

# Стратегія подолання ВІЛ-інфекції в Україні: професійний погляд на проблему

Для того щоб зупинити епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, необхідно в ідеалі виявити усіх ВІЛ-інфікованих осіб, сформувавши у них прихильність до лікування та забезпечити охоплення антиретровірусною терапією. Крім того, необхідно провести інформаційно-роз'яснювальну роботу серед населення взагалі та груп ризику зокрема, спрямовану на профілактику передачі ВІЛ усіма можливими шляхами.

Зазначимо, що держава здійснює послідовну політику у цьому напрямку, і 2013 рік став прикладом активних спільних дій держави, медиків, громадських організацій та міжнародної спільноти, спрямованих на подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Так, 28.12.2012 р. було оприлюднено доручення Президента України Віктора Януковича № 1-1/3526 «Щодо деяких питань запобігання поширенню епідемії туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДу та вірусних гепатитів», в якому зокрема йшлося про необхідність підготовки за участю представників громадських організацій, у тому числі міжнародних, та внесення в установленому порядку на розгляд Верховної Ради України законопроект про Загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2014–2018 роки. На виконання доручення Голови Держави розроблено та подано на розгляд Кабінету Міністрів України проект Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки». Згодом було розроблено проект відповідної державної програми, схваленой на засіданні Уряду у листопаді 2013 р.



Прокоментувати необхідність прийняття цієї програми, поставлені нею завдання та шляхи їх досягнення ми попросили **Тетяну Олександрівну**, голову Державної служби України з питань протидії

ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням (далі — Держслужба України з соціального захворювань).

— На скільки амбітними є цілі, прописані у новій державній програмі?

— Нова програма передбачає дуже амбітні цілі. Зокрема її виконання має дати змогу:

- значно зменшити кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед населення з поступовим унеможливленням інфікування;

- зменшити на 50% ризик інфікування ВІЛ медичних працівників під час надання медичної допомоги пацієнтам;
- зменшити на 50% кількість нових випадків інфікування серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ;
- зменшити до 1% інфікування внаслідок передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- забезпечити доступ усіх представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до участі у профілактичних програмах;
- охопити 100% учнів і студентів програмами профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя;
- забезпечити усіх ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я, медичною допомогою та соціальними послугами з догляду та підтримки;
- забезпечити доступ до безперервного лікування препаратами антиретровірусної терапії всіх хворих на ВІЛ-інфекцію, які цього потребують;
- знизити на 50% смертність від туберкульозу серед хворих із поєднаною інфекцією ВІЛ/туберкульоз;
- залучити до постійної участі у програмах замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) не менше як 35% споживачів опіоїдних ін'єкційних наркотиків, які цього потребують, а також до реабілітаційних програм;
- сформувати серед населення толерантне ставлення до людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ), та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ і знизити на 50% рівень дискримінації цих людей.

Слід зазначити, що охопити лікуванням, а саме антиретровірусною терапією (АРТ), ми маємо усіх, хто цього потребує, не за наявними статистичними даними, а за оціночною кількістю ЮНЕЙДС. На сьогодні на диспансерному обліку перебувають 137 тис. ВІЛ-інфікованих осіб, а за оціночними даними їх має бути 230–240 тис. Якщо брати в цілому країні Східної Європи і Центральної Азії, тобто колишні країни СНД, то за оціночними даними найкращий показник кількості ВІЛ-інфікованих, які отримують АРТ, — 60% — має Грузія

(переважно за рахунок коштів грантів Глобального фонду). На другому місці — Україна — майже 48%. В усіх інших країнах цей показник не перевищує 25% оціночних даних. Тому наше завдання у новій загальнодержавній програмі охопити АРТ 80% осіб, які цього потребують, за оціночними даними. Чому не 100%? Тому, що є певні контингенти населення, яких неможливо переконати лікуватися. Адже ВІЛ-інфекція значно відрізняється від інших соціально небезпечних хвороб, особливо інфекційного напрямку, тим, що шляхи лікування передбачають особливі методи впливу на неї. Наприклад, якщо для хворих на туберкульоз передбачене примусове лікування, зважаючи на небезпечність повітряно-крапельного шляху передачі захворювання, то з хворими на СНІД цього зробити неможливо. Більше того, ми не отримуємо від цього жодного результату, крім розвитку резистентного вірусу. Саме тому наше завдання — охопити 80% тих, хто його потребує і має прихильність до лікування.

— Чи існують реальні шляхи досягнення цих цілей?

— Безумовно, такі шляхи існують, і робочим майданчиком для їх обговорення та затвердження стала II Національна науково-практична конференція з питань ВІЛ/СНІДу «За кожне життя разом!» (далі — Конференція), яка проходила 24–26 жовтня 2013 р. в Києві. Головною метою цього форуму стала розробка національної стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні.

— Чим відрізняється стратегія від Загальнодержавної програми?

— Програма загалом передбачає кінцеві цілі, яких необхідно досягти, обсяг фінансування та його джерела на кожний рік її реалізації. Але в рамках цієї програми ми повинні бачити, яким чином досягатимуться показники, кого буде охоплено лікувальними і профілактичними заходами, хто і за які кошти закуповуватиме медикаменти, як ми будемо йти до шляху зниження цінової політики, здійснювати фармаконадгляд та покращувати якість життя пацієнтів, які отримують АРТ. Також наше завдання — не лише охопити лікуванням усіх, хто його потребує, а й створити пацієнтам відповідні умови доступу до тестування та диспансерного спостереження, отримання АРТ, надання соціальних послуг

тощо. Перед нами стоїть важливе завдання вирішення питань, які забезпечують якісне надання медичних послуг, зокрема лікування, ВІЛ-позитивному хворому. Для цього планується запровадити два нових стратегічних підходи у наданні послуг: інтеграція та децентралізація.

Інтеграція полягає в тому, щоб наблизити до пацієнта всю необхідну допомогу в комплексі. Відомо, що серед ВІЛ-інфікованих багато осіб із ризикованою поведінкою, які часто наражаються не лише на ВІЛ-інфекцію, а й на такі захворювання, як туберкульоз, вірусний гепатит В і С, інфекції, які передаються статевим шляхом, часто є споживачами ін'єкційних наркотиків (СІН) та потребують ЗПТ як профілактики поширення ВІЛ-інфекції. Тому питання інтеграції полягає в тому, щоб на рівні, наближеному до пацієнта, ці послуги концентрувалися в одному закладі. Тобто пацієнт під час візиту до медичного закладу має отримати цілий спектр необхідних йому медичних послуг, а не звертатися окремо в тубдиспансер, наркологічний центр, центр СНІДу, на пункт ЗПТ, шкірвендиспансер тощо.

Децентралізація полягає у передачі частини медичних послуг для ВІЛ-інфікованих осіб на первинний рівень медичної допомоги. Зважаючи на темпи розширення доступу до АРТ, кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які потребують постійного пожиттєвого лікування, збільшується. Якщо сьогодні АРТ отримують близько 51 тис. осіб, то наприкінці дії програми їх має бути 118 тис. А для того щоб забезпечити лікування усіх пацієнтів, необхідно або розвинути службу СНІДу, або поступово її децентралізувати. Ми плануємо залишити диспансерне спостереження або на рівні центрів СНІДу, або в кабінетах «Довіра». Однак зусиллями тільки служби СНІДу неможливо буде забезпечити контроль за проведенням АРТ усіх пацієнтів. Тож децентралізація полягає в тому, що частину роботи по контролю за проведенням АРТ брали на себе лікарі первинної ланки, додучаючи до цього і громадські організації, щоб це водночас не було його особистим завданням.

Саме на розробку шляхів забезпечення доступу до лікування, відповідно до міжнародних рекомендацій і національних стандартів, якими на сьогодні є затверджений МОЗ України клінічний протокол, і була спрямована Конференція. Передбачалося не просто проведення пленарних засідань, де обговорюються проблеми в цілому, досягнення, успіхи і плани на майбутнє, а ще й 14 секційних засідань, кожне з яких мало окремих практичних напрямків, а саме:

- протидія епідемії ВІЛ: ефективне інвестування;
- формування моделі служби СНІДу в умовах реформування системи охорони здоров'я;
- консультування і тестування на ВІЛ;
- послуги, що надаються на первинному, вторинному і третинному рівнях надання медичної допомоги, децентралізація та інтеграція послуг;

- національний консенсус: підходи до початку та ведення АРТ, оптимізація протоколів АРТ в Україні;
- забезпечення доступу до консультування для представників ключових груп найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ;
- моніторинг лікування;
- стратегія зменшення вартості антиретровірусних препаратів в Україні;
- своєчасний початок лікування вразливих до ВІЛ груп;
- якісний медичний нагляд за станом здоров'я ЛЖВ як шлях до подолання епідемії ВІЛ-інфекції;
- фармацевтичний менеджмент — покращання доступу до антиретровірусних препаратів;
- лабораторний моніторинг перебігу ВІЛ-інфекції;
- лікування коінфекції ВІЛ/туберкульоз, супутніх та опортуністичних захворювань;
- формування прихильності до лікування: подолання бар'єрів на шляху до формування прихильності через соціальний супровід.

До участі у Конференції були запрошені провідні вітчизняні та закордонні вчені й організатори охорони здоров'я, які вже мають відповідні напрацювання у цій сфері, серед яких слід відзначити Мішеля Сідібе (Mschel Sidibe), виконавчого директора Об'єднаної програми з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), заступника генерального секретаря ООН (Женева, Швейцарія), Доріт Ніцан (Dorit Nitsan), Главу Бюро ВООЗ в Україні, Ніколя Канто (Nikolas Cantau), регіонального менеджера (Східна Європа та Центральна Азія) Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (Женева, Швейцарія), Паоло Беллі (Paolo Belli), лідера сектору людського розвитку Представництва Світового Банку в Україні, а також представники громадських та міжнародних організацій.

— На що особливо звертали увагу учасники Конференції?

— По-перше, це строки початку АРТ. Адже доведено, що чим раніше починається АРТ, тим раніше припиняється розвиток розмноження вірусу, тим раніше людина стає безпечною для оточуючих, що дає їй можливість жити, народжувати та виховувати дітей, працювати і т.д. Ранній підхід до лікування АРТ — це рекомендації ВООЗ, спрямовані на зміну показань для початку лікування. Це питання для України потребує серйозного вивчення. Йдеться про внесення змін у клінічний протокол і початок лікування з рівня 500 CD4-клітин (на сьогодні це 350). Зазначимо, що пріоритет в Україні буде завжди надаватися тим, у кого рівень клітин найнижчий.

По-друге — удосконалення схем і підходів до виявлення, діагностики, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих залежно від груп населення, соціального статусу та форми поведінки пацієнтів. Досвід реалізації попередньої державної програми свідчить, що на сьогодні значно знизився рівень інфікування молоді віком 15–24 років, також вдалося досягти зниження рівня інфікування на ВІЛ серед СІН,

і що зараз усі сили центрів СНІДу і громадських організацій спрямовані саме на вразливі групи населення.

Проте необхідно враховувати, що змінюються шляхи інфікування, і останнім часом ми отримуємо дані про збільшення частки гетеросексуального шляху передачі від чоловіка до жінки, найчастіше від СІН-чоловіків до їх статевих партнерів-жінок. І особливістю такого шляху інфікування є те, що вражаються саме молоді дівчата, які, в силу певних стереотипів, не можуть або бояться запропонувати захищений секс, відмовитися від сексу взагалі. Для вирішення цієї проблеми дуже велике значення має гендерний підхід у роботі з такими категоріями населення, який враховуватиме два фактори більш частого інфікування саме жінок — соціальний і біологічний. Соціальний проявляється в тому, що жінка менш захищена, більше вразлива психологічно, іноді дівчата вимушені надавати послуги комерційного сексу просто для того, щоб вижити. Біологічний фактор полягає в тому, що жінка більше вразлива до інфікування ВІЛ при незахищеному сексі, ніж чоловік. Тому на Конференції окремо піднімалися питання гендерної політики.

По-третє, говорячи про досягнення індикаторів тисячоліття — охоплення 100% тих, хто потребує лікування, ми не можемо говорити про стратегію терапії, не охопивши такі питання, як профілактика, виявлення ВІЛ-інфекції, догляд і підтримка. Ці теми також стали предметом дискусій під час Конференції, але всі вони були прив'язані до розширення доступу до лікування.

Більше уваги приділялося наданням послуг із тестування та лікування особам, які хворіють на вірусний гепатит, туберкульоз та інфекції, що передаються статевим шляхом, на онкологічні захворювання (особливо на лімфаденопатію), які є поширеними ВІЛ-асоційованими захворюваннями.

— Яка ситуація зараз в Україні із лікуванням хворих на СНІД?

— Нинішній період в Україні характеризується зменшенням частки молодого населення, яке інфікується ВІЛ. Зменшилася частка ВІЛ-позитивних СІН. Але водночас виявляється велика кількість людей зі СНІДом, які були інфіковані 10–12 років тому. І наука доводить нам, що якщо ВІЛ-інфікований не лікувався, не дотримувався профілактичних програм, то через 10–12 років у нього настає стадія СНІДу. Його подальше майбутнє залежить від того, наскільки вчасно він звернувся за допомогою. Це в основному СІН, які не мали прихильності до диспансерного спостереження, з різних причин, не бажали лікуватися, отримувати ЗПТ, не зверталися за іншими видами медичної допомоги у лікарні загального профілю, або зверталися запізно. Тому на сьогодні відзначається дуже велика частка пізніх випадків виявлення коінфекції та висока смертність від коінфекції ВІЛ/туберкульоз. Це пов'язано з тим, що ці 28–30% ВІЛ-інфікованих, які виявляються впродовж року, відмовляються від диспансерного спостереження, навіть не приходять за результатом тестування, не прохо-

дять профогляди на туберкульоз тощо. Такі люди, на жаль, звертаються за медичною допомогою, коли їх стан вже дуже тяжкий, на грані життя і смерті.

— Які методи роботи з ними Ви пропонуєте?

— З цим контингентом необхідно працювати і нам, і громадським організаціям. Адже примусити ми їх не можемо, а от переконати, сформувавши прихильність, довести, що людина із цими двома захворюваннями може жити, що туберкульоз — це виліковна хвороба, що на сьогодні є всі умови, для того щоб виявити туберкульоз і його лікувати — це, безумовно, наше спільне завдання. А ефективно вилікований туберкульоз — це вже сприятливий прогноз для життя ВІЛ-інфікованої людини. Те ж саме стосується і вірусних гепатитів. Цього року вперше затверджена державна програма для таких хворих, і це вже дає можливість людям з коінфекцією ВІЛ/гепатит також покращити якість життя.

— Яка роль громадських організацій у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції?

— Громадські організації відіграють дуже важливу, практично незамінну, роль при роботі з контингентами груп ризику, у формуванні у них прихильності для діагностики і лікування, зменшенні стигматизації. До груп ризику відносяться в основному СН, жінки комерційного сексу, чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ). Група ЧСЧ — найбільш закрита та стигматизована, тому серед них прогнозується підвищення рівня інфікування ВІЛ. Світовий досвід свідчить, що в деяких країнах шлях передачі ВІЛ від чоловіка до жінки вже не зумовлює суттєвого впливу на перебіг епідемії, оскільки персональний захист під час статевих контактів і виховання молоді привели до значного зниження ризику інфікування таким шляхом. Тому наше завдання — спрямувати діяльність громадських організацій на цю закриту когорту ЧСЧ. Варто наголосити, що на рівні районів і сіл профілактичні програми працюють дуже слабо, активність громадськості на районному рівні недостатня, що не дозволяє належним чином сформувавши прихильність до лікування у мешканців малих міст, сіл, селищ тощо. Тому наше завдання — розширити свою активність від центру на периферію. Ще однією особливостю провінційних міст є те, що там усі всіх знають, люди не хочуть розголошувати інформацію про своє захворювання. У громадських організацій є хороша ініціатива «Рівний — рівному», контингенти групи ризику мають високий ступінь довіри до її учасників.

— Що взагалі відбувається у країні із дискримінацією та стигматизацією ВІЛ-інфікованих?

— Слід відзначити, що поступово рівень стигми та дискримінації в нашому суспільстві щодо ВІЛ-інфікованих громадян знижується. Це відзначає Мережа ЛЖВ, за результатами дослідження, розпочатого у 2010 р. Отримані дані свідчать, що загальний рівень стигматизації та дискримінації ЛЖВ через ВІЛ-статус з боку соціального оточення знизився на 11% (з 52

до 39%). З проявами стигматизації та дискримінації у медичній сфері на сьогодні зіштовхуються 11% респондентів, що вдвічі менше, ніж у 2010 р. Це досить вагомий аргумент ефективності та необхідності заходів, державної програми. Якщо у 2005 р. ВІЛ-позитивні пацієнти зверталися тільки до центрів СНІДу (а децентралізація якраз і полягає в тому, щоб розширити можливість надання медичної допомоги), то на сьогодні ВІЛ-позитивні пацієнти вже звертаються в заклади загальної лікарняної мережі, більше довіряють медичним працівникам.

— Які ще важливі напрямки подолання епідемії ВІЛ-інфекції закладено у національну стратегію?

— Ще один напрямок, який потребує подальшого вдосконалення, це зниження цін на препарати для АРТ. Є різні шляхи досягнення мети. Це і переговори з виробниками, перегляд тендерних процедур і підходів, це і примусове ліцензування на виробництво деяких лікарських засобів, це і вироблення деяких препаратів для АРТ в Україні тощо. Слід зазначити, що починаючи з 2004 р. кількість осіб, охоплених АРТ, в Україні збільшилася у 72 рази, а вартість схем лікування зменшилася у 3,3 рази. Тому наше завдання у подальшому — працювати з усіма партнерами таким чином, щоб досягти подальшого зниження цін на препарати для АРТ. Ще один важливий напрямок, який має допомогти у досягненні цього індикатора — покращення системи фармаконагляду та фармменеджменту при лікуванні всіх соціально небезпечних захворювань. Ми маємо чітко знати, як пацієнт переносить АРТ, відстежити, які саме препарати не переносяться. Адже громадськість, особливо Мережа ЛЖВ, чи самі ВІЛ-інфіковані, часто не хочуть отримувати генеричні препарати, а хочуть лише брендів. Для того щоб ми чітко знали, чи дійсно брендів препарати краще переносяться і більш ефективні, це необхідно відстежувати. Тут до фармаконагляду можна долучитися не тільки лікарі, а й самі пацієнти, а також громадські організації.

Що стосується фармменеджменту, з боку держави та учасників фармацевтичного ринку необхідно забезпечити належну логістику для правильного зберігання та застосування ліків, унеможливити перебої поставок лікарських засобів, покращити планування потреб. Це має дати економію державі та ефективне надання допомоги пацієнтам.

Для того щоб усе це здійснювалося, необхідно забезпечити вчасне і правильне опрацювання нормативної бази, створити правове підґрунтя, щоб втілити механізми діагностики, якісного і доступного лікування. Адже нова загальнодержавна програма передбачає певні організаційні заходи, профілактичні (первинна і вторинна профілактика), здійснення лабораторної діагностики, зовнішню оцінку якості, заходи з догляду та підтримки пацієнтів.

— Стратегія з лікування — це буде документ з юридичним статусом?

— Так, можливо, вона буде затверджена наказом МОЗ України. Зараз триває

робота над текстовою частиною і розробляється комплексний план заходів. Стратегія буде затверджена, як тільки Верховна Рада України схвалить нову державну програму.

— Який стан фінансування надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, і які зміни передбачені у зв'язку з припиненням фінансування за грантами Глобального фонду?

— Україна — одна з небагатьох країн, яка на сьогодні на 92% забезпечує АРТ і тестування на ВІЛ за кошти державного бюджету, а якщо це контингенти групи ризику — за кошти місцевого бюджету. АРТ вже охоплено 51 тис. осіб, завдяки чому знижено на 12% смертність від захворювань, зумовлених СНІДом, ЗПТ охоплено 8 тис. осіб.

Фінансування програм Глобального фонду закінчиться у 2016 р., тому у новій програмі передбачено, що у 2017–2018 рр. держава має взяти на себе той рівень фінансування, який реалізовувався у рамках 10-го раунду програми Глобального фонду, і передбачено, що кошти будуть розподілені частково на державний, частково — на місцевий рівень. Але основне навантаження падає саме на місцевий рівень, тому що це стосується профілактичних програм, спрямованих на вразливі групи населення. Фінансування ЗПТ забезпечить держава, а от стосовно забезпечення пакета соціальних послуг уразливим групам населення — тривають дискусії. Усі ці ризики нами прораховані: завдяки комп'ютерній моделі стратегічного планування GOALS ми маємо перспективні прогнози епідемічної ситуації за різних умов та обсягів фінансування загальнодержавних заходів. Завдяки цим даним ми можемо визначити обсяги ресурсів, у тому числі фінансових, необхідних для виконання поставлених завдань.

З січня 2014 р. в Україні стартує проект Агентства міжнародного розвитку США зусиллями компанії «Deloitte», який і буде спрямовувати свою технічну допомогу на те, щоб розробити механізми переходу з фінансування за кошти Глобального фонду на державний і місцевий бюджети. Це все можливо лише тоді, коли в Україні працює механізм соціального замовлення. Незважаючи на те що законодавча база для цього існує, механізмів немає. Немає тому, що Україна знаходиться у важкому економічному стані, і забезпечити фінансування громадських організацій із державного і місцевого бюджету дуже важко.

Однак хоча наголосити, що попри обмеженість державного фінансування на заходи протидії ВІЛ-інфекції, Україна залишається однією з небагатьох країн, де лікування ВІЛ-інфікованих осіб забезпечується коштами державного бюджету на 92%. Ми усвідомлюємо необхідність пошуку додаткових джерел фінансування, більш ефективного впровадження програм і заходів на місцевому рівні. Однак у умовах сьогоднішнього потужного алгоритму партнерської співпраці у сфері проти ВІЛ-інфекції/СНІДу — це цілком реальні завдання.

Олександр Устінюк,  
фото Сергія Бека