

ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ПАЦІЄНТА І ПРІОРИТЕТНОСТІ СЕРЕД СХЕМ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІТЧИЗНЯНИХ РЕГІОНАЛЬНИХ ЦЕНТРАХ СНІДУ

Ключові слова: ВІЛ-інфекція/СНІД, медико-соціальний портрет пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, схеми антиретровірусної терапії, реальні дані

У рамках стратегії Fast Track «Прискорення: припинення епідемії СНІДу до 2030 року», проголошеною у 2014 р. об'єднаною програмою ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), визначено нові цільові показники у припиненні глобальної епідемії ВІЛ-інфекції, а саме: 90–90–90 (до 2020 р.) та 95–95–95 (до 2030 р.). Це передбачає, що 90/95% людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ), будуть знати про свій ВІЛ-позитивний статус; 90/95% осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, отримуватимуть антиретровірусну терапію (АРТ); у 90/95% осіб, які отримують АРТ, буде досягнуто пригнічення репродукції ВІЛ, що унеможливить передачу інфекції іншим (рисунок) [1–4].



Рис. Прийняте графічне представлення стратегії 90–90–90 (United Nations Political Declaration on Ending AIDS, 2014) [1, 2, 3].

Для досягнення цілей ЮНЕЙДС 90–90–90 у 2015 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) представила рекомендації щодо перегляду принципів терапії і профілактики ВІЛ. Відповідно до них, АРТ має надаватися усім ЛЖВ, за будь-якої кількості клітин CD4. Вони засновані на даних клінічних досліджень та спостережень, які доводять, що ЛЖВ, які починають АРТ одразу після інфікування, мають більше шансів залишитися здоровими і менше ризикують передати вірус своїм партнерам [5].

У відповідь на нові підходи ВООЗ наказом МОЗ від 22. 12. 2015 № 887 було затверджено Зміни до Клінічного протоколу АРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, у яких серед іншого сказано: «Ранній початок АРТ є клінічно доцільним та економічно обґрунтованим як в країнах з високим, так і низьким та середнім рівнями економічних ресурсів. АРТ рекомендована усім ВІЛ-інфікованим з метою зниження ризику прогресування хвороби і профілактики передачі ВІЛ, незалежно від кількості CD4-лімфоцитів, відповідно до нової стратегії Fast Track та консолідованих рекомендацій ВООЗ (2015)» [6].

Тому вивчення реальних особливостей призначення АРТ в Україні є актуальним завданням сьогодні. За даними Інформаційного бюлетеня № 45 «ВІЛ-інфекція в Україні» (2016 р.), станом на 01. 01. 2016 р. лише 58% осіб – від оціночної вартості ЛЖВ – знали про свій ВІЛ-позитивний статус та перебували під медичним наглядом

у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) служби СНІДу, 31% – отримували АРТ, 24% – демонстрували невизначальний рівень вірусного навантаження [7]. Якщо порівняти дані зазначеного офіційного джерела із цілями стратегії Fast Track, то постає нагальною доцільність посилення співпраці у цьому напрямі. Тому у Резолюції Третьої національної науково-практичної конференції з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні «За кожне життя разом: Прискорення до мети 90–90–90» (21–23. 11. 2016 р., Київ), визнано за необхідність у сфері «Посилення потенціалу та прав людини» серед іншого «систематично підвищувати дослідницький потенціал на національному та регіональному рівнях шляхом проведення досліджень на засадах доказової медицини та оцінки ефективності заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу» [8].

Започаткування розв'язку фармацевтичної складової у подоланні епідемії СНІДу в Україні знайдено у публікаціях Янишин У. Я. [9], Бойка А. І. [10], Немченко А. С. і співав. [11]. Однак залишається відкритим питання розроблення фармацевтичної складової оцінки медичних технологій (ОМТ) щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на основі реальних даних. Для його вирішення було укладено договір між УЦКС і ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». Оскільки міжнародні рекомендації з ОМТ вказують на доцільність використання в тому числі і реальних даних, отриманих не із рандомізованих клінічних досліджень, а за даними реальної практики для прийняття управлінських рішень [12–14].

Виходячи з представленої актуальності роботи, **метою** цієї статті є висвітлення результатів аналізу реальних даних 1 200 карт диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою ЛЖВ, які перебували під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу 12 областей України. Було окреслено такі завдання – побудова медико-соціального портрета пацієнтів, а саме: вивчення гендерних, вікових, клінічних їх характеристик; функціонального/ТБ- (наявність супутнього туберкульозу)/СІН- (наявність споживання ін'єкційних наркотиків)/ВГ- (наявність супутніх вірусних гепатитів) статусів; прихильності до АРТ; а також призначених схем АРТ.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом аналізу була вибірка із 1 200 контрольних карт диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою (форма № 030-5/о) хворих, які у липні–вересні 2016 р. перебували на обліку у ЗОЗ, що здійснюють медичний нагляд за ЛЖВ, 12-ти областей України: Одеської, Дніпровської, Миколаївської, Херсонської, м. Києві, Запорізької, Вінницької, Рівненської, Харківської, Львівської, Тернопільської, Івано-Франківської. У переліку регіонів, що поданий за спадом поширеності ВІЛ/СНІДу, наведено області з дуже високою поширеністю ВІЛ-інфекції станом на 01. 10. 2016 р. [15] – Одеська (865,8 осіб на 100 тис. населення), Дніпровська (797,6), Миколаївська (713,8); високою поширеністю – м. Київ (432,6), Херсонська (392,7), Запорізька (244,3); середньою – Вінницька (160,7), Рівненська (149,1), Харківська (134,3), Львівська (126,5); відносно низькою – Тернопільська (92,0), Івано-Франківська (68,8). У кожному центрі СНІДу зазначених областей було опрацьовано по 100 карт хворих, які отримували АРТ. Карти для ретроспективного аналізу було визначено шляхом випадкового відбору із закриттям персональних даних осіб. У роботі використано аналітичний, системно-логічний, АВС-аналіз як основні методи дослідження.

Результати дослідження та обговорення

Дані аналізу статусу ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які знаходились на обліку у центрах СНІДу 12-ти регіонів та отримували АРТ у 2016 р., подано в табл. 1.

Характеристика статусу ВІЛ-інфікованих пацієнтів у 12-ти областях України

Критерій	Розподіл	Осіб загалом, %	Осіб в обласних центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, %											
			Одес.	Дніпр.	Мик.	м. Київ	Херс.	Запор.	Вінн.	Рівнен.	Харків.	Львів.	Терн.	Ів.-Фр.
I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Стать	чоловіки	52,92	51	47	50	57	55	52	50	64	52	57	44	56
	жінки	47,08	49	53	50	45	43	48	50	36	48	43	56	44
Вік	18 – 30 рр.	15,42	11	9	9	14	7	9	17	22	25	10	22	30
	31 – 40 рр.	45,33	35	45	46	54	46	53	45	43	41	47	47	42
	41 – 50 рр.	30,50	38	32	34	29	39	26	31	33	28	36	17	23
	51 – 60 рр.	6,83	12	10	10	2	7	8	6	2	5	5	11	4
	61 – 70 і	1,92	4	4	1	1	1	1	4	1	–	1	2	1
Клінічна стадія	1	21,08	3	12	30	9	26	20	–	16	7	33	62	35
	2	11,67	–	12	19	19	4	6	21	23	10	10	–	16
	3	27,50	53	36	34	40	41	14	30	9	48	13	8	4
	4	39,75	44	40	17	32	29	60	49	52	35	44	30	45
Функціональний статус	P	83,75	47	85	97	84	99	73	78	85	91	80	95	91
	A	15,25	53	15	3	13	1	27	22	13	9	14	4	9
Прихильність	Л	1,00	–	–	–	3	–	–	–	2	–	6	1	–
	B	92,92	91	100	92	91	99	98	89	84	93	96	90	92
	H	7,08	9	–	8	9	1	1	2	11	16	4	10	8
	T1	59,25	68	72	90	79	45	50	55	39	32	44	91	46
	T2	1,25	1	3	–	–	2	1	1	1	1	4	1	–
	T3	3,67	2	1	4	1	1	12	4	4	1	5	1	5
	T4	0,83	1	–	–	–	1	1	1	1	–	3	–	1
	T5	6,75	10	6	1	8	7	2	7	9	16	7	1	7
ТБ-статус	T6	7,25	2	13	–	2	6	20	14	4	12	5	–	9
	T7	15,92	11	2	4	4	37	14	18	12	29	23	6	31
	T8	5,08	5	3	1	6	1	–	–	34	1	9	–	1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
СІН-статус	С1	64,42	73	70	59	40	61	62	71	64	69	44	83	77	
	С2	29,25	26	29	40	59	32	26	4	27	27	50	14	17	
	С3	2,83	-	-	-	1	2	4	15	7	1	2	-	2	
	С4	0,98	-	-	-	-	1	1	1	1	2	2	-	2	
	С5	2,67	1	1	1	-	-	4	9	1	1	2	3	2	
ВГ-статус	Г1	13,83	51	1	-	30	2	2	9	7	10	19	13	2	
	Г2	42,33	16	37	40	17	44	57	54	48	60	22	58	55	
	Г3	31,75	24	37	48	53	50	35	17	41	21	23	26	6	
	Г4	2,25	-	2	2	-	1	4	12	3	-	2	-	1	
	Г5	0,25	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	
	Г6	3,75	3	2	9	-	-	2	2	6	1	9	3	7	
	Г7	1,17	1	-	1	-	-	-	-	-	-	3	1	-	8
	Г8	0,17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	Г9	0,17	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	Г13	4,08	3	-	-	-	-	-	-	1	-	5	24	-	16
Г14	0,25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	

Примітки. Функціональний статус: Р – фізична активність не обмежена, здатний до виконання регулярної праці та повсякденної діяльності; А – фізична активність обмежена, не здатний до виконання регулярної праці, здатний до самообслуговування; Л – фізична активність значно обмежена, не здатний до самообслуговування, потребує сторонньої допомоги. Прихильність: В – висока, понад 95%; Н – низька, 95% та менше. ТБ-статус: Т1 – не потребує лікування або профілактики туберкульозу; Т2 – підозра на ТБ; Т3 – легеневий ТБ; Т4 – позалегеневий ТБ; Т5 – завершив курс лікування ТБ; Т6 – потребує профілактики ТБ; Т7 – отримав профілактику ТБ або отримав її протягом поточного року. СІН-статус: С1 – заперечує вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом; С2 – не заперечує вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом; С3 – не заперечує епізодичне вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом; С4 – не заперечує систематичне вживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом; С5 – перебуває у програмі замінної підтримувальної терапії. ВГ-статус: Г1 – статус невідомий; Г2 – не інфікований вірусним гепатитом В та С; Г3 – інфікований вірусом гепатиту С; Г4 – активний вірусний гепатит С, потребує лікування; Г5 – отримав лікування з приводу гепатиту С; Г6 – отримав курс противірусного лікування гепатиту С; Г7 – інфікований вірусом гепатиту В; Г8 – активний вірусний гепатит В, потребує лікування; Г9 – отримав лікування з приводу гепатиту В; Г10 – інфікований вірусом гепатиту В та С; Г11 – активний вірусний гепатит В та С.

Форма № 030-5/о регламентована наказом МОЗ України № 182 від 21. 03. 2012 р. «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфікованих осіб та інструкцій щодо їх заповнення». Її веде лікар ЗОЗ, у якому ВІЛ-інфікована особа перебуває під диспансерним наглядом [16]. Цей документ набрав чинності 08. 06. 2012 р., а до цього часу карти диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою було затверджено наказом МОЗ № 187 від 07. 04. 2008 р. [17]. Аналізом встановлено, що у ЗОЗ в обігу ще залишаються обидві форми контрольних карт. Отже, часті зміни нормативно-правового підґрунтя форм первинної облікової документації не сприяють підвищенню якості їх ведення.

Як вказують дані дослідження, подані в табл. 1, загалом по Україні ймовірність бути ВІЛ-інфікованими не залежить від статі. Оскільки серед 1 200 ненависно відібраних карт форми № 030-5/о 51% належали чоловікам, 49% – жінкам. Одночасно найвищий відсоток ВІЛ-інфікованих чоловіків спостерігався серед 100 карток із Рівненської області (64%).

Встановлено, що найчастіше хворіють особи у вікових категоріях від 31 до 50 років (сумарно 75,83%). Наймолодші ВІЛ-інфіковані спостерігалися в областях із найменшою поширеністю ВІЛ-інфекції: Івано-Франківській (30%), Харківській (25%), Тернопільській, Рівненській (по 22%). Водночас найвища частка хворих, старших за 50 років, була характерна для областей з найвищою поширеністю ВІЛ-інфекції: Одеської (16%), Дніпровської (14%), Миколаївської (11%). Цей результат доводить, що в останніх регіонах, які першими прийняли удар інфекції в Україні, відбувається поступове старіння ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що необхідно враховувати під час корекції схем АРТ.

Дослідженням підтверджено, що більшість ЛЖВ хворобу виявляють на пізніх стадіях, оскільки сумарно серед клінічних стадій переважають 3-я (27,5%) та 4-а (39,75%). Водночас серед досліджуваних центрів СНІДу відзначено значну неоднорідність у виставленні стадії захворювання.

За функціональним статусом і прихильністю до АРТ лівова частка пацієнтів – працездатні з необмеженою активністю (83,75%) та високою прихильністю (92,92%). Щодо ТБ-статусу, то сумарно 59,25% пацієнтів не потребує лікування або профілактики туберкульозу (окрім Херсонської та Івано-Франківської обл., де зі 100 довільно відібраних карт 37 та 31 осіб відповідно потребували профілактики ТБ). Серед усіх хворих 29,25% осіб раніше були СІН, хоча і заперечують вживання наркотиків на даний час; загалом перебувають у програмі замісної підтримувальної терапії 2,67% осіб: найбільше їх у Вінницькій (9%) та Запорізькій (7%) областях, жодного серед проаналізованих карт – у м. Києві. Найвищий відсоток СІН як і супутнього інфікування вірусом гепатиту С спостерігали серед столичних пацієнтів (59 і 53% відповідно). А загалом серед усіх хворих за ВГ-статусом найбільша частка в категорії ГЗ (інфікований вірусом гепатиту С), яка становила 31,75% – від 6% в Івано-Франківській області до 53% в м. Києві, 50% у Херсонській, 48% у Миколаївській областях. Найбільше хворих з активним гепатитом С, які потребують лікування, було заявлено у Вінницькій області (12%). Водночас отримали курс протівірусного лікування гепатиту С 9 осіб зі 100 у Львівській і Миколаївській, 7 – в Івано-Франківській та 6 – у Вінницькій областях. Найбільше карток із позначенням щодо статусу ВГ «Г13 – інфікований вірусом гепатиту В та С» було у Львівській (24%) й Івано-Франківській (16%) областях. Останній регіон був єдиним із зазначенням у ВГ-статусі ВІЛ-інфікованих осіб наявності активного вірусного гепатиту В та С (3%), що загалом становило 0,25% серед усіх досліджуваних ВГ-статусів хворих.

Т а б л и ц я 2

Результати дослідження схем АРТ-терапії, які приймають ВІЛ-інфіковані пацієнти у 12-ти областях України

№ з/п	Код схеми: схема АРТ	Загалом		Відсоток використання схеми в обласних центрах профілактики та боротьби зі СНІДом											
		К-ть	%	Одес.	Дніп.	Мик.	Київ	Херс.	Зап.	Вінн.	Рівн.	Харк.	Льв.	Терн.	І-Фр.
1	1л: TDF + FTC + EFV	319	26,6	24	20	17	9	18	57	16	40	21	23	25	49
2	1д: AZT + 3TC + LPV/r	210	17,5	17	22	24	13	31	2	17	8	12	19	33	12
3	3 1а: AZT + 3TC + EFV	156	13,0	10	19	17	12	18	3	20	12	23	10	8	4
4	1п: TDF + 3TC + EFV	118	9,84	12	10	7	18	8	11	5	7	7	9	13	11
5	5 1о: TDF + FTC + LPV/r	107	8,92	10	3	14	6	7	4	15	8	14	6	10	10
6	6 1п: ABC + 3TC + LPV/r	78	6,5	13	8	7	10	7	6	2	8	5	11	1	-
7	7 1п: ABC + 3TC + EFV	69	5,75	4	5	10	16	3	4	4	10	3	7	-	3
8	8 2е: TDF + 3TC + LPV/r	56	4,68	4	7	1	10	4	3	5	1	6	6	3	6
9	9 1б: AZT + 3TC + NVP	30	2,5	3	-	-	2	2	2	2	4	6	6	2	1
10	10 1г: AZT + 3TC + ABC	12	1,0	-	1	-	-	-	2	2	-	1	-	5	1
11	11 м: TDF + FTC + NVP	7	0,58	-	-	1	-	1	2	3	-	-	-	-	-
12	12 2м: TDF + 3TC + NVP	7	0,58	-	-	1	2	1	-	2	-	-	-	-	1
13	13 2м: ABC + 3TC + NVP	4	0,33	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1
14	14 2м: TDF + AZT + 3TC + LPV/r	4	0,33	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-
15	15 2м: TDF + 3TC + ABC	3	0,25	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
16	16 1е: d4T + 3TC + EFV	2	0,17	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
17	17 2м: AZT + 3TC + TDF	2	0,17	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
18	18 2м: TDF + 3TC + ABC	2	0,17	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	19 2м: TDF + FTC + DRV/r	2	0,17	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
20	20 1в: AZT + 3TC + NFV	1	0,08	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	21 1ж: d4T + 3TC + NVP	1	0,08	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	22 1н: TDF + FTC + NFV	1	0,08	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	23 1п: AZT + 3TC + EFV	1	0,08	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
24	24 1п: ABC + 3TC + LPV/r	1	0,08	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
25	25 2г: d4T + 3TC + LPV/r	1	0,08	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	26 2з: TDF + 3TC + LPV/r	1	0,08	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
27	27 2м: AZT + 3TC + LPV/r	1	0,08	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
28	28 2м: ABC + AZT + EFV	1	0,08	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
29	29 2м: TDF + 3TC + RAL	1	0,08	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
30	30 2м: ABC + TDF + 3TC + LPV/r	1	0,08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
31	31 2м: TDF + 3TC + ABC + NFV + RAL	1	0,08	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

П р и м і т к и:

TDF – тенофовір; FTC – емтрицитабін, EFV – ефавренці; AZT – зидовудин; 3TC – ламівудин; LPV/r – лопіновір / ритонавір;

ABC – абакавір; NVP – невірапін; d4T – ставудин; DRV/r – дарунавір / ритонавір; NFV – нефінавір; RAL – ралтегравір;

1 – схеми першого ряду у дорослих; 2 – схеми другого ряду у дорослих;

1 п – інші схеми першого ряду у дорослих; 2 м – інші схеми другого ряду у дорослих.

На наступному етапі роботи шляхом аналізу схем АРТ, призначених 1 200 пацієнтам, була визначена їх реальна пріоритетність (табл. 2). Отже, загалом найчастіше пацієнтам, диспансерні картки яких потрапили до вибірки, була призначена рекомендована ВООЗ схема АРТ 1л: TDF + FTC + EFV. Станом на липень–вересень 2016 р. її приймали 319 дорослих ВІЛ-інфікованих, що становило 26,6%. Однак цю першість забезпечили усього 5 із 12 центрів СНІДу – Запорізької (57%), Івано-Франківської (49%), Рівненської (40%), Одеської (24%), Львівської (23%) областей, у яких була лідером саме ця схема. На другому місці за призначеннями – схема 1д: AZT + ЗТС + LPV/r (17,5%), вона мала перевагу у 4-х областях: Тернопільській (33%), Херсонській (31%), Миколаївській (24%), Дніпровській (22%). На третьому місці – схема 1а: AZT + ЗТС + EFV (13%) з найвищим призначенням у Харківській (23%) та Вінницькій (20%) областях. У м. Києві лідирувала з результатом 18% схема 1п: TDF + ЗТС + EFV, частка якої у сукупності схем становила 9,84%. Загалом ще 2 схеми АРТ – 1о: TDF + FTC + LPV/r (8,92%) та 1п: ABC + ЗТС + LPV/r (6,5%) замкнули шістьку схем-лідерів. А всього 1 200 пацієнтам було призначено 31 схема АРТ, причому у 12-и випадках схему споживала 1 особа (табл. 2).

Для подальшого аналізу схем АРТ до них було використано принцип Парето. Він виявив, що 6 перших схем забезпечують 82% призначень, вони і сформували групу А за частотою використання. Наступні 6 схем, які було призначено 15% пацієнтів, склали групу В. Останні 19 схем було використано у 3% випадків, однак серед усіх схем їх частка становила 61%, вони увійшли до групи С (табл. 3). Із метою приведення АРТ для вітчизняних пацієнтів до рекомендацій ВООЗ, доцільною буде відмова від схем групи С. А для цього необхідно продовжити дослідження в напрямі фармакотерапії ВІЛ/СНІДу для визначення шляхів її удосконалення з клінічної і економічної сторін проблеми.

Т а б л и ц я 3

Розподіл схем АРТ за критерієм Парето

Група схем	Кількість осіб, які їх приймали	Частка осіб, %	Кількість схем, які забезпечили кожену групу	Частка схем, %
А	988	82	6	19,5
В	181	15	6	19,5
С	31	3	19	61

В и с н о в к и

1. За результатами ретроспективного дослідження 1 200 диспансерних карт хворих 12 областей сформовано портрет ВІЛ-інфікованої особи на АРТ. Це однаковою мірою чоловік (51%) чи жінка (49%), віком 31–50 років (75,83%). Чим старша особа, більш ймовірно вона проживає в областях найвищої поширеності ВІЛ: Одеській, Миколаївській, Дніпровській. У 67,3% випадків ВІЛ-інфікована особа знаходиться на 3-й чи 4-й клінічних стадіях та на 83,8% є працездатною з необмеженою активністю та високою прихильністю до АРТ (92,9%). Особа на 59,25% не потребуватиме профілактики чи лікування туберкульозу, бо у 15% отримує профілактику ТБ або отримала її протягом поточного року; на третину ймовірно, що раніше вона була СІН, чи зараз інфікована вірусом гепатиту С.

2. Встановлено відсутність єдиних підходів щодо заповнення контрольних карт нагляду за ВІЛ-інфікованою особою спеціалістами вітчизняних центрів СНІДу, як і мав місце деякий лікарський суб'єктивізм під час визначення статусу пацієнта, про що свідчать подекуди значні розбіжності даних між областями. Також не спостерігали однакових критеріїв у призначеннях АРТ пацієнтам у розрізі регіонів України.

3. Коло пріоритетних схем АРТ в Україні окреслено 6-ма комбінаціями: 1л – TDF + FTC + EFV (26,6%), 1д – AZT + 3TC + LPV/r (17,5%), 1а – AZT + 3TC + EFV (13%), 1п – TDF + 3TC + EFV (9,84%), 1о – TDF + FTC + LPV/r (8,92%), 1п – ABC + 3TC + LPV/r (6,5%), які склали групу А за призначенням згідно з підходом Парето, оскільки їх сумарно приймали 82% хворих.

Список використаної літератури

1. Global HIV Targets (Last updated: December 2016) [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.avert.org/global-hiv-targets>

2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2014 [Electronic resource]. – Access mode: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf

3. Fast-Track Commitments to end AIDS by 2030 (2016) [Electronic resource]. – Access mode: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf

4. Щербінська А. М., Андріанова І. В., Найдчук Л. О. Стратегія розвитку лабораторної служби у контексті досягнення цілей Fast Trek // Профілактична медицина: епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби. – 2016. – № 3–4 (27). – С. 170–171.

5. WHO. – Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV, 2015 [Electronic resource]. – Access mode: http://www.hivreformaction.org/wpcontent/uploads/2015/12/Deloitte_4_UKR_final_PRINT1.pdf

6. Наказ МОЗ України від 22. 12. 2015 № 887 «Про затвердження Змін до Клінічного протоколу АРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20151222_0887dod.pdf

7. Інформаційний бюлетень № 45 «ВІЛ-інфекція в Україні»: ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2016. – С. 45, 47.

8. Резолюція Третьої національної науково-практичної конференції з питань ВІЛ-інфекції / СНІДу в Україні «За кожне життя разом: Прискорення до мети 90–90–90» (21–23. 11. 2016 р., Київ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://drive.google.com/file/d/0V_Z8D6f23ss9MVJHWkhYQjRj_UVE/view

9. Янишин У. Я. Фармацевтичне забезпечення лікування сифілісу, гонореї, ВІЛ/СНІДу. Автореф. дис. ... канд. фарм. наук: 15.00.01 / Львів. нац. мед. ун-тет ім. Д. Галицького. – Львів, 2009. – 24 с.

10. Бойко А. І. Фармакоеконімічний аналіз інгібіторів протеази, що застосовуються для лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів в Україні // Фармац. журн. – 2010. – № 4. – С. 18–27.

11. Немченко А. С., Косяченко К. Л., Корж Ю. В. Методика фармакоеконімічної оцінки нових технологій фармакотерапії хворих на ВІЛ-інфекцію // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. – № 1. – С. 72–77.

12. Revolutionize Healthcare with Real-World Evidence (RWE), 2016 [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.imsconsultinggroup.com/en/solution-areas/real-world-evidence>

13. Managing Access to Medical Innovation: Strengthening the Methodology-Policy Nexus / ISPOR 19th Annual European Congress, 29 October-2 November 2016, Austria Center Vienna, Program & Schedule of Events [Electronic resource]. – Access mode: https://www.ispor.org/congresses/2016Vienna/Congress_Program_web.pdf

14. Піняжко О. Б. Аналіз реальних даних призначень лікарських засобів при поширених гінекологічних захворюваннях в Україні // Фармац. журнал. – 2016. – № 3–4. – С. 29–41.

15. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»: Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та кількість смертей, зумовлених СНІДом за жовтень 2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/83da57/1759fb8cc6317c0fd40ccd999c0e623a.pdf>

16. Наказ МОЗ України від 21. 03. 2012 р. № 182 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфікованих осіб та інструкцій щодо їх заповнення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0794-12>

17. Наказ МОЗ України від 07. 04. 2008 р. № 187 «Про затвердження тимчасових форм обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та інструкцій щодо їх заповнення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/rada/show/v0187282-08>

Надійшла до редакції 14 грудня 2016 року.

И. О. Федяк

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ПАЦИЕНТА И ПРИОРИТЕТНОСТИ СРЕДИ СХЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В ОТЕЧЕСТВЕННЫХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ СПИДА

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция/СПИД, медико-социальный портрет пациента с ВИЧ-инфекцией/СПИДом, схемы антиретровирусной терапии, реальные данные

АННОТАЦИЯ

Для достижения целей ЮНЭЙДС «90–90–90» в преодолении эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа в Украине среди прочего актуальной задачей современности является изучение медико-социального портрета людей, живущих с ВИЧ для поиска путей поднятия их мотивации к тестированию и лечению, а также особенностей назначения антиретровирусной терапии в отечественных учреждениях здравоохранения на основе реальных данных. Это и стало целью исследования. Объектом анализа была выборка из 1 200 контрольных карт диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными лицами (форма № 030-5/о), состоявших на учете в учреждениях здравоохранения, осуществляющих медицинское наблюдение за людьми, живущими с ВИЧ, 12-ти областей Украины: Одесской, Днепропетровской, Николаевской, Херсонской, г. Киеве, Запорожской, Винницкой, Ровенской, Харьковской, Львовской, Тернопольской, Ивано-Франковской по состоянию на июль–сентябрь 2016 г. В каждом центре СПИДа было обработано по 100 карт больных, которые получали антиретровирусную терапию. Карты для ретроспективного анализа были определены путем случайного отбора с закрытием персональных данных лиц. В работе были использованы аналитический, системно-логический, АВС-анализ как основные методы исследования.

По результатам ретроспективного исследования сформирован портрет ВИЧ-инфицированного лица, получающего антиретровирусную терапию. Это в равной степени мужчина (51%) или женщина (49%), в возрасте 31–50 лет (76%). Чем старше пациент, тем более вероятно он живет в областях высочайшей распространенности ВИЧ: Одесской, Николаевской, Днепропетровской. В 67% случаев он находится на 3 или 4 клинических стадиях и на 84% является работоспособным с неограниченной активностью и высокой приверженностью к антиретровирусной терапии (93%). Он на 59% не нуждается в профилактике или лечении туберкулеза, потому что в 15% получает профилактику туберкулеза или получал ее в течение текущего года; на треть вероятно, что ранее он являлся потребителем инъекционных наркотиков (29%) или сейчас инфицирован вирусом гепатита С (32%). Приходится констатировать отсутствие единых подходов к заполнению контрольных карт надзора

за ВИЧ-инфицированным лицом специалистами отечественных центров СПИДа, как и не наблюдали одинаковых критериев в назначениях антиретровирусной терапии пациентам в разрезе регионов Украины. Круг приоритетных схем антиретровирусной терапии в Украине очерчен 6-ю комбинациями: 1л – TDF + FTC + EFV (26,6%), 1д – AZT + 3TC + LPV/r (17,5%), 1а – AZT + 3TC + EFV (13%), 1п – TDF + 3TC + EFV (9,84%), 1о – TDF + FTC + LPV/r (8,92%), 1п – ABC + 3TC + LPV/r (6,5%), которые составили группу А по назначению согласно подходу Парето, поскольку их суммарно принимали 82% больных.

I. O. Fedyak

SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»

RESEARCH OF MEDICAL AND SOCIAL PORTRAIT OF THE PATIENT AND PRIORITY AMONG SCHEMES OF THE ANTIRETROVIRAL THERAPY IN THE NATIONAL REGIONAL AIDS CENTERS

Key words: HIV infection/AIDS, medical and social portrait of the patient with HIV/AIDS, schemes of the antiretroviral therapy, real data

ABSTRACT

To achieve the purpose of the UNAIDS «90–90–90» in fighting against the epidemic of HIV/AIDS in Ukraine, among other things, an actual task nowadays is the research of medical and social portrait of people with HIV (PWH) to find ways to raise their motivation for testing and treatment, as well as special features of appointment the antiretroviral therapy (ART) in national health care facilities (HCF) based on real data. It became the purpose of the research. The object of the analysis was a sample of 1 200 control cards (of clinical supervision of an HIV-infected person) (form № 030-5/o) of patients, who were consisting on the account in the HCF, which conduct medical surveillance of PWH, 12 regions of Ukraine: Odessa, Kiev, Mykolaiv, Kherson, c. Kiev, Zaporizhia, Vinnytsia, Rivne, Kharkiv, Lviv, Ternopil, Ivano-Frankivsk on July–September 2016. In each center have been processed 100 cards of patients who received ART. Cards for retrospective analysis have been determined by random selection and with the closure of the personal data.

In this study we used an analytical, systematic and logical, ABC analysis as main research methods.

According to the results of a retrospective analysis, we have a portrait of the HIV-positive person on ART. It is equally male (51%) or female (49%), aged 31–50 years (76%). If the person is older, the chances of living in areas of higher HIV prevalence increases in Odessa, Mykolaiv, Dnipro regions. In 67% of cases the person is in 3rd or 4th clinical stages and 84% is workable with unlimited activity and high adherence to ART (93%). The person at 59% will require the prevention or treatment of tuberculosis, because 15% gets the prevention of tuberculosis or received it during the current year; one third likely that it had previously been an injection drug user (29%) or are infected with hepatitis C virus (32%). There is a lack of unified approaches to completing the Control cards of the oversight of an HIV-infected person by specialists of the national AIDS centers, and not observed the same criteria in the prescribing ART to patients in the regions of Ukraine. And the priority schemes of ART in Ukraine is outlined in 6 combinations: 1л – TDF + FTC + EFV (26,6%), 1д – AZT + ZTS + LPV/r (17,5%), 1а – AZT + ZTS + EFV (13%), 1п – TDF + ZTS + EFV (of 9.84%), 1о – TDF + FTC + LPV/r (8,92%), 1п – AVS + ZTS + LPV/r (6,5%), which made the group A by prescribing according to the Pareto approach, because they took totally 82% of patients.

Електронна адреса для листування з автором: irunaf@tvnet.if.ua