

Nervous infections as demonstration of especially dangerous natural pesthole diseases

N. VYNOHRAD, L. KOZAK, Z. VASYLYSHYN, M. POLIAK

The results of own researches concerning to the defeats of central nervous and peripheral nervous systems for especially dangerous infectious diseases' patients in a west Ukraine region are presented. The etiological role of Hantaviruses (species Dobrava and Puumala), tick-borne encephalitis virus, Western Nile virus; rickettsia (Q-fever and Spotted fever), brucella, leptospira in the origin of the noted pathology are set. Primary diagnosis and structure of nervous infections depend on etiological agents at mono- and combine infectious diseases is analyzed.

Key words: *infectious diseases of nervous system, especially dangerous infections, mono- and combined exposures.*

УДК 616.98:578.828ВІЛ

Деякі аспекти ВІЛ-консультування і тестування за ініціативою медичних працівників (огляд літератури)

А.М. ВИШНЯГОВ, В.В. ТРЕТЬЯКОВ

У статті розглядаються існуючі питання та підходи до консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію з ініціативи медичних працівників.

Ключові слова: *ВІЛ-інфекція, епідемія, добровільне консультування і тестування, консультування і тестування з ініціативи медичного працівника, військовослужбовці*

Інфекція обумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) вже близько 30 років з моменту ідентифікації, являє загрозу для людської популяції земної кулі [6, 10]. За офіційною статистикою ВООЗ, серед 10 причин смертності у країнах з низьким прибутком ВІЛ-інфекція займає 3 місце (7,8% від загальної смертності), у країнах з середнім прибутком – 6 місце (2,7% відповідно), а в країнах з високим прибутком не входить до 10 причин смертності населення [20].

Україна не є виключенням та доповнює сумну світову статистику, з епідеміологічної точки зору ситуація, щодо розповсюдження ВІЛ-інфекції в країні характеризується генералізованою стадією епідемії [6]. Так, офіційно вказується на поступове зростання кількості зареєстрованих нових випадків захворювання: 2000 р. – 6212 осіб, 2005 – 13770 осіб та 2010 – 20489 осіб тощо. У 2010 р. в Україні кумулятивна кількість ВІЛ-інфікованих та хворих на ВІЛ склала близько 181 665 тис., при чому чисельність ВІЛ-

інфікованих у Збройних силах (ЗС) становила 0,28% (514 осіб) [2, 6]. Звертає увагу недостатня поінформованість як солдат, так і офіцерів ЗС щодо питань профілактики та запобігання розвитку ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом [2].

Епідеміологічні опитування, проведені у країнах Африки, показали, що серед загального населення лише 12% чоловіків і 10% жінок проходили тестування на ВІЛ, та були ознайомлені з його результатами. Підвищення рівня освіченості людей про свій ВІЛ-статус має ключове значення для поліпшення своєчасного доступу до лікування, догляду і підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, дає можливість людям, які живуть з ВІЛ, отримувати необхідну інформацію і навички для попередження передачі ВІЛ-інфекції іншим [13].

З 2005 р., в зв'язку з набуттям чинності наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2005 р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію» Україна широко впроваджує послуги добровільного консультування та тестування на ВІЛ (ДКТ) для всіх категорій населення [4]. Проте у ЗС робота кабінетів довіри (по 1 в кожному військово-медичному центрі), де надаються послуги ДКТ не є достатньою, в зв'язку з особливостями розташування підрозділів по території України.

Київська міська державна адміністрація 24.03.2006 р. видала наказ № 158 «Про удосконалення організації надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД», в додатку 1-му якого вказано перелік клінічних показань, за якими хворі підлягають рекомендованому обстеженню на ВІЛ-інфекцію [3]. Проте в наказі Міністерства охорони здоров'я від 14.07.2009 р. № 509 «Про затвердження Стратегії удосконалення системи консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, стандартизованої лабораторної діагностики на 2009–2013 роки та плану її реалізації» зазначається, що незважаючи на розширення доступу до послуг ДКТ та покращення діяльності лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції, в Україні все ще існують численні перепони та низка проблем, які потребують подолання в майбутньому [5].

Експерти ВООЗ і ЮНЕЙДС рекомендують нарощувати обсяг ДКТ, але відмічають необхідність підключення різних іноваційних підходів, одним з яких є ВІЛ-консультування і тестування за ініціативою медичних працівників (КІТ). Відтак, всі медичні заклади – одна з ключових точок дотику з ВІЛ-інфікованими людьми, які потребують профілактики, лікування, догляду і підтримки. Відмічається, що КІТ сприяє діагностиці та доступу до ВІЛ-асоційованих служб, а наявні страхи відносно потенційних випадків примусу пацієнтів і негативних наслідків розкриття ВІЛ-статусу підкрес-

люють важливість адекватного навчання медичних працівників і керівництва їх діяльності [8, 14, 17].

Головним принципом у проведенні КІТ має бути дотримання інтересів конкретного пацієнта: надання достатнього об'єму знань для прийняття інформованого добровільного рішення про згоду на тестування, дотримання правил конфіденційності, проведення післятестового консультування, оформлення направлення у відповідні служби для надання подальшої допомоги.

Той факт, що ВООЗ і ЮНЕЙДС підтримують практику КІТ, зовсім не означає підтримки примусового ВІЛ-тестування для суспільної охорони здоров'я. Відтак, КІТ доцільно проводити у режимі «опт-аут», включаючи спрощене інформування перед тестом [15]. Якщо людина не бажає тестуватися на ВІЛ, вона повинна формально заявити про свою відмову, інакше рекомендації лікаря може бути достатньо для проведення тестування. У відповідності з цим підходом, ВІЛ-тестування проводиться:

- 1) всім пацієнтам, без залежності від стадії епідемії, з клінічними проявами, які можуть бути обумовлені ВІЛ-інфекцією;
- 2) в якості стандартної процедури медичного обстеження для всіх осіб, які звертаються за медичною допомогою в умовах генералізованої епідемії (див. таблицю) [15, 19].

Таблиця

Стадії епідемії ВІЛ-інфекції (ВООЗ, 2007)

Стадія	Зміст
Початкова	ВІЛ-інфекція ніколи значно не розповсюджувалася у жодній групі населення. Зареєстровані випадки, переважно, в осіб з високим ризиком поведінки: працівники секс-бізнесу, споживачі ін'єкційних наркотиків, чоловіки, які практикують секс з чоловіками. Кількісний еквівалент: стійке розповсюдження ВІЛ-інфекції < 5% у жодній групі населення.
Концентрована	ВІЛ-інфекція стрімко розповсюдилася в окремих групах, але ще не повністю «укорінилася» серед всього населення. Стадія характеризується наявністю активного ризику у певних груп населення. Прогресування епідемії визначається частотою і характером контактів між високоінфікованими групами і населенням. Кількісний еквівалент: розповсюдженість ВІЛ-інфекції стійко > 5% в одній з груп населення, але <1% серед вагітних жінок, які мешкають у містах.
Генералізована	ВІЛ-інфекція стійко укорінилася серед усього населення. Рівень сексуальних контактів серед населення достатній для підтримки епідемії незалежно від груп високого ризику. Кількісний еквівалент: розповсюдженість ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок стійко >1%.

При будь-якій стадії епідемії ВІЛ медичні працівники мають пропонувати КІТ як стандартний елемент надання клінічної допомоги. В умовах **генералізованої епідемії**, при наявності сприятливих умов і адекватних ресурсів (ВІЛ-профілактика, лікування і догляд), медичні працівники мають пропонувати КІТ всім дорослим і підліткам, які звернулися до лікувального закладу, незалежно від того, чи є у них клінічні ознаки ВІЛ-інфекції. В той же час, **при початковій і концентрованої стадії епідемії** медичним працівникам не слід рекомендувати КІТ всім особам, які звертаються до лікувального закладу, оскільки для більшості з них ризик ВІЛ-інфікування невисокий. Необхідно, в першу чергу, пропонувати КІТ всім пацієнтам з будь-якими скаргами і симптомами, що обумовлені ВІЛ-інфекцією, у тому числі хворим з туберкульозом [16, 18, 19].

У довготривалій перспективі оптимальне виконання КІТ вимагає прийняття, моніторингу і контролю дотримання законів і політики, які направлені проти дискримінації за ознакою ВІЛ-статусу, ризикованої поведінки і гендерних факторів, оскільки ЮНЕЙДС і ВООЗ рекомендують добровільне розкриття ВІЛ-статусу та етично виважене інформування та консультування партнера [12, 15].

Дотестова інформація надається у формі індивідуальної бесіди чи шляхом групових ознайомчих обговорень, а інформована згода має надаватися завжди індивідуально, в приватних умовах. Відмова пацієнта від тестування на ВІЛ не має призводити до зниження якості чи відмові від надання медичних послуг, що не залежать від ВІЛ-статусу.

При рекомендації пацієнту пройти КІТ, медичний працівник має включити до бесіди, як мінімум, наступні пункти:

- викласти причини проведення КІТ;
- пояснити клінічну і профілактичну користь ВІЛ-тестування, інформувати про можливий ризик негативних наслідків (дискримінація, руйнування сім'ї, насильство);
- дати перелік послуг, що пропонуються у випадку негативного результату тесту та у випадку позитивного результату, у тому числі про можливість антиретровірусної терапії;
- переконати, що результати тесту будуть розглядатися як конфіденційні дані, і не будуть повідомлені нікому, крім медичних працівників, які безпосередньо беруть участь у наданні допомоги пацієнту;
- пояснити пацієнту його право відмовитися від тестування, у відповідності з яким тестування буде проведене тільки у тому випадку, якщо пацієнт не заявить про відмову (у ході бесіди достатньо отримати усну згоду пацієнта на тестування);

- пояснити, що відмова пацієнта від ВІЛ-тестування не вплине на його доступність до інших медичних послуг, що не залежать від ВІЛ-статусу;
- при позитивному результаті тесту – пояснити пацієнту, що йому доцільно повідомити про свою ВІЛ-інфікованість тим людям у своєму оточенні, які можуть мати ризик зараження;
 - дати пацієнту можливість задавати питання
 - ризик передачі ВІЛ-інфекції дитині;
 - заходи, які проводяться з метою зниження ризику передачі інфекції від матері до дитини (антиретровірусна профілактика і консультування з питань годування дитини);
 - користь для дитини при ранньому виявленні ВІЛ-інфекції у матері [1, 4, 11, 17].

Післятестове консультування – це важливий компонент процесу ВІЛ-тестування. Воно проводиться спеціалістом, який пройшов спеціальне навчання для всіх осіб, які пройшли тестування, одночасно з повідомленням його результатів (як позитивних, так і негативних) та формуванням стратегій подальших дій [1, 4, 7].

Особам з високим ступенем ризику зараження ВІЛ показане повторне тестування кожні 6–12 місяців. ВІЛ-негативним жінкам рекомендується проходити тестування щоразу при настанні вагітності а в умовах генералізованої епідемії проходити повторне тестування у пізні терміни вагітності [15, 17].

Щодо власне тестування, значні переваги має використання швидких ВІЛ-тестів –наглядно і швидко отримати результат, сприяє проведенню тестування великої кількості людей і допомагає уникнути помилок при реєстрації. Використання швидких тестів не потребує лабораторних умов і спеціального обладнання, лише вимагає правильного застосування тесту тому може проводитися як в умовах медичних пунктів окремих військових частин, так і відділеннях військових госпіталів різних рівнів, що приблизить ВІЛ-асоційований сервіс до військовослужбовців [6, 9, 10, 16]. Однак зважаючи на фактичну недостатність фінансування ЗС з питань профілактики ВІЛ (особливо лабораторної діагностики) розвиток цього напрямку залишається пріоритетним та перспективним.

У наказі Міністерства охорони здоров'я від 14.07.2009 р. «Про затвердження Стратегії удосконалення системи консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, стандартизованої лабораторної діагностики на 2009 – 2013 роки та плану її реалізації» зазначається, що незважаючи на розширення доступу до послуг ДКТ та покращення діяльності лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції, в Україні все ще існують численні перепони та низка проблем, які потребують подолання в майбутньому [5].

Підсумовуючи викладене вище, зазначимо – КІТ залежить від оцінки багатьох факторів: стадії епідемічного процесу; наявної інфраструктури,

фінансових і кадрових ресурсів; рівня проведення заходів з ВІЛ-профілактики, лікування і підтримки; наявних на рівні політики і в законодавстві механізмів захисту від негативних наслідків ВІЛ-тестування, таких як дискримінація і насильство в зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Моніторинг і оцінка мають ключове значення у процесі впровадження КІТ, а регулярна оцінка показників роботи медичного персоналу і рівня задоволеності пацієнтів якістю обслуговування (процедура тестування, дотестове інформування, отримання згоди на тестування, післятестове консультування) може сприяти підвищенню ефективності та якості послуг КІТ.

Висновки

Військовослужбовці Збройних сил, як частина працездатної популяції України, також знаходяться в умовах генералізованої стадії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції.

Необхідне активне впровадження системи ВІЛ-консультування і тестування з ініціативи медичного працівника у медичних підрозділах різних ланок медичної служби Збройних сил України.

Медичні працівники потребують відповідного навчання методикам проведення дотестового та післятестового консультування з питань ВІЛ-інфекції.

За допомогою використання швидких тестів можливе охоплення більшої кількості населення, в тому числі боєздатної його частки – військово-службовців, які знаходяться під підвищеним ризиком інфікування.

Нормативно-правова база, щодо застосування ВІЛ-консультування і тестування з ініціативи медичного працівника у Збройних Силах потребує розвитку, прийняття та впровадження у безпосередню діяльність медичної служби.

Література

12. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ / Н.А. Заика, О.В. Дудина, Ю.Г. Житкова. – К.: Стиль SV, 2008. – 104 с.

13. Звіт за результатами комплексного дослідження у рамках спільної програми «Попередження ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом серед особового складу Збройних сил та співробітників правоохоронних органів України» / О.О. Авраменко, Н.А. Агаєв, Т.Д. Глушкова [та ін.]. – К., 2006. – 56 с.

14. Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005 р. «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію». – К., 2006. – 120 с.

15. Наказ МОЗ України № 509 від 14.07.2009 р. «Про затвердження Стратегії удосконалення системи консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, стандартизованої лабораторної діагностики на 2009–2013 роки та плану її реалізації» – К., 2009. – 19 с.

16. Наказ КМДА № 158 від 24.03.2006 р. «Про удосконалення організації надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД». – К., 2006. – 10 с.

17. Основи консультування військовослужбовців та співробітників правоохоронних органів України з питань профілактики ВІЛ/СНІД/ІПСШ: Навч.-метод. посіб. / Під ред. Б.М. Ворника. – К.: День печати, 2006. – С. 48-77.
18. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: towards universal access – recommendations for a public health approach. – WHO, 2006 revision. – Режим доступу: <http://www.who.int/entity/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf>.
19. Branson B. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings / B. Branson // Morbidity and Mortality Weekly Report (CDC). – 2006. – N 55 (RR14). – P. 1–17.
20. Bulterys M. Rapid HIV testing during labour: a multicenter study / M. Bulterys [et al.] // JAMA. – 2004. – Vol. 292. – P. 219–223.
21. Dabis F. Mortality of HIV-1-infected patients during the first year of potent antiretroviral therapy: comparative analysis of databases from low- and high-income countries / F. Dabis, M. Schechter, M. Egger // Lancet. – 2006. – Vol. 367. – P. 817–824.
22. Gary M. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA / M. Gary [et al.] // AIDS. – 2006. – Vol. 20 (10). – P. 1447–1450.
23. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities / WHO, May, 2007. – 64 p.
24. Guidelines for assuring the accuracy and reliability of HIV rapid testing: applying a quality system approach. – CDC and WHO, 2005. – Режим доступу: http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/HIVRapidsGuide.pdf.
25. McDonald E.A. Delayed diagnosis of HIV: missed opportunities and triggers for testing in the Australian Capital Territory / E.A. McDonald, M.J. Currie, F.J. Bowden // Sexual Health. – 2006. – Vol. 3 (4). – P. 291–295.
26. O’Farrell N. Two-component generalised HIV epidemics / Nigel O’Farrell // Lancet. – 2010. – Vol. 376. – P. 21–22.
27. Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access. – UNAIDS. – 2007.
28. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS. – WHO and UNFPA, 2006. – Режим доступу: http://www.who.int/publications/2006/924159425X_eng.pdf.
29. Shelton J.D. A tale of two-component generalised HIV epidemics / J.D. Shelton // Lancet. – 2010. – Vol. 375. – P. 964–966.
30. Weiss H.A. Male circumcision for HIV prevention: from evidence to action? / H.A. Weiss, D. Halperin, R.C. Bailey [et al.] // AIDS. – 2008. – Vol. 22. – P. 567–74.
31. Лист фактів: 10 причин смертності [переклад з англ.]. Електронний ресурс: Режим доступу: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>

**Некоторые аспекты ВИЧ-консультирования и тестирования
по инициативе медицинских работников (обзор литературы)**

А.Н. ВИШНЯГОВ, В.В. ТРЕТЬЯКОВ

В статье рассматриваются существующие вопросы и подходы к консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию по инициативе медицинских работников.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, эпидемия, добровольное консультирование и тестирование, консультирование и тестирование по инициативе медицинского работника, военнослужащие

Some aspects of provider-initiated HIV-counselling and testing (review)

A. VYSHNIAHOV, V. TRETUAKOV

In the article existent questions and going near provider-initiated HIV-counselling and testing are examined.

Key words: HIV-infection, epidemic, voluntarily counselling and testing, provider-initiated counselling and testing, militaries

УДК:578.27+616.98:578.828

Перебіг і наслідки вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок

**І.Г. ГРИЖАК, Б.М. ДИКИЙ, Т.О. НІКІФОРОВА,
О.Я. ПРИШЛЯК, Т.З. КОБРИН**

У даній статті розглянуті питання патологічного впливу вірусу імунодефіциту людини та збудників TORCH-інфекцій на патологію вагітності, передачі вірусу від ВІЛ-інфікованих матерів новонародженим дітям, розглянуті фактори ризику розвитку вродженої патології.

Ключові слова: вагітність, ВІЛ-інфекція, TORCH-інфекція, патологія новонароджених

На сьогоднішній день вертикальна трансмісія – це найчастіший шлях інфікування дітей від ВІЛ-інфікованих жінок. Частота передавання вірусу від матері до дитини при першій вагітності становить приблизно 30%, але в наступних – вона зростає до 50–60%. Інфікування дитини ВІЛ може відбуватися на будь-якому терміні вагітності, але найчастіше під час пологів (60–70%) [3, 4]. На його частоту впливають такі фактори: стан здоров'я вагітної, стадія ВІЛ-інфекції, перебіг вагітності, пологів, способу родорозрішення. Ці ж чинники мають значення в інфікуванні плода й дитини збудниками TORCH-інфекцій, що суттєво впливає на репродуктивні втрати: частота ранньої неонатальної захворюваності й смертності при цьому складає 5,3–27,4%, а мертвонародженість – до 16,8% [2, 6, 7]. У дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, часто спостерігаються ембріо- і фетопатії, які скоріше пов'язані не з впливом ВІЛ, а з іншими негативними