

## Досвід і перспективи програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

*Представлено актуальність функціонування програм діагностики та лікування ІПСШ серед представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні. Проаналізовано світовий досвід оцінки ефективності таких програм та досвід України роботи в даному напрямі. Висвітлено результати оцінки сучасного стану роботи таких програм у країні та визначено основні проблеми ефективного функціонування аналогічних програм у майбутньому. Аргументовано необхідність широкого залучення дерматовенерологічної служби до надання послуг у програмах діагностики та лікування ІПСШ серед представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ з метою суттєвого впливу на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.*

**Ключові слова:** програми діагностики і лікування ІПСШ, групи підвищеного ризику, ВІЛ/СНІД.

### Актуальність

Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 до 2007 року включно був парентеральний, переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 році вперше відбулася зміна шляхів передачі – частка статевих шляхів передачі стала вище парентерального [1]. У 2009–2011 роках продовжувалося зростання частки осіб, які були інфіковані ВІЛ статевим шляхом та зменшення частки парентерального шляху передачі вірусу, тобто внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом [2].

### Роль представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ у розвитку епідемії ВІЛ в Україні

В Україні констатується концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу [22], яка, за визначенням ВООЗ та ЮНЕЙДС, характеризується стрімким поширенням ВІЛ-інфекції в групах підвищеного ризику інфікування ВІЛ [13]. Дані групи продовжують залишатись основним джерелом поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення.

Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ – це групи населення, яким з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їх оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ [25]. Перелік груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні на національному рівні досить широкий. Зокрема, в діючій Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, в розділі «Основні завдання програми» до груп ризику віднесено «представників груп ризику» (споживачів ін'єкційних наркотиків; осіб, які утримуються в установах виконання покарань; звільнених від відбування покарань; осіб, які займаються проституцією; мігрантів; безпритульних та бездомних громадян, передусім дітей, в тому числі із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах,

тощо) [26]. В той же час в завданнях і заходах з виконання даної Загальнодержавної програми згадуються лише окремі з перерахованих уразливих груп населення: споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), жінки секс-бізнесу (ЖСБ), чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ) та ув'язнені [26].

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається сконцентрованою в даних групах найвищого ризику, включаючи, передусім, СІН. Результати спостережень свідчать, що нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом тісно пов'язана з небезпечною сексуальною поведінкою СІН та їхніх статевих партнерів [20]. Ще одна група, яка має підвищений ризик інфікування ВІЛ, – це чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ). З 2005 по 2011 роки в країні щорічно офіційно реєструється все більша кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи: 20, 35, 48, 65, 94, 90, 143 [2]. Спираючись на результати епіднагляду за ВІЛ другого покоління в даній групі населення, можна припустити, що на сьогодні існує суттєве недо врахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних з сексуальними стосунками серед чоловіків [21].

Україна не реєструє випадків ВІЛ-інфекції серед працівників комерційного сексу (ПКС). Однак, дані дозорного епіднагляду вказують на широку і зростаючу епідемію серед цієї популяції [19].

Офіційних даних щодо захворюваності або поширеності ІПСШ в середовищі представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні немає. В той же час дослідження вітчизняних науковців дають підстави стверджувати, що поширеність ІПСШ серед основних груп підвищеного ризику значно переважає показники серед загального населення. Так, якщо серед загального населення ІПСШ у 2010 році виявлені у 0,41% населення (189 908 випадків) при кількості населення України 46 млн., то серед груп підвищеного ризику – у 2,86% представників (5 448 випадків) при фактичній чисельності груп 247 077 (дані МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010 р.) [12]. Найбільш

поширеними із ППСШ в групах підвищеного ризику в Україні є трихоманоз та сифіліс [1].

### **Роль ППСШ у підвищенні імовірності передачі ВІЛ статевим шляхом**

В умовах переважання статевого шляху передачі ВІЛ, епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та ППСШ є нерозривно зв'язаними між собою і потенціюють одна одну. Чисельними дослідженнями доведено, що різні ППСШ сприяють інфікуванню вірусом імунодефіциту людини [30, 34, 38, 42]. Наявність запальних або виразкових явищ, які виникають при наявності ППСШ, підвищує ризик інфікування ВІЛ під час статевого контакту без використання презервативу між інфікованим та неінфікованим партнером. Зокрема, передачі ВІЛ сприяють сифіліс, генітальний герпес, гонорея, хламідіоз, трихоманоз, кандидоз, мікоплазмоз та інші венеричні інфекції. Ерозії та виразки, запалення, ушкодження тканин, зумовлені ППСШ, знижують рівень захисту організму від зараження ВІЛ. Окрім того, вони спричиняють масову міграцію в слизові оболонки макрофагів і лімфоцитів, які, з одного боку, є джерелом ВІЛ, а з іншого – клітинами-мішенями в разі зараження цим вірусом [10]. Імовірність інфікування зростає при наявності ерозивно-виразкових проявів на статевих органах. Так, генітальний герпес може бути причиною зростання частки нових випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом популяції [31, 47], а терапія інфекцій, викликаних вірусом простого герпесу типу 2 скорочує рівень передачі ВІЛ статевим шляхом. По оцінкам спеціалістів виразкові ураження статевих органів або їх наявність в анамнезі підвищує ризик передачі ВІЛ при одноразовому статевому контакті без засобів захисту у 50–300 разів [37].

Пацієнти, які звертаються в лікувально-профілактичні заклади за медичною допомогою з приводу ППСШ, можуть одночасно мати і первинну ВІЛ-інфекцію з високою концентрацією вірусу. Ці пацієнти особливо небезпечні як джерела статевого інфікування ВІЛ. Так, за результатами дослідження в Малаві виявлено, що у ВІЛ-позитивних чоловіків з гонококовим уретритом концентрація ВІЛ в спермі була у 6 разів вище, ніж у ВІЛ-позитивних чоловіків без явищ уретриту. Після лікування гонококової інфекції концентрація ВІЛ в спермі знизилася до показників ВІЛ-позитивних чоловіків без уретриту [41]. Як показало дослідження проведене в США, в якому прийняло участь 52 ВІЛ-інфікованих чоловіків з первинним та вторинним сифілісом, 58% із яких отримували антиретровірусну терапію, сифілісу притаманне значне підвищення вірусного навантаження ВІЛ та значне зниження рівню лімфоцитів CD4+. Після лікування сифілісу стан імунної системи пацієнтів відновився до рівня, який був до зараження сифілісом та рівень концентрації вірусу в крові різко знизився [45]. Отже, лікування сифілісу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів значно знижує імовірність передачі ВІЛ за рахунок значного зниження вірусного навантаження ВІЛ у крові.

### **Програми діагностики та лікування ППСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ: світовий досвід**

ВООЗ вважає, що попередження та лікування інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом, дозволяє знизити ризик передачі ВІЛ статевим шляхом, особливо серед представників груп населення, які з більшим ступенем імовірності мають багато чисельних статевих партнерів, наприклад робітники секс-індустрії та їх клієнти [4].

На думку іноземних науковців, покращення системи надання послуг з діагностики та лікування пацієнтам з ППСШ є одним з науково підтверджених способів зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення в цілому [33, 39, 40]. Цієї ж думки притримуються і вітчизняні вчені [7, 9, 11]. В той же час, концентрація уваги на окремих групах населення, які характеризуються більш високою імовірністю передачі ВІЛ/ППСШ, дозволяє досягти більшої економічної ефективності впровадження програм діагностики і лікування ППСШ як методу профілактики статевого інфікування ВІЛ [32]. Математичні моделі підкреслюють важливість надання послуг лікування ППСШ саме тим категоріям осіб, які найбільш імовірно передають інфекцію. Це дасть максимальну ефективність впливу на рівні загального населення [35].

Доцільність впровадження програм надання послуг з діагностики та лікування ППСШ представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ зумовлено і більш високою поширеністю ППСШ в даних групах в порівнянні з загальним населенням. Так, дослідження поширеності ППСШ серед 1245 СІН (чоловіків і жінок) показали, що більше однієї третини чоловіків СІН та більше половини жінок СІН повідомили принаймні про одне ППСШ в своєму житті [43]. Когортне дослідження поширеності ППСШ в середовищі СІН (травень 1996 по листопад 2003 року, 1560 осіб) у Ванкувері (Британська Колумбія) показало, що поширеність ППСШ склала 8,2% для чоловіків і 15,9% для жінок. Різниця поширеності ППСШ між чоловіками СІН та жінками СІН пов'язана з практиками надання сексуальних послуг за плату: поширеність ППСШ склала 8,0% для споживачів ін'єкційних наркотиків, які не повідомляють про участь у секс-бізнесі і 19,8% для СІН, які повідомили про участь у секс-бізнесі [46]. Високі рівні захворюваності на ППСШ реєструються в світі і в середовищі ЧСЧ. Так, в США у 2010 році було проведено дослідження поширеності гонореї та уrogenітального хламідіозу серед ЧСЧ в групі міст на різних сайтах (18 462 ЧСЧ обстежено на наявність гонореї та 17 915 на хламідіоз). Середній показник поширеності по сайтах гонореї склав 15,5% (діапазон по сайтах: 9,4–25,8%), по хламідіозу – 13,0% (діапазон по сайтах: 7,5–19,2%) [44].

Впровадження програм діагностики та лікування ППСШ уже показало себе як ефективний інструмент впливу на епідемію ВІЛ-інфекції. Так, як показало рандомізоване контрольоване дослідження, проведене

в Об'єднаній Республіці Танзанія, покращення ведення хворих з клінічно вираженими ІПСШ з використанням синдромного підходу в закладах первинної медичної допомоги знизило захворюваність на ВІЛ на 38% [39]. Доведена ефективність програм в зниженні показників захворюваності на ІПСШ серед РКС в Сенегалі, ПАР, Уганді та інших країнах Африки [29].

Досвід впровадження програм надання послуг діагностики та лікування ІПСШ є і в країнах бувшого СРСР. Так, компоненти діагностики та лікування ІПСШ у представників окремих груп підвищеного ризику реалізовувались в РФ («Проект лечения и ведения ИППП и ВИЧ/СПИД в Рязанской области») – вдалось знизити захворюваність на 17,1% [24], Киргизстані («Проект ЗдравПлюс» при підтримці USAID, 2004) [3], Грузії («Проект профілактики ИППП» при підтримці USAID, 2002–2007 роки).

Але, всі вище перераховані програми в країнах Східної Європи та Центральної Азії носять тимчасовий характер і охоплюють лише окремі, вибрані групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ. В той же час, ВОЗ рекомендує розширити послуги з профілактики ІПСШ та надання медичної допомоги з приводу ІПСШ представникам груп підвищеного ризику [4]. Вони повинні включати наступний комплекс заходів охорони громадського здоров'я:

- пропаганду більш безпечної щодо інфікування ВІЛ/ІПСШ статевої поведінки;
- сприяння ранньому зверненню за медичною допомогою;
- комплексний підхід до ведення пацієнтів (кейс-менеджмент), який включає:
  - виявлення синдрому інфекції, що передається переважно статевим шляхом;
  - призначення відповідної антибактеріальної терапії синдрому;
  - консультування з питань попередження або зниження ризику ІПСШ;
  - сприяння правильному і систематичному застосуванню презервативів;
  - інформування про ІПСШ статевих партнерів.
- включення програм профілактики, діагностики та лікування ІПСШ в усі програми первинної медико-санітарної допомоги та програми в галузі репродуктивного здоров'я та протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Успішна реалізація економічно ефективних інтегрованих програм боротьби з ІПСШ та ВІЛ-інфекцією документально підтверджено в низці країн. Допомога в основному надається одними і тими ж провайдерами медичних послуг [4].

***Досвід України у впровадженні програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ***

Системне впровадження програм надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ в Україні розпочато у 2008 році. Впровадження даних програм відбувається на виконання заходів Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та

підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» в частині розширення доступу представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ до діагностики і лікування ІПСШ [26]. Діагностика та лікування ІПСШ у представників уразливих груп є складовою заявки 6 раунду Глобального Фонду (ГФ) та компонентом Програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування та догляду для найуразливіших верств населення в Україні», що реалізується на всій території України за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», який є одним з основних реципієнтів Гранту ГФ в співпраці з МОЗ України, Державною службою України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, ДУ «Український центр профілактики та боротьби із СНІДом МОЗ України», науковими установами України (Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, ДУ «Науково-дослідний інститут дерматології та венерології АМН України»), Бюро ВООЗ в Україні, ЮНЕЙДС та іншими партнерами на національному рівні.

У загальному (схематично) система структурної взаємодії партнерських організацій національного та регіонального рівнів у період реалізацією Україною 6 раунду гранту Глобального Фонду представлено на рисунку 1.

Як представлено на рис. 1, загалом на національному рівні у вказаний період було сформовано три вертикалі управління програмами діагностики та лікування ІПСШ серед представників уразливих груп населення як методу профілактики поширення ВІЛ. Так, основним реципієнтом коштів гранту ГФ за даним напрямком виступила неурядова організація національного рівня МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Реалізацію заходів, які направлені на виконання програмних індикаторів даного розділу Гранту ГФ покладено на партнерські регіональні неурядові організації (НУО), які виступили субреципієнтами гранту. Зі сторони держави основними виконавцями програми стали Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, яка через ДУ «Український центр профілактики та боротьби із СНІДом МОЗ України» залучила до виконання заходів програми регіональні центри профілактики та боротьби із СНІДом (РЦС), окремі заклади охорони здоров'я загальної мережі (ЗОЗ) та шкірно-венерологічні диспансери (кабінети) (ШВД). Договори щодо співпраці, комунікація та обмін інформацією в основному реалізовувалися на регіональному рівні в межах територіальних кластерів.

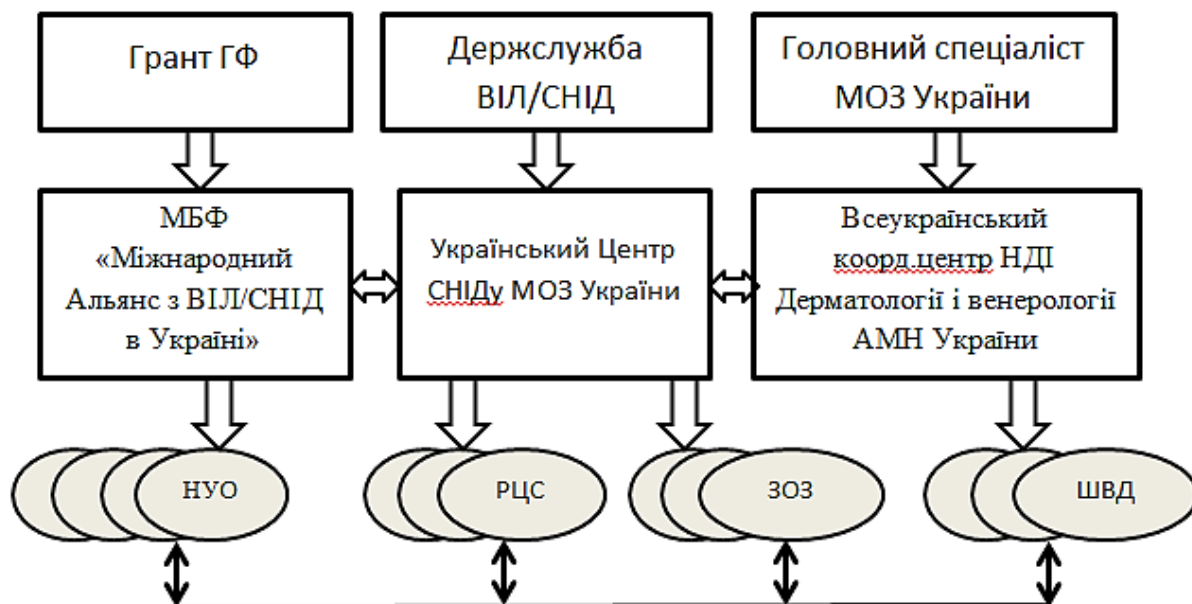
У межах територіального кластеру на регіональному рівні в процесі надання послуг безпосередньо представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ співпрацюють НУО, які забезпечують вихід на представників цільової групи клієнтів програми та психосоціальний супровід пацієнтів в процесі отримання ними послуг з діагностики та лікування ІПСШ та заклади охорони здоров'я (шкірно-венерологічні

диспансери (кабінети), регіональні центри профілактики та боротьби із СНІДом, лікувально-профілактичні заклади загальної медичної мережі), які власне і надають послуги діагностики і лікування ІПСШ представникам цільових груп населення.

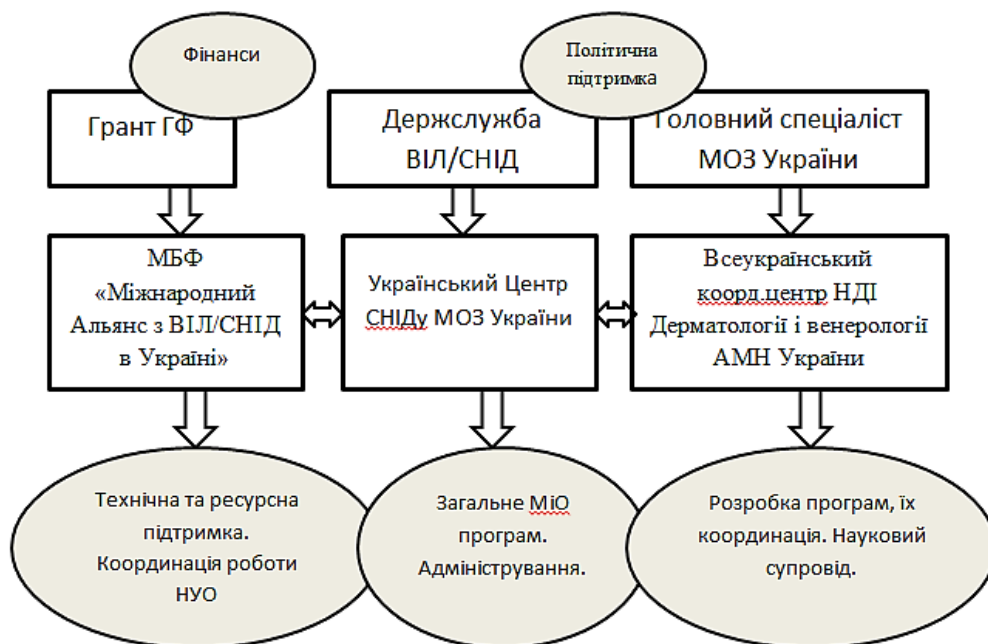
Так, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» було укладено угоди з НУО по всій Україні про проведення діяльності у сфері діагностики та лікування ІПСШ. Кожна НУО обов'язково має угоду з ЗОЗ

та безпосередньо з відповідальним лікарем, що безпосередньо надає послуги клієнтам програм [6].

Кожний з партнерів реалізації програм в Україні виконували свої функції для максимально ефективної взаємодії. Більшість національних і міжнародних агенцій виконують дорадчі завдання і загальну координуючу роль. Функції основних партнерів на національному рівні представлено на рисунку 2.



**Рис. 1.** Структурна взаємодія партнерських організацій на національному та регіональному рівні в реалізації програм діагностики і лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику



**Рис. 2.** Функціональна (основні функції) взаємодія партнерських організацій на національному рівні в реалізації програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику

На рисунку 2 відображено лише основні функції кожного з національних партнерів. Так, зокрема МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» проводить таку діяльність за даним напрямом [6]:

1. Профілактика розповсюдження ІПСШ у представників уразливих груп;
2. Закупівля та постачання швидких тестів для проведення скринінг-тестування на ІПСШ представників уразливих груп;
3. Закупівля та постачання препаратів для проведення курсів лікування ІПСШ у представників уразливих груп;
4. Проведення скринінг-тестування (сифіліс, хламідіоз, гонорея) та консультування на ІПСШ представників уразливих груп;
5. Методологічний супровід проведення діагностики та лікування ІПСШ у представників уразливих груп;
6. Організація взаємодії між НУО та лікувальними установами, створення системи цільової переадресації;
7. Організація проведення лікування та консультування на ІПСШ представників уразливих груп у медичних закладах;
8. Проведення навчання медичних працівників та представників НУО з питань діагностики та лікування ІПСШ у представників уразливих груп і специфічності роботи з ними;
9. Впровадження світового досвіду в сфері проведення діагностики та лікування ІПСШ у представників уразливих груп в практику української дерматовенерологічної служби.

Отже, неурядовий сектор забезпечив за кошти гранту основну фінансову підтримку роботи програм в Україні. Зокрема, забезпечення діагностикумами, препаратами для лікування ІПСШ, фінансова підтримка роботи неурядових партнерських організацій, формування комунікації забезпечувалося за кошти зовнішньої фінансової підтримки програми.

Аналогічно, більш широкими є функції і, наприклад, «Всеукраїнського координаційного центру з питань проведення скринінг-тестування та лікування ІПСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення» на базі Інституту дерматології та венерології АМН України [5]:

1. Методологічний супровід процесу діагностики з застосуванням швидких тестів серед представників вразливих до ВІЛ груп населення в Україні;
2. Методологічний супровід процесу лікування ІПСШ серед представників вразливих до ВІЛ груп населення в Україні;
3. Дослідження поширеності ІПСШ серед уразливих груп в Україні;
4. Моніторинг результатів скринінг-тестування та лікування ІПСШ за розробленими методиками;
5. Розробка та впровадження навчальних програм з питань скринінг-тестування та лікування ІПСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення.

Державний сектор взяв на себе в основному компонент політичної підтримки роботи програм як на національному, так і регіональному рівні та нормативно-правове забезпечення їх роботи. Функцію загального моніторингу та оцінки (МіО) ефективності програми також взяли на себе державні структури.

На регіональному рівні партнерські організації задіяні вже в процесі безпосереднього надання медичних (діагностика, лікування ІПСШ) та немедичних послуг (консультування, психосоціальний супровід клієнта) в системі кейс-менеджменту випадку ІПСШ у клієнта. В процесі структурної взаємодії партнерів в програмах діагностики і лікування ІПСШ на регіональному рівні задіяні щонайменше три учасники: ЗОЗ (шкірно-венерологічний диспансер, регіональний центр СНІДу, ЗОЗ загальнолікувальної мережі), НУО (неурядова організація, яка має безпосередній вихід на представників груп підвищеного ризику) та безпосередньо представники цільової групи програми (клієнти-представники груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ) (рис. 3).

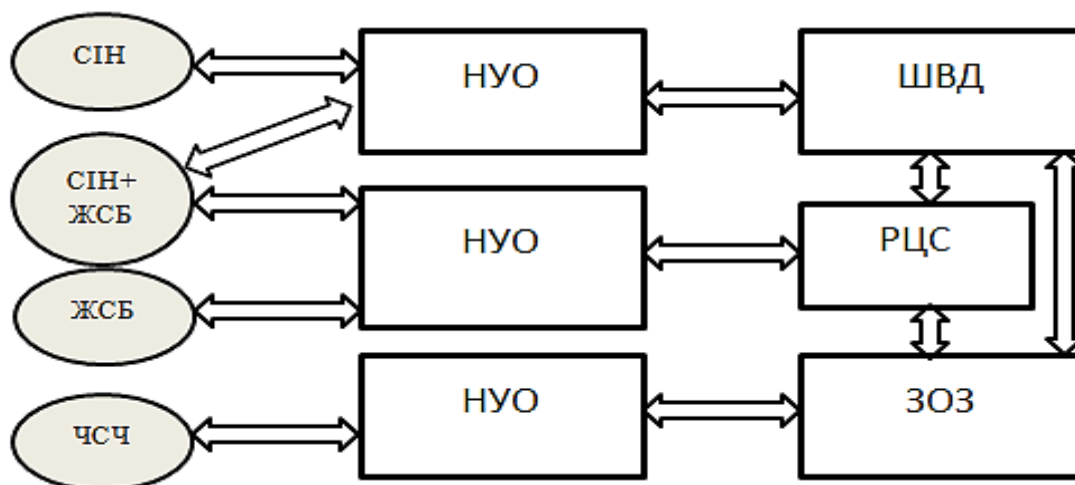


Рис. 3. Структурна взаємодія партнерів на регіональному рівні в реалізації програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику

Як представлено на рис. 3, неурядові організації (НУО) виступають посередниками між представниками груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (СІН, ЖСБ, ЧСЧ) та лікувально-профілактичними закладами (ШВД, регіональні центри СНІДу, заклади загальної медичної мережі), які безпосередньо надають медичні послуги клієнтам програм. Така структурна взаємодія обумовлена розподілом функцій, які виконує кожний з учасників програми (в конкретному випадку – кейс-менеджменту випадку ПСШ у клієнта програми). Функції партнерів на регіональному рівні доповнюють одна одну з метою отримання максимального ефекту впровадження програми. Так, НУО в основному в рамках виконання програми забезпечують:

- вихід на представників цільової групи і залучення їх до програми;
- вироблення прихильності у клієнтів програми до отримання послуг діагностики та лікування;
- перенаправлення та супровід в партнерські ЗОЗ;
- психосоціальний супровід у період участі в програмі;

Партнерські заклади охорони здоров'я виконують свої функції:

- медичне консультування;
- діагностика та лікування виявлених ПСШ
- профілактика повторного зараження (консультування щодо питань безпечної сексуальної поведінки, вакцинація від вірусного гепатиту В, інше).

Це лише основні функції партнерів програм діагностики та лікування ПСШ у представників груп підвищеного ризику на регіональному рівні. Більш докладно функціонально обов'язки визначено в угодах про проведення сумісної діяльності у сфері діагностики та лікування ПСШ між ЗОЗ та партнерськими НУО, які укладаються для виконання програм в обов'язковому порядку [6].

Основні цільові групи Програми в Україні є стандартними для усіх регіонів країни: ЖСБ (жінки секс-бізнесу), СІН (споживачі ін'єкційних наркотиків), ЧСЧ (чоловіки, які мають секс з чоловіками). Хоча, згідно Рекомендацій ВООЗ/ЮНЕЙДС щодо організації епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією як дієвого інструменту протидії розвитку епідемії, є необхідність визначення регіональних груп підвищеного ризику, які можуть відігравати значну роль в поширенні ВІЛ-інфекції на окремих територіях країни [36]. На це звертається увага і в Глобальній стратегії профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, і боротьби з ними на 2006–2015 роки, ВООЗ. Так, групи населення, поведінкові особливості та уразливість яких необхідно вивчати для розробки заходів та програм протидії поширення ПСШ/ВІЛ, визначаються залежно від країни та окремих регіонів. До переліку груп населення, які на основі дослідження можуть потребувати впровадження цільових програм діагностики та лікування ПСШ, на думку ВООЗ [4], відносяться:

- робітники секс-бізнесу (жінки, чоловіки, транссексуали) та їх клієнти, у яких можуть бути і постійні статеві партнери;

- мобільні групи населення (водії-дальнобійники, моряки, трудові мігранти), у яких ризик ПСШ підвищений за рахунок мобільності та небезпечних статевих зв'язків;

- чоловіки, які практикують сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), які мають кілька статевих партнерів та практикують анальні сексуальні стосунки без презервативу;
- чоловіки бісексуальної орієнтації;
- споживачі наркотиків, особливо ті, що надають сексуальні послуги за гроші або в обмін на наркотики;
- ув'язнені, особливо неповнолітні;
- біженці внутрішні та із інших країн;
- безпритульні, «діти вулиці»;
- жертви зґвалтування та тендерного насилля;
- військовослужбовці та представники інших воєнізованих формувань.

Формування переліку цільових груп впровадження програм діагностики та лікування ПСШ як методу профілактики поширення ВІЛ в регіоні проводиться на основі вивчення особливостей розвитку епідемії поширення ВІЛ, регіональної оцінки пріоритетних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ/ПСШ і т.д.

Наприклад, окремі дослідження показали важливість впливу на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області України групи трудових мігрантів та їх найближчого оточення [15–18] та необхідності впровадження для представників даної групи населення регіону спеціалізованих програм діагностики та лікування ПСШ [14].

В результаті проведеної у вказаний період роботи на початок 2012 року в Україні надавали послуги з діагностики та лікування ПСШ представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ на основі мультидисциплінарного підходу більше 95 НПО у співробітництві з 104 закладами охорони здоров'я [6, 8].

За даними Українського центру профілактики та боротьби із СНІДом з 2008 року станом на 01.01.2012 року в програмах діагностовано 30 771 випадок ПСШ у представників цільової групи та завершено курс лікування 29 992 випадків ПСШ [8].

Хоча отримані результати щодо наданих послуг діагностики та лікування ПСШ в Україні досить суттєві, зробити висновки щодо високого охоплення послугами програм представників груп підвищеного ризику на основі доступних даних важко. За оприлюдненими даними МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» [27] протягом 2010 року (останні опублікована інформація) було зареєстровано 53 454 візити представників груп підвищеного ризику в мобільні амбулаторії НУО (основний діючий механізм залучення представників груп ризику до програм ПСШ). Якщо навіть припустити, що кожний зареєстрований візит був здійснений первинним клієнтом програми, то загальне охоплення послугами програм у 2010 році склало лише 21,6% (фактична чисельність груп підвищеного ризику у 2010 році 247 077 (дані МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010 р.) [12]).

**Перспективи програм діагностики і лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні**

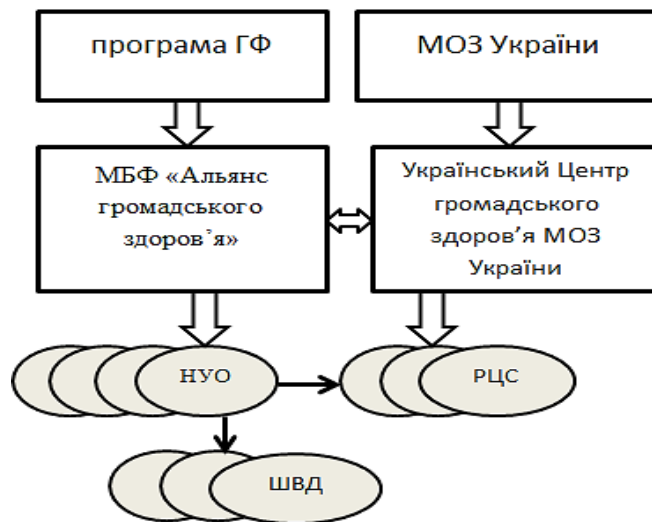
Аналіз стану роботи програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ протягом останнього періоду (2015–2016 роки) показав, що саме період 6 раунду Глобального Фонду та роботи Програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування та догляду для найуразливіших верств населення в Україні» (2008–2012 рр.) був найбільш ефективний та результативний період їх впровадження в Україні. З 2012 року в Україні реалізовувався 10 раунд Глобального Фонду, а на сьогодні (2015–2017 рр.) в Україні працює лише окрема програма за підтримки Глобального Фонду: «Інвестиції заради впливу на епідемію туберкульозу та ВІЛ-інфекції». В рамках цієї програми зберігся у скороченому варіанті лише один компонент програм діагностики і лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ: компонент експрес діагностики окремих ІПСШ (сифіліс, гонорея та уrogenітальний хламідіоз) у окремих цільових груп населення (ЖСБ та ЧСЧ) [28].

І хоча досягнення в компоненті охоплення швидким тестуванням на ІПСШ представників окремих цільових груп програми досить значні: протягом 2016 року асистованим швидким тестуванням на сифіліс, гонорею, уrogenітальних хламідіоз та гепатит В охоплено 31 329 ЖСБ та 10 484 ЧСЧ [28], є ризику, що загальна ефективність програми буде значно нижче, ніж програма 2008–2012 років. В першу чергу це обумовлено значним скороченням зовнішнього фінансування даного компоненту напрямку профілактики інфікування ВІЛ серед уразливих груп населення. Так, на сьогодні не фінансується із коштів ГФ закупівля препаратів для лікування ІПСШ у представників цільових груп програми, відсутня фінансова підтримка роботи довірених лікарів, немає фінансування активної пере адресації і супроводу клієнтів у профільні ЗОЗ. Дещо змінилася і структурна взаємодія партнерських організацій на національному та регіональному рівні в реалізації програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику (рис. 4).

Науковий супровід програм після завершення фінансової підтримки практично втрачений. Збережено співпрацю між партнерськими організаціями на національному рівні, в той же час на регіональному рівні співпраця збереглася лише в компоненті перенаправлення клієнтів, у яких виявлено позитивний результат тесту на окремі ІПСШ в спеціалізовані ЗОЗ для отримання необхідної медичної допомоги. У зв'язку з втратою системи зворотного інформування партнерських НУО щодо наданих послуг клієнтам програми оцінка ефективності заходів програми є ускладненою.

В будь-якому випадку, досягнути максимального охоплення цільовими послугами діагностики та лікування ІПСШ представників груп підвищеного ризику у форматі виключно програм грантів ГФ не можливо. Для цього необхідно широко задіяти усі ресурси як громадського сектору, так і галузі охорони здоров'я [4]. Для України це

в першу чергу заклади охорони здоров'я, в структурі яких працюють лікарі-дерматовенерологи.



**Рис. 4.** Структурна взаємодія партнерських організацій на національному та регіональному рівні на сучасному етапі

**Основні перешкоди для максимально ефективного функціонування програм діагностики та лікування ІПСШ для представників груп підвищеного ризику в Україні**

Перелік основних перешкод, що обмежують доступ представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ представлено по результатам роботи Місії «Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні» ще у 2009 році [23]. Актуальними для фахівців-дерматовенерологів як партнерів впровадження програм на національному та регіональних рівнях були і залишаються на сьогодні наступні виявлені перешкоди:

1. Недостатньо налагоджене партнерство між НУО, які працюють з групами підвищеного ризику, і медичними службами, залученими до протидії ІПСШ;
2. Застаріла нормативна база щодо діагностики та лікування ІПСШ в Україні, яка не враховує специфічні потреби груп підвищеного ризику:
  - 2.1. Лікування представників груп підвищеного ризику, в яких діагностовано ІПСШ, затримується внаслідок наявних діагностичних практик (не впроваджено синдромний підхід ведення випадку ІПСШ);
  - 2.2. Використання складних схем лікування ІПСШ, яким надається перевага над науково обґрунтованими однодозовими режимами, може відштовхувати представників груп підвищеного ризику від користування медичними послугами;
3. Висока вартість послуг з лікування ІПСШ для груп підвищеного ризику;
4. Дискримінаційне ставлення фахівців шкірно-венерологічної служби до представників груп підвищеного ризику;

5. Недостатність досвіду впровадження заходів, які можуть підвищити доступ груп підвищеного ризику до послуг з діагностики і лікування ППСШ, а саме – синдромного ведення випадку, превентивного лікування.

На сьогоднішній день, до проблем необхідно додати і зниження доступу представників цільових груп програми до ефективного медикаментозного забезпечення лікування, спеціальних профілактичних заходів та інших високоякісних компонентів програми.

### Висновки

1.Актуальність впровадження та максимального розширення програм діагностики та лікування ППСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні зумовлено:

1.1.Постійним наростанням значення статевого шляху в структурі нових випадків інфікування ВІЛ серед населення країни.

1.2.Концентрацією ВІЛ в групах населення підвищеного ризику з переходом в середовище загального населення статевим шляхом.

1.3.Роллю ППСШ як фактору, що підвищує імовірність зараження ВІЛ статевим шляхом в десятки та сотні раз.

1.4.Світовим досвідом ефективного впровадження даних програм з доведеним позитивним впливом на рівень поширення ВІЛ серед населення.

2.Програми діагностики та лікування ППСШ активно впроваджуються в Україні, але є необхідність:

2.1.Розробки, практичної реалізації окремих компонентів, які підвищують ефективність даних програм, зокрема: мультидисциплінарне ведення випадку клієнта з ППСШ на засадах кейс-менеджменту, впровадження ефективної системи мотиваційного консультування клієнта з метою зміни сексуальної поведінки в сторону більш безпечної, впровадження синдромного підходу лікування ППСШ у окремих випадках ведення клієнту – представника уразливих груп населення.

2.2.Максимальне розширення діючих програм з широким залученням фахівців-дерматовенерологів до надання послуг діагностики та лікування ППСШ у представників уразливих груп населення.

2.3.Впровадження диференційованого регіонального підходу до визначення основних груп населення, для яких необхідне впровадження програм діагностики і лікування ППСШ як механізму протидії поширення ВІЛ статевим шляхом серед населення регіону.

3.Впровадження фінансової підтримки діючих та нових програм діагностики та лікування ППСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ з боку держави.

### Література

1. *ВІЛ-інфекція в Україні* : інформаційний бюлетень № 36. – Київ : МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2011. – 22 с.
2. *ВІЛ-інфекція в Україні*: інформаційний бюлетень № 37. – Київ : МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2012. – 82 с.
3. *Внедрение* проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения / USAID. Проект ЗдравПлюс. – Ташкент, 2007. – 150с.
4. *ВОЗ*. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг. – Женева, 2007. – 70 с.
5. *Всеукраїнський координаційний Центр з питань проведення скринінг-тестування та лікування ППСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення* [Електронний ресурс] / ДУ «Інститут дерматології та венерології АМН України». – Режим доступу : <http://idvamnu.com.ua/vseukra%D1%97nskij-koordinacijnij-centr>. – Назва з екрана.
6. *Діагностика і лікування у представників уразливих груп* [Електронний ресурс] // МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – Режим доступу : <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=ua/ipp/index.htm>. – Назва з екрана.
7. *Іванов С. В.* Сучасні клініко-правові аспекти обстеження та лікування пацієнтів з ППСШ при розробленні методів моніторингу й оцінки поширеності ВІЛ/СНІДу в Україні / С. В. Іванов, М. М. Шупенько, І. С. Миронюк // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. – № 4 (35). – С. 69–75.
8. *ППСШ* [Електронний ресурс] / ДУ «Український центр профілактики та боротьби із СНІДом». – Режим доступу : <http://ukraids.gov.ua/index.php/uk/diyalnist-centru/profilaktyka/ipssh>. – Назва з екрана.
9. *Калюжна Л. Д.* Асоціації інфекцій, що передаються статевим шляхом, у ВІЛ-інфікованих / Л. Д. Калюжна, Л. В. Гречанська // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. – № 1. – С. 78–80.
10. *Мавров Г. І.* Інфекції, що передаються статевим шляхом, – один із чинників поширення вірусу імунодефіциту людини [Електронний ресурс] / Г. І. Мавров // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2009. – №1. – Режим доступу : <http://immuno.health-ua.com/article/274.html>. – Назва з екрана.



11. *Мавров Г. І.* Особливості діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в осіб із груп ризику, уразливих щодо інфікування вірусом імунодефіциту людини [Електронний ресурс] / Г. І. Мавров, Г. М. Бондаренко, Ю. В. Щербакові // *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія.* – 2011. – № 1. – Режим доступу : <http://immuno.health-ua.com/article/543.html>. – Назва з екрана.
12. *Мавров Г. І.* Особливості надання дерматовенерологічної допомоги представникам груп ризику, уразливим щодо зараження ВІЛ / Г. І. Мавров, Ю. В. Щербакова // *Дерматологія та венерологія.* – 2012. – № 1 (55). – С. 9–18.
13. *Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ / ЮНЕЙДС/ВОЗ* Рабочая группа по глобальному епідинадзору за ВИЧ/СПИДом и СПИ. – 2000. – 53 с.
14. *Миронюк І. С.* Актуальність впровадження програм діагностики та лікування ІПСШ в середовищі трудових мігрантів як методу профілактики інфікування ВІЛ / І. С. Миронюк // *Актуальні проблеми клініки, профілактики ВІЛ-інфекції і захворювань з парентеральним шляхом передачі* : матеріали наук.-практ. конференції з міжнар. участю. – Харків, 2011. – С. 80–82.
15. *Миронюк І. С.* Особливості розвитку епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / І. С. Миронюк, В. В. Брич., Н. А. Гудюк // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2009. – № 2. – С. 37–41.
16. *Миронюк І. С.* Результати вивчення ролі трудової міграції у поширенні ВІЛ-інфекції в Закарпатті / І. С. Миронюк, В. Й. Шатило // *Україна. Здоров'я нації.* – 2011. – № 1 (17). – С. 58–62.
17. *Миронюк І. С.* Роль близького оточення трудових мігрантів у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Закарпатті / І. С. Миронюк, В. Й. Шатило // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2011. – № 1. – С. 35–38.
18. *Миронюк І. С.* Трудові мігранти – група підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Закарпатській області / І. С. Миронюк // *Теоретичні засади оптимізації системи епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами в Україні та світі на сучасному етапі* : тези доповідей наук.-практ. конференції (читання, присвячені пам'яті академіка Л.В.Громашевського, 115-й річниці заснування Інституту). – Київ, 2011. – С. 33–35.
19. *Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідинагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами опитування ЖКС у 2009 році.* – Київ : МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010. – 74 с.
20. *Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед статевих партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків: аналітичний звіт за результатами дослідження 2009 року / Н. Погоріла, Ю. Таран, С. Кім [та ін.].* – Київ : МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010. – 60 с.
21. *Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідинагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами зв'язного дослідження 2009 року / Є. С. Большов, М. Г. Касянчук, О. В. Трофименко [та ін.].* – Київ : МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011. – 88 с.
22. *Определение стадии эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине / Ю. В. Круглов, В. А. Марциновская, И. В. Нгуен [и др.] // Профілактична медицина (епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби.* – 2010. – № 3 (11). – С. 14–18.
23. *Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні: звіт Місії / Д. Річенс, М. Беціу // Бюро ВООЗ в Україні, ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ». – Київ : ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2009. – 43 с.*
24. *Перспективы внедрения принципов общественного здравоохранения в профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, в странах Восточной Европы и Центральной Азии: отчет о совещании ВОЗ (Берлин, Германия 11–13 октября 2001 года / ВОЗ, 2002.* – 27 с.
25. *Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України" // Відомості Верховної Ради України (ВВР).* – 2011. – № 30. – С. 274.
26. *Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки : Закон України № 1026-VI від 19.02.2009 р.* – Київ, 2010. – 28 с.
27. *Річний звіт 2010.* – Київ : МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011. – 154 с.
28. *Річний звіт 2016.* – Київ : МБФ «Міжнар. Альянс громадського здоров'я», 2017. – 126 с.
29. *Флемінг Д. Т.* Влияние других заболеваний, передаваемых половым путем, на половую передачу ВИЧ-инфекции: от эпидемиологической синергии к политике и практике здравоохранения [Электронный ресурс] / Д. Т. Флемінг, Дж. Н. Вассерхайт // *Инфекции Передаваемые Половым Путем.* – 1999. – № 5. – Режим доступа : <http://www.ozppr.ru/archive/1999-05/01.html>. – Название с экрана.

30. Aral S. O. Sexually transmitted diseases: magnitude, determinants and consequences / S. O. Aral // Int.J.STD AIDS. – 2001. – Vol. 12, № 4. – P. 211–215.
31. Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence?. – Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2000. – 60 p.
32. Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review / A. Creese [et al.] // Lancet. – 2002. – Vol. 359. – P. 1635–1642.
33. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania / L. Gilson [et al.] // Lancet. – 1997. – Vol. 350. – P. 1805–1809.
34. Dehne K. L. Sexually transmitted infections among adolescents. The need for adequate health services / K. L. Dehne, G. Riedner. – Geneva : WHO, 2005. – 78 p.
35. Fleming D. T. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection / D. T. Fleming, J. N. Wasserheit // Sex Transm Infect. – 1999. – Vol. 75 (1). – P. 3–17.
36. Guidelines on Surveillance Among Populations Most at Risk for HIV. – WHO/UNAIDS, 2011. – 57 p.
37. Hayes R. J. The cofactor effect of genital ulcers in the per-exposure risk of HIV transmission in sub-Saharan Africa / R. J. Hayes, K. F. Schulz, F. A. Plummer // Journal of Tropical Medicine and Hygiene. – 1995. – Vol. 98. – P. 1–8.
38. HIV seroincidence among patients at clinics for sexually transmitted diseases in nine cities in the United States / H. Wienstock, M. Dale, G. A. Gwinn M. Satten [et al.] // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. – 2002. – Vol. 29, № 5. – P. 478–483.
39. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial / H. Grosskurth [et al.] // Lancet. – 1995. – Vol. 346. – P. 530–536.
40. Manhart L. E. Randomized controlled trials of individual-level, population-level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections: what has worked? / L. E. Manhart, K. K. Holmes // Journal of Infectious Diseases. – 2005. – Vol. 191 (Suppl. 1). – S7–S24.
41. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1 / M. S. Cohen [et al.] // Lancet. – 1997. – Vol. 349. – P. 1868–1873.
42. Rottingen J. A. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV – How much really is known? / J. A. Rottingen, D. W. Cameron, G. P. Garnett // Sexually Transmitted Diseases. – 2001. – Vol. 28 (10) – P. 579–597.
43. Sexually transmissible diseases in injecting drug users / M. W. Ross, J. Gold, A. Wodak, M. E. Miller // Genitourin Med. – 1991. – Vol. 67 (1). – P. 32–36.
44. STDS in men who have sex with men. 2010 sexually transmitted diseases surveillance [Electronic resource] / CDC. – Access mode : <http://www.cdc.gov/std/stats10/msm.htm#foot13>. – Title from screen.
45. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections / K. Buchacz [et al.] // AIDS. – 2004. – Vol. 18. – P. 2075–2079.
46. The prevalence and incidence of sexually transmitted infections in a prospective cohort of injection drug users in Vancouver, British Columbia / L. M. Kuyper, C. Collins, T. Kerr [et al.] // Can J Infect Dis Med Microbiol. – 2005. – Vol. 16 (4). – P. 225–229.
47. Wald A. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2 – seropositive persons: a meta-analysis / A. Wald, K. Link // Journal of Infectious Diseases. – 2002 – Vol. 185. – P. 45–52.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.01.2018 р.

**Опыт и перспективы программ диагностики и лечения ИППП у представителей групп повышенного риска инфицирования ВИЧ в Украине**

*В.И. Миронюк*

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

Представлена актуальность функционирования программ диагностики и лечения ИППП среди представителей групп повышенного риска инфицирования ВИЧ в Украине. Проанализирован мировой опыт оценки эффективности таких программ и опыт работы в данном направлении в Украине. Представлены результаты оценки современного состояния работы таких программ в стране и определены основные проблемы эффективного функционирования аналогичных программ в будущем.

Аргументирована необходимость широкого привлечения дерматовенерологической службы к предоставлению услуг в программах диагностики и лечения ИППП среди представителей групп повышенного риска инфицирования ВИЧ с целью существенного влияния на развитие эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа.

**Ключевые слова:** программы диагностики и лечения ИППП, группы повышенного риска, ВИЧ/СПИД.

**Experience and prospects of the programs of diagnostics and treatment of sexually transmitted infections in the groups at risk for HIV infection in Ukraine**

*V.I. Myronyuk*

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

The urgency of functioning for the programs of genitally transmitted infections diagnostics and treatment among the groups at risk for HIV infection in Ukraine is presented in the work. The world experience of effectiveness evaluation of the programs of this kind and the experience of Ukraine as for the work in this direction are analyzed.

The results of the assessment of the present state of such programs in the country are considered in the paper and the main problems of the effective functioning of similar programs in future are defined. The necessity of wide involvement of dermatovenerologists to the provision of services in the frames of programs of GTI diagnostics and treatment among the groups at risk for HIV infection in order to significantly impact on the development of HIV-infection/AIDS.

**Key words:** programs of genitally transmitted infections diagnostics and treatment, groups at risk, HIV/AIDS.

**Відомості про автора**

**Миронюк Вікторія Іванівна** – аспірант кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська область, 88000, Україна.