

© Андрейчин М.А., 2014
УДК 616.98-097:578.828.6:614.254.3(477)

М.А. Андрейчин

ПРОБЛЕМА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ І УЧАСТЬ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ЇЇ ВИРІШЕННІ*

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського



Подано аналіз багаторічної захворюваності ВІЛ-інфекцією в Україні й авторське бачення прогнозу в близькому майбутньому. Наведено епідеміологічні та клінічні проблеми боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом та імовірні шляхи їх розв'язання. Відзначено роль сімейних лікарів у здійсненні відповідних медичних заходів.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція/СНІД, захворюваність, епідеміологічні та клінічні проблеми, сімейна медицина.

На сьогодні близько 34 млн жителів нашої планети уражені СНІДом. Найбільше постраждала Африка, дещо менше – Південно-Східна Азія, Америка і Європа. Щороку заражається 2,7 млн чоловік. Всього за 30 років з моменту відкриття вірусу у світі було інфіковано 66 млн людей, з них вже померло близько 25 млн [1].

За темпами розвитку епідемії нашої державі належить сумне лідерство в Європі нарівні з Російською Федерацією та Естонією. З 1997 р. епідемія поширилась на всі адміністративні території України. Найвищі показники захворюваності, за даними дис-

пансерного обліку, зареєстровано у південно-східних регіонах країни – у Дніпропетровській, Одеській, Донецькій, Миколаївській областях і АР Крим, а також на Чернігівщині. Найнижчі показники мають західні області, Харківщина і Сумщина.

Порівняльний аналіз вказує на щорічне зростання кількості нових випадків ВІЛ-інфекції за останні 12 років. Паралельно збільшувалось число хворих на СНІД, а також число померлих протягом останніх 3 років. Подібні зміни сталися і в інших країнах Східної Європи [2].

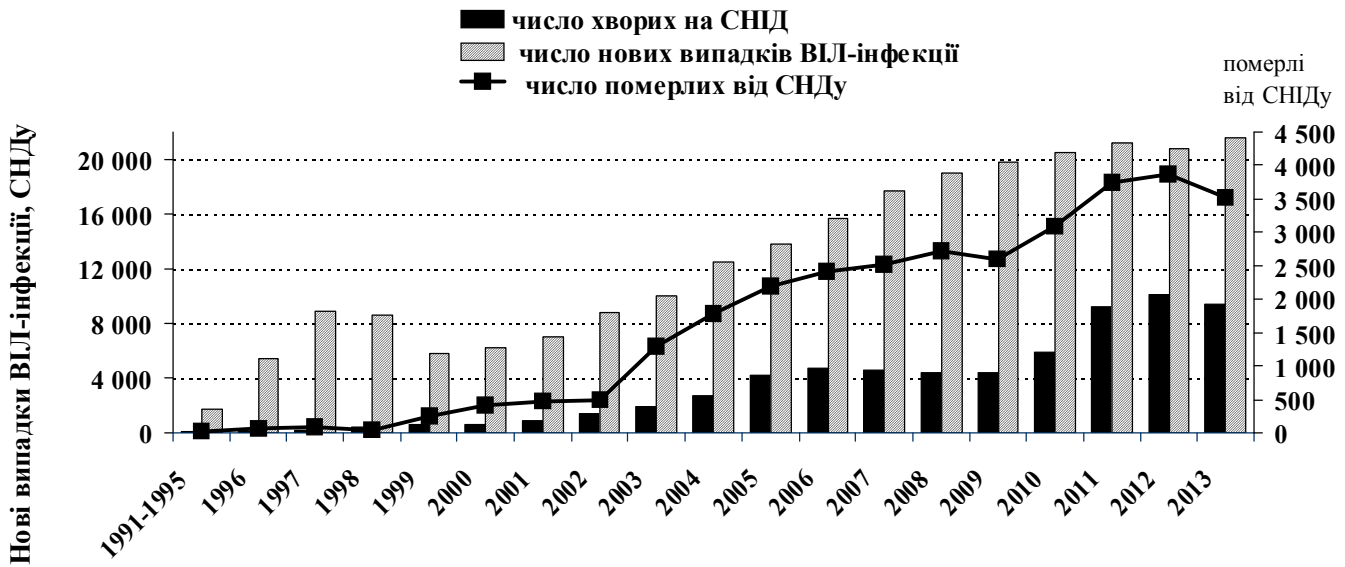
В Україні, починаючи з 2000 року, неухильно зросло число нових випадків ВІЛ-інфекції з розрахунку на 100 тисяч населення. Темп приросту був найбільший в 2001 році, склавши 26,4. У наступні роки темп приросту знижувався і в 2012 році зниження склало -1,6, що вказувало на зменшення інтенсивності епідемічного процесу. І дійсно, число зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції в 2012 році склало 45,5, тоді як у 2011 році – 46,2 на 100 тисяч населення. Відповідно пішли оптимістичні рапорти по вертикалі влади, що Україна досягла першого серйозного успіху в боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції. Профільні державні служби заявили, що розпочався спад епідемії і невдовзі вона припиниться. Хотілось в це повірити, але тоді оптимізму у нас не було, немає і тепер (мал.1) [2, 3].

Восени 2013 року ми зробили доповідь на розширеному засіданні Національної академії медичних наук, де висловили сумнів. Адже потрібно врахувати такі об'єктивні чинники, що можуть знівелювати офіційно зареєстровану динаміку зниження поширення ВІЛ-інфекції.

1. Зменшення числа нових випадків ВІЛ-інфекції, що відмічено в 2012 році з розрахунку на 100 тисяч населення, нижче від попереднього року лише на 0,7, тобто знаходиться в межах середньостатистичної похибки.

* – за матеріалами пленарної доповіді на Всеукраїнській науково-практичній конференції інфекціоністів (15 травня 2014 року, м. Чернівці).

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ



Мал.1. Багаторічна динаміка кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, хворих і померлих від СНІДу.

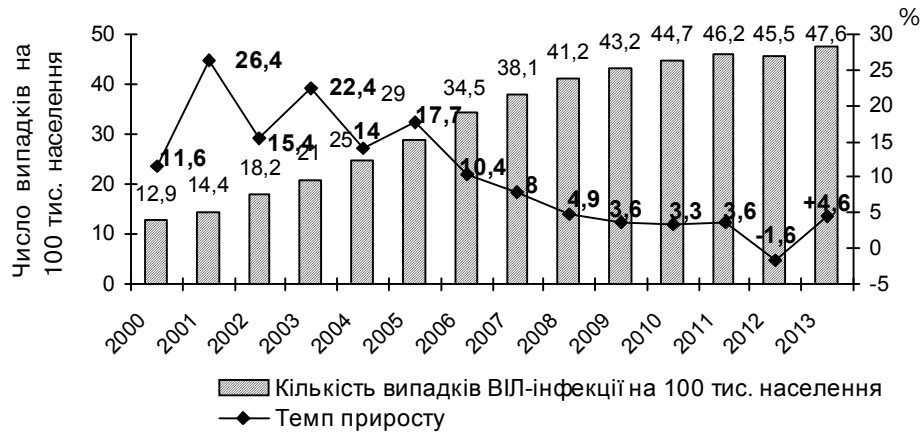
2. Загальновідомо, і цього не заперечує Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ, що офіційні дані неповною мірою відображають реальний масштаб пандемії ВІЛ-інфекції в Україні.

3. Дані поглиблених досліджень свідчать про те, що лише кожен другий з людей, які живуть з ВІЛ, знає про свій ВІЛ-позитивний статус.

4. На початку 2012 р., за оціночними даними, в Україні мешкало 230 тис. людей з ВІЛ. З них лише 120 тис. перебували під медичним спостереженням у спеціалізованих закладах охорони здоров'я, тобто

на диспансерному обліку трохи більше половини уражених.

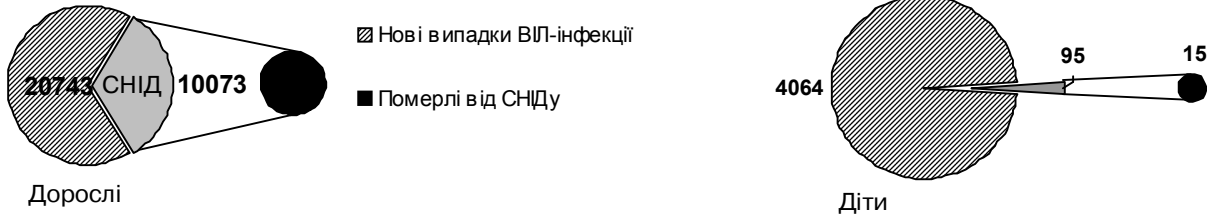
Іншими словами, більшість ВІЛ-інфікованих осіб перебуває поза полем зору відповідних медико-епідеміологічних служб і становить потенційну загрозу для населення України. Фактично це великий неконтрольований резервуар інфекції, для знешкодження якого нічого не робиться. Недавно опубліковані офіційні дані засвідчили, що кількість нових випадків у 2013 році підвищилась до 47,6 на 100 тис. населення, темп приросту збільшився з -1,6 % до +4,6 %. Отже, ріст епідемії продовжується (мал. 2) [2, 3].



Мал. 2. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України.

Співвідношення дорослих і дітей за 2012 рік показано на малюнку 3: заштрихований сектор – нові випадки ВІЛ-інфекції, незаштрихований – число хво-

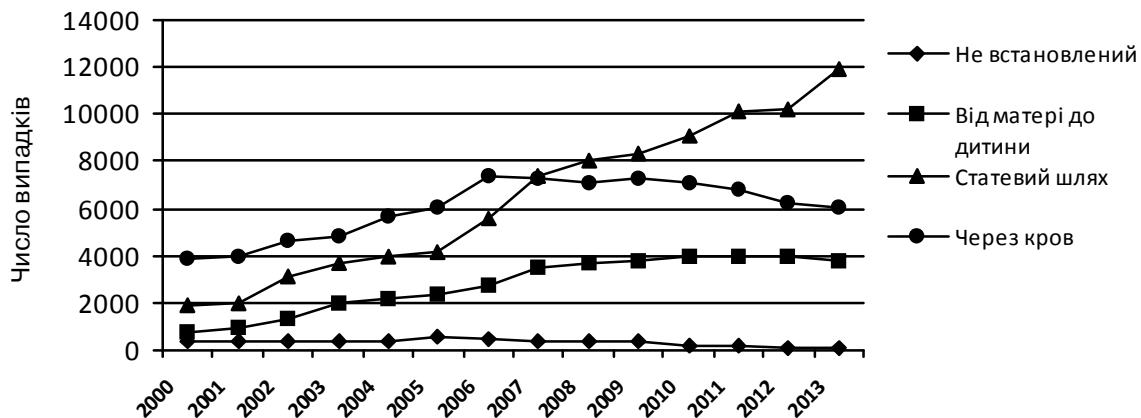
рих на СНІД, чорний колір – кількість померлих. Таким чином, ВІЛ-інфекція/СНІД роблять свій вагомий внесок у вже і так складну демографічну ситуацію.



Мал. 3. Нові випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу і летальність від СНІДу, Україна, 2012 р.

Завдяки превентивним заходам від ВІЛ-інфікованих матерів, які під час вагітності отримували АРТ, народжуються немовлята, у яких не знаходять ВІЛ, що безперечно є великим досягненням медицини. Проте закордоном з'являється все більше повідомлень, що таких дітей не можна вважати здоровими, у них ослаблена імунна система, вони часто хворіють, підвищена смертність. В Україні перше повідомлення на цю тему в жовтні 2013 року зробив проф. І.В. Богачельніков на нашій конференції в Алушті [4]. У цих дітей вірусу імунодефіциту немає, але наявний імунодефіцитний стан з усіма можливими несприятливими наслідками. Фактично виникла нова проблема педіатрії, яку треба досліджувати і вирішувати.

Механізм передачі вірусу імунодефіциту людини реалізується головним чином парентеральним і статевим шляхами [1, 3]. Як бачимо на малюнку 4, у 2007 році вони перетнулися. З одного боку, це свідчить про те, що багаторічна протиепідемічна робота серед споживачів наркотиків дала позитивні результати, особливо серед тих, хто почав споживати наркотики недавно. З іншого боку, все частіше реалізується статевий шлях, який значно важче зробити безпечним. Зростання частоти статевого шляху передачі збільшує вірогідність дальшого неконтрольованого розповсюдження інфекції, зокрема на благополучні прошарки населення (мал. 4).



Мал. 4. Шляхи передачі ВІЛ (2000-2013 рр.).

ВІЛ-інфекція в Україні поширюється переважно серед груп людей підвищеного ризику, а саме: серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН); чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ); працівників комерційного сексу (ПКС). На сьогодні найбільшу групу ризику складають чоловіки, які практикують секс із чоловіками. Епідемія у цій групі продовжує набирати обертів.

Потужним джерелом інфекції є працівники комерційного сексу, в основному жінки, особливо ті, які ще

споживають наркотики. Вони є основним джерелом інфекції для клієнтів із так званого загального населення. Не секрет, що облік і обстеження працівників комерційного сексу дуже занижені. А ще є значна група людей, які споживають неін'єкційні наркотики чи мають алкогольну залежність, і група токсикоманів. Їм властива безладна неконтрольована статевая поведінка, до чого спонукає вживання психотропних препаратів. Вони, як правило, не притримуються безпечного сексу.

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

Серед інших груп ризику треба назвати хворих на гемофілію, реципієнтів препаратів крові, органів і тканин, дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, медичних працівників і осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі.

Відзначимо тільки безпеку донорства. Сучасна система медичної допомоги не гарантує повної безпеки донорських препаратів. Причин цьому немало: низька якість відбору донорів; збереження платного донорства, що сприяє залученню до донорства осіб з високою ймовірністю того, що вони інфіковані ВІЛ; низька якість тест-систем і застаріле обладнання; можливість використання карантинізованої плазми у разі нез'яви донора для повторного обстеження через 6 місяців після здачі крові; обмежене використання методів прямої детекції ВІЛу через їх високу вартість.

Найповніше обстежувались донори і вагітні, тому що тестування цих груп здійснювалось з державного бюджету – це понад 75 % обстежень. Решта обстежувалось за кошти місцевих бюджетів – ін'єкційні споживачі наркотиків; особи з численними незахищеними статевими контактами; особи, що позбавлені волі; особи, обстежені за клінічними показаннями; особи, які обстежені анонімно; хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом; призовники.

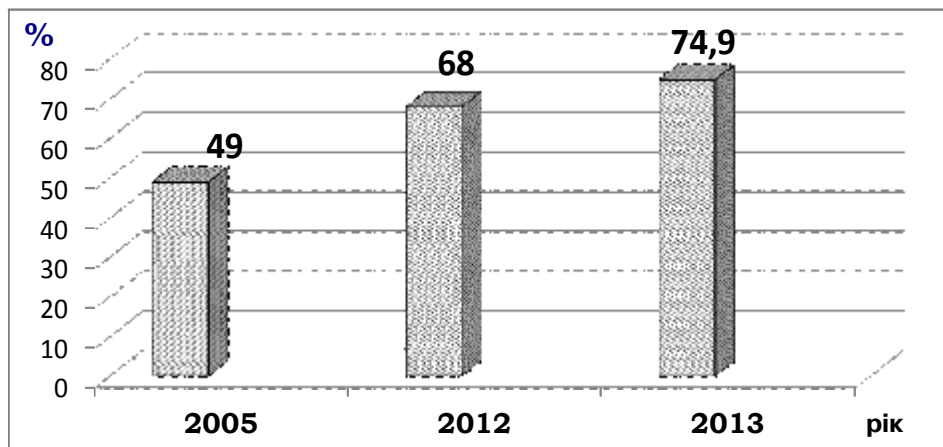
Найчастіше ВІЛ виявляли серед осіб, які мають численні незахищені сексуальні контакти (17,5 %) і серед позбавлених волі (до 10 %). З різних причин скринінг не проводиться серед працівників секс-бізнесу, хоча саме вони найбільше поширюють ВІЛ

серед соціально благополучних прошарків населення. Безперечно, це серйозний недолік у здійснюваній протиепідемічній роботі. Зрозуміло, що він має низьку об'єктивних і суб'єктивних причин. Проте миритися далі з таким становищем не можна. Потрібні нові форми довірливої співпраці лікарів та інших працівників з населенням, щоб успішніше виявляти носіїв вірусу та хворих на СНІД. Виконати це складне завдання можна буде лише за умови успішної реалізації програми із зниження стигматизації та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ. Значні сподівання покладаються на сімейних лікарів.

З іншого боку, необхідно удосконалити комплекс заходів, спрямованих на захист медиків при роботі з ВІЛ-інфікованими пацієнтами. Якомога швидше слід налагодити страхування медичного персоналу.

Особу, в якій виявили ВІЛ, треба брати на диспансерний облік. Так вимагають засади сучасної епідеміології. Але з різних причин досягти цього часто не вдається. З 2005 року по 2012 рік відсоток осіб (питома частка), взятих на диспансеризацію, підвищився з 49 лише до 68. Отже, поза диспансерним обліком залишається 32 % виявлених інфікованих осіб, тобто кожна третя.

Але навіть особи, які перебувають на диспансерному обліку, часто не знають своєї імунограми. Імунологічним обстеженням охоплено лише 10–30 % пацієнтів з ВІЛ (мал. 5). Мається на увазі визначення числа лімфоцитів із CD4, що є обов'язковою передумовою призначення антиретровірусної терапії (АРТ).



Мал. 5. Частка охоплення диспансеризацією осіб з ВІЛ.

У нашій країні АРТ призначають пацієнтам, у яких лімфоцитів CD4 < 350 кл./мкл, у передових країнах – на більш ранній стадії імунодефіциту. Обговорюється доцільність початку лікування ще раніше. Якщо це

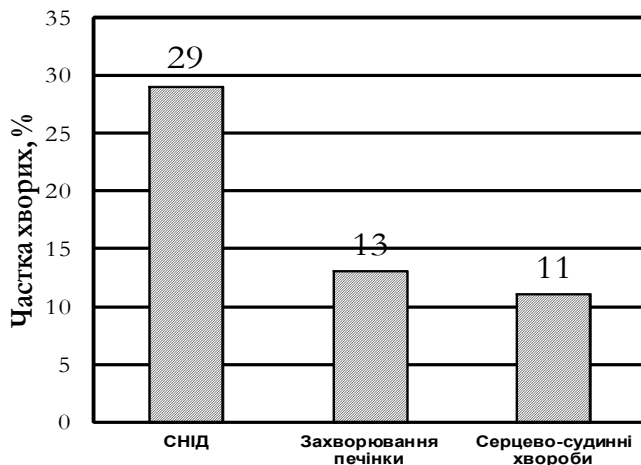
буде прийнято, то значно зросте число хворих, які потребують АРТ і відповідно фінансування такого затратного лікування (табл.1). Чи готова держава на такий крок – запитання риторичне!

Схеми лікування пацієнтів з ВІЛ-інфекцією

Україна		США, Англія	
Основні препарати	Рік дозволу для використання	Основні препарати	Рік дозволу для використання
AZT (зидовудин)	1987	EFV (ефавіренц)	1998
3TC (ламівудин)	1995	TDF (тенфовір)	2001
EFV (ефавіренц)	1998	ATV (атазанавір)	2003
TDF (тенфовір)	2001	DRV (дарунавір)	2006
LPV (лопінавір)	2005	RAL (ралтегравір)	2007
Вартість лікування 1 хворого на рік	300–1000 \$	Вартість лікування 1 хворого на рік	10 000–15 000 \$
Вартість фіксованої комбінації TDF/FTC /EFV (Атріпла)			
600 \$		10 000 \$	

В Україні схеми АРТ ґрунтуються на рекомендаціях ВООЗ для бідних країн. Використовуються препарати-генерики, більшість із минулого століття. В Англії та США застосовуються нові брендові препарати, що захищені патентами. Вони менш токсичні, спричиняють менше побічних реакцій і випускаються в комбінаціях, а тому одночасно хворий приймає меншу кількість таблеток.

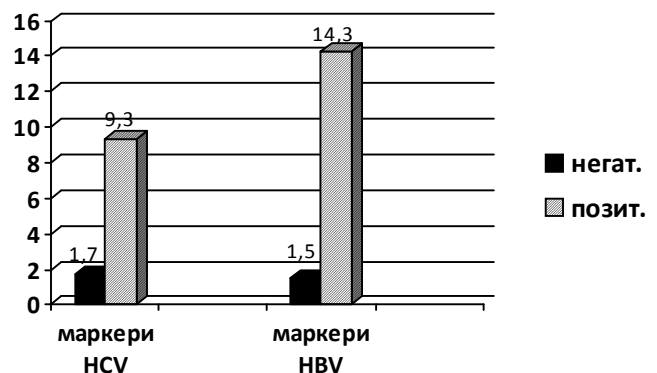
Серед основних причин смерті хворих на СНІД слід назвати захворювання печінки, насамперед гепатити В і С. Доведено, що ВІЛ-інфекція значно прискорює прогресування вірусних гепатитів, які за такого поєднання в 3 рази частіше переходять у цироз печінки. Смертність від печінкових ускладнень при коінфекції ВІЛ/НВВ в 15 разів вища, ніж у хворих на гепатит В, які не інфіковані ВІЛ (мал. 6) [5, 6].



Мал. 6. Основні причини смерті хворих з ВІЛ-інфекцією.

Як відомо, сучасні фармацевтичні препарати, що діють проти ретровірусів, збудників туберкульозу, вірусних гепатитів та герпетичних інфекцій, проявля-

ють значну токсичну дію на організм хворих, насамперед на печінку. За наявності поєднаних інфекцій токсичність цих препаратів значно зростає. Це добре видно на малюнку 7, де показана частота тяжкої гепатотоксичності при АРТ хворих на ВІЛ-інфекцію із супутніми хронічними гепатитами В і С. Висока токсичність комбінованої терапії часто змушує відмовитися від її подальшого застосування, і такі хворі фактично приречені [7, 8].



Мал. 7. Частота тяжкої гепатотоксичності при АРТ хворих на ВІЛ-інфекцію із супутніми хронічними гепатитами В і С.

В Україні побудована доволі чітка організація служби боротьби з пандемією, яка позитивно сприймається ВООЗ. При Кабінеті Міністрів створено Державну службу протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, а при Міністерстві охорони здоров'я – Український центр контролю за соціально-небезпечними хворобами. На рівні області (міста) діють департаменти / управління охорони здоров'я, яким підпорядковані регіональні (обласні, міські) центри профілактики і боротьби зі СНІДом. У всіх обласних і районних центрах створено кабінети «Довіра». Кожна структура має свої завдання і в ціло-

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

му система, на нашу думку, працює злагоджено, хоча на верхньому рівні керівництва має місце дублювання керівних функцій.

Проте на рівні областей і міст, тобто в епідемічних осередках, робота менш успішна, результати досить скромні. З метою посилення її Асоціація інфекціоністів України пропонує Міністерству охорони здоров'я створити на рівні областей науково-практичні об'єднання обласних центрів профілактики і боротьби зі СНІДом, обласних інфекційних лікарень (відділень) і кафедр інфекційних хвороб та епідеміології медичних університетів.

Як відомо, реформа охорони здоров'я, що здійснюється в країні, істотно розширить обов'язки сімейних лікарів у наданні допомоги інфекційним хворим. Проте ВІЛ-інфіковані та особи груп ризику часто не хочуть звертатись до місцевих лікарів, а воліють їхати у віддалене місто, де їх не знають, щоб не було витоку інформації по місцю проживання і роботи.

Недавно Інститут стратегічних досліджень МОЗ України здійснив масштабне опитування сімейних лікарів. Всі вони заявили, що не мають достовірної інформації про ВІЛ-статус обслуговуваного населення. Попри це, 88,6 % сімейних лікарів стверджували, що готові проводити профілактичну роботу. Однак лише 12,4 % опитаних володіють навичками перед- і післятестового консультування і стільки ж пройшли відповідну підготовку [9].

Були названі основні умови, за яких сімейні лікарі зможуть здійснювати медичні заходи з ВІЛ/СНІД. Найголовнішим є економічна мотивація, на яку вказали 96,9 % опитаних. А саме доплата за медичне обслуговування ВІЛ-інфікованих згідно з чинним законодавством (60 % до посадового окладу). Серед інших обов'язкових чинників сімейні лікарі вказали на необхідність отримати наявну інформацію про ВІЛ-інфікування населення, яке вони обслуговують (96,9 %), пройти відповідну післядипломну підготовку, мати необхідні засоби медичного призначення і медичне страхування на випадок виробничого інфікування. На жаль, ці побажання залишаються нереалізованими.

У вересні минулого року керівництво ЮНЕЙДС заявило, що світ наближається до своєї заповітної цілі – зупинити епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу до 2015 року. Україна через об'єктивні й суб'єктивні причини, на нашу думку, може тільки загальмувати епідемічний процес, але і для цього потрібні додаткові значні зусилля. Замість того, щоб займатись розв'язанням нагальних медичних і соціальних проблем, держава змушена тратити кошти, час і людські ре-

сурси на захист своєї територіальної цілості та людської гідності.

Література

1. Weber R. Decreasing mortality and changing patterns of causes of death in the Swiss HIV Cohort Study / R. Weber, M. Ruppik, M. Rickenbach // *HIV Med.* – 2013. – Vol. 14, N 4. – P. 195-207.
2. Центр оперативної інформації МОЗ України: електронний ресурс <http://www.moz.gov.ua/>.
3. Марієвський В.Ф. Визначення перспективних напрямків протидії ВІЛ-інфекції у сучасній епідемічній ситуації / В.Ф. Марієвський, С.І. Доан // *Інфекційні хвороби.* – 2013. – № 4. – С. 17-22.
4. Нова педіатрична проблема / І.В. Богадельніков, Ю.В. Вяльцева, Л.І. Прокудіна та ін. // *Вірусні хвороби. ВІЛ-інфекція/СНІД: Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. і пленуму інфекціоністів (3-4 жовтня 2013 р., Алушта).* – Тернопіль: ТДМУ, Укрмедкнига, 2013. – С. 14-15.
5. Berenguer J. Trends in mortality according to hepatitis C virus serostatus in the era of combination antiretroviral therapy // J. Berenguer, B. Alejos, V. Hernando // *AIDS.* – 2012. – Vol. 26, N 17. – P. 2241-2246.
6. Buchasz K. Disparities in prevalence of key chronic disease by gender and race/ethnicity among antiretroviral-treated HIV-infected adults in the USA / K. Buchasz, R.K. Baker, F.J. Palella // *Antivir. Ther.* – 2012. – Vol. 18, N 1. – P. 65-75.
7. Incidence of and risk factors for severe hepatotoxicity associated with antiretroviral combination therapy / [F.W. Wit, G.J. Weverling, J. Weel et al.] // *J. Infect Dis.*, 2002. – N 186. – P. 23-31.
8. Мониторинг ВИЧ-инфекции в Евразии. Атлас вирусом иммунодефицита человека / Э.В. Карамов, Н.М. Гашников, И.Г. Дроздов, Г.Г. Онищенко. – Новосибирск: ЦЭРИС, 2009. – 420 с.
9. Крисько О.М. Щодо готовності сімейних лікарів до надання медичних послуг ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД / М.О. Крисько // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2012. – № 1. – С. 112-115.

PROBLEM OF HIV-INFECTION IN UKRAINE AND PARTICIPATION OF GENERAL PRACTITIONER – FAMILY MEDICINE IN ITS DECISION

M.A. Andreychyn

SUMMARY. Analyze of the long-term incidence of HIV in Ukraine and the author's vision of the forecast in the near future is given. The epidemiological and clinical problems of HIV / AIDS combating and possible solutions are shown. The role of family doctors is awarded in the implementation of the relevant medical measures.

Key words: HIV-infection/AIDS disease, morbidity, epidemiological and clinical problems, family medicine.

Отримано 11.06.2014 р.