вірусу.

Для ВІЛ-інфекції характерна наявність так званого періоду «серологічного вікна» (його ще називають серонегативним, латентним, інфекційним, діагностичним вікном), коли антитіл до ВІЛ в сироватці крові немає або ж кількість їх настільки незначна, що вони не виявляються тест-системами для визначення антитіл. Період «серологічного вікна» передує появі антитіл в крові інфікованої особи. Як правило, першими з'являються імуноглобуліни класу M (IgM) до білків, кодованих геном gag, які циркулюють протягом віремії. Через 5–7 днів після появи IgM-антитіл починають синтезуватися антитіла класу IgG до p24 та gp120.

При аналізі випадків інфікування ВІЛ з точно встановленою датою зараження (наприклад, внаслідок переливання крові) було показано, що сероконверсія може відбуватися через 3–12 тижнів. Повідомлення про тривалий серонегативний період у ВІЛ-інфікованих осіб не підтверджуються даними літератури останніх років.

Для максимального виявлення випадків інфікування при проведенні лабораторних обстежень необхідно вирішити питання про вибір тест-систем. За сучасними уявленнями, для оцінки якості та придатності тест-систем використовують наукові, медичні та економічні критерії. Наукові критерії вибору методу включають визначення показників чутливості, специфічності та відтворюваності результатів тест-систем.

Чутливість (%) — показних, який характеризує здатність тест-системи виявляти максимальну кількість дійсно позитивних сироваток, відображає кількість інфікованих осіб, які можуть бути виявлені при використанні даної тест-системи.

Специфічність (%) — спроможність тест-системи визначати лише той компонент, для визначення якого вона призначена, тобто показник, який характеризує можливість діагностикуму реєструвати мінімальну кількість хибнопозитивних сироваток.

Взаємозв'язок між чутливістю та специфічністю є таким, що покращання одного показника супроводжується погіршенням іншого.

Відповідно до рекомендацій експертів ВООЗ, показники чутливості та специфічності діагностичних препаратів повинні задовольняти мінімальним вимогам — не менше 99 і 95%, відповідно. В залежності від мети тестування, можна використовувати або більш чутливі, або більш специфічні тест-системи.

Діагностика ВІЛ-інфекції побудована на етапності та послідовності в проведенні ІФА: перша тест-система повинна мати найбільш високу чутливість (для максимального виключення хибнонегативних результатів аналізу), а наступні — більш високу специфічність, ніж перша (для зменшення хибнопозитивних результатів досліджень).

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, CDC (Centers for Disease Control and Prevention), FDA (Food and Drug Administration), чутливість визначають на підставі результатів, отриманих при тестуванні статистично достовірної кількості сироваток пацієнтів з ВІЛ-інфекцією на різних стадіях хвороби, пацієнтів з патологією, що притаманна даному регіону, пацієнтів з гострими вірусними інфекціями, осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ; комерційних сероконверсійних панелів (наприклад, BBI, NABI). Визначення специфічності тест-системи базується на результатах тестування великої кількості випадково вибраних здорових донорів з урахуванням показників первинної (IR — initial reactivity) та повторної (RR — repeated reactivity) реактивності отриманих позитивних зразків з наступною верифікацією результатів. При розрахунку чутливості та специфічності невизначені результати не беруться до уваги.

При визначенні на стандартних охарактеризованих панелях показники чутливості та специфічності тест-систем можуть наближатися або дорівнювати 100%, що в умовах практичної лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції неможливо досягти. Не існує діагностикуму, який би гарантував 100% чутливість та специфічність дослідження. Так, згідно даних світової літератури, ризик не виявити сироватку ВІЛ-інфікованої людини складає 1 на 493 000 досліджень крові донорів. Однією з причин хибнонегативних результатів може бути наявність «серологічного вікна». В залежності від спроможності діагностикумів виявляти антитіла до ВІЛ в певний термін після інфікування, тест-системи розподіляються на декілька генерацій, про що ми все вказували вище.

Причинами хибнопозитивних реакцій в ІФА можуть бути:

- наявність у пацієнтів певних перехресно реагуючих лейкоцитарних антигенів;
- наявність аутореактивних антитіл;
- наявність антитіл до ревматоїдного фактору;
- антитіла до вірусу Епштейна-Барр;
- ін’єкції препаратів імуноглобуліну (транзиторна сероконверсія);
- вакцинація проти будь-якого вірусного захворювання (грип, гепатит В тощо);
- наявність новоутворення (пухлини) в організмі обстежуваного;
- імунодефіцити іншого походження (не ВІЛ-інфекція).

Хибнонегативні результати в ІФА, як правило, можуть бути отримані, коли досліджується (тестується) кров людини, яка знаходиться в періоді «серологічного вікна» (див. вище) і антитіл до ВІЛ ще практично немає. В групах з невисоким ризиком інфікування на ВІЛ хибнонегативні результати в ІФА можуть зустрічатися в 0,001% випадків.

Проте, крім біологічних чинників, причиною отримання хибних результатів при тестуванні на ВІЛ можуть бути дослідження, що проводяться в популяціях людей з низьким рівнем поширення ВІЛ-інфекції. В такому випадку кількість хибнопозитивних результатів іноді може навіть перевищувати кількість дійсно позитивних результатів. Кількість хибнопозитивних результатів також достовірно значно вища в популяціях з низьким рівнем ризику інфікування ВІЛ, порівняно з групами високого ризику зараження.

Показники чутливості та специфічності тест-систем — величини постійні і задані, не залежать від розповсюдження ВІЛ-інфекції. Проте в цілому на кінцеві

результати дослідження впливають як розповсюдженість ВІЛ-інфекції, так і якісні характеристики тест-системи, що віддзеркалює такий показник, як прогнозуюча здатність тесту (прогностична значимість результатів тесту, predictive value). Прогнозуюча здатність позитивного тесту (ПЗПТ, PPV — positive predictive value) — це ймовірність того, що особи з позитивним результатом ІФА дійсно мають антитіла до ВІЛ у крові. Прогнозуюча здатність негативного тесту (ПЗНТ, NPV — negative predictive value) — це ймовірність того, що особи з негативним результатом дослідження дійсно не мають антитіл в крові.

Чим вище розповсюдженість ВІЛ-інфекції в популяції, тим більше вірогідність того, що людина з позитивним результатом ІФА є дійсно інфікованою (тобто, тим вище ПЗПТ тесту). Із зростанням поширеності ВІЛ-інфекції частина зразків сироваток з хибнопозитивними результатами тесту знижується, а можливість того, що людина з негативними результатами аналізу дійсно є неінфікованою, зменшується (тобто, знижується ПЗНТ тесту). Отже, при дослідженні контингентів з високою розповсюдженістю ВІЛ-інфекції більш ефективними є тест-системи з високим значенням ПЗПТ. Якщо можливість ВІЛ-інфекції низька — зростає цінність тест-систем з високим показником ПЗНТ.

В **табл. 1.5**, яку умовно можна назвати «Два на два», представлено зв'язок між характеристиками чутливість, специфічність, прогностична значимість результатів тесту позитивного та негативного.

Таблиця 1.5

«Два на два»

ВІЛ-статус пацієнта		**Результат тесту:**	
		позитивний	**негативний**
Підтверджений ВІЛ-статус пацієнта	позитивний	позитивний	хибнонегативний
	негативний	хибнопозитивний	негативний

Примітки. В таблиці представлено зв'язок між характеристиками: чутливість, специфічність, прогностична значимість результатів тесту позитивного та негативного.

Чутливість

= число позитивних результатів/(число позитивних результатів + число хибнонегативних результатів)

= вірогідність позитивного результату при наявності ВІЛ-інфекції

Специфічність

= число негативних результатів/(число негативних результатів + число хибнонегативних результатів)

= вірогідність негативного результату при відсутності ВІЛ-інфекції

Прогнозуюча здатність позитивного результату

= число позитивних результатів/ (число позитивних результатів + число хибнонегативних результатів)

= вірогідність наявності інфекції при позитивному результаті тесту

Прогнозуюча здатність негативного результату

= число негативних результатів/ (число негативних результатів + число хибнонегативних результатів)

= вірогідність наявності інфекції при негативному результаті тесту

Таким чином ІФА, як сучасний метод лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції, характеризується певними показниками і має цілу низку переваг та недоліків, які обов'язково треба враховувати лікарю, особливо коли він проводить дотестове та післятестове консультування, бо саме питання діагностики, надійності її результатів найбільше цікавлять пацієнта (**рис. 1.12**).

Переваги:

- Можна аналізувати велику кількість зразків одночасно
- Можлива автоматизація процесу тестування
- Можливість використання обладнання для ІФА, доступного для більшості діагностичних лабораторій

Недоліки:

- Можливість отримати хибнопозитивний або хибнонегативний результат
- Необхідність перевірки результатів на декількох ІФА тест-системах інших виробників з іншими характеристиками чутливості та специфічності або в ІБ

Рис. 1.12. Недоліки та переваги ІФА

Головними серед недоліків ІФА є можливість отримання «хибнопозитивного» результату та необхідність проведення додаткових верифікаційних (підтверджуючих) досліджень.

«Золотим стандартом» підтвердження специфічності отриманого позитивного результату тестування на ВІЛ методом ІФА на сьогодні залишається імунний блотинг (імуноблот — ІБ, Western Blot — WB), заснований на комбінації електрофорезу в гелі та реакції антиген-антитіло. В поліакриламідному гелі відбувається розподіл попередньо очищених антигенів ВІЛ за молекулярною масою; потім їх переносять на нітроцелюлозну мембрану і розрізують на смужки (стрипи). Досліджуваний матеріал (сироватку або плазму крові пацієнта) наносять на стрип і, в разі наявності в пробі специфічних антитіл, останні зв'язуються з відповідними (комплементарними до них) смугами антигенів. Результат цієї взаємодії візуалізують шляхом послідовного додавання кон'югату, міченого ферментом, та проявника.

Інтерпретацію результатів досліджень здійснюють відповідно до інструкції для конкретної тест-системи. Разом з тим існують уніфіковані критерії оцінки результатів досліджень, проведених методом ІБ (ВООЗ, CDC). Наприклад, експерти Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ, 1998) рекомендують такі критерії:

- позитивний результат — виявлення в сироватці антитіл до двох з наступних трьох груп вірусних білків — env, gag або pol;
- негативний результат — відсутність антитіл до вірусспецифічних білків;
- невизначений результат — виявлення в сироватці антитіл тільки до білків з однієї групи — gag або pol. Як правило, невизначена реакція пов'язана з наявністю білків-продуктів експресії гена gag ВІЛ-1 p15/18, p24 і p55 і може свідчити як про хибно-позитивну реакцію, так і про можливість інфікування ВІЛ.

Комерційні тест-системи для досліджень методом ІБ розрізняються за природою вірусних антигенів, методами поділу білків у гелі та переносу антигенів на нітроцелюлозну мембрану, а також за видами кон'югатів і застосовуваних хромогенних субстратів. Виходячи з цього, тест-системи для ІБ, так само як і тест-системи на основі ІФА, мають різну чутливість.

Лікарям важливо розуміти, що для ІБ, як підтверджуючого тесту, певною і досить значною проблемою стає «невизначений результат». Однією з потенційних причин може бути дослідження проведене в період гострої інфекції (ранньої сероконверсії), коли антитіла до ВІЛ представлені не до всіх основних антигенів. ІБ притаманні і хибнопозитивні результати. Хибнопозитивні результати в ІБ виникають при:

1) контамінації вірусного лізату клітинними антигенами при нанесенні на стрипи;
2) вагітності досліджуваної особи;
3) високому рівні білірубіну у зразках сироватки або плазми крові, що досліджуються;
4) гемолізі зразка сироватки крові або плазми.

Відомо, що 20–33% негативних в ІФА сироваток крові у ІБ дають невизначений результат. Крім того, майже до 20% сироваток крові, що неодноразово були досліджені в ІФА і кожний раз давали позитивний результат, також можуть бути оцінені в ІБ як невизначений результат.

Таким пацієнтам з невизначеним в ІБ результатом необхідно повторити тестування через 2–3 місяці, а це ще досить тривалий час сумнівів та хвилювання для пацієнта, додаткове передтестове та післятестове консультування.

Поряд з діагностикумами, базованими на класичному методі ІБ, існують так звані «лінійні» тести, які також застосовують для підтвердження первинно позитивних результатів ІФА. Ці тести відрізняються від класичних тим, що тут використовують рекомбінантні або синтетичні пептидні антигени, нанесені на нітроцелюлозні стрипи. Вважають, що лінійні тести більш специфічні, порівняно з класичним варіантом ІБ, оскільки в них відсутні компоненти клітин, здатні перехресно реагувати з компонентами досліджуваних зразків сироваток. На сьогодні ці діагностичні тести вже зареєстровані в Україні.

Порядок обліку, реєстрації діагностичних досліджень на виявлення антитіл до ВІЛ здійснюється відповідно до «Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції», 2002 р.

1.5. Експрес-тестування на ВІЛ. Прості/швидкі тести

Проведення досліджень на антитіла до ВІЛ за допомогою ІФА та ІБ передбачає наявність добре оснащених діагностичних лабораторій, укомплектованих всім необхідним обладнанням — лабораторій з діагностики ВІЛ-інфекції. Але досить часто проведення таких досліджень ускладнене або неможливе, особливо в невеликих периферійних лікарнях або лабораторіях. В цих випадках для термінового обстеження вагітних, невеликої кількості пацієнтів та пацієнтів передусім в невідкладних випадках, а також для приватних осіб з метою визначення стану інфікованості ВІЛ доцільно використовувати так звані швидкі/прості тести. Їх ще дуже часто називають «тест у кишені», «лабораторія у кишені», «тест на місці», «тест біля ліжка хворого», «спрощений експрес-тест».

Швидкі/прості тести для виявлення антитіл до ВІЛ — це діагностичні набори (тест-системи), застосування яких дозволяє отримати кінцевий результат без використання спеціального обладнання для проведення ІФА за дуже короткий термін — від декількох хвилин до години. Мінімальні вимоги до обладнання і технічно проста процедура їх виконання та інтерпретації результатів дослідження сприяють їх широкому впровадженню. Більшість швидких/простих тестів випускаються повністю готовими до застосування, мають внутрішній контроль за процедурою виконання, який підтверджує якісне проведення тестування, тобто що всі компоненти та реагенти тесту спрацювали правильно і що відповідно правильно було внесено матеріал для дослідження.

Як матеріал для дослідження можна використовувати зразки цільної крові, сироватки або плазми крові. Розроблені та застосовуються також швидкі тести для визначення антитіл до ВІЛ в зразках слини і сечі. Сучасні швидкі тести умовно поділяють на дві групи, відповідно до того, яким чином проводять аналіз.

До першої групи («dot blot»- або «flow through»-тести) відносять діагностичні набори, при застосуванні яких досліджуваний біологічний субстрат наносять на поверхню твердої фази, кінцевий результат отримують у вигляді забарвленої плями або смуги.

До другої групи («lateral flow»-тести) належать діагностичні набори, в яких мембрану (наприклад, пластиковий «гребінець» або нітроцелюлозні смужки) з нанесеними антигенами занурюють в досліджуваний зразок, який потім дифундує по мембрані. Більшість швидких тестів дозволяє диференційовано виявляти антитіла до ВІЛ-1 та ВІЛ-2. В самих тестах передбачено утворення контрольної плями або смуги (так звана зона тесту — Т), яка дозволяє перевірити коректність проведеного аналізу.

Існує ще й інший розподіл на групи серед швидких/простих тестів на ВІЛ:

1) дот-блот або проточний тест;
2) аглютинаційні швидкі тести;
3) імунохроматографічні тести.

Чутливість більшості з цих тестів сягає 99%, а специфічність — 98%.

При виборі тестів для швидкого визначення антитіл до ВІЛ необхідно враховувати ряд чинників, а саме:

- заявлені властивості швидкого тесту, тобто здатність диференційовано виявляти антитіла до ВІЛ-1, ВІЛ-2, групу О ВІЛ-1, сумарні антитіла;
- діагностичні характеристики тесту;
- найпростіший алгоритм проведення аналізу;
- час проведення дослідження і термін придатності швидкого тесту;
- вартість швидкого тесту;
- рівень підготовки фахівців, які будуть проводити дослідження;
- можливість подальшої верифікації результатів первинного тестування в лабораторії, яка здійснює підтверджувальні дослідження.

Слід зазначити, що хоча застосування швидких тестів не потребує спеціального обладнання для проведення аналізу, вартість одного дослідження, як правило, вища, ніж при використанні традиційного ІФА. Крім того, отримані результати тестування оцінюють візуально, тобто має місце їх суб'єктивна інтерпретація, при цьому не залишається документально підтвердженого результату аналізу. Враховуючи це, при використанні швидких тестів надзвичайно важливо переконатися у високому рівні професійної підготовки персоналу, який здійснює дослідження.

Дот-блот або проточний тест дозволяє отримати результат за 5 або 10 хвилин. Зазвичай в таких тестах антигени пасивно адсорбуються на нітроцелюлозній мембрані у вигляді невеличкої плями або кола (дот), іноді у вигляді смуги (лінії). Процедура тестування починається з внесення буферного розчину для зволоження мембрани, потім вноситься 1–2 краплі крові (з пальця або венозної), можна вносити плазму або сироватку крові, в деяких тестах на ВІЛ можна використовувати навіть слину. Після цього поетапно додаються кон'югат, субстрат з дуже короткими проміжками часу і реакція зупиняється стоп-реагентом. Більшість тестів дот-блот мають внутрішній контроль — контрольну пляму, яка свідчить про правильність проходження реакції, що всі реагенти працюють і всі компоненти були послідовно додані в процесі тестування.

Однією з швидких, надійних і економічно доступних методологій дот-блот тесту є розробка технології ImmunoComb фірми ORGENICS. За 20 років існування ця технологія не тільки міцно затвердилася в провідних країнах світу, включаючи США, Францію, Японію тощо, але і за рекомендацією ВООЗ застосовується в міжнародних програмах з контролю за хворобами, що передаються статевим шляхом, і СНІД.

Крім тест-систем, призначених для виявлення антитіл у сироватках і плазмі крові, тією ж фірмою також розроблені тест-системи для виявлення антитіл в інших біологічних рідинах, зокрема в слині. Такою системою є ІмуноКомб II ВІЛ-1/2 Saliva, що представляє собою діагностичний набір для швидкого якісного і диференціального визначення антитіл до ВІЛ-1/2 у людській слині. Як і інші тести, ІмуноКомб ВІЛ-1/2 Saliva являє собою набір тестів для проведення непрямого твердофазного ІФА. Твердою фазою є гребінь із 12 зубцями. На відміну від інших тестів, на кожний зубець у трьох позиціях нанесено:

- верхня пляма — козячі антитіла до людському імуноглобуліну (внутрішній контроль),
- середня пляма — ВІЛ-2 синтетичні пептиди,
- нижня пляма — ВІЛ-1 синтетичні пептиди.

Постановочна частина тесту аналогічна стандартній методиці використання тест-систем ІмуноКомб, призначених для визначення антитіл. Розходження полягає в тому, що в якості біологічного об'єкта використовується людська слина, для збору якої застосовують спеціальні збірники набору SALIVA COLLECTION KIT.

З метою підтвердження роботи набору і коректності отриманих результатів необхідно виконувати три наступні умови:

1) позитивний контроль має призводити до утворення трьох плям на зубці гребеня;
2) негативний контроль має призводити до виникнення верхньої плями (внутрішній контроль) і ніяких інших;
3) кожний досліджуваний зразок повинний призводити до утворення верхньої плями (внутрішній контроль); це так само є підтвердженням того, що зразок був внесений.

Якщо одну з цих трьох умов не дотримано, результати вважаються некоректними, зразки і контролі мають бути досліджені повторно.

Поява тільки верхньої плями (внутрішній контроль) вказує на те, що в зразку відсутні антитіла до ВІЛ-1 і ВІЛ-2. Чітка пофарбована середня пляма вказує на наявність антитіл до ВІЛ-2. Чітка пофарбована нижня пляма вказує на наявність антитіл до ВІЛ-1. Іноді високі концентрації ВІЛ-1 або ВІЛ-2 антитіл призводять до виникнення блідої або слабко профарбованої плями в порівнянні з більш інтенсивно пофарбованою до гомологічного антигену. У випадку ВІЛ-1 і ВІЛ-2 ко-інфекції обидві плями мають однакову інтенсивність забарвлення.

Необхідно відзначити, що наявність антитіл до ВІЛ-1 або ВІЛ-2 у зразках, що досліджуються, має бути підтверджена верифікаційними дослідженнями. Будь-яке слабке забарвлення повинне розглядатися як позитивна реакція і підлягає подальшому вивченню.

У такий спосіб можна відзначити, що дот-блот тести можуть виконуватись в лабораторії будь-якого рівня, не потребують дороговартісної і складної апаратури для обліку результатів. Водночас результати, отримані за допомогою тестів ІмуноКомб, є високоспецифічними і достовірними, оскільки у виробництві тестів використовуються ті ж самі компоненти і біотехнології, що і при виробництві інших імуноферментних тест-систем.

Аглютинаційні швидкі тести. Як видно з назви, вони засновані на принципах аглютинації часточок латексу або желатину, вкритих антигенами ВІЛ-1/2, і процедура тестування займає приблизно від 10 до 120 хвилин. Матеріалом для дослідження є плазма або сироватка крові. Якщо в сироватці крові наявні специфічні до вірусу антитіла, то відбувається взаємодія між антигенами та

антитілами з утворенням специфічного комплексу, що візуально оцінюється як «зшивання» або аглютинація чи «склеювання» часточок латексу. Наявність аглютинації обліковується як позитивний результат і, навпаки, відсутність аглютинації оцінюється як негативний результат (**рис. 1.13**).

Імунохроматографічні тести. В основі імунохроматографічного аналізу (ІХА) лежить специфічна взаємодія антигенів та антитіл на хроматографічній мембрані після змочування її рідиною досліджуваного зразка або буферним розчином. Така взаємодія відбувається внаслідок дифузного переміщення забарвленого колоїдним золотом (КЗ) індикаторного імунного компоненту ІХА, який заздалегідь нанесений на мембрану, та антигенів або антитіл досліджуваного зразка після нанесення останнього на мембрану. Для візуального виявлення специфічної імунної реакції в певній зоні-смузі хроматографічної мембрани наносяться попередньо жорстко сорбовані компоненти додаткових імунологічних реакцій, які дозволяють сконцентрувати барвник у вигляді забарвленої смуги. Введений у тест-систему «з залишком» індикаторний забарвлений імунний компонент дифундує у хроматографічній мембрані далі місця проявлення специфічної імунної реакції і зупиняється у контрольній смузі внаслідок імунологічної взаємодії з жорстко іммобілізованим там імунним компонентом іншої специфічності. Забарвлення контрольної смуги свідчить про те, що тестування коректно відбулося. При дослідженні на ВІЛ на певну зону хроматографічної мембрани (зону S) наноситься цільна кров, або сироватка крові чи плазма крові. Далі, змішуючись з відповідними компонентами специфічної імунної реакції, дифундують по мембрані. В місцях, де жорстко сорбовані антигени ВІЛ-1 чи ВІЛ-2, при наявності в біологічному матеріалі (досліджуваній сироватці чи плазмі) антитіл утворюються специфічні імунні комплекси, які проявляються за рахунок КЗ у вигляді смуги. В ряді ІХА-тестів передбачено виявлення тільки антитіл до ВІЛ-1, в деяких тестах передбачено виявлення антитіл до ВІЛ-1 групи М або групи О і ВІЛ-2. Результати тесту вважаються коректними при появі контрольної смуги. Час, який затрачується на тестування — 15 хвилин (**рис. 1.14**).

Якщо тест призначений для визначення антитіл до ВІЛ-1/2, то облік результатів здійснюють наступним чином.

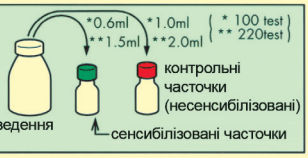
- Тест позитивний — поява двох чітких ліній червоного кольору. Одна лінія повинна проявитися в зоні тесту Т, а інша — зоні контролю К. Позитивний результат означає наявність антитіл до ВІЛ-1/2 в досліджуваному зразку крові. Яскравість смуги у зоні Т може змінюватись в залежності від концентрації антитіл у зразку. Тому поява смуги будь-якої яскравості і відтінку червоного кольору у зоні Т повинна розглядатись як позитивний результат.

Рис. 1.13. Постановка та облік результатів тестування на ВІЛ-інфекцію за допомогою аглютинаційного тесту SFD HIV-1/2 PA

Порядок дослідження

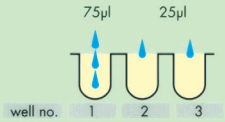
Підготовка реагентів

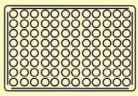
Перед використанням витримати при кімнатній температурі 30 хв



піпетка для розведення часточок

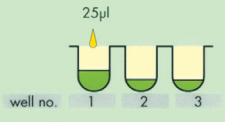
1 Внесення досліджуваних розчинів сироватки крові





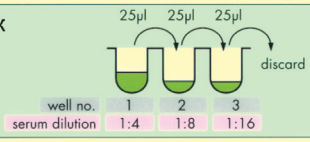
планшет

2 Внесення контрольної сироватки

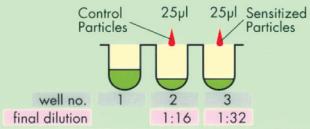


мікропіпетка для внесення та розведення сироваток крові

3 Розведення сироваток

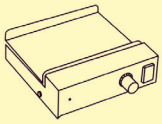


4 Внесення часточок (сенсибілізованих і контрольних)



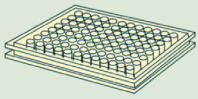
піпетки для внесення часточок

5 Зтрушування

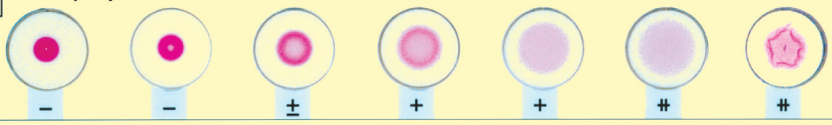


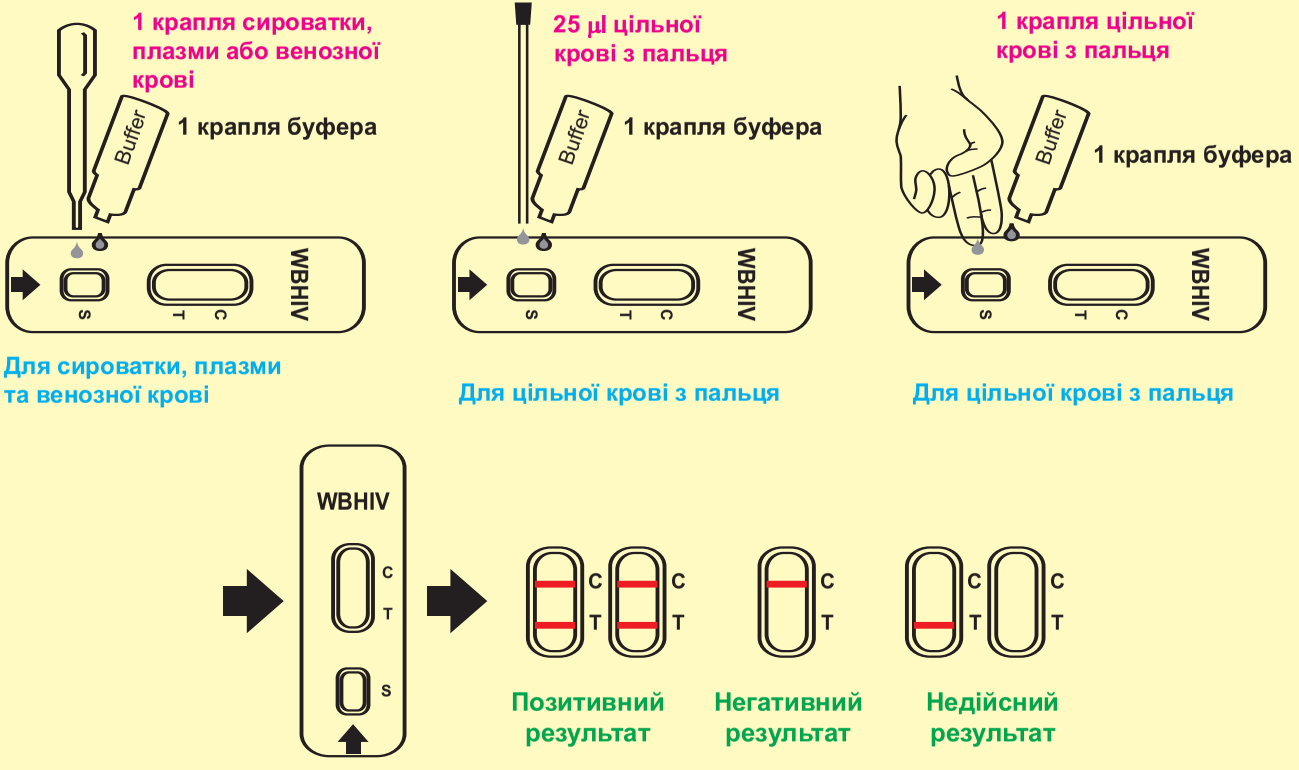
автоматичний зтрушувач

6 Інкубація при кімнатній температурі 2 години



7 Облік результатів




1 крапля сироватки, плазми або венозної крові
1 крапля буфера
Buffer
WBHIV
S
T
C
Для сироватки, плазми та венозної крові
25 µl цільної крові з пальця
1 крапля буфера
Buffer
WBHIV
S
T
C
Для цільної крові з пальця
1 крапля цільної крові з пальця
1 крапля буфера
Buffer
WBHIV
S
T
C
Для цільної крові з пальця
WBHIV
C
T
S
C
T
C
T
C
T
C
T
Позитивний результат
Негативний результат
Недійсний результат

- Тест негативний: тільки одна червона смуга з'являється у зоні контролю (К). Смуги в зоні тесту (Т) немає. Негативний результат свідчить про відсутність антитіл у досліджуваному зразку крові.
- Тест недійсний: контрольна смуга не проявляється.

При використанні тестів, призначених для диференційованого визначення антитіл до ВІЛ-1 певної групи та ВІЛ-2, при позитивному результаті обов'язковим мають бути смуги в зоні контролю та відповідно одна чи декілька чітких смуг в зоні тесту Т. Для експрес-діагностики ВІЛ-інфекції у вагітних жінок в Україні найчастіше використовують саме ІХА-тести.

Як варіант поєднання комбінації двох технологій швидких тестів за приклад можна навести тест DoubleCheck — експрес-тест для якісного визначення антитіл, зокрема до ВІЛ-1/2 у людській сироватці або плазмі крові.

На відміну від описаної вище методології ІмуноКомб, DoubleCheck являє собою варіант подвійного розпізнавання, заснований на специфічному визначенні анти-ВІЛ антитіл антигенами, що приєднують обидва зв'язуючих сайти антитіл. У тестах використовується комбінація імунохроматографії та імунопреципітації. Діагностичне пристосування складається з двох частин: круглий порт А — призначений для внесення зразка, овальний порт В більшого розміру — у якій проходить реакція з нанесеними ВІЛ-антигенами і внутрішній контроль (**рис. 1.15**).

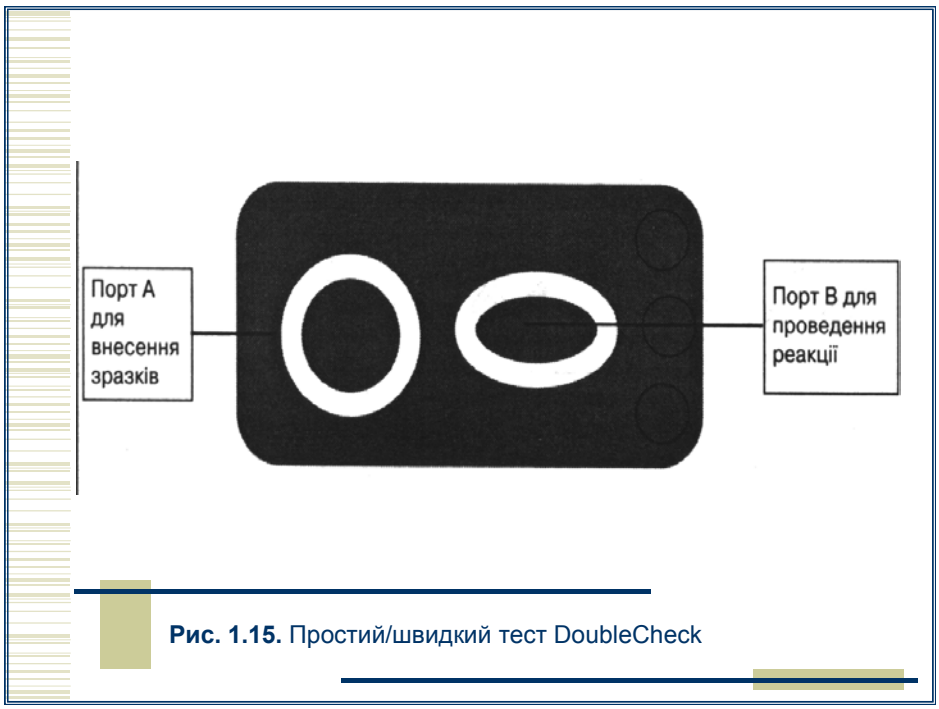


Рис. 1.15. Простий/швидкий тест DoubleCheck

На початку тесту розведений зразок вносять у порт А. Компоненти розчину рухаються вздовж хроматографічного стрипу і збираються в реакційному порту В. Результатом цього є специфічне зв'язування анти-ВІЛ антитіл з іммобілізованими

Рис. 1.14. Результати тестування в ІХА-тестах (Cito Test HIV 1/2)

ВІЛ-антигенами. Комплекс антиген-антитіло дозволяє зв'язуватися біотиніліро-ваному ВІЛ-антигену на етапі подвійного розпізнавання, що супроводжується реакцією зв'язування кон'югату стрептавідин/лужної фосфатази. Візуалізацією результату є поява сіро-зелених плям після реакції з хромогенним субстратом. Облік результатів подано на **рис. 1.16**.

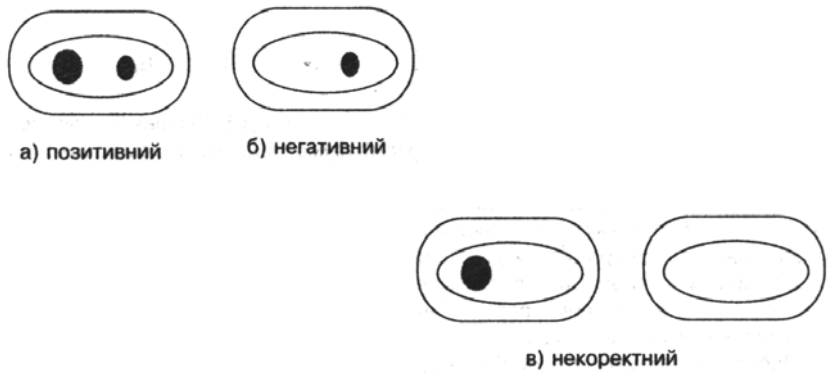


Рис. 1.16. Облік результатів тесту DoubleCheck

Для проведення досліджень використовуються лише зареєстровані в Україні швидкі тести.

Застереження при проведенні тестування швидкими/простими тестами на ВІЛ:

1) дослідження повинно проводитись обов'язково в гумових або латексних рукавичках з дотриманням протиепідемічного режиму;
2) у місцях проведення тестування (у палаті, приймальному відділенні або якомусь іншому приміщенні) не повинні знаходитись ємності, що містять у собі перекис водню, хлорвмісні сполуки або будь-які сильні окислювачі;
3) перед початком дослідження обов'язково слід ознайомитись з інструкцією щодо застосування та терміном придатності тесту;
4) забороняється використовувати тести після закінчення терміну їх придатності;
5) забороняється використовувати будь-який компонент тесту з різних наборів різних серій;
6) не можна палити, їсти, пити, застосовувати косметику або маніпулювати з контактними лінзами у приміщенні (зонах), де відбувається підготовка зразків до дослідження та здійснюється тест-діагностика;
7) тести не можна заморожувати;
8) досліджуваний зразок, який був обстежений за допомогою швидкого тесту, незалежно від отриманого результату тестування передається протягом трьох діб у лабораторію для верифікації дослідження ІФА, ПЛР або іншим методом;
9) результат дослідження згідно з інструкцією по застосуванню швидкого тесту реєструють у формі №498/о «Журнал протоколів проведення лабораторної

діагностики інфекційних хвороб за допомогою швидких тестів», яка має знаходитись у лабораторії або відділенні ЛПЗ, СПК за місцем проведення дослідження;

10) при отриманні негативного результату у відділення надається форма №209/о «Результат аналізу», яка зберігається у «Медичній карті стаціонарного хворого» — форма №003/о або в «Історії пологів» — форма №096/о, або в «Медичній карті донора»;
11) при отриманні позитивного або сумнівного результату дослідження зразків швидкими тестами подальші дії мають відповідати певним наказам МОЗ України. Наприклад, при отриманні позитивного результату швидкими тестами на ВІЛ-інфекцію подальші дії регламентовані наказом МОЗ України №120 від 25.05.2000 «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» та діючими інструкціями у закладах служби крові.

Таким чином, прості/швидкі тести призначені для дослідження як окремих поодиноких зразків крові (сироватки, плазми, інших біоматеріалів) на ВІЛ, так і для одночасного дослідження будь-якої кількості зразків. Більшість простих тестів не вимагають спеціальних умов зберігання. Їх можна тримати в лабораторії при кімнатній температурі і вони добре переносять температуру від 2 до 30 ^{o}С. За дуже короткий проміжок часу без застосування спеціальних приладів та апаратури можна отримати надійні, точні та високоякісні результати, які практично не поступаються традиційному ІФА. Хоча методи і технології виготовлення простих/швидких тестів весь час удосконалюються, з'являються нові конформації наборів, вони стають все більш чутливими та специфічними, мають високу відтворюваність результатів, все ж таки треба пам'ятати про можливість отримання як хибнонегативних, так і хибнопозитивних результатів і про підтверджуючі (верифікаційні тести). Основною проблемою застосування простих/швидких тестів (не враховуючи навчання лікарів та медичних сестер) є необхідність в обов'язковому консультуванні пацієнта перед тестуванням, в отриманні від нього добровільної згоди на проведення тестування.

1.6. Стратегія і тактика лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції в Україні

Рівень розповсюдження ВІЛ-інфекції, показник інфікованості серед окремих контингентів обстежуваних осіб визначається на підставі результатів скринінгових досліджень. Скринінг являє собою методологічний підхід, який застосовують для обстеження населення чи окремих його контингентів для того, щоб виявити певне захворювання, його поширення та фактори, що сприяють його виникненню та розвитку. При цьому скринінгові дослідження носять багатоетапний характер і можуть бути спрямовані не тільки на виявлення захворювання, але й на більш поглиблене обстеження з метою уточнення діагнозу та прийняття рішення щодо необхідного медичного втручання.

Скринінговим обстеженням на ВІЛ в Україні підлягають громадяни, визначені Законом України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» (1991), доповненнями до цього закону (1998), «Правилами медичного

огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними» (1998). В цих документах відокремлені контингенти населення, які підлягають серологічному обстеженню в залежності від того, з якою метою здійснюється дослідження, від можливості реалізації того чи іншого шляху передачі інфекції, а також у відповідності до прийнятої класифікації груп населення за рівнями ризику інфікування.

На сьогодні існує декілька методичних підходів до проведення скринінгових обстежень на ВІЛ. У відповідності з рекомендаціями ВООЗ і UNAIDS (1997), обстеження проводять з метою забезпечення трансфузійних/трансплантаційних заходів (безпека донорської крові, її продуктів, тканин, органів, сперми, яйцеклітин), діагностики, епідеміологічного нагляду і наукових досліджень — I, II та III стратегії. Ці стратегії визначають певний порядок проведення та спадковість первинних, підтверджуючих та верифікаційних досліджень при тестуванні різних груп населення в залежності від мети обстеження та рівня розповсюдження ВІЛ-інфекції. *I стратегія* рекомендацій ВООЗ і UNAIDS полягає в тому, що зразки крові досліджуються методом твердофазного ІФА або в простому/прискореному тесті: сироватка, яка відреагувала позитивно, вважається як така, що містить антитіла до ВІЛ. Ця стратегія застосовується при обстеженні донорів. *II стратегія:* сироватки, позитивні після першого ІФА, підлягають повторному дослідженню за допомогою ІФА або простого/швидкого тесту, заснованого на альтернативному антигенному препараті (ІФА + ІФА) або (ІХА + ІХА). Сироватки, які відреагували позитивно в обох аналізах, вважаються як такі, що містять антитіла до ВІЛ. Якщо досліджуваний зразок позитивний у першому, але негативний у другому аналізі, він підлягає перевірці за допомогою двох діагностикумів. Якщо результати залишаються сумнівними, сироватка вважається невизначеною у відношенні анти-ВІЛ. *III стратегія* рекомендацій ВООЗ і UNAIDS передбачає такий самий підхід, як і попередня. Проте в залежності від мети тестування, а також рівня поширення інфекції серед обстежуваних контингентів або на конкретній території, невизначені результати підлягають ще одному аналізу з використанням додаткового тесту. Так, сироватки, позитивні до ВІЛ після першого ІФА, підлягають повторному дослідженню в двох лунках того ж діагностикуму. Всі отримані позитивні зразки надходять на референтний етап — дослідження в двох інших ІФА-тест-системах з більш високою специфічністю (алгоритм дослідження на ВІЛ представлено на **рис. 1.17)**. В Україні практикується повторний забір крові для проведення підтверджуючих досліджень за умови отримання позитивного або невизначеного результату в ІФА. Така тактика значно збільшує тривалість очікування остаточного результату тестування на ВІЛ. При наданні інформації щодо невизначеного результату тестування важливо пам’ятати про необхідність повторного тестування через 2–3 тижні.

Важливо підкреслити, що тактика проведення підтвержувальних досліджень для діагностичних лабораторій в Україні визначається Референс-лабораторією діагностики ВІЛ-інфекції Українського центру з профілактики та боротьби зі СНІДом кожного року. Зміна тактики досліджень залежить від спектру тестів, зареєстрованих в Україні, рівня розповсюдження ВІЛ серед окремих груп населення, впровадження нових методів діагностики ВІЛ.

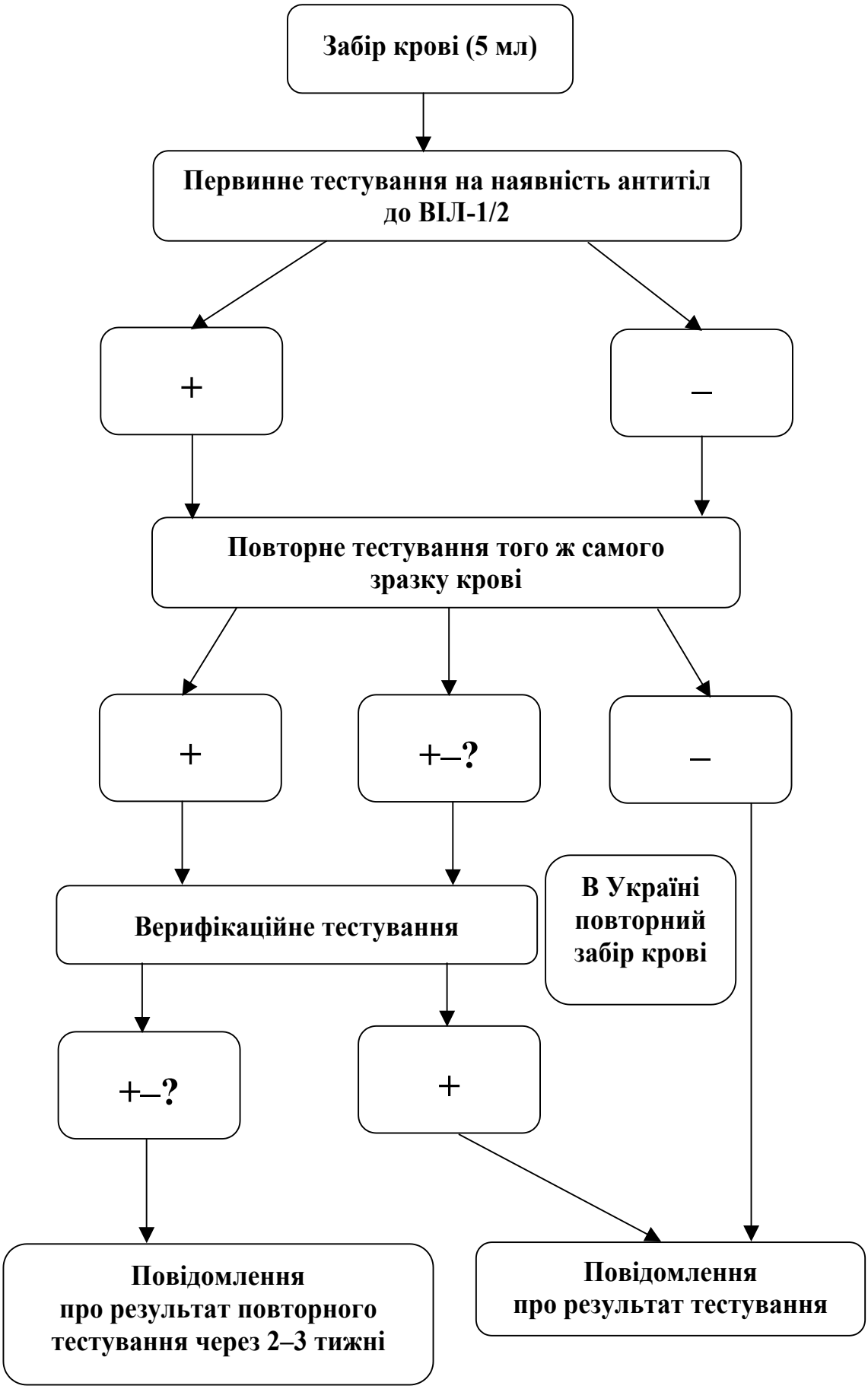


Рис. 1.17. Алгоритм дослідження на ВІЛ

Усі наведені стратегії лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції передбачають проведення декількох етапів досліджень. Це пояснюється тим фактом, що на основі результатів первинного обстеження не можна вірогідно судити про інфікованість пацієнта. Як зазначено вище, при проведенні ІФА не виключено отримання хибних результатів досліджень — як хибнонегативних, так і хибнопозитивних. Вибір стратегій лабораторної діагностики залежить від мети обстеження конкретної групи осіб, чутливості та специфічності використовуваних тест-систем, рівня поширення ВІЛ-інфекції серед обстежуваних груп населення та економічних можливостей. При незначній інфікованості ВІЛ в регіоні найбільш ефективним є застосування діагностичної стратегії, яка передбачає ІФА + ІБ. Якщо відсоток інфікованих становить до 10%, оптимальним є діагностичний підхід з використанням трьох тестів: двох альтернативних ІФА та ІБ (ІФА + ІФА + ІБ). При рівні розповсюдження інфекції понад 10% достатньо двохетапної діагностики: ІФА + альтернативний ІФА. Порядок підтвердження сумнівних результатів діагностики визначається в залежності від анамнестичних даних, соціально-поведінкової характеристики обстежуваної особи, а також від встановлення можливої реалізації будь-якого шляху передачі ВІЛ. Якщо мова йде про виявлення анти-ВІЛ у дітей, народжених від інфікованих матерів, тоді, незалежно від рівня розповсюдження інфекції, бажано і необхідно застосовувати ПЛР (ДНК-діагностика у новонароджених та дітей молодшого віку, народжених ВІЛ-інфікованими жінками).

Результати тестування повідомляються пацієнтам. При наданні інформації щодо негативного результату тестування важливо пам’ятати:

1) негативний результат свідчить про те, що антитіла до ВІЛ не виявлені;
2) негативний результат свідчить про те, що можливо людина не ВІЛ-інфікована;
3) негативний результат свідчить про те, що можливо людина на час тестування знаходилась у стадії «серологічного вікна».

Надання інформації щодо позитивного результату тестування проводиться після завершення всіх етапів лабораторної діагностики, після підтвердження у верифікаційних тестах. Позитивний результат означає, що людина з високою вірогідністю є ВІЛ-інфікованою. Діагноз ВІЛ-інфекції ґрунтується на виявленні антитіл до ВІЛ, даних клінічного, імунологічного та епідеміологічного обстеження.

Проте питання про наявність у обстежуваної особи ВІЛ-інфекції не може бути вирішене лише на підставі результатів серологічного тестування. Необхідно враховувати комплекс клінічних, імунологічних та епідеміологічних даних.

До клінічних ознак, згідно з матеріалами ВООЗ, належать певні СНІД-індикаторні хвороби: пневмоцистна пневмонія, саркома Капоші, цитомегаловірусна інфекція та інші (всього 26 найменувань), які в сукупності з позитивними на ВІЛ результатами серологічної діагностики дозволяють встановити діагноз.

До імунологічних маркерів слід віднести рівень Т4-лімфоцитів та показник співвідношення Т4-лімфоцитів до Т8-лімфоцитів (CD4+/CD8+): паралельно з прогресуванням інфекційного процесу зменшується кількість Т4-лімфоцитів, збільшується число клітин Т8-лімфоцитів, отже індекс CD4+/CD8+ стає меншим.

Поглиблені клініко-лабораторні обстеження при виявленні в результаті первинного скринінгу ВІЛ-позитивної особи здійснюються в Україні в умовах спеціалізованого стаціонару.

Розділ 2

Епідемія ВІЛ-інфекції у світі та в Україні

2.1. Історія розвитку пандемії ВІЛ-інфекції 50

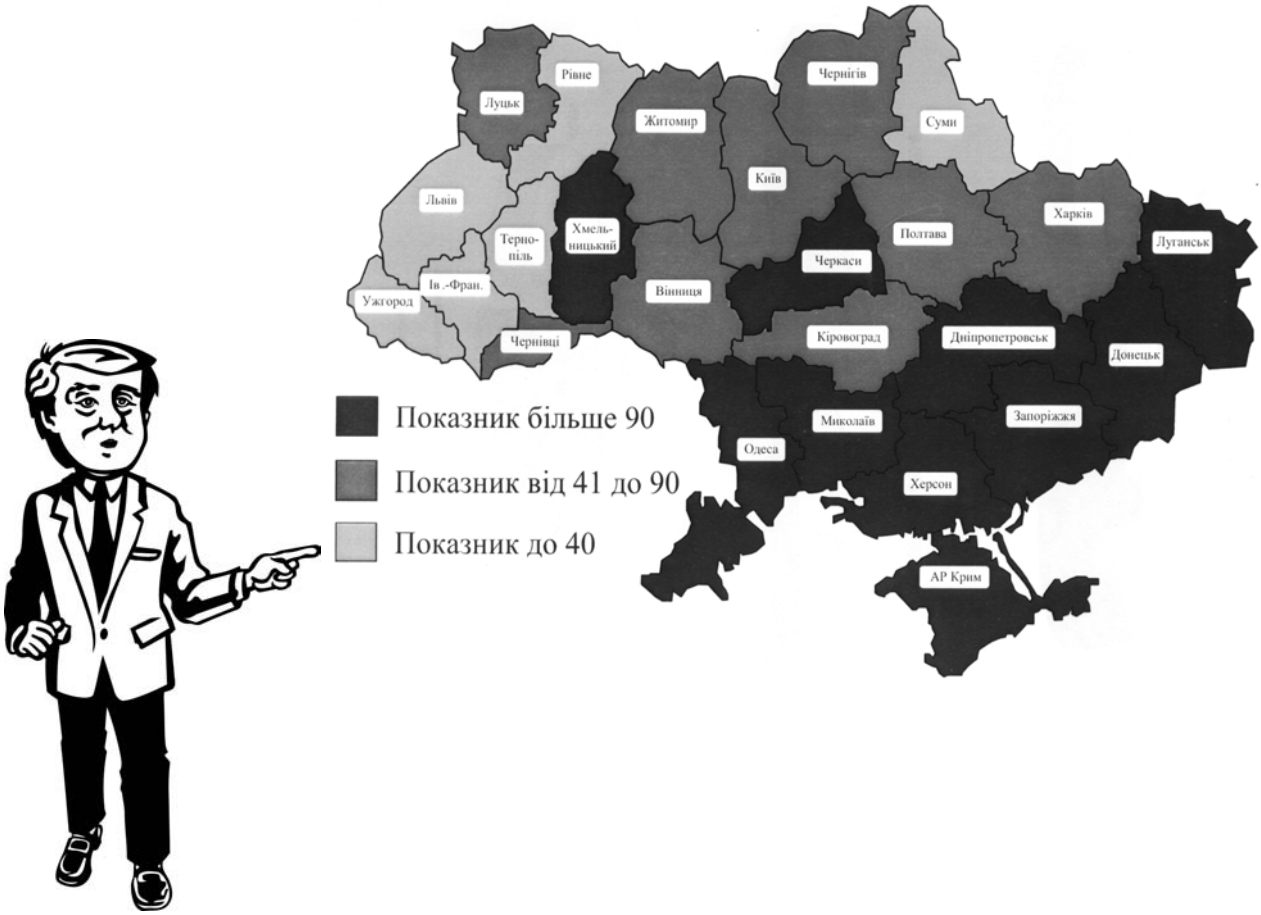
2.2. Огляд та особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у світі на початку XXI сторіччя 52

2.3. Шляхи передачі та уразливі до ВІЛ контингенти населення 53

2.4. Характеристика та етапи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні 55

2.5. Національна стратегія зниження рівня розповсюдження ВІЛ-інфекції в Україні 58

2.6. Профілактика інфікування ВІЛ 61



2.1. Історія розвитку пандемії ВІЛ-інфекції

Перші випадки СНІДу були зареєстровані Центром по контролю за захворюваністю США (CDC) у 1981 році. Саме у США серед молодих чоловіків-гомосексуалістів було діагностовано захворювання рідкісного типу, яке клінічно проявлялося у вигляді пневмонії, спричиненої найпростішими умовнопатогенними мікроорганізмами Pneumocystis carini, саркомою Капоші, а також деякими опортуністичними інфекціями, що зазвичай формуються на тлі імунологічної недостатності. У 1982 році M.S.Gottlib разом із співавторами описав клінічну картину цього захворювання і запропонував ввести в клінічну практику поняття — Aquired Immune Deficienci Syndrom (AIDS), що в перекладі на українську мову означає — Синдром Набутого Імунного Дефіциту (СНІД). З моменту реєстрації перших випадків СНІДу їх кількість стрімко збільшувалася, бо вже через рік було зареєстровано 711 хворих на СНІД в 16 країнах світу, ще через 5 років — 72 504 хворих на СНІД у 113 країнах світу. Дуже швидко поширення СНІДу набуло характеру пандемії і стало однією з найсерйозніших загроз здоров'ю людства, розвитку і виживанню кожної нації.

У 1985 році встановлено, що збудник СНІДу може знаходитись у біологічних рідинах хворої людини і передається через кров, сім'я, материнське молоко та секрет піхви. В цьому ж році американською фірмою ABBOTT розробляється перша діагностична ІФА тест-система для визначення специфічних антитіл до ВІЛ для скринінгу донорської крові. Починається тестування на ВІЛ препаратів крові в США та Японії, а рік потому — практично в усіх країнах Західної Європи.

У 1987 році розпочато Глобальну програму ВООЗ зі СНІДу, а Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла глобальну стратегію боротьби зі СНІДом. В цьому ж році в клінічну практику увійшов перший антиретровірусний препарат зидовудин або азідотимідин — продукт компанії Глаксо Веллком (нині відомої під назвою Глаксо Сміт Кляйн), що відкрило еру антиретровірусної терапії (АРТ). У 1987 році були виявлені та зареєстровані перші випадки захворювання на СНІД у Радянському Союзі, в тому числі й в Україні.

1 грудня 1988 року було оголошено Всесвітнім днем боротьби зі СНІДом.

У 1989 році в лікарнях Елісти, Волгограду, Нижнього Новгорода було інфіковано ВІЛ понад 200 дітей, що стало завершальним поштовхом до створення в Радянському Союзі мережі Центрів з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу.

1990 рік — в клінічній практиці США запроваджено новий АРВ-препарат — диданозин (відекс). За даними ВООЗ, на той час у світі жило 10 млн ЛЖВ.

1995 рік — у Німеччині четверо осіб було ув'язнено з причини звинувачення у продажі ВІЛ-контамінованої донорської крові.

В 1996 році на заміну Глобальній програмі ВООЗ зі СНІДу було створено Об'єднану програму ООН з ВІЛ/СНІД (UNAIDS), в діяльності якої беруть участь всі шість агенств ООН: ВООЗ, ЮНІСЕФ, ЮНЕСКО, UNPA (Фонд Народонаселення ООН), UNDP (Програма Розвитку ООН) та Світовий банк. У Ванкувері (Канада) відбулась XI Міжнародна конференція зі СНІДу, на якій вперше було оголошено повідомлення про створення нової третьої групи препаратів для АРТ — інгібіторів ВІЛ-протеази.

На кінець 2000 року загальна кількість людей, що були інфіковані ВІЛ у всьому світі, досягла кількості 36,1 млн осіб, з яких 21,8 млн померли від СНІДу.

Враховуючі різні темпи розповсюдження ВІЛ-інфекції, експерти ВООЗ та ЮНЕЙДС виділили наступні стадії епідемії:

1) початкову стадію епідемії ВІЛ-інфекції;
2) стадію концентрованої епідемії ВІЛ-інфекції;
3) стадію генералізованої епідемії ВІЛ-інфекції.

Початкова стадія епідемії ВІЛ-інфекції характеризується тим, що не дивлячись на тривалу присутність ВІЛ-інфекції, вона ніколи не поширюється за межи певних окремих груп населення. Зареєстровані випадки, як правило, стосуються осіб, що належать до уразливих контингентів — споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), працівників комерційного сексу (ПКС), чоловіків, що мають секс с чоловіками (ЧСЧ). Кількісний еквівалент — не відмічається стійкого поширення ВІЛ-інфекції, в жодній групі населення він не перевищує 5%.

Концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції характеризується стрімким поширенням ВІЛ в окремих групах населення, таких як СІН, ПКС, ЧСЧ. Проте ВІЛ-інфекція ще не «укорінилась» серед загального населення. Ця стадія епідемії ВІЛ-інфекції характеризується також наявністю дуже активних ризиків серед певних груп населення. Прогресування епідемії визначається частотою та характером контактів груп людей з високими показниками інфікування та загальним населенням. Кількісний еквівалент — поширеність ВІЛ-інфекції стійко перевищує 5% хоча б в одній групі населення, проте залишається нижче 1% серед вагітних, що проживають в містах або у міській зоні.

Генералізована стадія епідемії ВІЛ-інфекції. Під час цієї стадії спостерігається те, що називається «укоріненням» ВІЛ-інфекції серед загального населення. Не дивлячись на те, що уразливі до ВІЛ групи населення є основним джерелом поширення ВІЛ-інфекції, рівень статевих контактів серед загального населення достатньо високий, щоб підтримати епідемію і без втручання уразливих груп. Кількісний еквівалент — поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних стійко перевищує 1%.

Для вирішення проблем планування профілактичних програм в країнах з поширеністю ВІЛ-інфекції понад 15% нещодавно був запропонований четвертий епідемічний сценарій — **гіперендемічна епідемія як четверта стадія епідемії ВІЛ-інфекції.**

«СНІД — це справді виняткова проблема у світі. Пандемія СНІДу потенційно є величезною природною трагедією в історії людства. СНІД убиває в першу чергу дорослих людей, які складають не тільки рушійну силу економічного зростання, але, що настільки ж важливо, силу, яка створює наступні покоління. Багато економістів, політологів, спеціалістів охорони здоров'я та державної політики помиляються. Вони розглядають СНІД як питання для фахівців у галузі охорони здоров'я, а не як серйозну кризу, у вирішення якої їм необхідно зробити свій внесок, використовуючи особисті уміння та вплив. Ми маємо лише один вибір — виконувати свої обов'язки тепер, незалежно від того, де ми перебуваємо й ким ми є... » *(Пітер Піот, виконавчий директор ЮНЕЙДС, 2005 р.).*

2.2. Огляд та особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у світі на початку XXI сторіччя

За даними ЮНЕЙДС та ВООЗ (грудень 2006 р.), на початку XXI сторіччя намітились позитивні результати глобальних зусиль, в тому числі зростання доступу до ефективних програм лікування та профілактики. Разом з цим, не дивлячись на суттєве підвищення рівня політичної прихильності справі боротьби з ВІЛ-інфекцією, інтенсифікації діяльності та збільшення матеріальних ресурсів для боротьби з пандемічним поширенням ВІЛ-інфекції, число людей, що живуть з ВІЛ, постійно збільшується. На кінець 2006 року загальна кількість людей, що живуть з ВІЛ у всьому світі, досягла цифри 39,5 млн осіб (**рис. 2.1а**). Уперше інфіковано ВІЛ — 4,3 млн осіб (**рис. 2.1б**). Тільки за 2006 рік від СНІДу померло 2,9 млн чоловік, серед яких кожна п'ята особа — це дитина (**рис. 2.1в**).

У порівнянні з 2004 роком оціночна кількість людей, що живуть з ВІЛ, значно зросла, при цьому найбільше — в країнах Східної Азії, Східної Європи та Центральної Азії. Так, в країнах Східної Європи та Центральної Азії нова кількість ВІЛ-інфікованих збільшилась на 70% за рахунок поширення епідемії в Росії та Україні. В країнах Східної та Південно-Східної Азії вона збільшилась на 15%, на Ближньому Сході та Північній Африці — на 12%. У Латинській Америці, Карибському регіоні та Північній Америці кількість нових випадків залишилась на рівні 2004 року.

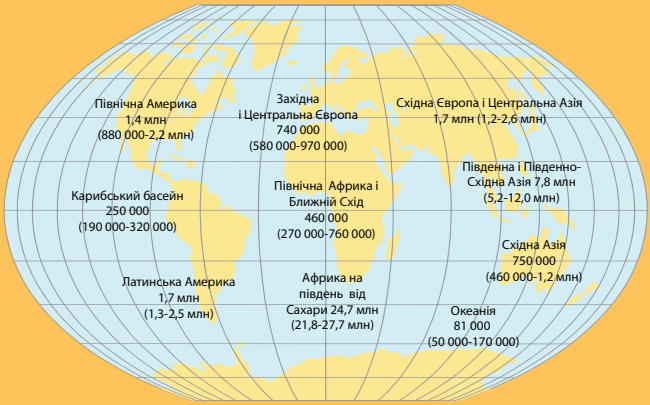
Проте найбільшого поширення СНІД набув в країнах Африки, особливо на південь від пустелі Сахара. Саме на цей регіон припадає майже 63% всіх людей, що живуть з ВІЛ у світі, і 59% складають ВІЛ-інфіковані жінки. За статистичними даними на Африку припадає три чверті всіх летальних випадків від СНІДу у світі. Разом з цим, ВААРТ надала можливість з 2002 року збільшити тривалість життя ЛЖВ приблизно на 834 000 додаткових років.

Епідемії ВІЛ-інфекції в країнах Східної Європи та Центральної Азії до сих пір відносно «молоді» і продовжують зростати особливо тривожними темпами в Україні, де спостерігаються найвищі темпи розповсюдження ВІЛ у Європі.

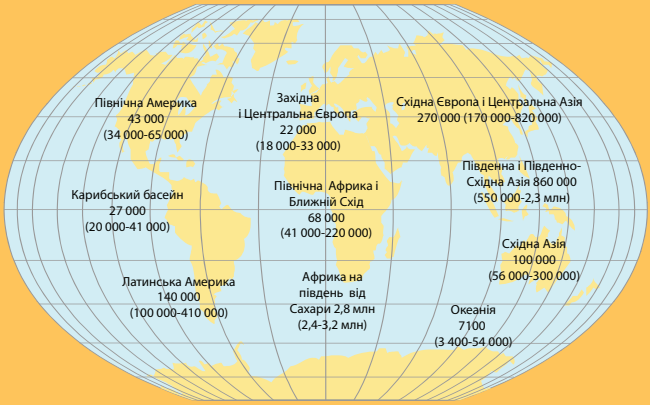
В червні 2004 року ЮНЕЙДС та ВООЗ озвучили новий варіант політики в галузі тестування і консультування з питань ВІЛ-інфекції, підкресливши в ньому величезне значення знання людиною свого ВІЛ-статусу для розширеного доступу до профілактики, лікування та догляду. В цьому документі наведені дві найважливіші моделі, що мають суттєво поліпшити ситуацію із встановленням ВІЛ-статусу людини та розширити доступ до профілактики, лікування та догляду. Перша модель — це ДКТ, а друга — ВІЛ-тестування і консультування, що здійснюється за ініціативою медичних працівників (Руководство по тестированию и консультированию в отношении ВИЧ в медицинских учереждениях по инициативе провайдеров медицинских услуг, ВОЗ/ЮНЕЙДС, 2007). Можливо, завдяки впровадженню цих двох моделей, поряд із іншими зусиллями, вдасться призупинити поширення ВІЛ-інфекції, знизити темпи зростання числа нових випадків інфікування ВІЛ.

Рис. 2.1. Глобальний підсумок поширення ВІЛ/СНІД по регіонах світу на кінець 2006 р.

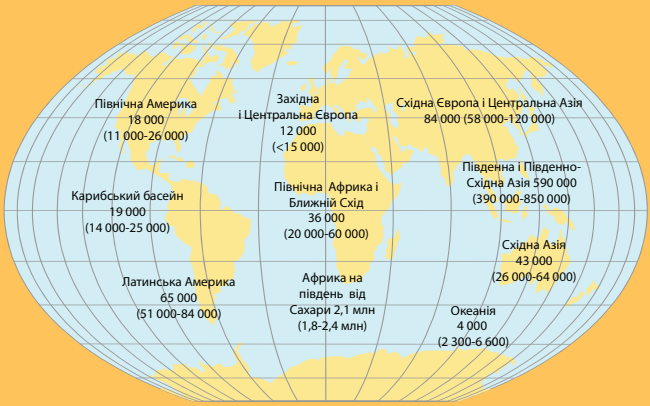
Кількість дорослих і дітей, що живуть з ВІЛ, 2006 р.
Всього: 39,5 (34,1-47,1) млн.



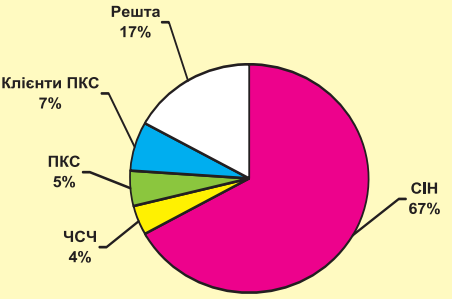
Кількість дорослих і дітей, інфікованих ВІЛ, 2006 р.
Всього: 4,3 (3,6-6,6) млн



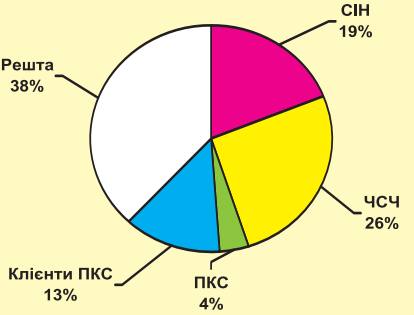
Кількість летальних випадків від СНІДу серед дорослих і дітей, 2006 р.
Всього: 2,9 (2,5-3,5) млн



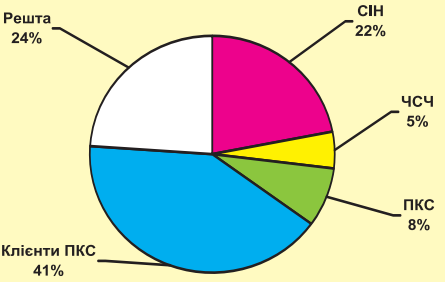
Східна Європа і Центральна Азія



Латинська Америка



Південна і Південно-Східна Азія*



* Індія не була включена до даного аналізу, оскільки масштаби епідемії ВІЛ (в основному, гетеросексуальної) в країні не дозволяють побачити, якою мірою інші групи населення, які підлягають ризику, впливають на розвиток епідемії в регіоні

2.3. Шляхи передачі та уразливі до ВІЛ контингенти населення

Джерелом ВІЛ-інфекції є ВІЛ-інфікована людина з клінічними проявами та без клінічних ознак інфекції. В організмі такої людини ВІЛ виявляється в усіх без винятку біологічних рідинах (кров, сеча, піт, сім'я, слиз піхви, слина, слізна рідина, грудне молоко тощо). Найбільші концентрації вірусу визначаються у крові, сімені, виділеннях піхви та у грудному молоці (саме у такій послідовності), що має велике епідеміологічне значення при розповсюдженні ВІЛ-інфекції. В інших біологічних рідинах концентрація вірусу незначна, і за умови дотримання санітарно-гігієнічних вимог під час побутового спілкування вдома, на роботі, в школі та інших закладах інфікування людей не відбувається.

Доведено, що **передача ВІЛ від однієї людини до іншої здійснюється:**

- статевим шляхом, у тому числі під час анального, вагінального та орального сексу;
- парентерально (ін'єкційно), з препаратами крові та через заражені кров'ю шприці та інші медичні інструменти;
- перинатальним шляхом від матері до дитини (під час вагітності, під час пологів, при годуванні материнським грудним молоком).

В усьому світі домінує статевий або сексуальний шлях передачі ВІЛ. Проте домінування того чи іншого шляху передачі інфекції може бути різним в різних регіонах світу і залежить, для кожної окремої країни, від соціальних, культурних, етнічних умов та укладу життя (**рис. 2.2**).

Враховуючи шляхи передачі, можна виділити уразливі до ВІЛ-інфікування контингенти населення: в залежності від їх поведінки (СІН, ЧСЧ, ПКС), а також люди, що легко йдуть на статеві зв'язки з незнайомими партнерами; діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями; реципієнти крові та продуктів крові, які містять ВІЛ.

Вірогідність інфікування ВІЛ залежить від дози вірусу. Інфікуючою дозою для ВІЛ є 0,01 мл крові. Важливо пам'ятати, що навіть великі концентрації вірусу не завжди призводять до зараження людини. Здорові, не ушкоджені шкіряні покрови та слизові оболонки є непроникними для ВІЛ. Проте будь-які рани, пошкодження, мацерації можуть стати відкритими «воротами» для проникнення ВІЛ до кровотоку і, відповідно, до чутливої клітини.

В кожному випадку є певна вірогідність передачі вірусу. За розрахунками вчених, вірогідність передачі ВІЛ при одноразовому сексуальному контакті складає 0,1% для незахищеного вагінального статевого акту і 1,0% для незахищеного анального статевого акту (**рис. 2.3**).

Сьогодні у світі спостерігається «фемінізація» епідемії ВІЛ-інфекції. Так, за період з 1998 до 2006 рр. питома вага жінок серед ВІЛ-інфікованих дорослих людей збільшилась, за оціночними даними, з 42 до 48%. Найбільший ризик інфікування ВІЛ спостерігається серед молодих жінок у віці 15–24 років.

Рис. 2.2. Співвідношення рівнів інфікування ВІЛ окремих груп населення по регіонах світу, 2006 р. (ВОЗ/ЮНЕЙДС, «Развитие эпидемии СПИДа, декабрь, 2006»)

- Внутрішньовенне введення наркотиків — майже 30%
- Незахищений вагінальний статевий акт — 0,1%
- Незахищений анальний статевий акт — 1,0%
- Переливання крові та її продуктів — 90%
- Від матері до дитини — від 30 до 45 %
- При отриманні медичної допомоги з ушкодженням шкіри та слизових оболонок — майже 0,3%

Рис. 2.3. Вірогідність передачі ВІЛ («Консультирование, связанное с ВИЧ/СПИД», Грузия, 2005)

Наслідком активного втягнення в епідемічний процес жінок у світі стало збільшення кількості дітей, які народжені ВІЛ-позитивними матерями. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини в різних регіонах світу коливається від 30 до 45% при відсутності будь-яких профілактичних заходів (під час вагітності — 5–10%, під час пологів — 10–20%, при годуванні грудьми — 10–20%). В країнах, де здійснюється певна профілактична програма, частота передачі ВІЛ зменшується до 10–5%, а в окремих випадках — до 2% і менше. І навпаки, в окремих країнах Африканського континенту цей показник сягає 50%, що залежить від багатьох медико-біологічних і соціальних чинників.

Дослідники впевнені, що, в основному, передача ВІЛ від матері до дитини здійснюється під час пологів. Годування грудьми подвоює ризик інфікування і частоту передачі ВІЛ новонародженій дитині. В молоці ВІЛ-інфікованої матері міститься величезна кількість вірусу та клітин, в яких продовжується репродукція вірусу. Тому вірус може потрапити до дитини через мікротравми та тріщинки в слизовій оболонці ротової порожнини дитини.

ВІЛ не передається: - повітряно-крапельним шляхом;
- фекально-оральним шляхом;
- трансмісивним (через комах-кровососів та ектопаразитів);
- при побутових контактах (обійми, потиск рук, користування спільними побутовими речами тощо).

ВІЛ-інфекція не має характерної періодичності та сезонності.

Як уже зазначалося вище, шляхи передачі ВІЛ та уразливі контингенти, звичайно, впливають на вікову і статеву структуру захворюваності. «Улюбленою» мішенню для ВІЛ є молодь та підлітки. Однак в країнах, де спостерігається концентрована стадія епідемії, ВІЛ, в основному, передається серед СІН, ЧСЧ та їх статевих партнерів.

2.4. Характеристика та етапи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні розвивається вже впродовж двадцяти років.

Початкова стадія епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, за даними Українського Центру профілактики і боротьби зі СНІДом, починається з 1987 року, коли були зареєстровані перші випадки ВІЛ-інфекції. До кінця року було виявлено 6 громадян УРСР та 75 іноземних громадян, які потім були депортовані з країни у відповідності до чинного законодавства, що діяло на той час. До 1994 року поширення ВІЛ-інфекції в Україні можна було характеризувати як повільне за темпами (близько 40 випадків на рік), з домінуючим гетеросексульним шляхом передачі, з практично рівним співвідношенням ВІЛ-інфікованих жінок і ВІЛ-інфікованих чоловіків. Всього за період з 1987 по 1994 рр. було зареєстровано 183 ВІЛ-інфікованих громадян України. Наприкінці 1994 року були зареєстровані два випадки ВІЛ-інфекції у братів, що проживали в м. Миколаєві і споживали наркотичні засоби ін'єкційно. Один з них з високою вірогідністю був інфікований ВІЛ у Польщі, де перебував деякий час і де рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед СІН вже був досить значний.

З 1995 року Україна вступила в стадію концентрованої епідемії ВІЛ-інфекції. На початку 1995 року були зареєстровані перші випадки ВІЛ-інфекції серед СІН в м. Одесі. На кінець 1995 року було зареєстровано ще майже 1000 ВІЛ-інфікованих СІН в Миколаївський та Одеський областях, і до 1997 року не залишилось жодної області в Україні, де б не були зареєстровані випадки інфікування ВІЛ серед СІН. У відповідності до офіційної статистики в 1997 році було зареєстровано 8 934 ВІЛ-інфікованих. Таким чином, різке погіршення епідемічної ситуації в Україні з 1995 р. було пов'язано з ростом числа ВІЛ-інфікованих СІН. Важливо уточнити, що серед ВІЛ-інфікованих СІН майже чверть припадала на жінок репродуктивного віку. У 1997 р., коли було зареєстровано максимальне число ВІЛ-інфікованих СІН за весь період розвитку епідемії, питома вага жінок репродуктивного віку серед них досягла найбільшого значення — 85,2%.

З 1998 року кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції трохи зменшилась і становила 8 590 осіб, в 1999 році — 5 830, а з 2000 р. почала знову зростати і в цьому році становила 6 216, в 2001 р. — 7 009 осіб (**рис. 2.4**).

Проте той факт, що в ці роки кількість ВІЛ-інфікованих, які були офіційно зареєстровані, дещо зменшилась, ні в якому разі не свідчив про покращення епідемічної ситуації, хоча фактично число ВІЛ-інфікованих СІН зменшилось на 23% у порівнянні з 1997 роком. Аналіз показав, що таке зменшення було обумовлено дією Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» в новій редакції (1998 р.), де вперше декларувався принцип добровільності тестування на ВІЛ, а також зменшенням кількості діагностичних досліджень, в тому числі і кількості тестувань серед такої групи населення, як СІН.

Динаміка реєстрації випадків СНІДу в Україні та випадків смерті від СНІДу за наростаючим підсумком наведені на **рис. 2.5, 2.6**.

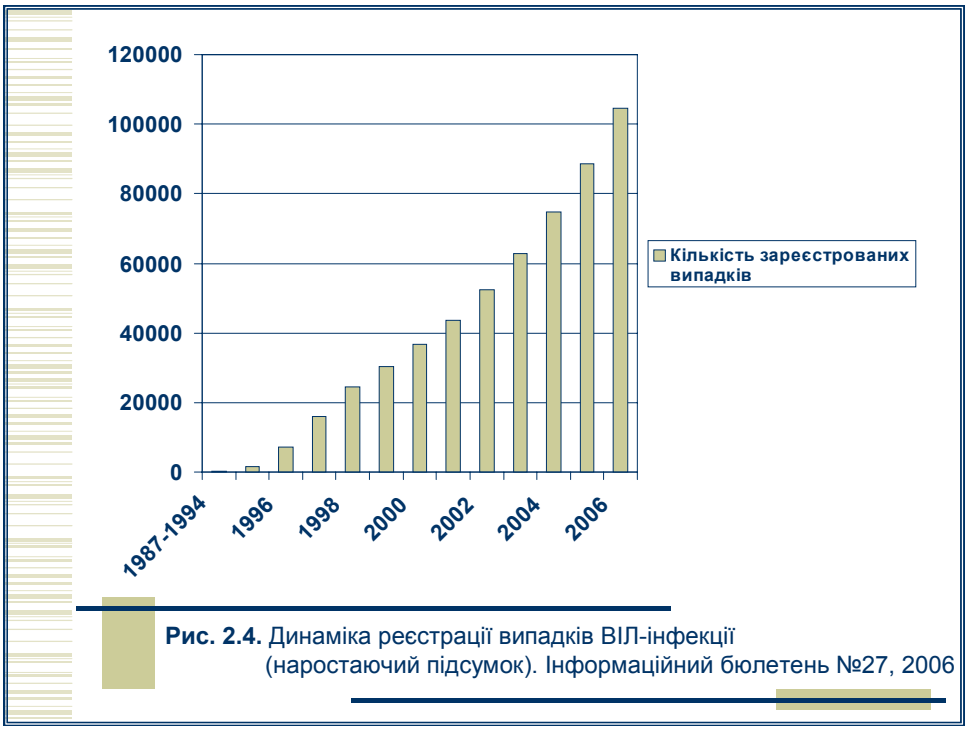


Рис. 2.4. Динаміка реєстрації випадків ВІЛ-інфекції (наростаючий підсумок). Інформаційний бюлетень №27, 2006

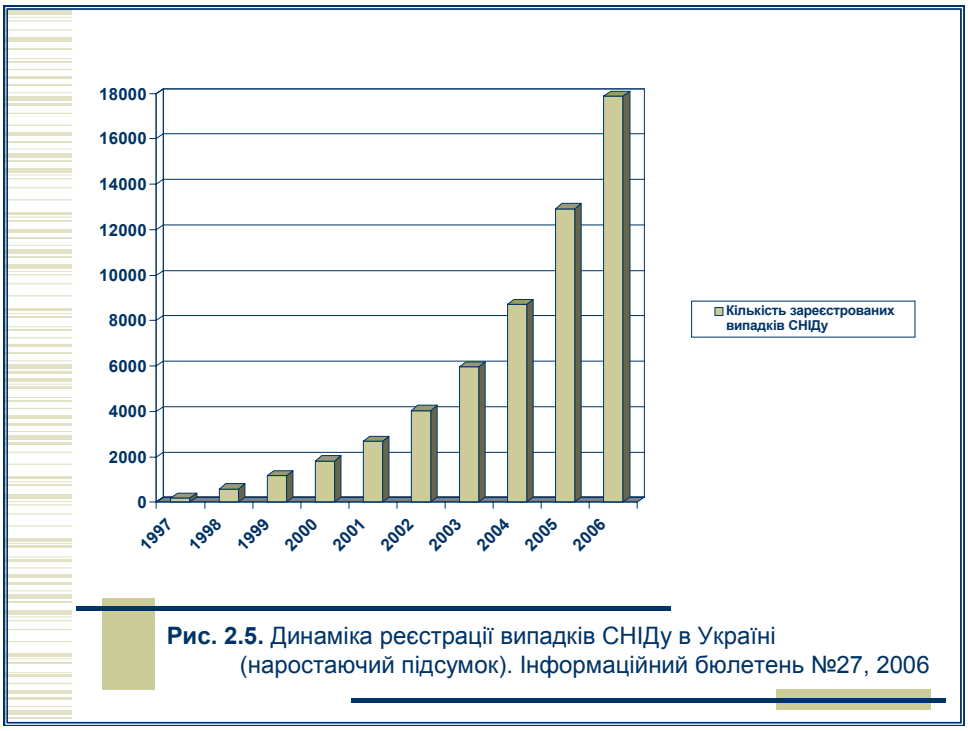


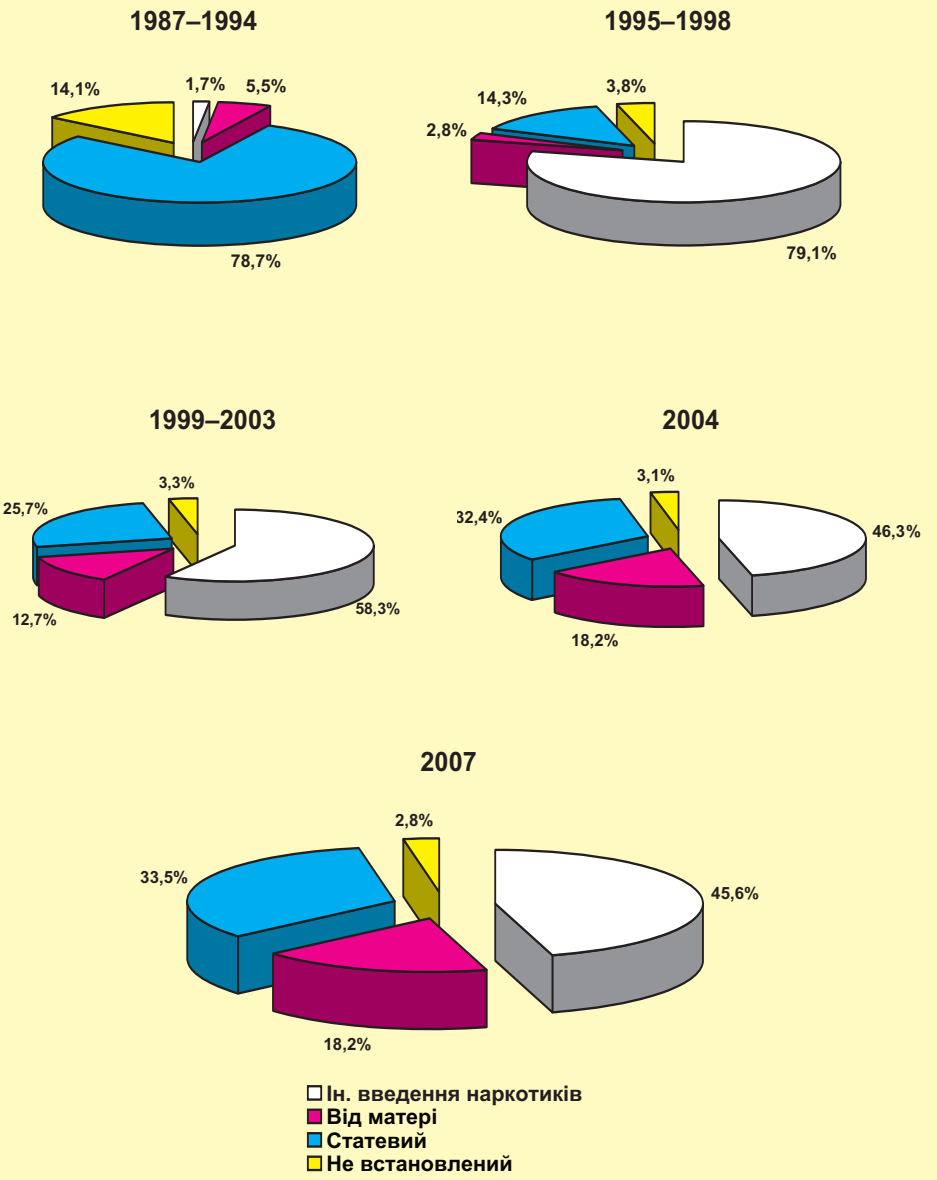
Рис. 2.5. Динаміка реєстрації випадків СНІДу в Україні (наростаючий підсумок). Інформаційний бюлетень №27, 2006

Найбільшу поширеність ВІЛ-інфекції в цей період було зареєстровано в Південно-Східному регіоні України (**рис. 2.7**). Найнижча інтенсивність поширеності на ВІЛ-інфекцію була зареєстрована в Західному регіоні країни та в Сумській області та Західній Україні.

Рис. 2.7. Поширеність ВІЛ-інфекції по регіонах України (за даними офіційної реєстрації) [на 100 тисяч населення]

2.7

Луцьк
Рівне
Житомир
Чернігів
Суми
Київ
Львів
Хмель-
ницький
Терно-
піль
Полтава
Харків
Луганськ
Черкаси
Ів.-Фран.
Ужгород
Вінниця
Чернівці
Кіровоград
Дніпропетровськ
Донецьк
Миколаїв
Запоріжжя
Одеса
Херсон
АР Крим
Показник більше 90
Показник від 41 до 90
Показник до 40


1987–1994
14,1%
1,7%
5,5%
78,7%
1995–1998
14,3%
3,8%
2,8%
79,1%
1999–2003
3,3%
25,7%
12,7%
58,3%
2004
3,1%
32,4%
46,3%
18,2%
2007
2,8%
33,5%
45,6%
18,2%
Ін. введення наркотиків
Від матері
Статевий
Не встановлений

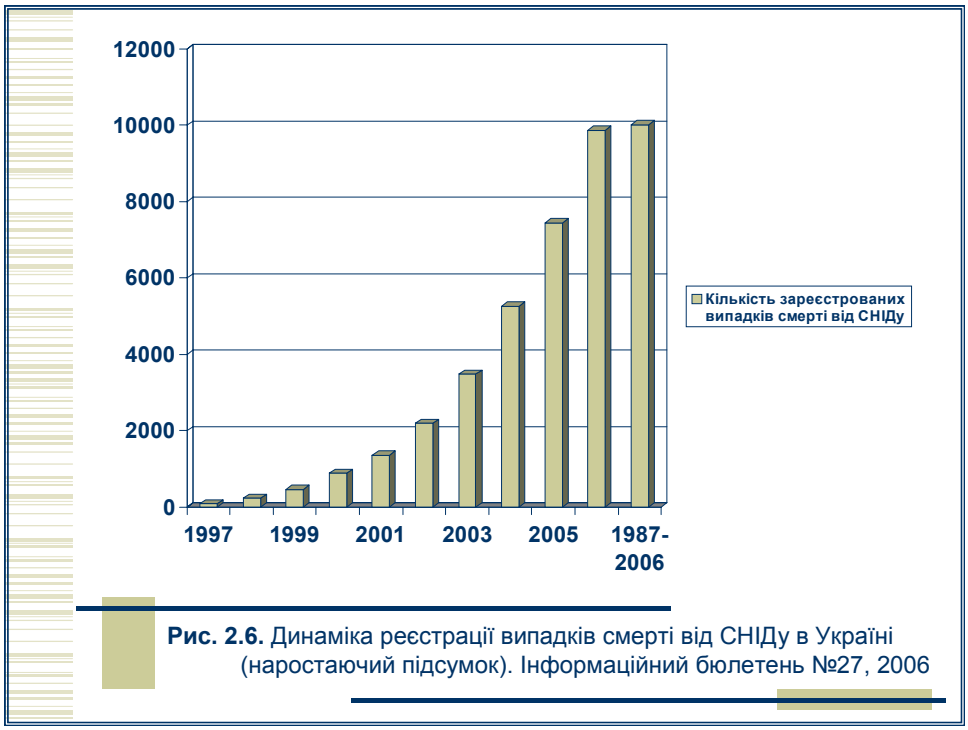


Рис. 2.6. Динаміка реєстрації випадків смерті від СНІДу в Україні (наростаючий підсумок). Інформаційний бюлетень №27, 2006

Епідеміологічний аналіз шляхів передачі ВІЛ також показав, що в Україні з 1995 року відбулася зміна домінуючих шляхів передачі інфекції — від статевого (гетеросексуального), що домінував в перші сім років епідемії (80–90%), до парентерального, при введенні наркотичних речовин ін'єкційно в період 1995–2000 рр., та знову статевого з 2001 до 2007 рр. (**рис. 2.8**).

Таким чином, поступово поодинокі випадки хвороби серед українських громадян переросли в повномасштабну епідемію ВІЛ-інфекції в Україні, що вже пройшла початкову і концентровану стадії і вступила до третьої стадії — генералізованої епідемії.

Так, все частіше фахівці вказують на зростання темпів росту кількості ВІЛ-інфікованих громадян України, на те, що Україна за цим показником посіла провідне місце серед країн Східної Європи (за даними фахівців, кількість ВІЛ-інфікованих у Східно-Європейському регіоні становить понад 1 млн людей). За статистичними даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, на початок 2007 року в Україні офіційно було зареєстровано понад 104,6 тис. ВІЛ-позитивних осіб. За розрахунковими даними ВООЗ та ЮНЕЙДС, на кінець 2006 року в Україні проживало понад 377 тис. ВІЛ-позитивних громадян, що становило 1,46% дорослого населення України. Аналіз статистичних даних за 2000–2006 роки засвідчив зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію більше ніж у 2 рази, зростання кількості хворих на СНІД — майже у 7 разів, померлих від СНІДу — у 5 разів.

Рис. 2.8. Шляхи передачі ВІЛ (у % до загальної кількості випадків) на етапах розвитку епідемії в Україні

Найбільш ураженими ВІЛ-інфекцією стали мешканці південних та східних регіонів України. Саме в цих регіонах поширеність ВІЛ у 3–4 рази перевищує середній показник по країні. Це Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одесь\ка області, АР Крим та м. Київ.

На третьому етапі розвитку епідемії ВІЛ поширюється в Україні за рахунок поєднання двох дуже активних шляхів передачі інфекції: парентерального та статевого. Результати епідеміологічних досліджень щодо ролі СІН на сучасному етапі розвитку епідемії свідчать про те, що майже в 70% випадків саме вони стали джерелом інфекції для своїх статевих партнерів і продовжують залишатись рушійною силою епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Найбільша кількість ВІЛ-інфікованих належить до вікової групи 20–39 років.

Зросла кількість ВІЛ-інфікованих серед потенційних донорів крові: з 800 ВІЛ-позитивних осіб у 1998 році до 1067 — у 2006 році. За період з 2001 до 2006 року було офіційно зареєстровано 15 випадків переливання крові або її компонентів від донорів, які на момент здавання крові знаходились на стадії так званого «серологічного вікна».

Головною причиною смерті понад 50% хворих на СНІД на третьому етапі розвитку епідемії став туберкульоз, що вказує на нову для України проблему — СНІД-асоційованого туберкульозу. Серед інших опортуністичних інфекцій, що найчастіше розвиваються у хворих на СНІД в Україні — герпесвірусні інфекції, парентеральні вірусні гепатити В і С, кандидози, пневмоцистна пневмонія, деменція, пухлини.

2.5. Національна стратегія зниження рівня розповсюдження ВІЛ-інфекції в Україні

Виходячи із сучасного розуміння проблеми СНІДу в глобальному масштабі, визначальним для будь-якої країни світу має бути не медико-біологічний, а політико-соціальний аспект проблеми.

Упродовж всіх років незалежності Україна докладала багато зусиль для подолання епідемії ВІЛ/СНІДу, демонструючи політичну волю до активних дій, консолідацію зусиль державних, міжнародних і неурядових організацій, людей, що живуть із ВІЛ/СНІДом. Україна підписала Декларацію про відданість справі боротьби зі СНІДом, прийняту Генеральною Асамблеєю ООН у 2001 році, визначила шляхи виконання її рішень. Досвід багатьох країн світу та власний національний досвід свідчать про те, що ми вже маємо інструменти для подолання загрози. Насамперед, це профілактичні програми, спрямовані на зміну ризикованої поведінки молоді та осіб з уразливих груп. Доведена їхня економічна ефективність: наприклад, вартість запобігання одному випадку інфікування ВІЛ серед СІН становить приблизно 1030 грн, вартість лікування одного хворого на ВІЛ-інфекцію — 7 900 грн (у разі мінімальної закупівельної ціни препаратів на річний курс лікування).

Основні положення подолання епідемії ВІЛ/СНІДу та її наслідків базуються

на державній політиці боротьби зі СНІДом в Україні, законодавчих та нормативних актах. Вони закладені у Концепцію стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2011 року, і Національну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги й лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 рр., які затверджені Постановою Кабінету Міністрів України №264 від 04.03.2004 року.

Для наочності нижче наводимо посилання на основні дати та події, що пов'язані з боротьбою зі СНІДом в Україні та Національною стратегією зниження рівня розповсюдження ВІЛ-інфекції в Україні.

1987 — Реєстрація перших випадків ВІЛ-інфекції в Україні.

1989 — Створення Республіканського центру профілактики СНІДу та першої нормативної бази (інструкцій).

1990 — Створення урядових органів (структур) з боротьби зі СНІДом.

1991 — У перший рік незалежності прийнято Закон «Про запобігання захворювання на СНІД та соціальний захист населення», який визнав, що розповсюдження СНІДу створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці, що боротьба із СНІДом є одним із пріоритетних завдань держави, що держава гарантує доступність, якість, ефективність медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, забезпечення засобами профілактики, соціальний захист ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД, у тому числі щомісячну державну допомогу дітям, інфікованим ВІЛ.

1992 — Затверджено Національну програму на 1992–1994 рр. Створено Національний комітет боротьби із захворюванням на СНІД при Президенті України. Прийнято поправку до Кримінального Кодексу про скасування кримінальної відповідальності за гомосексуалізм.

1993 — Розвиток вітчизняного виробництва одноразового інструментарію та латексних виробів.

1995 — Затверджено Національну програму профілактики СНІДу на 1995–1997 рр. Розпочато наукові розробки зі створення вітчизняних антивірусних препаратів.

1996 — Розпочато реалізацію перших профілактичних програм «Зниження шкоди» для СІН.

1998 — Прийнято нову редакцію Закону про СНІД, в якій декларується усвідомлена добровільність тестування на ВІЛ.

1999 — Затверджено Програму профілактики СНІДу та наркоманії на 1999–2000 рр. Затверджено розробки методології дозорного епідеміологічного нагляду.

2000 — Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу». Стратегічне планування національних заходів протидії епідемії. Програма вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини. Керівництво з «Дозорного епіднагляду». Централізована закупівля АРТ-препаратів.

2001 — Затверджено Програму профілактики ВІЛ-інфекції, СНІДу на 2001–2003 рр. Створено Урядову комісію з питань боротьби зі СНІДом. Україна ініціювала скликання XXVI Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу у Нью-Йорку 25–27 червня. Указ Президента про оголошення в Україні 2002 року Роком боротьби зі СНІДом. Участь України в організації Глобального Фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Утворення Українського фонду боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Створення Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

2002 — Україна увійшла до складу Правління Глобального Фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Підписано «Меморандум про розуміння» за Програмою прискорення доступу до АТР, досягнуто домовленості про зниження закупівельних цін на 75–85%. Правління Глобального Фонду прийняло рішення про надання Україні гранта (фінансової допомоги) на розширення медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, їх підтримку та догляд. Створено механізми реалізації засобів Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією через Урядову комісію з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом та Український фонд боротьби з ВІЛ-інфекцією та СНІДом. Участь Генерального Секретаря ООН Кофі Аннана у роботі Урядової комісії з питань боротьби зі СНІДом та розширеної колегії МОЗ України.

2004 — Реалізація розроблених ЮНЕЙДС та ВООЗ триєдиних принципів подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, стратегії Універсального доступу до лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Перший звіт України з виконання рішень Декларації ГА ООН. Початок виконання П'ятої Національної програми профілактики СНІДу. Реалізація гранту Глобального фонду «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні» (92 млн дол. США) через МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні». Впровадження широкомасштабної антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

2005 — Указ Президента України від 30 листопаду 2005 року, виділення додаткового фінансування (в сумі 17 млн грн) на забезпечення виконання заходів Національної програми. Утворення урядового дорадчого органу при Кабінеті Міністрів України — Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД та відповідних регіональних рад.

2006 — Участь України в організації і роботі Першої міжнародної конференції з питань ВІЛ/СНІДу країн Східної Європи і Центральної Азії 21–23 травня в м. Москва. Перший досвід впровадження замісної терапії із застосуванням

бупренорфіну в пілотних областях України. Впровадження сучасних методів лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу: визначення кількості CD4-лімфоцитів, вірусного навантаження у хворих на ВІЛ-інфекцію, ДНК-діагностики у дітей молодшого віку, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. Підготовка другого звіту України з виконання рішень Декларації ГА ООН. Подяка за його представлення від виконавчого директора ЮНЕЙДС П.Піота. Опрацювання змін до П'ятої Національної програми, що обґрунтовано критичним станом захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

2.6. Профілактика інфікування ВІЛ

Профілактичний напрямок є пріоритетним у боротьбі з ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Загальновідомо, що легше та перспективніше попередити інфікування, ніж потім лікувати. Традиційно профілактика інфікування ВІЛ проводиться на трьох рівнях. Мова йде про первинну, вторинну та третинну профілактику.

Первинна профілактика ВІЛ-інфекції може здійснюватись шляхом впливу на поведінку людини (людей) з метою зменшення шкоди або ризику зараження вірусом, а також шляхом розробки та впровадження засобів специфічної профілактики ВІЛ — вакцин проти ВІЛ/СНІДу.

Вторинна профілактика спрямована на виявлення ВІЛ-інфікованих, їх післятестове консультування, в тому числі з метою зміни способу життя та поведінки, консультування з питань планування сім'ї тощо.

Третинна профілактика спрямована на попередження розвитку клінічних ознак ВІЛ-інфекції, попередження розвитку опортуністичних інфекцій та інвазій, поліпшення якості життя, догляд, соціальну підтримку тощо. Прикладом такої профілактики може бути вакцинація проти опортуністичних збудників інфекцій, вакцинація проти грипу, консультування з питань раціонального харчування, догляд, лікування та підтримка людей при ВІЛ-інфекції. Доречно нагадати, що вакцини для застосування у ВІЛ-інфікованих не повинні бути живими. Можна застосовувати тільки інактивовані, субодиничні або розщеплені типи вакцин.

Розглянемо деякі підходи до профілактики ВІЛ-інфекції при статевих контактах, при споживанні наркотичних речовин ін'єкційно та постконтактну профілактику ВІЛ.

Один з методів профілактики, який відомий під назвою «зменшення шкоди», принципово базується на тому, що ризики передачі ВІЛ можна виявити і застосувати певні методи захисту, які вже добре себе зарекомендували. Наприклад: використання презервативів, скринінг донорської крові, теплова обробка фактору крові VIII, відмова від вигодовування дитини грудьми, застосування загальновідомих заходів попередження інфікування ВІЛ в медичних установах при виконанні інвазивних процедур тощо. Тобто теорія «зменшення шкоди» зводиться до того, щоб захистити здоров'я, виявити чинники ризикованої поведінки і повністю їх усунути.

Такими чинниками ризику інфікування ВІЛ є незахищені статеві контакти, сексуальні стосунки з багатьма партнерами, особливо з партнерами, чий ВІЛ-

статус невідомий, наявність у сексуального партнера інфекцій, що передаються статевим шляхом. Ризик інфікування ВІЛ існує при переливанні крові та продуктів крові, при виконанні інвазивних процедур, при трансплантації органів та тканин, при роботі з біологічними матеріалами та рідинами. Ризикованими слід вважати ін'єкції наркотичних засобів, застосування і спільне використання декількома особами шприців та голок для введення наркотичних засобів або психостимуляторів. Безумовно ризикованим можна вважати незнання свого ВІЛ-статусу при плануванні сім'ї та вагітності.

Виходить, що відповідно до теорії «зменшення шкоди» найкращий спосіб її зменшити — це її зовсім усунути. Наприклад, відмова від будь-яких статевих стосунків — це кращий спосіб уникнути інфікування ВІЛ статевим шляхом. Проте часом такий підхід видається нереальним, або навіть шкідливим. Більш доцільним може бути підхід, при якому людина знає про ризики і використовує способи їх зменшення. Тобто не треба зовсім відмовлятися від сексуальних стосунків, достатньо використовувати при сексуальних контактах чоловічий презерватив чи інші засоби індивідуального захисту. Використовувати презервативи слід при будь-якому статевому контакті як гомосексуальному, так і гетеросексуальному. Презервативи слід застосовувати при кожному статевому контакті! Різні сексуальні контакти відповідно мають і різні ризики.

Найвищі ризики інфікування ВІЛ встановлені для рецептивного анального сексу без застосування презервативів (від англ. receptive — прийом, отримання), для рецептивного вагінального сексу без презервативу, інсертивного анального сексу без презерватива (від англ. insert — вставляти, вкладати), інсертивного вагінального сексу без презерватива з партнером, який має ВІЛ-позитивний статус.

Важливо особливо підкреслити, що знання свого ВІЛ-статусу та ВІЛ-статусу свого сексуального партнера дійсно зменшує ризик інфікування ВІЛ при статевих стосунках. Секс з ВІЛ-негативним партнером теоретично більш безпечний, хоча навіть негативний результат тестування на 100% не виключає вірогідності інфікування ВІЛ (згадайте про існування «серологічного вікна»).

Радикальний підхід до попередження інфікування ВІЛ при вживанні наркотиків — це подолання наркоманії як явища. В деяких країнах світу вживання наркотичних засобів суворо заборонено законами. Проте це зовсім не означає, що в цих країнах немає СІН чи ВІЛ-інфікованих СІН. Модель «зменшення шкоди» від вживання наркотиків говорить про те, що профілактика ВІЛ/СНІДу більш важлива, ніж викоренення наркоманії. Радикальний підхід до вилучення наркоманії із життя суспільства часто-густо призводить до заганяння проблеми у тінь, де ні закон, ні спеціальні служби вже не здатні допомогти знизити ризики інфікування ВІЛ.

Оптимальним видається в цьому випадку шлях, на якому поряд з організованою боротьбою із розповсюдженням наркотиків відкривається доступ до лікування СІН та організації різного роду замісної терапії на основі препаратів, що впливають на рецептори опіатної системи мозку. Так, наприклад, у США вже понад 20 років замісною терапією на основі метадону, з метою припинення його вживання та зменшення використання спільних шприців, забезпечуються залежні від героїну особи. У Британії, Греції та багатьох інших країнах Європи, в межах

профілактичних програм «зменшення шкоди», ін'єкційні опіатні наркотики замінюють на метадон, що вводиться перорально. Ефективність таких профілактичних програм доведена результатами 20-річного досвіду та полягає в тому, що люди, залучені до них, поряд із замісною терапією можуть отримувати консультування з питань ВІЛ-тестування, медичну та психіатричну допомогу і, таким чином, зменшують використання ін'єкційного інструменту.

Консультування за принципом «рівний-рівному» дозволяє також ефективно зменшити ризики інфікування ВІЛ. Особистий приклад таких людей часто підштовхує або навіть певною мірою змушує СІН звернутися за допомогою та лікуванням. Робота на вулиці серед СІН — це не тільки можливість поділитися власним досвідом, розповісти про шляхи інфікування ВІЛ, засоби профілактики інфікування, але й роздача презервативів, дезінфекційних розчинів, змочених у спирті серветок. Консультування (індивідуальне чи групове), добровільне тестування на ВІЛ осіб, що належать до групи СІН, можуть значно поліпшити ситуацію серед цієї групи людей та знизити ризики інфікування ВІЛ.

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу запропонував нову форму профілактичної роботи серед уразливих груп та контингентів. Вона має назву «Оцінка із залученням до участі» і ґрунтується на трьох дуже важливих моментах:

- <u>акцент на участі</u> — замість анкетування пропонуються інтерактивні інструменти та методи, що дозволяють людям більш активно приймати участь в наданні та обговоренні інформації;
- <u>одночасний збір (сумісництво) інформації і проведення її аналізу</u> — залучення до участі у зборі інформації та до її обробки, на відміну від тих випадків, коли до аналізу залучаються тільки експерти;
- <u>оцінка як дія</u> — акцент на участі членів групи до оцінки ситуації та її аналізу. Можливість визначитися «Яка проблема?» та дати відповідь на питання «Що можна зробити для її вирішення?».

Реалізація такої профілактичної роботи в Україні виявила певні особливості епідемічної ситуації в країні та нові групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ, до яких було віднесено студентів під час екзаменаційної сесії (вживання наркотиків для зняття або зменшення стресу), військовослужбовців (вживання наркотиків для зменшення емоційного пресингу), музикантів і художників (вживають наркотичні засоби для підвищення тонусу та творчих ресурсів), співробітників міліції (мають широкий доступ до наркотиків, можуть інфікуватися ВІЛ при проколі шкіри та травмах при проведенні обшуків), підлітків із сільської місцевості, що приїжджають навчатися до великого міста (їх часто використовують в якості наркокур'єрів, а додатковий приробіток дає фінансову можливість спробувати наркотики), робітників, що виїжджають на підробітки (безладні статеві стосунки, споживання наркотиків, дешеві сексуальні послуги, вживання алкоголю).

В різних країнах світу існують різні підходи до вирішення питання щодо поширення ВІЛ-інфекції серед осіб, що відбувають покарання. В деяких країнах осуджених тестують на ВІЛ обов'язково без їхньої згоди, а в деяких країнах не

проводять тестування, проте вдаються до спеціальних профілактичних програм. Прикладами таких програм можуть бути «рівний-рівному», «підтримка здоров'я», «якщо любиш його, люби і себе» і таке інше. До 1997 року в Україні здійснювалась політика обов'язкового тестування на ВІЛ в державних установах виконання покарань для осіб, що відбувають покарання. В 1997 році пенітенціарна система в Україні відмовилась від обов'язкового тестування та ізоляції ВІЛ-інфікованих, а натомість проводить велику освітню і профілактичну роботу серед засуджених та персоналу таких закладів щодо принципів ДКТ, доступності презервативів, дезінфікуючих засобів, програм з навчання тощо.

В умовах стрімкого поширення ВІЛ-інфекції серед населення особливим стає питання профілактики ВІЛ-інфекції в лікувально-профілактичних закладах та її постконтактна хіміопрофілактика. В Україні це питання регламентується наказом МОЗ України за №120 від 25.05.2000 року, яким затверджено «Інструкцію з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією». Відповідно до Інструкції контроль за безпекою щодо інфікування ВІЛ медичного персоналу під час виконання ним професійних обов'язків покладається на режимну комісію лікувально-профілактичного закладу, склад якої обов'язково затверджується головним лікарем установи. Робочі місця медичних працівників забезпечуються аптечкою для термінової профілактики при аварійних ситуаціях, необхідним набором медичного інструментарію для одноразового використання, дезінфекційними засобами для проведення знезараження. Аптечкою укомплектовується кожний підрозділ. До її складу входять напальчники із розрахунку 1–2 на кожного працівника, лейкопластир (1 котушка), ножиці (1 шт.), перманганат калію у наважках по 0,05 (3 шт.), ємність для розведення перманганату калію з маркуванням на 1 л, спирт етиловий 70% (50 мл), тюбик-крапельниця з 30% розчином альбуциду (1–2 шт.), 5% розчин йоду, 3% розчин перекису водню та гумові або латексні рукавички (3 пари), наважки деззасобів по три штуки кожної (хлорамін 30 г, хлорцин 30 г), ємність для розведення деззасобів. Для зниження вірогідності професійного зараження медичний інструментарій, а також посуд, білизна, апарати та інше, забруднені кров'ю або іншими біологічними рідинами (за винятком сечі, слини, випорожнень, в яких концентрація вірусу незначна) та речі, забруднені слизом, відразу після використання підлягають дезінфекції згідно до вимог нормативної документації. Пропонується застосовувати режим знезаражування, аналогічний такому, який використовується для профілактики зараження вірусним гепатитом В.

Найвищий ризик інфікування ВІЛ для медичного працівника реалізується при контактах з кров'ю або її компонентами (плазмою, еритроцитарною, тромбоцитарною, лейкоцитарною масами, восьмим та дев'ятим факторами крові), із чоловічим сім'ям та вагінальним секретом.

Саме в цих біологічних рідинах міститься найбільше вірусу. Так, встановлено, що в 1 мл крові хворого на ВІЛ-інфекцію може бути від 100 до 1000 або навіть 10 000 інфікуючих доз вірусу.

Ризик інфікування медичних працівників залежить не тільки від інфікуючої дози збудника, але й від частоти і виду контакту з кров'ю, при цьому інфікування

може відбутися при уколах та порізах, при потраплянні біологічного матеріалу на незахищені слизові оболонки носа, очей, рота, на уражений шкіряний покрив (порізи, дерматит, екземи тощо). Проспективними дослідженнями серед медичних працівників було встановлено, що ризик інфікування при попаданні ВІЛ через шкіру становить 0,3% (0,2–0,5%), а при потраплянні на слизові оболонки — 0,09% (0,006–0,5%). Не дивлячись на низький ризик передачі, інфікування ВІЛ серед медичних працівників все-таки трапляється. У 2000 році CDC було зареєстровано 56 випадків сероконверсії у медичних працівників, пов'язаних з виконанням ними професійних обов'язків, а в 138 випадках ВІЛ-інфекції контакти з кров'ю розглядались як дуже вірогідна причина зараження (CDC, 2000). Крім того, гепатит С також віднесений до інфікційних захворювань, які передаються набагато легше через кров, ніж ВІЛ-інфекція. Тому усі медичні працівники, що працюють з кров'ю та її продуктами, повинні застосовувати універсальні запобіжні заходи, визначені міжнародними стандартами та нормативними актами Міністерства охорони здоров'я, з метою профілактики захворювання на гепатит С та ВІЛ-інфекцію.

Ризик внутрішньолікарняного інфікування пацієнта дуже часто пов'язаний з переливанням крові та її компонентів, з трансплантацією органів та тканин, із штучним заплідненням, застосуванням нестерильного інструментарію під час інвазивних маніпуляцій.

Медичні працівники зобов'язані бути обережними під час маніпуляцій з ріжучим та колючим інструментом (голками, скальпелями, ножицями тощо). Рекомендується також здійснювати маніпуляції в присутності іншого спеціаліста, який може у разі розриву гумової рукавички чи порізу продовжити її виконання; не терти руками слизові оболонки; у разі попадання крові або інших біологічних матеріалів пацієнта на халат чи одяг зняти і замочити їх в дезінфікуючому розчині; шкіру рук чи інших ділянок тіла при їх забрудненні через одяг протерти 70% розчином етилового спирту, а потім промити водою з милом і повторно протерти спиртом; забруднене взуття дворазово протерти ганчіркою, змоченою у дезінфекційному розчині.

Якщо відбувся контакт з кров'ю, біологічними рідинами чи біоматеріалами і він супроводжувався порушенням цілісності шкіри, то медичний персонал зобов'язаний знати послідовність дій, що регламентує Інструкція:

- зняти рукавички робочою поверхнею усередину;
- видавити кров із рани;
- ушкоджене місце обробити одним із дезінфектантів (70% розчином етилового спирту, 5% настоянкою йоду при порізах, 3% перекиснем водню);
- ретельно вимити руки з милом під проточною водою, а потім протерти їх 70% розчином етилового спирту;
- на рану накласти пластир, надягти напальчник;
- при потребі продовжувати роботу надягти нові гумові рукавички;
- терміново повідомити керівництво лікувально-профілактичного закладу про аварію для її реєстрації та проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції.

У разі забруднення кров'ю, біологічними рідинами чи біоматеріалами без ушкодження шкіри пропонується:

- обробити місце забруднення одним із дезінфектантів (70% розчином етилового спирту, 3% перекиснем водню, 3% розчином хлораміну);
- промити водою з милом і вдруге обробити спиртом.

У випадках потрапляння крові, біологічних рідин та біоматеріалів на слизові оболонки рекомендується:

- для ротової порожнини — прополоскати 70% розчином етилового спирту;
- для порожнини носа — обробити 30% розчином альбуциду;
- очі — промити водою та закапати 30% розчином альбуциду;
- для обробки носа та очей допускається їх обробка 0,05% розчином перманганату калію.

В усіх лікувально-профілактичних закладах ведеться форма 108–0 «Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом». Реєстрація аварій проводиться в установленому порядку за добровільною згодою потерпілого медичного працівника. Після реєстрації аварії медичному працівникові пропонують за його згодою пройти обстеження на наявність антитіл до ВІЛ. Уперше кров для тестування за кодом 115 (медичний контакт) відбирається безпосередньо після аварії, але не пізніше 5 днів після неї. Позитивний результат свідчить про те, що працівник був інфікований раніше і аварія не стала причиною зараження ВІЛ. Якщо результат негативний, то наступне тестування має проводитись через три, шість місяців і далі — через рік.

Якщо профаварія мала місце під час роботи з біоматеріалом, про який заздалегідь було відомо, що він містить ВІЛ, то потерпілому співробітнику на період нагляду за ним забороняється здавати кров (тканини, органи) і проводиться екстрена профілактика, тобто призначаються антиретровірусні препарати за згодою потерпілого. Це бажано зробити якнайшвидше, але не пізніше 36 годин після факту аварії. У разі виявлення у медичного працівника ВІЛ-інфекції на підставі форми облікової звітності №108–0 надалі визнання захворювання професійним здійснюється в Україні у порядку, встановленому чинним законодавством.

Розділ 3

ДКТ як ефективний інструмент профілактики ВІЛ-інфекції

3.1. Протокол ДКТ, зміст, загальні положення, мета 68

3.2. Основні принципи ДКТ 69

3.3. Нормативні акти України, пов'язані з організацією послуг ДКТ 73

3.4. Організація проведення ДКТ в Україні 79

3.1. Протокол ДКТ, зміст, загальні положення, мета

Останнім часом на глобальному рівні спостерігається чітка тенденція до підвищення рівня політичної волі, інтенсифікації діяльності та збільшення об'ємів матеріальних ресурсів, що виділяються на боротьбу з пандемією ВІЛ-інфекції. В червні 2004 року ЮНЕЙДС та ВООЗ оголосили новий варіант політики з питань тестування і консультування при ВІЛ-інфекції, підкресливши цим самим важливість знання людиною свого ВІЛ-статусу для розширення доступу до профілактики, лікування та підтримки при ВІЛ-інфекції. В цьому важливому документі чітко окреслені дві стратегії, реалізація яких може розширити доступ до ВІЛ-профілактики, лікування, піклування та підтримки — це добровільне консультування і тестування (ДКТ) та ВІЛ-тестування і консультування з ініціативи медичних працівників.

Знов же таки у 2006 року Генеральна Асамблея ООН підтримала курс на інтенсифікацію зусиль щодо профілактики і лікування ВІЛ-інфекції, а також щодо піклування та підтримки людей, які цього потребують.

Характеризуючи роль ДКТ для людини і суспільства, можна зазначити, що впровадження стратегії ДКТ підвищує рівень інформованості населення щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, знижує рівень стигматизації та дискримінації в суспільстві, формує безпечну поведінку, сприяє запобіганню передачі ВІЛ від матері до дитини, забезпечує прихильність до лікування та профілактики, запобігає поширенню ВІЛ серед населення в цілому і, особливо, серед уразливих груп та контингентів, тобто в цілому виступає як ефективний інструмент профілактики ВІЛ-інфекції.

В Україні стратегія ДКТ регламентується «Порядком добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», який розроблений відповідно до Закону України «Про запобігання захворювання на синдром набутого імунодефіциту людини (СНІД) та соціальний захист населення» та Постанови Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 року №264 «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу» на період до 2011 року та Національною програмою «Забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки».

Порядок добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію (далі «Протокол») поширюється на державні та комунальні медичні заклади, медичні заклади інших форм власності, об'єднання громадян (ОГ), у тому числі міжнародні, інші установи, організації і заклади, що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ. Очікується, що успішна співпраця вказаних вище установ та закладів у цьому напрямі забезпечить ефективне використання наявних в країні ресурсів для попередження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, розширення доступу до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію для різних груп населення у кожному адміністративному регіоні України.

До змісту «Протоколу» увійшли такі розділи: Наказ МОЗ України від 19.08.2005 №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», зареєстрований в Міністерстві юстиції 22.11.2005 р. за №1404/11684; загальні положення; мета та завдання ДКТ; принципи ДКТ; процедура консультування; організація перед-та післятестового консультування; супервізія, моніторинг та оцінка ДКТ.

«Протокол» доповнений додатками та деякими довідковими матеріалами.

Метою ДКТ є надання консультативної допомоги населенню стосовно шляхів передачі ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу людини, підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ-поведінки, отримання своєчасної медичної допомоги: обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок АРТ, профілактика передачі від матері до дитини, послуг з планування сім'ї та всебічної підтримки (в тому числі за принципом «рівний-рівному»).

ДКТ є ключовим компонентом програм профілактики та здійснення лікування і догляду за хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

ЗАВДАННЯ ДКТ

1. Зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих до ВІЛ груп населення шляхом роз'яснення механізмів та чинників передачі ВІЛ-інфекції, ризиків інфікування, заходів та засобів зменшення ризику інфікування ВІЛ, оцінки індивідуального ризику, формування у пацієнта власної оцінки ступеня особистого ризику інфікування ВІЛ, процедури тестування та значення результатів, надання всебічної підтримки, інформування про існуючі державні заклади охорони здоров'я та інші установи, організації, об'єднання громадян, що надають різні види допомоги особам, які їх потребують, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення стосовно проходження тестування на ВІЛ-інфекцію.

2. Інформування з правових питань, пов'язаних з проблемами ВІЛ-інфекції.

3. Сприяння підвищенню рівня здоров'я населення, в тому числі тривалості та покращенню якості життя людей, які живуть з ВІЛ.

3.2. Основні принципи ДКТ

Відповідно до Протоколу ДКТ, розробленому на рекомендаціях ВООЗ та ЮНЕЙДС, основними принципи ДКТ є:

- добровільність,
- конфіденційність,
- анонімність,
- доступність,

- відсутність дискримінації,
- достовірність та повнота інформації,
- професійна та технічна досконалість,
- мобілізація всіх ресурсів.

Це обов'язкові мінімальні вимоги до процедури консультування і тестування при ВІЛ-інфекції. Розглянемо кожний принцип окремо.

Принцип добровільності запроваджений в України з 1998 р. і визначений ст. 9 Закону «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення». Критерій принципу — отримання інформованої згоди пацієнта на тестування під час передтестового консультування. Тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено тільки після усвідомленої та добровільної згоди пацієнта. Це означає, що пацієнту надано зрозумілою для нього мовою у доступній формі достатньо інформації, щоб він зрозумів позитивні та негативні наслідки виявлення свого ВІЛ-статусу. Більше того, пацієнт має письмово підтвердити свою згоду на проходження тестування або відмовитися від нього. Пацієнт також може відкласти своє рішення щодо проходження тестування на певний час без будь-якого примусу. Тиск або примушення неприпустимі!

Добровільність також передбачає відсутність примусу щодо прийняття рішення стосовно зміни ризикованої поведінки особою, яка звернулась за послугами ДКТ.

Лише шляхом мотивації пацієнта про важливість знання свого ВІЛ-статусу можна досягти отримання інформованої згоди пацієнта. У разі визначення позитивного ВІЛ-статусу пацієнта цей принцип має вагоме значення для формування у пацієнта прихильності до заходів профілактики.

Конфіденційність — це принцип, згідно з яким особа, що звернулась за послугами ДКТ, надає особисту інформацію консультанту, який не повинен порушувати прав індивіда на таємницю приватного життя, розголошувати отриману інформацію.

Анонімність — принцип, згідно з яким особа не надає особисту інформацію і, таким чином, залишається невідомою (не може бути ідентифікованою).

Інформація, яка стала відома консультанту чи особі, що проводила тестування під час надання послуг ДКТ (факт звернення особи, зміст отриманих послуг, дані про особисте життя пацієнта, контактні реквізити, результати тесту тощо), є конфіденційними. Ця інформація може бути передана законним представникам неповнолітнього або недієздатного пацієнта, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання, суду тільки у випадках, передбачених законами України. Перед- та післятестове консультування, а також повідомлення про результат тесту, слід здійснювати з дотриманням конфіденційності. Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження ВІЛ або захворювання на СНІД та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність.

За бажанням пацієнта консультація та тестування можуть бути проведені анонімно, тобто без зазначення будь-яких даних, за якими може бути ідентифікована особа (паспортні дані, місце проживання тощо). У такому випадку ДКТ проводиться з використанням коду, який надається пацієнту для проходження консультування та тестування з отриманням його результатів.

Доступність та відсутність дискримінації: послуги ДКТ повинні бути доступні всім, хто цього потребує, без будь-якої дискримінації. В поняття доступності послуг ми включаємо як фізичну, так і економічну складову. Фізична доступність — це коли кожній особі подається інформація про ті заклади, які надають послуги ДКТ (адреси, номери телефонів, режим їх роботи). Для цього така інформація має бути в усіх закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності. Така інформація має бути і в загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих учбових закладах, підприємствах, організаціях і установах, розповсюджуватись засобами масової інформації. Економічна доступність означає безоплатність тестування для всіх пацієнтів. Широкому доступу до послуг ДКТ може сприяти залучення державних, комунальних установ, закладів та організацій, медичних закладів іншої форми власності, об'єднань громадян, що працюють з різними групами населення, в тому числі і з групами високого ризику інфікування ВІЛ (програми зменшення шкоди тощо).

Принцип відсутності дискримінації посідає одне з найвагоміших місць в організації послуг ДКТ, оскільки люди, що живуть з ВІЛ, підлягають найбільшій дискримінації в усьому світі, в т.ч. з боку медичного персоналу під час проведення медичного огляду на ВІЛ. Розглянемо, що таке стигма і дискримінація.

Стигма («ярлик», «клеймо») — упереджене, несприятливе судження про будь-кого, яке повністю змінює відношення до нього, або дія, спрямована проти будь-кого.

Дискримінація — це зумовлене певними упередженнями ставлення до людини, яке порушує її права. Дискримінаційний вчинок тягне за собою судову відповідальність.

Стигма і дискримінація існували задовго до появи ВІЛ-інфекції і були спрямовані проти людей, яких не розуміли, боялися, а їхні дії вважали неприйнятними або злочинними. Часто стигматизують та дискримінують людей, які мають фізичні або психічні вади, хворіють на туберкульоз, мають темний колір шкіри, є мігрантами, в'язнями, споживачами наркотиків, схожими на гомосексуалістів або осіб, що надають комерційні послуги сексу.

В Україні та інших країнах ВІЛ уразив багатьох споживачів ін'єкційних наркотиків, жінок та чоловіків, що надають комерційні послуги сексу. Це сприяло дискримінації ВІЛ-інфікованих осіб як таких, що віднесені суспільством до категорії аморального населення — «ізгоїв».

Внаслідок стигми та дискримінації людина не бажає звертатися за допомогою, оскільки попередній досвід міг бути принизливим або деморалізуючим. Нажаль, стигма та дискримінація, спрямовані проти людей, які живуть з ВІЛ, зустрічаються в усьому світі. Освіта та інформування з питань ВІЛ, а також відкриті заяви самих ЛЖВ поступово змінюють ситуацію, особливо у великих

містах. Однак стигма і дискримінація, помічена у закладах охорони здоров'я і спрямована проти СІН, ЧСЧ, ПКС, в'язнів та інших уразливих до ВІЛ верств населення, дуже часто призводять до того, що вони неохоче звертаються у медичні заклади по допомогу, оскільки бояться приниження і грубого ставлення.

Крім зовнішньої стигми, частина уразливих до ВІЛ контингентів мають свою власну «внутрішню» стигму, вони самі себе соромляться. Існування такої внутрішньої стигми необхідно визнати, оскільки вона нерідко призводить до небажання отримувати послуги з ДКТ. Крім того, у випадку отримання ВІЛ-позитивного результату тесту, внутрішня стигма може стати чинником, який стримує людину від отримання будь-яких послуг, у тому числі й від життєво важливого лікування.

Медичні працівники, які інфікуються ВІЛ (зазвичай шляхом незахищених статевих контактів), нерідко переживають внутрішню стигматизацію, оскільки вони є професіоналами і вважають, що з ними такого не повинно було статися. Вони бояться, що інші дізнаються про діагноз та їх буде звільнено з роботи. Підтримка «рівний-рівному» є досить ефективним методом зменшення внутрішньої стигми.

Достовірність та повнота інформації: кожному, хто має намір пройти тестування, необхідно запропонувати перед- та післятестове консультування, під час якого надати інформацію про мету та процедуру тестування, шляхи передачі, заходи та засоби профілактики ВІЛ-інфекції, можливі результати тесту, існуючі можливості отримання медичної, психологічної та соціальної допомоги тощо. Обсяг та форма представленої інформації мають бути достатніми для прийняття усвідомленого рішення про доцільність та необхідність тестування. Пацієнтам як з позитивним, так і з негативним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію під час повідомлення про результат тесту в державному або іншому закладі охорони здоров'я необхідно надавати інформацію про служби медичної, психологічної, соціальної та юридичної допомоги та в разі необхідності направляти до них.

Професійна та технічна досконалість: лікар повинен мати відповідну професійну підготовку — пройти навчання на курсах тематичного удосконалення з питань ДКТ (навчальні плани і програми таких циклів на кафедрі вірусології НМАПО імені П.Л.Шупика представлені у Додатку), добре знати протокол та нормативну базу. Питання технічної досконалості, перш за все, стосується приміщення для консультування та різних аспектів лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції, які включають в себе питання якості діагностичних систем для виявлення антитіл до ВІЛ, застосування тільки зареєстрованих та сертифікованих в Україні тестів, обладнання тощо.

Мобілізація ресурсів: установи, організації та заклади, що надають послуги ДКТ, мають бути обізнані про наявні додаткові ресурси та співпрацювати з іншими установами, організаціями та закладами, що надають медичну, психологічну, соціальну, правову та інші види допомоги.

3.3. Нормативні акти України, пов'язані з організацією послуг ДКТ

Практика і багаторічна викладацька діяльність в системі післядипломної підготовки лікарів в навчальних закладах III–IV рівнів акредитації показує, що лікарі менш за все знають і розуміють законодавство України, статті, що стосуються прав людини, охорони її здоров'я. Як правило, звертаючи увагу на сучасну медичну професійну інформацію, що стосується ліків, їх побічної дії, фармакокінетики та фармакодинаміки, клінічних проявів захворювання тощо, вони найменше цікавляться основами законодавства України про охорону здоров'я, не знають Закону «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», дуже обмежено користуються нормативними актами, що їх видано МОЗ України.

Законодавство України з питань ВІЛ/СНІДу сьогодні відповідає нормам європейського права, враховує рекомендації ООН у галузі забезпечення прав людини та представлене певною кількістю статей конституції України, законів, кодексів, нормативних актів Кабінету Міністрів та Міністерства охорони здоров'я України.

Надання послуг ДКТ з огляду на мету та основні принципи ДКТ абсолютно неможливе без знання та розуміння нормативно-правової бази з питань ДКТ.

Добровільне консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію є ключовим компонентом Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги і лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2007–2008 роки (далі Програма), затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 року за №264.

Включення компоненту ДКТ до Програми базувалось на статтях Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», який уперше був прийнятий Верховною Радою України у грудні 1991 року, а в серпні 1992 року постановою Кабінету Міністрів України №460 затверджено «Правила медичного огляду з метою виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини, обліку, медичного обстеження та профілактичного нагляду за ВІЛ-інфікованими», якими визначались контингенти, що підлягали обов'язковому медичному оглядові (лабораторному дослідженню крові або інших біологічних рідин з метою виявлення зараження ВІЛ). Більшість з цих контингентів практично повинні були обстежуватись примусово (споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу тощо).

У 1998 році у Законі України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» відбулись позитивні зміни, які дозволили перейти від примусового до добровільного інформованого обстеження на ВІЛ-інфекцію зі створенням відповідних для цього умов.

Важливо підкреслити, що надання послуг ДКТ проводиться у повній відповідності до Порядку добровільного консультування та тестування (Протоколу),

затвердженому наказом МОЗ України від 19.08.2005 №415 та зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 22 листопада 2005 року за №1404/11684, здійснюється за умови забезпечення основних принципів, визначених Протоколом. За бажанням пацієнтів ДКТ може бути проведено анонімно, тобто без надання відомостей, які дозволяють ідентифікувати особу (прізвище, ім'я, по батькові, дата і місце народження, місце роботи або навчання тощо) або із забезпеченням конфіденційності інформації про проходження медичного огляду та його результати.

Дуже коротко розглянемо деякі, найбільш важливі, законодавчі акти, що їх прийнято Верховною Радою України, нормативні акти Кабінету Міністрів України, нормативні акти, що їх видано МОЗ України та іншими центральними органами виконавчої влади.

Конституція України (254к/96–ВР), ст. 49. Зміст: кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних ЗОЗ медична допомога надається безоплатно.

Цивільний кодекс України. Розділ 20. Загальні положення про особисті немайнові права фізичної особи. Ст. 284. «Право на медичну допомогу». Зміст: фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи. Фізична особа зобов'язана утримуватись від поширення інформації, зазначеної у частині першій цієї статті, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел.

Цивільний кодекс України. Розділ 20. Загальні положення про особисті немайнові права фізичної особи. Ст. 301. «Право на особисте життя та його таємницю». Зміст: фізична особа має право на збереження таємниці обставин свого особистого життя. Обставини особистого життя фізичної особи можуть бути розголошені іншими особами лише за умови, що вони містять ознаки правопорушення, яке підтверджується рішенням суду.

Цивільний кодекс України. Розділ 20. Загальні положення про особисті немайнові права фізичної особи. Ст. 302. «Право на інформацію». Зміст: збирання, використання і поширення інформації про особисте життя фізичної особи без її згоди не допускається, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Ст. 39. «Обов'язок надання медичної інформації». Зміст: лікар зобов'язаний пояснити пацієнту в доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявності ризику для життя і здоров'я. Пацієнт має право знайомитися з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування. В особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. В цьому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси

хворого. Таким чином лікар діє, коли пацієнт перебуває в непритомному стані.

Ст. 40. «Лікарська таємниця». Зміст: медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Ст. 43. «Згода на медичне втручання». Зміст: згода інформованого відповідно до ст. 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників. У невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна. Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання — засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків.

Якщо відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування.

Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення». Зміст: цей закон відповідно до норм міжнародного права та рекомендацій ВООЗ визначає порядок правового регулювання діяльності, спрямованої на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції в Україні, та відповідні заходи соціального захисту ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Закон містить 7 розділів, до яких входять 34 статті.

Права громадян на медичний огляд визначені наступними статтями Закону.

В першому розділі «Загальні положення» ст. 4 визначає гарантії держави щодо доступності, якості, ефективності медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, в тому числі:

- анонімного, з наданням попередньої та наступної консультативної допомоги;
- сприяння діяльності, спрямованої на формування у населення стереотипів безпечної сексуальної поведінки та усвідомлення високого ризику зараження ВІЛ-інфекцією при ін'єкційному способі вживання наркотичних засобів;
- безпеку лікувально-діагностичного процесу пацієнтам та медичному персоналу в державних ЗОЗ, державний санітарно-епідеміологічний нагляд за безпекою цього процесу в ЗОЗ усіх форм власності, а також за виконанням заходів, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції при здійсненні приватної медичної практики.

У другому розділі «Умови і порядок медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції. Облік ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, надання їм медичної

допомоги та здіснення медичного нагляду» з організацією послуг ДКТ певною мірою пов'язані статті 7, 8, 9, 12.

Ст. 7. Громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають або на законних підставах тимчасово перебувають на території України, мають право на медичний огляд з метою виявлення зараження ВІЛ, одержання офіційного висновку про результати такого огляду та кваліфікованих рекомендацій щодо запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції. Право проведення медичного огляду та видачі офіційних висновків надається тільки державними і комунальними ЗОЗ, що мають відповідно обладнані акредитовані спеціальні лабораторії. Медичний огляд проводиться добровільно і безоплатно.

Медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років і осіб, визнаних законом недієздатними, може проводитись на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду. Ті особи, що пройшли медичний огляд, мають право на повторний огляд у будь-який час у тому ж або, за своїм вибором, іншому ЗОЗ, акредитованому в установленому порядку.

Ст. 8. За бажанням особи, яка звернулась до ЗОЗ для проведення медичного огляду, такий огляд може бути проведено анонімно. Відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції у пацієнта є конфіденційними і становлять лікарську таємницю. Передача таких відомостей дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законом, також законним представникам цієї особи, ЗОЗ, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Ст. 9. Особі, в якої за даними медичного огляду виявлено ВІЛ-інфекцію, повідомляється про це працівником ЗОЗ, в якому проведено огляд, з урахуванням вимог Закону щодо конфіденційності зазначеної інформації… У разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітніх або у недієспроможних осіб, визнаних такими у встановленому законом порядку, працівник ЗОЗ, в якому проведено медичний огляд, повідомляє про це батьків або інших законних представників зазначених осіб.

Права ВІЛ-інфікованих громадян передбачені четвертим розділом Закону «Соціальний захист осіб, інфікованих ВІЛ».

Ст. 12. Подання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД громадянам України, іноземцям та особам без громадянства здійснюється на загальних підставах у порядку, встановленому законодавством та відповідними міжнародними угодами України. Облік, реєстрація ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД громадян та медичний нагляд за ними повинні здійснювати з дотриманням принципів конфіденційності та поваги до особистих прав і свобод людини. Подання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД громадянам України, іноземцям та особам без громадянства здійснюється на загальних підставах у порядку, встановленому законодавством та відповідними міжнародними угодами України.

Ст. 17. ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД користуються всіма правами і свободами, передбаченими Конституцією та законами України.

Ст. 20. Особи, зараження яких ВІЛ-інфекцією сталося внаслідок виконання медичних маніпуляцій, мають право на відшкодування в судовому порядку заданої їх здоров'ю шкоди за рахунок винної особи.

Обов'язки ВІЛ-інфікованих визначені наступними статтями Закону.

Ст. 9. …Одночасно ВІЛ-інфікованому повідомляється про необхідність дотримання профілактичних заходів, спрямованих на недопущення поширення ВІЛ-інфекції, про гарантії дотримання прав і свобод ВІЛ-інфікованих, а також про кримінальну відповідальність за завідоме поставлення в небезпеку зараження або зараження інших осіб ВІЛ.

Ст. 14. У разі одержання від ЗОЗ інформації про зараження ВІЛ і попередження про необхідність дотримання профілактичних заходів з метою запобігання розповсюдження ВІЛ-інфекції та кримінальну відповідальність за завідоме поставлення в небезпеку зараження або зараження іншої особи, ВІЛ-інфіковані зобов'язані письмово засвідчити факт отримання зазначеної інформації та попередження.

Ст. 15. ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД зобов'язані вживати заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, повідомити осіб, які були з ними у статевих контактах до виявлення факту інфікованості, про можливість їх зараження та відмовитись від будь-яких видів донорства.

Права закладів ЗОЗ викладені у:

Ст. 7. Право проведення медичного огляду та видачі офіційних висновків про його результати надається лише державним і комунальним закладам охорони здоров'я, а також викладено у п'ятому розділі «Соціальний захист медичних працівників…»

Ст. 25. Зараження ВІЛ медичних і фармацевтичних працівників при виконанні ними професійних обов'язків належить до професійних захворювань.

Ст. 26. Працівники, зайняті поданням медичної допомоги, проведенням лабораторних і наукових досліджень з проблем ВІЛ-інфекції… підлягають обов'язковому медичному страхуванню за рахунок власника ЗОЗ на випадок інфікування ВІЛ при виконанні ними службових обов'язків.

Ст. 27. Медичні працівники, які були заражені ВІЛ внаслідок виконання ними професійних обов'язків, мають право на щорічне безкоштовне санаторно-курортне лікування, щорічну відпустку тривалістю 56 календарних днів з використанням її у зручний для них час.

Ст. 28. Медичні працівники, які були заражені ВІЛ внаслідок виконання ними професійних обов'язків, мають право на першочергове поліпшення житлових умов.

Ст. 29. Працівникам, зайнятим поданням медичної допомоги особам, інфікованим ВІЛ, лабораторною діагностикою ВІЛ-інфекції…встановлюється доплата до заробітної плати, надається право на пенсію на пільгових умовах та щорічну додаткову відпустку…

Ст. 30. Власник ЗОЗ, персонал якого проводить діагностичні дослідження, подає лікувальну допомогу ВІЛ-інфікованим, зобов'язаний забезпечити працівників необхідними засобами захисту.

Відповідальність ЗОЗ передбачена:

Ст. 18. Забороняється відмова у прийнятті до лікувальних закладів, у поданні медичної допомоги, ущемленні інших прав осіб на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД, а також ущемлення прав їх рідних і близьких на цій підставі.

Ст. 19. Неправомірні дії посадових осіб, які порушують права ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, їх рідних і близьких, можуть бути оскаржені до суду; а також регламентовані розділом шостим «Відповідальність за порушення законодавства у сфері боротьби із захворюванням на СНІД».

Ст. 31. Відмова пацієнту у реалізації його права на проведення медичного огляду з метою виявлення зараження ВІЛ, або проведення такого огляду без попередньої згоди пацієнта, або неналежне виконання своїх професійних обов'язків, що призвело до зараження ВІЛ, а також розголошення відомостей про проведення медичного огляду та його результат, тягне за собою відповідальність, встановлену законом України.

В останньому сьомому розділі Закону у ст. 37 вказано, що не підлягають обов'язковому наданню для ознайомлення за інформаційними запитами офіційні документи, які містять у собі конфіденційну інформацію, що стосується особистого життя громадян, яка не підлягає розголошенню згідно з іншими законодавчими або нормативними актами.

Постанова Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 року №264 «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованої на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки». Питань ДКТ стосується розділ «Заходи з виконання Програми» пункти 9, 14, 18, 21. Зміст: Розширити можливість доступу різних категорій населення до системи добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Створити умови для надання психологічних, соціальних, юридичних, медичних та консультаційних послуг з метою зменшення ризику уразливості до інфікування ВІЛ та недопущення дискримінації ВІЛ-інфікованих, в тому числі у сфері праці. Забезпечити можливість безперешкодного доступу до добровільного тестування і консультування вагітних з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу. Забезпечити можливість добровільного безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію різних категорій населення.

Нормативна база Міністерства охорони здоров'я України передбачає затвердження методик та порядку як процедури консультування, так й 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.

3.4. Організація проведення ДКТ в Україні

За даними ВООЗ та ЮНЕЙДС добровільне консультування і тестування на ВІЛ — це основна модель забезпечення тестування і консультування з ініціативи пацієнта. За критеріями цієї моделі окремі особи (пацієнти або представники громадських ВІЛ-сервісних організацій) повинні самі проявляти ініціативу щодо тестування на ВІЛ. Але ДКТ, проведене з ініціативи пацієнта, має обмежені можливості у доступі до цих послуг з причини низького охоплення ними різних груп населення, високого рівня стигматизації та дискримінації, а також низького рівня інформування населення про зазначені послуги та незнання ним ризиків інфікування.

З метою уникнення зазначених причин ВООЗ/ЮНЕЙДС створило нову модель організації послуг консультування і тестування у 2007 р. під назвою «Керівництво з тестування та консультування щодо ВІЛ в медичних закладах з ініціативи провайдерів медичних послуг», яке передбачає розширення доступу населення, в т.ч. й уразливого до ВІЛ, до процедури консультування і тестування на ВІЛ.

В Україні порядок організації послуг консультування і тестування в методичному плані встановлений наказом МОЗ України від 19.08.2005 за №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», розробленим на підставі міжсекторального підходу та із залученням усіх причетних до вказаної проблеми державних структур, державних і недержавних громадських організацій. Цей наказ був зареєстрований в Міністерстві юстиції від 22.11.2005 р. за №1404/11684, що дозволяє застосування його на всій території країни та для закладів і організацій різних форм власності.

Розділ протоколу «Особливості консультування різних груп населення», яким встановлений порядок консультування вагітних, дітей підліткового віку, донорів, працівників медичних закладів, військовослужбовців, а також ув’язнених та засуджених, працівників комерційного сексу, споживачів ін’єкційних наркотиків, хворих на туберкульоз тощо, свідчить про нормативне урегулювання питань щодо широкого доступу населення до послуг консультування та тестування.

Ідея розширення доступу різних груп населення до послуг ДКТ була підтримана Президентом країни, який передбачив своїм Указом від 30 листопада 2005 року за №1674/2005 «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні» створення в системі охорони здоров’я мережі кабінетів, в яких надають відповідні послуги. Наказом Міністерства охорони здоров’я від 27.06.2006 за №421 «Про затвердження Примірного положення про кабінет "Довіра"» встановлений порядок відкриття та функціонування кабінетів не лише в обласних центрах та крупних містах, а й на території усіх адміністративних районів країни.

З метою розширення доступу до консультування і тестування на ВІЛ серед населення, яке має найбільш високий ризик інфікування ВІЛ — СІН, хворих на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом та які звертаються за допомогою в медичні заклади в країні, додатково був встановлений порядок, регламентований наказом МОЗ України «Про затвердження Інструкції з впровад-

ження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу) у протитуберкульозних, дерматовенерологічних та наркологічних закладах охорони здоров'я».

Таким чином, доступ усіх груп населення до отримання послуг ДКТ в країні нормативно передбачений. Порядок організації надання таких послуг встановлений відповідним наказом МОЗ України (від 19.04.2006 р. за №236 «Про організацію впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу) в закладах охорони здоров'я»). План заходів щодо організації впровадження Протоколу визначає необхідність:

- видання організаційного наказу, діючого на території республіки, області, міста;
- створення мережі кабінетів «Довіра» відповідно з дотриманням відповідних вимог та конфіденційності для проведення якісного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію;
- визначення осіб, відповідальних за організацію надання послуг ДКТ на ВІЛ-інфекцію на адміністративній території;
- організації постійно діючої системи вивчення протоколу ДКТ для медичних працівників, залучених до надання послуг ДКТ;
- сприяння залученню до проведення передтестового консультування психологів, соціальних працівників, працівників громадських та благодійних організацій, релігійних конфесій та забезпечення їх доступу до відповідного навчання;
- здійснення оперативного аналізу діяльності закладів охорони здоров'я з питань ДКТ з подальшим обговоренням на оперативних нарадах та колегіях.

Одним з найважливіших пунктів плану заходів є необхідність визначення та затвердження схеми взаємодії закладів та організацій, які надають послуги з ДКТ на ВІЛ-інфекцію на території обслуговування, оскільки Протоколом передбачена система взаємодії між закладами та організаціями різних форм власності, в т.ч. громадськими організаціями, в наданні медичних послуг. Вона передбачає забезпечення максимального доступу населення до послуг ДКТ, в тому числі для представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, шляхом укладання угод про співпрацю між територіальним центром з профілактики та боротьби зі СНІДом, іншими державними чи комунальними закладами охорони здоров'я та об'єднань громадян (ОГ), іншими установами, організаціями і закладами, що працюють у даній сфері і мають відповідних фахівців для надання послуг консультування.

Співпраця державних, комунальних ЗОЗ, ОГ, релігійних та інших об'єднань, які працюють у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу та їх профілактики, надають послуги ЛВЖ, забезпечить раціональне використання існуючих ресурсів для надання послуг ДКТ. Необхідне постійне інформування населення про перелік цих організацій та обсяг послуг, що ними надаються. Відповідальними за збір та розповсюдження цієї інформації є регіональні центри з профілактики та боротьби зі СНІДом.

У разі, якщо передтестове консультування проводиться в установах, закладах

та організаціях, інших ніж державні та комунальні ЗОЗ, а пацієнт виявляє бажання пройти тестування, тоді консультант направляє пацієнта на проходження тесту на ВІЛ в територіальну поліклініку, центр з профілактики та боротьби зі СНІДом або в інший державний чи комунальний медичний заклад, де може бути проведене зазначене тестування.

Саме система взаємодії вищеназваних суб'єктів повинна забезпечити, в залежності від потреб пацієнта, можливість консультування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, проходження тесту на ВІЛ, репродуктивного здоров'я, ІПСШ, обстеження на туберкульоз, інші опортуністичні інфекції, отримання медичної, психологічної, соціальної, юридичної, інших видів допомоги.

Послуги з консультування перед проведенням тестування та після нього можуть надаватись консультантами як державних та комунальних ЗОЗ, так і державних немедичних закладів (центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, працівниками освіти тощо), медичних закладів інших форм власності, представниками релігійних громад та ОГ, які надають послуги у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, підтримку людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, групами взаємопідтримки людей з позитивним ВІЛ-статусом (за згодою). Проводити консультування перед та після тесту на ВІЛ можуть лише консультанти, які пройшли спеціальну підготовку відповідно до вимог Протоколу.

Згідно з чинним законодавством України право проведення медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції та видачі офіційних висновків про його результати надається лише державним і комунальним закладам охорони здоров'я, що мають відповідно обладнані спеціальні лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Медичний огляд на ВІЛ-інфекцію проводиться шляхом забору крові або інших біологічних рідин, що направляються до спеціальної лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції. Особі, в якої за даними цього обстеження виявлено ВІЛ-інфекцію, повідомляється про це працівником державного або комунального закладу охорони здоров'я з урахуванням вимог щодо конфіденційності зазначеної інформації.

Передтестове консультування можуть здійснювати як працівники державних і комунальних установ, організацій та закладів, так і працівники установ, організацій та закладів інших форм власності, представники ОГ з урахуванням вимог цього Порядку, з мотивуванням пацієнта на проходження тесту на ВІЛ-інфекцію та направленням його для тестування до державних і комунальних ЗОЗ.

Після первинного післятестового консультування, проведеного у державному або комунальному ЗОЗ, пацієнт може за власним бажанням звернутись до інших установ, організацій та закладів, ОГ для проходження подальшого післятестового консультування.

Для забезпечення ефективної співпраці установ, організацій та закладів різних форм власності та ОГ доцільно при укладанні між ними угоди про співпрацю з надання послуг ДКТ, визначити перелік послуг, що можуть надаватися пацієнтам в межах угоди, та взаємних зобов'язань організацій та закладів щодо здійснення цієї роботи.

Які ж організації та заклади можуть надавати послуги консультування? До таких віднесені:

- медичні заклади інших, ніж державна та комунальна, форм власності;
- центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
- заклади освіти;
- об'єднання громадян, що працюють з СІН, ЧСЧ, ПКС, в'язнями;
- групи підтримки ЛЖВ;
- релігійні громади тощо.

Важливим моментом в організації якісних послуг ДКТ є планування, забезпечення діагностичних лабораторій тест-системами та раціональне їх використання. На сучасному етапі нашого життя планування і закупівля тест-систем для донорів і вагітних здійснюється централізовано за кошти державного бюджету з розрахунку кількості кроводач та пологів у попередньому році, з урахуванням коефіцієнту поправки.

Закупівля тест-систем для загального населення, згідно з Законом України «Про Державний бюджет України», повинна здійснюватись за рахунок місцевих бюджетів, але також на підставі аналізу проведених тестувань у минулому році, кількості уразливого до ВІЛ населення та особливостей регіону.

Значною допомогою у виконанні заходів регіональних програм з ВІЛ-інфекції щодо питання ДКТ є реалізація міжнародних програм та проектів, в межах яких здійснюються програми навчання консультантів, тренерів та супервізорів, надається технічна допомога у друкуванні необхідної інформації для населення, забезпечується закупівля необхідних тестів, використання яких застосовується частіше у мобільних пунктах ДКТ, які наближають надання цієї послуги до розташування уразливих щодо ВІЛ груп населення (СІН, ЧСЧ, ПКС) та де співпраця працівників комунальних ЗОЗ (лікарів і лаборантів) з психологами та соціальними працівниками ГО сприяє розширенню послуг консультування і тестування та покращує їх якість.

Таким чином в нашій країні нормативно обґрунтована можливість використання різних моделей надання послуг ДКТ:

- модель на базі спеціалізованих центрів (центри профілактики і боротьби зі СНІДом, кабінети «Довіра»);
- комбінована модель (у ЗОЗ спеціалізованих служб, де створені окремі кабінети/пункти ДКТ);
- модель, пов'язана з діяльністю громадських організацій (лише консультування);
- модель, пов'язана з діяльністю приватних медичних закладів (лише консультування);
- модель, пов'язана із спільною діяльністю громадських організацій та державних/комунальних ЗОЗ (при функціонуванні мобільних пунктів ДКТ, або створенні неурядовими організаціями кабінетів ДКТ при центрах СНІДу та інших ЗОЗ).

Усі зазначені моделі мають переваги і недоліки, тому не можна виділити одну з них як стандарт. Кожну модель можна використати залежно від потреб та

можливостей регіону.

Говорячи про організацію консультування, пов'язану з тестуванням на ВІЛ, в першу чергу необхідно звернути увагу на питання забезпечення <u>конфіденційності</u>, що передбачено законодавством України і є складовою гарантій дотримання прав людини.

Звернення за консультуванням та обстеженням на ВІЛ-інфекцію ускладнюється страхом розголошення інформації про особисте життя пацієнта, відчуження та дискримінації з боку сім'ї та суспільства.

Забезпечення конфіденційності інформації, пов'язаної із проведенням ДКТ, є обов'язковим для закладів, установ та організацій, які надають ці послуги в Україні.

«Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини та його результатів, сімейне життя пацієнта, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність» (ст. 132 Кримінального кодексу України №2341-III, 2001 р.).

Вищевказані працівники повинні дотримуватись правил оформлення, користування та зберігання документації, що містить конфіденційну інформацію, враховувати, що заборонена персоніфікація ВІЛ-інфікованої особи при складанні державних, відомчих та інших звітів, інформації щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, виступах в ЗМІ тощо, а також використання інших характеристик, за якими цю особу можна ідентифікувати. Керівники установ, закладів та організацій, де проводиться консультування, несуть відповідальність за дотримання вимог конфіденційності службової інформації та здійснюють контроль за забезпеченням режиму конфіденційності.

Основними завданнями керівника організації або закладу, що надає послуги консультування, щодо забезпечення конфіденційності є:

- створення умов для роботи консультанта, що забезпечують дотримання конфіденційності;
- виключення доступу до конфіденційної службової інформації будь-яких посадових осіб і працівників, крім відповідальних за проведення консультування та тестування.

З метою виконання вказаних завдань керівник закладу чи організації зобов'язаний:

- наказом призначати консультантів, відповідальних за проведення консультування;
- забезпечити належний рівень їх професійної підготовки, ознайомлення з законодавчими та нормативними актами з ВІЛ-інфекції/СНІДу, в тому числі з

питань забезпечення конфіденційності;

- організовувати проведення службових розслідувань щодо фактів розголошення конфіденційної службової інформації про осіб, які звернулись за консультуванням та/або проходженням тестування.

Важливим моментом у дотриманні принципу конфіденційності в організації послуг консультування і тестування є ведення діловодства, пов'язаного із забезпеченням права пацієнта на лікарську таємницю особистих даних.

Вся інформація про пацієнта повинна зберігатись в режимі обмеженого доступу, який визначається наказом керівника організації.

Визначений режим повинен виключати можливість ознайомлення з цією інформацією сторонніх осіб (технічного персоналу, родичів співробітників закладу тощо) і передбачає зберігання в сейфах документації, в якій є персоніфіковані дані про пацієнтів: журналів реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію (форма №503/о), журналу обліку ВІЛ-інфікованих осіб; інформації в бухгалтеріях територіальних центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом про дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, для отримання державної допомоги.

Порядок користування конфіденційною документацією здійснювати таким чином, щоб унеможливити ознайомлення з нею сторонніх осіб, архивування документації та зберігання архіву, зберігання контрольних карт диспансерного спостереження за ВІЛ-інфікованими особами у кабінеті довіреного лікаря або лікаря-інфекціоніста закладу.

Систему кодування ВІЛ-позитивного статусу (діагнозу) у медичній документації вводити відповідно до вимог наказу МОЗ України від 25.05.2000 за №120 «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД», зареєстрованого в Мін'юсті України 14.11.2000 за №819/5040. На титульній сторінці медичної карти амбулаторного або стаціонарного хворого, історії розвитку дитини коди не повинні вказуватись. Медичний персонал має бути поінформований про місце внесення коду в медичну документацію.

Термін конфіденційності даних про особу, яка зверталась за послугами ДКТ, в тому числі з ВІЛ-позитивним статусом, не обмежений. При прийомі на роботу та в подальшому щороку обов'язкове ознайомлення (під розпис) працівників медичних закладів та громадських організацій з вимогами Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» щодо конфіденційності інформації про проходження пацієнтом тесту на ВІЛ та його результат, кримінальну відповідальність за розголошення цієї інформації, що стала їм відома під час виконання професійних або службових обов'язків.

Під час роботи з комп'ютерними базами даних про ВІЛ-інфікованих осіб необхідно забезпечити неможливість доступу до бази персоніфікованих даних через мережу Інтернет. В такому випадку база даних повинна розміщуватись в окремому комп'ютері, не підключеному до мережі Інтернет. Бази персоніфікованих

даних необхідно захищати паролем, який відомий лише відповідальному медичному працівнику, визначеному наказом керівника організації. Персоніфіковані дані при переданні бази даних електронною поштою повинні бути вилученими. Забороняється використання комп'ютерної техніки, яка містить конфіденційну інформацію, для виконання працівниками інших завдань, безпосередньо не пов'язаних з веденням бази даних, або для їх особистих потреб.

Вимоги до пунктів консультування

Консультування може проводитись як в автономних пунктах ДКТ (кабінети «Довіри», пункти обміну шприців, мобільні пункти ДКТ для роботи з важкодоступними групами та у сільській місцевості), так і в закладах охорони здоров'я за умови дотримання принципів ДКТ.

Пункти консультування можуть бути як стаціонарними, так і мобільними. При організації та визначенні місць розташування та режиму роботи пунктів консультування необхідно враховувати потреби потенційних пацієнтів (вагітних, молоді, споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників секс-бізнесу, чоловіків, що мають секс с чоловіками, тощо).

Враховуючи, що згідно із ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення», медичне обстеження (процедура тестування та лабораторного дослідження) з метою виявлення ВІЛ-інфекції та видача офіційних висновків про його результати може проводитись лише державними і комунальними ЗОЗ, консультантам ГО або приватних клінік після проведення передтестового консультування потрібно запропонувати пацієнту пройти тестування у державному чи комунальному ЗОЗ. Сьогодні обговорюється питання щодо змін законодавства України в плані розширення кола організацій, яким дозволено проводити тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів, але офіційних документів, які б дозволяли таку процедуру, ще немає.

Облаштування стаціонарних пунктів консультування

Консультування повинно проводитись в окремому кабінеті. Під час проведення консультації двері кабінету повинні бути закритими для виключення можливості втручання сторонніх осіб та переривання консультації.

Консультант не повинен відволікатись на телефонні дзвінки.

Кабінет повинен бути просторим, світлим, прибраним та провітреним, облаштованим зручними меблями. Внутрішній інтер'єр кабінету має бути затишним та заспокійливим.

Поряд з кабінетом бажано облаштувати місце очікування для пацієнтів з необхідною кількістю стільців, столиком з інформаційною літературою з питань профілактики ВІЛ/СНІДу. При запрошенні пацієнта до кабінету необхідно забезпечити конфіденційність щодо особистості пацієнта та звернення його за послугами ДКТ (не оголошувати ПІБ або інші відомості, за якими можна було б ідентифікувати цю особу іншими особами, що очікують консультування).

У державному та комунальному ЗОЗ бажано, щоб кабінет розміщувався поруч із маніпуляційним кабінетом.

Облаштування мобільних пунктів консультування

Для забезпечення доступу важкодоступних груп (СІН, ПКС, безпритульних дітей та дітей вулиці, ЧСЧ, колишніх в'язнів, сільського населення, інших) до послуг ДКТ можуть створюватись мобільні пункти.

Консультування в таких пунктах може проводитись у будь-якому місці, безпечному як для консультанта, так і для пацієнта, з урахуванням вимог конфіденційності.

Мобільні пункти можуть створюватись як медичними та немедичними державними і комунальними установами, організаціями, закладами, так і медичними закладами інших форм власності та ОГ. При організації роботи мобільних пунктів мають бути забезпечені умови щодо забезпечення конфіденційності для того, щоб послуги консультування не були стигматизуючими для осіб, які звертаються за ними.

Форми мобільних пунктів ДКТ:

- пересувна лабораторія, що виїжджає безпосередньо до місць звичного перебування пацієнтів, до пунктів обміну шприців[1], місць, де працюють ПКС[2] тощо для проведення забору крові для тесту на ВІЛ або тестування з використанням швидких тестів; така лабораторія може бути тільки у складі мобільного пункту державного або комунального ЗОЗ;
- консультативний пункт, що діє при ОГ чи інших установах, організаціях і закладах, працівники якого надають послуги з перед- та післятестового консультування.

Вимоги до консультантів

Проводити перед- та післятестове консультування мають право медичні працівники (лікарі та медичні сестри), психологи, соціальні працівники, представники

---

[1]Проект USAID|Визначення політики з питань здоров'я не сприяє і не потурає споживанню нелегальних наркотиків, політика Уряду США забороняє витрачати федеральні кошти на придбання чи розповсюдження голок для шприців/шприців для споживання нелегальних ін'єкційних наркотиків. USAID зобов'язується підтримувати ефективні стратегії, спрямовані на запобігання поширенню епідемії ВІЛ. Ризик передачі ВІЛ є тією шкодою, яку найчастіше пов'язують зі споживанням ін'єкційних наркотиків. Є багато труднощів, пов'язаних з ініціюванням позитивних змін у поведінці наркозалежних осіб, тому програми «зменшення шкоди» прагнуть зменшити шкідливий вплив наркотиків на споживача, його (її) партнера(ів) та усю спільноту. Комплексні програми зменшення шкоди охоплюють цілий ряд таких компонентів, як, наприклад, добровільне консультування та тестування на ВІЛ, надання інформації про шкоду, якої завдає споживання ін'єкційних наркотиків, послуги з переадресації клієнтів, програми зниження попиту на наркотики та лікування наркозалежності, а також, в окремих випадках, обмін голок для шприців/шприців.

[2] Проект USAID|Визначення політики з питань здоров'я не підтримує легалізацію проституції чи торгівлі людьми з метою їх сексуальної експлуатації. Проект підтримує ефективні стратегії, спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ та інших хвороб, які передаються статевим шляхом, а також на послаблення їхнього негативного впливу. Вживання термінів «жінки комерційного сексу», «жінки секс-бізнесу» та «працівник секс-бізнесу» не означає підтримку проституції як легальної форми зайнятості; ці терміни вжито лише для зменшення стигми та дискримінації, спрямованих проти працівників секс-бізнесу, адже вони можуть бути уразливими до експлуатації та потребувати доступу до різного роду інформації і послуг, у тому числі у сфері охорони здоров'я.

ОГ, що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції (включаючи групи ЛЖВ), які пройшли спеціальну підготовку.

Протягом часу, необхідного для спеціальної підготовки достатньої кількості консультантів, консультування можуть проводити особи, які добре обізнані з цим Порядком та забезпечують виконання усіх його вимог.

Підготовка консультантів *здійснюється*:

- навчальними закладами, які мають кваліфікованих викладачів, навчальні програми з ДКТ та здійснюють підготовку медичних працівників, психологів, соціальних працівників за умови включення в навчальні програми курсу з ВІЛ-інфекції з основами ДКТ відповідно до Протоколу та цього посібника;
- проектами міжнародної технічної допомоги, які діють на підставі меморандумів про взаєморозуміння та співпрацю у сфері охорони здоров'я;
- шляхом постійного методичного керівництва та супервізії послуг консультантів кваліфікованими спеціалістами.

Для якісного та ефективного виконання своїх обов'язків ***консультант повинен:***

- володіти достатнім запасом сучасної інформації про ВІЛ-інфекцію, практичними уміннями і навичками консультування та навичками саморегуляції, нейтралізації стресового навантаження, психоемоційного виснаження;
- вміти встановлювати позитивні стосунки з пацієнтом, що базуються на основі довіри, розуміти почуття пацієнта, його проблеми з урахуванням індивідуально-психологічних, вікових, статевих та соціальних особливостей пацієнтів; відділяти та переборювати свої особисті почуття, ставлення і упередження від консультаційних взаємостосунків;
- сприяти обізнаності пацієнта та через оцінку власного ризику інфікування сприяти його рішенню щодо зниження цього ризику; використовувати зрозумілу для пацієнта мову; розпізнавати найбільш поширені психосоціальні та клінічні ускладнення, що пов'язані з інфікуванням ВІЛ — підвищену тривожність, депресію, нав'язливі ідеї, схильність до самогубства, потребу та пошук можливості помсти тощо;
- тактовно та доброзичливо контактувати з колом осіб, різних за фахом, освітою та способом життя;
- знати про особливості (спосіб) життя ВІЛ-позитивних осіб, осіб з груп підвищеного ризику інфікування та вміти тактовно обговорювати з ними інтимні питання, пов'язані з ризиком інфікування, в тому числі фактори мотивації щодо небезпечних моделей поведінки; про служби та організації, які надають підтримку ЛЖВ та особам з груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ;
- постійно удосконалювати рівень знань та навичок, брати участь у спеціальних конференціях, тренінгах, семінарах, при можливості — в обговореннях клінічних випадків;

- не перевищувати свої повноваження під час консультування, не надавати інформацію та рекомендації, які перевищують рівень підготовки та компетентності консультанта, у разі відсутності необхідних знань — рекомендувати відповідного фахівця.

Крім того, при проведенні групового консультування/інформування консультант повинен:

- вміти справлятись зі складними ситуаціями, що можуть виникнути у групі, вміти спілкуватись із занадто категоричними, домінуючими членами групи;
- залучати до роботи тихих, сором'язливих, однак все ж уважних учасників;
- дозволяти всім учасникам висловити свою думку;
- вміти поводитись з людьми, які дають вихід своїм емоціям в групі;
- бути неупередженим та сприйнятливим до будь-яких переконань (релігійних, культурних, медичних тощо) членів групи;
- утримуватись від «читання лекцій» групі, дозволяти її учасникам в процесі спілкування дізнатися щось нове з досвіду інших членів групи;
- поводитись як один з учасників, а не як вчитель у класі.

Таблиця 3.1

Загальні вимоги щодо умінь та навичок поведінки консультанта при проведенні перед- та післятестового консультування

Уміння консультування	Навички консультування
1. Уміння встановлювати позитивні стосунки з пацієнтом: • створення умов, що забезпечують комфорт, можливість усамітнення і конфіденційність; • зацікавленість і співчуття, здатність реагувати на емоційний стан пацієнта, можливу нервовість та розгубленість; • неупереджене ставлення, активне вислуховування (вербальне і невербальне), емоційне тепло та підтримка	Навички вербального спілкування: 1. Співчувати та розуміти ситуацію пацієнта, визнавати його почуття, приймати слова, вирази і жестикуляції, які він застосовує
2. Уміння отримувати інформацію: • правильне використання "закритих" та "відкритих" питань; • мовчання та активне вислуховування (надання змоги пацієнту виговоритися); • уточнення сподівань пацієнта	2. Поважати погляди пацієнта, переконання і традиції, навіть якщо вони не збігаються з власними

3. Уміння надавати пацієнту необхідну інформацію: • спроможність чітко і ясно формулювати та доносити інформацію про ВІЛ-інфекцію/СНІД; • повторення і підкреслення важливої інформації, перевірка розуміння або нерозуміння пацієнтом наданої інформації та її узагальнення	3. Запитувати, уточнювати та переказувати те, що сказав пацієнт, з використанням інших слів та виразів, для з'ясування ним власних ресурсів та спільного з консультантом пошуку позитивних рішень
4. Уміння справлятися зі складними ситуаціями, що виникають під час консультування: • ведення розмови на інтимні теми з урахуванням культурних особливостей, рівня освіти, релігійних та інших переконань пацієнта; • розпізнавання та взяття до уваги типових психоемоційних реакцій пацієнта на повідомлення про діагноз (емоційний шок, думки/відчуття щодо суїциду, заперечення, озлобленість та інші); • заспокоєння пацієнта та пом'якшення його емоційних реакцій, залучення за його згодою (якщо це доречно або потрібно) до консультування іншого спеціаліста; • сприйняття мовних особливостей пацієнта і вміння до них адаптуватися	4. Повторювати інформацію, яка через емоційний шок чи відмову не була почута або сприйнята
5. Уміння проводити рольові ігри з пацієнтом (щодо інформування партнера про позитивний результат тесту, пропагування безпечного сексу тощо)	5. Підсумовувати важливі моменти із бесіди для зосередження уваги на нових прийнятих рішеннях. Навички невербального спілкування з пацієнтом: - розмовляти подібним до нього тоном голосу та у схожому темпі; - дивитися в очі; - проявляти увагу виразом обличчя, позою та жестами; - підтримувати належну відстань; - користуватись для зменшення напруження доречним гумором та жестикуляцією

Для забезпечення моніторингу ефективності консультування в усіх закладах або організаціях, що надають послуги з ДКТ, зацікавленим сторонам доцільно проводити аналіз подальших звернень в ЗОЗ для обстеження на ВІЛ-інфекцію, а також в соціальні, психологічні, юридичні служби для отримання допомоги та підтримки.

Порядок обміну інформацією щодо наявних ресурсів для організації та проведення консультування різних груп населення у зв'язку з проходженням тесту на ВІЛ може бути визначений рішенням Координаційної ради з питань профілактики і боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом при обласній, міській, районній державних адміністраціях.

Для моніторингу ефективності системи взаємодії необхідно вести журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію (форма первинної облікової документації №503/о) і відміткою про здійснені візити та їх результати.

Розділ 4

Алгоритм ДКТ.
Перед- та післятестове консультування

4.1. Алгоритм ДКТ 92
4.2. Передтестове консультування 92
4.3. Післятестове консультування 98
4.4. Особливості консультування окремих груп загального населення 105
4.5. Особливості консультування уразливих до ВІЛ груп населення 113
4.6. Помилки при наданні консультативної допомоги 121

4.1. Алгоритм ДКТ

Спробуємо розробити алгоритм дій при проведенні добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, враховуючи форми, мету, задачі та зміст перед- та післятестового консультування та відповідні результати тестування, і потім послідовно розглянемо кожний його елемент (**рис. 4.1**).

4.2. Передтестове консультування

Передтестове консультування — це співбесіда, яка проводиться між лікарем та пацієнтом з однією чітко окресленою **метою:** надати пацієнту максимум точної та надійної інформації щодо профілактики передачі ВІЛ, при цьому психологічно та емоційно підтримати людину і допомогти їй прийняти усвідомлене рішення щодо тестування, пройти тестування та визначити свій ВІЛ-статус.

Ефективне передтестове консультування допомагає пацієнту підвищити свою інформованість, засвоїти знання з основних питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та різних аспектів профілактики цього захворювання. Цієї інформації має бути достатньо, щоб людина могла сама оцінити всі ризики своєї поведінки, які можуть призвести до її інфікування ВІЛ. Отримана інформація про можливості сучасної лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції, про визначення антитіл до ВІЛ за допомогою спеціальних тест-систем, в тому числі простих/швидких тестів (тестування) і про значення результатів такого тестування, повинні надати допомогу у прийнятті остаточного добровільного рішення про проходження тестування.

Передтестове консультування може бути проведено з однією людиною або групою осіб одночасно, тобто розрізняємо індивідуальне та групове передтестове консультування/інформування.

Індивідуальне консультування більш наближене до конкретного пацієнта, надається всім бажаючим, в тому числі і після групового консультування. Метою його проведення є не тільки надання наведеної вище в розділах 1 і 2 узагальненої інформації щодо ВІЛ/СНІДу, але й оцінка індивідуального ризику інфікування, розробка індивідуального плану зменшення ризику зараження ВІЛ та визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для цієї людини в конкретних умовах її життя.

Індивідуальне консультування проводиться виключно у повній відповідності до Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (наказ МОЗ України від 19.08.2005 за №415).

Під час індивідуального консультування лікар у тактовній формі пояснює пацієнту причини, на підставі яких він/вона задають інтимні питання. Лікар обов'язково запевняє, що надана пацієнтом відповідь — це конфіденційна інформація! При цьому процес консультування дуже зручно розбити на окремі етапи і здійснювати його послідовно крок за кроком, наче піднімаєшся сходами (**рис. 4.2**).

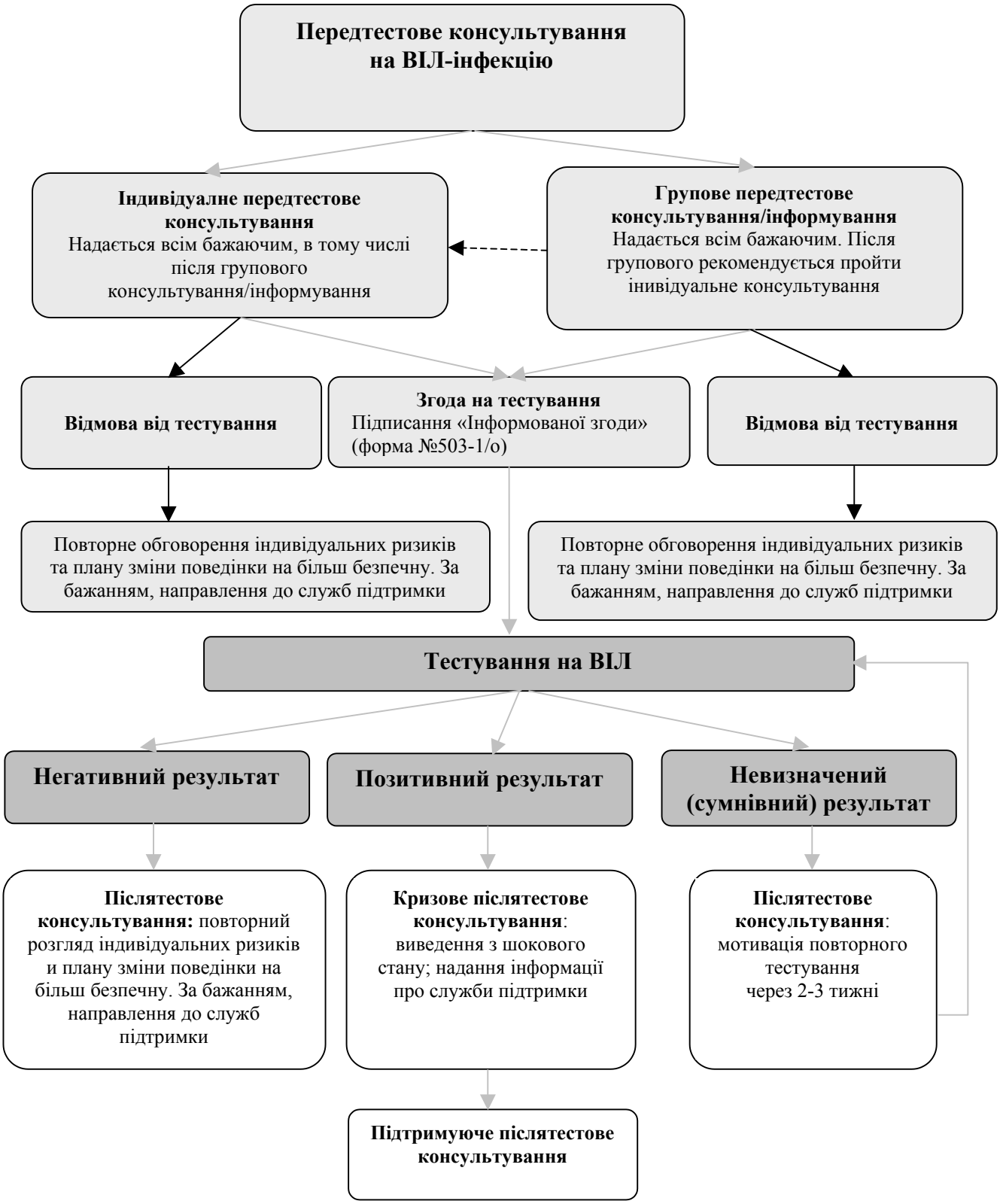


Рис. 4.1. Алгоритм ДКТ на ВІЛ-інфекцію

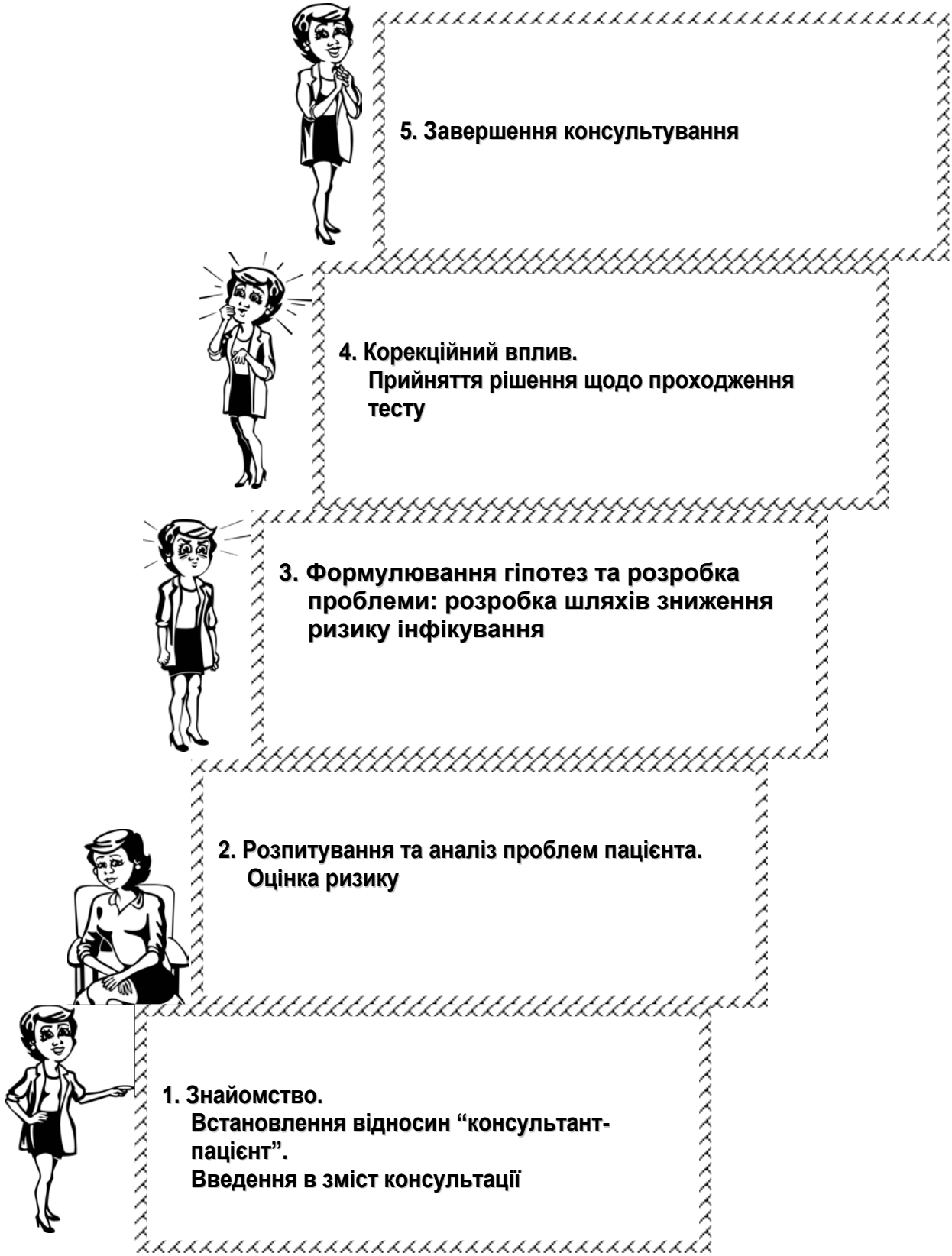


Рис. 4.2. Етапи в процесі консультування

Введення в зміст консультації передбачається з єдиною метою — досягти порозуміння з пацієнтом щодо завдань консультації. При цьому ставлення до пацієнта має бути доброзичливим або толерантним. Цей перший етап консультування проводиться у такій послідовності:

- знайомство з пацієнтом;
- пояснення принципу конфіденційності та можливості анонімного консультування і тестування;
- опис процедури ДКТ;
- інформування про зміст передтестового консультування;
- пояснення процедури тестування на ВІЛ;
- надання відповідей на запитання пацієнта.

Оцінюючи індивідуальні ризики інфікування ВІЛ, важливо розпитати пацієнта та виявити чинники, що впливають на його епізодичну або систематичну поведінку. Для цього цілеспрямовано і послідовно лікар задає пацієнту питання, які стосуються причин звернення за консультацією, останнього випадку ризикованої статевої поведінки пацієнта, з'ясування чинників та обставин, що впливають на ризик інфікування ВІЛ, оцінки ризику партнера тощо. Разом із пацієнтом лікар аналізує та визначає конкретні форми його ризикованої поведінки: наявність випадкового статевого партнера/ів, досвід частої зміни статевих партнерів, надання сексуальних послуг за плату, вживання наркотиків, алкоголю та інше; визначає пріоритетність цих ризиків, наявність інших питань, які важливо обговорити.

Розробка шляхів зниження ризиків інфікування передбачає посилення мотивації та підтримку зусиль пацієнта щодо необхідності зменшення ризику інфікування. На цьому етапі передтестового індивідуального консультування доцільно послідовно приділити увагу розгляду попередніх спроб зменшення ризику, досвіду безпечних статевих стосунків та перешкод у зменшенні ризику, вивченню впливу вживання психоактивних речовин, наявність та причини ситуацій, які підвищують вірогідність поведінки високого ризику, назвати пацієнту можливі варіанти зменшення його ризику, а якщо є в цьому потреба, то відпрацювати навички з користування презервативом.

Прийняття рішення щодо проходження тестування на ВІЛ — четверта сходинка індивідуального передтестового консультування. Це не що інше як корекційний вплив на пацієнта з однією метою — допомогти пацієнту прийняти добровільне інформоване рішення щодо тестування на ВІЛ. Послідовність та зміст проведення цього етапу узагальнені в **табл. 4.1**.

Таблиця 4.1

Послідовність проведення етапу консультування

Етап консультування	Зміст
Обговорення попереднього досвіду тестування та зміни в поведінці після отримання результату	З'ясувати проходження пацієнтом тестування на ВІЛ, яким був цей досвід раніше, які зміни сталися в його поведінці щодо зменшення ризику інфікування
Обговорення почуттів пацієнта щодо проходження тестування	Попросити пацієнта розповісти про свої почуття, з'ясувати, чи знають про його рішення щодо тестування на ВІЛ її/його чоловік/дружина/партнер, друг/подруга, батьки та як вони відреагували на це рішення

Обговорення значення для пацієнта позитивного та негативного результатів тестування	З'ясувати, що розуміє пацієнт під позитивним та негативним результатом тестування на ВІЛ, дати відповідні пояснення
Оцінка готовності пройти тестування та сприйняти результат	Обговорити з пацієнтом його можливу реакцію на позитивний чи негативний результат. З'ясувати, який результат є очікуваним, кому зможе пацієнт розповісти про результат тестування та від кого отримати підтримку
Обговорення життя при позитивному ВІЛ-статусі	Обговорити можливі зміни у житті пацієнта в разі позитивного результату. Пояснити, що таке життя передбачає раціональне харчування, періодичне медичне обстеження стану здоров'я, отримання подальшої медичної допомоги, підтримки та почуття оптимізму
Оцінка ризику можливих негативних наслідків позитивного результату тестування	З'ясувати вірогідність суїциду, агресивної реакції по відношенню до себе та оточуючих, аутоагресивні вчинки в минулому та зібрати психіатричний анамнез. Надати поради відповідно до потреб пацієнта
Обговорення переваг знання свого ВІЛ-статусу	Навести переваги знання свого ВІЛ-статусу, а саме: 1) отримати лікування, в тому числі безоплатний доступ до АРТ; 2) захистити своїх партнерів та майбутніх дітей від ВІЛ-інфекції; 3) при визначенні негативного ВІЛ-статусу отримати додатковий стимул щодо використання необхідних засобів профілактики інфікування ВІЛ
Обговорення труднощів, пов'язаних зі знанням свого ВІЛ-статусу	Запитати у пацієнта про негативні сторони для нього знання свого ВІЛ-статусу. Обговорити, як можна вплинути на ці обставини
Пропозиція пройти тестування	Якщо пацієнт прийняв рішення про тестування на ВІЛ, запропонувати йому заповнити форму №503–1о та направити в маніпуляційний кабінет для забору крові на дослідження. Особам, що відмовились пройти тестування, запропонувати повторну консультацію

Завершення консультування відбувається на останній п'ятій сходинці, коли лікар і пацієнт домовляються про час і місце наступної зустрічі.

У якості прикладу наводимо матеріал, представлений у **табл. 4.2**.

Таблиця 4.2

Зміст індивідуального передтестового консультування

Етап консультування	Зміст
Введення в зміст консультації	Пояснити про: • добровільність, конфіденційність консультування і тестування на ВІЛ та безоплатність останнього; • процедуру ДКТ; • мету і завдання консультування перед тестуванням на ВІЛ;

	• можливі результати тестування, їх оцінку; • шляхи передачі ВІЛ; • поведінкові ризики інфікування; • заходи щодо профілактики інфікування ВІЛ
Оцінка індивідуального ризику	Оцінити індивідуальний ризик інфікування (поведінку, пов'язану з високим ризиком інфікування ВІЛ)
Розробка шляхів зниження ризику інфікування	Скласти індивідуальний план щодо зниження ризиків інфікування та профілактики передачі ВІЛ. Надати інформацію про відповідні медичні, психологічні, соціальні, юридичні та інші служби. Розповісти, де і яким чином можна отримати більш детальну інформацію та які є можливості отримати додаткові консультації
Сприяння прийняттю рішення щодо проходження тестування	Оцінити готовність пацієнта пройти тестування. Обговорити з ним переваги знання свого ВІЛ-статусу. Оцінити наслідки з'ясування ВІЛ-статусу для подальшого життя пацієнта. Надати час для обміркування обговорених питань. Переконатися, що пацієнт зрозумів надану інформацію. При необхідності надати додаткову інформацію. З'ясувати бажання пацієнта пройти тестування на ВІЛ
Пропозиція пройти тестування у державному або комунальному закладі охорони здоров'я	Пацієнту, який дав згоду на проходження тестування на ВІЛ, лікар повинен запропонувати заповнити форму №503–1/о, направити до маніпуляційного кабінету для забору крові та призначити наступну зустріч [+)]

Примітка. [+)]При анонімному обстеженні форма №503–1/о не заповнюється

Групове консультування/інформування (ГК/І) надається також всім бажаючим, може проводитись тоді, коли з'ясування власного ВІЛ-статусу для даного пацієнта не є головною метою обстеження. Наприклад, людина звертається за отриманням довідки, або прийшла на донорський пункт чи на станцію переливання крові для кровоздачі тощо. ГК/І можливо проводити і тоді, коли за певних обставин бракує консультантів.

ГК/І проводиться відповідно до протоколу з ДКТ лише за усною згодою всіх осіб, залучених до консультації. ГК/І не передбачає проведення оцінки індивідуального ризику інфікування на ВІЛ або з'ясування індивідуальних наслідків позитивного результату тестування. Кожному пацієнту, що бере участь в ГК/І, важливо запропонувати індивідуальну консультацію до проходження тесту на ВІЛ. Чисельність групи для ГК/І не повинна перевищувати 16 осіб.

Формування групи при ГК/І доцільно проводити з осіб, які мають спільну мету тестування, наприклад, донори крові — одна група, вагітні — інша група. При цьому в кожній групі інформація надається в адаптованому до цієї групи людей вигляді. Лікар-консультант має прослідкувати, щоб всі учасники групи домовились про збереження конфіденційності особистої інформації, якщо така буде оприлюднена під час консультування кимось із осіб, що консультуються.

Заходи з ГК/І мають бути також адаптовані до особливостей даної лікувальної установи, в якій воно проводиться.

При ГК/І надається наступна інформація:

- що таке ВІЛ-інфекція та СНІД, вірус імунного дефіциту людини;
- яким чином може відбутися інфікування (зараження) ВІЛ (шляхи передачі, чинники передачі, джерело інфекції);
- які є ризики інфікування, методи і засоби захисту від інфікування;
- що входить в поняття «профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та які заходи при цьому проводяться, яка їх ефективність (при консультуванні вагітних);
- в яких умовах і для чого проводиться тестування на ВІЛ, добровільність та конфіденційність тестування;
- порядок проходження тестування та отримання результатів;
- правові наслідки встановленого ВІЛ-статусу;
- де, коли і як можна отримати психосоціальну підтримку та медичну допомогу.

Зміст групового передтестового консультування наведено у **табл. 4.3**.

4.3. Післятестове консультування

Післятестове консультування є конфіденційним діалогом між лікарем і пацієнтом, метою якого є обговорення результатів тестування на ВІЛ, надання необхідної інформації та психологічної підтримки.

Повідомлення про результат тестування має обов'язково супроводжуватись післятестовим консультуванням.

Розрив у часі між повідомленням про результат тестування на ВІЛ та післятестовим консультуванням є неприпустимим!

Післятестове консультування проводиться одразу після повідомлення про результат дослідження тільки у державних та комунальних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ). Це первинне післятестове консультування.

Бажано, щоб післятестове консультування пацієнта в ЗОЗ проводив той самий лікар, що консультував до тестування. Якщо передтестове консультування проводив інший фахівець і навіть в іншому закладі, то при проведенні післятестового консультування лікар має з'ясувати всю інформацію про місце дотестового консультування, його зміст і чим саме, якою інформацією про ВІЛ-інфекцію/СНІД володіє пацієнт.

Розголошення відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження ВІЛ та його результатів, що стали відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність!

Таблиця 4.3

Зміст групового передтестового консультування

Етап консультування	Зміст
Введення в зміст консультації	Пояснити: • мету та завдання консультування; • процедуру та принципи консультування та тестування (добровільність, конфіденційність, безоплатність); • можливі результати тесту, їх оцінку
Інформування пацієнтів для оцінки власних ризиків інфікування	Розповісти про: • шляхи передачі ВІЛ; • поведінкові ризики інфікування ВІЛ; • заходи та засоби профілактики (для цієї конкретної групи, що консультується); • наслідки з'ясування ВІЛ-статусу, в тому числі правові аспекти. Запропонувати особам, що консультуються, провести для себе оцінку власного ризику інфікування ВІЛ з урахуванням наявності чи відсутності поведінкових ризиків, в тому числі серед їх сексуальних партнерів. Запропонувати бажаючим індивідуальне консультування
Інформування про інші види допомоги	Поінформувати щодо: • джерел більш докладної інформації та можливості отримання консультацій з питань ВІЛ/СНІДу; • можливості отримання психосоціальної підтримки та медичної допомоги
Прийняття рішення щодо проходження тестування	Поінформувати про переваги знання свого ВІЛ-статусу. З'ясувати наявні питання та надати на них відповіді. Запропонувати при потребі індивідуальну консультацію. Особам, що відмовились від тестування, запропонувати повторну консультацію та провести бесіду щодо зменшення ризику інфікування
Пропозиція пройти тестування у державному або комунальному закладі охорони здоров'я	Пацієнтам, які дали згоду на тестування: запропонувати заповнити форму №503–1/о, направити до маніпуляційного кабінету для забору крові та призначити наступну зустріч [+)]

Примітка. [+)]При анонімному обстеженні форма №503–1/о не заповнюється

Враховуючи, що відомості про результат тестування на ВІЛ, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції у особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю, повідомлення про них дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, ЗОЗ, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Ці відомості не можуть бути повідомлені в державні немедичні або недержавні медичні та немедичні установи, організації, заклади, ОГ, навіть у тому випадку, коли передтестове консультування проводилось саме в цих закладах. Проте якщо сам пацієнт активно звернеться до таких установ чи закладів і особисто з власної волі повідомить про результати тестування на ВІЛ, то в такому випадку в зазначених вище установах може бути проведено додаткове підтримуюче (не первинне) післятестове консультування.

Як ми зазначили вище, післятестове консультування проводиться відразу після повідомлення результатів тестування. Але результати тестування можуть бути негативними, що означає відсутність в досліджуваній крові (сироватці або плазмі крові) антитіл до ВІЛ-1/2 і, відповідно, позитивними, що означає наявність в досліджуваному матеріалі антитіл до ВІЛ-1/2 або невизначеними (сумнівними).

Післятестове консультування при негативному результаті: важливо обговорити з пацієнтом заходи зниження ризику інфікування ВІЛ у майбутньому. Підкреслити, що результати тестування свідчать про те, що він (пацієнт) не є ВІЛ-інфікованим, проте зважаючи на існування так званого «серологічного вікна» і ризиковану поведінку впродовж останніх трьох місяців, переконати людину в необхідності повторного тестування на ВІЛ.

Згідно з «Порядком» консультування проводиться у такій послідовності:

- повідомлення пацієнта про результат;
- вивчення реакції пацієнта на результат тестування;
- акцентування уваги на необхідності розгляду результату тестування по відношенню до ризику в межах «серологічного вікна»;
- висловлення занепокоєння щодо можливості інфікування ВІЛ, якщо пацієнт не приділить уваги зменшенню ризикової поведінки.

Останнє означає, що лікар має допомогти пацієнту розробити чіткий та конкретний план зниження ризику інфікування, який би повністю відповідав вмінням та здібностям цієї людини, його мотивації щодо зміни певного типу поведінки. При цьому не слід підтримувати плани, що носять необґрунтований або радикальний характер щодо змін в житті пацієнта!

Лікар і пацієнт разом мають визначитись також і щодо терміну виконання розробленого плану та розглянути всі можливості підтримки з боку родичів, друзів, з якими він міг би обговорити свій план та навіть звітувати їм про його виконання.

Важливо підкреслити особливе значення цього етапу консультування, оскільки життя показує, що існує дуже мала вірогідність того, що ця людина повторно звернеться до лікаря і проаналізує разом з ним виконання розробленого плану.

Первинне післятестове консультування при позитивному результаті тестування передбачає **кризове консультування**, психологічну підтримку у сприйнятті діагнозу та допомогу у плануванні майбутнього.

Пріоритетним завданням при цьому є забезпечення усвідомлення пацієнтом результатів тестування, надання йому допомоги у визначенні можливості підтримки та ресурсів для того, щоб не зламатися і подолати ситуацію.

Консультування проводиться у такій послідовності:

- повідомлення про результат тестування, за вимогою пацієнта видати йому довідку про результат тестування (форма №503–2/о);
- аналіз значення результатів;
- надання можливості пацієнту усвідомити значення результату та надати психологічну підтримку;
- визначення розуміння пацієнтом результату (переконатися, що пацієнт правильно зрозумів значення отриманого результату);
- усвідомлення проблем, пов'язаних із сприйняттям первинного позитивного результату, і надання необхідної підтримки; обговорення життя з ВІЛ, можливих наслідків для особистого життя, сімейних і соціальних відносин;
- надання відповідей на незрозумілі питання; при потребі направити до відповідних фахівців;
- надання інформації щодо інших закладів, де ВІЛ-позитивний може отримати психологічну підтримку та соціальну допомогу.

Необхідно допомогти ВІЛ-інфікованому визначити джерела підтримки, доступ до них, пояснити важливість та порядок подальшого медичного обстеження, обговорити наміри щодо можливості повідомлення про ВІЛ-позитивний статус своїм лікарям та партнеру/партнерам. Згідно зі ст. 15 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД особи зобов'язані повідомити осіб, які були з ними у статевих контактах до виявлення факту ВІЛ-інфікованості, про можливість їх зараження. Повідомлення партнера/партнерів про проходження тестування на ВІЛ і його позитивний результат є важливим особистим питанням пацієнта. Проте завдання лікаря, що проводить післятестове консультування, допомогти йому не залишитись ізольованим і одиноким у вирішенні цієї особистої ситуації, визначити принаймні хоча б одну особу, якій пацієнт зміг би розповісти про свій позитивний результат тестування на ВІЛ та отримати від неї підтримку.

Інформування про соціальний захист, права та обов'язки ВІЛ-інфікованих осіб відповідно до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» та чинних нормативно-правових актів також входить до обов'язків лікаря, що проводить післятестове консультування.

Первинне післятестове консультування при невизначеному результаті починається з повідомлення про результати тестування та його роз'яснення. Невизначений результат або сумнівний результат означає, що на момент дослідження не можна впевнено визначити ВІЛ-статус пацієнта і цьому можуть бути

різні причини. Наприклад, пацієнт має інше захворювання (ревматичний артрит, множинний склероз, системний червоний вовчак, цукровий діабет I типу, хворобу Адісона, анкілозуючий спондиліт, хронічний гепатит, лімфопроліферативні злоякісні процеси, тяжкі ураження нирок тощо), що зумовлює синтез неспецифічних антитіл. Або перед тестуванням (за 30 днів) пацієнт зробив щеплення проти грипу чи отримав переливання крові, її компонентів чи введення гама-глобуліну. Доцільно обговорити і пояснити можливість перебування у стадії «серологічного вікна», роз'яснити клінічні прояви гострої стадії ВІЛ-інфекції. Поінформувати, що, за даними літератури, у 30–40% ВІЛ-інфікованих на цій стадії хвороба проявляється у вигляді гострого ретровірусного синдрому і нагадує перебіг гострої респіраторної інфекції — гарячка, слабкість, болі у голові та горлі, збільшені лімфатичні вузли, іноді висипка на тілі, діарея. Цей стан короткочасний, триває не більше двох тижнів і завершується без будь-якого лікування.

Запропонувати пацієнту повторне обстеження через 2 тижні або через 2–3 місяці. Пояснити доцільність дотримання безпечної поведінки (відмовитись від донорства, відкласти заплановану вагітність, зменшити кількість статевих партнерів, використовувати якісні презервативи під час статевих контактів тощо) до отримання результату повторного тестування. Надати інформаційні матеріали і адреси державних, комунальних організацій та закладів, які можуть надавати послуги ДКТ, призначити дату і час наступної зустрічі.

Перелік організацій та закладів, в яких можуть надаватись послуги ДКТ, наведено в **табл. 4.4**.

Таблиця 4.4

Перелік організацій та закладів, в яких можуть надаватись послуги ДКТ

Організації	Послуги ДКТ	Інші послуги
Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	Консультування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу. Популяризація ДКТ. Мотивування пацієнтів до проходження ДКТ. Передтестове консультування. Інформування пацієнтів про можливість тестування на ВІЛ у державних і комунальних ЗОЗ. Надання інформації про установи, організації, заклади та ОГ, в яких можна отримати медичну, психологічну, соціальну підтримку, допомогу в залежності від потреб. При активному зверненні пацієнта — підтримуюче післятестове консультування (після первинного післятестового консультування у державних та комунальних ЗОЗ)	Проведення консультацій із залученням психолога, юриста, соціального працівника, лікарів різних фахів. Видача інформаційних матеріалів. Обмін шприців. Видача презервативів. Залучення до профілактичних програм зменшення шкоди, що діють в регіоні. Проведення тренінгів
Працівники закладів освіти	Консультування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу. Популяризація ДКТ. Мотивування пацієнтів до проходження ДКТ. Інформування пацієнтів про можливість тестування на ВІЛ у державних і комунальнихт ЗОЗ.	Видача інформаційних матеріалів

	Надання інформації про установи, організації, заклади та ОГ, в яких можна отримати медичну, психологічну, соціальну підтримку, допомогу в залежності від потреб. При активному зверненні пацієнта — підтримуюче післятестове консультування (після первинного післятестового консультування у державних та комунальних ЗОЗ	
Громадські організації, що працюють з СІН, ПКС, групи підтримки ЛЖВ, релігійні громади тощо	Популяризація ДКТ. Мотивування пацієнтів до проходження ДКТ. Консультування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу. Передтестове консультування. Інформування пацієнтів про можливість тестування на ВІЛ у державних і комунальних ЗОЗ. Надання інформації про установи, організації, заклади та ОГ, в яких можна отримати медичну, психологічну, соціальну підтримку, допомогу в залежності від потреб. При активному зверненні пацієнта — підтримуюче післятестове консультування (після первинного післятестового консультування у державних та комунальних ЗОЗ)	Проведення консультацій із залученням психолога, юриста, соціального працівника. Видача інформаційних матеріалів. Обмін шприців. Видача дезінфікуючих засобів, презервативів. Надання психологічної допомоги за принципом «рівний-рівному», допомоги в розробці та здійсненні особистого плану зниження ризику інфікування, якщо особа відноситься до групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Проведення тренінгів
Медичні заклади інших, ніж державна та комунальна, форм власності	Консультування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу. Популяризація ДКТ. Мотивування пацієнтів до проходження ДКТ. Передтестове консультування. Інформування пацієнтів про можливість тестування на ВІЛ у державних і комунальнихт ЗОЗ. Надання інформації про установи, організації, заклади та ОГ, в яких можна отримати медичну, психологічну, соціальну підтримку, допомогу в залежності від потреб. При активному зверненні пацієнта — підтримуюче післятестове консультування (після первинного післятестового консультування у державних та комунальних ЗОЗ	Проведення консультацій лікарями та, при наявності в штаті, залучення психолога, юриста тощо. Видача інформаційних матеріалів

Підтримуюче післятестове консультування проводиться при позитивному результаті тесту після кризового консультування, коли пацієнт усвідомив свій ВІЛ-статус і готовий сприйняти нову інформацію, спрямовану на можливість отримання медико-соціальної, юридичної та психологічної допомоги і забезпечення доступу до неї.

Роль консультанта полягає в тому, щоб допомогти пацієнту оцінити, де і як отримати підтримку, спланувати майбутнє, розпочати життя з позитивним ВІЛ-статусом.

Необхідно пояснити пацієнту важливість подальшого медичного обстеження та диспансерного спостереження в центрі СНІДу, виконання профілактичних заходів, спрямованих на профілактику опортуністичних інфекцій, народження здорової дитини, запобігання передачі ВІЛ статевим партнерам, а також дотримання режиму лікування у разі його необхідності, оскільки від цих заходів залежить тривалість і якість життя ВІЛ-інфікованої людини, здоров'я її майбутньої дитини, можливість створення або збереження сім'ї, працездатності та професійних успіхів.

Консультант та пацієнт мають обговорити наміри пацієнта щодо можливості повідомлення лікарів, до яких він може звернутись з будь-яких причин, про свій ВІЛ-статус і, залежно від того, знатимуть вони чи ні, отримати відповідну допомогу. Пояснити порядок подальшого медичного нагляду.

Підтримуюче післятестове консультування проводиться у наступній послідовності.

Спочатку слід визначити членів родини або соціального оточення, на підтримку яких може розраховувати пацієнт в процесі адаптації до життя з ВІЛ. Для цього необхідно запитати, хто зможе допомогти пацієнту адаптуватися до життя з ВІЛ та підтримати його, а також звернути увагу, що емоційне і фізичне здоров'я та медичне лікування є важливими елементами життя з позитивним ВІЛ-статусом.

Важливим моментом є оцінка готовності пацієнта звертатися за підтримкою та визначення можливості якісних і доступних медичних послуг для пацієнта. З цією метою треба запитати, чи звертався раніше пацієнт за допомогою до закладу охорони здоров'я або до групи підтримки, чи доступною була для нього ця допомога, чи задоволений він нею. Якщо ні, чому (транспорт, ресурси, факт дискримінації тощо)?

Під час консультування доцільно обговорити ситуації, в яких пацієнт бажає подумати про захист своєї конфіденційності. Порадити йому повідомити про результат тесту лише тим особам, в яких він повністю впевнений. Розповісти, що існують групи взаємодопомоги людей, що живуть з ВІЛ, соціальні служби. Запитати, чи зацікавлений він в обговоренні своєї ситуації з іншими, що для нього є найбільш складним в отриманні підтримки, чи думав він про те, щоб отримати допомогу у вирішенні питань залежності від наркотиків або алкоголю, чи існує певний вид підтримки або послуг, які б він хотів отримати.

При встановленні ризикованої поведінки необхідно обговорити з пацієнтом індивідуальний план її зменшення та мотивувати на реалізацію цього плану, повідомити про наявність програм зменшення шкоди, підкреслити необхідність безпечного сексу, користування презервативами. По завершенню процедури консультування необхідно надати інформацію у друкованому вигляді про заклади та організації, де він зможе отримати допомогу, із зазначенням їх адрес, назв та телефонів. При необхідності дати направлення.

4.4. Особливості консультування окремих груп загального населення

Особливості консультування вагітних. Для вагітної тестування на ВІЛ є частиною стандартного набору досліджень, що здійснюються під час медичного спостереження за нею. Відповідно до чинних нормативних актів тестування на ВІЛ проводиться двічі за згодою вагітної жінки з метою виявлення ВІЛ-інфікованих жінок, щоб вони могли своєчасно прийняти інформоване рішення щодо народження дитини, запобігти передачі ВІЛ новонародженому або партнеру, отримати своєчасну і якісну медичну допомогу та соціальну підтримку. Тестування на ВІЛ вагітних має і другу сторону — виявлення ВІЛ-негативних (не інфікованих жінок) і своєчасне поінформування їх про безпечну поведінку, як уникнути можливого інфікування вірусом в умовах існуючої епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДом в Україні, забезпечити якісний догляд за вагітними та молодими матерями.

Під час перед- та післятестового консультування слід враховувати, що крім аспектів консультування, передбачених розділом 4 «Порядку», з вагітною необхідно обговорювати і суто специфічні питання, які стосуються її вагітності.

Зміст індивідуального передтестового консультування вагітної наведено у **табл. 4.5**.

Первинне післятестове консультування вагітної жінки при негативному результаті полягає в тому, щоб заспокоїти вагітну, роз'яснити значення негативного результату, проте ще раз обговорити з нею шляхи передачі ВІЛ, правила безпечної поведінки, розібрати можливі способи запобігання зараженню ВІЛ, збереження репродуктивного здоров'я та призначити термін повторного обстеження.

Первинне післятестове консультування вагітної жінки при позитивному результаті — згідно до алгоритму ДКТ — це **кризове консультування.** Вагітній необхідно прямо повідомити інформацію про позитивний результат тестування на ВІЛ. Метою такого консультування є не тільки можливість повідомити вагітній, що вона ВІЛ-інфікована, але й допомогти жінці сприйняти свій ВІЛ-статус, адаптуватися до свого стану, поінформувати її відносно профілактики передачі ВІЛ іншим рідним та близьким людям, спонукати її до ретельного піклування про своє здоров'я, поінформувати про можливості сучасної антиретровірусної терапії та хіміопрофілактики перинатальної передачі ВІЛ за допомогою антиретровірусних препаратів. Важливо зупинитися на чинниках, що можуть вплинути на рішення вагітної стосовно її репродуктивного вибору. До чинників, що схиляють жінку до переривання вагітності, належать незапланована вагітність, наявність здорової дитини або дітей, складне соціально-економічне положення, страх перед народженням ВІЛ-інфікованої дитини або дитини з вадами розвитку, ранній термін вагітності та прояви симптомів будь-яких опортуністичних інфекцій та інвазій. Аналізуючи чинники, що спонукають жінку до прийняття рішення народжувати дитину, можна дійти висновку, що найбільше значення мають такі: бажання будь-що мати дитину, релігійні та культурні погляди, безсимптомний перебіг ВІЛ-інфекції, високий матеріальний рівень сім'ї та її готовність і можливість доглядати ВІЛ-інфіковану дитину, а також доступ до замісної терапії з метою запобігання шкоди ненародженій дитині (**табл. 4.6**).

Таблиця 4.5

Зміст індивідуального передтестового консультування вагітної

Етап консультування	Зміст
Інформування про шляхи передачі ВІЛ-інфекції, процедуру тестування та можливі результати	Надати інформацію щодо: • ВІЛ-інфекції/СНІДу та шляхів передачі інфекції; • принципів діагностики ВІЛ-інфекції; • добровільності, конфіденційності, безоплатності обстеження на ВІЛ; • прав вагітної щодо обстеження на ВІЛ; • значення негативного, позитивного та сумнівного результатів; • процедури обстеження
Оцінка особистого ризику інфікування ВІЛ вагітною	З'ясувати щодо наявності: • ризикових форм поведінки (характер сексуальних стосунків, можливе ін'єкційне вживання наркотиків тощо); • випадків переливання крові або її компонентів, трансплантації органів, тканин, інвазивних процедур; • ІПСШ; • професійних контактів з кров'ю
Пояснення переваг щодо обізнаності про свій ВІЛ-статус	Поінформувати вагітну про: • шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини; • профілактику перинатальної передачі ВІЛ, в тому числі хіміопрофілактику перинатальної передачі ВІЛ за допомогою антиретровірусних препаратів; • сучасні принципи ведення пологів, виключення грудного вигодовування при встановленому ВІЛ-позитивному статусі жінки для проведення своєчасної, комплексної та послідовної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини; • безоплатність хіміпрофілактики перинатальної передачі ВІЛ від матері до дитини та хіміопрофілактики ВІЛ-інфекції у новонародженого антиретровірусними препаратами
Мотивування безпечної поведінки під час вагітності	Надати вагітній інформацію щодо: • важливості та значення безпечної статевої поведінки у зв'язку з можливістю інфікування ВІЛ під час вагітності з подальшою передачею ВІЛ-інфекції плоду; • можливості внутрішньоутробного інфікування протягом усієї вагітності; • необхідності зміни поведінки на більш безпечну при наявності поведінки високого ризику інфікування ВІЛ

Таблиця 4.6

Зміст індивідуального післятестового консультування вагітної при позитивному результаті (кризове консультування)

Етап консультування	Зміст
Повідомлення результату тестування	Повідомити про результат тестування та обговорити його значення для вагітної і новонародженого
Уточнення анамнезу	Уточнити можливе джерело інфекції і шляхи передачі вірусу
Надання інформації про шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини	Поінформувати вагітну про всі можливі шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини
Інформування про доступні методи попередження передачі ВІЛ від матері до дитини	Поінформувати вагітну щодо: • методів профілактики перинатальної передачі ВІЛ; • необхідності дотримуватись здорового способу життя, заходів профілактики та відповідальності за інфікування ВІЛ інших осіб; • необхідності регулярного огляду в жіночій консультації, у лікаря-інфекціоніста в поліклініці за місцем проживання або в територіальному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом; • необхідності чітко виконувати рекомендації лікарів; • необхідності прийому за призначенням лікарів препаратів заліза та фолієвої кислоти; • необхідності проведення профілактики антиретровірусними препаратами; • необхідності додержання вимог до порядку госпіталізації; • можливих способів розродження, запобігання необґрунтованим акушерським втручанням під час пологів; • виключення грудного вигодовування; • вирішення питання про можливість отримання штучних замінників грудного молока для харчування дитини; • зниження ризику інфікування дитини при використанні засобів профілактики
Пояснення особливостей перебігу вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок	Пояснити важливість своєчасного медичного обстеження і спостереження та виконання вагітною заходів попередження виникнення ускладнень вагітності (викиднів, гіпотрофії плода, мертвонароджуваності, передчасних пологів, несвоєчасного виливу навколоплідних вод, бактеріальної пневмонії у новонародженої дитини тощо)
Роз'яснення можливості репродуктивного вибору	Пояснити, що жінка сама приймає рішення про переривання вагітності чи народження дитини
Пояснення особливості планування сім'ї у ВІЛ-інфікованих жінок	Надати інформацію з питань планування сім'ї та підвищення якості життя ВІЛ-інфікованої жінки після народження дитини або іншого можливого репродуктивного вибору. Поінформувати щодо всіх існуючих технологій попередження небажаної вагітності з урахуванням ефективності, ризиків, недоліків з акцентуванням уваги на використанні презервативів, надати можливість вибору

Інформація про необхідність дообстеження для з'ясування стадії ВІЛ-інфекції та встановлення діагнозу	Поінформувати про: • необхідність диспансерного нагляду у жіночій консультації, в поліклініці за місцем проживання або в центрі профілактики і боротьби зі СНІДом та кількості відвідувань відповідно до терміну вагітності та стадії ВІЛ-інфекції; • проведення додаткового обстеження для встановлення стадії ВІЛ-інфекції; • особливості перебігу ВІЛ-інфекції у вагітних; • вибір антиретровірусних препаратів; • соціальний супровід та надання інформаційних матеріалів

Консультування при невизначеному до пологів ВІЛ-статусі. Особливістю індивідуального передтестового консультування вагітних, що поступають на пологи з невизначеним ВІЛ-статусом, окрім висвітлення основних питань, які пов'язані із загальною інформацією про ВІЛ-інфекцію/СНІД та шляхи передачі ВІЛ, є акцентування необхідності та важливості проведення експрес-діагностики ВІЛ-інфекції за допомогою простих/швидких тестів для виявлення антитіл до ВІЛ та інтерпретація результатів тестування. Відповідно до наказу МОЗ України від 09.06.2003 року за №255 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на антитіла до ВІЛ, облікової форми №498/о та інструкції щодо її заповнення» швидкі тести доцільно використовувати за добровільною згодою у вагітних, ВІЛ-статус яких до цього не було визначено, безпосередньо у пологових будинках.

Лікар має пояснити, що при позитивному або сумнівному результаті з метою попередження передачі ВІЛ від матері до дитини під час пологів є необхідність вдатися до антиретровірусних препаратів, відмовитись від грудного вигодовування, обговорити питання прав пацієнтки щодо тестування на ВІЛ, процедури обстеження простими/швидкими тестами, значення результатів, визначення остаточного результату обстеження на ВІЛ-інфекцію лише після обстеження методом ІФА (зразок цільної крові, незалежно від отриманого результату тестування, протягом трьох діб передається в лабораторію діагностики ВІЛ-інфекції центру профілактики та боротьби зі СНІДом для проведення дослідження із застосуванням тест-систем для ІФА).

Первинне післятестове консультування при негативному результаті простого/швидкого тесту зводиться переважно до визначення особистих ризиків і пояснення таких понять, як «серологічне вікно», «імунна відповідь» тощо.

При позитивному результаті швидкого тесту на ВІЛ первинне післятестове консультування включає в себе наступні етапи: повідомлення результатів тесту, інформування про методи профілактики інфікування ВІЛ новонародженого, роз'яснення необхідності подальшого медичного нагляду після пологів.

Особливості консультування донорів крові. Консультування донора крові має таку ж мету і передбачає висвітлення тих самих питань, як і консультування інших категорій населення. Разом з тим консультування донорів, особливо

передтестове, має свої особливості. Ці особливості пов'язані перш за все з тим, що дослідження крові та її компонентів, клітин, тканин та органів для виявлення ВІЛ-інфекції є обов'язковим і це не суперечить чинному законодавству України про добровільність обстеження на ВІЛ-інфекцію, оскільки донор після передтестового консультування має право відмовитись від донорства і, в такому разі, й від обов'язкового обстеження перед ним. Анонімність дослідження, якщо особа обстежується як донор крові, виключається.

Передтестове консультування донорів крові (її компонентів) проводиться у ЗОЗ служби переливання крові або у відділеннях трансфузіології обласних, міських чи районних лікарень. Консультування донорів клітин, органів і тканин проводиться у державних та комунальних ЗОЗ.

Передтестове консультування донорів може проводитись як індивідуально, так і у групі. Добре усвідомлюючи, що передтестове консультування донорів може стати єдиним і що зовсім не обов'язково донор прийде за результатами його тестування на ВІЛ, лікар максимально має збільшити обсяг інформації про ВІЛ-інфекцію, шляхи її передачі, профілактичні заходи, значення ризикованої поведінки потенційного донора для можливого інфікування реципієнта крові та кровопродуктів.

Зміст передтестового консультування цієї групи людей має включати в себе і юридичні аспекти, а також питання моральної та кримінальної відповідальності донора за упереджене ставлення під загрозу інфікування та інфікування ВІЛ його майбутніх реципієнтів, знання і розуміння такого поняття як «серологічне вікно», «інформована згода» тощо. Під час передтестового консультування необхідно забезпечити донора (або потенційного донора) інформацією у такому обсязі, щоб він міг вирішити, чи хоче він бути донором та пройти тестування на ВІЛ, чи ні.

При індивідуальному передтестовому консультуванні лікар має можливість оцінити належність донора до груп ризику, його розуміння відповідальності за особисту ризиковану поведінку і дати йому відповідні рекомендації та поради. Що дає консультування донору? Перш за все, важливу для нього інформацію щодо усвідомлення моральної та кримінальної відповідальності за **завідоме** поставлення під загрозу інфікування або інфікування вірусом його майбутніх реципієнтів, шанс відмовитись від донації, дати інформовану згоду на тестування та визначитись з порядком повідомлення йому результатів тесту на ВІЛ-інфекцію.

Специфікою первинного післятестового консультування донорів не залежно від отриманого результату тестування є те, що донор не звертається, як правило, за результатами тесту, оскільки визначення ВІЛ-статусу не є його головною метою при донорстві. В тих випадках, коли все ж таки особа звертається у заклади служби крові за результатами тесту, первинне післятестове консультування здійснює фахівець цього закладу в обсязі, передбаченому розділом 4.3 «Порядку». Якщо донор не звернувся у заклади служби крові за результатами тестування, повідомлення про результати дослідження крові на ВІЛ-інфекцію здійснює лікар територіальної поліклініки або регіонального центру з профілактики та боротьби зі СНІДом під час проведення післятестового консультування.

Особливості консультування хворих на туберкульоз. За результатами досліджень Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом туберкульоз на сьогодні є основною причиною смерті серед ВІЛ-інфікованих і становить 30–50% в структурі померлих від СНІДу. За прогнозами вчених зростання туберкульозу у розвинутих країнах може відбуватись за рахунок ослабленої імунної системи ВІЛ-позитивних людей та нових випадків серед ВІЛ-інфікованих. Мульти- та полірезистентний туберкульоз за відсутності належного лікування швидко поширюється серед ЛЖВ в багатьох країнах, в тому числі й в Україні, тому дуже актуальним питанням сьогодення стає своєчасне виявлення туберкульозу серед контингентів ВІЛ-інфікованих та, навпаки, ВІЛ-інфекції серед хворих на туберкульоз. Тому консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію повинні бути доступними для кожного хворого на туберкульоз.

Метою первинного передтестового консультування цієї групи людей є інформування з питань ВІЛ-інфекції і туберкульозу, усвідомлення важливості знання свого ВІЛ-статусу, від якого залежить порядок призначення лікування та отримання інформованої згоди на проведення тестування на ВІЛ-інфекцію.

Метою післятестового консультування хворого на туберкульоз є повідомлення його ВІЛ-статусу, при необхідності надання психологічної підтримки і розроблення плану лікування та поведінки пацієнта на період лікування.

Перед- та післятестове консультування хворих на туберкульоз може проводитись в протитуберкульозних диспансерах, лікарнях, санаторіях, а також в інших ЗОЗ.

Лікар, що проводить перед- та післятестове консультування хворих на туберкульоз, має враховувати соціальний статус пацієнтів, серед яких значна кількість осіб, що звільнились з місць покарання, не мають постійного місця проживання, сім'ї, не працевлаштовані, мають низький рівень культури та освіти, схильність до ризикованої поведінки.

Поширення хронічних форм туберкульозу, наявність хіміорезистентного туберкульозу значно погіршує прогноз для пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, створює додаткові етичні та психологічні проблеми, які має враховувати лікар при проведенні післятестового консультування при позитивному результаті тесту на ВІЛ-інфекцію.

Так, наприклад, при обговоренні подальшого активного життя пацієнта з позитивним ВІЛ-статусом, можна зіткнутися з агресивним сприйняттям пацієнтом такої спроби (пацієнт почувається дуже погано, хворіє на невиліковну хворобу, а лікар намагається щось говорити про активне життя). В такому разі, доцільним є відмова від обговорення цього питання, надання пацієнту інформаційних матеріалів, а потім, у залежності від покращення стану здоров'я пацієнта в результаті лікування туберкульозу, повернутись до реалізації цього пункту на подальших сеансах підтримуючого консультування.

Приклад змісту та особливості проведення післятестового консультування при позитивному результаті на ВІЛ-інфекцію у хворих на туберкульоз наводимо у **табл. 4.7**.

Таблиця 4.7

Зміст та особливості проведення післятестового консультування при позитивному результаті на ВІЛ-інфекцію у хворих на туберкульоз

Етап консультування	Зміст
Представлення результату тестування	Повідомити про результат тесту. За вимогою видати довідку про результат тесту на ВІЛ-інфекцію (форма №503–2/о)
Пояснення значення результатів тестування	Пояснити значення позитивного результату тесту на ВІЛ-інфекцію, що означає поєднання туберкульозу та ВІЛ-інфекції, можливості лікування туберкульозу при ВІЛ-інфекції, особливості АРТ, залежність ефективності лікування від вживання алкоголю або наркотиків
Надання можливості усвідомити значення результату тестування	Оцінити здатність пацієнта прийняти результат, дати можливість усвідомити результат
Надання необхідної підтримки	Заспокоїти пацієнта, з'ясувати наявність осіб для надання йому необхідної підтримки
Обговорення особливостей перебігу та лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих	Пояснити, що після лікування туберкульозу у разі необхідності буде призначена АРТ
Визначення можливостей отримання лікування туберкульозу	Пояснити оптимальний режим та схему лікування туберкульозу, уточнити доступність медичної допомоги
Вивчення ступеня доступності медичних послуг для пацієнта	Обговорити можливість отримання інших медичних послуг після виписки із стаціонару
Визначення планів пацієнта після одужання від туберкульозу	Обговорити плани пацієнта після одужання від туберкульозу, важливості дотримання режиму лікування з акцентом на позитивних моментах лікування та покращення стану здоров'я
Обговорення подальшого життя пацієнта з позитивним ВІЛ-статусом	Розповісти про можливість продовження активного життя для людей з ВІЛ. Обговорити цю тему з пацієнтом
Визначення найближчих планів дій пацієнта	Чітко пояснити, що саме необхідно зробити пацієнту в найближчу добу, до кого звернутися, які і коли ліки прийняти. З'ясувати незрозумілі питання та надати відповіді на них. Призначити наступну зустріч

Особливості консультування медичних працівників. ДКТ працівників медичних закладів є одним з важливіших компонентів системи заходів з профілактики інфікування ВІЛ на робочому місці, що направлені на зниження ризику передачі ВІЛ від пацієнта до медичного працівника через контакт з кров'ю та іншими біологічним рідинами, що можуть містити в собі ВІЛ, при наданні медичної допомоги. Працівник медичного закладу, який під час надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованому мав контакт з біологічними рідинами пацієнта, повинен отримати курс післяконтактної хіміопрофілактики антиретровірусними препаратами згідно до наказу №120 (за його згодою). Для призначення

курсу бажано визначити ВІЛ-статус постраждалого на момент виникнення аварії на робочому місці.

Передтестове консультування проводиться у такій послідовності:

- встановлення обставин аварійної ситуації (дата і час контакту, докладний опис маніпуляції, що виконувалась, та кількість біологічної рідини або матеріалу, що потрапили на шкіру, слизові оболонки або в рану, глибину ушкодження й інтенсивність контакту, використання індивідуальних засобів захисту, характер термінових дій, проведених відразу після контакту, факт реєстрації в журналі обліку аварійних ситуацій тощо);
- пояснення постраждалому порядку обстеження особи, з біологічними рідинами організму якої відбувся контакт (тестування на ВІЛ особи, з біологічними рідинами якої відбувся контакт) проводиться тільки після отримання інформованої згоди на це обстеження. У разі неможливості визначення ВІЛ-статусу цієї особи як можливого джерела інфекції, вона вважається ВІЛ-інфікованою, що зумовлює необхідність виконання всіх заходів, передбачених при контакті з кров'ю або іншими біологічними рідинами ВІЛ-інфікованої особи;
- пояснення постраждалому порядку його обстеження, значення можливих результатів тестування на ВІЛ-інфекцію (обґрунтувати необхідність щонайшвидше пройти обстеження, краще в перші часи, але не пізніше 72-х годин від моменту аварії для визначення тактики профілактичного лікування — постконтактної хіміопрофілактики ВІЛ);
- отримання інформованої згоди на проходження тестування на ВІЛ у державному або комунальному ЗОЗ (заповнити форму №503–1/о);
- інформування щодо профілактичного курсу лікування з метою запобігання професійного інфікування ВІЛ (схема, побічні ефекти та необхідність перебування під постійним наглядом фахівця з ВІЛ-інфекції);
- отримання інформованої згоди на проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції (заповнити бланк інформованої згоди);
- роз'яснення заходів профілактики поширення ВІЛ на період диспансерного нагляду за постраждалим (відмова від донорства, обмеження статевих контактів, користування презервативом, припинення грудного вигодовування, якщо таке є, тимчасове відкладення запланованої вагітності);
- акцентування уваги на необхідності дотримання універсальних заходів з профілактики ВІЛ на робочому місці;
- створення мотивації продовження професійної діяльності (ймовірність інфікування ВІЛ після контакту рани з кров'ю ВІЛ-інфікованого або з іншими його біологічними рідинами, що містять вірус, становить приблизно 0,3%, неушкоджених слизових оболонок — приблизно 0,09%, після контакту з неушкодженою шкірою — не зареєстровано);
- з'ясування та обговорення незрозумілих питань (надати додаткову інформацію, направити до відповідних фахівців).

Важливо ще раз підкреслити, що мова йде не про пацієнта, а про постраждалого медичного працівника. Після тестування, проведеного протягом перших днів після виникнення аварійної ситуації, може виявитись, що до моменту аварії

постраждалий медичний працівник не був ВІЛ-інфікованим і немає антитіл до ВІЛ, і також можлива ситуація, за якої результат тестування позитивний. В останньому випадку це свідчить про те, що медичний працівник був інфікований раніше, до виникнення аварії, і в такому разі під час первинного післятестового консультування мова може йти не про постконтактну профілактику, а про поглиблене обстеження, встановлення діагнозу та стадії захворювання, визначення потреби у призначенні АРТ.

При негативному результаті тестування постраждалого медичного працівника первинне післятестове консультування включає:

- ознайомлення з результатами тестування на ВІЛ-інфекцію;
- при встановленні ВІЛ-позитивного статусу пацієнта, з кров'ю чи біологічними рідинами якого контактував медичний працівник, або при відсутності даних про ВІЛ-статус пацієнта проводиться інформування про тактику подальших профілактичних заходів (роз'яснення необхідності отримання повного курсу хіміпрофілактики, порядку обстеження та диспансерного спостереження у разі відмови від постконтактної профілактики, ознак захворювання, інформування про соціальний захист медичних працівників у разі інфікування на робочому місці);
- при встановленні ВІЛ-негативного статусу пацієнта, з кров'ю якого або з біологічними рідинами якого контактував медичний працівник, повідомити про припинення курсу профілактичного лікування та обстежень на ВІЛ-інфекцію постраждалого;
- скласти разом з постраждалим його особистий план зниження ризику інфікування на робочому місці, визначити посадових осіб, які будуть допомагати у здійсненні цього плану, тобто провести повторне обговорення з постраждалим універсальних запобіжних заходів попередження інфікування ВІЛ на робочому місці.

При позитивному результаті тестування на ВІЛ у постраждалого під час його обстеження через 3, 6 або 9 місяців після виникнення аварійної ситуації післятестове консультування проводиться відповідно до «Порядку».

4.5. Особливості консультування уразливих до ВІЛ груп населення

Різним людям властиві різні форми поведінки. Уразливі до ВІЛ-інфікування групи населення не виняток і також можуть демонструвати різні типи ризикованої поведінки стосовно інфікування ВІЛ або гепатитом С. Наприклад, споживачі ін'єкційних наркотиків мають статеві стосунки з жінками або чоловіками, ЧСЧ можуть також мати статеві контакти з жінками, можуть надавати сексуальні послуги за плату або споживати наркотики, а працівниці комерційного сексу можуть мати постійного партнера/чоловіка та/або дітей, а також споживати наркотики. Особливо важливо допомагати людям визначати власний тип ризикованої поведінки та сприяти зміні їхньої поведінки з метою зниження ризику передачі ВІЛ або іншого захворювання. Лікар або консультант не повинен нікому демонструвати власний осуд, не повинен нікого присоромлювати чи стигматизувати. Консультування

повинне створити сприятливі передумови для зміни ризикованої поведінки клієнта.

Особливості консультування та тестування споживачів ін'єкційних наркотиків. Спосіб життя споживачів ін'єкційних наркотиків часто пов'язаний із правопорушеннями, конфліктами із законом та викликає *осудження з боку суспільства*.

У зв'язку з цим СІН можуть із обережністю та недовірою ставитись до всіх медичних та інших послуг, у тому числі з консультування та тестування, що надаються державними службами чи службами на базі закладів охорони здоров'я. Хоча СІН є найбільш уразливими до інфікування ВІЛ, послуги з ДКТ, що є частиною цієї системи, можуть ускладнюватись труднощами у залученні пацієнтів з числа СІН. Прикладом успішного вирішення цієї проблеми можуть бути програми, у яких ДКТ організується у співпраці з громадськими організаціями, що реалізують програми з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу «за межами кабінетів» — з виходом чи виїздом до місць звичного перебування споживачів наркотиків.

У такі програми співробітники часто залучаються із числа колишніх споживачів наркотиків, які мають уявлення про соціальні норми та цінності наркокультури. Окрім того, вони користуються довірою у середовищі споживачів наркотиків, тому профілактичні заходи, які вони здійснюють, нерідко сприймаються цільовою групою з більшим ступенем довіри. Якщо такий працівник пройде спеціальну підготовку з питань дотестового та післятестового консультування, пов'язаного з тестуванням на ВІЛ-інфекцію, він зможе у доступній та прийнятній для споживачів наркотиків формі дати пояснення щодо тестування та необхідності бути поінформованим про свій ВІЛ-статус.

Залучення колишніх споживачів наркотиків до процесу консультування дозволяє підвищити рівень довіри СІН до державних служб, що надають послуги з ДКТ, та інших видів медичної та соціальної допомоги.

Відповідно до Протоколу ДКТ, 2005 р., консультування проводиться у такій послідовності:

Оцінка загального стану пацієнта	Суб'єктивно оцінити наявність у пацієнта стану наркотичного або алкогольного сп'яніння, стану абстиненції. При відсутності можливості пацієнта щодо сприйняття інформації призначити повторну зустріч
Мотивування пацієнта на повне проходження процедури консультування та тестування	Повідомити, коли та де пацієнт зможе отримати результат цього тесту. З'ясувати, чи буде у нього можливість зайти за результатом у цей час. Якщо ні, то пояснити, що він зможе отримати результат його тесту та пройти післятестове консультування і трохи пізніше. Пояснити, що: ▪ дуже важливо, щоб він повернувся за результатом; ▪ після отримання результату він зможе обговорити з консультантом ті питання, які у нього виникнуть; ▪ при потребі щось обговорити він може сміливо прийти на додаткову консультацію

Обговорення переваг знання свого ВІЛ-статусу. Проведення разом з пацієнтом аналізу можливих “за” і “проти” знання свого статусу	Пояснити, що пацієнт вже зробив дуже важливий крок, прийшовши на цю консультацію, оскільки знання, які він тут отримає, зможуть допомогти йому керувати своїм життям. Обговорити переваги знання його ВІЛ-статусу і з якими труднощами воно може бути пов’язане. Разом з ним скласти списки “за” та “проти” знання свого ВІЛ-статусу
Інформування пацієнта про можливість отримання психологічної, соціальної та інших видів підтримки для СІН	Пояснити, що при виникненні потреби у психологічній підтримці можна звернутись за допомогою в організацію, яка займається наданням допомоги СІН. Надати контактну інформацію. Вказати час та умови прийому цього консультанта
Надання інформації про групи взаємодопомоги	Надати інформацію про групи взаємодопомоги, які об’єднують людей з проблемами, подібними до його, надати контактну інформацію. При можливості допомогти у здійсненні першого контакту з представниками цих груп
Обговорення можливості екстреної профілактики у випадку сексуального насильства	Пояснити, що сексуальне насильство пов’язане з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ внаслідок травмування слизових оболонок. Розповісти про можливості екстреної профілактики ВІЛ у разі сексуального насильства
Проведення разом з пацієнтом оцінки індивідуальних ризиків інфікування ВІЛ та ІПСШ. Обговорення можливості зменшення ризиків	З’ясувати: ▪ користування засобами запобігання інфікування інфекціями, що передаються статевим шляхом; ▪ про ситуації, коли не використовується презерватив, та причину цього. Разом з пацієнтом обговорити шляхи зменшення ризиків інфікування
З’ясування хибних уявлень у пацієнта щодо безпечних/небезпечних сексуальних практик	З’ясувати, яким чином він визначає осіб, з якими статеві контакти є більш ризикованими щодо інфікування ВІЛ та ІПСШ, а також чи є якісь групи осіб, з якими він не пов’язує ризик інфікування ВІЛ. Якщо так, то чому; яким чином такі міркування впливають на його вибір поведінки
Обговорення ризиків інфікування ВІЛ для ПКС та СІН	З’ясувати про поінформованість щодо поширеності ВІЛ серед СІН та ПКС. Пояснити фактори підвищеного ризику інфікування ВІЛ для ПКС. Нагадати, що частина ПКС є споживачами ін’єкційних наркотиків, тобто мають подвійну загрозу інфікування
Обговорення шляхів та засобів зменшення ризику інфікування	Скласти разом з пацієнтом план його захисту від інфікування ВІЛ та захисту його постійного партнера. Пояснити: ▪ про значний вплив вживання наркотиків на стан його здоров’я; ▪ що для зменшення ризику інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В і С йому необхідно відмовитись від ін’єкційного вживання наркотиків; ▪ що при неможливості відмови від наркотиків на даний час потрібно не користуватись чужими використаними або спільними шприцами, не давати іншим свій використаний шприц, не промивати використаний шприц у загальній ємності з водою, для кожної ін’єкції використовувати стерильний шприц тощо; ▪ про необхідність користування якісним презервативом при кожному сексуальному контакті. З’ясувати його наміри щодо першого кроку

Післятестове консультування при негативному або невизначеному результаті	Провести консультування з урахуванням вимог відповідних заходів розділу 4.3 Протоколу ДКТ
Післятестове консультування у разі позитивного результату. Планування майбутнього з деталізацією щодо зміни поведінки на менш ризиковану для поліпшення якості життя	З'ясувати стан та можливість пацієнта сприйняти інформацію, при необхідності призначити повторну зустріч. Подальше консультування провести відповідно до заходів розділу 4.3 Протоколу ДКТ. З'ясувати, чи вплине його позитивний статус на рішення щодо зменшення вживання наркотиків. Якщо так, то: ▪ яким чином та яких результатів він очікує від таких змін; ▪ хто може його підтримати на шляху до позитивних змін

Міжнародні дослідження доводять, що споживачі ін'єкційних наркотиків, які отримують замісну терапію та відповідну підтримку, справді здатні змінити свою поведінку з метою зниження ризику інфікування або передачі ВІЛ, у тому числі припиняють споживати наркотики або користуватися спільними шприцами. Треба пам'ятати про те, що вагітні жінки-СІН повинні мати доступ до замісної терапії, оскільки раптова абстиненція може травмувати і жінку, і ще ненароджену дитину. Крім того, ВІЛ-позитивні СІН, які отримують ВААРТ, теж потребують доступу до замісної терапії. Замісна терапія допомагає стабілізувати спосіб життя та змінити поведінку СІН і, таким чином, зокрема, сформувати у них готовність та прихильність до АРТ, протитуберкульозного лікування тощо, якого вони часто потребують.

Особливості забору крові у СІН. Більшість СІН роблять собі ін'єкції наркотика у вени на руках. Від частих уколів з'являються рубці, які надзвичайно ускладнюють процедуру забору крові з вен на руках та/або ногах. Особливо це стосується СІН жіночої статі. Часто доводиться використовувати голку дуже маленького розміру, щоб узяти кров з атипової вени для аналізу на ВІЛ. Ніхто краще СІН не знають про стан власних вен та про те, з якої саме вени можна брати кров. Для СІН іноді сама думка про аналіз крові може бути болісною, особливо якщо вони передбачають неодноразові спроби лікаря натрапити на їхню вену. Якщо вже доводиться брати кров з вени, необхідно обов'язково запитати СІН, з якої вени це краще зробити.

Особливості консультування працівників комерційного сексу. Надання сексуальних послуг зазвичай є основним джерелом доходів працівника комерційного сексу (ПКС). ПКС розуміють, що попереджувати клієнтів про ризик інфікування ІПСШ або пропонувати менш приємний для них спосіб сексуального контакту — не найкраща можливість для заробітку грошей. Тому відмова від деяких або від усіх форм поведінки, пов'язаних з ризиком, може зменшити здатність ПКС заробляти собі на життя. Зазвичай секс-працівники взагалі уникають розмови про презерватив, коли домовляються з клієнтом про вартість послуги, місце, де вона буде надаватись тощо.

Загальновідомо, що ПКС частіше використовують презервативи з клієнтами, ніж зі своїми постійними партнерами, оскільки психологічно розмежовують стосунки з клієнтом і близькою людиною, демонструючи останній довіру у формі незахищеного статевого контакту. Багато ПКС наражаються на небезпеку отри-

мати ВІЛ під час незахищеного статевого контакту з постійним партнером.

Крім того, ПКС (особливо з низьким рівнем оплати послуг) можуть зазнавати значного тиску у вигляді фінансових стимулів чи примусу з боку сутенера або клієнта, що змушує їх зважуватись на особливо ризиковану поведінку (наприклад, на проникаючий секс без презерватива). Саме ці ПКС, які пропонують свої послуги на вулиці, найменш освічені, мають низький соціально-економічний статус, найбільш уразливі перед агресією та жорстоким поводженням з боку клієнтів, сутенерів, працівників правоохоронних органів. Інфікування ВІЛ та іншими збудниками ІПСШ внаслідок незахищеності перед насильством є серйозною проблемою для ПКС.

Консультант повинен допомогти ПКС знаходити шляхи подолання перешкод, з якими вони стикаються під час спроб зменшити ризик інфікування ВІЛ та ІПСШ. Якщо вони вже інфіковані, попередити про необхідність дотримання профілактичних заходів для попередження поширення ВІЛ-інфекції, інших ІПСШ та кримінальну відповідальність за інфікування їх партнерів.

Слід приділити належну увагу створенню атмосфери довіри. За даними деяких досліджень, ПКС часто зазнають стигми та осуду в закладах охорони здоров'я та інших службах. Важливо зосередитися на поведінці і не засуджувати людину. Необхідно обговорити шляхи зменшення ризику передачі ВІЛ, а також інші важливі для ПКС питання та можливості отримання необхідної допомоги, поінформувати про установи, заклади, організації, об'єднання громадян, в яких цю допомогу можна отримати.

Під час консультування необхідно наголосити на поведінкових змінах та висвітлити питання, передбачені у розділах 4.2 та 4.3 Протоколу ДКТ, з урахуванням особливостей осіб, що консультуються.

Відповідно до Протоколу ДКТ, 2005 р., консультування проводиться у такій послідовності:

Інформування про заходи та засоби профілактики інфікування ВІЛ статевим шляхом	З'ясувати про користування пацієнтом засобами запобігання інфікуванню ІПСШ, в тому числі якісними презервативами для орального та анального сексу тощо. Обговорити додаткові заходи для запобігання інфікуванню. Розглянути правила застосування презервативів (використовувати при наявності демонстраційні матеріали: схеми, малюнки, презервативи, муляжі). Обговорити дії у разі, якщо презерватив розірвався. Запитати про наявність та причини випадків сексу без презерватива та власну оцінку ризику інфікування за таких обставин. Разом з особою, що консультується, визначити шляхи уникнення таких ситуацій. Розглянути можливість альтернативного непроникаючого сексу
Оцінка ризику щодо сексуального насильства. Обговорення правил поведінки для зменшення цього ризику	З'ясувати: ▪ власну оцінку ризику ПКС щодо вірогідності інфікування; ▪ поширеність сексуального насильства серед оточення ПКС, з чим це може бути пов'язано; ▪ хто найчастіше виявляється насильником (клієнти чи хтось інший).

	Обговорити разом з особою, що консультується, правила його/її поведінки, що допоможуть уникнути або зменшити ризик насильства та попередити можливі конфлікти
Інформування щодо екстреної профілактики інфікування у разі сексуального насильства	Роз'яснити: ▪ причини підвищеного ризику інфікування ВІЛ при сексуальному насильстві (суттєве травмування слизових оболонок тощо); ▪ щодо можливості екстреної профілактики ВІЛ у разі сексуального насильства
Оцінка ризику, пов'язаного із вживанням психоактивних речовин	З'ясувати щодо випадків: ▪ сексуальних контактів під впливом наркотиків (яких?) чи алкоголю; ▪ обслуговування клієнтів, які перебувають у нетверезому стані. Роз'яснити високий ризик інфікування ВІЛ під впливом наркотиків, особливо ін'єкційних. Розробити індивідуальний план зменшення ризику інфікування ВІЛ та дізнатися про наміри щодо особистого захисту
Визначення ризиків, пов'язаних із статевими контактами, та шляхів профілактики	З'ясувати: ▪ наявність постійного статевого партнера/партнерів (крім клієнтів); ▪ користування партнером засобами запобігання інфікуванню ІПСШ; ▪ оцінку пацієнтом безпечності сексу з постійним партнером. Обговорити додаткові заходи щодо запобігання інфікуванню
Визначення факторів підвищеного ризику для ПКС	Пояснити: ▪ що при статевих контактах, які супроводжуються сильним травмуванням слизових оболонок, підвищується ризик інфікування ВІЛ; ▪ про більшу уразливість щодо інфікування ВІЛ для осіб з запальними захворюваннями статевих шляхів. Скласти з ПКС план зменшення його/її ризику інфікування
Надання інформації та визначення оптимальних профілактичних засобів	З'ясувати прийнятність, умови, переваги, недоліки та перешкоди у застосуванні профілактичних засобів

Особливості консультування чоловіків, що мають секс з чоловіками. Чоловіки, які мають секс с чоловіками, можуть також мати статеві стосунки з жінками, можуть бути одружені та мати дітей**.** Неприйняття ЧСЧ з боку суспільства створює додаткові бар'єри при обговоренні індивідуальних ризиків, пов'язаних зі статевою поведінкою. Існують докази, що ЧСЧ, коли стає відомо про їхній спосіб життя, зазнають стигми, у т.ч. з боку працівників медичних закладів та соціальних служб. ЧСЧ часто буває складно зізнатися у тому, що вони практикують незахищені статеві стосунки з іншими чоловіками. За даними дослідження Мережі ЛЖВ, ЧСЧ часто повідомляють, що вони є СІН, а не ЧСЧ, оскільки їм важко визнати свою приналежність, хоча насправді вони ніколи не вживали наркотики. Потрібно

знайти делікатний підхід до пацієнта, щоб реалістично оцінити його індивідуальні ризики і надати необхідну підтримку.

Необхідно приділити достатньо уваги розвіюванню певних міфів, пов'язаних із статевою поведінкою, що існують у даній соціальній групі, надати достовірну інформацію щодо безпечних та небезпечних моделей поведінки. Незахищений анальний секс найбільш ризикований, оскільки кров и сім'я мають найвищу концентрацію ВІЛ. Важливо, щоб декілька негативних результатів тесту не призвели до втрати належної уваги ЧСЧ до питань безпечного сексу. Одним із завдань консультування є підвищення мотивації пацієнта до практики безпечної сексуальної поведінки. При консультуванні доцільно наголосити на необхідності уникати ризикованої поведінки та висвітлити питання, передбачені у розділах 4.2 та 4.3 Протоколу, з урахуванням особливостей осіб, що консультуються.

Відповідно до Протоколу ДКТ, 2005 р., консультування проводиться у такій послідовності:

Обговорення стилю сексульної поведінки	З'ясувати стиль сексуальної поведінки: ▪ ступінь бісексуальності: наявність сексуальних контактів з особою протилежної статі або зі своєю статтю; ▪ наявність постійного партнера, партнера з випадковими статевими стосунками, випадкових партнерів; ▪ наявність відносно безпечних сексуальних практик при відносинах з ЧСЧ (взаємна мастурбація, міжстегновий секс тощо)
Обговорення заходів та засобів профілактики інфікування статевим шляхом	З'ясувати ситуацію щодо стереотипів поведінки у разі: ▪ використання пацієнтом та його партнером/ партнеркою засобів запобігання ІПСШ, обговорити додаткові заходи; ▪ користування пацієнтом якісними презервативами (в тому числі спеціальними для анального сексу), любрикантами та розглянути правила їх застосування
Надання спеціальних рекомендацій щодо їх використання	Роз'яснити з використанням демонстраційних матеріалів переваги та необхідність застосування любриканта. Пояснити, що звичайні креми не замінюють любриканти, які можна придбати в аптечній мережі
Обговорення ризиків інфікування для "активного" та "пасивного" партнерів	З'ясувати поінформованість щодо розподілу ризику інфікування між "активним" та "пасивним" партнерами та детально розглянути фактори, які збільшують ризик інфікування обох партнерів
Обговорення ризику інфікування при незахищеному оральному сексі	Пояснити щодо вірогідності інфікування як "активного", так і "пасивного" партнерів при незахищеному оральному сексі, необхідності використання якісних презервативів тощо
Обговорення ризиків, пов'язаних із частою зміною партнерів	З'ясувати розуміння пацієнтом залежності ризику інфікування від кількості статевих партнерів та їх сексуальних контактів. Визначити та розглянути можливість зменшення ризику, пов'язаного із частою зміною статевих партнерів

З'ясування проходження тесту на ВІЛ в минулому та причини повторних обстежень	Обговорити ситуації, які викликають стурбованість щодо можливості інфікування ВІЛ
Визначення впливу негативного результату тесту на подальшу поведінку та оцінку власних ризиків	З'ясувати щодо: ▪ практикування безпечного сексу та його тривалості після отримання негативного результату тесту; ▪ причини повернення до незахищеного сексу
З'ясування наявності інших видів ризикованої поведінки	З'ясувати про наявність досвіду вживання наркотиків
Обговорення принципів зменшення шкоди, якщо пацієнт вживає наркотики ін'єкційним шляхом	Обговорити можливість зменшення ризику інфікування ВІЛ, якщо пацієнт вживає наркотики ін'єкційно
Інформування щодо впливу психоактивних засобів на статеву поведінку	З'ясувати щодо досвіду сексуальних контактів у пацієнта та його партнера з партнером, що перебував під впливом наркотиків (яких) чи алкоголю. Пояснити про вплив наркотичних засобів на сексуальну поведінку, зниження критичного ставлення до можливості інфікування ВІЛ
Оцінка ризику щодо сексуального насильства	З'ясувати: ▪ власну оцінку щодо причин та ризику зазнати сексуального насильства; ▪ поширеність сексуального насильства серед оточення пацієнта
Обговорення з пацієнтом можливості екстреної профілактики в разі сексуального насильства	Пояснити причини ризику інфікування при сексуальному насильстві. Надати інформацію про можливість екстреної профілактики ВІЛ у разі сексуального насильства
Оцінка індивідуальних ризиків інфікування ВІЛ та ІПСШ для надавачів сексуальних послуг	З'ясувати: ▪ чи користуються пацієнт та його партнери засобами профілактики ІПСШ (якими); ▪ чи бувають ситуації, коли не використовується презерватив та чому. Обговорити шляхи зменшення ризику інфікування відповідно до розділу 6 додатка 1 до Порядку
З'ясування хибних уявлень пацієнта щодо безпечних/небезпечних сексуальних практик	Визначити критерії, за якими пацієнт визначає ризиковані та безпечні контакти і як це впливає на вибір його поведінки
Обговорення з пацієнтом ризиків інфікування ВІЛ для ПКС та СІН	З'ясувати поінформованість пацієнта про поширеність ВІЛ серед СІН та ПКС. Розповісти про підвищений ризик інфікування ВІЛ для ПКС, з яких певна частина є СІН
Підсумкове обговорення шляхів та засобів зменшення ризику інфікування	Обговорити: ▪ можливості захисту пацієнта та його постійного партнера від інфікування ВІЛ; ▪ план зниження ризику інфікування та його перший крок

Особливості консультування ув'язнених та засуджених. Перед- та післятестове консультування ув'язнених, засуджених та звільнених з місць позбавлення волі проводиться відповідно до розділів 4.2 та 4.3 цього Протоколу з урахуванням вказаних нижче особливостей та специфіки поведінки ув'язненого або засудженого, в залежності від яких консультування може проводитись відповідно до розділів 5–7 додатку до Протоколу.

До ув'язнення спосіб життя багатьох із засуджених та ув'язнених можна назвати ризикованим як у ставленні до себе, так і до оточуючих. Як правило, вони свою поведінку не міняють і у місцях позбавлення волі. Серед них можна виділити категорії з ризикованою поведінкою стосовно інфікування ВІЛ та гепатитом С: чоловіки, які мають незахищений секс з іншими чоловіками, особи, які використовують нестерилізовані шприци (для ін'єкцій наркотика, татуювання тощо) та практикують статеві стосунки з особами, які можуть бути ВІЛ-інфікованими. Жінки у місцях відбування покарань також практикують незахищені статеві стосунки з іншими жінками. Споживання наркотиків характерно як для чоловічих, так і для жіночих в'язниць. Основною перешкодою на шляху консультування та тестування на ВІЛ цих категорій є страх засудження іншими членами колективу. Тому роль консультанта полягає у створенні атмосфери довіри, забезпеченні суворої конфіденційності факту проходження пацієнтом тесту на наявність ВІЛ-інфекції та його результату. Необхідно пояснити пацієнту, що результат тесту становить лікарську таємницю, передача відомостей щодо результатів обстеження може надаватись лише у передбачених законодавством України випадках. Одночасно необхідно дати роз'яснення важливості для нього знання свого ВІЛ-статусу та мотивувати його на проходження тесту.

У багатьох ув'язнених та колишніх в'язнів, враховуючи неодноразові судимості, втрачені родинні зв'язки. Під час проведення консультування таких осіб необхідно спільно із засудженим з'ясувати, від яких організацій, спільнот він хотів би отримати підтримку після звільнення з місць позбавлення волі. В установах виконання покарань законодавчо заборонено зберігання одноразових шприців та обмежена доступність одноразових засобів для гоління, презервативів у зв'язку з відсутністю в ув'язнених достатніх коштів на їх придбання. Тому при проведенні консультування необхідно звернути увагу на можливість дезінфекції приладів для гоління, татуювання, шприців в умовах установи, пояснити, де саме він може отримати дезінфікуючі засоби. Пояснити, де він може придбати в установі презерватив. При відсутності у нього коштів запропонувати йому звернутись з проханням до родичів або знайомих про передачу презервативів в посилках-передачах.

4.6. Помилки при наданні консультативної допомоги

Перед тим як вдатися до аналізу можливих помилок при наданні консультативної допомоги, пригадаємо що саме включає в себе поняття консультування. Відразу домовимось, що під консультуванням різні люди розуміють різні речі, оскільки

існує медичне та психологічне консультування, організаційне та управлінське, педагогічне та профорієнтоване, кадрове та маркетингове консультування. Загалом консультування, як одна з форм роботи, застосовується в тих галузях людської діяльності, в яких поряд з спеціальними знаннями та вмінням доречним є використання знань з психології, хоча б тому, що консультування являє собою процес спілкування або, як ми вище визначали, співбесіду і включає в себе певні аспекти впливу. В найбільшій мірі знання психології людини, її особистих якостей (мотивації, потреб, емоційного реагування) важливі при консультування з питань здоров'я, в тому числі при наданні послуг ДКТ. Саме тому частіше спостерігаються помилки психологічного характеру при наданні консультативної допомоги, пов'язаної з тестуванням на ВІЛ-інфекцію.

Під час проведення консультування, пов'язаного з тестуванням на ВІЛ, завжди треба пам'ятати, що ВІЛ-інфекція — це ще й проблема поведінкова. Виходячи з цього, доцільніше проводити повноцінну процедуру консультування спеціально навченими психологами, але для якісного проведення процедури консультування та координації послуг ДКТ і лікарям необхідно навчитись елементам психологічного консультування, оскільки згідно із законодавством саме на них покладається відповідальність за медичний огляд населення на ВІЛ-інфекцію.

Розглядаючи помилки при наданні консультативної допомоги, необхідно звернути увагу на саме поняття консультування у процедурі ДКТ. Консультування — це конфіденційний діалог між консультантом та пацієнтом. Роль консультанта полягає у допомозі пацієнту прийняти власне усвідомлене рішення щодо проходження тестування на ВІЛ та справитись із стресом.

До основних помилок, які спостерігаються під час передтестового консультування на етапі знайомства та привітання, є неінформування про принцип конфіденційності, коли кабінет є прохідною кімнатою або в кабінеті присутні інші медичні працівники; не сприяння приємної і комфортної ситуації для пацієнта, коли консультант дозволяє собі осудливі зауваження у разі, якщо пацієнт зізнається у ризикованої поведінці; коли консультант зайнятий оформленням медичної документації і розмовляє, не піднімаючи голови, або він зустрічає пацієнта у позиції закритої пози (схрещені руки, нога за ногу), коли консультант сидить за столом, а пацієнт посередині кабінету і т.п. В такому випадку консультант не досягне довірливого відношення до нього пацієнта та очікуємого результату процедури.

Переважна кількість лікарів зосереджують свою увагу на збиранні анамнезу захворювання, результатів обстеження, лікування, а не на психологічних та поведінкових аспектах консультування. Консультант повинен здійснювати збір інформації про спосіб життя, поведінкові ризики, рівень інформування про проблему ВІЛ-інфекції та її профілактику і, по можливості, не витрачати часу на обговорення інших питань. Проте, ставлення консультанта завжди впливатиме на те, яку інформацію пацієнт побажає повідомити про себе.

Захоплюючись інформацією пацієнта, консультант надає йому інформацію та відповіді на суто медичні питання і не зосереджує увагу на інформації щодо шляхів передачі ВІЛ, запобігання інфікуванню, процедури тестування та вагомості знання свого ВІЛ-статусу.

Іноді, навпаки, відсутність часу на консультування призводить до порушення цієї процедури і лікар-консультант не обговорює проблему з пацієнтом, лише надає інформацію, а, відтак, не дає можливості пацієнту зробити вибір та допомогти у прийнятті рішення.

Відсутність зворотного зв'язку із пацієнтом є причиною відмови його від процедури тестування та складення плану зниження ризикованої поведінки.

Основними помилками консультантів на етапи післятестового консультування (**табл. 4.8**) є емоційні крайнощі консультанта, коли він або занадто відсторонено інформує пацієнта про результат тесту, не дає йому можливості усвідомити значення результату, не враховує елементи кризисного консультування, а одразу направляє пацієнта в центр СНІДу або, навпаки, консультант впевнює пацієнта, що нічого страшного не відбулось, намагається емоційно заспокоїти його.

Таблиця 4.8

Основні типові помилки та засоби їх уникнення

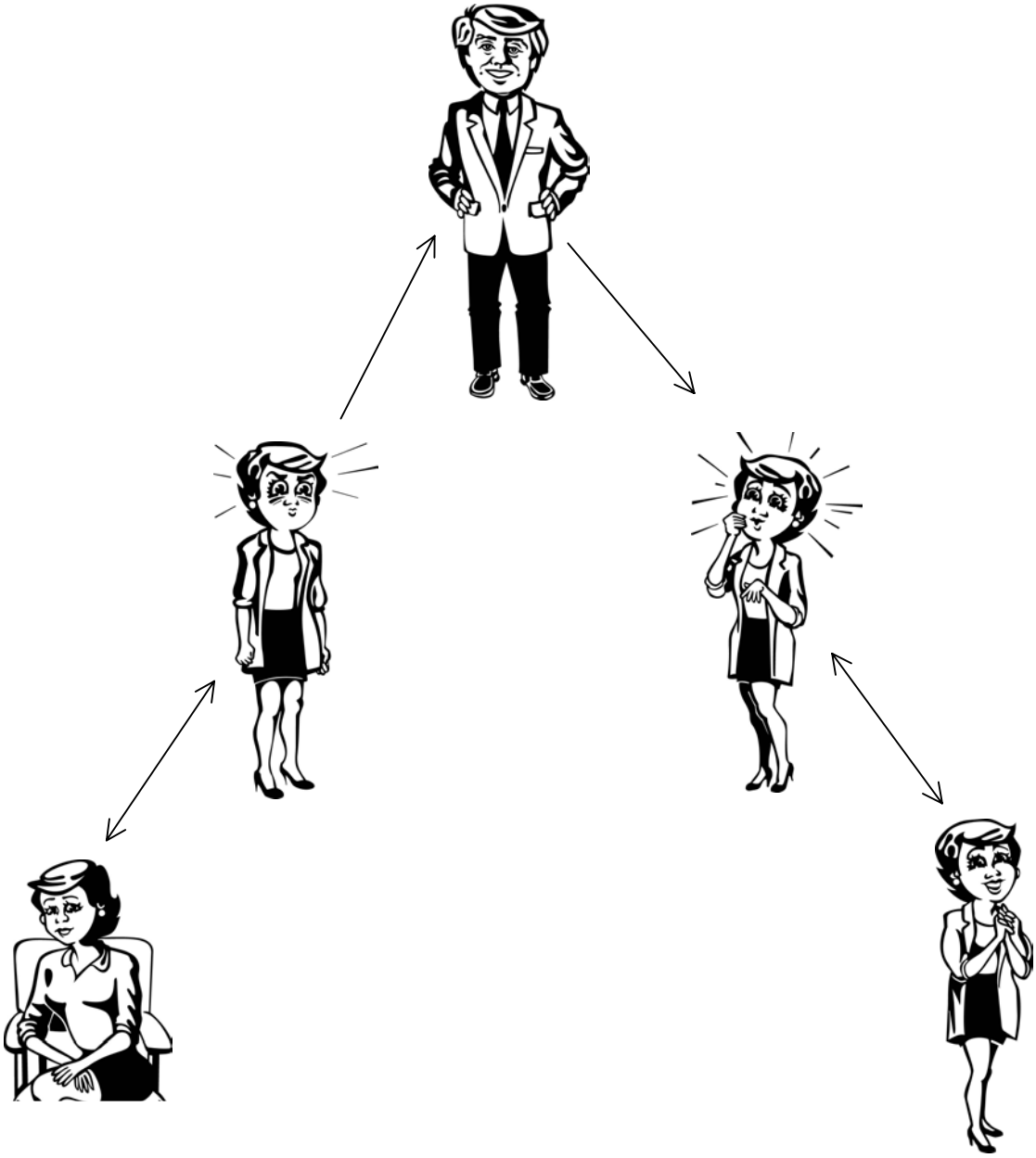
Типові помилки	Засоби уникнення помилок
Обмеження щодо проявів та висловлення пацієнтом своїх почуттів та потреб	Заохочувати пацієнта до спонтанного висловлення своїх почуттів та потреб
Осудження, читання моралі та повчання пацієнта, особливо щодо ризикованої поведінки СІН, ЧСЧ, ПКС	Сприймати пацієнта таким, яким він є
Припущення про те, що пацієнт не перебуває у групі ризику, виходячи з його зовнішнього вигляду, професії, віку	Всім пацієнтам, незалежно від їхнього віку (навіть, якщо їм за 50 та/або вони одружені), професії або зовнішнього вигляду, задавати неупереджені питання про всі види потенційної ризикованої поведінки; не можна припускати, що Ви самостійно можете впізнати СІН або ЧСЧ
Навішування ярликів (таврування пацієнтів)	З'ясувати мотиви, страхи та тривоги пацієнта
Безпідставні заспокоювання та оптимізм, недооцінка складності розуміння проблеми пацієнтом	Уважно розглянути проблеми пацієнта, з'ясувати причини його страхів та тривог, допомогти в їх опануванні
Неприйняття почуттів пацієнта, надання поспішних порад	Налаштувати пацієнта до прийняття самостійних рішень
Звинувачувальний тон консультування, використання запитання «Чому?»	З'ясувати життєві обставини, проблеми та побоювання пацієнта
Заохочення залежності пацієнта від консультанта, посилення потреби в присутності консультанта та його керівництві	Посилити власні можливості пацієнта
Схиляння пацієнта до нової поведінки за допомогою лестощів, компліментів або обману	Підтримати пацієнта щодо визначення дій, які є можливими для виконання плану зменшення ризику інфікування

Важливим моментом під час повідомлення результату тесту, особливо у разі отримання позитивного результату, є врівноважене беземоційне ставлення до пацієнта, надання йому можливості усвідомити цей результат та отримати кризову консультацію і психологічну підтримку. Більшість пацієнтів, дізнавшись про свій ВІЛ-статус, перебувають у стані шоку, тому засвоєння інформації може бути дуже обмежене. Таким чином, приблизно через тиждень, коли пацієнт адаптується до свого стану, важливо повторити йому всю інформацію і переконатися, що інформація справді усвідомлена. Коли лікар не може провести кризове консультування, бажано дати можливість заспокоїтись пацієнту, після чого запитати його, чи зможе він відвідати іншого консультанта і направити його на прийом до психолога, попередньо домовившись по телефону. Для цього на території обслуговування потрібно підтримувати налагоджене партнерство між державними, комунальними та громадськими організаціями. Відсутність партнерства між такими закладами і організаціями не сприяє забезпеченню доступу населення до послуг ДКТ та покращенню їх якості.

Розділ 5

Супервізія. Моніторинг та оцінка

5.1. Супервізія: мета та завдання 126
5.2. Система моніторингу та оцінки ДКТ 128



5.1. Супервізія: мета та завдання

Лікар, що надає послуги ДКТ, з одного боку має бути обізнаним щодо понять супервізія, моніторинг та оцінка ДКТ, а з другого — самому бути готовим виконувати обов'язки супервізора у тому разі, коли вони покладаються на нього головним лікарем ЗОЗ, або він залучається до супервізії МОЗ України, Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом тощо.

Супервізія дословно означає «бачити зверху» або «погляд зверху» і має забезпечувати удосконалення знань та навичок лікаря, що здійснює консультування, шляхом керівництва, надання методичної допомоги та підтримки для надання консультативних послуг високої якості та поліпшення менеджменту служб ДКТ. Іншими словами супервізія — це офіційна форма взаємодопомоги, при якій лікар, що надає послуги ДКТ, може регулярно обговорювати свою роботу з більш досвідченим і компетентним колегою (супервізором) та отримати пораду щодо підвищення ефективності консультативної практики.

Задачею супервізії є співпраця з метою підвищення ефективності перед- та післятестового консультування! Супервізія не передбачає отримання будь-якої користі. Її основні цінності базуються на відповідальності та повазі як до лікаря, так і до пацієнта. Необхідними умовами супервізії є етичність, конфіденційність, безпечність, ефективність та компетентність.

Супервізія може здійснюватись на різних рівнях. Так, на державному рівні супервізія проводиться спеціалістами МОЗ України, Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, НДІ та центрів за участю представників ОГ, в тому числі і міжнародних. На регіональному рівні виконання обов'язків супервізорів покладається наказом регіонального управління охорони здоров'я на найбільш досвідчених спеціалістів центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, акушерсько-гінекологічної, педіатричної, інфекційної, наркологічної, дерматовенерологічної, трансфузіологічної, протитуберкульозної та інших служб.

У кожному ЗОЗ наказом головного лікаря виконання обов'язків супервізорів покладаються на лікаря, найбільш підготовленого з питань ДКТ, лікаря, що пройшов цикл тематичного удосконалення з питань ДКТ в системі післядипломної освіти і має відповідний сертифікат.

Супервізор виконує ключову роль в реалізації послуг ДКТ, виявляє і аналізує проблеми, надає рекомендації щодо їх усунення!

Функціональні обов'язки супервізора включають в себе аспекти забезпечення контролю якості консультування та операційний контроль за наданням консультаційних послуг.

Завдання для супервізора можна сформулювати відповідно до «Порядку» таким чином:

1) проведення оперативного аналізу;
2) проведення конференцій, нарад з питань та проблем ДКТ;
3) огляд планів зміни ризикованої поведінки пацієнтів;

4) спостереження за проведенням консультацій;
5) організація навчання;
6) оцінка задоволеності пацієнтів.

Оперативний аналіз поділяється на два типи: один присвячений питанням якості консультування та ведення пацієнтів, другий — адміністративним та організаційним питанням (розширення спектру послуг, збір даних, графіки роботи тощо).

Темами щоквартальних конференцій можуть бути обговорення теоретичних та практичних питань діяльності служб ДКТ, обговорення та розгляд конкретних випадків без персоніфікації. Супервізор зобов'язаний гарантувати дотримання конфіденційності. Однією з постійних тем нарад і конференцій може бути огляд планів зміни ризикованої поведінки пацієнтів.

Спостереження за проведенням консультації (супервізія консультування) надає супервізору повну інформацію і розуміння тих проблем, з якими стикається лікар у своїй щоденній практиці, можливість оцінити його практичні навички та вміння. При цьому безперечним є той факт, що сам супервізор має отримати дозвіл у лікаря та його пацієнта на свою присутність при консультуванні, пояснити мету своєї присутності, запевнити, що будуть дотримані всі вимоги конфіденційності консультації. Супервізор не повинен розмовляти під час надання консультації. Єдине, що він може собі дозволити, це висловлення подяки пацієнту за його розуміння необхідності спостереження. Супервізор має бути присутнім протягом всього часу консультування. Проте в тих випадках, коли це неможливо, доцільно використовувати магнітофонний або відеозапис, метод «підставних пацієнтів», рольові ігри. Супервізор повинен забезпечити конструктивний та направлений на формування навичок консультування зворотний зв'язок консультанту на день проведення спостереження. Розрізняють наступні види супервізії: консультування «один на один» (супервізор і лікар, якого контролюють), групова супервізія з одним супервізором (декількома супервізорами), «один на один» супервізія з рівним колегою, групова супервізія з рівними колегами.

Що стосується навчання та підвищення кваліфікації лікарів, які надають послуги ДКТ, то в цьому сенсі доцільно складати перелік осіб, які підлягають навчанню, графік проходження ними навчання на циклах тематичного удосконалення (ТУ) в системі післядипломної освіти лікарів. В додатку ми наводимо вже існуючі навчальні плани і програми підготовки лікарів з питань ДКТ при ВІЛ-інфекції, розроблені в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, ректор член-кор. АМН України професор Ю.В.Вороненко. З іншими навчальними планами і програмами, а також з календарним планом проведення на кафедрі вірусології циклів з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, сучасної лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції, лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції, парентеральних вірусних гепатитів та герпесвірусних інфекцій можна ознайомитись на сайті НМАПО імені П.Л.Шупика.

Оцінка задоволеності пацієнтів, які отримали послуги ДКТ, може бути здійснена з використанням різних механізмів та методів. Це може бути прохання про заповнення окремої форми дослідження, негайний зв'язок з використанням «скриньок для пропозицій», індивідуальне опитування породіль у пологових будинках, хворих в наркологічних стаціонарах тощо.

Для забезпечення супервізором операційного менеджменту якості діяльності служб ДКТ необхідно здійснювати моніторинг виконання лікарями під час консультацій таких заходів, як забезпечення відповідності консультативних послуг «Порядку», гарантії збереження конфіденційності даних, а також шляхом аналізу доступності послуг ДКТ, потоку та охоплення пацієнтів (відвідання), аналізу взаємодії з іншими закладами та її ефективності.

Супервізор повинен отримати підтвердження про ознайомлення усіх лікарів-консультантів центру чи пункту ДКТ з чинним законодавством України стосовно організації і проведення ДКТ, умовами збереження конфіденційності та доступу до них.

Для оцінки стану послуг ДКТ необхідно здійснювати аналіз наданих послуг, робочого графіку лікарів-консультантів, потоку і охоплення пацієнтів (кількість відвідувань), системи взаємодії та звітності.

5.2. Система моніторингу та оцінки ДКТ

Система моніторингу і оцінки (МіО) служб ДКТ є частиною національної системи моніторингу та оцінки заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу. Метою проведення МіО служби ДКТ є оцінка ефективності послуг у зниженні ризику зараження та зміни сексуальної поведінки, допомоги ВІЛ-інфікованим у сприйнятті свого ВІЛ-позитивного статусу та отриманні необхідних послуг. Оцінка передбачає проведення епізодичного вивчення змін, які можна пояснити втручанням з боку служб ДКТ, та характеризує якісні результати діяльності цієї служби.

МіО на рівні регіонів проводять обласні центри з профілактики та боротьби зі СНІДом (в Автономній республіці Крим — Республіканський центр профілактики та боротьби зі СНІДом), на рівні країни — Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України. Узагальнені матеріали МіО розміщуються на сайті МОЗ України, де з ними можна ознайомитися.

Оцінюючи зміст консультування різних груп населення, супервізор повинен, перш за все, з'ясувати повноту висвітлення лікарем при консультації питань відповідно до особливостей цієї групи, в адаптованому для цієї групи варіанті. Для прикладу нижче наводимо оцінку змісту консультування вагітних та проведення заходів з профілактики вертикальної передачі ВІЛ і оцінку змісту консультування щодо профілактики туберкульозу. В представлених нижче формах супервізор потрібне відмічає знаком «+» у клітинці.

Приклад 1. ***Оцінка змісту консультування вагітних та проведення заходів з профілактики вертикальної передачі ВІЛ. Що з перерахованого нижче відбулось під час консультації, на ранніх стадіях вагітності, чи достатньо були розглянуті такі питання?***

З'ясована уява пацієнтки про вагітність	Так □	Ні □
Інформація про ВІЛ-інфекцію під час вагітності та ризик передачі ВІЛ від матері до дитини	Так □	Ні □
Переваги знання свого ВІЛ-статусу та доступні профілактичні заходи у разі отримання позитивного результату (в тому числі пояснення, що АРВ-препарати не можуть призначатись вагітним, статус яких не з'ясований)	Так □	Ні □
Значення ВІЛ-позитивного результату для її дитини	Так □	Ні □
Значення ВІЛ-позитивного результату для майбутніх дітей	Так □	Ні □
Значення ВІЛ-позитивного результату для вирішення питання про вигодовування дитини	Так □	Ні □
Значення ВІЛ-позитивного результату для її відносин з батьком дитини	Так □	Ні □
Обговорення переваг тестування разом з батьком дитини	Так □	Ні □
Значення та переваги інформування батька дитини про свій ВІЛ-статус	Так □	Ні □
Роз'яснення, що тестування не є обов'язковим і жінці не відмовлять в послугах жіночої консультації та в інших послугах, якщо вона вирішить не проходити тестування	Так □	Ні □
Варіанти переривання вагітності	Так □	Ні □

Післятестове консультування для ВІЛ-позитивних вагітних у жіночих консультаціях. Чи були включені в доповнення до загальних питань, що повинні бути розглянуті під час післятестового консультування, наступні питання?

Інформація про АРТ	Так □	Ні □
Інформація про варіанти вигодовування новонародженого та ризики грудного вигодовування	Так □	Ні □
Інформація про планування сім'ї	Так □	Ні □
Інформація про лікування, догляд та служби підтримки, які є та в які можна тримати направлення	Так □	Ні □
Обговорення потенційних переваг та ризиків при повідомленні інформації про її ВІЛ-статус партнеру і родині	Так □	Ні □
Інформація про безпечний секс та користування презервативами для попередження передачі ВІЛ та ІПСШ	Так □	Ні □
Інформація по догляду за дитиною (в тому числі поради щодо вигодовування та своєчасного звернення за медичною допомогою при захворюванні)	Так □	Ні □
Планування майбутнього (включаючи емоційну, духовну та юридичну підтримку)	Так □	Ні □
Варіанти направлень до фахівців, якщо потрібно	Так □	Ні □

Чи розглядались спеціальні питання про профілактику вертикальної передачі ВІЛ та АРТ?

Попередній досвід лікування АРВ-препаратами	Так □	Ні □
АРТ не забезпечує виліковування від ВІЛ-інфекції	Так □	Ні □
Необхідність відвідувати жіночу консультацію	Так □	Ні □
Необхідність приймати АРВ-препарати за призначеною лікарем схемою	Так □	Ні □
Перевірка розуміння пацієнтом наданої інформації	Так □	Ні □
Обговорення протипоказань та заходів перестороги при прийомі АРВ-препаратів	Так □	Ні □
Реакція на медикаменти	Так □	Ні □
Прийом інших медикаментів	Так □	Ні □

Роз'яснення про профілактичний курс лікування АРВ-препаратами було надано адекватно та включало:

Пояснення схеми прийому	Так □	Ні □
Необхідність постійного прийому ліків відповідно до схеми лікування, дотримання режиму та ризики, пов'язані з нерегулярним прийомом ліків	Так □	Ні □
Роз'яснення про можливі побічні ефекти, при яких слід звертатись за медичною допомогою	Так □	Ні □
Перевірку розуміння	Так □	Ні □

Післятестове консультування ВІЛ-негативних вагітних у жіночих консультаціях включало наступні питання:

Інформацію про безпечний секс та необхідність користування презервативами (особливо під час вагітності та при грудному вигодовуванні)	Так □	Ні □
Пояснення поведінки парам, якщо один із партнерів інфікований	Так □	Ні □

Приклад 2. ***Оцінка змісту консультування щодо профілактичного лікування туберкульозу. Що з вказаного нижче відбувалось під час консультації (обговорення питань своєчасного виявлення ТБ та його лікування, питання для скринінгу на ТБ — сигнальні симптоми)?***

Кашель	Так □	Ні □
Харкотиння	Так □	Ні □
Лихоманка	Так □	Ні □
Втрата ваги	Так □	Ні □
Контакти у родині з хворим на ТБ	Так □	Ні □
Обговорення протипоказань до ТБПЛ та заходів перестороги. Реакція на ліки	Так □	Ні □
Прийом інших ліків	Так □	Ні □
Вагітність	Так □	Ні □
Історія хвороби (ТБ)	Так □	Ні □
Чи приймає пацієнт протитуберкульозні препарати	Так □	Ні □
Було надано недостатнє пояснення ТБПЛ, у тому числі щодо схеми лікування	Так □	Ні □
Необхідності приймати ліки відповідно до схеми лікування та можливі ускладнення внаслідок порушення схеми ТБПЛ	Так □	Ні □
Можливі побічні ефекив, при яких слід звертатись за медичною допомогою	Так □	Ні □
Був перевірений ступінь розуміння	Так □	Ні □

Більш ретельно методи оцінки описані у Протоколі, вони будуть включені також в програми навчання для тренерів та супервізорів.

Тестові питання

1. До якої родини належить збудник ВІЛ-інфекції?
    1. Herpesviridae
    2. Hepadnaviridae
    3. Retroviridae
    4. Rhabdoviridae

2. Таксономічна характеристика ВІЛ:
    1. Родина Herpesviridae, рід Pneumovirus
    2. Родина Retroviridae, рід Spumavirus
    3. Родина Retroviridae, рід Lentivirus
    4. Родина Rhabdoviridae, рід Lyssavirus

3. Як побудований ВІЛ?
    1. Віріон сферичної форми, має центрально розміщений нуклеокапсид та суперкапсидну оболонку, розмірами 100–120 нм
    2. Віріон сферичної форми, має ексцентрично розмішений нуклеокапсид у формі циліндра та суперкапсидну оболонку, розмірами 100–120 нм
    3. Віріон у вигляді кулі, має нуклеокапсид та суперкапсидну оболонку, розмірами 80х120 нм

4. Який геном має ВІЛ?
    1. Два однакові лінійні ланцюги РНК (диплоїдний геном)
    2. Лінійну дволанцюгову ДНК
    3. Кільцеву дволанцюгову ДНК
    4. Лінійну фрагментовану одноланцюгову РНК

5. Який унікальний фермент має ВІЛ у своїй структурі?
    1. Зворотну транскриптазу
    2. Нейрамінідазу
    3. Рестриктазу
    4. Тимідинкіназу

6. Де розташований фермент зворотна транскриптаза в структурі ВІЛ?
    1. У серцевині
    2. Формує надсерцевинну матриксну мембрану
    3. У складі суперкапсидної оболонки

7. Яку функцію виконує зворотна транскриптаза ВІЛ?
    1. Забезпечує синтез ДНК-копії вірусного геному
    2. Забезпечує проникнення ВІЛ в клітину
    3. Забезпечує якісне збирання віріонів, їх дозрівання та вихід з клітини

8. Який час потрібен ВІЛ для синтезу провірусної ДНК?
    1. Біля трьох діб
    2. 4–5 годин
    3. Біля десяти діб

9. Які препарати (з названих) є інгібіторами процесу зворотної транскрипції при репродукції ВІЛ?
    1. Азидотимідин, залцитабін, ставудин, ламівудин
    2. Ацикловір, фамцикловір, панцикловір, епервудин
    3. Саквінавір, ритонавір, індинавір, нелфінавір, ампренавір
    4. Рибавірин, Пег-інтерферон, лаферон, альбуферон

10. Яку функцію виконує фермент протеаза ВІЛ?

1. Забезпечує післятрансляційний процесінг внутрішніх протеїнів ВІЛ
2. Забезпечує післятрансляційний процесінг глікопротеїнів ВІЛ
3. Забезпечує інтеграцію ДНК-провірусу з геномом клітини
4. Забезпечує руйнацію вірусної РНК після синтезу ДНК-копії вірусного геному

11. Які препарати (з перелічених) є інгібіторами протеази ВІЛ?
    1. Саквінавір, ритонавір, індинавір, нелфінавір, ампренавір
    2. Азидотимідин, залцитабін, ставудин, ламівудин
    3. Амантадин, римантадин, занамівір, озелтамівір
12. Який білок здійснює прикріплення ВІЛ-1 до поверхні чутливої клітини?
    1. gp120
    2. gp41
    3. p24
    4. p18
13. Який білок ВІЛ-1 забезпечує проникнення вірусу до чутливої клітини?
    1. gp41
    2. gp120
    3. p24
    4. p18
14. На яких рецепторах чутливої клітини адсорбується ВІЛ?
    1. На CD4-рецепторах
    2. На залишках сіалової кислоти, що є на глікопротеїнах та гангліозидах
    3. На CD21-рецепторах
    4. На CD8-рецепторах
15. Який тип взаємодії геномів ВІЛ і чутливої клітини має місце при ВІЛ-інфекції?
    1. Інтегративний
    2. Автономний
    3. Обидва типи
16. Які засоби з перелічених інактивують ВІЛ?
    1. 6% розчин перекису водню впродовж 30 хвилин, 70° розчин етилового спирту впродовж 10–20 хвилин
    2. 4% розчин перекису водню впродовж 30 хвилин, 20° розчин етилового спирту впродовж 10–20 хвилин
17. Визначте стратегію геному ВІЛ
    1. РНК-ДНК-іРНК-білок
    2. РНК-білок
    3. РНК-іРНК-білок
    4. ДНК-іРНК-білок
18. Визначте гени, що кодують структурні білки ВІЛ:
    1. gag, pol, env
    2. tat, rev, vif, nef, LTR
    3. gag, tat, env, nef
19. Визначте гени, що кодують неструктурні (трансрегулюючі) білки ВІЛ:
    1. tat, rev, vif, nef, vpu, vpr, vpx
    2. gag, pol, env
    3. gag, tat, env, nef, rev
20. Скільки у ВІЛ-1 існують генетично відмінних за геном **env** субтипів?
    1. Дев’ять, які позначаються великими латинськими літерами **A, B, C, D, E, F, H, J, I**

2. Три, які позначаються великими латинськими літерами **A, B, C**
3. Тільки один

21. Які клітини організму людини є чутливими до ВІЛ?
    1. Т4-лімфоцити/хелпери, макрофаги, клітини нейроглії, астроцити, нейрони
    2. М'язові клітини, Т8-лімфоцити, ЕК клітини
    3. Епітеліальні клітини слизової оболонки верхніх дихальних шляхів
22. У чому полягають основні особливості патогенезу ВІЛ-інфекції/СНІДу?
    1. У формуванні незворотних глибоких змін в імунній системі організму з розвитком опортуністичних інфекцій і новоутворень
    2. У деструкції клітин легеневої тканини, наслідком чого є розвиток пневмоцистної пневмонії
    3. У здатності ВІЛ безпосередньо спричиняти злоякісну трансформацію клітин з розвитком саркоми Капоші
23. Яка кількість Т4-лімфоцитів/хелперів знаходиться в 1 мм^3 крові дорослої людини в нормі?
    1. Близько 800–1200
    2. Близько 2000
    3. Близько 400–500
    4. Близько 100–50
24. Яка кількість Т4-лімфоцитів/хелперів знаходиться в 1 мм^3 крові дитини в нормі?
    1. Близько 500
    2. Близько 2000
    3. Близько 100
25. Яке співвідношення Т4-лімфоцитів/хелперів до Т8-лімфоцитів-супресорів в організмі здорової дорослої людини є нормою?
    1. 1,8–2,2
    2. 1,0
    3. 0,5
    4. 10,0
26. Які зміни гуморального імунітету мають місце при ВІЛ-інфекції у дорослої людини?
    1. Характерна неспецифічна гіперімуноглобулінемія, знижується або відсутня гуморальна відповідь на первинну імунізацію та синтез специфічних антитіл на новий антиген, зростає кількість імунних комплексів у сироватці крові
    2. Характерна гіпоімуноглобулінемія, гуморальна відповідь на імунізацію зберігається, синтез специфічних антитіл на новий антиген тощо, знижується кількість кислотолабільного інтерферону
    3. Знижується або відсутня гуморальна відповідь на первинну імунізацію та синтез специфічних антитіл на новий антиген, зменшується кількість імунних комплексів в сироватці крові, знижується кількість кислотолабільного інтерферону
27. Яка кількість Т4-лімфоцитів/хелперів в 1 мм^3 крові є такою, що потребує безумовного призначення специфічної антиретровірусної терапії постійно впродовж життя?
    1. 200
    2. 400
    3. 500
28. Який лабораторний моніторинг за хворими на СНІД є оптимальним для адекватного призначення антиретровірусної терапії?
    1. Нагляд за кількістю Т4-лімфоцитів в 1 мм^3 крові, визначення р24-антигену та кількості копій РНК-геному ВІЛ (вірусного навантаження)

2. Нагляд за кількістю Т8-лімфоцитів в 1 мм^3 крові, визначення специфічних анти-ВІЛ-антитіл
3. Нагляд за кількістю Т4-лімфоцитів в 1 мм^3 крові, визначення кількості специфічних анти-р24-антитіл

29. Яким чином змінюється співвідношення Т4-лімфоцитів до Т8-лімфоцитів у стадії ранніх проявів ВІЛ-інфекції?
    1. Майже не змінюється
    2. Зменшується до 1,0
    3. Зростає до 3,0 на деякий невеликий час
30. Яким чином змінюється співвідношення Т4-лімфоцитів до Т8-лімфоцитів при СНІДі?
    1. Різко зніжується до показників, менших ніж 0,5
    2. Майже не змінюється
    3. Знижується до показників, близьких до 1,2–1,5
31. Коли у ВІЛ-інфікованої людини вперше виявляється вірус у крові та в інших біологічних рідинах?
    1. В середньому через 10–20 діб
    2. Через рік після інфікування
    3. Через 2–3 дні після інфікування
    4. Через 5–6 місяців після інфікування
32. Яка динаміка накопичення вірусу в крові ВІЛ-інфікованої людини?
    1. Вірус з'являється в крові через 10–20 діб, кількість його зменшується до мінімуму в середньому через 2, через 3–5 років розвивається повторна вірусемія і значна кількість вірусів зберігається в організмі до останніх днів життя хворого
    2. Первинна вірусемія виявляється через 2–3 дні, триває 3–5 місяців, після чого вірус назавжди елімінується з організму
    3. Вірус виявляється в біологічних рідинах організму через 3–5 місяців після зараження і зберігається в постійно великий концентрації до останніх днів життя хворого
33. Коли і яким методом можливе виявлення ДНК-провірусу ВІЛ у ВІЛ-інфікованих?
    1. ДНК-провірус виявляється вперше через 3–5 діб після інфікування і впродовж життя хворого методом ПЛР
    2. ДНК-провірус виявляється вперше через 6 місяців після інфікування, визначається протягом 20–30 діб, потім зникає і не визначається зовсім методом ІФА
    3. ДНК-провірус виявляється вперше через 6 місяців після інфікування, визначається протягом 20–30 діб, потім зникає і не визначається зовсім методом ПЛР
34. Який інкубаційний період при ВІЛ-інфекції?
    1. 2–4 тижні
    2. 3–5 років
    3. 2–6 місяців
35. На якій клінічній стадії ВІЛ-інфекції людина стає джерелом інфекції для інших людей?
    1. На стадії гострої ВІЛ-інфекції
    2. На стадії безсимптомної інфекції
    3. На стадії персистуючої генералізованої лімфаденопатії
    4. В термінальній стадії ВІЛ-інфекції
    5. На будь-якій стадії ВІЛ-інфекції

36. В яких біологічних рідинах виявляють антитіла до ВІЛ при тестуванні?
    1. Кров (цільна кров, сироватка крові, плазма крові)
    2. Чоловіче сім'я
    3. Виділення з піхви
    4. Слина
    5. Спинномозкова рідина
    6. Грудне молоко
37. Що визначають при первинному тестуванні на ВІЛ-інфекцію методом ІФА?
    1. Антитіла до ВІЛ
    2. Антигени ВІЛ
    3. ДНК-провірус ВІЛ
38. Коли з'являються антитіла до ВІЛ, що визначають методом ІФА, у ВІЛ-інфікованої людини?
    1. Через 1,5–6 місяців
    2. Через 2–6 діб
    3. Через 1–2 роки
39. Які маркери ВІЛ-інфекції можуть бути виявлені лабораторними методами в перший місяць перебігу ВІЛ-інфекції?
    1. Всі антигени ВІЛ-1/2, ДНК-провірус, РНК (вірусне навантаження)
    2. Антиген р24
    3. Антитіла до ВІЛ (сумарні, до окремих класів)
40. Коли найбільш доцільно застосовувати метод ПЛР з метою діагностики ВІЛ-інфекції?
    1. На стадії гострої ВІЛ-інфекції
    2. На стадії генералізованої персистуючої лімфаденопатії
    3. На клінічній стадії 3
    4. На клінічній стадії 4
    5. На всіх стадіях ВІЛ-інфекції
41. Яка мета проведення верифікаційних досліджень в діагностиці ВІЛ-інфекції?
    1. Визначення хибнопозитивних результатів у первинному тестуванні методом ІФА
    2. Виявлення хибнонегативних результатів у первинному тестуванні методом ІФА
42. Який метод лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції є «золотим стандартом» серед підтверджуючих?
    1. Метод імуноблоту (вестерн-блот)
    2. ІФА
    3. ІХА
    4. Виділення вірусу в культурі клітин
    5. Електронна мікроскопія
43. Оберіть варіант абсолютно позитивного в імуноблоті результату, який підтверджує ВІЛ-інфікованість:
    1. р24, р55, р34, gp120, gp41
    2. р18, р55, р51/66
    3. р18, р55, р34, р11
44. Які з перелічених біологічних рідин людини є небезпечними при ВІЛ-інфекції?
    1. Сім'я, кров
    2. Виділення з піхви, грудне молоко
    3. Сльоза, піт, сеча
    4. СМР

45. Як оцінюють результати ІФА на ВІЛ-інфекцію?
    1. При отриманні двох позитивних результатів з двох або трьох досліджень кров спрямовують на дослідження, що підтверджує ІФА-позитивний результат
    2. При отриманні двох позитивних результатів з двох або трьох досліджень крові в ІФА пацієнт вважається ВІЛ-інфікованим
    3. В разі отримання одного позитивного або сумнівного результату в ІФА кров спрямовують на дослідження в підтверджуючих (верифікаційних) тестах
46. Дайте правильне визначення ВІЛ-інфекції:
    1. ВІЛ-інфекція — це хвороба, що розвивається в результаті довготривалої персистенції вірусу імунодефіциту в лімфоцитах, макрофагах та клітинах нервової системи і характеризується повільно прогресуючою ураженням імунної та нервової систем організму, що проявляється вторинними інфекціями, пухлинами, підгострим енцефалітом та іншими патологічними проявами
    2. ВІЛ-інфекція — це хронічний невиліковний прогресуючий інфекційний процес з широким спектром клінічних проявів захворювання і ускладнень
    3. ВІЛ-інфекція — це невиліковне захворювання крові
47. Чому в комплексній терапії хворим на ВІЛ-інфекцію призначають по два і більше антиретровірусних препарати ?
    1. Для боротьби з утворенням резистентних до препаратів штамів ВІЛ, що є наслідком унікальної мінливості вірусу
    2. Для посилення дії препаратів за визначеним механізмом антивірусної дії
    3. Для зменшення токсичної дії препаратів на організм хворої людини
48. ВААРТ дозволяє:
    1. Зменшити вірусне навантаження
    2. Відновити кількість Т-клітин і покращити функції імунної системи
    3. Знизити ризики передачі ВІЛ від матері до дитини
    4. Збільшити тривалість життя та підвищити якість життя ВІЛ-інфікованих
    5. Повністю вилікувати від ВІЛ-інфекції
    6. Досягти повної та остаточної елімінації вірусу з організму
49. Які з перелічених чинників можна віднести до ризиків АРТ?
    1. Недотримання режиму прийому та дози препаратів
    2. Високу вартість препаратів як причину переривання курсу лікування
    3. Побічну дію препаратів
    4. Необхідність приймати АРТ безперервно та тривало впродовж всього життя
    5. Формування ВІЛ-резистентних штамів вірусу
    6. Низький рівень готовності до лікування та комплаенсу
50. Причинами хибнопозитивного результату в ІФА можуть бути:
    1. Наявність у пацієнта певних перехресно реагуючих лейкоцитарних антигенів
    2. Наявність аутореактивних антитіл
    3. Наявність антитіл до ревматоїдного фактору
    4. Антитіла до вірусу Епштейна-Барр
    5. Ін’єкції препаратів імуноглобуліну
    6. Вакцинація проти будь-якого вірусного захворювання
    7. Наявність новоутворення
    8. Імунодефіцити іншого походження
51. Що треба враховувати при виборі простих/швидких тестів?
    1. Здатність диференційовано виявляти антитіла до ВІЛ-1, ВІЛ-2, групу О ВІЛ-1, сумарні антитіла

2. Діагностичні характеристики тесту
3. Найпростіший алгоритм проведення аналізу
4. Час проведення дослідження і термін придатності
5. Вартість
6. Рівень підготовки фахівців, які будуть проводити дослідження
7. Можливість подальшої верифікації результатів первинного тестування в лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції

52. До якої групи тестів відносяться прості/швидкі ІХА-тести?
1. Проточні тести
2. Агглютинаційні тести
3. Імунохроматографічні тести

53. Шляхи проникнення ВІЛ до організму людини:
1. Статевий, парентеральний, від матері до дитини
2. Аліментарний, трансмісивний, повітряно-крапельний
3. Трансплацентарний, фекально-оральний, при побутових контактах

54. ВІЛ не передається:
1. Повітряно-крапельним шляхом
2. Фекально-оральним шляхом
3. Трансмісивним (через комах-кровососів та ектопаразитів)
4. При побутових контактах
5. Статевим шляхом при гомо-, бі- та гетеро-сексуальних контактах
6. Від матері до дитини під час пологів
7. При переливанні крові та препаратів крові
8. При ін'єкціях та ін'єкційному введенні наркотиків

55. Інфікування ВІЛ може відбутися при:
1. Користуванні чашкою, виделкою, одягом, телефоном, туалетом, фонтанчиком з питною водою
2. Поцілунках
3. Статевих контактах без засобів індивідуального захисту
4. Переливанні неперевіреної крові та продуктів крові
5. Вживанні наркотичних препаратів ін'єкційно і при використанні одного шприца та голки спільно кількома особами
6. вакцинації проти грипу

56. ВІЛ передається:
1. Комарами та іншими комахами
2. Домашніми тваринами
3. Перелітними птахами під час їх міграції
4. При укусах та ослюнінні дикими тваринами
5. Тільки від людини до людини

57. Які контингенти осіб можна віднести до груп підвищеного ризику або уразливих контингентів при ВІЛ-інфекції?
1. Споживачів ін'єкційних наркотичних засобів
2. Осіб, що ведуть безладне життя та мають ризиковану сексуальну поведінку
3. Чоловіків, які мають статеві стосунки з чоловіками
4. Військових
5. Медичних працівників
6. Реципієнтів крові та кровопродуктів
7. Донорів крові та плазми

8. Осіб похилого віку
9. Хворих на гемофілію
10. Працівників комерційного сексу
11. Працівників сфери обслуговування (продавці, водії міського транспорту, банщики, стюардеси, офіціанти тощо)
12. Молодь

58. В яких біологічних матеріалах хворої на ВІЛ-інфекцію людини може знаходитись ВІЛ?
    1. У фекаліях
    2. У сечі
    3. В слині
    4. В крові
    5. Чоловічому сім'ї
    6. Секреті піхви
    7. Грудному материнському молоці
59. Найбільша кількість вірусу при ВІЛ-інфекції на будь-якій її стадії знаходиться в:
    1. Слині, слізній рідині, секреті потових залоз
    2. Крові, грудному материнському молоці, секреті піхви, чоловічому сім'ї
    3. Фекаліях, блювотинні, секреті сальних залоз
    4. Спинномозковій, плевральній рідині, будь-якій біологічній рідині
60. Якщо я дізнаюсь, що серед рідних людей мого пацієнта знаходяться ВІЛ-інфіковані, то буду радити:
    1. Негайно розірвати всі контакти з цими людьми і більше з ними не спілкуватися
    2. Не відмовлятися від спілкування, звернутися за послугами ДКТ
    3. Пройти обстеження на ВІЛ
61. Чи виправдана ізоляція ЛЖВ?
    1. Виправдана, оскільки зменшує ризики інфікування ВІЛ
    2. Не виправдана, оскільки не впливає на ризики інфікування ВІЛ
    3. Не виправдана, оскільки порушує права людини і немає будь-якого медичного або науково обґрунтованого сенсу
62. Яка тенденція розвитку епідемічного процесу при ВІЛ-інфекції в Україні (станом на 2007 р.)?
    1. Без ознак стабілізації
    2. Спостерігається тенденція до стабілізації епідпроцесу
    3. Невпинне регресування епідемії ВІЛ-інфекції.
63. Як здійснюється передача ВІЛ від матері до дитини?
    1. Внутрішньоутробно (in utero) при проходженні віруса крізь плаценту
    2. Під час пологів при контакті ушкоджених ділянок шкіри або слизових оболонок новонародженого з кров'ю або іншими біологічними рідинами ВІЛ-інфікованої матері, в результаті падання біологічних рідин ВІЛ-інфікованої матері в ротову порожнину немовляти
    3. При грудному вигодовуванні дитини материнським молоком
    4. При штучному вигодовуванні через посуд або штучні молочні суміші
    5. При догляді за немовлям та при побутових контактах
64. Які чинники із перелічених впливають на ризики перинатальної передачі ВІЛ?
    1. Рівень вірусного навантаження в плазмі крові матері
    2. Кількість Т4-лімфоцитів в крові матері
    3. Тривалість пологів

4. Наявність сухого періоду в пологах
5. Інструментальні (інвазивні) методи втручання або дослідження
6. Кесарів розтин або інші шляхи ведення пологів
7. Чинники, що пов'язані із плодом
8. Патологія плаценти

65. Які заходи профілактики ВІЛ-інфікування здійснюються в лікувально-профілактичних закладах та установах України?
1. Тільки пропаганда шкоди наркоманії та проституції
2. Тільки дотримання санітарно-гігієнічних норм та правил з профілактики вірусного гепатиту В
3. Застосування одноразового та стерильного медичного інструментарію
4. Активна пропаганда здорового способу життя поряд із дотриманням санітарно-гігієнічних норм та правил, галузевих нормативів
5. Впровадження програми зменшення шкоди
6. Забезпечення медичних працівників необхідними засобами захисту та їх систематичне обстеження з метою виявлення зараження ВІЛ

66. Які біологічні рідини організму людини досліджуються на антитіла до ВІЛ-1/2?
1. Сеча
2. Слина
3. Кров цільна (венозна чи капілярна)
4. Сироватка крові
5. Плазма крові
6. Спинномозкова рідина
7. Будь-які біологічні рідини

67. Які сучасні методи тестування на ВІЛ застосовуються в медичній практиці?
1. Прості/швидкі тести
2. ІФА
3. ІБ
4. ПЛР
5. Електронна мікроскопія
6. Виділення вірусу в культурі клітин

68. Які сучасні методи тестування на ВІЛ відносяться до скринінгових?
1. Прості/швидкі тести
2. ІФА
3. ІБ
4. ПЛР
5. Електронна мікроскопія

69. Які сучасні методи тестування на ВІЛ з перелічених відносяться до верифікаційних?
1. Прості/швидкі тести на основі ІХА
2. РЛА
3. ІБ
4. ПЛР
5. Електронна мікроскопія

70. Антитіла до яких антигенів ВІЛ-1 необхідно виявити верифікаційними тестами?
1. p24
2. p53
3. p7,9
4. gp120

5. gp41
6. gp160

71. Що входить у поняття «тестування на ВІЛ»?
    1. Проходження лабораторного обстеження на наявність антитіл/антигенів до ВІЛ з використанням простих/швидких тестів або ІФА у спеціальних лабораторіях діагностики ВІЛ-інфекції державних та комунальних ЗОЗ, акредитованих у відповідному порядку
    2. Проходження лабораторного обстеження з метою встановлення вірусного навантаження в плазмі крові у спеціальних лабораторіях діагностики ВІЛ-інфекції державних та комунальних ЗОЗ, акредитованих у відповідному порядку
    3. Проходження лабораторного обстеження на наявність антитіл до збудників опортуністичних інфекцій та інвазій з використанням простих/ швидких тестів або ІФА у спеціальних лабораторіях діагностики ВІЛ-інфекції державних та комунальних ЗОЗ, акредитованих у відповідному порядку
    4. Будь-яке лабораторне обстеження з метою кількісного визначення Т4-лімфоцитів в мм^3 крові (CD4/mm^3) методом ІФА або проточної цитометрії у клініко-діагностичних лабораторіях державних та комунальних ЗОЗ, акредитованих у відповідному порядку

72. Визначте обов'язкові мінімальні вимоги до процедури консультування і тестування на ВІЛ:
    1. Добровільність
    2. Конфіденційність
    3. Анонімність
    4. Доступність
    5. Відсутність дискримінації
    6. Достовірність інформації
    7. Повнота інформації
    8. Професійна та технічна досконалість
    9. Мобілізація ресурсів

73. Що повинен зробити потерпілий медичний працівник, якщо контакт з кров'ю чи іншими біологічними рідинами ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта супроводжувався порушенням цілісності шкіри (уколом або порізом)?
    1. Зняти рукавички робочою поверхнею усередину, видавити кров із рани, ушкоджене місце обробити одним із дезінфектантів (70% розчином етилового спирту, 5% настоянкою йоду при порізах, 3% перекисом водню), ретельно вимити руки з милом під проточною водою і обробити 70% розчином етилового спирту, на рану накласти пластир, надягти напальчник, терміново повідомити керівництв лікувального закладу про аварію
    2. Не зважати і продовжувати роботу далі
    3. Негайно припинити роботу і звернутись за постконтактною хіміопрофілактикою антиретровірусними препаратами
    4. Вдатися до засобів специфічної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу

74. Що повинен зробити потерпілий медичний працівник у разі забруднення кров'ю або іншими біологічними рідинами ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта без ушкодження шкіри?
    1. Не зважати і продовжувати роботу далі
    2. Негайно припинити роботу і звернутись за постконтактною хіміопрофілактикою антиретровірусними препаратами

3. Вдатися до засобів специфічної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу
4. Обробити місце забруднення одним із дезінфектантів (70% розчином етилового спирту, 3% перекисом водню, 3% розчином хлораміну), промити водою з милом і вдруге обробити 70% розчином етилового спирту

75. Що повинен зробити потерпілий медичний працівник у разі потрапляння крові або біологічних рідин ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта на слизові оболонки ротової порожнини?
    1. Не зважати і продовжувати роботу далі
    2. Негайно припинити роботу і звернутись за постконтактною хіміопрофілактикою антиретровірусними препаратами
    3. Вдатися до засобів специфічної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу
    4. Прополоскати рота 70% розчином етилового спирту
    5. Прополоскати рота горілкою або 40% розчином етилового спирту тричі
76. Що повинен зробити потерпілий медичний працівник у разі потрапляння крові або біологічних рідин ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта на слизові оболонки порожнини носа?
    1. Закапати 30% розчином альбуциду
    2. Прополоскати 70% розчином етилового спирту
    3. Прополоскати горілкою або 40% розчином етилового спирту тричі
    4. Не зважати і продовжувати роботу далі
77. Що повинен зробити потерпілий медичний працівник у разі потрапляння крові або біологічних рідин ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта в очі?
    1. Промити водою (чистими руками), закапати 30% розчином альбуциду
    2. Прополоскати 70% розчином етилового спирту
    3. Прополоскати горілкою або 40% розчином етилового спирту тричі
    4. Не зважати і продовжувати роботу далі
    5. Промити 0,05% розчином перманганату калію, закапати 30% розчином альбуциду
78. Що треба робити для зниження вірогідності професійного зараження ВІЛ-інфекцією?
    1. Не треба нічого робити
    2. Переконатися в наявності та цілісності аптечки, здійснювати маніпуляції у присутності іншого спеціаліста, не терти руками слизові оболонки, у разі потрапляння крові чи інших біологічних рідин на одяг зняти його і замочити у дезрозчині, шкіру рук та інших ділянок тіла при їх забрудненні через одяг протерти 70% етиловим спиртом, потім промити водою з милом і знову протерти спиртом, забруднене взуття протерти ганчіркою, змоченою у дезрозчині
    3. Щорічно вакцинуватися проти грипу
    4. Надавати медичну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД тільки в спеціальних медичних закладах
79. З якою метою здійснюється передтестове консультування?
    1. Для надання інформації щодо профілактики передачі ВІЛ, емоційної і психологічної підтримки тим, хто вагається пройти тестування на ВІЛ та прийняти усвідомлене рішення щодо тестування
    2. Для обговорення результатів тестування на ВІЛ, надання необхідної інформації та психологічної підтримки
    3. Для призначення ефективного противірусного лікування
    4. Тільки для надання інформації про наслідки ризикованої поведінки пацієнта
80. З якою метою здійснюється післятестове консультування?

1. Для надання інформації щодо профілактики передачі ВІЛ, емоційної і психологічної підтримки тим, хто вагається пройти тестування на ВІЛ та прийняти усвідомлене рішення щодо тестування
2. Для обговорення результатів тестування на ВІЛ, надання необхідної інформації та психологічної підтримки
3. Для призначення ефективного противірусного лікування
4. Тільки для надання інформації про наслідки ризикованої поведінки пацієнта

81. Чим відрізняється групове передтестове консультування від індивідуального?
1. Не дає оцінки індивідуального ризику інфікування ВІЛ
2. Надає інформацію про шляхи передачі ВІЛ
3. Надає інформацію про поведінкові ризики інфікування
4. Не розробляє шляхи зниження індивідуальних ризиків інфікування
5. Не з'ясовує можливі індивідуальні наслідки позитивного результату тестування
6. Проводиться для групи осіб

82. Хто може здійснювати передтестове консультування?
1. Лікарі
2. Медичні сестри
3. Психологи
4. Соціальні працівники
5. Представники ОГ, що працюють у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу
6. ЛЖВ, що пройшли спеціальну підготовку

83. Хто має право проведення медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції та видачі офіційних висновків в Україні?
1. Тільки державні ЗОЗ, що мають відповідно облаштовані лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України
2. Тільки комунальні ЗОЗ, що мають відповідно облаштовані лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України
3. Державні та комунальні ЗОЗ, що мають відповідно облаштовані лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України
4. Будь-які ЗОЗ різних форм власності, що мають облаштовані сучасні лабораторії
5. Об'єднання громадян, неурядові організації, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
6. Релігійні громади та працівники закладів освіти

84. Що таке стигма?
1. Віра суспільства в те, що певні риси особистості або спосіб життя є ганебними або непристойними та підлягають дискримінації
2. Упереджене або вороже ставлення до людей
3. «Клеймо» або «ярлик»
4. Нав'язливі неадекватні переживання жахів, безпідставна тривога конкретного змісту

85. Що таке супервізія?
1. Система удосконалення знань та навичок консультанта з питань ДКТ
2. Система контролю якості консультування та навчання консультантів
3. Механізм оцінки планів зниження ризику пацієнтів та оцінки задоволеності пацієнтів
4. Інструмент оперативного аналізу спектра послуг ДКТ та якості діяльності служб ДКТ

5. Система удосконалення знань та навичок консультанта з питань ДКТ шляхом здійснення керівництва, надання методичної допомоги та підтримки консультанта, поліпшення менеджменту служб ДКТ
6. Керівництво, спостереження і контроль за роботою консультанта та його підтримка з метою забезпечення якості консультування

86. Що означає моніторинг та оцінка ДКТ?
    1. Регулярне відслідкування ключових елементів поточної діяльності служб ДКТ
    2. Проведення епізодичного вивчення змін, які можна пояснити втручанням з боку служб ДКТ та якісними результатами діяльності цієї служби
    3. Механізм оцінки планів зниження ризику пацієнтів та оцінки задоволеності пацієнтів
    4. Інструмент оперативного аналізу спектра послуг ДКТ та якості діяльності служб ДКТ

87. Які організації та заклади можуть надавати послуги консультування?
    1. Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
    2. Заклади освіти
    3. ОГ, що працюють з СІН, ПКС, групи підтримки ЛЖВ
    4. Релігійні громади
    5. ЗОЗ різних форм власності

88. Що таке анонімне консультування ?
    1. Консультування, що проводиться без визначення відомостей щодо ідентифікації особи (паспортні дані: прізвище, ім'я, по-батькові; дата народження, місце проживання, роботи, навчання тощо)
    2. Консультування, що проводиться для групи осіб, які мають спільну мету тестування (особи, що обстежуються для отримання довідки, вагітні тощо) з метою їх інформування про шляхи передачі ВІЛ, ризики інфікування, процедуру тестування та навчання профілактичним заходам
    3. Консультування, при якому надається інформація щодо ідентифікації особи, її особистого життя, контактні реквізити, проте консультант зобов'язаний зберігати таємницю, в тому числі лікарську, окрім спеціально оговорених законодавчо випадків

89. Які чинники треба враховувати лікарю в процесі прийняття рішення щодо застосування простих/швидких тестів чи класичних діагностичних ІФА-тест-систем для тестування на ВІЛ?
    1. Вартість тест-систем, реагентів, обладнання, простих/швидких тестів, їх наявність
    2. Наявність висококваліфікованого медичного персоналу
    3. Наявність спеціалізованої лабораторії
    4. Число проб для тестування
    5. Можливості для забору та транспортування проб
    6. Місцеві умови для проведення тестування
    7. Зручність для пацієнтів та можливість повернутися за результатами дослідження

Правильні відповіді на тестові питання

Питання	Відповідь	Питання	Відповідь	Питання	Відповідь
1	3	31	1	61	3
2	3	32	1	62	1
3	1	33	1	63	1–3
4	1	34	1	64	1–8
5	1	35	5	65	3, 4, 5, 6
6	1	36	1	66	3, 4, 5
7	1	37	1	67	1–4
8	1	38	1	68	1, 2
9	1	39	1	69	3
10	1	40	1	70	1, 4, 5, 6
11	1	41	1	71	1
12	1	42	1	72	1–9
13	1	43	1	73	1, 3
14	1	44	1, 2	74	4
15	1	45	1	75	5
16	1	46	1	76	1
17	1	47	1	77	1
18	1	48	1, 2, 3, 4	78	2
19	1	49	1–6	79	1
20	1	50	1–8	80	2
21	1	51	1–7	81	1, 4, 5, 6
22	1	52	3	82	1–6
23	1	53	1	83	3
24	1	54	1–4	84	1–4
25	1	55	3–5	85	1–6
26	1	56	5	86	1
27	1	57	1,2,3,5,6,9,10	87	1–5
28	1	58	3, 4–7	88	1
29	1	59	2	89	1–7
30	1	60	2		

Ситуаційні задачі до теми:
«Лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції/СНІДу»

1. У крові десятимісячної дитини при тестуванні методом ІФА виявлені антитіла до ВІЛ. У матері цієї дитини під час вагітності встановлений діагноз ВІЛ-інфекції.

а) Чи достатньо проведеного дослідження для діагнозу ВІЛ-інфекції у дитини?

б) Які методи дослідження є найбільш адекватними для ВІЛ-діагностики у дитини такого віку?

в) Якщо діагноз ВІЛ-інфекції у дитини буде підтверджено, як могло відбутися зараження дитини?

2. У вагітної жінки (12 тижнів вагітності) при повторному дослідженні на ВІЛ-інфекцію виявлені антитіла. Підтверджуючий тест (імуноблот) виявився негативним.

а) Як трактувати такий результат?

б) Які причини можуть призвести до такого результату?

3. У дитини віком 3 міс виявлені антитіла до ВІЛ-1/2 з підтвердженням в імуноблоті. Мати була обстежена на ВІЛ при поступленні у пологовий будинок і мала негативний в ІФА результат. Дитина знаходиться на грудному годуванні.

а) Чи можна робити висновок про ВІЛ-інфікованість дитини ?

б) Який метод можна запропонувати для підтвердження факту ВІЛ-інфікованості дитини ?

в) Якщо ВІЛ-інфікованість доведена, як могло статися зараження дитини?

г) Чи потрібне додаткове обстеження матері на ВІЛ-інфекцію?

4. У дитини віком 4 міс отримані двократні ІФА-позитивні результати на ВІЛ-1/2. Результат верифікаційного тесту (ІФА на тест-системі іншого виробника з деякими відмінностями в антигенному складі білків, іммобілізованих на планшеті) — негативний. Наявність ВІЛ-інфекції у матері виключена.

а) Чи інфікована дитина ?

б) Чи потрібні додаткові дослідження на ВІЛ?

5. У дворічної дитини виявлені антитіла до ВІЛ-1/2 з підтвердженням в імуноблоті та ПЛР. Мати є ВІЛ-інфікованою.

а) Чи можна роботи висновок про ВІЛ-інфікованість дитини ?

б) Чи потрібне додаткове лабораторне дослідження дитини на ВІЛ-інфекцію?

6. Під час тестування зразка крові пацієнта Р. методом ІХА на наявність антитіл до ВІЛ-1/2 через 15 хвилин були візуально виявлені: в зоні Т — смуга рожевого кольору, в зоні С — чітка смуга червоного кольору.

а) Інтерпретуйте результат тесту.

б) Визначте тактику лікаря в наступному.

7. З метою первинного скринінгу на антитіла до ВІЛ-1/2 в лабораторію діагностики ВІЛ-інфекції звернулась пацієнтка П., у якої практично неможливо отримати зразок крові (вени з атрофованим тонусом).

Визначте тактику лікаря-вірусолога.

8. У разі проведення ІФА Ви зіткнулися з проблемою необґрунтовано високого фону (забарвлення) в лунках всього планшету.

З чим це може бути пов'язано?

9. На прийом до лікаря-терапевта звернувся пацієнт С., 29 років, зі скаргами на слабість, нежить, підвищення температури тіла до 37,6 ^{o}C, біль у суглобах верхніх кінцівок. З анамнезу відомо, що місяць тому пацієнт закінчив цикл лікування урогенітального хламідіозу.

Визначте тактику лікаря щодо ВІЛ-статусу пацієнта.

Відповіді до ситуаційних задач до теми «Лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції/СНІДу»

1.

а) У дитини десятимісячного віку методом ІФА можуть бути виявлені антитіла інфікованої ВІЛ матері (передані через плаценту), тобто проведеного ІФА-дослідження недостатньо для висновку про інфікування дитини.

б) Адекватним методом лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції у дитини є ПЛР.

в) Зараження дитини відбулося найскоріше під час пологів, коли дитина щільно контактує з інфікованими біорідинами своєї матері. Не виключається можливість інфікування трансплацентарно або під час годування дитини грудьми.

Література: Запорожан В.М., Аряєв М.Л. ВІЛ-інфекція і СНІД.- К.: Здоров'я, 2004.- 635 с.

2.

а) Отриманий результат аналізу на ВІЛ-інфекцію є псевдопозитивним у ІФА, тобто за результатом проведеного дослідження ВІЛ-інфекція у вагітної жінки не виявлена.

б) Причинами псевдонегативного результату може бути наявність у жінки аутоантитіл до антигенів головного комплексу гістосумісності людини (HLA), наявність у сироватці ревматоїдного фактора, або хельозна сироватка крові, або сироватка, що контамінована бактеріями, або гемолізована сироватка.

Література: Запорожан В.М., Аряєв М.Л. ВІЛ-інфекція і СНІД-.К.: Здоров'я, 2004.- 635 с.

3.

а) Так. Наявність антитіл до ВІЛ-1/2 у дитини при їх відсутності у матері на момент пологів свідчить про інфікованість дитини.

б) Кращім методом доведення ВІЛ-інфікованості дитини є ПЛР.

в) Можна думати, що мати при госпіталізації у пологовий будинок вже була ВІЛ-інфікованою та знаходилась у фазі «серологічного вікна» (стадія первинної вірусемії та відсутності антитіл). Мати могла інфікувати дитину у пологах (найскоріше) або при годуванні грудьми.

Література: Запорожан В.М., Аряєв М.Л. ВІЛ-інфекція і СНІД.- К.: Здоров'я, 2004.- 635 с.

4.

а) За результатами проведеного дослідження дитина не є ВІЛ-інфікованою.

б) Дослідження на ВІЛ ½ можна повторити через 1 міс і при отриманні знов

позитивного в ІФА результату провести визначення імунного статусу дитини та вивчити, з чим може бути пов'язане виникнення псевдопозитивних результатів у ІФА.

Література: Запорожан В.М., Аряєв М.Л. ВІЛ-інфекція і СНІД.- К.: Здоров'я, 2004.- 635 с.

5.

а) Так. Наявність антитіл до ВІЛ-1/2 у дитини двох років з урахуванням доведеної ВІЛ-інфікованості матері свідчить про зараження дитини ВІЛ.

б) Додаткового специфічного етіологічного лабораторного обстеження дитини на ВІЛ не потрібно. Між тим, необхідно визначити імунний статус дитини, рівень вірусного навантаження та клінічну стадію ВІЛ-інфекції.

Література: Запорожан В.М., Аряєв М.Л. ВІЛ-інфекція і СНІД.- К.: Здоров'я, 2004.- 635 с.

6.

а) Наявність рожевої смуги в тестовій зоні (Т) свідчить про те, що зразок містить незначну кількість антитіл до ВІЛ-1/2. Наявність в зоні Т менш інтенсивно забарвленої смуги повністю пояснюється динамікою антитілоутворенням у ВІЛ-інфікованих осіб. Адже у випадку захворювання на СНІД імунна система суттєво пригнічена і кількість антитіл, присутніх у сироватці крові такого пацієнта, зменшена. Поява червоної контрольної смуги (С) підтверджувала, що був використаний достатній об'єм сироватки та дотримані всі необхідні умови постановки тесту. Отже, результат тесту — позитивний, тобто зразок містить антитіла до ВІЛ-1/2.

б) Одержаний за допомогою ІХА-тесту позитивний результат повинен бути підтверджений в ІФА з використанням діагностичних тест-систем, зареєстрованих в Україні у спеціалізованих лабораторіях з діагностики ВІЛ-інфекції.

Література: Методичні рекомендації «Застосування швидких тестів у лабораторній діагностиці інфекційних хвороб»// Широбоков В.П., Дзюблик І.В., Вороненко С.Г. та співав.- Київ, 2004.- 32 с.

Наказ МОЗ України №467 від 23.09.04. «Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на інфекційні хвороби, облікової форми та інструкці, щодо її заповнення.

7.

Для первинного скринінгу в лабораторію діагностики ВІЛ-інфекції доставляють зразки сироватки у кількості не менше 2,0 мл В окремих випадках можна брати 3–4 краплі крові на фільтрувальний папір (при застосуванні спеціального, призначеного для цього, фільтрувального паперу). Таку пробу можна зберігати у холодильнику протягом 7–10 діб при температурі $+2^{o}$ – $+4\,^{o}C$ в щільно закритому поліетиленовому пакеті. Перед дослідженням проводять відповідним чином елюцію «сухої краплини» та досліджують отриманий розчин як зразок сироватки крові.

Література: Інструкція з організації роботи лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції (Наказ МОЗ України №71 від 22. 02. 2002 р.).

8.

Високий фон (забарвлення) в лунках всього планшету може бути пов'язано з наступними причинами: низька якість дистильованої води; бактеріальне забруднення води; забруднений вошер; використання того ж самого посуду для різних реагентів або

забрудненого посуду; наявність та використання на робочому місці дезрозчинів, що містять хлор; зменшення кількості циклів промивок планшету; закінчення терміну придатності тест-системи; підвищення температури або подовження терміну інкубації планшету.

Література: Посібник з медичної вірусології/ за ред. В.М. Гиріна.- К.: Здоров'я.- С. 99–105.

Практичний посібник з імуноферментного аналізу/ за ред. А.Л. Гураля та М.Я. Співака.- К., 2003.- 51 с.

9.

Під час прийому, за бажанням пацієнта, провести дослідження зразка крові на наявність антитіл до ВІЛ-1/2 з використанням швидких ІХА-тестів, дотримуючись вимог Інструкції. Дослідження проводити тільки за умов проведення обов'язкового дота після тестового консультування. Одержаний за допомогою ІХА-тесту позитивний результат повинен бути підтверджений в ІФА з використанням діагностичних тест-систем, зареєстрованих в Україні, у спеціалізованих лабораторіях з діагностики ВІЛ-інфекції.

В разі негативного ІХА-тесту результату дослідження даному пацієнту бажано запропонувати повторне дослідження на наявність антитіл до ВІЛ-1/2 через 1–1,5 міс (з метою виключення періоду «серологічного вікна»).

Література: Методичні рекомендації «Застосування швидких тестів у лабораторній діагностиці інфекційних хвороб»// Широбоков В.П., Дзюблик І.В., Вороненко С.Г. та співав.- К., 2004.- 32 с.

Наказ МОЗ України №467 від 23.09.04. «Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на інфекційні хвороби, облікової форми та інструкції, щодо її заповнення».

Наказ МОЗ України №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

Ситуаційні задачі з питань «ДКТ як ефективний інструмент профілактики, діагностики і лікування ВІЛ-інфекції»

1. Пацієнта Н., 27 років, привезли в ургентну лікарню батьки у важкому стані: хворий знепритомнілий, зіниці розширені, на внутрішній поверхні передпліччя сліди від ін'єкцій. Зі слів батьків протягом останнього місяця поведінка сина була дивною, він уникав спілкування, іноді складав враження людини у стані легкого сп'яніння, запаху алкоголю при цьому не відмічалось.

Визначте тактику лікаря.

2. Пацієнтка С., 18 р. прийшла на прийом до лікаря-гінеколога на обстеження, оскільки 2 тижня тому вона мала одноразовий статевий контакт без презерватива з мало відомим хлопцем. Лікар провів медичний догляд, взяв мазки і відпустив хвору додому, зробивши висновок, що вона не вагітна. На запитання «Що треба робити?» — відповів «жити далі».

Які порушення тактики приойма пацієнтки та законодавства було здійснено лікарем?

Які заходи, в т.ч. профілактичні, повинен порадити лікар?

3. Під час огляду вагітної Д. у кабінеті лікар призначив їй обстеження на ВІЛ-інфекцію. Порадив підійти до маніпуляційного кабінету і сказав, що направлення віднесе медична сестра.

Які етичні принципи порушив лікар?

4. Група молодих людей прийшла в районну лікарню у зв'язку зі зверненням лікаря до населення здати кров для переливання пацієнту В., який потрапив у автомобільну аварію, отримав струс головного мозку, відкритий перелом стегна і втратив близько 300–400 мл крові. У всіх 10-ти студентів взяли кров, провели її дослідження на ВІЛ шляхом використання швидких тестів і, після проведеної операції, провели пряме переливання відповідної групи крові пораненому пацієнту.

Визначте правильну тактику лікаря і виправте помилки, висвітлені у задачі.

5. Учень 10-го класу анонімно звернувся в кабінет «Довіра» з метою обстеження на ВІЛ. Результат тесту позитивний.

Назвіть юридичні особливості консультування дітей підліткового віку.

6. Громадська ВІЛ-сервісна організація, яка тривалий час надавала послуги передтестового консультування на благодійні кошти закупила швидкі тести і готова до їх застосування.

За яких умов можлива реалізація надання послуг ДКТ в даному випадку?

Відповіді до ситуаційних задач до теми: «ДКТ як ефективний інструмент профілактики ВІЛ-інфекції»

1. Призначити детоксикаційну терапію, провести, у разі можливості, тестування на вживання наркотиків, викликати на консультацію лікаря нарколога. Після виведення з непритомного стану запропонувати послугу ДКТ на ВІЛ. Якщо результат на ВІЛ буде негативний, запропонувати йому план зниження ризику інфікування.

Література: Наказ МОЗ №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

2. Лікар не надав інформації щодо можливості тестування на ВІЛ та засобів індивідуальної профілактики ВІЛ-інфекції та ІПСШ, чим порушив ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ст. 9 Закону "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення».

Поради лікаря: пройти процедуру ДКТ на ВІЛ, застосовувати презервативи як засіб профілактики ВІЛ-інфекції та ІПСШ.

Література: Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. №2801–XII та Закон "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» від 12.11.1991 р. №1972–XII.

3. Принципи конфіденційності, достовірності та повноти інформації, професійної досконалості.

Література: Наказ МОЗ №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», Закон №1972–XII від 12.11.1991 р. "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» (ст.4 8, 9. Кримінальний кодекс України №2341 від 05.04.2001 р.(ст. 132)

4. Групі молодих людей, які прийшли в районну лікарню, не провели консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ, а відтак не провели відбір осіб, які мали ризики інфікування ВІЛ, в т.ч. у період «серконверсійного вікна». Пряме переливання крові не було показаним, оскільки втрата 300–400 мл крові не є реальною загрозою життю людини. Ризик інфікування ВІЛ в даному випадку значний.

Література: Наказ МОЗ №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», Закон №1972–XII від 12.11.1991 р. "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» (ст.4 8, 9, 10)

5. Під час звернення пацієнта до кабінету «Довіра» консультант повинен запитати вік особи і попередити, що медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, проводиться на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду.

Література: Закон №1972–XII від 12.11.1991 р. "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» (ст. 7).

6. Реалізація проекту громадської ВІЛ-сервісної організації з надання послуг ДКТ в даному випадку можлива лише за умови проведення передтестового консультування спеціалістами цієї організації, якщо вони пройшли відповідне навчання, а проведення тестування швидкими тестами та післятестового консультування — лише в комунальному або державному закладі охорони здоров'я.

Література: ст. 7 Закону "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення».

Ситуаційні задачі з питань «Перед- та післятестове консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію»

1. В кабінет довіри звернулась жінка 19-ти років з метою тестування на ВІЛ. Проведіть оцінку ризиків поведінки.

2. Ви проводите консультування, пов'язане з тестуванням на ВІЛ. Перелічте питання, які оцінюють рівень знань пацієнта про тестування та його можливість впоратися з кризою.

3. Ви проводите консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ. Назвіть критерії ефективності передтестового консультування.

4. Ви проводите консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ. Назвіть критерії ефективності післятестового консультування при негативному результаті.

5. Ви проводите консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ. Назвіть критерії ефективності післятестового консультування при позитивному результаті.

6. Ви проводите консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ. Назвіть критерії ефективності післятестового консультування при невизначеному результаті.

7. Пацієнт Ч. відмовився від консультування та заповнення форми інформованої згоди на проходження тесту на ВІЛ. Ваші дії?

8. Пацієнт Р. після проведеного передтестового консультування відмовився від тестування. Ваші дії?

9. Хворий К., 21 р., прибув з місць позбавлення волі півроку тому, на лікуванні у протитуберкульозному диспансері з приводу дисемінованого туберкульозу легень. Не зважаючи на прийом протитуберкульозних препаратів протягом 4-х місяців, позитивної динаміки лікування немає, відмічено збільшення периферійних лімфатичних вузлів, спостерігається втрата ваги.

На які основні питання ви звернете увагу під час консультування хворого у зв'язку з призначеним тестуванням на ВІЛ?

10. Вагітна жінка доставлена у пологовий будинок у строк вагітності 38 тижнів. Вона відмовляється від тестування на ВІЛ. Назвіть один з основних мотивів необхідності знання її ВІЛ-статусу, який Ви застосуєте під час передтестового консультування?

Відповіді до ситуаційних задач до теми: «Перед- та післятестове консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію»

1. Оцінка ризиків:

- сьогоднішня та минула сексуальна поведінка (постійний партнер чи часта їх зміна);
- сексуальна поведінка високого ризику (відношення до категорії людини комерційного сексу, частий незахищений вагінальний, оральний, анальний секс);
- використання презервативів;
- вживання ін'єкційних наркотиків;
- статеві контакти із споживачем ін'єкційних наркотиків;
- історія переливання крові або трансплантація крові;
- інші ін'єкційні процедури (татуаж, манікюр, неодноразове застосування нестерильного медінструментарію тощо).

Література: Пособие для тренинга «Консультирование, связанное с ВИЧ/СПИД», розроблене в рамках проекта РАТН, Грузия, 2005.

2. Питанння, які оцінюють рівень знань пацієнта про тестування та його можливість впоратися з кризою:

- в чому полягає користь знання ВІЛ-статусу?
- які існують шляхи інфікування ВІЛ?
- які ризики поведінки сприяють інфікуванню ВІЛ?
- чи думав пацієнт про можливі результати тесту, як би він віднісся до негативного або позитивного результату ?
- якщо результат буде позитивний, хто з близьких надасть емоційну підтримку?

Література: Наказ МОЗ України №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

3. Ефективність передтестового консультування полягає у:

- підвищенні інформованості про ВІЛ-інфекцію, заходи щодо її профілактики, формуванні у населення толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних осіб;
- допомозі пацієнту оцінити його персональні ризики інфікування ВІЛ та розробці плану їх зниження;
- ознайомленні з процедурою тестування та отриманні згоди на тестування;
- допомозі зрозуміти значення результатів тестування (у мотивуванні пацієнта).

Література: Наказ МОЗ України №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

4. Ефективність післятестового консультування при негативному результаті полягає в:

- інформуванні пацієнта про можливість «сероконверсійного вікна»;
- розробці плану безпечної щодо ВІЛ поведінки;
- закріпленні знань про навички безпечного сексу;
- формуванні у населення толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних осіб;
- інформуванні пацієнта про інші види допомоги та заклади, де він зможе отримати медичну, психологічну, юридичну консультативну допомогу.

Література: Наказ МОЗ України від 19.08.2005 №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію.

5. Ефективність післятестового консультування при позитивному результаті полягає у:

- переконанні того, що пацієнт розуміє результат тесту;
- інформуванні пацієнта про те, що ВІЛ-інфекція — це не обов'язково одразу СНІД, а у разі виявлення СНІДу, що це хвороба з хронічним перебігом, лікування якої забезпечує покращання якості та подовження тривалості життя;
- інформуванні про доцільність профілактики опортуністичних захворювань
- розробці плану профілактии передачі ВІЛ партнеру;
- формуванні у пацієнта прихильності до АРВТ, лікування опортуністичних захворювань;
- інформуванні пацієнта про заклади, де він зможе отримати психологічну підтримку та медичну, соціальну, юридичну допомогу;
- плануванні наступних зустрічей.

Література: Наказ МОЗ України №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

6. Ефективність післятестового консультування при невизначеному результаті полягає у:

- інформуванні пацієнта про можливі причини невизначеного результату;
- інформуванні пацієнта про доцільність повторного тестування через 2 тиж або 2–3 міс та обстеження протягом цього строку на інші захворювання, які можуть бути його причиною;
- інформуванні пацієнта про заклади, де він зможе отримати медичну, психологічну, юридичну консультативну допомогу;

- плануванні наступної зустрічі.

Література: Наказ МОЗ України №41 5від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

7. Відмова пацієнта від передтестового консультування або від заповнення форми інформованої згоди на проходження тесту на ВІЛ (№503–1/о) не може бути перешкодою для добровільного тестування. У цьому разі, як виняток, лікар робить запис про згоду пацієнта на проходження тесту на ВІЛ з підписом пацієнта у медичні картці.

Література: Наказ МОЗ України №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

8. У разі відмови пацієнта після проведеного передтестового консультування від тестування, запропонувати йому повторну консультацію та нагадати про зменшення ризиків інфікування.

Література: Наказ МОЗ України №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

9. Під час консультування хворого К. у зв'язку з призначеним тестуванням на ВІЛ слід звернути увагу на наступні питання:

- з'ясувати ризики щодо інфікування ВІЛ;
- пояснити позитиви знання ВІЛ-статусу хворого та поінформувати, що коінфекція ТБ/ВІЛ впливає на перебіг та результати лікування кожного з них;
- у разі позитивного результату пояснити, що своєчасно призначені хіміопрофілактика та лікування сприятиме подовженню строків та якості життя (сформувати прихильність до лікування).

Література: Наказ МОЗ України №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

10. Один з основних мотивів необхідності тестування вагітної на ВІЛ — своєчасне проведення профілактичних заходів і, як наслідок, народження здорової дитини.

Література: Наказ МОЗ України №415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

Ситуаційні задачі з питань «Супервізія, моніторинг і оцінка ДКТ»

1. Вас призначили супервізором. На яких розділах оперативного аналізу роботи Ви зосередити свою увагу?

2. Складіть план роботи супервізора (основні розділи).

3. Проведіть оцінку стану організації послуг ДКТ.

4. Запропонуйте методи моніторингу, які б Ви застосували для оцінки організації послуг ДКТ.

Відповіді до ситуаційних задач до теми:
«Супервізія, моніторинг і оцінка ДКТ»

1. Супервізор повинен зосередити свою увагу на поліпшення менеджменту надання послуг ДКТ та забезпечення їх якості.

2. План роботи супервізора містить:
- проведення оперативного аналізу;
- проведення конференцій, нарад з питань ДКТ;
- огляд планів змін ризикованої поведінки;
- спостереження за проведенням консультування;
- організацію навчання;
- проведення оцінки задоволеності пацієнтів.

3. Для проведення оцінки стану організації послуг ДКТ необхідно:
- здійснити аналіз наданих послуг;
- проаналізувати графік надання консультацій;
- вивчити функціонування системи взаємодії організацій партнерів;
- провести моніторинг і оцінку послуг ДКТ.

4. Для оцінки організації послуг ДКТ можна застосовувати наступні методи моніторингу:
- ступінь підготовки закладів до надання якісних послуг ДКТ;
- с. 46 Протоколу.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

У навчальному посібнику широко вживаються наступні терміни та поняття:

Адсорбція вірусу — перша стадія репродукції вірусів, первинний контакт вірусу з клітиною, під час якого відбувається прикріплення вірусних часток до поверхні клітини. Виділяють неспецифічну і специфічну адсорбцію. При неспецифічній адсорбції вірусна частка утримується на поверхні клітини за рахунок електростатичних і Ван-дер-Ваальсових сил міжмолекулярного притягнення. При специфічній адсорбції відбувається взаємодія поверхневих білків (глікопротеїнів) із специфічним до вірусу рецептором клітини. Наприклад, для ВІЛ-1 gp120 взаємодіють з CD4-рецептором на поверхні Т4-лімфоцитів.

Активна профілактика ВІЛ-інфекції — профілактика поширення ВІЛ шляхом здійснення заходів стратегії «зменшення шкоди» від вживання наркотиків, пропаганди захищених статевих стосунків (використання презервативів тощо).

Анонімне консультування та тестування — консультування та тестування без визначення відомостей щодо ідентифікації особи (паспортні дані: прізвище, ім'я, по батькові; дата народження, місце проживання, роботи, навчання тощо).

Антигени — чужорідні білкові речовини або високомолекулярні сполуки, що індукують в організмі людини або тварин клітинну імунну реакцію та утворення специфічних антитіл.

Антиретровірусна терапія — комбінація протиретровірусних препаратів.

Антитіла — речовини білкового походження (імуноглобуліни), що утворюються в організмі людини і тварин під дією різних антигенів і нейтралізують їх негативну дію, забезпечують специфічний захист організму від збудників, патогенних для людини і тварин, в тому числі вірусів.

Безпечна поведінка — це поведінка, яка віддзеркалює відповідальне відношення людини до свого життя, своїх вчинків, дій. Вона охоплює здоровий спосіб життя, розуміння небезпеки та шкоди для здоров'я від неправильного харчування, наркотичних засобів, алкоголю, тютюну і, відповідно, відмову від їх вживання, і безпечні сексуальні стосунки.

Верифікація — дослідження, яке проводиться з метою підтвердження наявності в плазмі/сироватці крові противірусних антитіл.

ВІЛ-інфекція — захворювання, що виникає внаслідок інфікування людини ВІЛ та має різні етапи розвитку: від носійства до клінічно виражених форм.

ВІЛ-скринінг — призначений для виявлення випадків ВІЛ-інфекції у певних груп людей, які не мають конкретних скарг на самопочуття, не мають клінічних проявів можливої ВІЛ-інфекції. До осіб, які можуть отримати значну користь від ВІЛ-скринінгу, відносяться, наприклад, вагітні, особи з уразливих груп та контингентів, а в умовах генералізованої стадії епідемії ВІЛ-інфекції — всі, хто звертаються за медичною допомогою до лікувально-профілактичних закладів. При ВІЛ-скринінгу тестування і консультування виступає тільки у якості окремого елементу пакету послуг при наданні медичної допомоги.

ВІЛ-статус — наявність чи відсутність інфікування ВІЛ за результатами лабораторного обстеження (тестування).

Віріон — позаклітинна форма вірусу, вірусна частка (частинка).

Вірусемія — проникнення вірусу в кров (з лімфатичної системи, клітин ендотелію судин або при перенесенні лейкоцитами).

Вторинна профілактика — види діяльності, спрямовані на профілактичну роботу серед груп ризику, зокрема серед споживачів ін'єкційних наркотиків (людей, які не можуть чи не готові відмовитися від вживання наркотиків), з метою профілактики негативних наслідків споживання та запобігання інфікування ВІЛ здорових людей, в тому числі на роботу за стратегією зменшення шкоди.

Ген — одиниця спадковості. Ген у вірусів — фрагмент молекули ДНК або РНК, який складається з набору нуклеотидів, що несуть інформацію про амінокислотний склад певного білка. Кількість генів у вірусів різна: від 3–4-х у простих вірусів, до 150-ти і більше — у вірусів складної будови.

Геном вірусу — це сума генів (сукупність генів) у складі вірусної нуклеїнової кислоти (ДНК або РНК).

Група ризику — частина населення, яка має спільні соціальні, економічні, біологічні, екологічні та інші характеристики, що забезпечують найбільшу сприйнятливість до ВІЛ, інших захворювань, травмувань та погіршення стану здоров'я. Сьогодні по відношенню до уразливих до ВІЛ груп населення та інфекціях, що передаються статевим шляхом, загальновживаним є термін «уразливі контингенти».

Дискордантна пара — пара, в якій один з партнерів є носієм ВІЛ (є ВІЛ-інфікованим), а другий не інфікований.

Дискримінація — упереджене ставлення до людини, порушення прав людини або ворожі дії по відношенню до людини, викликані стигмою.

Діагностичне ВІЛ-тестування проводиться при огляді і лікуванні конкретних пацієнтів, що звернулися за допомогою до лікувально-профілактичного закладу з певними скаргами, клінічними проявами захворювання, що потенційно можуть бути обумовлені ВІЛ-інфекцією. Діагностичне тестування на ВІЛ проводиться і у хворих на туберкульоз чи підозрілих на туберкульоз. За призначення діагностичного тестування на ВІЛ як стандартного елементу надання медичної допомоги будь-якій особі відповідає лікар.

Дійсно негативний результат — негативний результат, отриманий при дослідженні плазми/сироватки, що не містить специфічних противірусних антитіл.

Дійсно позитивний результат — позитивний результат, отриманий при дослідженні плазми/сироватки, що містить специфічні противірусні антитіла.

Добровільна згода — рішення про проходження лабораторного дослідження на ВІЛ-інфекцію, прийняте пацієнтом за умови виключення будь-якого примусу.

Добровільне консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (ДКТ) базується на тому, що людина сама активно шукає організації та заклади, які можуть надавати послуги передтестового консультування, тестування на ВІЛ та післятестового консультування. Метою ДКТ є надання консультативної допомоги населенню

стосовно шляхів передачі ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу людини, підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, своєчасна переадресація або отримання своєчасної медичної допомоги: обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок АРТ, профілактика передачі від матері до дитини, послуг з планування сім'ї та всебічної підтримки (в тому числі за принципом «рівний-рівному»). ДКТ— це початковий етап програм профілактики, лікування, та догляду за хворим на ВІЛ-інфекцію. Рекомендації консультанта відносно доцільності пройти тестування на ВІЛ носять нейтральний характер, при цьому остаточне рішення залишається за клієнтом. Послуги ДКТ надають державні та комунальні медичні заклади, медичні заклади інших форм власності, об'єднання громадян (ОГ), що працюють з СІН, ПКС, групи підтримки ЛЖВ, релігійні громади, працівники закладів освіти, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Екскреція — виведення лікарського засобу та/або продуктів його метаболізму з організму без подальшої зміни в їх хімічній будові. Цей термін може бути застосований і по відношенню до вірусів та їх компонентів, а також до імунних та інфекційних комплексів.

Емпатія — здатність до емоційного сприйняття переживань іншої людини або людей. Вміння відчути стан пацієнта/ів, проте не дати їм вплинути на якість процесу консультування.

Зовнішня стигма — це стигма, яка міститься у площині соціальних стеріотипів, упереджень, настанов, міфів суспільства. Вона спричиняє значний вплив на самосвідомість людини і поступово з площини зовнішнього явища може перетікати у щось внутрішнє, особисте — внутрішню стигму.

Імунодефіцит — неспроможність окремих ланок імунної системи нормально функціонувати, в результаті чого знижується стійкість організму людини до її інфекційних агентів і підвищується вірогідність розвитку захворювань. При ВІЛ-інфекції мова йде, перш за все, про Т-клітинний імунодефіцит.

Інформована згода — згода, надана пацієнтом, який був у змозі прийняти усвідомлене рішення, на проходження лабораторного дослідження (тестування) на ВІЛ-інфекцію. Інформована згода може бути отримана від пацієнта тільки після проведення передтестового консультування

Капсид — білкова оболонка вірусу. Капсид побудований з окремих морфологічних білкових субодиниць — капсомерів, зібраних певним чином відповідно до простих геометричних принципів. Існують два типи симетрії капсидів — спіральна та ікосаедрична.

Клієнт — особа (незалежно від статі), яка отримує послуги у немедичних установах, закладах, організаціях, об'єднаннях громадян.

Комерційні сексуальні партнери — ті, хто надає сексуальні послуги за будь-яку матеріальну винагороду, або ті, кому надавали сексуальні послуги за будь-яку матеріальну винагороду.

Комплаенс (прихильне ставлення до лікування) — це здатність людини приймати

препарати своєчасно за призначеною схемою лікування, дотримуватись рекомендацій щодо дієти та інших спеціальних рекомендацій.

Консультант — працівник державного, комунального закладу охорони здоров'я, інших державних чи комунальних установ, організації або закладу, медичного закладу іншої форми власності, представник об'єднання громадян, який після відповідної підготовки може провести перед- та післятестове консультування на ВІЛ.

Конфіденційність — зобов'язання зберігати таємницю, в тому числі таємницю про стан здоров'я, лікарську таємницю. Відповідно до законодавчих актів України та нормативних актів, що їх було видано Кабінетом Міністрів України, МОЗ України тощо результати тестування на ВІЛ конфіденційні і жодна особа не зобов'язана розкривати свій ВІЛ-статус, окрім спеціально оговорених законодавчо.

Люди, що живуть з ВІЛ/СНІДом (ЛЖВ) — термін, що означає наявність ВІЛ-інфекції у людини. Сприймається на емоційному рівні більш позитивно, ніж терміни «ВІЛ-інфікований» (негативне сприйняття, пов'язане з акцентуванням на слові «інфекція») або термін «ВІЛ-позитивний» (акцентування на позитивному результаті тестування на ВІЛ).

Моніторинг за службами ДКТ — регулярне відслідковування ключових елементів поточної діяльності служб ДКТ.

Нуклеокапсид — структура, що складається з молекул нуклеїнової кислоти (РНК або ДНК) та оточена капсидом.

Об'єднання громадян — об'єднання людей, в тому числі міжнародні, що зареєстровані відповідно до порядку, встановленого Законами України «Про благодійництво та благодійні організації», «Про об'єднання громадян», що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ.

Пацієнт — особа (незалежно від статі), яка отримує послуги (в тому числі ДКТ) у медичних закладах.

Первинна профілактика — профілактика наркозалежності серед людей, які ще не вживають наркотики. Включає інформаційно-просвітні програми, здійснення проектів, спрямованих на змістовне дозвілля, формування здорового способу життя, програми зайнятості тощо.

Первинно позитивний результат — позитивний результат, отриманий при первинному дослідженні плазми/сироватки крові з використанням скринінгового тесту.

Передтестове консультування — консультування перед проходженням тесту (лабораторного дослідження) на ВІЛ.

Післятестове консультування — консультування після отримання результату тесту (лабораторного дослідження) на ВІЛ.

Повторно позитивний результат — позитивний результат, отриманий при повторному дослідженні плазми/сироватки крові з використанням скринінгового тесту тієї ж самої серії.

Послуги ДКТ — добровільне консультування у вигляді надання консультативної до-

помоги з медичних, психологічних, юридичних проблем тощо. Надання медичної, соціальної та інших видів допомоги у державних і комунальних установах, організаціях, медичних закладах і закладах інших форм власності та об'єднаннях громадян. Тестування на ВІЛ-інфекцію у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що мають спеціальні обладнані лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Поширення ВІЛ-інфекції — кількість ВІЛ-інфікованих осіб у певній популяції.

Прогнозуюча здатність негативного тесту — частка негативних результатів досліджень, які є дійсно негативними.

Прогнозуюча здатність позитивного тесту — частка позитивних результатів досліджень, які є дійсно позитивними.

Програми зменшення шкоди — робота серед СІН за стратегією «зменшення шкоди». Це стратегія профілактики негативних медичних і соціальних наслідків, спрямована на вирішення першочергових проблем та зменшення ризиків, пов'язаних з вживанням ін'єкційних наркотиків, серед тих, хто не може чи не готовий відмовитись від їх уживання.

Реплікація вірусних НК — одна з біосинтетичних стадій репродукції вірусів, пов'язана з синтезом дочірніх НК, абсолютно гомологічних матричній НК.

Рецептор CD4 — головний рецептор для ВІЛ-1/2. Це мономерний глікопротеід з молекулярною масою 58 kD, який є на поверхні майже у 60% Т-лімфоцитів, попередників Т-лімфоцитів, еозинофілів, дендритних клітин, клітин мікроглії ЦНС.

Роздягання вірусів — одна з ранніх стадій репродукції вірусу. Відбувається одночасно або після проникнення вірусу у клітину. Полягає у звільненні від капсиду. Кінцевим результатом є вивільнення НК.

Сексуальна ідентифікація — поняття, тісно пов'язане з сексуальною орієнтацією людини, і виявляється у відповідній поведінці. Ідентифікація розглядається як розумова операція, за допомогою якої людина приписує собі, характеристики іншої людини або групи; як процес встановлення зв'язку між собою та іншою людиною або групою. Сексуальна ідентифікація може відображати або не відображати сексуальну орієнтацію. Згідно з сексуальною орієнтацією і сексуальною ідентифікацією розрізняють наступні природні стани людини — бісексуальність, гетеросексуальність, гомосексуальність.

Сексуальна орієнтація — спрямованість еротичних або любовних бажань людини, її фантазії, почуття.

Серологічне вікно — час з моменту інфікування людини до появи антитіл до ВІЛ, який може тривати від одного до шести місяців, коли кількість антитіл до ВІЛ ще недостатня, щоб отримати позитивний результат тестування на ВІЛ.

Серологічний статус — наявність чи відсутність антитіл у сироватці крові. Серологічний статус при ВІЛ-інфекції може бути «ВІЛ-позитивний» (ВІЛ+, серопозитивний) або «ВІЛ-негативний» (ВІЛ-, серонегативний). Часто замість терміну «серологічний статус при ВІЛ-інфекції» застосовують спрощений термін «ВІЛ-статус».

Скринінг (screening — відбір) — дослідження сироваток крові певних популяцій населення (донорів, вагітних, СІН тощо), що проводиться з метою виявлення в плазмі/сироватці, які з високою імовірністю містять противірусні антитіла, і виключення плазми/сироваток, які не містять специфічних противірусних антитіл.

СНІДофобія — часто безпідставний жах щодо можливості інфікування та захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД, переконання, що ВІЛ-інфекція — це вирок, а СНІД — це неминуча смерть.

Специфічність тест-системи — частка негативних зразків плазми/сироваток, які не містять специфічних противірусних антитіл.

Стигма — віра суспільства в те, що певні риси особистості або спосіб життя є ганебними або непристойними та підлягають дискримінації. ВІЛ-позитивний статус може бути стигмою у суспільстві, в якому із упередженням або вороже ставляться до людей, що живуть з ВІЛ. Дослівно стигма означає «клеймо» або «ярлик».

Структурні білки — білки, що кодуються вірусною НК і входять до складу вірусних часток.

Супервізія — керівництво, спостереження і контроль за роботою консультанта та його підтримка з метою забезпечення якості консультування.

Тестування — проходження лабораторного обстеження на наявність антитіл до ВІЛ (тест на ВІЛ) з використанням скринінгових та верифікаційних методів дослідження на ВІЛ

Тестування і консультування за ініціативи медичних працівників — підхід, який базується на проведенні консультування і тестування на ВІЛ в медичних закладах, до яких звернувся пацієнт. Здійснюється у двох варіантах: діагностичне ВІЛ-тестування та ВІЛ-скринінг. Важливо підкреслити, що такий підхід носить добровільний характер і що при обох варіантах консультування і тестування на ВІЛ з ініціативи медичних працівників необхідно дотримуватись трьох основних положень — інформованої згоди, добровільності та конфіденційності.

Третинна профілактика — лікування, реабілітація, ресоціалізація тих СІН, які хочуть та намагаються відмовитись від уживання ін'єкційних наркотиків.

Фобії — це нав'язливі неадекватні переживання жахів, безпідставної тривоги конкретного змісту, що викликають неврози нав'язливих стійких станів. Термін походить від грецького слова «phobos» (жах).

Хибнонегативний результат — негативний результат, отриманий при дослідженні плазми/сироватки, що містить специфічні противірусні антитіла.

Хибнопозитивний результат — позитивний результат, отриманий при дослідженні плазми/сироватки, що не містить специфічних противірусних антитіл.

Чутливість тест-системи — частка позитивних зразків плазми/сироваток, визначених за результатами дослідження як такі, що містять антитіла.

Якість життя — ступінь задоволення матеріальних і нематеріальних потреб інди-

відуумів, родин, спільнот. Визначається об’єктивними показниками (кількісними та якісними, матеріальними та якісними), наприклад, тривалістю життя, рівнем бідності, рівнем освіти, доходів, мірою задоволеності умовами життя та різними його аспектами.

Рекомендована література та додаткові ресурси, що містять корисну інформацію з питань ВІЛ/СНІДу та ДКТ

1. Бондаренко С.Г., Ворник Б.М. (ред.), Гарнец О.Н., Квашенко В.П., Коломиец В.П., Маслов В.М., Остапенко М.А.,Подшивалов К.В., Проценко Т.В., Пурик Е.П., Семикоп Т.Е., Талалаев К.А. (2004) Основы консультирования по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья: учебно-методическое пособие. ИЦ «День печати», Киев, 264 с.
2. Гирін В.М., Дзюблик І.В., Порохницький В.Г. та ін. (1999) Навчаьний посібник з лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу: Навчально-методичний посібник для лікарів. Київ, 160 с.
3. Дикий Б.М., Грижак І.Г., Щербінська А.М. та ін. (2007) Медико-профілактичні аспекти ВІЛ-інфекції та СНІДу в лікарській практиці: Посібник. ІФДМУ, Івано-Франківськ, 236 с.
4. Щербинская А.М., Кобыща Ю.В., Круглов Ю.В. и др. (1998) ВИЧ-инфекция в Украине. Эпидемиология и инфекционные болезни, 5: 11–14.
5. Гаранина Е.Н. (1997) Качество лабораторного анализа. Факторы, критерии и методы оценки. Лабинформ, Москва, 192 с.
6. Дмитриев В.И., Кузьмич А.Н. (1995) Современные методы иммунологической и генетической диагностики ВИЧ-инфекции. Клиническая лабораторная диагностика, 5, 12–16.
7. Гураль А.Л., Сергеева Т.А., Кислых Е.Н., Максименок Е.В. (1999) К вопросу об оценке диагностических характеристик тест-систем для выявления антител к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ). Лабораторная диагностика, 1, 48–52.
8. Меньшиков В.В (ред.) (1997) Клинический диагноз — лабораторные основы. Лабинформ, Москва, 320 с.
9. Покровский В.В. (2006) Клинические рекомендации ВИЧ-инфекция и СПИД. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», Москва, 128 с.
10. Пересмотренные рекомендации по выбору и использованию методов определения антител к ВИЧ (1997) ВОЗ и UNAIDS.
11. Покровский В.И., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. (2000) ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. ГЭОТАР Медицина, Москва, 496 с.
12. Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях (2007) ВООЗ/ЮНЕЙДС, 68 с.
13. Сергеєва Т.А. (1998) Специфічна імунодіагностика в системі епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією. Автореф. дис. канд. мед. наук. Київ, 18 с.
14. Смольская Т.Т., Лещинская Н.П., Шилова Э.А. (1992) Серологическая диагностика ВИЧ-инфекции: Методическое пособие для врачей. Санкт-Петербург, 1–61.
15. Дзюблик І.В. (ред.) (2004) Посібник з хіміотерапії вірусних інфекцій. Київ, 176 с.
16. Черенько С.О., Александріна Т.А. (2005) Ефективність добровільного консультування і тестування на ВІЛ у виявленні ВІЛ-асоційованого туберкульозу. Укр. пульмонол. журнал, 4: 10-15.
17. Kline R.L., McNairn D., Holodniy M, Mole L., Margoils D., Blattner W., Quinn T.C. (1996) Evaluation of Chiron HIV-1/HIN-2 recombinant immunoblot assay. J.of clinical microbiology, 34 (11): 2650–2284.
18. Quinn T.C. (1996) Assotiation of sexually transmitted diseases and infection with the

human immunodeficiency virus: biological cofactors and markers of behavioural interventious. International Journal of STD and AIDS, 7 (Suppl.2): 17–24.
19. Stevens C.E. (1997) Human immunodeficiency virus transmission through blood, blood products, and tissue and organ donation. AIDS: Biology, Diagnosis, Treatment, and Prevention, 4th edition. Lippincott-Raven Publishers, 595–602.
20. The risk of transfusion-transmitted viral infections / Schreiber G.B., Busch M.P., Kleinman S.H. et al. (1996) The New England Journal of Medicine, 334 (26): 1685–1689.
21. UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update. December, 2006.
22. Заявление о политике ЮНЭЙДС/ВОЗ в отношении тестирования на ВИЧ, июнь 2004 г.
23. Sahlu T., Kassa E., Agonafer T. et al. (1999) Sexual behaviours, perception of risk of HIV infection, and factors associated with attending HIV post-test counselling in Ethiopia. AIDS; 13(10): 1263–1272.
24. Stein J.A, Nyamathi A. (2000) Gender differences in behavioural and psychosocial predictors of HIV testing and return for test results in a high-risk population. AIDS Care, 12(3): 343–56.
25. Fylkesnes K., Siziya S. (2004) A randomized trial on acceptability of voluntary HIV counselling and testing. Trop Med Int Health, 9(5): 566–572.
26. Dabis F., Schechter M., Egger M. (2006) Mortality of HIV-1–infected patients during the first year of potent antiretroviral therapy: comparative analysis of databases from low- and high-income countries. Lancet, 367: 817–824.
27. Holmberg S.D., Palella F.J., Lichtenstein K.A., Havlir D.V. (2004) The case for earlier treatment of HIV infection. Clin Infect Dis, 39(11): 1699–1704.
28. Serafim D., Ferraz D., Chequer P. Counseling in the use of anti-HIV rapid testing: the experience of the Brazilian AIDS program. Paper presented at: XVI International AIDS Conference, August 13–18 2006; Toronto, Canada.[1]
29. Wurcel A., Zaman T., Zhen S., Stone D. (2005) Acceptance of HIV antibody testing among inpatients and outpatients at a public health hospital: A study of rapid versus standard testing. AIDS Patient Care STDs, August; 19(8): 499–505.
30. Rotheram-Borus, Leibowitz A., Etzel M. (2006). Routine Rapid HIV Testing AIDS Education and Prevention, 18(3): 273–280.
31. Boyd F.M., Simpson W.M., Hart G.J., Johnstone F.D., Goldberg D.J. (1999) What do pregnant women think about the HIV test? A qualitative study. AIDS Care, 11(1): 21–29.
32. Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Clinical Settings: Operational Recommendations. A Meeting Report. WHO/UNAIDS consultation meeting, 3–4 July, 2006.
33. Case Definitions of HIV for Surveillance and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV-Related Disease in Adults and Children, WHO, 2006.
34. Medley A. et al. (2004) Bulletin of the World Health Organization; April: 82.
35. VCT Toolkit. Participant's Manual: Counseling Supervision and Training. FHI; August, 2005.
36. VCT Toolkit. Trainer's Manual: Counseling Supervision and Training. FHI; August, 2005.
37. VCT Toolkit. HIV Counseling and Testing: Skills Training Curriculum. Facilitator's Guide. FHI; January, 2005.
38. Щербінська А.М., Дзюблик І.В. (2002) ВІЛ-інфекція. Український хіміотерапевтичний журнал, 3–4: 63–71.

39. Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Києві та аналіз заходів протидії (2006) Видавництво Раєвського, Київ, 136 с.
40. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. (2004) ВІЛ-інфекція і СНІД. Здоров'я, Київ, 636 с.

Додаткові джерела інформації щодо розширення послуг ДКТ

Питання політики та правового урегулювання

- Handbook for legislators on HIV/AIDS, law and human rights, UNAIDS/IPU, 1999 (http://whqlibdoc.who.int/unaids/1999/UNAIDS_99.48E.pdf
- Igbal Nandra (WHO), Yasmine Topor (UNAIDS «ВОЗ и ЮНЕЙДС випускают новое руководство по тестированию и консультированию в отношении ВИЧ в медицинских учреждениях») (http://www.who.int/mediacentre/кудуфіуі/2007/pr24.ru);
- International guidelines on HIV/AIDS and human rights, 2006 consolidated version, UNAIDS/OHCHR
- Добровольное консультирование и тестирование, FHI FOCUS ON, "/2005/: http:|//www.fhi.org.ru;
- Модели предоставления услуг по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ, FHI FOCUS ON /2006/ (http://www.fhi.org.ru)
- Заявление о политике ЮНЭЙДС/ВОЗ в отношении тестирования на ВИЧ, ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2004 (http://data.unaids.org/una-docs/hivtestingpolicy_ru.pdf)

Доцільність розкриття ВІЛ-статусу та консультуванння партнера

- Opening up the HIV/AIDS epidemic: Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling & appropriate use of HIV case-reporting (UNAIDS Best Practice Collection, Key Material, UNAIDS/WHO, Geneva, November 2000). http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/IncreasingReportE.pdf
- Scaling up HIV testing and counselling services — a toolkit for programme managers, WHO, 2005, (Online version: http://who.arvkit.net/tc/en/index.jsp; PDF version: http://www.who.int/entity/hiv/pub/vct/counsellingtestingtoolkit.pdf)

ВІЛ тестування жінок

- Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS, WHO/UNFPA, 2006, (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf)
- Prevention of mother-to-child transmission of HIV: generic training package, WHO and CDC, 2004, (http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/PMTCT/)
- Nutrition counselling, care and support for HIV-infected women, WHO, 2004, (http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592125.pdf)
- Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants, WHO, 2004, (http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/arvdrugswomenguidelinesfinal.pdf)

Уразливі контингенти

- WHO online sex work toolkit (Online version: http://who.arvkit.net/sw/en/index.jsp; PDF version: http://www.who.int/entity/hiv/pub/prev_care/sexworktoolkit.pdf)
- Strategies for involvement of civil society in HIV testing within context of "3 by 5": Focus on marginalized communities, UNAIDS, 2004, (http://data.unaids.org/Topics/Human-Rights/hr_refgroup3_06_en.pdf)

ВІЛ-тестування і діти

- Конвенция о правах ребенка, ООН, 1989, http://www.un.org/russian/documen/convents/childcon.htm
- Convention on the right's of the child general comment No 3: HIV/AIDS and the rights of the child, UN, 2003, Website: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9291730254.pdf

Технології тестування на ВІЛ. Прості/швидкі тести

- Training package for HIV rapid testing, CDC and WHO, 2006. (http://www.phppo.cdc.gov/dls/ila/hivtraining/default.aspx)
- WHO Guidelines on HIV rapid testing, WHO (to be published)
- Guidelines for assuring the accuracy and reliability of HIV rapid testing: applying a quality system approach, CDC and WHO, 2005 (http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/HIVRapidsGuide.pdf)
- Revised recommendations for the selection and use of HIV antibody tests, UNAIDS/WHO, 1997 (http://www.who.int/docstore/wer/pdf/1997/wer7212.pdf)

The importance of simple/rapid assays in HIV testing, WHO/UNAIDS, 1998 (http://www.who.int/docstore/wer/pdf/1998/wer7342.pdf)

ДОДАТОК

Міністерство охорони здоров'я України
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

"ПОГОДЖЕНО"
Вченою радою медико-профілактичного
та фармацевтичного факультету
Протокол № 8 від
« 08 » жовтня 2007 р.

Декан факультету,
професор Ветютнєва Н.О.

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Вченою радою НМАПО
Протокол № 10 від
« 19 » грудня 2007 р.
Голова Вченої ради
НМАПО імені П.Л.Шупика
член-кор. АМН України,
професор Вороненко Ю.В.

Навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення (ТУ) «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію»

Тривалість циклу — 0,5 міс

Кафедра вірусології

Київ – 2007

Склад робочої групи:

Дзюблик І.В. – д.м.н., професор, завідувач кафедри вірусології НМАПО імені П.Л.Шупика;
Вороненко С.Г. – к.м.н., доцент кафедри вірусології НМАПО імені П.Л.Шупика;
Ковалишин Г.Г. – к.б.н., доцент кафедри вірусології НМАПО імені П.Л.Шупика;
Порохницький В.Г. – к.м.н., доцент кафедри вірусології НМАПО імені П.Л.Шупика;
Міроненко А.П. – к.м.н., доцент кафедри вірусології НМАПО імені П.Л.Шупика;
Ковалюк О.В. – к.м.н., асистент кафедри вірусології НМАПО імені П.Л.Шупика;
Самборська І.Ф. – к.м.н., асистент кафедри вірусології НМАПО імені П.Л.Шупика.

Пояснювальна записка

За 20-річний період розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні широкомасштабне тестування на ВІЛ проводиться понад шістнадцяти , а послуги консультування надаються близько дев'яти років. Передбачене законодавством перед- та післятестове консультування впроваджується занадто повільно та не систематизовано. Протягом останніх двох років Україна здійснила нові кроки до розширення та покращення якості послуг консультування і тестування на ВІЛ. За технічної підтримки Агентства міжнародного розвитку США Проекту ПОЛІСІ-ІІ та участі державних структур і громадських та міжнародних організацій України, які опікуються проблемою ВІЛ-інфекції в Україні, нормативно було врегульовано «Порядок добровільного консультування і тестування (ДКТ)», затверджений наказом МОЗ України від 19.08.2005 року за №415. Крім того, в країні розпочато створення кабінетів «Довіра», розроблена та затверджена стратегія розширення доступу до послуг ДКТ та швидких тестів на ВІЛ.

В зв'язку з цим виникла потреба в підготовці та перепідготовці лікарів на циклах тематичного удосконалення з проблем ВІЛ-інфекції та ДКТ — послуги, яка передбачає тестування на ВІЛ-інфекцію з обов'язковим проведенням перед- та післятестового консультування з дотриманням принципу добровільності і проводиться з ініціативи пацієнта; сприяє прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ та впливає на формування подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, визначає ВІЛ-статус людини, формує прихильність до лікування .

З цією метою впроваджується цикл тематичного удосконалення «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію», тривалістю 0,5 міс (78 год.).

Зміст навчальної програми циклу охоплює весь обсяг теоретичних знань і практичних навичок, необхідних лікарю-вірусологу, лікарю-лаборанту, лікарям загального профілю і спеціалізованих служб, які працюють або працюватимуть в кабінетах та пунктах ДКТ, організаторам охорони здоров'я, які матимуть відношення до організації роботи кабінетів ДКТ. Програму побудовано за системою блоків. Блоками є три курси, відповідних циклу, з уніфікованої програми з вірусології. Курси розбито на розділи, кожний з яких включає декілька тем. Питання етіології, епідеміології, патогенезу ВІЛ-інфекції та її діагностики включено до відповідного курсу або розділу програми. Значну увагу приділено основним принципам ДКТ, протоколу та алгоритму ДКТ, нормативним актам України, що пов'язані з організацією послуг ДКТ. В окремих розділах програми (13.02.07 та 13.02.08) висвітлені мета, задачі та зміст перед- та післятестового консультування, особливості консультування різних груп населення, системи та методи моніторингу та оцінки ДКТ.

Для виконання даної програми в процесі навчання передбачені лекції, практичні заняття, різні види семінарів (інформаційні, за методикою малих груп).

Для виявлення рівня знань і навичок слухачів запроваджуються такі види контролю, як оцінка базисних знань та заключний залік. Для базисного та заключного контролів використовують ситуаційні задачі та тестові питання.

Слухачам, які успішно склали залік, видається посвідчення встановленого МОЗ України зразка про тематичне підвищення кваліфікації.

НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН

циклу тематичного удосконалення (ТУ)
«Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію»

Тривалість навчання: 0,5 міс (78 год.)

Мета навчання: поглиблення теоретичної і практичної підготовки лікарів з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу та порядку добровільного консультування та тестування на ВІЛ, оволодіння простими/швидкими тестами та методологією та принципами ДКТ, перед- та післятестового консультування, супервізії, моніторингу та оцінки ДКТ.

Контингент, що навчається: лікарі-вірусологи, спеціалісти-вірусологи лабораторій з діагностики ВІЛ-інфекції, лікарі-лаборанти клініко-діагностичних лабораторій лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, організатори охорони здоров'я, які матимуть відношення до організації кабінетів ДКТ, Довіри, лікарів загального профілю і спеціалізованих служб, які працюють чи працюватимуть в кабінетах та пунктах ДКТ .

Код курсу	Назва курсу	Кількість навчальних годин			
		Лекційних	Практичних	Семінарських	Разом
Вступна конференція				1	1
Базисний контроль знань				1	1
01.	Організація роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу, кабінетів "Довіри" та пунктів з ДКТ			2	2
03.	Основні принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції, СНІД-асоційованих та СНІД-індикаторних вірусних інфекцій			6	6
13.	Ретровіруси та спричинені ними захворювання. ВІЛ-інфекція	6	24	2	32
13.	Порядок добровільного консультування та тестування на ВІЛ. Перед- та післятестове консультування. Супервізія, моніторинг, оцінка ДКТ	2	20	10	34
Залік				1	1
Заключна конференція				1	1
Разом на кафедрі вірусології		**10**	**44**	**24**	**78**

НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА
циклу тематичного удосконалення (ТУ)
«Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію»

Код	Назва курсу, розділу, теми
01.	**ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ЛАБОРАТОРІЙ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, КАБІНЕТІВ ТА ПУНКТІВ З ДКТ**
01.01	**Організація роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції (для проведення скринінгових досліджень), кабінетів та пунктів з ДКТ**
01.01.01 01.01.02	Набір приміщень. Устрій. Обладнання Матеріально-технічне забезпечення. Штати. Документація
01.02	**Режим роботи з інфекційним матеріалом**
01.02.01 01.02.02 01.02.03	Режим роботи в лабораторії з вірусами 1–4 груп патогенності Біологічна безпека в пунктах тестування і консультування на ВІЛ-інфекцію Правила відбору і транспортування інфекційного матеріалу. Порядок прийому та дослідження інфекційного матеріалу у лабораторіях діагностики ВІЛ-інфекції та в пунктах тестування і консультування. Формулювання та термін видачі результатів досліджень. Форми первинної облікової документації. Методичні підходи, що забезпечують гарантовану якість скринінгових та діагностичних досліджень на ВІЛ
01.03.	**Правові питання служби**
01.03.01	Закони України: "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населен”я" і "Про внесення змін до закону ...", накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 №415 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію". Протокол добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію
03.	**ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА СНІД-АСОЦІЙОВАНИХ І СНІД-ІНДИКАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ**
03.03	**Експрес-діагностика ВІЛ-інфекції, СНІД-асоційованих та СНІД-індикаторних вірусних інфекцій**
03.03.01 03.03.02 03.03.03 03.03.04 03.03.05	Метод флуоресціюючих антитіл (МФА) Імуноферментний аналіз (ІФА) Імунний блотінг (ІБ) Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) якісна та кількісна Прості/швидкі тести. Імунохроматографічні методи (латеральної дифузії) та одноетапні методи. Методи тестової полоски "діпстік" (dipstick)
13.	**РЕТРОВІРУСИ ТА СПРИЧИНЕНІ НИМИ ЗАХВОРЮВАННЯ**
13.01	**Загальна характеристика ретровірусів**
13.01.01 13.01.02	Класифікація ретровірусів та їх роль в патології людини Структура та біологічні властивості ретровірусів. Ендогенні та екзогенні ретровіруси

13.02.	**ВІЛ-інфекція/СНІД**
13.02.01	Особливості збудників ВІЛ-інфекції: морфологія, структура, геном, білки, фізико-хімічні та біологічні властивості
13.02.02	Патогенез ВІЛ-інфекції. Імунна система при ВІЛ-інфекції/СНІДі
13.02.03	Клінічні прояви ВІЛ-інфекції/СНІДу. Класифікації клінічних стадій ВІЛ-інфекції/ СНІДу. Опортуністичні інфекції та злоякісні неоплазії при СНІДі
13.02.04	Принципи специфічної антиретровірусної терапії
13.02.05	Епідеміологія та профілактика ВІЛ-інфекції. Постконтактна профілактика ВІЛ-інфекції
13.02.06	Лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції. Стратегія, тактика, алгоритми діагностики, експрес-тестування на ВІЛ
13.03.	**Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ, протокол ДКТ та організація послуг ДКТ на ВІЛ-інфекцію**
13.03.01	Основні принципи ДКТ. Алгоритм ДКТ
13.03.02	Протокол ДКТ, зміст, загальні положення, мета
13.03.03	Інші нормативні акти України, пов'язані з організацією послуг ДКТ
13.03.04	ДКТ як ефективний інструмент профілактики ВІЛ-інфекції. Організація проведення ДКТ в закладах охорони здоров'я України
13.04.	**Перед- та післятестове консультування**
13.04.01	Мета, задачі та зміст передтестового консультування
13.04.02	Мета, задачі та зміст післятестового консультування Помилки при наданні консультативної допомоги
13.05	**Супервізія, моніторинг і оцінка ДКТ**
13.05.01	Супервізія: мета та завдання
13.05.02	Система та методи моніторингу та оцінки ДКТ
13.05.04	Особливості консультування різних груп населення

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК

на циклі

«Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію»

Визначення противірусних антитіл (в тому числі IgM та IgG) в ІФА при ВІЛ-інфекції
Виявлення специфічних антитіл: Прості/швидкі тести. Імунохроматографічні методи (латеральної дифузії) та одноетапні методи. Методи тестової стрічки "діпстік" (dipstick) при ВІЛ-інфекції/СНІДі
Методологія та принципи ДКТ для різних груп населення
Визначення алгоритму лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції
Алгоритм ДКТ на ВІЛ-інфекцію

Підписано до друку 19.12.2007. Формат 70х100/16
Гарнітура Times. Друк офсетн. Ум. друк. арк. 9,93.
Замов. № 398. Наклад 2500 прим.

Оперативна поліграфія ТОВ “Олпрінт”
01021, м. Київ, узвіз Кловський, 14а
тел./факс (044) 254-23-48