

Н.Я. Жилка, Н.В. Чепурнова (Київ, Чернівці)

ПРОБЛЕМИ ДИСКОРДАНТНИХ ПАР У СЕРЕДОВИЩІ ВИСОКИХ ТЕМПІВ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Закарпатський Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом

Наведено особливості поширення ВІЛ-інфекції в Україні. Висвітлено проблеми реалізації репродуктивного права дискордантної пари в таких умовах.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, поширення, дискордантні пари.

Дискордантні пари – це подружжя, де в одного з партнерів ВІЛ-статус позитивний, а в іншого – негативний. Проблеми, які стосуються дискордантних пар, формує вплив чинників, пов'язаних з рівнем поширення ВІЛ-інфекції [1;15].

ВІЛ-інфекція посідає провідне місце серед медичних проблем у багатьох країнах світу. Принципові відмінності цієї інфекції обумовлені надзвичайною складністю структури епідемічного процесу і багатофакторністю його розвитку. На сьогодні Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) характеризують ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу у світі як пандемію [10].

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та СНД. Сучасний стан розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в країні характеризується: високими темпами поширення ВІЛ серед різних контингентів населення, передусім серед осіб, які належать до груп високого ризику інфікування; нерівномірним поширенням ВІЛ-інфекції на різних територіях України; зміною домінуючих шляхів передачі ВІЛ; переважним ураженням осіб працездатного віку [25].

Мета роботи – навести особливості поширення ВІЛ-інфекції в Україні; висвітлити проблеми реалізації репродуктивного права дискордантної пари.

Методи: інформаційно-аналітичний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Особливості поширення ВІЛ-інфекції в Україні

За період 1987–2011 рр. в Україні офіційно зареєстровано 202 787 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян

України, у т.ч. 46 300 випадків захворювання на СНІД та 24 626 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Масштаби епідемії ВІЛ-інфекції поступово зростають. Починаючи з 1999 р., кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щороку збільшується. У 2011 р. в країні офіційно зареєстровано 21 177 нових випадків ВІЛ-інфекції, або 46,2 на 100 тис. населення, що є найвищим показником за весь період спостереження за ВІЛ-інфекцією в Україні з 1987 р. (рис. 1) [4].

Середній рівень поширення ВІЛ в Україні становив 1,6%, найвищий показник зареєстровано у м. Києві (5,52%), найнижчий – у Закарпатській області (0,27%) [4].

Кількість ВІЛ-інфікованих осіб за 1987–2011 рр. збільшилась на 99% (1987 р. – 187 осіб, 2011 р. – 21 177). Причому майже 50% пацієнтів становили ВІЛ-інфіковані жінки. У 2011 р. частка жіночого населення серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів дорівнювала

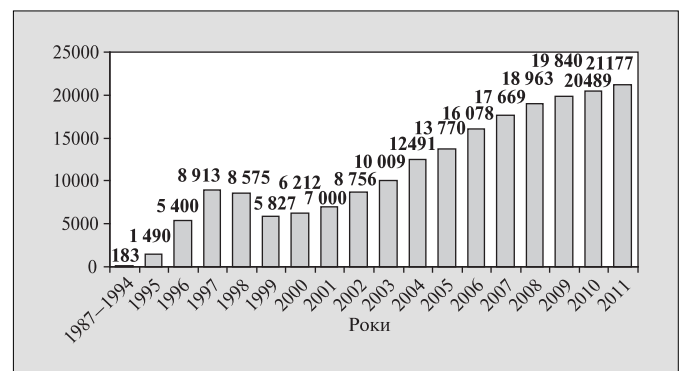


Рис. 1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України за 1987–2011 рр. (абс.)

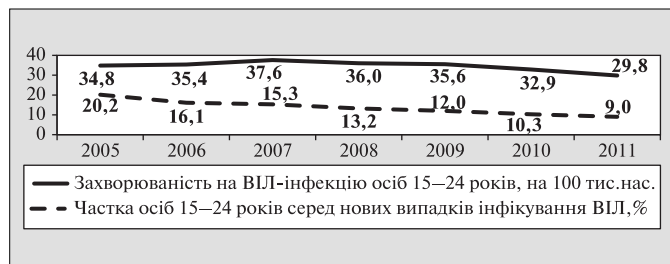


Рис. 2. Частка осіб віком 15–24 роки серед нових випадків інфікування ВІЛ і показник захворюваності на ВІЛ серед осіб віком 15–24 роки в Україні за 2005–2011 рр.

45,5%, що на 1,3% вище, ніж у 2009 р. (44,9%). Така ситуація спричиняє щорічне збільшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок як потенційних матерів з високим ризиком перинатальної ВІЛ-інфекції [2–5].

Зазначений рівень поширеності ВІЛ-інфекції впливає на прогресивне збільшення можливих ВІЛ-інфікованих партнерів у дискордантних парах.

Наступним фактором високого ступеня ризику перинатальної ВІЛ-інфекції є ВІЛ-інфікованість людей молодого віку. В країнах, де ВІЛ-інфекція активно поширюється, особливо уразливими до інфікування є діти та молодь (внаслідок небезпечної статевої поведінки). Відповідно до рекомендацій ЮНЕЙДС та ВООЗ, реєстрація випадків ВІЛ-інфекції серед осіб молодшого віку (15–19, 20–24 роки) певною мірою відображає рівень так званих «нових випадків» зараження, оскільки загроза інфікування ВІЛ для цієї групи з'явилася відносно недавно [3;4].

За даними офіційної статистики 2011 р., в Україні більшість випадків інфікування ВІЛ серед молоді віком 15–24 роки відбувалося через незахищені гетеросексуальні контакти, а саме у 79,8%, причому серед дівчат і молодих жінок цей показник був значно вищим (89,0%), ніж серед хлопців і молодих чоловіків (57,3%). Частка молодих осіб, які заразились ВІЛ шляхом вживання ін'єкційних наркотиків, дорівнювала 17,8% (36,9% – серед хлопців; 9,9% – серед дівчат) [4;23].

Незважаючи на те, що останніми роками спостерігалася позитивна тенденція щодо зниження кількості

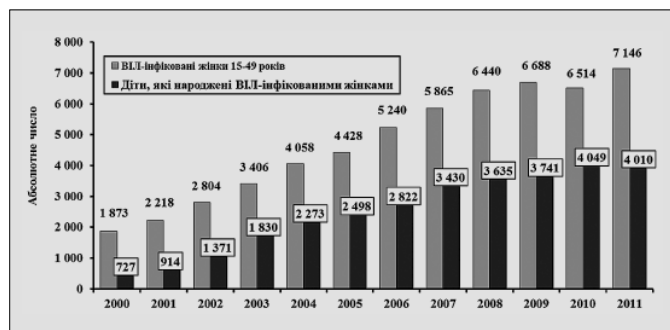


Рис. 3. Кількість ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку та число дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками у 2000–2011 рр. (абс.)

офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15–24 роки – з 2 775 осіб у 2005 р. до 1 907 осіб у 2011 р., їх частка залишається значною (9%), що становить окрему проблему для реалізації репродуктивного права дискордантних пар та перинатальної ВІЛ-інфекції, оскільки саме молоді люди є потенційними батьками та групою ризику виникнення перинатальної ВІЛ-інфекції. Темпи приросту частки осіб віком 15–24 роки серед нових випадків інфікування ВІЛ у 2011 р. дорівнювали –55%, а темпи приросту показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію осіб даної вікової групи становили –14% (рис. 2) [4].

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб віком 15–24 роки в Україні у 2011 р. становила 29,8 на 100 тис. населення. Станом на 01.01.2012 р. під диспансерним наглядом перебувало 20 144 ВІЛ-інфіковані особи віком 15–24 роки [4], які становлять групу високого ризику для перинатальної ВІЛ-інфекції через реалізацію репродуктивних планів молодих дискордантних сімей.

Відображенням проблеми в Україні щодо реалізації репродуктивного права дискордантних пар є щорічне збільшення кількості ВІЛ-інфікованих вагітних, для яких джерелом ВІЛ-інфікування стали гетеросексуальні статеві контакти, а саме $30,0 \pm 1,2\%$ були сексуальними партнерками споживачів ін'єкційних наркотиків, $21,4 \pm 0,9\%$ – партнерками інших ВІЛ-інфікованих партнерів, що вказує на низький рівень захищеності від ВІЛ-інфекції у партнера дискордантної пари, а значить підвищує ризик перинатальної ВІЛ-інфекції [25].

За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІД, протягом 2000–2011 рр. кількість ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку збільшилась на 73,8%, що поступово призведе до зростання кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, абсолютне число яких за той же період підвищилось на 81,9% (рис. 3).

Стабільно негативна тенденція щорічного збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, дещо змінилася на краще, і число таких дітей у 2011 р. (4 010 дітей) зменшилося на 39 осіб порівняно з 2009 р. – 4 039 дітей (рис. 4) [4;23].

На проблему реалізації репродуктивного права дискордантними парами вказує зростаюча частка ВІЛ-позитивних вагітних серед їх загальної кількості в Україні. За період 2000–2011 рр. частка ВІЛ-інфікованих вагітних зросла у 4 рази: з 0,2% у 2000 р. до 0,8% у 2011 р. [2–5;23].

Проблема народження дитини у дискордантній парі полягає як у попередженні ВІЛ-інфікування партнера, так і в народженні здорової дитини. Проблема народження інфікованими матерями неінфікованих ВІЛ дітей вирішується в Україні шляхом профілактики перинатальної ВІЛ-інфекції. Показником перинатальної ВІЛ-інфекції є частота передачі ВІЛ від матері до

дитини (ЧПМД). У зв'язку з особливостями діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, усі діти після народження перебувають під диспансерним наглядом до моменту остаточного встановлення ВІЛ-статусу (18 місяців і старші). Показник ЧПМД розраховується з кількості живонароджених дітей одного календарного року, яким виповнилося 18 місяців. Діти, у яких діагноз ВІЛ-інфекції залишився в стадії підтвердження, не враховуються для обчислення показника ЧПМД [13].

В Україні профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) здійснюється на основі 4-компонентного підходу до ефективності ППМД, рекомендованого ВООЗ: профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок; профілактика небажаної вагітності; профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини; лікування та соціальна підтримка. Структурним відображенням 4-компонентного підходу ВООЗ до ефективної профілактики ВІЛ-інфекції у дітей є організаційні медико-соціальні вимоги до медичної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним, роділлям та народженим ними дітям, затверджені спільним міжгалузевим наказом МОЗ України, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 р. № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей». У наказі чітко визначено нормативні вимоги до кожного зі співвиконавців [16].

Організація профілактики ВІЛ-інфекції серед жіночого населення передбачає, що профілактичні заходи з питань профілактики ВІЛ-інфекції у жінок проводяться підготовленими спеціалістами за спільними програмами, затвердженими МОЗ України, відповідними методами та формами у дошкільних, середніх, спеціалізованих та вищих навчальних закладах I–IV рівнів акредитації; центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ) та закладах соціального обслуговування, притулках для дітей, центрах соціально-психологічної реабілітації; органах реєстрації актів цивільного стану; центрах здоров'я, центрах профілактики та боротьби зі СНІД; центрах планування сім'ї та репродукції людини, центрах репродуктивного здоров'я підлітків, у лікувальних закладах із сімейної медицини, педіатрії («клініках, дружніх до молоді»), акушерства та гінекології, дерматовенерології, наркології, медичної генетики; підвідомчих установах Державної кримінально-виконавчої служби України із залученням представників недержавних організацій та волонтерів. Основним компонентом цієї роботи є просвітницький, який може забезпечити інформацією населення щодо профілактики ВІЛ з метою зменшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок як потенційних вагіт-

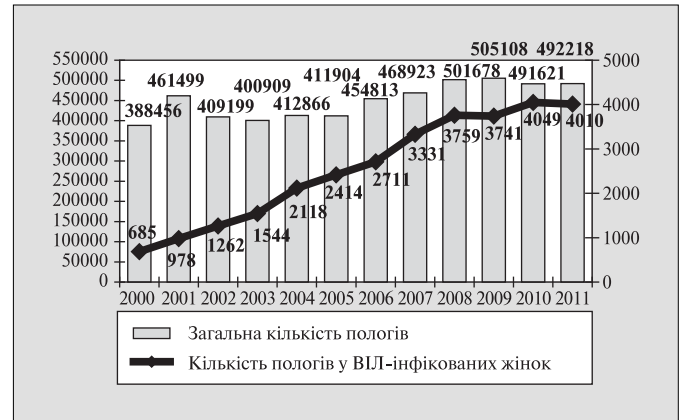


Рис. 4. Кількість пологів (загальна) і пологів у ВІЛ-інфікованих вагітних за 2000–2011 рр. (абс.)

них і матерів. Проте поширеність ВІЛ-інфекції має прогресивний характер в Україні, а негативна тенденція збільшення питомої ваги ВІЛ-інфікованих жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів поглиблює проблему перинатальної ВІЛ-інфекції [14]. Якщо у 2006 р. питома вага ВІЛ-інфікованих жінок становила 41,9%, у 2007 р. – 43,8%, у 2008 р. – 44,6%, у 2009 р. – 44,9%, у 2010 р. – 43,7%, то у 2011 р. – 45,5% [4;23].

Для профілактики небажаної вагітності як чинника впливу на рівень перинатальної ВІЛ-інфекції за рахунок прихильності до антиретровірусної (АРВ) ППМД у бажаної дитини, більш відповідальної поведінки вагітної унормовано організацію послуг для ВІЛ-інфікованих з питань планування сім'ї, що передбачає консультування ВІЛ-інфікованих жінок з питань планування сім'ї спеціалістами центрів планування сім'ї (ЦПС), центрів профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією, жіночих консультацій та інших лікувальних закладів, обізнаних з питань планування сім'ї та особливостей перебігу ВІЛ-інфекції. У разі потреби, виявленої під час консультування, жінку скеровують до ЦСССДМ для отримання соціальних послуг (психологічних, соціально-медичних, соціально-педагогічних, інформаційних, юридичних і соціально-економічних). За попередньою згодою ВІЛ-інфікованих, у т.ч. жінок, які опинилися в складних життєвих обставинах, ЦСССДМ забезпечують таких осіб соціальним супроводом за скеруванням спеціалістів закладів охорони здоров'я. Спеціалісти центрів профілактики та боротьби зі СНІД для забезпечення ВІЛ-інфікованих пацієнтів послугами з питань планування сім'ї скеровують їх до ЦПС (кабінетів планування сім'ї) або залучають спеціалістів служби планування сім'ї до роботи за встановленим графіком, затвердженим і погодженим керівниками ЦПС та центрів профілактики та боротьби зі СНІД. ЦПС забезпечують ВІЛ-інфікованих пацієнток безоплатними засобами контрацепції (згідно з чинним законодавством) після проведення консультування щодо рекомендованого методу чи засобу контрацепції [6].

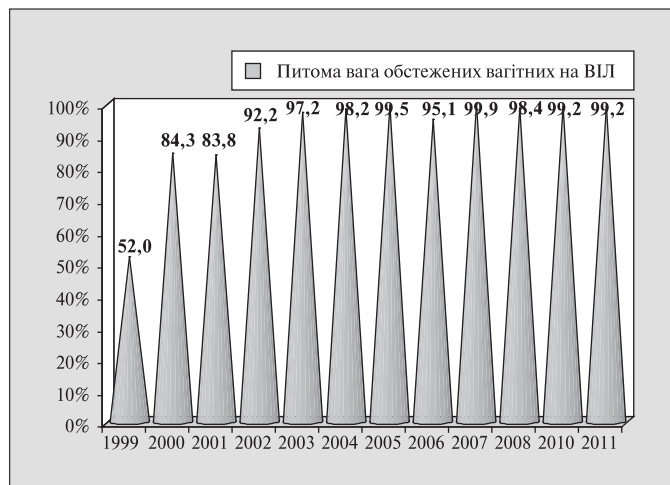


Рис. 5. Рівень обстеження вагітних на ВІЛ у 1999–2011 рр. (%)

Необхідність проведення заходів з планування сім'ї визначена такими складовими проблеми небажаної вагітності:

- високий рівень абортів у ВІЛ-інфікованих жінок;
- небажана вагітність з наступним штучним її перериванням для ослабленого з імунним дефіцитом організму ВІЛ-інфікованої жінки є серйозним фізичним навантаженням;
- попередження небажаних вагітностей серед ВІЛ-інфікованих жінок не лише попереджає випадки ВІЛ-інфекції у новонароджених, але сприяє зменшенню кількості соціальних сиріт внаслідок відмови матері від дитини або смерті матері;
- особливості, пов'язані з контрацепцією серед ВІЛ-інфікованих жінок, включаючи взаємодію гормональних контрацептивів і АРВ-препаратів;
- проблема прихильності ВІЛ-інфікованої жінки до АРВ-профілактики за умови небажаної вагітності;
- проблема небажаної вагітності у соціально незадаптованих ВІЛ-інфікованих жінок;
- проблема планування сім'ї для дискордантних подружніх пар [6;8].

В Україні, за даними моніторингу ППМД МОЗ України, рівень абортів у терміні до 12 тижнів вагітності

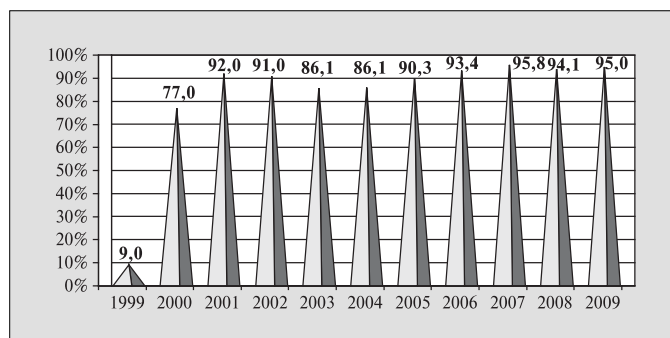


Рис. 6. Рівень медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції у новонароджених за 1999–2009 рр. (%)

ті за бажанням жінки протягом 2000–2011 рр. зафіксовано у межах 11–16% від загальної кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих вагітних. У 2007 р. ППМД для планового переривання вагітності звернулось 466 ВІЛ-інфікованих вагітних, з них вагітність завершилась штучним абортom у терміні вагітності до 12 тижнів у 454 (97,4%) жінок. Після консультування щодо можливості ППМД, 12 ВІЛ-інфікованих вагітних вирішили народити дитину. Незважаючи на це, питома вага ВІЛ-інфікованих, у яких вагітність завершилась абортom за їх бажанням у терміні до 12 тижнів від загальної кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих вагітних, у 2007 р. становила 12,4%. Нами для проведення тенденційного аналізу використані дані 2007 р., оскільки пізніше такі дані не моніторувалися. Їх можна вважати репрезентативними, бо зміни у показниках загальних абортів у 2008–2010 рр. становили лише 8–9% [3;23]. Наведена ситуація вказує на відсутність тенденції до зниження, що свідчить про недостатнє приділення уваги питанням планування сім'ї серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів і призводить до поширеності ВІЛ-інфекції, особливо серед молодих людей – потенційних батьків.

Основними складовими організації медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним, роділлям і породіллям з метою ППМД є обстеження вагітних на ВІЛ, проведення медикаментозної профілактики (МП) ВІЛ у новонароджених, застосування сучасних акушерських технологій та виключення грудного вигодовування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

У 1999–2011 рр., за даними Центру медичної статистики МОЗ України, кількість виявлених ВІЛ-інфікованих вагітних при плановому обстеженні збільшилась на 82,6%, $p \leq 0,05$ (1999 р. – 602, 2011 р. – 3 467) [2–5].

Обстеження вагітних на ВІЛ протягом останніх років утримувалося на достатньо високому рівні (85–99%). За 1999–2011 рр. рівень обстеження вагітних на ВІЛ зріс на 47,6%, $p \leq 0,05$ (1999 р. – 52,0%, 2011 р. – 99,2%), (рис. 5).

Одним із основних профілактичних заходів перинатальної ВІЛ-інфекції є МП. У 2009 р. кількість пологів у ВІЛ-інфікованих жінок становила 3 741. Динаміка рівня МП в Україні за період 1999–2009 рр. наведена на рис. 6 (за 2010 і 2011 рр. немає даних моніторингу щодо МП) [2–5].

Питома вага випадків пологів у ВІЛ-інфікованих жінок, яким проведено МП, за період 1999–2009 рр. збільшилась на 90,5%, $p \leq 0,05$ (1999 р. – 9,0%, 2009 р. – 95,0%). Із кількості жінок, яким проведено МП, 6,8% становлять ті, яким проведено екстрену МП у пологах. Не отримали АРВ-профілактику 5% ВІЛ-інфікованих вагітних [2–5].

Серед дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками у 2009 р., частка малюків, які отримали АРВ-профілактику, дорівнювала 98,4%. Важливим етапом ППМД є виключення грудного вигодовуван-

ня у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, і заміна його адаптованими молочними сумішами. У 2009 р. 99,5% знаходилися на штучному вигодовуванні [11;25].

Позитивна динаміка основних складових ППМД сприяла зниженню ЧПМД. За період впровадження програми ППМД в Україні з 2001 р. вдалося майже в 6 разів знизити показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини – з 27,8% у 2001 р. до 4,7% у 2009 р. (рис. 7) [4].

За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІД, в Україні кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, за 1999–2011 рр. збільшилась у 7,4 разу (1999 р. – 545 дітей, у 2011 р. – 4 010), $p \leq 0,01$. На тлі зниження рівня внутрішньої трансмісії ВІЛ-інфекції, щорічно народжується в середньому 150–200 дітей з перинатальною ВІЛ-інфекцією, що вказує на невирішеність проблеми ППМД, складовою якої є народження здорової дитини у дискордантної пари [4].

Проблеми реалізації репродуктивного права дискордантної пари в Україні

На міжнародному рівні питання «репродуктивного права» обговорювалося на Четвертій всесвітній конференції зі становища жінок (Пекін, 1995), де була прийнята «Програма дій міжнародної конференції з народонаселення та розвитку». Це мало велике значення для багатьох країн, оскільки в цій програмі вперше подано визначення репродуктивних прав, а також висвітлено цілі й завдання політики в області народонаселення. Як зазначено у програмі, репродуктивні права ґрунтуються на визнанні основного права всіх подружніх пар і окремих осіб вільно приймати відповідальне рішення щодо кількості дітей, інтервалів між їх народженням і часом їх народження. Сюди входить право приймати відповідальні рішення щодо відтворення потомства без будь-якої дискримінації, примусу і насильства.

Таким чином, репродуктивні права передбачають право людини: мати дітей; тимчасово уникати дітонародження; взагалі від нього відмовлятися. Репродуктивні права також пов'язані з реалізацією різних аспектів продовження роду (дітонародження), а саме з прийняттям рішення про зачаття дитини, з визначенням кількості дітей, інтервалів між їх народженням. Через репродуктивні права безпосередньо реалізується конституційне право на життя. Зміст репродуктивних прав включає, по-перше, конституційний захист репродуктивних можливостей, по-друге, сприяння реалізації останніх з боку держави. Захист репродуктивних можливостей має на увазі конституційний обов'язок держави реалізовувати всю сукупність заходів економічного, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-епідеміологічного

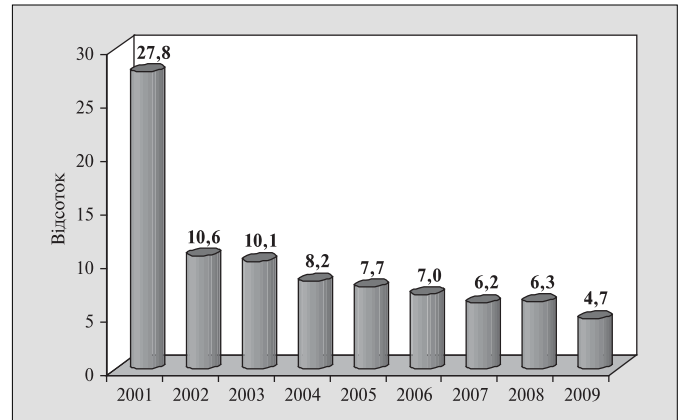


Рис. 7. Рівень вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції у 2001–2009 рр. (%)

характеру, спрямованих на збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я кожної людини [1;15].

У міжнародному праві питання репродуктивних прав посіли далеко не останнє місце. До міжнародних актів, які регулюють ці права, належать, наприклад, Декларація з народонаселення (1966), де право на планування сім'ї розглядається як одне з основних. У 1979 р. в Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок встановлено права жінок і чоловіків вільно приймати рішення про кількість дітей і проміжки між їх народженням, а також право на інформацію, освіту і засоби, що забезпечують їм можливість користуватися такими правами. У Рекомендаціях для подальшого здійснення «Всесвітнього плану дій в області народонаселення» (Мехіко, 1984) урядам запропоновано підтримувати планування сім'ї в рамках програм охорони матері і дитини. Амстердамська декларація, прийнята представниками 79 країн на міжнародному форумі «Народонаселення в ХХІ столітті» (1989), до числа основних принципів діяльності в області народонаселення включила підвищення якості та ефективності державних і приватних програм планування сім'ї. У Віденській декларації, прийнятій у 1993 р. на Всесвітній конференції з прав людини, підтверджено основні репродуктивні права, і на базі принципу рівності між жінками та чоловіками заявлено про право жінок на доступну і адекватну охорону здоров'я, а також на широке коло послуг у галузі планування сім'ї. Далі концепцію репродуктивних прав розширено в ході Міжнародної конференції з народонаселення і розвитку (Каїр, 1994) [6;7;12].

Репродуктивне право для дискордантних пар у звичайних умовах без шкоди для здоров'я партнера та дитини не може реалізуватися, оскільки вірогідність передачі ВІЛ при кожному незахищеному гетеросексуальному статевому акті становить 1/1000 (від чоловіка до жінки) або менше 1/1000 (від жінки до чоловіка). Вірогідність передачі ВІЛ у декілька разів підвищується на тлі високого вірусного навантаження або за наявності інших інфекцій, що передаються статевим шляхом. Тим біль-

ше, що вірусне навантаження в спермі або виділеннях статевих шляхів не завжди пропорційне вірусному навантаженню в плазмі крові, і ВІЛ може знаходитися в спермі навіть у випадках, коли вірусне навантаження у плазмі крові нижче за визначений рівень. Тобто незахищені гетеросексуальні стосунки є небезпечними навіть за відсутності вірусного навантаження. Обов'язкове використання презервативів знижує ризик передачі ВІЛ у гетеросексуальних парах на 85% [12;14].

Для реалізації репродуктивного права дискордантних парам необхідна медична допомога з метою захисту від ВІЛ-інфекції партнера через застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [15].

ДРТ – це методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до переносу їх у матку реципієнтки здійснюються в умовах *in vitro* [17].

У результаті досягнень в АРВ-терапії ВІЛ-позитивні дискордантні пари отримали довгоочікувану можливість реалізувати власні репродуктивні плани. Сучасні наукові досягнення дають змогу не лише мінімізувати можливість зараження партнера, але й значно знизити ризик народження ВІЛ-інфікованої дитини. Тому репродуктивні технології для ВІЛ-інфікованих майбутніх батьків активно застосовуються у багатьох країнах світу, де це врегульовано на законодавчому рівні. Право на ДРТ є одним зі складових загального поняття репродуктивних прав [24].

Питання застосування ДРТ в Україні регламентуються наказами МОЗ України від 23.12.2008 р. № 771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» (zareєстровано в Міністерстві юстиції 20.03.2009 р. за № 263/16279) та від 29.11.2004 р. № 579 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти» (zareєстровано в Міністерстві юстиції від 15.02.2005 р. за № 224/10504) [17].

Наказом МОЗ України від 23.12.2008 р. № 771 визначені порядок та умови застосування методик ДРТ в Україні. У пункті 15 цього наказу визначені протипоказання до застосування ДРТ, посилаючись на наказ від 29.11.2004 р. № 579, яким регламентований порядок направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами ДРТ за абсолютними показаннями бюджетним коштом. Цим наказом затверджені протипоказання до застосування ДРТ, серед яких – ВІЛ-інфекція незалежно від рівня та стадії хвороби. Тобто, за вітчизняним законодавством, дискордантні пари не мають змоги реалізувати своє репродуктивне право [17].

В Україні ДРТ почали застосовуватися з 1987 р. На сьогодні ДРТ використовуються у близько 20 закладів

охорони здоров'я, які концентруються здебільшого у великих містах і є приватної форми власності. Частка державних центрів становить лише 11,0%, у структурі виконаних циклів ДРТ вона посіла 11,4%. Вартість одного циклу ДРТ включає прямі затрати на лікувальний цикл (витратні матеріали та реактиви), медикаменти, амортизацію обладнання, непрямі витрати. У Державній програмі «Репродуктивне здоров'я нації» до 2015 року передбачене фінансування (з державного бюджету) 600 циклів на рік (медикаменти та витратні матеріали), які проводяться лише у 2 медичних закладах державної форми власності певними показаннями, визначеними наказом від 29.11.2004 р. № 579. Надання медичної допомоги методами ДРТ ВІЛ-інфікованим пацієнтам, один з яких є партнером дискордантної пари, цим наказом не передбачено [9;15].

У зв'язку з відсутністю статистичних даних про надання медичної допомоги дискордантним парам нами використаний інтернетний ресурс щодо вивчення рівня доступності послуг з питань ДРТ для дискордантних пар.

Так, за даними громадської організації Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), яка є основним реципієнтом коштів Гранту глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні, за 2011 р. до них звернулося за медичною допомогою понад 500 дискордантних пар, які бажають мати дітей. За цією інформацією ЛЖВ зверталися і до державних, і до приватних центрів репродуктології з пропозиціями про співпрацю у питанні забезпечення репродуктивних прав дискордантних пар. Проте ці установи відмовилися від участі у проекті. За такого підходу у дискордантній парі може народитися не тільки здорова дитина, а й зберегтися здоров'я іншого партнера, що є важливим для подальшого життя і виховання дитини. Проблеми із зачаттям у дискордантній парі пов'язані також з тим, що за умови передачі вірусу ВІЛ-негативній жінці, з'являється ризик передачі ВІЛ майбутній дитині.

Внаслідок неможливості використати технології ДРТ численні дискордантні пари намагаються зачати дитину під час небезпечного тобто незахищеного статевого акту, діючи на свій страх і ризик [19–22].

В іншому варіанті – значне число подружніх пар, у яких ВІЛ-інфікований чоловік, звертаються за медичною допомогою до Польщі, де давно діє центр з очищення сперми від ВІЛ-інфекції. Вартість цих послуг дуже висока. Це ще раз вказує на необхідність удосконалення вітчизняного законодавства з метою підвищення доступності методик ДРТ населенню [19–22].

Наступною проблемою недосконалості вітчизняного законодавства стосовно застосування ДРТ для пацієнтів із дискордантних пар є наведена у наказі № 771 дефініція, що ДРТ – це методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними кліти-

нами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до переносу їх у матку реципієнтки здійснюються в умовах *in vitro*. Така дефініція є неповною, оскільки потреба у ДРТ виникає не лише у разі безпліддя. У випадках дискордантних подружніх пар, коли один із подружжя є ВІЛ-інфікованим, інший – ВІЛ-негативним, вони не страждають безпліддям. Проте, щоб застерегти від інфікування статевого партнера, такі подружні пари використовують бар'єрні засоби контрацепції, що унеможливує запліднення природним шляхом без ризику ВІЛ-інфікування партнера та народження інфікованої дитини [17].

Важливим питанням щодо дискордантних пар є дискримінація з боку служб репродуктивного здоров'я. Не тільки в Україні, але й у більшості країн світу, дискордантним парам відмовляють у подібному виді медичної допомоги, пов'язаному з лікуванням безплідності або ДРТ. Також немає прогресу в нових розробках зниження ризику при зачатті для таких пар [15].

Отже, в Україні медичні послуги щодо ДРТ дискордантним парам недостатньо розвинені за соціально-економічних причини, недосконалої нормативно-правової бази, відсутності наукового обґрунтування проблеми, дискримінації в суспільстві щодо ВІЛ-інфікованих осіб і недостатньої підготовки спеціалістів.

Висновки

Таким чином, високі темпи поширення ВІЛ-інфекції в Україні впливають на збільшення кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів у дискордантних парах, зростання числа ВІЛ-інфікованих вагітних. Відсутність унормованих можливостей застосування ДРТ, підготовлених спеціалістів і спеціальних закладів охорони здоров'я унеможливають реалізацію репродуктивного права пацієнтів з дискордантних пар.

Перспективи досліджень спрямовані на подальше вивчення проблем, з якими стикаються дискордантні пари в умовах високих темпів поширення ВІЛ-інфекції. Оскільки численні психологічні проблеми, які виникають у звичайних пар, різко загострюються у дискордантних парах, навіть якщо обидва партнери при створенні сім'ї інформовані про ВІЛ-позитивний статус одного з них. Одна з головних психологічних проблем, які заважають ефективному спілкуванню в такій парі, – страх втратити кохану людину. Це потребує вирішення зазначеної проблеми комплексним підходом. Психологічної підтримки потребують питання: перспективи спільного майбутнього, вирішення питання щодо зачаття дитини, загроза кримінальної відповідальності ВІЛ-позитивного партнера, відносини з зовнішнім світом.

Список літератури

1. Буроменський В. М. Репродуктивні права та механізми їх реалізації у ВІЛ-позитивних жінок в Україні / В. М. Буроменський, Н. М. Нізова, В. М. Рудий. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 144 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюлетень № 29 / МОЗ України. – К., 2008. – 45 с.
3. ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюлетень № 34 / МОЗ України. – К., 2010. – 37 с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюлетень № 37 / МОЗ України. – К., 2012. – 82 с.
5. ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюлетень № 25 / МОЗ України. – К., 2006. – 31 с.
6. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / за ред. проф. Н. Г. Гойди. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 128 с.
7. Доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства / О. М. Балакірева, Енн Екман, О. Г. Левцун [та ін.]. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 112 с.
8. Жилка Н. Я. Законодавчо-нормативне забезпечення охорони здоров'я ВІЛ-інфікованих жінок та охорони здоров'я народжених ними дітей (аналітичний огляд) / Н. Я. Жилка, Г. О. Слабкий, О. В. Юрченко // Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. праць Укр. військ.-мед. академії. – К., 2006. – Вип. 16. – С. 651–660.
9. Жилка Н. Я. Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного здоров'я / Н. Я. Жилка. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 96 с.
10. Запорожан В. М. ВІЛ-інфекція і СНІД / В. М. Запорожан, Н. Л. Аряєв. – 2-е вид., перероб. і доп. – К.: Здоров'я, 2004. – 634 с.
11. Заявка України до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (ГСФТМ), подана в рамках 6-го раунду конкурсу. – К., 2006. – 47 с.
12. Здоров'я, населення і розвиток. Позиція ВОЗ: Міжнарод. конф. по народонаселенню і розвитку; Каир, 1994 г. – Женева, 2000. – 55 с.
13. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: Виконавче резюме та ключові рекомендації. – К., 2009. – Січень.
14. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. / МОЗ України, Нац. координаційна рада з питань ВІЛ/СНІДу, ЮНЕЙДС. – К., 2006. – 39 с.

15. Нізова Н. Медична допомога і соціальний супровід дискордантних пар : методичні рекомендації / Н. Нізова, Н. Й. Сало, О. П. Яцура. – К., 2009. – 107 с.
16. *Нормативно-правове* врегулювання реалізації репродуктивних прав осіб та сімейних пар, уражених епідемією ВІЛ-інфекції : аналіт. довідник / за ред. проф. Н. М. Нізової. – К. : Інжиніринг, 2010. – 128 с.
17. *Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій*: наказ МОЗ України № 771 від 23.12.2008 – К., 2008. – 181 с.
18. *Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей № 740/1030/4154/321/614а*: наказ МОЗ України, МОН України, Мінсім'ї, молоді та спорту, Держ. деп. України з питань виконання покарань та Мінпраці та соціальної політики України від 23.11.2007 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
19. *Режим доступу*: <http://rionews.com.ua/newspaper/socio/now/n11202154314>.
20. *Режим доступу*: <http://www.poltava.pl.ua/news/16209>.
21. *Режим доступу*: <http://www.socium.kiev.ua>.
22. *Режим доступу*: <http://zakarpattya.net.ua>.
23. Слабкий Г. О. Моніторинг профілактики передачі ВІЛ ід матері до дитини (у таблицях, картограмах і графіках) / Г. О. Слабкий, Н. Я. Жилка ; ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України». – К., 2009. – 21 с.
24. *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents* HIV/AIDS Learning Library, January 21, 2011. – 229 p.
25. *Thorne C. Prevention of HIV infection in infants. Documenting and learning and the Ukraine experience* / C. Thorne, M. Newell, N. Zhyhka. – К., 2007. – 100 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.04.2012 р.

Проблемы дискордантных пар в среде высоких темпов распространения ВИЧ-инфекции

Н.Я. Жилка, Н.В. Чепурнова (Киев, Черновцы)

Представлены особенности распространения ВИЧ-инфекции в Украине. Освещены проблемы реализации репродуктивного права дискордантной пары в таких условиях.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, распространенность, дискордантные пары.

The problems of discordant couples in conditions of highest rates of HIV-infection prevalence

N.Ya. Zhyhka, N.V. Chepurnova (Kyiv, Chernivtsi)

The features of HIV-infection prevalence in Ukraine have been presented. Problems of realization of the reproductive right of discordant couples in such conditions are covered.

Key words: HIV-infection, prevalence, discordant couples.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.П. Квашенко.