



В.М. Запорожан
М.Л. Аряєв
Н.В. Котова
О.О. Старець
С.П. Посохова

**Профілактика передачі
ВІЛ від матері до дитини.
Діагностика, лікування
та соціально-психологічна
підтримка людей,
які живуть з ВІЛ**

В.М. Запорожан
М.Л. Аряєв
Н.В. Котова
О.О. Старець
С.П. Посохова

**ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДАЧІ ВІЛ
ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ.
ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ
ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА
ПІДТРИМКА ЛЮДЕЙ,
ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ**

Рекомендовано Міністерством охорони здоров'я України
як навчальний посібник для студентів
вищих медичних навчальних закладів II рівня акредитації

УДК 618.2: [616.98: 578.828 ВІЛ] – 071–085 (075.8)

ББК 57.1+55.148 я73

П 84

Автори:

В.М. Запорожан – акад. АМН України, д-р мед. наук, проф.

М.Л. Аряєв – чл.-кор. АМН України, д-р мед. наук, проф.

Н.В. Котова – д-р мед. наук, проф.

О.О. Старець – д-р мед. наук, проф.

С.П. Посохова – д-р мед. наук, проф.

Викладено питання, що включені до типової наскрізної навчальної програми з питань профілактики ВІЛ-інфікування, попередження передачі ВІЛ від матері до дитини, діагностики, лікування ВІЛ-інфікованих та соціально-психологічної підтримки людей, які живуть з ВІЛ, для студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів II рівня акредитації за спеціальностями: “Лікувальна справа”, “Акушерська справа”, “Сестринська справа”. Висвітлено загальні питання ВІЛ-інфікування. Наведено відповідні регламентуючі документи щодо зниження рівня поширеності ВІЛ. Показано основи діагностики та лікування цього вірусу в дорослих і дітей. Висвітлено основні принципи консультування (дотестового і післятестового), особливості консультування вагітних. Представлено питання організації заходів та алгоритми надання послуг щодо запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини. Описано принцип мультидисциплінарного підходу до ведення ВІЛ-інфікованих вагітних та їхніх дітей.

Навчальний посібник призначено для студентів вищих медичних навчальних закладів II рівня акредитації та середніх медичних фахівців, чия діяльність спрямована на охорону здоров'я матерів і дітей.

Рецензенти:

В.В. Камінський – завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д-р мед. наук, проф.

Л.І. Чернишова – завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб і імунології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д-р мед. наук, проф.

Навчальний посібник підготовлено та надруковано за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні у рамках спільного проекту “Інституціоналізація навчання з питань програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини”. Координатор проекту – Тетяна Іванівна Тарасова (керівник проектів з питань ВІЛ/СНІДу). Більше інформації про діяльність ЮНІСЕФ в Україні: www.unicef.org.ua

ISBN 978–966–8869–36–5

© ЮНІСЕФ, 2010

© ВЕРСО-04, 2010

© Фото на обкладинці: UNICEF Ukraine/2005/G.Pirozzi

ЗМІСТ

Вступ	6
Розділ 1. Загальні питання ВІЛ-інфекції	8
1.1. Епідемія ВІЛ-інфекції у світі та Україні. Шляхи передачі ВІЛ	8
1.2. Прояви ВІЛ-інфекції у дорослих і дітей	14
1.3. Принципи лікування ВІЛ-інфекції. Роль середніх медичних працівників у формуванні прихильності до високоактивної антиретровірусної терапії	22
1.4. Роль нетрадиційної терапії при медичному веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів	28
1.5. Універсальні запобіжні заходи і безпечна організація праці медичних сестер. Роль програм інфекційного контролю в організації роботи акушерського стаціонару для запобігання інфекціям, які передаються через кров	32
1.6. Запобігання стигматизації та дискримінації у контексті ВІЛ-інфекції. Законодавча база з питань ВІЛ-інфекції в Україні	44
Розділ 2. Консультативна допомога з метою профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини	52
2.1. Поняття про консультування у контексті ВІЛ-інфекції та мистецтво ефективного спілкування у сестринській справі	52
2.2. Дотестове консультування, тестування на ВІЛ та післятестове консультування	59
2.3. Консультування ВІЛ-позитивних вагітних і роділь	68
2.4. Психологічна підтримка медичних працівників. Феномен “вигорання”, або емоційного виснаження	74
Розділ 3. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини	79
3.1. Комплексний підхід до зниження рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію дітей молодшого віку та принципи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини	79
3.2. Консультування з питань антиретровірусної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини	85
3.3. Ведення пологів у ВІЛ-інфікованих жінок. Особливості догляду за ВІЛ-інфікованими породіллями	90
3.4. Консультування ВІЛ-інфікованих матерів з питань вигодовування та медичного ведення новонароджених	93

Розділ 4. Роль середніх медичних працівників у наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим жінкам та їхнім дітям	100
4.1. Облік ВІЛ-інфікованих пацієнтів, антиретровірусних препаратів та звітність	100
4.2. Консультування ВІЛ-інфікованих жінок з питань планування сім'ї	103
4.3. Консультування з питань харчування при ВІЛ-інфекції	110
4.4. Медична допомога та особливості догляду за дітьми, народженими ВІЛ-інфікованими матерями	115
4.5. Мультидисциплінарний підхід до ведення ВІЛ-інфікованих вагітних та їхніх дітей. Лідерство у сестринській справі	129

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗТС – ламівудин	ППМД – профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
АРВ – антиретровірусний	РНК – рибонуклеїнова кислота
АРТ – антиретровірусна терапія	СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків
ВААРТ – високоактивна антиретровірусна терапія	СНІД – синдром набутого імунodefіциту
ВІЛ – вірус імунodefіциту людини	ТМП/СМК – триметаприм/ сульфаметоксазол
ВМК – внутрішньоматкові контрацептиви	ЦНС – центральна нервова система
ВН – вірусне навантаження	ЮНЕЙДС – об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я	ЮНІСЕФ – Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй
ДКТ – добровільне консультування та тестування	АВС – абакавір
ДНК – дезоксирибонуклеїнова кислота	CD – cluster of differentiation (кластер диференціювання) – рецептори – молекули, які є на поверхні клітин та можуть бути ідентифікованими за допомогою моноклональних антитіл
ЗВУР – затримки внутрішньоутробного розвитку	CD4 – клітина, що містить на поверхні молекулу CD4
ІІ – інгібітори інтегрази	ddl – діданозин
ІБ – імунний блок	d4Т – ставудин
ІП – інгібітори протеази	EFV – ефавіренз
ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом	FTC – емтрицитабін
ІФ – інгібітори фузії	LPV/r – комбінований препарат, що містить лопінавір, посилений ритонавіром
ІФА – імуноферментний аналіз	NFV – нелфінавір
ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ	NPV – невірапін
ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад	RTV – ритонавір
МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду	SQV – саквінавір
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я	TDF – тенофовір
НІЗТ – нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази	T-20 – енфувірид
ННІЗТ – нунуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази	ZDV – зидовудин або азидотимідин (AZT)
ПКП – післяконтактна профілактика	
ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція	

ВСТУП

Захист материнства і дитинства є однією з найактуальніших проблем сьогодення. Загострення соціальних та економічних проблем, ескалація техногенних ризиків, стрімке поширення епідемії інфекції вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) на рубежі ХХ і ХХІ ст. значно впливають на стан репродуктивного здоров'я жінок, рівень захворюваності та смертності дітей, потребують від держави та суспільства пильного ставлення. Згідно зі стратегією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) “Здоров'я-21: Основи політики досягнення здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ”, поліпшення якості медичної допомоги жінкам і дітям має бути пріоритетним напрямком реформування медичної галузі. Серед причин смертності дітей віком до 1 року 70% залежить від стану здоров'я матерів і доступності та якості медичної допомоги жінкам під час вагітності, пологів і дітям у період новонародженості. Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні на тлі низького показника народжуваності та загострення демографічної ситуації зумовлює негативні тенденції у динаміці рівнів захворюваності та смертності дітей першого року життя. Тому зниження інфікування дітей ВІЛ від матерів є пріоритетним завданням сучасної медицини.

За рекомендаціями ВООЗ і об'єднаної програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), комплексна стратегія профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини включає чотири напрямки:

- 1) первинна профілактика ВІЛ серед жінок;
- 2) профілактика небажаних вагітностей серед ВІЛ-інфікованих жінок;
- 3) профілактика перинатальної трансмісії ВІЛ;
- 4) лікування і підтримка ВІЛ-інфікованих жінок та їхніх сімей.

Мета цієї стратегії – зниження частоти ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, до 2%, або до 1 випадку і менше на 100 000 народжених живими. Медичні заходи з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ІППМД) мають бути невід'ємною частиною комплексної допомоги ВІЛ-інфікованим жінкам та їхнім дітям (рис. 1).

Рис. 1. Медичні заходи з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини



Розділ 1. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

1.1. Епідемія ВІЛ-інфекції у світі та Україні.

Шляхи передачі ВІЛ

Огляд розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у світі та Україні. За даними ВООЗ і ЮНЕЙДС, загальна розрахункова кількість людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), у 2007 р. сягала 33,2 (30,6–36,1) млн, із яких близько 15,4 (13,9–16,6) млн жінок, 2,5 (2,2–2,6) млн дітей, молодших 15 років. У цілому у світі рівень поширеності ВІЛ-інфекції має тенденцію до повільного зниження [24]. Це пов'язано не тільки зі зменшенням нових випадків інфікування ВІЛ, але й зі смертю ВІЛ-інфікованих, які не отримують антиретровірусної терапії (АРТ). Переважна більшість (93%) ВІЛ-інфікованих мешкають в Африці на південь від Сахари. Епідемія ВІЛ-інфекції у цьому регіоні, пов'язана зі зниженням більшості соціально-економічних показників і підвищенням малюкової смертності, є основною причиною смерті людей молодого віку.

ВООЗ та ЮНЕЙДС виділяють такі *типи (або стадії) епідемічного процесу ВІЛ-інфекції* в різних країнах залежно від рівня її поширеності як у популяції в цілому, так і в окремих групах.

Перша стадія, або епідемія низького рівня, реєструється у країнах, де він залишається стабільно низьким протягом багатьох років, ризик інфікування насамперед пов'язаний з поведінкою високого ризику. Поширеність ВІЛ-інфекції у концентрованих уразливих групах не перевищує 5%.

Друга стадія розвитку епідемічного процесу, або *концентрована епідемія*, характеризується швидким поширенням інфекції серед уразливих груп, де її рівень перевищує 5%. Питома вага ВІЛ-інфікованих серед вагітних у країнах, які знаходяться у концентрованій стадії епідемії, не перевищує 1%.

Перехід інфекційного процесу у загальну популяцію визначає початок її *генералізованої стадії*, коли рівень поширеності інфікування ВІЛ у країні може бути дуже високим, навіть перевищувати 15%, серед вагітних – значно вище 1%.

Україна є однією із найбільш уражених ВІЛ країн Європи, де епідемія розвивається за небезпечним сценарієм – переходом з вузьких уразливих груп до загальної популяції. У деяких регіонах спостерігаються ознаки переходу в найнебезпечнішу генералізовану стадію епідемії.

Етапи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні (з 1987 р.).

Перший етап (1987–1994 рр.) епідемічного процесу характеризувався повільним розвитком, щороку виявлялося 6–40 нових випадків. Основним шляхом інфікування на цьому етапі був статевий.

Другий етап (1995–1998 рр.) – епідемічний “спалах”, що призвело до збільшення кількості ВІЛ-інфікованих громадян України у 34 рази. Основними джерелами інфікування на цьому етапі стали споживачі ін’єкційних наркотиків (СІН) та їхні сексуальні партнери (понад 84% усіх інфікованих ВІЛ).

Третій етап розпочався у 1999 р. Він характеризується деяким зниженням і стабілізацією інфекційного процесу, що поєднується з його поширенням серед усіх верств населення. На цьому етапі зменшується кількість людей, які інфікуються парентеральним шляхом, і збільшується – гетеросексуальним шляхом.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні продовжує поширюватись. У більшості регіонів зростає число інфікованих, хворих на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) і померлих від цієї хвороби. З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. і до 2009 р. включно в Україні офіційно зареєстровано 161 119 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 31 241 випадок захворювання на СНІД і 17 791 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом [14]. У 2009 р. в країні зареєстровано 19 840 нових випадків ВІЛ-інфекції (43,2 на 100 тис. населення). І хоча з 1999 р. число вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції зростає щорічно, за період 2006–2009 рр. відмічається зниження темпу приросту даного показника (відповідно 16,8%, 10,5%, 7,6%, 5,7%). З усіх офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України з початку епідемії станом на 01.01.2010 р. під диспансерним наглядом перебували 101 182 особи (220,9 на 100 000 населення), з них 11 827 – зі СНІДом (25,8 на 100 000 населення).

Загальновідомо, що офіційні дані не відображають реального масштабу епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Вони лише надають інформацію про осіб, що пройшли тестування на антитіла до ВІЛ, під час якого виявлено ВІЛ-інфекцію і внесено до офіційного реєстру випадків ВІЛ-інфекції. Значно більше громадян можуть бути інфікованими, але вони необізнані щодо свого статусу.

Оновлені оцінки стосовно ВІЛ-інфекції в Україні засвідчують, що на початок 2010 р. в Україні мешкало 360 тис. людей, інфікованих ВІЛ, віком 15 років і старших. Ці дані різняться з даними офіційної статистики кількості осіб, які живуть з ВІЛ і перебувають під диспансерним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров’я (101 182 особи). Відмінність між цими показниками

свідчить, що лише 28%, або кожна четверта ЛЖВ в Україні пройшла тест на ВІЛ і знає свій позитивний ВІЛ-статус.

Кількість хворих на СНІД в Україні збільшувалася щороку, аж до рекордної межі – 4 723 випадки в 2006 р. У результаті впровадження широкомасштабної АРТ вперше у 2007 р. в країні зафіксовано незначне зниження числа хворих на СНІД. І хоча протягом останніх трьох років (2007–2009) кількість людей, у яких діагностовано СНІД, реєструється приблизно на одному рівні: 4 573, 4 380 та 4 437 (в показниках на 100 тис. населення: 9,8; 9,5; 9,7), СНІД залишається серйозним викликом системі охорони здоров'я України. Лікування СНІДу досі є високовартісним.

Світова спільнота приділяє значну увагу боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції. Всесвітній банк виділив значні кошти на боротьбу з епідемією ВІЛ-інфекції. Створено нові структури, такі як Глобальний фонд для боротьби проти СНІДу, туберкульозу і малярії. У 2001 р. партнери в рамках ЮНЕЙДС, ВООЗ та ін. підраховали, що за оптимальних умов до кінця 2005 р. 3 млн осіб, які мешкають у країнах, охоплених епідемією ВІЛ-інфекції, і мають доступ до медико-санітарних служб, можуть одержувати високоактивну антиретровірусну терапію (ВААРТ). У зв'язку з цим ВООЗ та її партнери розпочали впровадження ініціативи “Забезпечити лікування 3 мільйонів чоловік до 2005 року” (“3 до 5”). Україна є однією з держав, яким Всесвітній банк і Глобальний фонд виділили кошти на закупівлю антиретровірусних (АРВ) препаратів. Очікувані 3 млн ВІЛ-інфікованих у країнах з обмеженими ресурсами почали отримувати ВААРТ лише наприкінці 2007 р., що становить 31% від загальної потреби у лікуванні. У документах ВООЗ та ЮНЕЙДС визначено амбітну мету – забезпечити до 2010 р. доступ до терапії усім, хто її потребує. У 2008 р. ВООЗ висвітлила поняття “універсального доступу”, який означає створення у суспільстві такого середовища, що зробить профілактику ВІЛ-інфекції, лікування і підтримку хворих доступними та можливими як з морально-етичних, так і з матеріальних позицій.

ВООЗ виділяє такі *напрямки боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції* та її наслідками:

- приділення пріоритетної уваги посиленню первинної профілактики;
- визначення профілактичних напрямків, які відповідають найбільш важливим шляхам поширення інфекції у країні;
- приділення особливої уваги регіонам, де епідемія поширюється найшвидше;

- вибір тактики тестування та консультування, що сприятиме найбільш повному охопленню тестуванням вагітних жінок і оптимізації заходів щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини;
- забезпечення доступу до тестування, лікування та підтримки усіх уразливих груп;
- вибір оптимальної для країни схеми організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим.

Для України, яка знаходиться у концентрованій стадії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, дуже важливими напрямками профілактики захворювання є:

- розробка ефективних адресних профілактичних заходів, спрямованих на найбільш уразливі групи населення, та забезпечення доступу цих заходів до медичних і соціальних послуг;
- розробка спеціальних заходів, спрямованих на СІН, у зв'язку зі значною актуальністю поширеності цього соціального явища у країні;
- використання можливості недержавних організацій для організації послуг за принципом “рівний – рівному”, груп взаємодопомоги, клінік з можливостями надання “дружніх послуг” окремим групам населення.

Відомості про створення вакцин, які змогли б стати переломним моментом у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції, регулярно з'являються у міжнародних агентствах новин. Проте дотепер ще не створені вакцини, які пройшли усі стадії клінічних випробувань і придатні для профілактики ВІЛ-інфекції. Основною проблемою при створенні вакцин є мінливість генетичної інформації ВІЛ (мутації). Швидкі зміни поверхневих структур вірусу зумовлюють неефективність вироблених антитіл. Антитіла слабо перешкоджають поширенню вірусу в організмі. У захисті від вірусу важливу роль відіграють інші імунні механізми. Мінливість вірусу не дає змоги впровадити живі ослаблені вакцини: завжди існує загроза “переродження” ВІЛ з непатогенних вакцинальних штамів в інфекційні форми. Складність створення вакцин також обумовлена відсутністю недорогих моделей ВІЛ-інфекції на тваринах. Переважно для цієї мети придатні тільки певні види мавп.

Отже, проблема боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції актуальна і пріоритетна для нашої країни. Максимальне зниження передачі ВІЛ від матері до дитини є одним з найважливіших завдань медичних працівників, яке сприятиме зменшенню негативних наслідків епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Характеристика збудника ВІЛ-інфекції, шляхів передачі ВІЛ та механізмів розвитку імунodefіциту. Перші хворі на СНІД зареєстровані в США у 1981 р. Збудника захворювання, що призводить до важких порушень функ-

ції імунної системи, відкрито в 1983 р. групою вчених з Франції, які у 2008 р. отримали за це відкриття Нобелівську премію у галузі медицини.

ВІЛ відноситься до класу ретровірусів родини лентівірусів [3, 4, 22, 23]. Ця родина вірусів викликає захворювання, які розвиваються повільно і мають тривалий перебіг. Генетичний матеріал ВІЛ, як і інших ретровірусів, представлений рибонуклеїновою кислотою (РНК), яка є шаблоном для виробництва провірусної дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК). Це перетворення РНК в ДНК можливе за наявності ферменту, який називають зворотною транскриптазою (фермент – це група білків, що прискорює і сприяє деяким процесам у клітинах), назва якого лягла в основу назви сімейства ретровірусів. Існує гіпотеза, що циркулювати серед людей вірус почав на Африканському континенті на початку ХХ ст., що, ймовірно, пов'язано з інфікуванням від шимпанзе. Фрагменти генетичної послідовності ВІЛ 48-річної давнини виявлено у біоптатах лімфатичних вузлів жінки, яка мешкала на території сучасної Демократичної Республіки Конго.

Потрапляючи в організм, ВІЛ дуже швидко проникає в клітини крові – лімфоцити, у яких є рецептори, що мають спорідненість до ВІЛ, так звані, “CD4⁺-лімфоцити”. Такі рецептори також мають деякі інші клітини крові (моноцити і макрофаги), клітини центральної нервової системи (ЦНС), прямої кишки, шийки матки та ін. (CD4⁺-клітини). Завдяки спорідненості білків поверхні вірусу і рецепторів клітини ВІЛ проникає в цитоплазму клітини. Потім завдяки ферменту зворотної трнскриптази з вірусної РНК утворюється провірусна ДНК (процес зворотної транскрипції, про який згадувалося вище). Провірусна ДНК “вбудовується” в генетичний матеріал клітини-господаря. Після цього клітина-господар сприймає ДНК вірусу “як рідну”. Вірус стає частиною клітини і залишається нею аж до загибелі клітини. Заражена ВІЛ клітина у процесі життя продукує нові копії вірусу, виділяє їх у плазму, інші біологічні рідини та секрети. Цей процес розмноження називається реплікацією вірусу, яка завершується під впливом вірусного ферменту протеази. Нові копії вірусу виходять з ураженої клітини, поширюються в організмі, вбудовуються в інші клітини, вражають їх і відтворюють нові копії.

При утворенні нових вірусів часто трапляються “помилки”, які називаються мутаціями. Мінливість збудника призводить до того, що деякі ліки, які застосовуються для лікування ВІЛ-інфекції, втрачають свою здатність впливати на ферменти вірусу, тобто розвивається стійкість або резистентність вірусу до даного препарату. Для того щоб уникнути розвитку резистентності до ліків при лікуванні ВІЛ-інфекції, слід одночасно комбінувати декілька препаратів.

У зовнішньому середовищі, при висушуванні лімфоїдних клітин, інфікованих ВІЛ, вірусна активність зникає протягом декількох діб; при висушуванні безклітинної рідини з додаванням людської плазми вірус гине за температури 23–27° С через 7 днів. У рідкому середовищі він зберігає активність за температури 23–27° С протягом 15 днів, при 36–37° С – 11 днів. У крові, призначеній для переливання, вірус зберігається роками, а в замороженій сироватці – до 10 років. ВІЛ швидко гине при використанні дезінфікуючих засобів, ультрафіолетового опромінення; а при нагріванні понад 56° С – втрачає активність через 30 хв.

Шляхи передачі ВІЛ-інфекції. Вірус передається тільки від людини до людини. Є три шляхи передачі ВІЛ-інфекції: *статевий, парентеральний, перинатальний* (табл. 1) [2].

Таблиця 1. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції

Статевий	
Гомосексуальний Гетеросексуальний	При статевих контактах між чоловіками, між чоловіком і жінкою
Парентеральний	
Через кров та інші біологічні рідини	Після переливання інфікованої цільної крові або її компонентів. Нестатеве зараження через ушкоджені шкіру і слизові оболонки людей, що контактують з кров'ю або біологічними секретами хворих на ВІЛ-інфекцію (слизом з піхви, спермою, виділенням з ран, грудним молоком, спинномозковою рідиною тощо). При використанні забруднених ВІЛ шприців чи іншого інструментарію. При пересадці інфікованих органів, кісткового мозку, штучної інсемінації інфікованою спермою
Від матері до дитини (перинатальний)	
Вертикальний	Внутрішньоутробно через плаценту від ВІЛ-інфікованої матері. Під час пологів – при контакті плоду з інфікованою кров'ю чи секретами матері або при заковтуванні плодом материнської крові чи інших рідин
Горизонтальний	Інфікування дитини під час вигодовування груддю або грудним молоком ВІЛ-інфікованої матері

ВІЛ не передається:

- при дотиках, обіймах, рукостисканнях;
- через поцілунки;
- при спільному проживанні в одній квартирі;
- через їжу, посуд, столові прибори;
- через постільну білизну, предмети побуту, іграшки;
- через повітря (у тому числі при чханні та кашлі);
- при купанні у воді;
- через ручки дверей і кранів, унітази;
- через спортивні снаряди;
- через гроші;
- при укусах комах або тварин.

1.2. Прояви ВІЛ-інфекції у дорослих і дітей

Прояви захворювання у дорослих. ВІЛ-інфекція у дорослих – це хронічне вірусне захворювання. Природний перебіг ВІЛ-інфекції має низку клінічних стадій: гостра ВІЛ-інфекція, дві клінічні стадії в латентний період (клінічні стадії I і II) і дві стадії у фазу розгорнутих клінічних проявів (клінічні стадії III і IV) [1, 6, 7, 13, 23].

Початкова стадія захворювання – стадія гострої ВІЛ-інфекції може мати безсимптомний перебіг, але у 30–70% хворих розвивається гостре захворювання, яке виникає в середньому за 2–4 тиж. після зараження (від 6 днів до 6 тиж.) і триває 1–2 тиж. У цей період може спостерігатися підвищення температури, нездужання, головний біль, висипання на шкірі, збільшення лімфатичних вузлів, нудота, блювання, пронос. Антитіла до ВІЛ у крові з'являються наприкінці періоду гострої ВІЛ-інфекції, тобто через 12 тиж. після зараження. Час від зараження до появи антитіл називають “сліпим вікном” (“сероконверсійне” чи “серонегативне вікно”, обстеження сироватки на наявність антитіл до ВІЛ у цей період даватиме негативний результат). За перші півроку після появи антитіл встановлюється рівновага між ВІЛ та імунітетом. Це супроводжується коливаннями вірусного навантаження (ВН) і вмісту антитіл (аж до повного їх зникнення та подальшої появи).

За класифікацією ВООЗ (2006), є чотири *стадії розвитку ВІЛ-інфекції* (табл. 2).

Таблиця 2. Клінічна класифікація ВІЛ-інфекції у дорослих (ВОЗ, 2006)

Клінічні стадії та їх прояви	Шифр за МКХ-10
<i>Клінічна стадія I</i>	
Безсимптомний перебіг	Z 21
Персистуюча генералізована лімфаденопатія	B 23.1
<i>Клінічна стадія II</i>	
Помірне немотивоване зменшення маси тіла (до 10% від попередньої або розрункової)	B 22.7
Рецидивні бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт)	B 20.8 – B 20.9
Оперізувальний лишай	B 20.3
Ангулярний хейліт	B 23.8
Рецидивний афтозний стоматит	B 23.8
Папульозний сверблячий дерматит	B 23.8
Себорейний дерматит	B 23.8
Грибкові ураження нігтів	B 20.5
<i>Клінічна стадія III</i>	
Значне зменшення маси тіла (понад 10% від попередньої або розрахункової)	B 22.7
Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс.	B 23.8
Немотивована персистуюча гарячка (інтермітуюча або постійна) тривалістю понад 1 міс.	B 22.7
Кандидоз порожнини рота	B 20.4
Волосиста лейкоплакія язика	B 23.8
Легеневий туберкульоз	B 20.0
Тяжкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, тяжкі запальні захворювання малого таза тощо)	B 20.1
Гострий некортизуючий виразковий гінгівіт або некротизуючий виразковий періодонтит	B 23.8
Немотивовані анемія (менше 80 г/л), нейтропенія (нижче $0,5 \times 10^9/\text{л}$) або хронічна (тривалістю понад 1 міс.) тромбоцитопенія (до $50 \times 10^9/\text{л}$)	B 23.2

Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини.

Діагностика, лікування та соціально-психологічна підтримка людей, які живуть з ВІЛ

Клінічні стадії та їх прояви	Шифр за МКХ-10
Клінічна стадія IV	
Синдром виснаження (ВІЛ-кахексія)	B 22.2
Пневмоцистна пневмонія	B 20.6
Рецидивні бактеріальні пневмонії	B 20.1 B 20.3 B 20.8 B 20.9
Хронічна інфекція, викликана вірусом простого герпесу (носо-губної, генітальної або аноректальної локалізації тривалістю понад 1 міс.) або вісцеральні ураження будь-якої локалізації	B 20.3
Кандидоз стравоходу	B 20.4
Позалегеневий туберкульоз	B 20.0
Саркома Капоші	B 21.0
Цитомегаловірусна інфекція (ретиніт або ураження інших органів)	B 20.2
Церебральний токсоплазмоз	B 20.8
ВІЛ-енцефалопатія	B 22.0
Позалегеневий криптококоз (у тому числі менінгіт)	B 20.5
Дисемінований нетуберкульозний мікобактеріоз	B 20.0
Прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія	B 23.8
Криптоспоридіоз (з діареєю понад 1 міс.)	B 20.8
Дисеміновані мікози (кокцидіомікоз, гістоплазмоз)	B 20.5
Хронічний ізоспороз	B 20.8
Рецидивна бактеріємія, викликана нетифоїдними сальмонелами	B 20.1 B 20.7
Лімфома (головного мозку або В-клітинна неходжкінська)	B 21.2
Інвазивний рак шийки матки	B 21.8
Вісцеральний лейшманіоз	B 20.8
ВІЛ-асоційована нефропатія	B 23.8
ВІЛ-асоційована кардіоміопатія	B 23.8

Перша клінічна стадія – безсимптомний перебіг і персистуюча генералізована лімфаденопатія. У дорослих людей латентний період може тривати роками. Серйозні клінічні прояви можуть з'явитися через 5 років і більше від

моменту інфікування ВІЛ. Під час латентної стадії захворювання пацієнти не мають ніяких скарг, при їх клінічному обстеженні, як правило, відсутні будь-які зміни, за винятком збільшення лімфовузлів. Саме лімфоїдна тканина у цей час є головним резервуаром вірусу. Швидкість його реплікації дуже висока. Це супроводжується щоденним знищенням до 10 млрд CD4⁺-лімфоцитів, але всі вони заміщаються новими клітинами. Щодоби оновлюється близько третини всієї популяції ВІЛ, що є в організмі людини, і близько 6–7% CD4⁺-лімфоцитів (тобто їх повна заміна відбувається кожні півмісяця). У міру прогресування захворювання клітини лімфовузлів руйнуються, що призводить до звільнення з них вірусу і поступового переходу хвороби у фазу персистуючої генералізованої лімфаденопатії. Після цього тривалість інфекційного процесу становить у середньому від 6 міс. до 5 років. Крім генералізованої лімфаденопатії, наприкінці цієї фази можуть збільшуватися печінка, селезінка та спостерігатися астеничний синдром.

Друга клінічна стадія характеризується втратою маси тіла до 10% від початкової; мінімальними проявами ураження шкіри та слизових оболонок (себорейний дерматит, грибові ураження нігтів, рецидивні ураження слизової оболонки порожнини рота, ангулярний хейліт); епізодами оперізувального лишая; рецидивними інфекціями верхніх дихальних шляхів (наприклад, бактеріальний синусит). У цей період відмічають нормальний рівень повсякденної активності пацієнта. Рівень ВН низький, але він поступово збільшується. Вміст CD4⁺-лімфоцитів високий (як правило, вище 500 клітин в 1 мкл), але він поступово знижується.

Третя клінічна стадія проявляється тяжкою немотивованою втратою маси тіла (понад 10% від попередньої або розрахованої); хронічною діареєю, яка триває понад 1 міс.; тривалим (понад 1 міс.) підвищенням температури тіла; кандидозом порожнини рота; волосистою лейкоплакією слизової оболонки порожнини рота; туберкульозом легенів; тяжкими бактеріальними інфекціями (наприклад, пневмонія). ВН значно зростає, кількість CD4⁺-лімфоцитів помітно зменшується (частіше у діапазоні 500–200 клітин в 1 мкл). У цій стадії пацієнт проводить у ліжку менше 50% денного часу.

У четвертій клінічній стадії пацієнт проводить у ліжку понад 50% денного часу, основними клінічними проявами захворювання є опортуністичні інфекції. Кількість CD4⁺-лімфоцитів різко знижується (як правило, менше ніж 200 клітин в 1 мкл), ВН стрімко зростає. Опортуністичними інфекціями називаються хвороби, які виникають у людей з імунодефіцитом і викликані бактеріями, вірусами, грибами або найпростішими – природними мешканцями зовнішнього середовища, безпечними для людей з нормальним імунітетом.

У клінічній практиці не рекомендовано використовувати термін “СНІД”, критерієм якого відповідає ІV стадія ВІЛ-інфекції (згідно з класифікацією ВООЗ, 2006), оскільки термін “СНІД” може зумовити негативний емоційний вплив на хворого, крім того, концепція “СНІДу” як термінальної стадії імунodefіциту виявилася нечіткою в результаті успіхів АРТ. Визначення випадку СНІДу залишається основним інструментом для встановлення кінцевого критерію в клінічних дослідженнях та для епідеміологічної звітності, яка допомагає кількісно оцінити зростання епідемії ВІЛ-інфекції. Термін “СНІД” продовжує використовуватися для позначення пізньої стадії ВІЛ-інфекції поза межами медичної практики, а також може бути важливим при включенні хворих на ВІЛ-інфекцію у певні соціальні програми та для отримання пільг.

У світі епідемія ВІЛ-інфекції призвела до підвищення рівня захворюваності на туберкульоз. За даними ВООЗ, понад 8% нових випадків цієї хвороби у світі реєструють у ВІЛ-інфікованих. У країнах з обмеженими ресурсами туберкульоз суттєво впливає на структуру захворюваності та смертності. У ВІЛ-інфікованих дітей перебіг туберкульозу більш тяжкий, лікування цього захворювання ускладнюється взаємодією протитуберкульозних і АРВ-препаратів. Приблизно у 40% ВІЛ-інфікованих дорослих розвиваються злоякісні новоутворення.

Прогресування ВІЛ-інфекції супроводжується зниженням імунітету зі зменшенням кількості CD4⁺-лімфоцитів та активною вірусною реплікацією, показником якої є зростання ВН – кількості копій РНК ВІЛ в 1 мл плазми крові. Цей показник характеризує швидкість, з якою відбувається реплікація ВІЛ в організмі хворого.

Вірусне навантаження характеризується таким чином:

- менше 50 копій в 1 мл плазми крові – дуже низьке і невизначуване;
- 50–500 копій в 1 мл плазми крові – низьке;
- 500–5 000 копій в 1 мл плазми крові – середнє;
- 5 000–30 000 в 1 мл плазми крові – високе;
- понад 30 000 в 1 мл в плазми крові – дуже високе.

За класифікацією Центру з контролю захворюваності США (1993), виділяють такі імунологічні категорії хворих на ВІЛ-інфекцію (дорослих і дітей віком понад 5 років):

- ≥ 500 клітин у 1 мкл крові – немає імуносупресії;
- 200–499 клітин у 1 мкл крові – помірнa імуносупресія;
- ≤ 200 клітин у 1 мкл крові – тяжкa імуносупресія.

Прояви ВІЛ-інфекції у дітей. Основним шляхом інфікування ВІЛ дітей в Україні є зараження від ВІЛ-інфікованих матерів під час вагітності, пологів або годування груддю. Перебіг і основні прояви хвороби в цьому випадку істотно відрізняються від таких у дорослих [8, 9, 12, 22]. У 30% ВІЛ-інфікованих дітей прояви хвороби з'являються відразу. Нерідко захворювання може дуже швидко прогресувати. У такому разі важке порушення функції імунної системи розвивається на першому році життя дитини. Близько у 70% ВІЛ-інфікованих дітей захворювання прогресує повільно, важке порушення імунної системи розвивається у віці, старшому 5 років.

Збільшення лімфатичних вузлів є однією з ранніх ознак ВІЛ-інфекції у дітей. Лімфатичні вузли розміром з горошину і більше, як правило, не турбують дитину. Збільшення лімфатичних вузлів не пов'язано з гострими захворюваннями та зберігається протягом 3 міс. і більше. Збільшення розмірів печінки та селезінки часто спостерігають у дітей з ВІЛ-інфекцією і може призводити до збільшення розмірів живота дитини. Збільшення печінки, пов'язане з ВІЛ-інфекцією, як правило, не супроводжується появою жовтого забарвлення шкіри і склер.

Порушення темпів фізичного розвитку проявляється у тому, що сповільнюються темпи збільшення маси тіла і росту дитини. Це може бути пов'язано з частими інфекційними захворюваннями, які переносить дитина, з підвищеними, порівняно зі здоровими дітьми, енергетичними витратами у дитини з ВІЛ-інфекцією. Перенесені дитиною інфекційні захворювання призводять до порушення всмоктування поживних речовин. Погане харчування та догляд за дитиною є важливими соціальними причинами порушення фізичного розвитку дитини. Унаслідок перенесених гострих інфекційних захворювань маса тіла дитини може зменшитися. Швидке прогресування ВІЛ-інфекції призводить до повного припинення росту дитини. Порушення фізичного розвитку при прогресуванні ВІЛ-інфекції спричиняє розвиток синдрому виснаження (вастинг-синдрому), для якого характерні втрата понад 10% маси тіла, підвищення температури тіла і розлад випорожнення протягом 30 днів і більше.

Ураження шкіри часто спостерігають при ВІЛ-інфекції у дітей. Причиною їх може бути як алергія, так і різні інфекційні збудники (грибки, бактерії, віруси). Однією з ознак ВІЛ-інфекції у дітей є збільшення (припухлість) навколоушних слинних залоз. Цей стан зазвичай не супроводжується підвищенням температури тіла і хворобливістю.

Безпосередня дія ВІЛ на клітини нервової системи у дітей, як і у дорослих, зумовлює *розвиток ВІЛ-енцефалопатії*, яка у дітей віком до 2 років про-

являється відставанням у нервово-психічному розвитку (затримка набуття рухових і мовних навичок), а також можлива втрата вже набутих дитиною навичок. Про порушення росту головного мозку в цьому віці свідчить припинення збільшення розмірів голови, які визначають за величиною її окружності. У дітей більш старшого віку ВІЛ-енцефалопатія виявляється порушенням уваги, втратою або різким уповільненням розвитку інтелектуальних функцій.

Серед опортуністичних інфекцій у дітей найчастіше спостерігається пневмоцистна пневмонія, грибкові інфекції (кандидоз, криптококоз, кокцидіодоз) тощо. У дітей з ВІЛ-інфекцією пухлини зустрічаються рідше, ніж у дорослих. Саркома Капоші практично не зустрічається, але можуть розвиватися злоякісні лімфоми або лімфосаркоми.

Закономірності перебігу ВІЛ-інфекції у дітей як хронічного прогресуючого інфекційного захворювання відображені в класифікації ВООЗ (2006 р.), рекомендованій для використання в Україні (табл. 3).

Таблиця 3. Класифікація ВІЛ-інфекції у дітей (ВООЗ, 2006)

Клінічна стадія I
Безсимптомний перебіг захворювання
Персистуюча генералізована лімфаденопатія
Клінічна стадія II
Гепато- і спленомегалія
Папульозний сверблячий дерматит
Контагіозний молюск з поширеною висипкою
Оніхомікози
Рецидивні виразки у ротовій порожнині
Лінійна еритема ясен
Ангулярний хейліт
Збільшення привушних слинних залоз
Оперізувальний лишай
Рецидивні або хронічні інфекції верхніх дихальних шляхів, середній отит, оторея, синусит
Клінічна стадія III
Помірна немотивована гіпотрофія, яка не коригується стандартною терапією
Тривала (понад 14 днів) діарея невстановленого походження

Тривала гарячка (понад 1 міс.), інтермітуюча або постійна
Кандидоз ротової порожнини та глотки (крім новонароджених)
Волосиста лейкоплакія язика
Гострий некротичний виразковий гінгівіт/періодонтит
Легеневий туберкульоз
Тяжка рецидивна (ймовірно, бактеріальна) пневмонія
Хронічні захворювання легень, асоційовані з ВІЛ-інфекцією, в тому числі бронхоектази
Лімфоїдний інтерстиціальний пневмоніт
Гематологічні прояви – анемія (<80 г/л) та/або нейтропенія (<1×10 ⁹ /л) та/або тромбоцитопенія (<50×10 ⁹ /л) тривалістю понад 1 міс.
Клінічна стадія IV
Виснаження або значна гіпотрофія, яка не коригується стандартними методами лікування
Пневмоцистна пневмонія
Тяжкі рецидивні (ймовірно, бактеріальні) інфекції – емпієма, міозит (абсцес, флегмона), інфекції кісток та суглобів, менінгіт
Хронічна герпес-вірусна інфекція
Позалегеневий туберкульоз
Саркома Капоші
Кандидоз стравоходу
Токсоплазмоз ЦНС
ВІЛ-енцефалопатія
Цитомегаловірусна інфекція, ретиніт або ураження внутрішніх органів (у дітей віком 1 міс. і старших)
Позалегеневий криптококоз, у тому числі менінгіт
Дисеміновані мікози – позалегеневий гістоплазмоз, кокцидіоїдомікоз, пеніциліноз
Криптоспоридіоз
Ізоспороз
Дисеміновані інфекції, спричинені атипovими мікобактеріями
Кандидоз трахеї, бронхів або легень
Вісцеральні ураження, спричинені вірусом простого герпесу
Лімфома головного мозку або неходжкінська В-клітинна лімфома
Прогресуюча багатовогнищева лейкоенцефалопатія
ВІЛ-асоційовані кардіоміопатія або нефропатія

Як і в дорослих, основним методом оцінки стану імунної системи і визначення ступеня імуносупресії у дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію, є визначення кількості CD4⁺-лімфоцитів. Вікові зміни нормативних значень цього показника у дітей перших 6 років життя відбивають фізіологічні зміни стану імунної системи. Найбільш значні вікові зміни спостерігаються в абсолютній кількості CD4⁺-лімфоцитів. Їх відносна кількість змінюється з віком менше. Класифікація ступенів імуносупресії ВООЗ (2006) наведена у таблиці 4.

Таблиця 4. Класифікація імуносупресії при ВІЛ-інфекції у дітей (ВООЗ, 2006)

Ступінь імуносупресії при ВІЛ-інфекції	Значення CD4 ⁺ -лімфоцитів залежно від віку			
	до 11 міс. (%)	12–35 міс. (%)	36–59 міс. (%)	понад 5 років (в 1 мкл)
Незначний	понад 35	понад 30	понад 25	понад 500
Помірний	30–35	25–30	20–25	350–499
Виражений	25–30	20–25	15–20	200–349
Тяжкий	до 25	до 20	до 15	до 200 чи 15%

1.3. Принципи лікування ВІЛ-інфекції. Роль середніх медичних працівників у формуванні прихильності до високоактивної антиретровірусної терапії

Принципи лікування ВІЛ-інфекції. Основою медичного ведення ВІЛ-інфікованих, що дає змогу продовжити і поліпшити життя хворих, є АРТ. Ця терапія не знищує ВІЛ і не видаляє його з організму, а тільки перешкоджає його реплікації, тому ВІЛ-інфіковані повинні приймати АРВ-препарати протягом усього життя. Пожиттєве вживання таких препаратів трансформує ВІЛ-інфекцію з прогресуючої невиліковної смертельної недуги в хронічне захворювання [1].

Антиретровірусна терапія має вірусологічну, імунологічну, клінічну та епідеміологічну мету.

Вірусологічна мета полягає у максимально можливому пригніченні реплікації вірусу для того, щоб зупинити або уповільнити прогресування захворювання і запобігти або відстрочити резистентність ВІЛ до ліків.

Імунологічна мета – відновлення бо збереження імунітету – досягається у результаті зниження ВН.

Клінічна мета – збереження і подовження життя людини, зменшення рівня захворюваності, обумовленої порушенням імунітету, тобто опортуністичними інфекціями та СНІД-індикаторними захворюваннями, поліпшення якості життя.

Епідеміологічна мета – зниження частоти передачі ВІЛ при будь-яких контактах, зменшення соціальної напруги і подолання епідемії, тобто АРТ є невід’ємною складовою частиною ефективних стратегій профілактики ВІЛ-інфекції [1, 6, 13].

ВІЛ здатний дуже швидко видозмінюватися, пристосовуватися, виробляти стійкість до АРВ-препаратів, тобто у нього розвивається, так звана, резистентність до ліків. Для запобігання розвитку резистентності застосовують одночасно не менше трьох АРВ-препаратів. Таке лікування, що забезпечує пригнічення реплікації ВІЛ, називають ВААРТ.

Антиретровірусні препарати поділяють на 5 основних груп:

- нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ) – абакавір (ABC), діданозин (ddI), зидовудин (ZDV), ламівудин (ЗТС), ставудин (d4T) тощо;
- нунуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ) – невірапін (NVP), ефавіренз (EFV);
- інгібітори протеази (ІП) – нельфінавір (NFV), саквінавір (SQV), лопінавір/ритонавір (LPV/r) тощо;
- інгібітори фузії (ІФ) – енфувіртид (Т-20);
- інгібітори інтегрази (ІІ).

Перша і друга групи пригнічують дію ферменту зворотної транскриптази, що унеможливує перетворення РНК вірусу в провірусну ДНК. ІП блокують дію ферменту, який бере участь у формуванні зрілого вібріона та розщеплює протеїновий ланцюг на окремі білки. ІІ, блокуючи фермент, перешкоджають розділенню специфічних білків, що призводить до утворення дефектних вібріонів, нездатних інфікувати нові клітини. Активність ІП проти ВІЛ висока. Стійкість вірусу до ІП розвивається поступово. Групу ІФ, представником якої є Т-20, почали використовувати для лікування хворих у 2003 р. Дія препарату полягає у запобіганні злиттю оболонки вібріону та мембрани клітини-хазяїна. Недоліками енфувірту є висока ціна та парентеральний шлях введення. Препарат не зареєстрований в Україні. Остання група препаратів – ІІ застосовується у схемах ВААРТ з жовтня 2007 р. для лікування ВІЛ-інфікованих дорослих з множинною резистентністю до традиційних комбінацій ліків. Механізм дії цієї групи препаратів пов’язаний із блокуванням можливості включення подвійної спіралі провірусної ДНК з геномом клітини-хазяїна.

Антиретровірусну терапію призначають хворим за схемами. Схеми лікування – поєднання декількох АРВ-препаратів, які рекомендовані до застосування і призначені спеціалістами. Як і показання до початку лікування, схеми АРТ регламентовані національним клінічним протоколом. Національні протоколи лікування розробляють на підставі рекомендацій ВООЗ, що базуються на принципах доказової медицини, в яких відображено величезний міжнародний досвід. Також враховуються можливості держави закупувати певні препарати [6, 8, 12, 13].

До схем ВААРТ, як правило, включають 2 препарати групи НІЗТ та 1 препарат з групи ННІЗТ (2 НІЗТ + 1 ННІЗТ) або ІІ (2 НІЗТ + 1 ІІ).

Перед призначенням АРТ лікар аналізує можливу взаємодію вибраних АРВ-препаратів з лікарськими засобами, які вживає пацієнт у зв'язку з іншими захворюваннями, лікар також оцінює можливість поєднання ліків, щоб виключити вірогідність посилення токсичних реакцій або зниження ефективності специфічного лікування. Враховуючи поширення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих осіб, найчастіше аналізують взаємодію АРВ- та протитуберкульозних препаратів [10]. Ефективність схеми лікування визначається за клінічними, імунологічними та вірусологічними показниками. Ефективна ВААРТ у дорослих хворих сприяє значному поліпшенню стану хворих, підвищенню якості життя, поверненню можливості працювати. Про ефективність лікування ВІЛ-інфікованої дитини свідчать збільшення маси тіла і росту, поліпшення показників нервово-психічного розвитку, зменшення частоти інфекційних захворювань.

Основна причина неефективності АРТ – резистентність ВІЛ до ліків, яка дуже швидко розвивається при недотриманні режиму вживання ліків, зменшенні дози препарату; зниженні концентрації препарату в крові через нерівномірні інтервали в його вживанні, при порушенні всмоктування або підвищенні виведення препарату. При проведенні АРТ слід враховувати *принципи, які сприяють зниженню ризику розвитку резистентності до ліків:*

- уникати монотерапії;
- призначати тільки оптимальні дози препаратів;
- не знижувати дози препаратів через помірно виражені побічні дії;
- уникати припинення вживання одного або декількох препаратів на короткий період з подальшим відновленням їх використання (“канікули для ліків”);
- контролювати та оцінювати всі призначення лікарських засобів, які можуть взаємодіяти з АРВ-препаратами;

- не призначати ліки, які можуть знижувати рівень АРВ-препаратів у сироватці крові;
- контролювати і оцінювати виконання пацієнтом призначень.

Якщо виявлено неефективність схеми АРТ і ухвалено рішення про її заміну, відмінюють всі три АРВ-препарати і призначають три інші АРВ-препарати.

Контроль безпеки лікування – це виявлення побічних і токсичних ефектів АРВ-препаратів. Побічні дії АРТ класифікують як легкі, середньотяжкі та тяжкі. Легкі побічні дії (тимчасовий або легкий дискомфорт) незначно впливають на якість життя ВІЛ-інфікованих і не потребують звернення по медичну допомогу. Такими побічними реакціями є нудота і блювання, які виникають на початку вживання деяких АРВ-препаратів, наприклад ZDV, і зазвичай зникають через 4–6 тиж. Середньотяжкі побічні дії потребують заміни препарату, який найімовірніше викликав цю побічну реакцію, але не загрожують життю хворого. Тяжкі побічні дії, до яких відносять токсичний гепатит, панкреатит, лактатацидоз, синдром Стівенса–Джонсона тощо, потребують негайного припинення усіх АРВ-препаратів та надання хворому невідкладної допомоги з наступною заміною схеми АРТ на іншу, яка імовірно має менші подібні побічні реакції. Деякі побічні дії АРТ є косметичними (ліподистрофія) або підвищують ризик хронічних захворювань (серцево-судинна патологія, цукровий діабет) і потребують моніторингу показників жирового або вуглеводного обміну.

Прихильність до антиретровірусної терапії та її контроль. Прихильність до тривалого лікування – це не тільки суворе дотримання хворим призначеного лікарем режиму вживання лікарських засобів, але й створення умов для формування у хворого та його оточення відповідної повсякденної поведінки, яка сприятиме правильному вживанню ліків. Формування прихильності – це комплексний поведінковий стадійний процес. При ретельному дотриманні схеми лікування ймовірність досягнення стійкого контролю за вірусом зростає, що гарантує успіх лікування. У разі високої прихильності до АРТ також значно знижується рівень захворюваності та смертності, пов'язаної з ВІЛ.

Низький або недостатній рівень прихильності до лікування має негативні наслідки як для хворого, так і для надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим у країні, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, епідеміологічної ситуації. Недостатнє дотримання режиму лікування спричиняє вкрай несприятливі наслідки для ВІЛ-інфікованої особи: підвищує ймовірність негативного, з вірусологічної точки зору, наслідку, ризик швидкого набуття ВІЛ значної стійкості до ліків і ризик подальшого прогресування захворювання,

виникнення опортуністичних інфекцій або невиліковних станів з важкими наслідками, ускладнює терапію (більше таблеток, суворіші обмеження, частіше та складніше вживання доз, більше токсичних реакцій) і збільшує вартість подальшого лікування. Особливо небезпечною є погана прихильність вагітних до лікування, наслідком чого може стати передача дитині резистентних штамів вірусу. Тому консультування з питань прихильності до лікування є важливою складовою не тільки ведення АРТ у ВІЛ-інфікованих, але й профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

Важливими умовами формування прихильності до АРТ є віра в ефективність ліків, точне розуміння режиму вживання медикаментів, поінформованість про можливі побічні дії та шляхи їх подолання, розуміння взаємозв'язку між прихильністю до лікування і можливим розвитком неефективності терапії.

Контроль прихильності до лікування включає облік призначених до вживання і вжитих хворим АРВ-препаратів. Оцінити дотримання режиму АРТ кількісно можна за формулою:

$$(A-B): A \times 100\%;$$

де A – число таблеток, які дитина повинна була вжити за 4 тижні,

B – число таблеток, які вона не прийняла за 4 тижні.

В ідеалі цей показник має дорівнювати 100%. На практиці понад 95% вживання препаратів вважається задовільним. При дотриманні режиму вживання препаратів менше ніж на 80% ВІЛ виробляє лікарську резистентність. Контроль дотримання режиму АРТ включає оцінку часу вживання ліків. Для утримання терапевтичної концентрації ліків у сироватці крові слід приймати препарати у чітко визначений час доби. При нерівномірних інтервалах між вживанням ліків їх концентрація в сироватці крові коливається, що може спричинити розвиток резистентності до ліків.

Контроль дотримання правил АРВ-терапії включає оцінку виконання всіх рекомендацій та умов. Недотримання рекомендацій щодо вживання їжі може істотно змінити всмоктування АРВ-препаратів, знизити їх біодоступність і призвести до зменшення концентрації препарату у сироватці крові. Необхідно оцінювати виконання рекомендацій за часом вживання їжі та ліків.

Контроль безпеки лікування включає виявлення побічних і токсичних дій АРВ-препаратів. До і під час АРТ слід інформувати дорослих пацієнтів або членів сім'ї ВІЛ-інфікованих дітей про те, які порушення в стані хворого можуть виникнути, яку допомогу необхідно надати вдома, і в якому разі потрібно негайно звернутися до лікаря.

Слід зазначити, що всі АРВ-препарати на початку лікування можуть викликати нудоту, блювання, діарею (пронос), але через 4–6 тиж. ці побічні реакції ліків зазвичай зникають.

Ступінь тяжкості побічних дій ліків може бути різним. Тимчасовий або легкий дискомфорт, який не порушує рухової активності дитини, не потребує медичного втручання. При порушенні (обмеженні) активності хворого легкого або середнього ступеня тяжкості слід звернутися до медичного працівника. Значне обмеження активності хворого і стани, які загрожують життю, потребують негайного надання медичної допомоги та госпіталізації. До таких станів відносять важку алергічну реакцію, гострий панкреатит, токсичний гепатит, периферичну нейропатію важкого ступеня тощо.

При виникненні тяжких ускладнень і таких, що загрожують життю і здоров'ю хворих, препарат (препарати) слід негайно відмінити, а пацієнта госпіталізувати для проведення інтенсивної терапії. Якщо ухвалено рішення відмінити АРВ-препарат, який спричинив токсичну реакцію тяжкого ступеня, а замінити його на інший препарат неможливо за станом здоров'я хворого або у зв'язку з організаційними причинами, то відміняють вживання усіх трьох препаратів. Знижувати дозу АРВ-препаратів або відмінити лише один препарат не можна.

Коли хворому буде надано допомогу і стан його нормалізується, АРТ слід продовжити; АРВ-препарат, який викликав токсичну реакцію, замінити на інший, а вживання двох інших препаратів (які не викликали побічних дій) відновлять.

Роль середніх медичних працівників у формуванні прихильності до антиретровірусної терапії та контроль безпечності лікування. За даними наукових досліджень, провідну роль у контролі ефективності та безпеки лікування, а також у формуванні прихильності до АРТ мають виконувати середні медичні та соціальні працівники. Медичні сестри, які ведуть облік лікарських засобів, безпосередньо контактують з хворими або батьками хворих дітей під час отримання ліків, мають проводити кількісну оцінку прихильності до АРТ. Підготовку до лікування та кожне отримання АРВ-препаратів слід супроводжувати якісним консультуванням з питань прихильності до АРТ, а також з питань запобігання появі нетяжких побічних реакцій або полегшення їх проявів. Такий підхід дасть змогу значно підвищити якість проведення АРТ, своєчасно виявити ранні ознаки поганої прихильності до лікування і розвитку токсичної дії препаратів. Він сприятиме встановленню основних бар'єрів прихильності та пошуку шляхів їх усунення.

1.4. Роль нетрадиційної терапії при медичному веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів

Використання АРТ трансформувало ВІЛ-інфекцію у хронічний процес, проте це захворювання залишається невиліковним. Така ситуація спонукає пацієнтів звертатися до нетрадиційної медицини – методів і засобів лікування, які не вважаються частиною офіційної медицини.

Традиційна медицина – це науково обґрунтована практична медицина, яка включає систему знань з профілактики, діагностики та лікування хвороб. Вона заснована на даних науково-технічного прогресу, пов'язана з експериментом, у результаті якого розробляються науково обґрунтовані концепції, гіпотези чи теорії.

Нетрадиційна медицина включає підходи до попередження та лікування хвороб людини, що ґрунтуються не стільки на вивченні причин і механізмів хвороби, скільки на оцінці її проявів. При цьому відомо, що більшість нетрадиційних підходів сягають корінням у глибину століть і насправді якраз є традиційними щодо сучасної медицини, яка з'явилася відносно недавно.

Принципові відмінності між традиційною та нетрадиційною медициною полягають у тлумаченні понять “здоров'я” і “хвороба”. *У традиційній медицині здоров'я – це відсутність хвороби.* Будь-яка хвороба має матеріальну основу і супроводжується специфічними анатомічними та фізіологічними змінами; діагностика захворювань базується на виявленні морфологічних, біохімічних, імунологічних чи інших змін. Схожі патологічні процеси мають однаковий перебіг у різних пацієнтів, а терапевтичні дії у різних пацієнтів повинні приводити до схожого результату. *Згідно з концепцією нетрадиційної медицини, здоров'я – це баланс внутрішнього стану організму з навколишнім середовищем.* Хвороба – це прояв дисбалансу внутрішнього стану організму і навколишнього середовища. Діагностування захворювання має менше значення, ніж виявлення дисгармонії. Підхід до лікування має бути індивідуальним. Лікувати потрібно не хворобу, а людину. Слід допомогти людині відновити баланс і гармонію.

Нетрадиційна медицина може бути альтернативною або компліментарною (додатковою) щодо традиційної медицини. *Альтернативні медичні системи* – це впорядковані медичні концепції з власною теоретичною базою, своїми методами та інститутами. До них відносяться гомеопатія та натуропатія, що виникли в західній культурі, а також системи східної медицини, такі як аюрведа, що застосовувалася в Індії вже 5000 років тому, і китайська медицина, що включає акупунктуру та фітотерапію. *Компліментарна медицина*

використовується разом з традиційною. Методи уявної дії включають медитацію, лікування молитвами чи інші методи духовного цілительства, методи візуалізації, музичну терапію. Біологічні методи використовують природні речовини, такі як трави, вітаміни, харчові добавки, продукти, а також нетрадиційні методи використання звичайних фармакологічних засобів. Маніпуляційні методи також відомі як тілесна терапія, включають хіропрактику, масаж, ручний лімфодренаж, а також краніосакральну терапію. Енергетичні методи направлені на використання енергетичних полів і включають рейки, акупресуру, цілюще торкання та дію біоелектричними полями.

Здебільшого немає наукових доказів ефективності методів нетрадиційної медицини. Складно організувати їх плацебо-контрольовані дослідження. Дуже важко стандартизувати чи “дозувати” нетрадиційні методи лікування. Так, наприклад, важко дотримуватися точних концентрацій активних інгредієнтів у трав’яних засобах і харчових добавках, стандартизувати маніпуляційні методи або методи уявної дії.

ВІЛ-інфіковані люди звертаються до компліментарних та альтернативних методів терапії набагато частіше, ніж загальна популяція. Відомо, що 40–70% хворих на ВІЛ-інфекцію використовують які-небудь нетрадиційні методи лікування. Це зумовлено багатьма причинами, серед яких важливу роль поряд із невиліковністю відіграють тривалість захворювання, бажання пацієнтів поліпшити самопочуття, зменшити психологічний стрес. Звертання до нетрадиційних методів лікування також спричинене стигматизацією та дискримінацією у суспільстві (інколи й у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ)), значною кількістю суперечливих публікацій у засобах масової інформації, що ставлять під сумнів існування ВІЛ-інфекції/СНІДу і можливість або необхідність традиційного лікування цього захворювання.

Найгірша ситуація складається, коли ВІЛ-інфікована людина довго не звертається по традиційну медичну допомогу, використовує нетрадиційні методи лікування і з’являється до лікувального закладу лише у розвинутій стадії хвороби, коли на тлі тяжкого імунodefіциту розвиваються опортуністичні інфекції або СНІД-індикаторні пухлини, що призводять до незворотних змін в організмі. Пацієнти, які перебувають на медичному обліку в центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, також використовують методи нетрадиційної медицини. Найбільш часто звертаються до нетрадиційних методів лікування хворі з тривалим стажем ВІЛ-інфекції, з ознаками прогресування захворювання за умови негативного досвіду АРТ. Жінки використовують такі методи лікування частіше за чоловіків. Рівень освіти і доходів прямо пропорційний частоті звернення до нетрадиційних методів лікування.

За даними досліджень, у третині випадків медичні спеціалісти не знають про використання їхніми пацієнтами таких методів лікування, хоча при цьому майже чверть хворих використовують методи лікування з високим потенційним ризиком розвитку побічних реакцій або такі методи, які знижують ефективність традиційного лікування. Причини, чому пацієнти не інформують медичних працівників про використання нетрадиційних методів лікування, полягають у відсутності серед представників традиційної медицини інтересу і знань щодо нетрадиційних методів лікування, а також у відсутності розуміння про можливу користь або потенційну шкоду таких методів лікування.

При роботі з ВІЛ-інфікованими пацієнтами дуже важливо створити оптимальну модель взаємин медичного фахівця і пацієнта для пошуку оптимальної комбінації традиційних і нетрадиційних підходів до лікування ВІЛ-інфекції, що призведе до задоволення потреб і бажань пацієнта. Медичні працівники мають обговорювати з пацієнтами питання нетрадиційного лікування, тому що інформація про ефективність та безпеку таких методів може бути неправдивою. Ймовірна причина звернення пацієнта до альтернативної медицини іноді полягає у недостатності інформації про можливості та успіхи традиційної медицини. Крім того, компліментарні методи лікування можуть посилювати побічні дії або знижувати ефективність традиційної терапії.

При обговоренні лікування хворого на ВІЛ-інфекцію слід базуватися на таких положеннях: 1) АРТ – це єдина можливість трансформувати ВІЛ-інфекцію з неминуче смертельного захворювання у хронічний процес; 2) додаткові методи лікування слід спрямовувати на збереження імунітету, поліпшення психологічного стану пацієнта, симптоматичне лікування ВІЛ-асоційованих станів, подолання побічних реакцій традиційного лікування; 3) додаткові методи лікування не повинні знижувати ефективність АРВ-препаратів; 4) призначати і проводити нетрадиційне лікування має висококваліфікований фахівець, який обізнаний щодо позитивного ВІЛ-статусу пацієнта і особливостей цього захворювання.

ВІЛ-інфіковані пацієнти найчастіше використовують фітотерапію, харчові добавки, акупунктуру, масаж, методи хіропрактики та уявної дії.

Препарати фітотерапії при ВІЛ-інфекції можуть поліпшити загальний стан пацієнта, сприяти купуванню болю і безсоння, зменшенню проявів захворювання, таких як нудота, діарея та деякі ураження шкіри. Відвари, настої та екстракти трав можуть використовуватися для зовнішнього місцевого застосування при ВІЛ-інфекції. Є обмежені дані про противірусний ефект компонентів екстракту китайського огірка (*Trichosanthes kirilowii*), гіркої дині (*Momordica charantia*), жовтого пігменту куркумового кореня (*Curcuma longa* L.), проте їх взаємодію з АРВ-препаратами не вивчено. Відомо про противірусний ефект

екстракту звіробою (*Hypericum traquethrifolium*, St. John's wort), проте доведено, що ця речовина знижує ефективність ПІ, тому її не призначають пацієнтам, які приймають ВААРТ. Крім звіробою, *Echinacea*, часник, *Ginkgo biloba*, женьшень також можуть знижувати ефективність або підвищувати токсичність АРВ-препаратів. Вивчено вплив екстрактів деяких трав (європейська омела – *Viscum album*, сибірський женьшень – *Eleutherococcus senticosus*, *Aloe Vera*) на імунну систему та можливість збільшувати рівень CD4⁺-лімфоцитів. З точки зору доказової медицини, їх ефективність для лікування ВІЛ-інфекції не доведена. При цьому слід розуміти, що використання імуностимуляторів при ВІЛ-інфекції може сприяти короточасному поліпшенню стану пацієнта з подальшим швидким прогресуванням захворювання. Це пояснюється збільшенням числа клітин, які починають реплікацію ВІЛ, тобто призводять до збільшення вірусного навантаження в організмі та подальшого інфікування і руйнування CD4⁺-лімфоцитів. Тому використання імуностимуляторів при ВІЛ-інфекції, як правило, не рекомендується.

Використання невітамінних харчових добавок при ВІЛ-інфекції також пов'язано з ризиком негативного впливу. Дія багатьох компонентів цих добавок на природний перебіг ВІЛ-інфекції або на ефективність традиційного лікування не вивчена. Доведено лише ефективність застосування харчової добавки насичених жирних кислот Omega 3 (риб'ячий жир) для зменшення побічної дії ПІ – гіперліпідемії. При цьому зазначається про необхідність дотримання дієти та застосування інших ліпідознижувальних препаратів (статинів).

У розвинутій стадії ВІЛ-інфекції виявлено зниження рівня жиророзчинних вітамінів (А, D, Е), а зниження рівня водорозчинних вітамінів групи В не встановлено. Доведено, що призначення вітаміну А ВІЛ-інфікованим вагітним зменшує ризик трансмісії ВІЛ дитині та знижує смертність матерів і дітей. Встановлено, що вітамінотерапію та добавки мікроелементів доцільно призначати для лікування виснаження і при порушенні всмоктування живильних речовин. Вітаміни групи В використовують для лікування периферичної невропатії, але їх не доцільно призначати для лікування анемії, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією. Є обмежені дані про можливість взаємодії вітаміну С і АРВ-препаратів.

З точки зору доказової медицини, не доведено ефективність гомеопатичних препаратів при лікуванні ВІЛ-інфекції, а також їх взаємодію з АРВ-препаратами.

Маніпуляційні методи, такі як масаж, мануальна терапія, рефлексотерапія, акупунктура, широко використовують для купірування болю, пов'язаного з ВІЛ-інфекцією або призначенням АРВ-препаратів (наприклад, перифе-

рична невротія). Встановлено, що масаж поліпшує психологічний стан пацієнтів, нервово-психічний розвиток дітей. Акупунктуру широко використовують для лікування залежності від наркотичних речовин, тютюну, алкоголю. Слід зазначити, що акупунктура є інвазивним методом, тому при його застосуванні слід дотримуватися правил профілактики передачі ВІЛ через біологічні рідини. Успіх застосування маніпуляційних методів, у тому числі й при ВІЛ-інфекції, залежить від правильності вибору варіанта лікування, компетентності та майстерності фахівця.

Методи уявної дії (йога, медитація, релаксація, візуалізація тощо) сприяють нормалізації психологічного стану, зменшенню тривожності, депресії, поліпшенню апетиту, а також самопочуття пацієнтів. Такі методи успішно використовують для лікування шкідливих звичок, відмова від яких також покращує стан здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнтів та підвищує прихильність до ВААРТ. Отримано обмежені дані про поліпшення показників імунітету на фоні використання ВААРТ і різних методів уявної дії.

1.5. Універсальні запобіжні заходи і безпечна організація праці медичних сестер. Роль програм інфекційного контролю в організації роботи акушерського стаціонару для запобігання інфекціям, які передаються через кров

Універсальні заходи безпеки спрямовані на зниження ризику зараження медичних працівників та пацієнтів інфекціями, які передаються через кров та інші біологічні рідини. Оскільки неможливо виявити усіх інфікованих патогенними мікроорганізмами, що передаються через кров, захист медичних працівників і пацієнтів повинен базуватись на концепції, відповідно до якої, всі медичні працівники та пацієнти вважаються інфікованими. Кров та інші біологічні рідини необхідно вважати інфекційно небезпечними, тому при роботі з ними слід дотримуватись заходів безпеки. Медичні співробітники повинні обов'язково дотримуватись універсальних заходів захисту від інфекцій, що передаються через кров та інші біологічні рідини, при роботі з пацієнтами незалежно від віку, соціального статусу або належності пацієнта до певної групи, наявності проявів захворювання чи даних про ВІЛ-статус.

За рекомендаціями ВООЗ [18], до універсальних заходів безпеки належать:

- миття рук з милом до та після маніпуляцій;
- у разі безпосереднього контакту з кров'ю та іншими біологічними рідинами використання захисних засобів – рукавичок, халатів і фартухів, які не промокають, засобів захисту обличчя та очей (маски, окуляри, екрани);

- дезінфекція інструментів і обладнання, яке може бути забруднене біологічними рідинами;
- правильне збирання та обробка забрудненого м'якого інвентарю;
- використання тільки одноразових голوک і шприців;
- термінова утилізація голوک (не надягаючи на них захисний ковпачок), покладених після використання у тверді вологонепроникні контейнери (не допускаючи їх переповнення), які герметично закриваються.

Загальні відомості про ризик професійних контактів зі збудниками, що передаються через кров. Контакти з кров'ю є однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я у світі. Для медичних працівників і пацієнтів закладів охорони здоров'я великою небезпекою є контакти зі збудниками, що передаються через кров. Відомо понад 20 різних збудників, які передаються парентеральним шляхом. Найбільш небезпечними є віруси гепатитів В і С, ВІЛ, що можуть передаватись з кров'ю та іншими біологічними рідинами на всіх стадіях розвитку хвороби. Професійний ризик зараження цими збудниками досить високий (табл. 5).

Таблиця 5. Ризик інфікування збудниками, що передаються через кров, залежно від вірусного навантаження в крові

Збудник	Кількість копій генетичного матеріалу вірусу в 1 мл крові	Ризик передачі у разі однократного уколу голкою
Вірус гепатиту В	100–1 000 000 000	6–30% (1/5)
Вірус гепатиту С	10–1 000 000	3–6% (1/20)
ВІЛ	10–10 000	0–0,3% (1/300)

На сучасному етапі існує тільки два методи зниження ризику інфікування внаслідок контакту з ВІЛ: післяконтактна профілактика (ПКП) і ППМД.

Професійний контакт з ВІЛ – це контакт з кров'ю та іншими біологічними секретами внаслідок попадання їх під шкіру, на слизові оболонки та на пошкоджену шкіру при виконанні службових обов'язків. Професійний контакт можливий у медичних працівників та людей деяких інших професій, наприклад у працівників служб порятунку тощо.

Крім контактів, пов'язаних з професійною діяльністю, в закладах охорони здоров'я можуть спостерігатися інші небезпечні внутрішньолікарняні контакти з ВІЛ. *Випадкове внутрішньолікарняне інфікування пацієнта ВІЛ* може бути за трьома сценаріями:

- від ВІЛ-інфікованого медичного працівника, який проводить інвазивні процедури, але не знає про свій ВІЛ-статус;
- під час неінвазивних процедур, що проводить ВІЛ-інфікований медичний працівник (наприклад, у нього виникла носова кровотеча або пацієнт наносить йому фізичне ушкодження);
- випадкове використання для інвазивних процедур контамінованого інструменту або матеріалу.

Інвазивними називають втручання, при проведенні яких існує ризик контакту між кров'ю медичного працівника і пацієнта. До них відносять хірургічні, гінекологічні, стоматологічні втручання. Медичний працівник, який знає, що він ВІЛ-інфікований, не повинен проводити інвазивні втручання.

Ризик зараження ВІЛ при одноразовому контакті з кров'ю залежить від форми контакту та кількості небезпечного матеріалу: у разі поранення шкіри гострим інструментом – 0,23% (0,00–0,46%); при контакті зі слизовими оболонками – 0,09% (0,006–0,5%). Підвищують ризик інфікування: глибоке (внутрішньом'язове) ушкодження; поранення, при якому забруднений інструмент потрапляє у кровоносну судину; поранення порожнинною голкою; у пацієнта – ймовірного джерела інфікування – високий рівень ВН. Ризик зараження через ушкоджену шкіру точно не визначений, але вважається, що він значно нижчий, ніж при контакті крові зі слизовими оболонками. Ризик професійного інфікування у разі контакту з іншими біологічними рідинами або тканинами також не встановлений, але він вірогідно нижчий, ніж при контакті з кров'ю. Потенційно небезпечними вважають біологічні рідини, що містять видимі домішки крові. Ризик передачі ВІЛ через спинномозкову, синовіальну, плевральну, перитонеальну, перикардіальну та амніотичну рідини невідомий. Сперма та вагінальні секрети не відіграють особливого значення в передачі ВІЛ від пацієнтів медичним працівникам. Кал, виділення з носової порожнини, слина, мокрота, піт, слюзи, сеча та рвотні маси вважаються безпечними, якщо вони не містять видимих домішок крові.

Ризик зараження при однократному контакті з джерелом ВІЛ у цілому оцінюється як низький, але він різниться залежно від форми контакту (табл. 6).

Таблиця 6. Розрахований ризик інфікування ВІЛ при різних типах одноразового контакту

Форма контакту	Ризик	
	на 10 000 контактів з джерелом ВІЛ	%
Переливання крові	9 250	92,5
Використання спільних голівок і шприців для введення наркотиків	80	0,80
Через шкірний укол голкою	30	0,30
Контакт зі слизовою оболонкою	10	0,10
Вагінальний статевий контакт (жінки)	1–15	0,01–0,15
Вагінальний статевий контакт (чоловіки)	50	0,05

Якщо відомо, з чиєю кров'ю або іншим біологічним матеріалом відбувся контакт, цій людині пропонують провести обстеження на ВІЛ. При обстеженні особи, яка є джерелом можливого зараження, слід дотримуватись таких правил: отримати інформовану згоду на тестування; провести дотестове і післятестове консультування; у разі позитивного результату направити пацієнта на відповідне консультування, лікування та в служби підтримки. Якщо людина, яка є джерелом можливого зараження, не відома або її неможливо обстежити, рекомендується обстежити матеріал, з яким відбувся контакт (кров, тканини тощо). Визначення ВІЛ-статусу джерела потенційного інфікування ВІЛ проводять якнайшвидше (найближчими годинами) після контакту (незалежно від того, відбувся він на робочому місці чи ні).

Якщо результат визначення антитіл до ВІЛ методом імуноферментного аналізу (ІФА) неможливо отримати протягом 24–48 год., краще провести експрес-тест на антитіла до ВІЛ. Позитивний результат ІФА або експрес-тесту з високою вірогідністю підтверджують ВІЛ-інфекцію і є підставою для початку ПКП; негативний результат виключає наявність антитіл до ВІЛ.

Надання першої допомоги після випадкового контакту з ВІЛ (за рекомендаціями ВООЗ, 2006 р.). Перша допомога після можливого контакту з ВІЛ – це невідкладні дії, мета яких полягає у скороченні часу контакту з інфікованими біологічними рідинами (у тому числі з кров'ю) та зменшенні кількості потрапляння в організм постраждалого інфікованої рідини.

Порядок дій при пораненні голкою або іншим гострим інструментом:

- відразу промити ушкоджене місце з милом;
- потримати поранену поверхню під проточною водою (декілька хвилин або поки кровотеча не припиниться), щоб кров вільно витікала з рани;
- якщо немає проточної води, обробити ушкоджене місце дезінфікуючим гелем або розчином для миття рук;
- не рекомендується використовувати сильнодіючі засоби: спирт, відбілюючі рідини, йод, оскільки вони можуть спричинити подразнення рани та погіршити її стан;
- не рекомендується тиснути або терти ушкоджене місце;
- не рекомендується відсмоктувати кров з рани, яка залишилась після уколу.

Порядок дій при розбризкуванні крові або інших біологічних рідин з потраплянням їх на шкіру:

- терміново промити забруднену ділянку;
- якщо немає проточної води, обробити ділянку гелем або розчином для миття рук;
- не рекомендується використовувати сильнодіючі засоби: спирт, відбілюючі рідини, йод, оскільки вони можуть подразнювати уражену поверхню;
- можна використовувати слабкі дезінфікуючі розчини, наприклад, 2–4-процентний розчин хлоргексидину глюконату;
- не рекомендується терти або зішкрібати місце контакту;
- не потрібно накладати пов'язку.

Порядок дій при розбризкуванні крові або інших біологічних рідин з потраплянням їх в око:

- відразу промити око водою або фізіологічним розчином: доцільно сісти, закинувши голову назад, та попросити колегу обережно лити воду або фізіологічний розчин на око так, щоб вода потрапляла за повіки, обережно потягуючи їх час від часу;
- не знімати контактні лінзи під час промивання, оскільки вони утворюють захисний бар'єр; після промивання очей контактні лінзи потрібно обробити як звичайно; після чого вони безпечні для подальшого застосування;
- не рекомендується промивати очі з милом та дезінфікуючими розчинами.

Порядок дій при розбризкуванні крові або інших біологічних рідин з потраплянням їх на слизові оболонки порожнини рота:

- терміново виплюнути рідину, яка потрапила в порожнину рота;

- ретельно прополоскати порожнину рота водою або фізіологічним розчином та знову виплюнути; повторити полоскання декілька разів;
- не рекомендується використовувати мило та дезінфікуючі розчини.

Організація заходів післяконтактної профілактики. ПКП включає медичні заходи, спрямовані на попередження розвитку інфекції після ймовірного контакту з патогенними збудниками. Щодо ВІЛ-інфекції – це означає надання широкого спектра послуг, які включають першу допомогу, консультування та оцінку ризику, тестування на ВІЛ після отримання інформованої згоди та надання профілактичного курсу АРТ з наступним спостереженням за постраждалими.

Заходи ПКП мають входити до державної програми боротьби з ВІЛ-інфекцією та захисту здоров'я медичного персоналу і надання допомоги жертвам сексуального насильства.

В усіх ЛПЗ ведеться форма 108-о “Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом”. Відповідальність за ведення вказаного журналу та обов'язок проводити співбесіди з медперсоналом про загрозу інфікування покладають на керівника закладу або голову комісії інфекційного контролю. Аварією слід вважати укули, порізи, забруднення слизових та шкірних покривів кров'ю та іншими біологічними рідинами. Реєстрація аварій проводиться у встановленому порядку за добровільною згодою потерпілого.

Після проведення в установленому порядку реєстрації аварії потерпілому пропонують (за його згодою) обстежитися на наявність антитіл до ВІЛ. Уперше кров для тестування за кодом 115 (медичний контакт) відбирається безпосередньо після аварії, але не пізніше 5 днів. Позитивний результат свідчить про те, що працівник інфікований ВІЛ раніше і аварія не є причиною зараження. Якщо результат негативний, то наступне тестування має проводитися через 1, 3 і 6 міс. після контакту.

Якщо аварія відбулася під час роботи з біоматеріалом, про який заздалегідь було відомо, що він інфікований ВІЛ, то потерпілому співробітнику забороняється здавати донорську кров (тканини, органи). Потерпілому проводиться термінова АРВ-профілактика (за його згодою). Це бажано зробити якнайшвидше, але не пізніше 72 год. після факту пошкодження. При появі у постраждалого симптомів гострої ВІЛ-інфекції, незалежно від давності контакту, необхідно провести прямий тест на ВІЛ (визначення генетичного матеріалу ВІЛ).

Слід обстежити постраждалого і виявити стани, захворювання та вживання лікарських засобів, які можуть впливати на вибір препаратів для ПКП (наприклад, вагітність, вигодовування грудним молоком тощо). Доцільно провести лабораторні дослідження, результати яких допоможуть своєчасно виявити побічні реакції ПКП (загальний аналіз крові, визначення біохімічних показників функцій печінки та нирок, серологічні тести на віруси гепатитів С і В, тест на вагітність). Потерпілому також рекомендують користуватися презервативами при статевих контактах упродовж 6 міс.

У деяких ситуаціях контакту з біологічними рідинами *немає показань до АРВ-профілактики*: у разі потрапляння небезпечної біологічної рідини на неушкоджену шкіру; у разі контакту з безпечною біологічною рідиною (кал, слюна, сеча, піт, інша безпечна рідина, що не містить домішок крові); у разі контакту з біологічними секретами людини, про яку відомо, що її кров не містить антитіл до ВІЛ, за винятком тих, у кого є високий ризик недавнього інфікування (період “серонегативного вікна”); а також якщо з моменту контакту пройшло понад 72 години. Остаточне рішення щодо призначення АРВ-профілактики приймається на основі оцінки ризику контакту з урахуванням часу та інших факторів.

У всіх закладах охорони здоров’я необхідно надавати ПКП. Вона має входити до стандартних заходів попередження небезпечних контактів з інфекційними агентами на робочому місці та бути доступною. Важливою частиною консультування повинна бути психологічна підтримка особі, яка контактувала з потенційним джерелом зараження ВІЛ. У разі необхідності слід направити постраждалого до відповідних спеціалістів.

Післяконтактну АРВ-профілактику слід розпочати протягом декількох годин після контакту, найкраще – через 2 год., однак не пізніше 72 год.

Оптимальну тривалість ПКП встановили на підставі результатів наукових досліджень при вивченні ризику інфікування у осіб після професійних контактів, а також в експериментах на тваринах. Дослідження довели ефективність 4-тижневого курсу ZDV, тому ПКП призначають на 4-му тижні.

При виборі схеми АРВ-профілактики враховують історію специфічного лікування особи, яка є джерелом можливого зараження, а також стан здоров’я потерпілого.

Основна двокомпонентна схема АРВ-профілактики складається з двох НІЗТ: ZDV 300 мг + ЗТС 150 мг (або комбівір) по 1 табл. двічі на добу. Альтернативна схема АРВ-профілактики: TDF 300 мг + d4T 40 мг або ЗТС 150 мг двічі на добу.

Основна трикомпонентна схема АРВ-профілактики включає 2 НІЗТ і 1 ПІ: ZDV 300 мг + 3ТС 150 мг + LPV/г 400/1000 мг двічі на добу. Альтернативна АРВ-профілактика: ZDV 300 мг+ 3ТС 150 мг (або комбівір) + SQV/г 1000 /100 мг двічі на добу.

Деякі АРВ-препарати не рекомендують використовувати для ПКП у зв'язку з побічними діями та можливим розвитком тяжких ускладнень; до них відносять: АВС, комбінацію ddI і d4Т, NVP.

Роль програм інфекційного контролю в організації роботи акушерського стаціонару для запобігання інфекціям, які передаються через кров. Програма інфекційного контролю включає дотримання заходів безпеки з метою профілактики професійних і внутрішньолікарняних інфікувань.

Найчастіше контакти з кров'ю на робочому місці у медичних працівників відбуваються у разі уколів гострими інструментами та забрудненими голками. Останнє можливо при надяганні ковпачка на голку, її очистці, неправильному збиранні, зберіганні та утилізації.

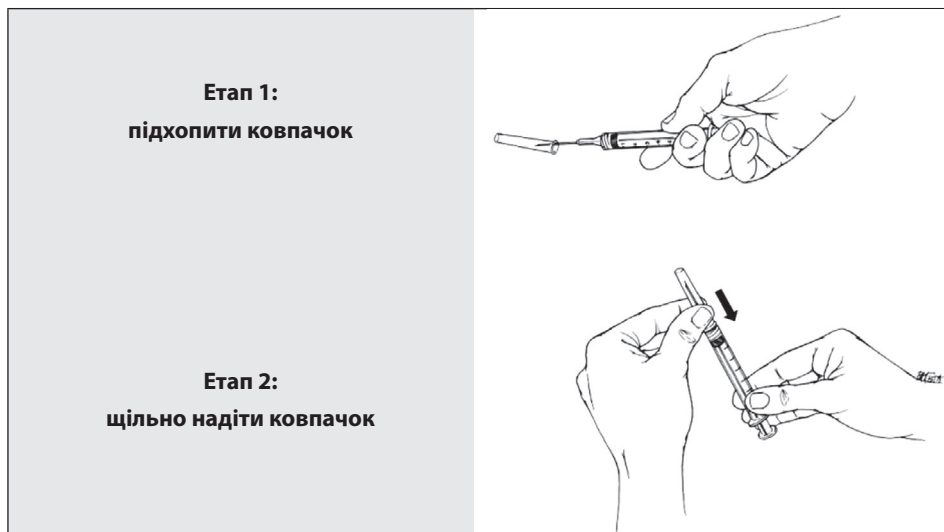
Рекомендації щодо використання стерильних шприців для ін'єкцій:

- використовувати стерильні шприци та голки для кожного пацієнта і для кожної ін'єкції;
- використовувати лише нові разові шприци з голками;
- не надівати ковпачок на голку руками та не проводити інших маніпуляцій з використаними голками; надівати ковпачок однією рукою, використовуючи “ковшову” методику (рис. 2);
- відразу на місці ін'єкції складати шприци та голки у жорсткі вологонепроникні контейнери, герметично їх закривати, не чекаючи заповнення останнього;
- утилізувати та зберігати гострі голки та шприци таким чином, щоб ніхто не міг їх використовувати, а також щоб запобігти забрудненню ґрунтових вод.

Надягання ковпачка на голку (“ковшова методика”, рис. 2). Надягати ковпачок на голку слід однією рукою:

- покласти ковпачок на тверду рівну поверхню;
- тримаючи шприц у руці, голкою підняти ковпачок (етап 1);
- надівши на голку ковпачок, підняти шприц голкою вверх (вертикально);
- вказівним і великим пальцями другої руки взяти ковпачок та щільно надіти його на канюлю (місце з'єднання голки зі шприцем; етап 2).

Рис. 2. Надівання ковпачка на голку (“ковшова методика”)



Правила безпечної поведінки з гострими інструментами:

- завжди тримайте інструмент гострим кінцем від себе і тих, хто поруч;
- не подавайте гострі інструменти (скальпелі, голки тощо), а покладіть їх на іншу плоску поверхню, столик (“нейтральне поле”), щоб інша особа безпечно могла їх взяти;
- беріть гострі інструменти по-одному, а не одночасно.

Контейнери для гострих інструментів. Використання контейнерів для гострих інструментів дає змогу уникнути поранення ними. Якщо немає щільних вологонепроникних контейнерів, інструменти можна складати у банки з кришками, пляшки з товстого пластику, коробки з пластику, щільні картонні коробки. Всі контейнери необхідно підписати “Для гострих інструментів”. Обов’язково мають бути інструкції щодо їх використання та утилізації. Для зручності у роботі рекомендується розміщувати контейнери на стіні. У разі заповнення на $\frac{3}{4}$ слід герметично закрити контейнер.

Миття рук. Для зниження ризику передачі збудників інфекцій, які передаються через кров, медичному персоналу необхідно правильно мити руки. Миття рук звичайним милом та водою – один з найефективніших методів профілактики інфекцій та боротьби щодо їх поширення. Рекомендується мити руки з водою і милом, потираючи їх під струменем води не менше 15 с. Мити руки рекомендується до: надягання рукавичок; огляду пацієнта; будь-якої процедури, при якій можливий контакт з кров’ю або біологічними

рідинами; маніпуляцій із забрудненими інструментами та матеріалами (наприклад пов'язками); вживання їжі. Мити руки рекомендується після: зняття рукавичок; огляду пацієнта; будь-якої процедури, при якій був контакт з кров'ю або біологічними рідинами; маніпуляцій із забрудненими інструментами та матеріалами (наприклад пов'язками); контакту з біологічними рідинами, слизовими оболонками, ушкодженою шкірою та поверхнями ран; відвідання туалету.

Правил асептики особливо слід дотримуватися при проведенні хірургічних маніпуляцій або втручань (рис. 3).

Рис. 3. Етапи хірургічної обробки рук



Європейський стандарт обробки рук (миття) EN-1500 наведено на таких фотографіях (рис. 4).

Рис. 4. Фото. Європейський стандарт обробки рук (миття)



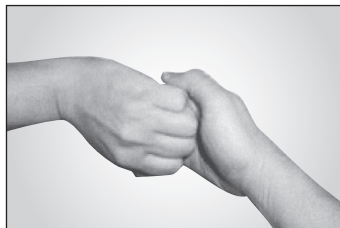
1. Терти долонею по долоні



2. Лівою долонею терти по тильній стороні правої кисті та навпаки



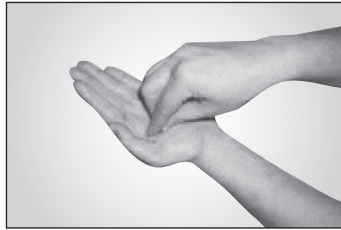
3. Терти долоні зі схрещеними розкритими пальцями не менше 1 хв.



4. Тильною стороною зігнутих пальців терти по долоні другої руки



5. По черзі круговими рухами терти великі пальці рук



6. По черзі різнонаправленими круговими рухами терти долоні кінчиками пальців протилежної руки

Індивідуальні засоби захисту медичного персоналу повинні включати: рукавички; фартухи; захист для очей, ніг. Для кожного пацієнта необхідно використовувати окрему пару рукавичок. Рукавички рекомендується застосовувати у разі: можливого контакту з кров'ю, біологічними рідинами, слизовими оболонками, ушкодженою шкірою; виконання інвазивних процедур; роботи із забрудненими інструментами. Необхідно використовувати рукавички відповідного розміру. Не слід носити каблучки, тому що на них можуть накопичуватись патогенні мікроорганізми, крім того, каблучки можуть пошкодити рукавички. Нігті мають бути короткими (не більше 3 мм над подушечками пальців), оскільки під довгими нігтями накопичуються патогенні мікроорганізми і зростає ризик пошкодження рукавичок. Необхідно дотримуватися правил зберігання та надівання рукавичок. Гумові та пластикові фартухи створюють додатковий захист для медичних працівників. Для захисту очей та слизових оболонок від випадкових розбризкувань крові або інших біологічних рідин використовують пластикові захисні окуляри, щитки, екрани. Гумове або шкіряне взуття захищає ноги від поранень гострими предметами. Не бажано надівати відкрите взуття.

Зниження ризику при наданні акушерської допомоги. При наданні акушерської допомоги існує найвищий ризик контакту з ВІЛ-інфікованою кров'ю та іншими біологічними рідинами. До всіх пацієнтів, незалежно від їх ВІЛ-статусу, необхідно ставитися однаково і завжди дотримуватися заходів щодо попередження внутрішньолікарняного інфікування збудниками, які передаються через кров.

Правила безпеки при наданні акушерської допомоги:

- ушкоджену шкіру або порізи закривати вологонепроникними пов'язками;
- у разі можливого контакту з біологічними рідинами надівати рукавички;
- при всіх хірургічних втручаннях користуватися рукавичками;
- у разі ручного відділення плаценти застосовувати довгі рукавички;
- при пологодопомозі надівати вологонепроникні фартухи;
- при передачі гострих інструментів використовувати “нейтральне поле”, викладати їх на лоток, а не передавати з рук у руки;
- при накладанні швів користуватися голкотримачами, не торкатися голки пальцями;
- використовувати голкотримачі та голки відповідного розміру;
- при пологодопомозі, зшиванні розривів або розрізів та під час кесаревого розтину надівати захисний екран, окуляри;
- у разі контакту з біологічними рідинами або кров'ю дотримуватись алгоритму надання невідкладної допомоги;
- працівники з дерматитами не допускаються до роботи в акушерських відділеннях;
- утилізація твердих відходів (наприклад, плаценти) проводиться згідно з чинним законодавством з інфекційного контролю (наказами Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, розпорядженнями санітарно-епідеміологічної станції).

1.6. Запобігання стигматизації та дискримінації у контексті ВІЛ-інфекції.

Законодавча база з питань ВІЛ-інфекції в Україні

Загальні відомості про стигматизацію та дискримінацію і захист прав людини. Епідемія ВІЛ-інфекції у світі зумовлює значну кількість біоетичних проблем, поглиблює соціально-економічний розподіл у суспільстві. Права людини у контексті епідемії є об'єктом поглибленого вивчення. Розгляд епідемії ВІЛ-інфекції з точки зору прав людини лежить в основі розробки міжнародних та національних документів і стандартів щодо цього захворювання.

Стигматизація – це динамічний процес відокремлення та приниження особи у зв'язку з наявністю якої-небудь ознаки чи захворювання – стигми (від грецьк. *stigma* – укол, клеймо, пляма). У контексті прав людини стигматизація – це

заперечення загальногромадянських прав ВІЛ-інфікованої людини. Стигматизація, пов'язана з епідемією ВІЛ-інфекції, багатогранна і має тенденцію до розвитку та посилення негативних наслідків епідемії внаслідок асоціації захворювання з маргінальними формами поведінки – вживанням ін'єкційних наркотиків, комерційним сексом, гомосексуалізмом тощо. Стигматизація призводить до виділення окремих “груп ризику”, невизнання суспільством наявності особистого ризику інфікування ВІЛ. А це знижує ефективність профілактичних заходів. Трагування ВІЛ-інфекції у засобах масової інформації як “захворювання наркоманів”, “чуми ХХ сторіччя” посилюють прояви стигматизації. Деякі рекламні кампанії, метою яких було зниження ризику інфікування ВІЛ, базувалися на обвинуваченні ВІЛ-інфікованих, посиленні страху смерті, що не приводило до бажаного результату, а лише поглиблювало проблему стигматизації. Стигматизація має глибокі коріння та посилює існуючу у суспільстві соціальну, гендерну, расову нерівність. Отже, стигматизація у цілому – це процес дискредитації ВІЛ-інфікованих, від якої можуть постраждати не лише самі хворі, але й їхнє найближче оточення.

Іншою стороною проблеми стигматизації у контексті епідемії ВІЛ-інфекції є “внутрішня стигматизація”, або самостигматизація. Цей процес визначають як зміни особистості ВІЛ-інфікованої людини зі зниженням самооцінки, появою сорому та відчуття неповноцінності.

Дії, обумовлені стигматизацією, визначають як дискримінацію. *Дискримінація* є наслідком стигматизації і полягає у несправедливому та упередженому ставленні до людини, обумовленому її позитивним ВІЛ-статусом. Стигматизація і дискримінація можливі на різних рівнях: політичному, економічному, соціальному, психологічному та інституціональному. У “Протоколі для виявлення випадків дискримінації по відношенню людей, які живуть з ВІЛ” (2000 р.) дискримінація трактується як будь-яка форма обізнаного визнання різниці між людьми, їх ізоляція або обмеження прав людей з підтвердженим або підозрюваним ВІЛ-статусом незалежно від того, виправдані ці заходи чи ні. На політичному або національному рівні дискримінація може відображати офіційно прийняті стигматизаційні норми, які закріплені законодавчо і застосовуються на практиці. Так, прояви дискримінації за ознакою наявності ВІЛ-інфекції спостерігаються у країнах, де, за законом, проводять обов'язкове примусове тестування усього населення або його груп на ВІЛ, ізолюють ВІЛ-інфікованих і обмежують їх у поїздках за кордон тощо. Ознаками дискримінації на політичному рівні є також відсутність або невиконання законів, спрямованих на захист прав ВІЛ-інфікованих. Відмова в наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, відсутність доступу до специфічного лікування, порушення конфіденційності є прикладами дискримінації на інституціональному рівні.

Отже, стигматизація та дискримінація взаємопов'язані та посилюють одна одну. Стигматизація є підґрунтям дискримінаційних дій, може приводити до діяльності або бездіяльності, які шкодять ВІЛ-інфікованим або їх оточенню, обмежити доступ до лікування і послуг, стати бар'єром реалізації прав людини. Дискримінація – це наслідок практичного здійснення стигматизації, своєю чергою, дискримінація призводить до посилення стигматизації.

У контексті *прав людини* стигматизація та дискримінаційні дії порушують базове право людини на свободу від дискримінації. Окрім цього, дискримінація у зв'язку з позитивним ВІЛ-статусом порушує інші права людини, такі як право на найвищий рівень фізичного і психічного здоров'я, автономії особистості, недоторканість особистого життя та інші, регламентовані міжнародними деклараціями, конвенціями, пактами (табл. 7).

Таблиця 7. Загальні права людини у контексті епідемії ВІЛ-інфекції

Принципи прав людини	Забезпечення прав людини у зв'язку з епідемією ВІЛ-інфекції	Відповідні документи з прав людини
Право на найвищий рівень фізичного і психічного здоров'я, якого можливо досягти	Забезпечення можливості проведення ефективної профілактики ВІЛ-інфекції. Забезпечення доступу до АРТ, лікарських засобів для профілактики і лікування опортуністичних інфекцій, паліативної терапії. Забезпечення необхідної інфраструктури і системи надання медичної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим	Стаття 25 Загальної декларації прав людини. Стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, культурні та соціальні права. Стаття 12 Конвенції про ліквідацію усіх форм дискримінації щодо жінок. Стаття 24 і 25 Конвенції про права дитини
Право на отримання інформації і освіти	Забезпечення надання інформації з питань сексуальної освіти і профілактики ВІЛ-інфекції. Забезпечення доступу ВІЛ-інфікованих дітей до освіти	Стаття 19 Загальної декларації прав людини. Стаття 17 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права. Стаття 37 Конвенції про права дитини
Право на недоторканість приватного життя	Забезпечення добровільності консультування і тестування, а також конфіденційності результатів тестування на ВІЛ	Стаття 12 Загальної декларації прав людини. Стаття 17 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права. Стаття 37 Конвенції про права дитини
Право на участь у науковому прогресі та користування його благами	Забезпечення доступу до АРТ, лікарських засобів для профілактики і лікування опортуністичних інфекцій, паліативної терапії	Стаття 27 Загальної декларації прав людини. Стаття 15 Міжнародного пакту про економічні, культурні та соціальні права

Існує багато свідчень щодо зв'язку між розвитком епідемії ВІЛ-інфекції та відсутністю захисту прав людини. Порушення прав людини поглиблюють наслідки епідемії, підвищують уразливість як суспільства в цілому, так і його окремих груп, перешкоджають втіленню ефективних профілактичних програм. Очевидним порушенням права дитини на найвищий рівень психічного і фізичного здоров'я є сам факт передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини. У загальному коментарі 14 до права на здоров'я, який було прийнято Комітетом з економічних, соціальних і культурних прав у 2000 р., розглянуто право людини на здоров'я у контексті епідемії ВІЛ-інфекції. У коментарій включено поняття доступу ВІЛ-інфікованих осіб до програм і служб охорони здоров'я. У резолюції Комісії Організації Об'єднаних Націй з прав людини 2001/33 "Про доступ до лікування у контексті таких пандемій, як ВІЛ/СНІД" визнано, що доступ до АРТ має фундаментальне значення для забезпечення повного дотримання права ВІЛ-інфікованої людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Ця резолюція закликає держави проводити політику, яка дасть змогу забезпечити хворих на ВІЛ-інфекцію АРВ-препаратами у достатній кількості. Окрім того, тісний взаємозв'язок між епідемією ВІЛ-інфекції та правами людини підтверджено спеціальною сесією Генеральної асамблеї Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу в 2001 р. Отже, міжнародне законодавство у сфері прав людини є підґрунтям для розробки національних документів, спрямованих на дотримання принципу соціальної справедливості щодо ВІЛ-інфікованих.

Напрямки боротьби зі стигматизацією та дискримінацією у зв'язку з епідемією ВІЛ-інфекції. Основними напрямками захисту прав ВІЛ-інфікованих є запобігання стигматизації, боротьба з проявами дискримінації, моніторинг порушень прав людини і прийняття відповідних заходів. Заходи щодо зниження стигматизації, як правило, спрямовані на суспільство і громаду та є важливою складовою частиною профілактичних кампаній. Вони можуть також включати поліпшення якості медичних і соціальних послуг для ВІЛ-інфікованих, забезпечення доступу до АРТ, ВІЛ-інфікованих дітей – до освіти, залучення ЛЖВ до активної діяльності.

Антидискримінаційні заходи застосовують на рівні установ – в організаціях, де працюють ВІЛ-інфіковані, в закладах охорони здоров'я, освіти. Ці заходи передбачають втілення політики недискримінації на роботі, дають змогу отримати якісну медичну допомогу і освіту тощо. Основою таких заходів, як і заходів першої групи, є підвищення рівня інформованості щодо ВІЛ-інфекції як окремих верств населення (медичних спеціалістів, вчителів та ін.), так і суспільства в цілому.

Правозахисні та юридичні підходи включають застосування правових дій для боротьби з дискримінацією та порушенням інших прав людини у різних

сферах життя, забезпечення можливості відшкодування збитків унаслідок порушення прав на рівні особистості. Однак повною мірою вирішити це завдання можна лише за умови підвищення у суспільстві рівня обізнаності щодо питань як прав людини взагалі, так і у контексті епідемії ВІЛ-інфекції.

У Декларації тисячоліття Організації Об'єднаних Націй сформульовано основні політичні дії, необхідні для ефективної профілактики ВІЛ-інфекції. Вони включають такі положення.

- Забезпечити захист і повагу прав людини, прийняти заходи щодо ліквідації дискримінації та боротьби зі стигматизацією.
- Усім верствам суспільства, у тому числі урядовим організаціям, уразливим групам, недержавним та релігійним організаціям, сектору освіти, засобам масової інформації, профспілкам, активізувати свою профілактичну діяльність.
- Залучати ЛЖВ до розробки, проведення і оцінки стратегій профілактики, спрямованих на досягнення конкретних завдань профілактики.
- Вирішувати питання культурних і релігійних норм, визначаючи ключову роль, яку вони можуть відігравати у підтримці профілактичних зусиль, та потенціал, який вони мають у запобіганні поширенню передачі ВІЛ.
- Підтримувати гендерну рівність і вирішувати проблеми тендерних норм та стосунків з метою зниження рівня уразливості жінок і дівчаток.
- Сприяти значному поширенню знань та інформації щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та її запобігання.
- Сприяти зв'язку між профілактикою ВІЛ-інфекції та сексуальним і репродуктивним здоров'ям.
- Підтримувати мобілізацію відповідних дій на рівні громади за усіма питаннями профілактики, лікування та догляду.
- Підтримувати програми, спрямовані на задоволення потреб у зв'язку з профілактикою ВІЛ основних уразливих груп населення.
- Мобілізувати та підтримувати фінансовий, а також людський та інституціональний потенціал усіх секторів, насамперед у галузях охорони здоров'я і освіти.
- Переглядати і реформувати правові основи з метою усунення перешкод на шляху ефективної профілактики ВІЛ, боротися зі стигматизацією та дискримінацією, захищати права ЛЖВ, представників уразливих груп населення.
- Забезпечити проведення наукових досліджень і розробку нових технологій профілактики та лікування, їх впровадження у медичну практику.

Нормативно-правова база України з питань ВІЛ-інфекції. У 1991 р. Україна перша серед незалежних держав пострадянського простору прийняла Закон “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення”. З березня 1998 р. діє нова редакція даного закону. В преамбулі до закону підкреслено його відповідність міжнародним правовим нормам і рекомендаціям ВООЗ. У новій редакції закону СНІД визначений як явище, що загрожує як особистій безпеці громадян, так і суспільній та національній безпеці України.

Загальні положення закону трактують ВІЛ-інфекцію як захворювання, викликане ВІЛ; ВІЛ-інфікованих – як людей без клінічних проявів ВІЛ-інфекції (носіїв ВІЛ) і хворих на СНІД; СНІД – як кінцеву стадію ВІЛ-інфекції. Спеціально уповноваженим органом виконавчої влади, на який покладено управління і міжвідомчу координацію у сфері боротьби зі СНІДом, є МОЗ України.

Умови і порядок медичного обстеження з метою виявлення ВІЛ-інфекції. Згідно з законом, держава бере на себе ряд зобов’язань, які стосуються забезпечення обстеження на ВІЛ-інфекцію. Громадяни України можуть здавати аналіз крові на ВІЛ лише добровільно (за винятком донорів), за бажанням – анонімно, обов’язково – безкоштовно. Тестування на ВІЛ має супроводжуватися консультацією лікаря як перед, так і після здачі аналізу (до- та післятестове консультування). Відповідно лікар повинен коментувати позитивний або негативний результат обстеження. Переливання крові (її компонентів), а також використання інших біологічних рідин, клітин, органів з медичною метою допускається тільки після обов’язкового лабораторного дослідження крові донорів на ВІЛ-інфекцію. Проте реалії медичної практики свідчать, що не завжди в екстрених випадках така перевірка можлива. У таких випадках законом передбачено, що з відома хворого-реципієнта або його законного представника допускається переливання крові або пересадка органів, не перевірених на ВІЛ-інфекцію. В цьому разі хворого або його законного представника необхідно попередити про можливий ризик зараження на ВІЛ-інфекцію. Право проведення медичного обстеження на ВІЛ-інфекцію мають лабораторії, акредитовані в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Облік ВІЛ-інфікованих і надання їм медичної допомоги. Згідно зі статтею 12 закону, облік та реєстрацію ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, а також медичний догляд за ними слід проводити, дотримуючись принципів конфіденційності та враховуючи права і свободи людини. Медичну допомогу ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД потрібно надавати на загальних підставах. При отриманні інформації про зараження ВІЛ людину попереджують про необхідність виконувати заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, а також про кримінальну відповідальність за свідоме зараження іншої особи (осіб).

ВІЛ-інфікована особа зобов'язана письмово підтвердити факт отримання вказаної вище інформації та попередження.

Обов'язки ВІЛ-інфікованих. ВІЛ-інфікований зобов'язаний виконувати заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції; попередити осіб, які мали з ним статеві контакти до встановлення факту інфікування, про можливість зараження.

Соціальний захист ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД і членів їхніх сімей. ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами і свободами, передбаченими Конституцією і законами України. Окрім загальногромадянських прав і свобод, вони також мають право на: компенсацію збитку, понесеного внаслідок розголошення інформації про факт інфікування ВІЛ; безкоштовне забезпечення медикаментами, необхідними для лікування будь-якого захворювання, засобами особистої профілактики, а також психосоціальну підтримку; безкоштовний проїзд до місця лікування і у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, що направила на лікування; право користування ізольованою житловою кімнатою.

Батьки ВІЛ-інфікованих дітей або особи, що їх замінюють, мають право на: спільне перебування в стаціонарах з дітьми віком до 14 років зі звільненням від роботи і оплатою допомоги за тимчасовою непрацездатністю у зв'язку з доглядом за хворою дитиною; збереження за одним з батьків у разі його звільнення з роботи у зв'язку з доглядом за хворою дитиною віком до 16 років безперервного трудового стажу за умови влаштування на роботу при досягненні дитиною 16-річного віку. Дітям, інфікованим ВІЛ, до 16-річного віку призначається щомісячна державна допомога в розмірі, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Соціальний захист медичних працівників. Закон визначає, що при зараженні ВІЛ-інфекцією медичних або фармацевтичних працівників під час виконання ними службових обов'язків ВІЛ відносять до числа професійних захворювань. У зв'язку з цим введено обов'язкове страхування цієї категорії на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними службових обов'язків за рахунок власника установи охорони здоров'я. Медичні працівники, інфіковані під час виконання службових обов'язків, мають право на: щорічні безкоштовні путівки для санаторно-курортного лікування; щорічну відпустку тривалістю 56 календарних днів влітку або в інший зручний для них період; першочергове поліпшення житлових умов у порядку, встановленому законодавством України.

Сьогодні стратегія боротьби з ВІЛ-інфекцією та туберкульозом в Україні є одним з пріоритетів державної політики. З метою координації зусиль і партнерів

розроблено державну Концепцію стратегії дій Уряду, направлену на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції на період до 2013 року, яка повністю відповідає положенням Декларації Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй 2001 року "Про відданість справі боротьби зі СНІДом". Концепція визначає два основні стратегічні напрями діяльності: запобігання поширенню ВІЛ-інфекції в Україні і забезпечення лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Профілактичні заходи, передбачені програмою, включають:

- забезпечення масштабної первинної профілактики поширення ВІЛ-інфекції серед населення, передусім серед молоді, шляхом проведення роз'яснювальної роботи щодо пропаганди здорового способу життя із залученням засобів масової інформації;
- посилення профілактичних заходів серед представників груп ризику;
- залучення до реалізації програм профілактики ВІЛ-інфекції медичних і соціальних працівників, працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, роботодавців, професійних спілок, представників бізнесу;
- дотримання вимог щодо безпеки лікувально-діагностичного процесу в ЛПЗ;
- посилення безпеки донорства щодо запобігання передачі ВІЛ-інфекції через кров;
- удосконалення механізму запобігання передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- систематичне проведення радіо- і телепередач з висвітлення проблем, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією;
- створення системи контролю за формуванням резистентних до АРВ-препаратів штамів ВІЛ-інфекції.

У Концепції наведено такі лікувально-діагностичні заходи:

- забезпечення вільного доступу до консультування та безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію населення, зокрема серед молоді та груп ризику;
- забезпечення хворих на ВІЛ-інфекцію АРТ;
- розширення доступу СН, передусім ВІЛ-інфікованих, до замісної підтримувальної терапії та реабілітаційних програм;
- забезпечення лікування осіб з опортуністичними та супутніми захворюваннями;
- організація паліативної допомоги;
- забезпечення соціально-психологічної підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Розділ 2. КОНСУЛЬТАТИВНА ДОПОМОГА З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ

2.1. Поняття про консультування у контексті ВІЛ-інфекції та мистецтво ефективного спілкування у сестринській справі

Консультативна допомога – важлива складова комплексу протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Консультування передбачає надання допомоги шляхом спілкування: необхідно вислухати людину; запропонувати варіанти вибору (рішення) і допомогти їх зрозуміти; дати змогу пацієнту ухвалити рішення, виробити впевненість і бажання запровадити свій вибір у життя. “Консультувати” – це більш складний і багатогранний процес, ніж “радити”, “навчати” або “надавати інформацію”, хоча всі ці дії можуть бути частиною консультування. Не можна приймати рішення замість іншої людини, примушувати її виконувати певні рекомендації.

Добровільне тестування на ВІЛ з консультуванням (ДКТ) є найважливішим компонентом програм профілактики передачі ВІЛ, лікування та догляду за хворими на ВІЛ-інфекцію. Проводити тестування на ВІЛ не можна примусово; слід проконсультувати пацієнта та отримати його усвідомлену згоду на тестування [5, 16].

Підвищення рівня обізнаності осіб щодо особистого ВІЛ-статусу сприяє своєчасному доступу до медичних послуг у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, дає змогу таким пацієнтам отримати необхідну інформацію та здобути навички для запобігання передачі ВІЛ іншим особам, підтримати власне здоров'я, зберегти якість життя.

За умови первинної профілактики та підвищення рівня інформованості населення щодо ВІЛ-інфекції у суспільстві формується чітке розуміння про необхідність оцінки персонального ризику стосовно інфікування ВІЛ. Це, своєю чергою, підвищує рівень тестування на ВІЛ за власною ініціативою. При цьому заклади охорони здоров'я мають децентралізовано надавати послуги щодо тестування і консультування, профілактики інфікування ВІЛ та лікування ВІЛ-інфекції у різних варіантах, наближати їх до людей.

Необхідно збільшити обсяг тестування на ВІЛ за ініціативою медичних працівників. При цьому примушувати пацієнтів тестуватися на ВІЛ недопустимо, також слід нівелювати негативні наслідки розкриття ВІЛ-статусу. Існують дві стратегії добровільного тестування на ВІЛ за ініціативою медичних спеціалістів. Якщо тестування не включено до стандарту медичної допомоги, медичний фахівець повинен вказати причини, які свідчать про необхідність обстеження на ВІЛ, рекомендувати пацієнту тестування, при цьому пацієнт має право відмовитися включити тест на ВІЛ до переліку досліджень. Якщо тестування на ВІЛ включено до стандарту медичної допомоги, пацієнта інформують про цей стандарт обстеження, проте пацієнт має право виключити тестування на ВІЛ з переліку досліджень. В обох стратегіях медичні спеціалісти зобов'язані провести консультування.

Тестування на ВІЛ в Україні як стандарт надання медичної допомоги пропонується таким категоріям пацієнтів:

- усім дорослим, підліткам або дітям, які звернулися до закладу охорони здоров'я зі скаргами, симптомами або патологічними станами, що можуть бути зумовлені ВІЛ-інфекцією;
- особам з груп ризикованої поведінки та їхнім статевим партнерам;
- статевим партнерам ВІЛ-інфікованих осіб (інформувати про ВІЛ-статус статевих партнерів має сам ВІЛ-інфікований);
- вагітним жінкам;
- малюкам, народженим ВІЛ-інфікованими жінками;
- особам, які потребують ПКП.

Мета ДКТ – надати консультативну допомогу населенню щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування; сприяти у прийнятті добровільного усвідомленого рішення щодо тестування на ВІЛ; визначити ВІЛ-статус людини; підтримати подальшу безпечну щодо інфікування ВІЛ поведінку; отримати своєчасну медичну допомогу: обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ), опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок АРТ, АРВ-профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ, послуги з планування сім'ї та всебічної підтримки (в тому числі за принципом “рівний – рівному”).

Завдання ДКТ:

1. Зниження рівня поширення ВІЛ-інфекції серед населення шляхом:

- інформування щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та відповідних ризиків інфікування, пов'язаних з кожним із них;

- ознайомлення із заходами та засобами зменшення ризику інфікування ВІЛ;
 - оцінки індивідуального ризику інфікування ВІЛ, сприяння формуванню у пацієнта власної оцінки ступеня особистого ризику інфікування ВІЛ;
 - інформування про процедуру тестування та практичне значення результатів;
 - тестування на ВІЛ-інфекцію;
 - надання психологічної та соціальної підтримки;
 - інформування про існуючі державні та комунальні заклади охорони здоров'я, інші державні та комунальні установи, організації та заклади, медичні заклади інших форм власності, об'єднання громадян, що надають медичну, психологічну, юридичну, соціальну та інші види допомоги особам, які її потребують;
 - сприяння щодо прийняття добровільного рішення на підставі повної інформації стосовно тестування на ВІЛ-інфекцію.
2. Інформування з правових питань, пов'язаних з проблемами ВІЛ-інфекції.
3. Сприяння підвищенню рівня здоров'я населення, в тому числі подовженню та поліпшенню якості життя ВІЛ-інфікованих людей.

Етичні принципи міжособистісних відносин у контексті ВІЛ-інфекції. Відповідно до рекомендацій ВООЗ та ЮНЕЙДС, принципи ДКТ – це обов'язкові мінімальні вимоги щодо дотримання загальних біоетичних принципів та норм під час консультивання і тестування на ВІЛ.

Принцип “розуміння замість осуду”. Кожну людину слід сприймати такою, якою вона є, і давати їй змогу виявляти як позитивні, так і негативні власні почуття, не осуджуючи їх.

Принцип “добровільності замість контролю”. Кожна людина має право визначитися самостійно, яка допомога їй потрібна та яку вона хоче отримати.

Принцип “конфіденційності інформації особи, яка звернулася за консультацією”. Кожна людина має право на повагу та збереження таємниці щодо обставин особистого життя. Використання і поширення інформації про особисте життя фізичної особи без її згоди не допускаються.

Принцип “щирих та довірливих взаємовідносин пацієнта і консультанта”. Взаємовідносини пацієнта і консультанта мають бути відкритими, чесними, довірливими. Професіонал повинен діяти тільки в інтересах пацієнта.

Принцип “тісного спілкування з родиною пацієнта”. Захист та допомога кожному пацієнту можуть бути забезпечені тільки у співпраці з його родиною. Кожна родина, яка має проблеми з ВІЛ-інфекцією, може розраховувати на психосоціальну підтримку, щоб таким чином усунути існуючі проблеми та запобігти появі інших.

Принцип “допомоги для самопомоги (активність замість пасивності)”. Кожна людина, якій надається допомога, повинна активно вирішувати власні життєві проблеми. Консультант має дати можливість пацієнту побудувати власне життя самостійно.

Принцип “комплексної допомоги”. Будь-яку допомогу слід розглядати у сукупному контексті проблемних життєвих обставин і тому надавати її у співпраці з усіма зацікавленими установами, організаціями та закладами.

Навички ефективного спілкування. ВІЛ-інфекція – це хвороба, пов’язана з поведінкою людини. Щоб поліпшити епідемічну ситуацію, слід змінити поведінку людей щодо цієї хвороби на менш ризиковану.

Змінити поведінку насамперед повинні медичні працівники. Щоб запобігти інфікуванню ВІЛ, необхідно включити в їх повсякденну роботу консультативну допомогу з питань ВІЛ-інфекції. Для якісного та ефективного виконання своїх обов’язків консультант повинен володіти достатньою сучасною інформацією про клінічні прояви ВІЛ-інфекції, новітні розробки з діагностики та лікування цього захворювання; практичними вміннями та навичками консультування ефективного спілкування; навичками саморегуляції, нейтралізації стресового навантаження, психоемоційного виснаження.

Медичний фахівець має володіти певними навичками спілкування (комунікації). Слово “комунікативний” походить від латинського “*communicare*”, що означає “робити загальним, ділитися”. Мета спілкування полягає у висловленні власних думок, ідей або почуттів так, щоб вони були зрозумілими іншим особам. Кожен консультант повинен вчитися і удосконалювати власний стиль спілкування з пацієнтами, що сприятиме підвищенню ефективності професійної діяльності. Рекомендації з навичок спілкування базуються на знанні психології людини та включають низку принципів або правил.

Консультант має встановити позитивні довірливі стосунки з пацієнтом, розуміти його почуття, проблеми, враховуючи індивідуально-психологічні, вікові, статеві та соціальні особливості пацієнта; переборювати власні почуття, ставлення і упередження від консультаційних взаємовідносин; використовувати

вати зрозумілу для пацієнта мову; розпізнавати найбільш поширені психосоціальні та клінічні ускладнення, пов'язані з інфікуванням ВІЛ, (підвищену тривожність, депресію, нав'язливі ідеї, схильність до самогубства, потребу та пошук можливості помсти тощо); тактовно та доброзичливо контактувати з колом осіб, різних за фахом, освітою та способом життя.

Існують гендерні особливості спілкування. У розмові з чоловіками необхідно пам'ятати про їхню потребу відчувати визнання, захоплення, високу оцінку, схвалення і довіру. У розмові з жінками слід пам'ятати про їхню потребу відчувати підтвердження їхніх почуттів, пошану, розуміння, підтримку і турботу.

Навички консультування.

1. Уміння встановлювати позитивні стосунки з пацієнтом:

- створити комфортні умови, які дають змогу усамітнитися і забезпечують конфіденційність;
- проявити зацікавленість і співчуття, реагувати на емоційний стан пацієнта, можливу нервовість та розгубленість;
- показати неупереджене ставлення, активно вислухати (вербальне і невербальне), підтримати;
- співпереживати – показати, що почуття особи, яку консультують, зрозумілі.

2. Уміння отримувати інформацію:

- правильно використовувати “закриті” (на які можна відповісти “так” чи “ні”) та “відкриті” (що потребують розгорнутої відповіді) запитання;
- мовчати та активно вислухати, щоб дати змогу пацієнту виговоритися;
- уточнити сподівання пацієнта;
- уникати вживання оцінювальних слів.

3. Уміння надавати пацієнту необхідну і доречну інформацію:

- чітко доносити інформацію про ВІЛ-інфекцію;
- повторювати важливі моменти і наголошувати на них, переконатися, чи розуміє пацієнт надану інформацію, та узагальнити її.

4. Уміння справлятися зі складними ситуаціями, які виникають під час консультування:

- розмовляти на інтимні теми, враховуючи культурні особливості, рівень освіти, релігійні та інші переконання пацієнта;

- розпізнавати та брати до уваги типові психоемоційні реакції пацієнта на повідомлення про діагноз (емоційний шок, думки/відчуття щодо суїциду, заперечення, озлобленість тощо);
 - заспокоїти пацієнта та пом'якшити його емоційні реакції, залучити за його згодою (якщо це доречно або потрібно) до консультування іншого спеціаліста;
 - сприймати мовні особливості пацієнта і вміти до них адаптуватися.
5. Уміння проводити рольові ігри з пацієнтом (щодо інформування партнера про позитивний результат тесту, пропагування безпечного сексу тощо).

Навички вербального (мовного) спілкування з пацієнтом:

- спілкуватися зрозумілою мовою;
- показувати, що почуття та емоції пацієнта зрозумілі, співчувати та розуміти ситуацію пацієнта, визнавати його почуття, сприймати слова, вирази і жестикуляції, які він застосовує;
- поважати погляди пацієнта, переконання і традиції, навіть якщо вони не збігаються з власними;
- нейтрально сприймати помилкові ствердження пацієнта, а потім висловити власну думку;
- розпізнавати і схвалювати все те, що пацієнт робить правильно;
- запитувати, уточнювати та переказувати те, що сказав пацієнт, використовуючи інші слова та вирази, для з'ясування ним власних ресурсів та спільного з консультантом пошуку позитивних рішень;
- повторити інформацію, яка через емоційний шок чи відмову не була сприйнята;
- не вживати оцінювальних слів;
- давати пропозиції, а не віддавати команди;
- підсумовувати важливі моменти із бесіди для зосередження уваги на нових прийнятих рішеннях.

Навички невербального спілкування з пацієнтом:

- розмовляти подібним до нього тоном голосу та у схожому темпі;
- дивитися в очі;
- проявляти увагу виразом обличчя, позою та жестами;
- усувати перешкоди у спілкуванні, підтримувати належну відстань;
- для зменшення напруження доречно гумор та відповідна жестикуляція;
- не поспішати, бути терплячим.

Для медичної сестри, яка проводить консультування, дуже важливо:

- уміти реагувати на потреби пацієнта;
- виявляти цікавість до людини і відвертість у відносинах;
- демонструвати увагу і розуміння почуттів інших людей;
- проявляти толерантність – здатність сприймати різноманітні погляди; розуміти, що людина має право думати інакше;
- бути комунікабельною, вміти вільно висловлювати власну думку при обговоренні, не тиснути при цьому на оточуючих, аргументувати її;
- бути доброзичливою, спокійно сприймати можливі помилки співбесідника;
- спонукати пацієнтів висловлюватися, пояснювати і уточнювати власні думки;
- проявляти співчуття до інших людей.

Фактори, які перешкоджають ефективному спілкуванню медичної сестри та пацієнта: байдужість, незацікавленість; повчання, спроба “переконати”, “умовити”; погрози в будь-якій формі; надання некваліфікованої інформації; засудження дій інших медичних фахівців або підкреслення розбіжностей між колегами; нетерплячість, поганий настрій.

Консультант має уникати типових помилок. Не обмежувати пацієнта у проявах власних почуттів і потреб, а заохочувати до спонтанного їх висловлення. Не засуджувати, читати мораль чи повчати пацієнта, а сприймати його таким, яким він є. Не навішувати ярлики, а визначати мотиви, страхи та тривоги пацієнта. Не заспокоювати та проявляти безпідставний оптимізм, а розглядати проблеми пацієнта, з’ясовувати причини страхів та тривоги, допомагати їх опанувати. Не радити, а мотивувати пацієнта до прийняття самостійних рішень. Не звинувачувати. Не формувати залежність пацієнта від консультанта, а посилювати власні можливості пацієнта. Не схилити пацієнта до прийняття рішення, застосовуючи лестощі або обман. Надзвичайно важливою є психологічна підтримка пацієнтів: прояв пошани до людини, яка звернулася по допомогу, незалежно від його особистих рис, а також від того, хворий він або здоровий; створення під час розмови атмосфери взаємної зацікавленості, довіри і розуміння.

2.2. Дотестове консультування, тестування на ВІЛ та післятестове консультування

Дотестове консультування – це співбесіда (з дотриманням принципів ДКТ) між консультантом та пацієнтом з метою надання останньому інформації щодо профілактики передачі ВІЛ, емоційної та психологічної підтримки тим, хто вагається стосовно проходження тесту на ВІЛ, допомоги у прийнятті усвідомленого рішення щодо тестування. Консультування може проводитись для групи осіб (групове консультування/інформування) або індивідуально.

Групове консультування/інформування може проводитись у разі, якщо з'ясування власного ВІЛ-статусу для даної особи не є головною метою обстеження (особи, яких обстежують для отримання довідки, донори тощо); неможливості індивідуального консультування (серед осіб, які звертаються групою за тестуванням на ВІЛ-інфекцію для отримання довідки, серед ув'язнених, донорів, під час проведення акцій тощо); недостатньої кількості консультантів.

Метою цього консультування є надання інформації щодо шляхів зараження ВІЛ, ризиків інфікування; методів та засобів захисту від інфікування; профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (при консультуванні вагітних); добровільності та конфіденційності тестування; порядку проходження тестування та отримання його результатів; мотивування до отримання індивідуальної консультації та проходження тестування; наслідків з'ясування власного ВІЛ-статусу з висвітленням правових аспектів; можливості отримання психо-соціальної підтримки та медичної допомоги.

Для оцінки власних ризиків інфікування слід розповісти про шляхи передачі ВІЛ, поведінкові ризики інфікування ВІЛ, заходи та засоби профілактики з урахуванням особливості складу групи, що консультується, наслідки з'ясування власного ВІЛ-статусу для подальшого життя пацієнтів, у тому числі правові аспекти. Слід запропонувати особам, що консультуються, провести для себе оцінку власного ризику інфікування ВІЛ з урахуванням наявності чи відсутності поведінкових ризиків, у тому числі серед їхніх сексуальних партнерів.

Кожному пацієнту після групового консультування слід запропонувати індивідуальну консультацію до проходження тесту на ВІЛ.

Групи повинні складатись з учасників, які мають спільну мету тестування на ВІЛ, наприклад, вагітні чи особи, які обстежуються з метою отримання довідки тощо. Інформація, що надається цій групі, повинна бути адаптована до її потреб.

Індивідуальне консультування. Метою індивідуального дотестового консультування є оцінка персонального ризику інфікування, розробка індивідуального плану зменшення ризику інфікування та визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для пацієнта.

Необхідно поінформувати пацієнта: про добровільність та конфіденційність ДКТ і безоплатність останнього; про кримінальну відповідальність медичних працівників за розголошення конфіденційної інформації, відповідно до Кримінального кодексу України; про можливості анонімного консультування та тестування, про можливості присутності сторонніх осіб (у тому числі родичів) під час консультування лише за умови отримання на це згоди пацієнта; про порядок отримання ним результату тесту.

Слід пояснити етапність процедури ДКТ: 1) дотестове консультування; 2) тестування; 3) післятестове консультування (з отриманням результату тестування).

Усім особам, які звернулись за послугами ДКТ, у тому числі тим, хто відмовився від нього, слід надати таку інформацію:

- шляхи передачі ВІЛ;
- активні заходи профілактики ВІЛ-інфекції;
- можливість отримання додаткової інформації про ВІЛ-інфекцію;
- можливість отримання консультативної, медичної допомоги та психологічної підтримки, якщо існує або виникне така потреба в майбутньому.

Консультант повинен допомогти пацієнту оцінити індивідуальний ризик інфікування (поведінку, пов'язану з високим ризиком інфікування ВІЛ), тактовно пояснити причини, на підставі яких він ставить запитання, у тому числі інтимні, запевнити про конфіденційність інформації, отриманої ним під час консультування. Консультант має запевнити пацієнта про конфіденційність результатів тесту.

За умови виявлення небезпечної щодо ризику інфікування ВІЛ поведінки, слід допомогти пацієнту розробити індивідуальний план щодо зниження ризиків інфікування та профілактики передачі ВІЛ. Пацієнту необхідно надати інформацію про відповідні медичні, психологічні, соціальні, юридичні та інші служби, повідомити про джерела більш докладної інформації та можливості отримання додаткових консультацій.

Консультант має сприяти прийняттю рішення щодо проходження тесту. Необхідно оцінити готовність пацієнта пройти тестування, обговорити

з ним переваги знання свого ВІЛ-статусу, оцінити наслідки з'ясування ВІЛ-статусу для подальшого життя пацієнта. За необхідності можна надати пацієнту час для обмірковування обговорених питань. Консультант повинен переконатися, що пацієнт зрозумів надану інформацію, і при необхідності внести додаткові пояснення, з'ясувати бажання пацієнта щодо проходження тесту на ВІЛ.

Необхідно поінформувати пацієнта щодо процедури тестування; значення негативного, позитивного та невизначеного (сумнівного) результатів тесту.

Консультація може бути проведена статевим партнером, членам родини, друзям, колегам тощо лише за згодою пацієнта. Бажано, щоб до- та післятестове консультування проводив той самий консультант.

На проведення тестування медичний працівник повинен отримати усвідомлену згоду пацієнта. Відмова пацієнта від дотестового консультування або неможливість проведення якісного дотестового консультування не може бути перешкодою для добровільного тестування. У цьому разі, як виняток, роблять запис про згоду пацієнта на проходження тесту на ВІЛ з підписом пацієнта у відповідній документації (медична картка тощо).

Ефективне дотестове консультування допомагає пацієнту:

- підвищити інформованість щодо питань ВІЛ-інфекції та її профілактики;
- оцінити персональні ризики поведінки щодо інфікування ВІЛ;
- ознайомитися з процедурою тестування;
- отримати інформацію про можливі результати тесту та їх значення;
- прийняти усвідомлене рішення про проходження тестування;
- отримати правову інформацію.

Тестування на ВІЛ дорослих і дітей з неперинатальним шляхом інфікування або у віці після 18 місяців. Інфікування ВІЛ встановлюють на підставі результатів лабораторних досліджень з урахуванням відповідних епідеміологічних і клінічних даних. Лабораторну діагностику ВІЛ-інфекції дорослих і дітей з неперинатальним шляхом інфікування ВІЛ у будь-якому віці або дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, віком понад 18 місяців здійснюють методом ІФА. У сироватці крові визначають наявність сумарного спектра антитіл до антигенів ВІЛ методом ІФА за допомогою діагностичних тест-систем. Діагностична тест-система дає змогу визначити антитіла до ВІЛ-1 і ВІЛ-2 (до її складу входять природні або рекомбінантні антигени ВІЛ обох типів). Чутливість методу становить 98,5–100%.

Техніка проведення тесту ґрунтується на формуванні імунного комплексу при взаємодії ВІЛ-антитіл, які містяться у досліджуваному зразку сироватки крові, та твердофазного ВІЛ-антигену. За наявності у досліджуваному зразку сироватки крові антитіл до ВІЛ на пластинці тест-системи з'являється рожевий колір. Залежно від інтенсивності забарвлення розцінюють результати як позитивні або сумнівні. Якщо немає рожевого кольору, то це свідчить про негативний результат – у досліджуваному зразку немає антитіл до ВІЛ.

У разі позитивного результату під час первинного тестування методом ІФА цей самий зразок сироватки крові досліджують вдруге. У разі хоча б одного позитивного результату той самий зразок сироватки крові досліджують підтвердними тестами: двома додатковими ІФА тест-системами іншого антигенного препарату (що різняться за складом антигенів) та/або іншого принципу аналізу або імунним блотом (ІБ). Негативний результат двох послідовних ІФА іншими тест-системами свідчить про те, що перший результат був хибнопозитивним.

Імунний блот – високоспецифічний метод дослідження. Він визначає антитіла до окремих протеїнів ВІЛ на основі їхнього розподілу за молекулярною масою. На стрічці методом електрофорезу розміщуються нітроцелюлозні смужки зі специфічними вірусними антигенами залежно від молекулярної маси. Індивідуальні смужки інкубуються із сироваткою зразка чи контролю. Протягом періоду інкубації, якщо у зразку наявні антитіла до ВІЛ, вони поєднуються із антигенами вірусу на смужці. Після цього смужки промивають для виділення вільних або баластних протеїнів. Після серії реакцій з антиімуноглобуліном G, кон'югованим з біотином, авідином та пероксидазою, специфічні для ВІЛ протеїни візуалізуються. Про наявність антитіл до певного протеїну (антигену) вірусу свідчить забарвлена смужка на тій ділянці мембрани, на якій локалізовано даний антиген у стандартному контролі: p17, p24, p31, gp41, p51, p55, p 66, gp120, gp160 (порядок відповідає молекулярній масі у кілодальтонах). Негативний результат ІБ (відсутність забарвлених смужок) дає змогу вважати позитивні й сумнівні результати ІФА хибнопозитивними. *Позитивним* вважають результат ІБ, якщо виявлено антитіла до будь-яких двох із трьох основних антигенів ВІЛ: p24, gp41 та gp120 (або gp160). Абсолютним підтвердженням позитивного результату в ІФА є поява на мембрані трьох смужок, що відповідають продуктам різних генів ВІЛ – gag, pol і env. Виявлення в ІБ антитіл тільки до одного з антигенів ВІЛ розцінюють як сумнівний результат. Найчастіше *сумнівним* результатом вважається виявлення антитіл до p24 та p55. Сумнівний результат ІБ порівнюють із даними клінічного обстеження хворого, за необхідності дослідження повторюють через 1 місяць.

Післятестове консультування є конфіденційним діалогом між пацієнтом та консультантом. Метою цього консультування є обговорення результатів тесту на ВІЛ, надання пацієнту необхідної інформації та психологічної підтримки.

Повідомлення про результат тесту має обов'язково супроводжуватись післятестовим консультуванням. Розрив у часі повідомлення про результат і післятестового консультування є неприпустимим.

Багато, щоб післятестове консультування пацієнта проводив той самий консультант, який проводив дотестове. Якщо дотестове консультування проводилось в іншій установі чи іншим фахівцем, консультанту необхідно з'ясувати у пацієнта, коли та в якому обсязі воно проводилось, якою інформацією щодо ВІЛ-інфекції пацієнт вже володіє.

Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження ВІЛ та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність.

Враховуючи, що відомості про результат тесту на ВІЛ в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю, повідомлення про них дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Цю інформацію не можна повідомляти в державні немедичні або в недержавні (як медичні, так і немедичні) установи, організації, заклади, об'єднання громадян, навіть якщо дотестове консультування проведено у цих установах, організаціях, закладах. Відповідно, післятестове консультування (не первинне) може проводитись там лише за умови активного звернення пацієнта та повідомлення ним самим про результат його тесту.

Первинне післятестове консультування. Повідомлення про негативний результат передбачає привернення уваги пацієнта до необхідності застосування заходів щодо зменшення ризику інфікування у майбутньому. Необхідно обговорити заходи щодо зниження ризику інфікування ВІЛ, провести консультування з питань безпечної поведінки та, за необхідності, розглянути можливості направлення в інші служби, які допомагають змінити ризикований спосіб життя на менш ризикований.

Консультант повинен повідомити, що результат готовий, представити його чітко та доступно, не використовуючи специфічну професійну термінологію. Необхідно пояснити, що негативний результат означає, що пацієнт не інфікований ВІЛ. Дочекається усвідомлення пацієнтом результату тесту і дозволити пацієнту відчувати задоволення від того, що він не є ВІЛ-інфікованим, однак слід наголосити на необхідності змінити ризиковану поведінку, щоб уникнути інфікування у майбутньому.

За наявності ризикованої поведінки протягом останніх трьох місяців (з урахуванням наявності “серонегативного вікна”) важливо тактовно переконати пацієнта у необхідності повторного тестування і запропонувати йому пройти тестування ще раз, а також заохотити прийти на тестування його статевого партнера. Разом з пацієнтом потрібно розробити план зниження ризику інфікування, який має відповідати вмінням і здібностям пацієнта, його мотивації щодо зміни певного типу поведінки. План повинен бути конкретним; вказувати на всі обставини та осіб (що, коли, хто, де і як), які братимуть участь у процесі зменшення ризику; висвітлювати послідовність дій пацієнта щодо зменшення ризику інфікування. Не слід підтримувати плани, що носять необґрунтований або радикальний характер щодо змін у житті пацієнта.

Первинне післятестове консультування. Повідомлення про позитивний результат передбачає надання зрозумілої та точної інформації з цього приводу та підтримку пацієнта у його сприйнятті. Це – кризове консультування, психологічна підтримка у сприйнятті діагнозу та допомога у плануванні майбутнього, як найближчого, так і віддаленого. Пріоритетним завданням є забезпечення розуміння пацієнтом результату тесту та надання йому відповідної допомоги.

У зрозумілій формі консультант повідомляє про результат тесту, уникаючи специфічної термінології, пояснює, що цей результат свідчить про інфікування ВІЛ. За вимогою пацієнта необхідно видати йому довідку про результат тесту.

Слід пояснити пацієнту, що це не означає, що він вже хворий на СНІД або обов’язково має відразу захворіти. Не треба порушувати паузу під час спілкування з пацієнтом, розуміючи, що важко сприйняти результат. Доцільно запитати, як він себе почуває. Консультант має усвідомити проблеми, пов’язані зі сприйняттям первинного позитивного результату, і надати необхідну підтримку. Слід зрозуміти психологічний стан пацієнта, пояснити, що потрібен час для адаптації до життя з ВІЛ.

Під час консультування доцільно встановити, які питання пацієнт хотів би обговорити, запропонувати йому обговорити життя з ВІЛ, можливі наслідки

для особистого життя, сімейних і соціальних відносин, а також запитати, хто зможе допомогти пацієнту адаптуватися до життя з ВІЛ. Слід наголосити, що емоційне та фізичне здоров'я і медичне лікування є важливими елементами життя з позитивним ВІЛ-статусом. Порадити пацієнту повідомити про результат тесту лише тим особам, в яких він повністю впевнений. Доцільно обговорити ситуації, коли пацієнт може дотримуватися конфіденційності щодо власного ВІЛ-статусу, а коли повинен розкрити його.

Обов'язково слід поінформувати пацієнта, що в сучасних умовах завдяки лікуванню АРВ-препаратами є можливість трансформувати прогресуючий перебіг ВІЛ-інфекції у хронічний, тим самим подовжити життя ВІЛ-інфікованої людини та поліпшити його якість.

ВІЛ-інфікованому пацієнту необхідно допомогти визначити можливість допомоги і забезпечити доступ до неї. Слід пояснити пацієнту важливість подальшого медичного обстеження і його порядок. При зверненні до медичного працівника ВІЛ-інфікована людина має право не інформувати його про власний результат тесту на ВІЛ, однак це може знизити якість медичної допомоги. Якщо медичний фахівець знатиме про позитивний ВІЛ-статус пацієнта, цю інформацію він враховуватиме при визначенні необхідного обсягу обстеження пацієнта, вирішенні питання про призначення курсу АРТ, хіміо-профілактики туберкульозу, лікування опортуністичних захворювань (кандидозів тощо). Необхідно звернути увагу пацієнта, що при отриманні медичної допомоги, пов'язаної з ушкодженням шкіри та слизових оболонок (хірургічне, стоматологічне або акушерсько-гінекологічне втручання), бажано повідомити лікаря про позитивний ВІЛ-статус, щоб медичні працівники могли уникнути професійного зараження при аварійних ситуаціях під час надання допомоги. Пацієнту доцільно надати інформацію, куди йому потрібно звернутись для поглибленого обстеження, встановлення стадії захворювання та ступеня ВІЛ-асоційованого імунодефіциту і вирішення необхідності та можливості отримання лікування; обстеження на наявність ПСШ, туберкульозу; отримання консультації щодо планування сім'ї.

Консультант має розповісти, що існують групи взаємодопомоги ЛЖВ, соціальні служби. Запитати, чи зацікавлений пацієнт в обговоренні своєї ситуації з іншими, що для нього є найбільш складним в отриманні підтримки.

За наявності ризикованої поведінки з пацієнтом обговорюють індивідуальний план щодо її зміни. При цьому необхідно надати у друкованому вигляді інформацію щодо закладів та організацій, зазначивши адреси, назви та номери телефонів, де пацієнт зможе отримати допомогу з цього питання.

Для оцінки психологічного стану пацієнта слід запитати, що він збирається робити відразу після того, як залишить цей заклад. Обговорити з ним план його дій на найближчі години та добу. За наявності у пацієнта ознак депресії, нахилу до суїциду надати йому поради щодо подолання такого стану (наприклад, повідомити про безкоштовний телефон довіри, порекомендувати допомогу психолога чи психіатра тощо). Якщо пацієнт неадекватно поводить себе у зв'язку з нездатністю усвідомити та прийняти позитивний ВІЛ-статус, необхідно забезпечити соціальний супровід його до психолога чи психіатра.

Згідно із Законом України, ВІЛ-інфіковані зобов'язані повідомити осіб, з якими вони мали статеві контакти до встановлення факту інфікування ВІЛ, про можливість їх зараження. Необхідно запитати, чи є конкретні партнери, які також могли б бути інфікованими ВІЛ. Запропонувати пацієнту повідомити їх про можливість інфікування та доцільність тестування на ВІЛ. З'ясувати, яким чином пацієнт збирається повідомити партнера про результат свого тесту, запропонувати обстеження партнера. Важливо наголосити на необхідності безпечного сексу, користування презервативами.

Консультант повинен поінформувати пацієнта про дотримання профілактичних заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції:

- відмовитися від донорства крові, тканин та органів;
- у разі статевих контактів використовувати презерватив та повідомляти сексуальних партнерів про власний позитивний ВІЛ-статус;
- уникати спільного використання засобів особистої гігієни (лез для гоління, зубних щіток, манікюрних інструментів тощо), медичного інструментарію (клізм, шприців, голок), у тому числі для нанесення татуювань, пірсінгу, приготування та вживання наркотиків ін'єкційним шляхом тощо.

Доцільно пояснити про відсутність загрози інфікування для членів сім'ї, співробітників при звичайних побутових контактах.

Пацієнта інформують про права та обов'язки, соціальний захист ВІЛ-інфікованих осіб відповідно до положень Закону України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення" від 3.03.1998 р. № 1551/98-ВР та Кримінального кодексу України.

Консультант пояснює пацієнту, що, відповідно до статті 14 зазначеного закону, ВІЛ-інфікований повинен письмово засвідчити факт отримання інформації про зараження ВІЛ, а також попередити про необхідність дотримання профілактичних заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції та про кримінальну відповідальність за свідоме нараження на небезпеку інфікуван-

ня (або інфікування) іншої особи (осіб), пропонує пацієнту заповнити форму первинної облікової документації № 503-3/о “Попередження особи, інфікованої вірусом імунодефіциту людини”.

Доцільно запропонувати пацієнту при потребі звертатися за подальшими консультаціями та за необхідності домовитися про час наступної зустрічі.

Первинне післятестове консультування. Повідомлення про невизначений (сумнівний) результат. Консультант повинен повідомити пацієнта, що результат тесту на даний час розцінено як невизначений або сумнівний. Причинами цього можуть бути:

- пацієнт має іншу хронічну хворобу: ревматичний артрит, множинний склероз, системний червоний вовчак, цукровий діабет 1-го типу, хвороба Аддісона, анкілозуючий спондиліт, хронічний гепатит, злоякісні захворювання (особливо лімфопроліферативні злоякісні процеси), тяжкі захворювання нирок, що може призводити до виявлення неспецифічних антитіл;
- пацієнт зробив щеплення проти грипу протягом 30 днів до тестування;
- пацієнт отримав переливання крові, її компонентів чи препаратів (гаммаглобулін) або мав пересадку органів чи тканин.

Доцільно пояснити пацієнту про можливість перебування його у стадії “серо-негативного вікна”: час з моменту інфікування людини до появи антитіл до вірусу імунодефіциту, який може тривати 1–6 міс., коли кількість антитіл до ВІЛ ще недостатня для отримання позитивного результату; пояснити клінічні прояви гострої стадії ВІЛ-інфікування. Поінформувати, що у 30–40% інфікованих хвороба нагадує гостру респіраторну інфекцію: гарячка, слабкість, біль у голові та горлі, іноді діарея, висипання, збільшені лімфатичні вузли. Цей стан триває до 12–15 днів і зникає навіть без лікування. Запропонувати пацієнту обстежитися знову через 2 тиж. або через 2–3 міс. залежно від рекомендацій лікаря-лаборанта, який проводив дослідження, та стану здоров’я пацієнта.

Важливо пояснити пацієнту про необхідність дотримуватися безпечної щодо поширення ВІЛ-інфекції поведінки до отримання результату повторного тесту на ВІЛ (відмовитись від донорства, відкласти заплановану вагітність, зменшити кількість статевих партнерів, під час статевих контактів використовувати презерватив тощо), надати йому інформаційні буклети і адреси державних, комунальних організацій та закладів, об’єднань громадян, які надають психоемоційну підтримку, а також призначити дату та час наступної зустрічі.

2.3. Консультування ВІЛ-позитивних вагітних і роділь

Консультування ВІЛ-позитивних вагітних. Тестування на ВІЛ під час вагітності, відповідно до чинних нормативно-правових актів, проводять за усвідомленою згодою жінки. Стандартне тестування крові вагітної на ВІЛ здійснюють при взятті на облік. У разі негативного результату тесту на ВІЛ до 12 тиж. вагітності повторне тестування проводять у терміні вагітності 23 тиж. У разі позитивного результату тесту вагітній призначають медикаментозну профілактику вертикальної трансмісії ВІЛ відповідно до клінічного протоколу. У разі сумнівного результату обстеження методом ІФА до 23 тиж. вагітності жінці призначають повторне тестування до отримання остаточного результату. Якщо вагітна звернулася на облік по вагітності пізніше 23 тиж. вагітності, їй призначають тестування крові на ВІЛ. У разі позитивного результату повторне тестування не призначають. У разі негативного результату повторне обстеження на ВІЛ проводять через 3 міс. (12 тиж.). Якщо вагітна звернулася на облік пізніше 30 тиж. вагітності, їй призначають тестування на ВІЛ. У разі негативного результату повторне обстеження проводять експрес-методом у пологах.

Під час *дотестового консультування* слід враховувати, що, крім загальних аспектів консультування (принципи діагностики ВІЛ-інфекції; добровільність, конфіденційність, безоплатність обстеження; права пацієнта щодо тестування на ВІЛ; значення негативного, позитивного та невизначеного результату обстеження; процедура обстеження), необхідно обговорити специфічні питання, пов'язані з вагітністю, надати інформацію про вплив ВІЛ-інфекції на вагітність, шляхи передачі ВІЛ дитині та методи профілактики. Доцільно з'ясувати анамнестичні дані вагітної, які можуть вказувати на ризик інфікування ВІЛ, а саме, про наявність ризикованих форм поведінки (характер сексуальних стосунків, ін'єкційне вживання наркотиків жінкою або її сексуальним партнером); про випадки переливання крові або її компонентів, трансплантації органів, тканин, інвазивних процедур; про перенесені ППСШ; про професійні контакти з кров'ю.

Післятестове консультування при негативному результаті передбачає надання вагітній інформації про шляхи передачі ВІЛ та профілактику інфікування; про правила безпечної поведінки і можливі способи запобігання зараженню під час вагітності та годування грудьми; про питання збереження репродуктивного здоров'я сім'ї; про терміни повторного обстеження на ВІЛ.

Післятестове консультування при позитивному результаті включає (поряд з питаннями стандартного післятестового консультування) обговорення інформації, пов'язаної з вагітністю. ВІЛ-позитивним жінкам слід дати змогу

самостійно вирішити питання щодо збереження або переривання вагітності. При цьому необхідно надати вагітній повну інформацію про ризик передачі ВІЛ від матері до дитини та заходи попередження передачі. У жодному разі не можна примушувати ВІЛ-інфіковану перервати вагітність.

Необхідно поінформувати вагітну про шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини: трансплацентарний; під час пологів при контакті шкіри і слизових оболонок дитини із кров'ю чи виділеннями матері або при заковтуванні материнської крові чи інших рідин, висхідне інфікування амніотичної рідини; при інвазивних маніпуляціях; під час грудного вигодовування чи вживання немовлям зціженого грудного молока ВІЛ-інфікованої матері. ВІЛ-інфікована вагітна повинна знати про природний ризик передачі ВІЛ дитині (до 41%) і можливості зниження ризику інфікування дитини (до 0–2%) за умови проведення профілактичних заходів. Консультант інформує вагітну про специфічні (АРВ-профілактика, або АРТ, планове розродження за допомогою операції кесаревого розтину, штучне вигодовування дитини) та неспецифічні (здоровий спосіб життя, регулярне медичне спостереження, виконання призначень лікаря щодо ведення вагітності та інших захворювань) методи зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини.

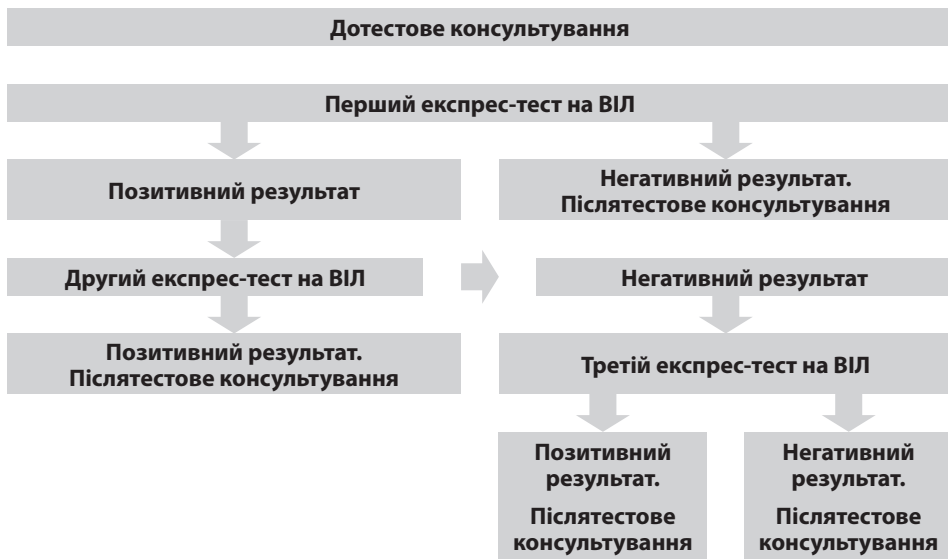
ВІЛ-інфіковану вагітну попереджують про необхідність регулярного нагляду в жіночій консультації та у лікаря-інфекціоніста в поліклініці за місцем проживання або в територіальному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом, тобто за ВІЛ-інфікованою вагітною здійснюється подвійне диспансерне спостереження. Лікар акушер-гінеколог визначає усі фактори ризику вагітності та призначає лікування для їх усунення. Спеціаліст з питань ВІЛ-інфекції оцінює стадію ВІЛ-інфекції вагітної, рівень CD4+-лімфоцитів, ВН у динаміці. Враховуючи ці дані, лікар призначає препарати для проведення АРВ-профілактики або ВААРТ, а також вибирає метод ведення пологів.

ВІЛ-інфекція спричиняє ускладнення перебігу вагітності: самовільні викидні, затримку розвитку плода, мертвонароджуваність, передчасні пологи, не своєчасний вилив навколоплідних вод, анемії.

ВІЛ-інфіковані вагітні порівняно з ВІЛ-негативними мають вищий ризик анте- та інтранатального інфікування плода (як ВІЛ, так і іншими збудниками інфекцій, у тому числі TORCH-інфекціями). Тому важливо провести діагностику та лікування опортуністичних і TORCH-інфекцій. ВІЛ-інфіковану вагітну повідомляють про можливість соціального супроводу (інформація про сервісні організації з питань соціальної допомоги вагітній жінці та майбутній дитині) та надають інформаційні матеріали.

Консультація при невизначеному до полозі ВІЛ-статусі. Жінці у пологах з невідомим ВІЛ-статусом проводять тестування на ВІЛ експрес-методом (рис. 5). Тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів проводить спеціально підготовлений медичний персонал (лікар, медична сестра або спеціаліст лабораторії). Інформацію про результат тестування якнайшвидше слід надати лікарю, який відповідає за ведення пологів у даної вагітної, для прийняття рішення стосовно подальшої профілактики передачі ВІЛ від матері до новонародженого.

Рис. 5. Алгоритм тестування за допомогою швидких тестів



- Якщо отримано два позитивні результати експрес-тесту під час пологів, для роділлі призначають АРВ-профілактику (за сценарієм) з метою запобігання передачі ВІЛ від матері до новонародженого.
- Діагноз підтверджують після пологів.

Про тестування вагітної з використанням швидких тестів заповнюють облікову форму № 498/о “Журнал протоколів проведення дослідження на антитіла до ВІЛ швидкими тестами”. У разі позитивного результату ВІЛ-інфікування вагітній (новонародженому) призначають медикаментозну профілактику вертикальної трансмісії ВІЛ відповідно до клінічного протоколу. Якщо отримано сумнівний результат методом ІФА перед пологами, повторне тестування проводять експрес-методом у пологовому стаціонарі. Коли отримано два позитивні результати на ВІЛ з інтервалом 15–20 хв., здійснюють медикаментозну профілактику вертикальної трансмісії ВІЛ відповідно до клінічного протоколу.

Якщо породілля звернулася до пологового стаціонару після пологів або у пологах, їй призначають тестування крові на ВІЛ експрес-методом. У разі отримання двох позитивних результатів проводять медикаментозну профілактику вертикальної трансмісії ВІЛ відповідно до клінічного протоколу. Результати проведених експрес-тестів у подальшому підтверджують стандартним дослідженням крові на ВІЛ методом ІФА з іншими тест-системами або ІБ.

За умови обстеження в період 35–36 тиж. вагітності або пізніше, під час якого отримано негативний результат, швидкий тест на ВІЛ проводити недоцільно.

Дотестове консультування у пологах включає інформацію про ВІЛ-інфекцію та шляхи її передачі; про необхідність та важливість діагностики ВІЛ-інфекції за допомогою швидкого тесту для проведення медикаментозної профілактики при позитивному результаті, а також для вибору виду вигодовування дитини. Жінку інформують про її права щодо тестування на ВІЛ, процедуру обстеження швидким тестом, значення позитивного, негативного, сумнівного результату обстеження. Слід наголосити, що остаточний результат обстеження на ВІЛ буде визначений лише після обстеження стандартним методом ІФА.

Післятестове консультування при негативному результаті швидкого тесту включає визначення особистих ризиків інфікування ВІЛ. У разі наявності ризикованої поведінки протягом останніх трьох місяців (вживання ін'єкційних наркотиків тощо), необхідно пояснити, що з урахуванням “серонегативного вікна” результат тесту може не показати наявність ВІЛ-інфікування.

Післятестове консультування при позитивному результаті швидкого тесту включає повідомлення результату, інформування про методи профілактики інфікування ВІЛ новонародженого (призначення АРВ-препаратів та вибір безпечного виду вигодовування), роз'яснення необхідності подальшого медичного нагляду після пологів, обговорення значення інфікування ВІЛ для самої жінки та її дитини. Необхідно наголосити на проведенні термінового обстеження після пологів у центрі профілактики та боротьби зі СНІДом для встановлення стадії захворювання та визначення потреби в отриманні АРТ.

Особливості консультування пар. Обов'язковими умовами, що свідчать про спроможність обох партнерів до рівного прийняття рішення щодо звертання за консультуванням і тестуванням на ВІЛ, є відсутність примусу та усвідомлена згода кожного з партнерів на проходження консультування і отримання результатів тесту разом.

Під час консультування кожен партнер повинен мати однакову можливість задавати питання, обговорювати проблеми та з'ясувати наслідки можливих результатів тестування щодо своїх стосунків, шлюбу, статевого життя, планування сім'ї та планів щодо народження дітей.

Показанням для консультування пар є планування вступу до шлюбу, бажання прийняти усвідомлене рішення щодо народження дитини, потреба пари у з'ясуванні можливості профілактики передачі ВІЛ неінфікованому партнеру в дискордантній парі (один з партнерів ВІЛ-позитивний, інший – ВІЛ-негативний) та надання допомоги ВІЛ-інфікованому партнеру.

Під час дотестового консультування необхідно отримати згоду пари на консультування та отримання результатів тесту разом і з'ясувати, що кожен з партнерів добровільно вирішив пройти ДКТ та отримати результат тесту разом. Парі слід надати інформацію про шляхи передачі ВІЛ і заходи профілактики. Оскільки консультування може бути частиною дошлюбної консультації, важливо приділити увагу питанням репродуктивного здоров'я та можливості народження здорових дітей. Консультант має описати процедуру тестування та отримання результатів, значення позитивного та негативного результату, повідомити про можливість періоду “серонегативного вікна”. Доцільно обговорити та оцінити ризик негативних наслідків для пари у разі отримання позитивного результату. Якщо пара має сумніви щодо проведення тестування наразі, порадити прийти для повторного консультування через деякий час.

Необхідно отримати письмову усвідомлену згоду пари на тестування на ВІЛ та повідомлення про результати їхніх тестів у присутності обох партнерів. У разі відмови від тестування парою та висловлюванні згоди на індивідуальне тестування консультант повинен отримати від кожного з партнерів індивідуальну письмову усвідомлену згоду на проведення тесту на ВІЛ.

Післятестове консультування передбачає отримання підтвердження згоди кожного з партнерів на повідомлення результату в присутності обох партнерів. У разі відмови одного з партнерів повідомляють результат тесту та проводять післятестове консультування індивідуально.

При негативному результаті тестування обох партнерів необхідно повідомити результат, інформувати про заходи щодо профілактики ВІЛ-інфекції, зменшення особистих ризиків інфікування (здоровий спосіб життя, питання “безпечного сексу”). Якщо у пари існують фактори ризику, важливо обговорити питання щодо зміни поведінки, для кожного з партнерів

скласти індивідуальний план зміни ризикованої поведінки. За необхідності консультант направляє пару у відповідні установи, соціальні служби та громадські організації. За бажанням пацієнтів їм видають довідки про результати тесту. При наявності показань консультант призначає повторне консультування і тестування на ВІЛ через 3 міс.

Про позитивний результат тесту одного чи обох партнерів повідомляють зрозумілою мовою. Необхідно обговорити значення результату тесту для кожного окремо і для пари в цілому. Слід почекати, поки пара усвідомить результат тесту, потім переконатись, що вона правильно його зрозуміла. Надання психологічної допомоги передбачає емоційну підтримку. Важливо обговорити значення результату тестування для сімейного життя, сексуальних, особистих і соціальних відносин, скласти план зниження ризикованої поведінки.

Як у разі інфікування обох партнерів, так і під час бесіди з дискордантною парою, консультант має наголосити на необхідності “безпечного сексу” (використання бар’єрних засобів для запобігання повторного інфікування іншими штамами вірусу або іншими збудниками), обговорити можливість домовленості між ними про використання презерватива або зміни статевої поведінки.

Попередження негативних наслідків позитивного результату тесту на ВІЛ включає виявлення можливих ризиків (психологічні, психічні розлади тощо), розробку заходів щодо їх запобігання. При необхідності пару направляють у відповідні установи, соціальні служби та громадські організації.

Встановлення ВІЛ-інфекції у одного чи обох партнерів потребує надання парі інформації про необхідність медичного спостереження, профілактики опортуністичних інфекцій, АРТ.

Обговорюючи питання ВІЛ-інфекції з дискордантною парою, доцільно наголосити на важливості безпечної статевої поведінки для уникнення інфікування іншого партнера, необхідності періодичного обстеження ВІЛ-негативного партнера, вказати на фактори ризику інфікування ВІЛ, важливість підтримки ВІЛ-позитивного партнера ВІЛ-негативним партнером, порекомендувати зустрітись з іншими дискордантними парами ВІЛ-інфікованих людей для психологічної підтримки.

Якщо обидва партнери ВІЛ-інфіковані, можна їм порекомендувати зустрітись для психологічної підтримки з іншими такими парами.

2.4. Психологічна підтримка медичних працівників.

Феномен “вигорання”, або емоційного виснаження

Феномен “вигорання” описано психіатром Х. Фреденбергером (США) в 1974 р., який визначив його як “виснаження енергії у професіоналів у сфері соціальної допомоги, коли вони відчують себе перевантаженими проблемами інших людей”. Якщо фахівець “вигорає”, він стає неефективним у своїй діяльності. Інше визначення феномена “вигорання” – синдром фізичного та емоційного виснаження, що включає розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи та втрату розуміння і співчуття до пацієнтів.

“Вигорання” можна прирівняти до стресу в його крайньому прояві та до третьої стадії загального синдрому адаптації, що відповідає рубриці МКХ-10 Z.73.0 – “Стан повного виснаження”.

“Професійне вигорання” – синдром, який розвивається на фоні хронічного стресу та зумовлює виснаження особистісних емоційних ресурсів співробітника. Цей феномен виникає як наслідок накопичення негативних емоцій без відповідного “визволення” від них, є довготривалим процесом, призводить до втрати сенсу подальшої професійної діяльності, особистої перспективи.

Повідомлення діагнозу ВІЛ-інфікованим та їхнім близьким супроводжується стресовим перевантаженням і професійним емоційним виснаженням.

Причини виникнення синдрому “вигорання”. Психічне виснаження частіше виникає при занадто високому професійному навантаженні та за умови наявності тривалого міжособистісного конфлікту. Фактори ризику виникнення емоційного виснаження пов’язані з особливостями професійної діяльності та індивідуальними характеристиками фахівця. Частіше синдром “вигорання” спостерігається у молоді, при перебільшенні очікувань, при високому рівні самовідданості та ідеалізму, при потребі довести власну спроможність, при невмінні відмовити, при складнощах з делегуванням відповідальності, при схильності до самопожертвування.

Ситуації, які зумовлюють виснаження, такі: невизначення функціональних обов’язків; конфлікт між функціональними вимогами; робоче перевантаження чи напруження; міжособистісні конфлікти (з пацієнтами, членами сім’ї, колегами чи керівництвом); брак відповідної підготовки для виконання роботи; недостатність ресурсів, соціальної підтримки, вдячності; фактори, пов’язані з місцем роботи (наприклад, нереалістичні завдання, брак незалежності в прийнятті рішень, невдалий розклад).

Прояви синдрому “вигорання”. Психологи виділяють три компоненти “професійного вигорання”: емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження самооцінки. Емоційне виснаження характеризується відчуттям перенапруги і недостатньою кількістю енергії для початку нового дня. Деперсоналізація – міжособистісна складова “вигорання”, що проявляється відмовою або негативною (жорсткою) манерою спілкування. Зниження самооцінки характеризується підвищенням відчуття неадекватності, непридатності до роботи (сімейного життя тощо).

Симптоми “вигорання” можна поділити на фізичні, психологічні та пов’язані з поведінкою (табл. 8).

Таблиця 8. Прояви синдрому “вигорання”

Фізичні	Психологічні	Пов’язані з поведінкою
Біль у спині	Гнів і фрустрація (лат. <i>frustratio</i> – омана, марне очікування)	Емоційні спалахи
Зміни у смакових пристрастях	Втрата самоповаги та впевненості в собі	Віддалення від друзів та сім’ї
Діарея	Втрата інтересу до роботи, невиконання професійних обов’язків	Втрата пунктуальності та нехтування обов’язками
Підвищення артеріального тиску	Відчуття неадекватності, безпорадності та провини	Зниження критичності
Втома	Відчуття неспокою	Неможливість концентруватися
Гастроінтестинальні проблеми	Депресія	Журба
Головний біль	Пригніченість і завантаженість	Постійне вживання алкоголю та інших психостимуляторів
Безсоння	Лабільність, часта зміна настрою	Труднощі в спілкуванні з людьми, перебування серед людей
М’язове напруження	Відчуття неуспішності	Зниження трудової активності
Втрата маси тіла	Тривога за майбутнє	Неможливість змінюватися

Синдром “вигорання” приводить до психічного та фізичного неблагополуччя і проявляється одночасно декількома симптомами, проте вони поєднуються індивідуально. *Перша (початкова) стадія* синдрому “вигорання” характеризується помірними, нетривалими ознаками, які зникають самостійно або після відпочинку. *У другій стадії* симптоми з’являються постійно, носять

тривалий характер, важко коригуються. Прояви *третьої стадії* синдрому “вигорання” є хронічними. У таких осіб поєднуються психопатологічні, психосоматичні, соматичні симптоми та ознаки соціальної дисфункції; спостерігається хронічна втома, когнітивна дисфункція (порушення пам’яті та уваги), порушується сон (важко заснути чи ранні пробудження), відмічаються зміни особистості. Можливий розвиток депресивних розладів, залежності від психоактивних речовин, суїцид. Загальні соматичні симптоми – головний біль, гастроінтестинальні (діарея, синдром подразнення кишок) і кардіоваскулярні (тахікардія, аритмія, гіпертонія) розлади.

Людина з синдромом “вигорання” втрачає інтерес до життя та професійної діяльності. При цьому знижується або зникає здатність співчувати. Такі особи стають байдужими до власних емоцій та переживань.

Профілактика синдрому “вигорання”. Психічне здоров’я – стан повної душевної рівноваги, вміння володіти собою, здатність пристосовуватися до складних ситуацій та долати їх, швидко встановлювати душевну рівновагу. Емоційне виснаження може спричинити втрату працездатності, психічного здоров’я.

Основні напрямки, які запобігають розвитку синдрому “вигорання”: удосконалення рівня знань, умінь і навичок; поліпшення умов праці та відпочинку; підвищення мотивації; оптимізація оплати праці; соціальний захист; психологічне розвантаження; поліпшення психологічного клімату в колективі.

Для запобігання синдрому “вигорання” слід чергувати консультування з іншими видами діяльності, опанувати навички психоемоційної саморегуляції.

Методи запобігання синдрому можуть бути індивідуальними та груповими. *Індивідуальні* методи включають: засвоєння техніки саморегуляції (аутогенного тренування, медитативної чи дихальної психотехніки, точкового самомасажу тощо); опрацювання техніки ефективного фізичного та емоційного відновлення (фізична активність, фізіотерапевтичні процедури). *Групові* методи включають: обговорення з керівником або довіреними колегами труднощів, що виникли, аналіз проблемних і складних випадків, надання підтримки один одному за принципом “рівний – рівному” та відпрацювання конкретних шляхів подолання цих труднощів; встановлення за допомогою підготовленого професіонала ознак емоційного виснаження, їх причин та вирішення цієї проблеми якнайшвидше та конструктивніше; використання методів групової роботи з метою пошуку за допомогою колег нових ефективніших варіантів власної поведінки, емоційного реагування і стосунків з колегами, ставлення до роботи та до себе.

Існують різні стратегії профілактики та реабілітації синдрому “вигорання”. *Стратегія фокусування на проблемі* є альтернативою стратегії фокусування на емоціях. Слід постійно удосконалювати знання з питань надання допомоги, регулярно читати спеціальну літературу. Ведення щоденника, де фіксуються випадки, які спричинили стрес, може допомогти виявити ключові проблеми, правильно оцінити ситуацію та знайти шляхи вирішення. Доцільно обговорювати проблему з людиною (колегою) з подібною проблемою, задавати запитання професіоналам – психологам.

Стратегія зміни моделі надання допомоги передбачає встановлення чіткої мети та завдань. Необхідно розподілити завдання за їх пріоритетністю та послідовністю виконання. При виконанні професійних обов’язків фахівець має визначити межі власних можливостей, правильно розподілити відповідальність, звертатися по допомогу до керівництва і колег. Не можна брати відповідальність і контролювати модель життя пацієнтів, слід підтримувати їхні прагнення до саморегуляції та самообслуговування. Важливою складовою цієї стратегії є чіткий розподіл часу.

Стратегія застосування методів релаксації передбачає зняття напруги поточного дня з метою запобігання її накопичування. Засоби повинні відповідати індивідуальним інтересам, вільному часу, існуючим ресурсам. Доведеними засобами релаксації є прогулянки, слухання музики, теплі ванни, медитація, глибоке дихання, масаж, аромотерапія, акупунктура, робота на садовій ділянці, заняття спортом, читання книг, зустрічі з друзями.

Стратегією профілактики та реабілітації синдрому “вигорання” є *здоровий спосіб життя*. Збалансоване харчування, регулярні фізичні вправи, сон протягом 7–9 год. на добу.

Стратегія зберігання та підтримки інших видів діяльності передбачає періодичні перерви у роботі (короткі перерви у робочий час, регулярні вихідні та відпустки). Слід приділяти час улюбленим заняттям, більше перебувати на свіжому повітрі.

Стратегія використання підтримки передбачає створення формальних чи неформальних груп взаємодопомоги в колективі, що дає змогу обговорювати проблеми, забезпечити емоційну підтримку, отримати додаткову інформацію, знайти шляхи вирішення проблеми, взаємодопомагати.

Таким чином, запобігання синдрому “вигорання” передбачає процес аналізу та оцінки власного життя. У разі невдоволеності роботою зокрема і життям

взагалі слід (при можливості) поліпшити ситуацію у професійній сфері, в особистому житті або змінити ставлення до цієї ситуації.

Професійне становлення – безперервний процес становлення спеціаліста з моменту вибору та прийняття майбутньої професії до закінчення активної трудової діяльності. При професійному становленні неможливо уникнути кризисних ситуацій, тому слід навчитися долати професійну деструкцію. Професійний самозахист передбачає здатність спеціаліста протистояти негативній соціально-професійній ситуації та деформації особистості.

Основні способи захисту від деформації особистості: підвищення рівня самооцінки і власне ставлення до професійних проблем; переоцінка особистості та власного професійного статусу в контексті конкретної проблеми; трансформація навичок спілкування на підставі розуміння їх значущості; самозвільнення від стереотипів комунікативної активності; оволодіння новими навичками комунікації.

Розділ 3. ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ

3.1. Комплексний підхід до зниження рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію дітей молодшого віку та принципи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини

Концепція профілактики інфікування дітей ВІЛ від матерів. Заклади охорони здоров'я, які проводять ППМД, повинні співпрацювати з іншими державними та недержавними службами лікування і допомоги ЛЖВ (центри профілактики та боротьби зі СНІДом, служби наркологічної допомоги, зниження шкоди від наркотиків, психологічної та соціальної підтримки, захисту дітей та ін.). Слід забезпечити однаковий недискримінаційний доступ до медичної допомоги як вагітним жінкам-СН, так і вагітним жінкам-неСН (АРТ, підтримка репродуктивного здоров'я, ППМД, акушерська допомога тощо) [15, 20, 21].

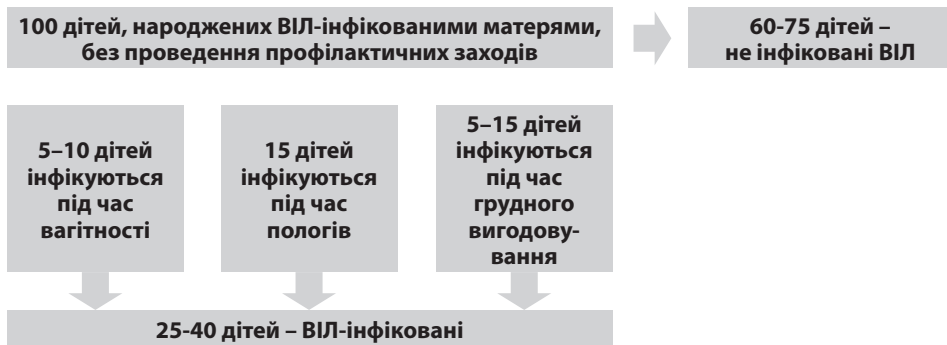
Усю медичну документацію, незалежно від наявності або відсутності даних про ВІЛ-статус, необхідно вести та зберігати, дотримуючись принципу конфіденційності особистої інформації та лікарської таємниці. Медична документація має бути доступною тільки для медичних працівників, які надають допомогу безпосередньо даній пацієнтці і тільки у необхідному для роботи обсязі.

Все більше ВІЛ-інфікованих жінок бажають зберегти вагітність. При цьому їхні новонароджені діти становлять групу високого ризику інфікування ВІЛ у період внутрішньоутробного розвитку, під час пологів і годування груддю. Якщо не проводити заходів ППМД, ризик перинатальної трансмісії ВІЛ під час грудного вигодовування дитини сягає 41%, штучного вигодовування – 15–30%. У разі проведення заходів ППМД (призначення АРВ-препаратів жінці під час вагітності та пологів і дитині в період новонародженості, а також акушерське втручання – планове розродження жінки за допомогою операції кесаревого розтину, штучне вигодовування дитини) ризик інфікування дітей ВІЛ від матерів можна знизити до 0–2%. Такий рівень передачі ВІЛ від матері до дитини існує в економічно розвинутих країнах. У пострадянських країнах Східної Європи, де розвиток епідемії пов'язаний з вживанням ін'єкційних наркотиків, а система охорони здоров'я ослаблена у зв'язку з перехідним періодом в економічному розвитку, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини значно вищий, ніж у розвинутих країнах. Розвинута інфраструктура охорони здоров'я, достатньо високий рівень освіти населення, доступність заходів

щодо запобігання перинатальній передачі ВІЛ дають змогу суттєво знизити ризик інфікування немовлят від ВІЛ-інфікованих матерів.

Механізми передачі ВІЛ від матері до дитини. Внутрішньоутробне інфікування ВІЛ (через плаценту) може відбутися у будь-якому періоді антенатального розвитку плода, проте найбільш імовірно – у третьому триместрі вагітності перед пологами. Ризик внутрішньоутробного інфікування ВІЛ підвищується при хоріоамніоніті, при тривалому безводному періоді. *Інфікування у пологах* ще більш імовірно, ніж антенатально. Вважають, що за умови відсутності грудного вигодовування 25–40% випадків інфікування плода відбувається антенатально, а 60–75% – інтранатально (рис. 6). Інфікування у пологах пов'язують із контактом слизових оболонок плода з біологічними рідинами матері, які містять ВІЛ, при заковтуванні плодом секретів пологових шляхів і крові матері, їх потраплянні на кон'юнктиву очей, слизові оболонки статевих органів, ушкоджену шкіру. Антенатальне інфікування ВІЛ (раннє інфікування) зумовлює розвиток вродженої ВІЛ-інфекції. Про антенатальне інфікування свідчить виявлення генетичного матеріалу ВІЛ у крові новонароджених в перші 48 годин після народження, а про пізнє зараження (безпосередньо перед пологами або у пологах) – негативний результат такого дослідження в перші 48 год. до 7 днів життя та позитивний результат у період з 7-го по 90-й день життя (за умови штучного вигодовування дитини).

Рис. 6. Ризик інфікування ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у різні періоди розвитку



Інфікування під час грудного вигодовування може відбуватися у будь-якому віці дитини. У країнах Африки майже 30% дітей інфікуються ВІЛ під час грудного вигодовування. Ризик такого інфікування коливається у межах 2,6–22%. Механізм зараження ВІЛ під час грудного вигодовування пов'язаний з наявністю вірусу в молоці або з домішками крові матері в молоці, які потрапляють у порожнину рота і систему травлення дитини.

Фактори, які впливають на передачу ВІЛ від матері до дитини [2, 4, 15, 20–23]. *Вірусологічні фактори.* ВН – найважливіший фактор ризику інфікування плода чи дитини вірусом. Так, у період гострої ВІЛ-інфекції та у IV клінічній стадії цієї патології ризик передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності, пологів і годування грудьми, коли рівень ВН найвищий, значно зростає. Доведено, що прогресуюча стадія ВІЛ-інфекції з високим ВН понад 10 000 копій/мл під час вагітності та пологів є фактором ризику інфікування плода ВІЛ. Проте слід зазначити, що й при ВН, яке не визначається (тобто нижче за бар'єр чутливості тест-системи при кількісному дослідженні РНК ВІЛ у плазмі крові), може відбутися трансмісія ВІЛ дитині. Це, ймовірно, зумовлено іншими факторами, які впливають на передачу вірусу дитині. Наприклад, такими факторами під час пологів може бути ВН у цервікально-піхвовому секреті, а під час грудного вигодовування – у грудному молоці.

Визначення ВН матері як ключового фактора ризику трансмісії ВІЛ дитині є підставою для застосування АРВ-препаратів з метою запобігання інфікуванню дітей цим вірусом. Доведено, що відсутність АРТ або АРВ-профілактики у жінки під час вагітності, пологів та у новонародженого є найважливішим фактором ризику перинатального інфікування ВІЛ.

На передачу вірусу негативно впливає наявність у ВІЛ-інфікованої жінки кількох різних його штамів, що, ймовірно, є наслідком повторного інфікування вагітної ВІЛ від різних партнерів при незахищених статевих контактах або при вживанні ін'єкційних наркотиків.

Імунологічні фактори. Ризик передачі ВІЛ плоду зворотно пропорційний ступеню ВІЛ-асоційованого імунодефіциту матері. Тобто ризик трансмісії ВІЛ дитині зростає зі зниженням у матері рівня CD4⁺-лімфоцитів у крові: наприклад, при рівні CD4⁺-лімфоцитів понад 600 в 1 мкл крові ризик передачі ВІЛ становить 15%, а при рівні CD4⁺-лімфоцитів менше 200 в 1 мкл крові – 43%. Ризик передачі вірусу дитині підвищується, якщо у матері змінюється співвідношення CD4⁺/CD8⁺-лімфоцитів (менш 1:1,5 при нормі 2:1).

Соціально-біологічні фактори – низький соціальний рівень жінки, незбалансоване харчування, дефіцит вітаміну А, незадовільні умови проживання, шкідливі звички під час вагітності (вживання наркотичних речовин та алкоголю, тютюнопаління) значно підвищують ризик інфікування дитини ВІЛ. Так, ризик перинатальної передачі вірусу зростає у разі: низького рівня вітаміну А у крові ВІЛ-інфікованої вагітної – у 4,4 разу; тютюнопаління – у 3 рази, що пов'язано з порушенням функції плаценти; вживання ін'єкційних наркотиків під час вагітності – у 2,5 разу. Це пояснюють різними механізмами: порушенням функції плаценти, повторним інфікуванням ВІЛ при вживанні

забруднених іншими штамми ВІЛ наркотиків, недостатнім включенням цих жінок у програми профілактики, підвищенням частоти передчасних пологів.

Ризик перинатальної трансмісії ВІЛ зворотно пропорційний рівню освіти матері. Так, у жінок з вищою освітою ризик передачі ВІЛ новонародженому у 2,4 разу нижчий порівняно з матерями з незакінченою середньою освітою.

Незахищені статеві контакти та декілька статевих партнерів під час вагітності також підвищують ризик передачі ВІЛ дитині. Якщо вагітна жінка мала понад 80 випадків незахищених статевих контактів, рівень трансмісії ВІЛ становить 30%, якщо не було ризикової сексуальної поведінки, – 9,1%. При підвищенні сексуальної активності та відсутності захисту збільшується концентрація та різноманіття штамів ВІЛ у жінки, зростає ризик виникнення ПСШ, частіше діагностуються інфекційні процеси у піхві та хоріоамніоніт.

Відсутність антенатального спостереження або незадовільне антенатальне ведення, пов'язані з пізнім зверненням ВІЛ-інфікованої вагітної до ЛПЗ, пізніше виявлення ВІЛ-інфекції, низький рівень медичної допомоги підвищують ризик перинатальної передачі ВІЛ.

Супутні захворювання ВІЛ-інфікованої вагітної (TORCH-інфекції, ПСШ, або інфекції, які передаються через кров) збільшують імовірність інфікування плода ВІЛ. Гельмінтоз і малярія у ВІЛ-інфікованих жінок також підвищують ризик перинатальної трансмісії вірусу, ймовірно, за рахунок активації запальних процесів в урогенітальній сфері та плаценті. Лікування усіх цих захворювань знижує ризик передачі ВІЛ новонародженим. TORCH-інфекції, туберкульоз, бактеріальні інфекції підвищують ризик передачі ВІЛ дитині, оскільки вони є проявами розвинутої стадії вірусу і опосередковано свідчать про високий рівень ВН та низький рівень CD4⁺-лімфоцитів [10].

Ускладнення перебігу вагітності – розвиток плацентарної недостатності, затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР), маловоддя, загострення екстрагенітальних захворювань, низька прибавка маси тіла, запізнілі пологи після 42 тиж. є доведеними факторами, які підвищують ризик перинатальної передачі ВІЛ.

Плацентарні фактори. Крім інфекцій, що зумовлюють хоріоамніоніт або плацентит, ризик передачі ВІЛ плоду зростає при відшаруванні плаценти в будь-який термін гестації. Рівень трансмісії при цьому збільшується пропорційно рівню ВН у жінки. Встановлено, що наявність петрифікатів у плаценті також підвищує ризик трансмісії ВІЛ.

Фактори плода. Встановлено зв'язок між передчасними пологами та підвищеним рівнем передачі ВІЛ до дитини. Низька маса тіла плода при народженні (менше 2500 г), ЗВУР асоціюються зі зростанням ризику інфікування ВІЛ. Імовірно, інфікування ВІЛ *in utero* може спричинити переривання вагітності; а може, навпаки, незрілість імунної системи недоношеного плода зумовлює зараження у пологах. Відомо, що діти ВІЛ-інфікованих жінок-СІН інфікуються частіше за малюків матерів-неСІН. Крім того, доведено, що перша дитина з двійнят як при пологах через природні пологові шляхи, так і при розродженні за допомогою кесаревого розтину інфікується частіше. Одночасне інфікування іншими патогенними мікроорганізмами зумовлює перинатальну трансмісію вірусу. Вважається, що дівчатка частіше за хлопчиків інфікуються антенатально ВІЛ.

Особливості перебігу та ведення пологів. Пологи через природні пологові шляхи є доведеним фактором ризику трансмісії ВІЛ (порівняно з плановим кесаревим розтином). Для зниження ризику інфікування плода ВІЛ у пологах (зменшення контакту з біологічними секретами та кров'ю матері) пропонують планове розродження ВІЛ-інфікованих жінок на 38-му тижні гестації (до початку пологової діяльності та розриву плодових оболонок) шляхом операції кесаревого розтину. За відсутності планового розродження кесаревим розтином і ефективної АРВ-профілактики ризик трансмісії ВІЛ дитині збільшується більше ніж удвічі.

Виявлено значне підвищення ризику інфікування ВІЛ при передчасному розриві плодових оболонок і безводному періоді понад 4 год.: кожна година безводного проміжку підвищує ризик трансмісії на 2%.

Необґрунтовані піхвові обстеження під час пологів, тривалі пологи (понад 8–12 год. для роділь з повторними пологами та більше 16 год. для роділь з першими пологами), кровотеча у пологах, розрив піхви також підвищують ризик передачі ВІЛ.

Штучний розрив навколоплідних оболонок (амніотомія) та індукція пологів, рутинна епізіотомія, перинеотомія, інвазивне моніторування внутрішньо-утробного стану плода, щипці, вакуум-екстракція плода є доведеними факторами ризику передачі ВІЛ від матері до дитини.

Фактори ризику під час грудного вигодовування. Ризик інфікування дитини ВІЛ прямо пропорційний тривалості грудного вигодовування. Під час грудного вигодовування до 1 року зі 100 дітей ВІЛ-інфікованих жінок 9–10 малюків заражуються вірусом.

Під час ексклюзивного (виключно) грудного вигодовування, коли дитина харчується тільки материнським молоком, але не отримує воду чи іншу їжу, ризик передачі ВІЛ нижчий, ніж при вживанні води або догодовуванні чи пригодовуванні. Відомо, що при ексклюзивному грудному вигодовуванні до 6 міс. інфікуються 2,6% дітей. При змішаному вигодовуванні дитини ймовірність інфікування ВІЛ вища, ніж при виключно природному вигодовуванні. Це, ймовірно, пояснюється тим, що у грудному молоці наявні захисні фактори (муцин, ВІЛ-антитіла, лактоферин, інгібітор секреторної лейкоцитарної протеази), а при змішаному вигодовуванні дитина отримує мало материнського молока, тому цих факторів захисту для запобігання інфікуванню ВІЛ недостатньо. Крім того, змішане вигодовування підвищує ризик маститу у матерів і не виключає ризику кишкових інфекцій у дітей, що відіграє важливу роль при постнатальному інфікуванні через систему травлення.

Ризик трансмісії дитини залежить від стадії захворювання матері (тобто пов'язаний з рівнем ВН і CD4⁺-лімфоцитів). Він вищий у жінок у стадії гострої інфекції та при розвинутих стадіях захворювання. Дефіцит вітаміну А, розвиток маститу, абсцесу молочної залози, захворювання сосків підвищують ризик інфікування. Наявність крові у молоці внаслідок ушкодження соска молочної залози або мастит у матері підвищують імовірність інфікування дитини ВІЛ.

Запальні процеси системи травлення або порушення цілісності слизових оболонок порожнини рота дитини також збільшують ризик інфікування при грудному вигодовуванні.

Вживання АРВ-препаратів протягом усього періоду грудного вигодовування матір'ю та дитиною значно знижують ризик інфікування дитини ВІЛ.

Дані про ризик при грудному вигодовуванні є підставою для рекомендації штучного вигодовувати дітей ВІЛ-інфікованих жінок.

У країнах з обмеженими економічними ресурсами (особливо з жарким кліматом) у разі відсутності грудного вигодовування реєструються високі показники захворюваності немовлят на кишкові та інші інфекції, які значно підвищують рівень смертності дітей унаслідок швидкого прогресування ВІЛ-інфекції. Тому, якщо немає доступу до якісних замінників грудного молока чи безпечної води для їх приготування або штучне вигодовування для жінок чи сімей є неприйнятним (з соціальних чи релігійних причин), ВООЗ рекомендує грудне вигодовування водночас з уживанням АРВ-препаратів матір'ю та дитиною. Якщо ж є можливість виконати зазначені умови (є доступ до якісних замінників молока, безпечної води тощо), рекомендується штучне вигодовування таких дітей.

Основні принципи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини:

- Кваліфікований антенатальний нагляд, визначення факторів ризику під час вагітності та їх усунення, своєчасне та обґрунтоване лікування.
- Призначення ВААРТ або АРВ-профілактики жінці (під час вагітності, пологів) і новонародженому.
- Раціональне ведення пологів.
- Відмова від грудного вигодовування.
- Лікування ВІЛ-інфікованої жінки відповідно до медичних показань з урахуванням періоду вагітності, пологів чи післяпологового періоду, а також з урахуванням прихильності до терапії та факту вживання ін'єкційних наркотиків.
- Призначення ВААРТ або АРВ-профілактики ВІЛ-інфікованим вагітним з урахуванням особливостей, пов'язаних з виношуванням плода, і застосуванням АРВ-препаратів без тератогенних властивостей.
- Індивідуальний підхід та оцінка готовності кожної пацієнтки дотримуватися режиму вживання АРВ-препаратів, психо-соціальна підтримка ВІЛ-інфікованої вагітної.
- Взаємодія амбулаторно-поліклінічних, родопомічних, педіатричних закладів охорони здоров'я та центрів профілактики і боротьби зі СНІДом для подвійного нагляду, своєчасного та ефективного проведення АРВ-профілактики або ВААРТ.
- Застосування АРВ-препаратів, які пройшли прекваліфікацію ВООЗ.

3.2. Консультування з питань антиретровірусної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини

Консультування вагітних у зв'язку з призначенням антиретровірусної профілактики або високоактивної антиретровірусної терапії. АРВ-препарати під час вагітності призначають як для поліпшення стану здоров'я матері, так і для профілактики передачі ВІЛ до дитини. Призначаючи проти-вірусні ліки, слід враховувати їх ефективність і безпеку для матері та плода.

Для вирішення питання про призначення АРВ-препаратів у ВІЛ-інфікованих вагітних оцінюють клінічний стан, виявляють ВН та рівень CD4⁺-лімфоцитів. Протівірусні ліки можуть призначати як для профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (АРВ-профілактика), так і для лікування ВІЛ-інфекції у жінки (ВААРТ).

ВІЛ-інфіковані вагітні, які вживають АРВ-препарати, потребують постійного медичного та медико-соціального нагляду щодо формування прихильності та дотримання схеми призначення препаратів.

Консультації до початку прийому антиретровірусних препаратів. Найважливішим завданням консультації до початку АРВ-профілактики або ВААРТ є формування прихильності до вживання препаратів. Це означає, що слід чітко дотримуватися правил вживання призначених лікарем препаратів: у певній кількості (повна доза ліків); у суворо визначений час без пропусків і спізень (режим вживання); з огляду на рекомендації щодо харчування (до, під час або після їжі); взаємодія з іншими ліками, а також необхідно враховувати умови зберігання препаратів. Для досягнення доброго режиму вживання препаратів слід дотримуватись таких правил:

- мотивованість на виконання призначень;
- усвідомлення мети вживання АРВ-препаратів і механізму їх дії в організмі;
- наявність листка, в якому зазначені назви препаратів, кількість таблеток при кожному вживанні, час вживання, взаємодія препаратів з їжею, особливі інструкції щодо зберігання препарату, можливі побічні дії, вказані дати наступного огляду і лабораторного обстеження;
- обговорення проблем, пов'язаних зі способом життя (режим, робота, харчові звички тощо), виявлення перешкод у дотриманні режиму вживання препаратів і визначення шляхів їх усунення;
- технічні засоби (листки призначень на кожний тиждень, в яких є графа, де можна відмічати виконання призначень; спеціальні коробочки, в яких чітко розкладені таблетки на кожний прийом протягом 1 тижня; будильники, запрограмовані подавати сигнал під час кожного прийому медикаментів);
- організація груп взаємодопомоги жінок, які вживають АРВ-препарати.

Перед призначенням АРВ-препаратів можуть консультувати як лікарі, так і медичні сестри, акушерки, підготовлені з даного питання. Проведення такого консультування значно підвищує прихильність ВІЛ-інфікованих до виконання рекомендацій лікаря і сприяє успіху перинатальної профілактики ВІЛ.

Особливо уразливою групою є ВІЛ-інфіковані вагітні-СІН, які потребують постійного нагляду та медико-соціального супроводу.

Поточне консультування. Під час проведення поточного консультування у зв'язку з вживанням вагітною АРВ-препаратів слід:

- підтримати готовність жінки до вживання ліків;
- обговорити стратегію лікування;

- оцінити небажані побічні дії АРВ-препаратів та рекомендувати методи для їх зниження, а в разі виникнення побічних реакцій направити жінку до відповідних спеціалістів;
- залучитись підтримкою сім'ї або близьких людей;
- допомогти жінці встановити зв'язок зі службами підтримки та соціальними службами.

Клінічні сценарії антиретровірусної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Вибір тактики АРВ-профілактики залежить від стадії ВІЛ-інфекції у вагітної, CD4⁺-лімфоцитів і ВН, історії прийому ВААРТ, а також від терміну вагітності при встановленні ВІЛ-статусу чи зверненні по медичну допомогу. Виділяють чотири клінічні сценарії АРВ-профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини:

- ВІЛ-інфіковані вагітні, які за станом здоров'я не потребують ВААРТ (рівень CD4⁺-лімфоцитів >50 /мкл);
- ВІЛ-інфіковані вагітні, які потребують лікування (рівень CD4⁺-лімфоцитів <350 /мкл);
- ВІЛ-інфіковані вагітні, які розпочали ВААРТ до вагітності;
- ВІЛ-інфіковані вагітні, ВІЛ-статус яких визначений під час пологів або після них.

Перший клінічний сценарій “ВІЛ-інфіковані вагітні, які за станом здоров'я не потребують високоактивної антиретровірусної терапії (рівень CD4⁺-лімфоцитів >350 /мкл)”.

1.1. Якщо ВН неможливо визначити та його значення становить понад 10 000 копій/мл:

- з 24–26-го тиж. вагітності призначають ZDV + 3TC + LPV/r або SQV/r до пологів;
- під час пологів продовжують вказаний вище режим АРТ;
- після пологів АРТ припиняється;
- новонародженому слід давати сироп ZDV протягом 7 днів, починаючи через 8 год. після народження;
- якщо мати під час вагітності отримувала АРВ-профілактику менше 4 тиж., новонародженому слід давати ZDV протягом 4 тиж.

1.2. Якщо ВН можливо визначити та його показник становить менше 10 000 копій/ мл:

- з 24–26-го тиж. вагітності призначається ZDV до початку пологів; рекомендується моніторинг рівня гемоглобіну кожні 2–3 тиж.;

- під час пологів продовжити прийом ZDV кожні 3 год. до розродження + одноразово з початком пологів ЗТС + NVP;
- при розродженні шляхом планового кесаревого розтину за 4 год. до операції призначають ZDV орально або в/в;
- новонародженому слід давати сироп ZDV + сироп ЗТС протягом 7 днів, одноразово NVP (не пізніше 48–72 год. після пологів);
- якщо вагітній під час пологів призначали ZDV + ЗТС + NVP, після пологів необхідно продовжити прийом ZDV + ЗТС протягом 7 днів; якщо вагітній під час пологів призначали лише ZDV, слід припинити лікування після розродження;
- якщо мати під час вагітності отримувала АРВ-профілактику менше 4 тиж., новонародженому слід давати ZDV і ЗТС протягом 4 тиж.

Другий клінічний сценарій “ВІЛ-інфіковані вагітні, які потребують лікування ВІЛ-інфекції (рівень CD4⁺-лімфоцитів <350 /мкл)”.

2.1. Незалежно від терміну вагітності при кількості CD4⁺-лімфоцитів <200/мкл:

- незалежно від терміну вагітності призначають ZDV + ЗТС + NVP до пологів (у перші 2 тиж. NVP – у половинній дозі);
- у разі анемії або непереносимості ZDV його можна замінити на TDF або ABC;
- під час пологів та у післяпологовому періоді продовжити зазначену вище схему;
- контролювати рівень гемоглобіну, ферментів печінки через 2 тиж. після призначення схеми, далі – кожні 4 тиж. протягом лікування;
- новонародженому слід давати сироп ZDV 4 мг/кг ваги двічі на добу протягом 7 днів через 8 год. після народження;
- якщо мати під час вагітності отримувала АРВ-профілактику менше 4 тиж., новонародженому слід давати ZDV протягом 4 тиж.

2.2. Незалежно від терміну вагітності при кількості CD4⁺-лімфоцитів 200–350/мкл:

- ZDV + ЗТС + LPV/г або SQV/г до пологів; рекомендується моніторинг рівня гемоглобіну кожні 2–3 тиж.;
- під час пологів продовжують вказаний вище режим АРТ;
- після пологів питання щодо подальшого лікування вирішують спеціалісти центру профілактики та боротьби зі СНІДом після проведення додаткового обстеження; до цього обстеження жінка продовжує вживати ліки за призначеною схемою;

- новонародженому слід давати сироп ZDV протягом 7 днів через 8 год. після народження;
- якщо мати під час вагітності отримувала АРВ-профілактику менше 4 тиж., новонародженому слід давати ZDV протягом 4 тиж.

Третій клінічний сценарій “ВІЛ-інфіковані вагітні, які розпочали ВААПТ перед вагітністю”:

- продовжити схему ВААПТ, якщо вона не містить EFV;
- якщо схема містить EFV, термін вагітності до 8 тиж., необхідно замінити EFV на SQV/г або NVP;
- під час та після пологів зазначений вище режим терапії продовжують;
- новонародженому слід давати сироп ZDV, починаючи через 8 год. після народження протягом 7 днів.

Четвертий клінічний сценарій “ВІЛ-інфіковані вагітні, статус яких встановлений під час пологів”:

- з початком пологів призначають ZDV кожні 3 год. + ЗТС з початком пологів та кожні 12 год. + NVP одноразово;
- продовжити ZDV + ЗТС протягом 7 днів після пологів;
- подальша тактика АРТ та ведення жінок, у яких ВІЛ-інфекцію виявили під час пологів, залежатиме від кількості CD4⁺-лімфоцитів, ВН і результатів клінічного обстеження, яке слід провести через 12 год. після пологів, а якщо мати не отримала АРВ-профілактику під час пологів, то якомога раніше;
- якщо мати не отримала NVP або від моменту його вживання до народження дитини пройшло менше 2 год., першу дозу NVP слід дати дитині відразу після народження, а другу – у віці 72 год.;
- якщо мати отримала профілактику ZDV та ЗТС в пологах, новонародженому необхідно дати ці препарати між 8–12 год. після народження, а якщо мати не отримала АРВ-профілактику під час пологів, то якомога раніше після народження;
- новонародженому слід давати сироп ZDV + ЗТС протягом 4 тиж. + NVP одноразово у перші 48–72 год. життя протягом першого тижня після пологів.

Протипоказання у вагітних для вживання окремих АРВ-препаратів

Протипоказання до призначення ZDV: гранулоцитопенія (рівень нейтрофільних гранулоцитів нижче $0,75 \times 10^9/\text{л}$); виражена анемія (у жінки рівень гемоглобіну нижче 75 г/л, у дитини – анемія важкого ступеня); тромбоцитопенія

(вміст тромбоцитів менше $100 \times 10^9/\text{л}$); АлАТ і АсАТ перевищують норму в 2,5 разу; креатинін сироватки крові перевищує норму в 1,4 разу.

Протипоказання до призначення NVP: пологи до 28 тиж. вагітності; вагітна раніше вживала NVP або препарати ННЗТ; гіперчутливість до даного препарату; порушення функції печінки, рівень АлАТ перевищує норму більше ніж у 10 разів; неможливість забезпечення ентерального введення.

3.3. Ведення пологів у ВІЛ-інфікованих жінок. Особливості догляду за ВІЛ-інфікованими породіллями

Стаціонарна медична допомога ВІЛ-інфікованим вагітним надається за місцем звернення пацієнтки. У разі звернення вагітної у пологах без відомого результату обстеження на ВІЛ її тестують експрес-методом.

Допологова госпіталізація до акушерського стаціонару ВІЛ-інфікованим вагітним рекомендується у термін 37–38 тиж. вагітності для визначення плану ведення пологів.

ВІЛ-інфіковані вагітні без проявів інфекційних захворювань госпіталізуються у загальному порядку.

У разі проявів опортуністичних інфекцій ВІЛ-інфікованих вагітних госпіталізують в окремі палати (ізолятори) акушерського стаціонару, де пацієнтки можуть перебувати до виписки зі стаціонару. До спеціальних інфекційних закладів необхідно направляти лише вагітних з відкритою формою туберкульозу, а також хворих на кір, вітряну віспу, скарлатину, інфекційний паротит та будь-які особливо небезпечні інфекції, за умови надання їм необхідної акушерської допомоги.

Не рекомендується маркувати карти ведення пологів і картки новонародженого, а також розкривати позитивний ВІЛ-статус оточуючим.

Пологи у ВІЛ-інфікованих вагітних, як і у ВІЛ-негативних, проводять в індивідуальному пологовому залі чи сімейній пологовій палаті. Породілля та її новонароджена дитина перебувають спільно в індивідуальній післяпологовій палаті.

План ведення пологів розробляють відповідно до клінічного протоколу за участю ВІЛ-інфікованої вагітної. Рациональне ведення пологів є важливим профілак-

тичним заходом ППМД. Згідно з рекомендаціями ВООЗ та національними протоколами, план ведення пологів визначають на 37–38-му тиж. вагітності відповідно до ВН, визначеного перед пологами. Тактика ведення пологів залежить від стану здоров'я ВІЛ-інфікованої жінки, строку вагітності та її перебігу, ВН.

Якщо ВН невідоме або >1000 копій/мл у третьому триместрі, рекомендується:

- провести оперативне розродження – плановий кесарів розтин на 38-му тиж. вагітності до початку пологів і вилиття навколоплідних вод;
- відповідно до протоколу продовжити АРТ перед розродженням;
- проводити шкірний контакт дитини з матір'ю або батьком;
- згідно з протоколом призначити АРТ новонародженому;
- пропонувати матері вибрати безпечне штучне вигодовування.

Якщо ВН <1000 копій/мл у третьому триместрі, рекомендується:

- проводити розродження через природні пологові шляхи (алгоритм безпечного консервативного розродження);
- відповідно до протоколу продовжити АРТ під час розродження;
- провести шкірний контакт дитини з матір'ю;
- згідно з протоколом призначити АРТ новонародженому;
- пропонувати матері вибрати безпечне штучне вигодовування.

Якщо вагітна, ВІЛ-статус якої визначено під час пологів, не вживала АРВ-препарати, а ВН та стадія ВІЛ-інфекції невідомі, рекомендується:

- призначити АРВ-препарати жінці згідно з протоколом;
- рекомендувати розродження шляхом кесаревого розтину з початком пологів або при безводному проміжку до 4 год.; у разі відмови від розродження шляхом кесаревого розтину – консервативне ведення пологів;
- згідно з протоколом призначити АРТ новонародженому;
- пропонувати матері вибрати безпечне штучне вигодовування.

Якщо після проведення дотестового консультування жінка письмово відмовилась від тестування на ВІЛ, слід забезпечити безпечне ведення пологів, провести тестування пуповинної крові на наявність антитіл до ВІЛ, надати інформацію, де можна пройти тестування на ВІЛ та отримати необхідну допомогу.

У разі акушерських показань слід проводити розродження шляхом операції кесаревого розтину згідно з протоколом МОЗ України, незалежно від ВН.

Алгоритм безпечного ведення пологів у ВІЛ-інфікованих вагітних:

- Проводити моніторинг перебігу пологів за допомогою партограми.
- Використовувати вільну позицію роділлі під час пологів.
- Проводити піхвове дослідження за показаннями, уникати необґрунтованих оглядів.
- Запобігати тривалому безводному проміжку (понад 4 год.).
- Не рекомендується рутинне проведення амніотомії, епізіотомії, інвазивного моніторингу.
- Не рекомендується накладання акушерських щипців, вакуум-екстрактора.
- Запобігати довготривалим пологам.
- За необхідності призначити окситоцин, простагландіни.
- Якщо на шкірі немає ознак зовнішніх інфекційних захворювань (висипання, герпес, абсцеси, флегмони тощо), рекомендується шкірний контакт матері та дитини.
- Продовжити або призначити АРТ для матері та дитини згідно з протоколом.

Особливості догляду за ВІЛ-інфікованими породіллями. Післяпологова допомога ВІЛ-інфікованим породіллям надається за звичайною схемою, але має деякі особливості. Післяпологове консультування та надання психо-соціальної допомоги включає: попередження післяпологових ускладнень; нагляд у відповідних фахівців (з питань ВІЛ-інфекції, за потреби, з наркотичної залежності, туберкульозу); післяпологову контрацепцію та попередження ПСШ; сприяння підтримці в групах взаємодопомоги або консультуванню “рівний – рівному”; забезпечення конфіденційності.

Перед випискою ВІЛ-інфікованих породіль консультують щодо можливих симптомів післяпологових інфекцій та інструктують, коли слід звернутись по допомогу до лікаря. Жінкам пояснюють основні симптоми післяпологових інфекцій: підвищення температури, поява лохий з неприємним запахом, кашель з мокротою, задуха, гіперемія або поява гнійних виділень з післяопераційної рани, біль унизу живота.

Консультування у післяпологовому періоді включає поради щодо догляду за післяопераційною ранною або промежиною. Жінкам дають поради щодо безпечної утилізації забруднених лохіями прокладок, дотримання особистої гігієни та при догляді за новонародженим.

Окреме консультування проводять щодо контрацепції та попередження небажаної вагітності.

Виписку з пологового будинку матері та дитини проводять відповідно до загальної практики. Перед випискою зі стаціонару з жінкою обговорюють порядок медичного спостереження матері та дитини, для дитини видають запас АРВ-препаратів на весь строк профілактики, вказують на необхідність дотримання прихильності до прийому препарату, наголошують на важливості виключення грудного вигодовування, інформують про порядок спостереження, можливості обстеження і встановлення статусу дитини, отримання соціальної підтримки, в тому числі заміників материнського молока. За згодою породіллі, бажано залучити до розмови батька дитини та інших близьких родичів.

Перед випискою ВІЛ-інфікованої вагітній видається Пам'ятка щодо догляду за новонародженим, народженим ВІЛ-позитивною мамою. Надається інформація щодо мережі закладів соціально-консультативної допомоги за місцем проживання породіллі.

Жінок, в яких ВІЛ-інфекцію виявлено під час пологів, консультують з питань подальшого медичного спостереження. ВІЛ-інфікованих матерів, яким призначені АРВ-препарати, після пологів скеровують до спеціаліста з ВІЛ-інфекції, де наголошують на важливості дотримання режиму прийому АРВ-препаратів та запобігання вірусній резистентності.

3.4. Консультування ВІЛ-інфікованих матерів з питань вигодовування та медичного ведення новонароджених

Медична допомога дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями. Допомога новонародженим ВІЛ-інфікованих матерів надається відповідно до чинних стандартів і клінічних протоколів з дотриманням чинних санітарно-епідемічних нормативів та урахуванням особливостей, пов'язаних з ризиком інфікування ВІЛ, включає профілактичні, діагностичні заходи та консультативну допомогу сім'ї (рис. 7). Лікування виявлених захворювань проводиться відповідно до чинних стандартів.

Якщо шкіра та слизові оболонки дитини значно забруднені кров'ю або секретом пологових шляхів, з метою мінімізації ризику контакту з кров'ю матері слід відразу після народження (до початку будь-яких процедур) провести дитині гігієнічну ванну. Після чого немовля кладуть на живіт матері для шкірного контакту, але не прикладають до груді.

Відразу після народження зразок пуповинної крові дитини, народженої ВІЛ-інфікованою чи необстеженою на ВІЛ жінкою, необхідно обов'язково обстежити на антитіла до ВІЛ методом ІФА.

Рис. 7. Схема медичного ведення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями



Новонародженим від ВІЛ-інфікованих жінок продовжують схему АРВ-профілактики згідно з чинним протоколом. Для контролю безпеки заходів щодо запобігання передачі ВІЛ (АРВ-профілактика, розродження шляхом операції кесаревого розтину) проводять динамічний моніторинг клінічного стану дитини.

Новонароджених і дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, до уточнення ВІЛ-статусу вакцинують згідно з чинними нормативами для ВІЛ-інфікованих дітей. Щеплення вакциною БЦЖ протипоказано немовлятам, народженим ВІЛ-інфікованими жінками, до виключення діагнозу ВІЛ [17].

Серед новонароджених від ВІЛ-інфікованих жінок найвищий ризик інфікування вірусом та вродженої ВІЛ-інфекції мають недоношені або доношені діти зі ЗВУР від матерів-СІН, яким не проводили перинатальну АРВ-профілактику, та народжені через природні пологові шляхи. Оскільки для вродженої ВІЛ-інфекції характерне швидке прогресування та існує високий ризик смерті дитини в перші місяці та на першому році життя, таких немовлят доцільно обстежувати на наявність генетичного матеріалу ВІЛ методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) якомога раніше.

Синдром абстиненції спостерігається у 50–80% новонароджених, які мали вплив опіоїдів внутрішньоутробно (як правило, в перші 24–72 год. життя). Проте виражені симптоми, які потребують медикаментозного лікування, відмічаються лише у 5–20% цих дітей. Симптоми синдрому абстиненції у новонароджених такі: тремор, м'язовий гіпертонус, тривожність, неспокій, порушення сну, тривалий плач, гіперрефлексія, часті зригування, блювання, діарея, тахіпноє; іноді можливі лихоманка, чхання, пітливість, закладеність носа, позіхання.

Лікування синдрому абстиненції у новонароджених проводять у декілька етапів: перший етап – підтримуюча терапія: спокій (тихе приміщення, неяскраве освітлення, туге пеленання, заколисування на руках або в ліжечку, соска-пустушка), годування малими порціями (за вимогою), усунення різких змін оточуючого середовища; другий етап (у разі посилення симптомів) – медикаментозне лікування (фенобарбітал, хлорпромазин).

Консультавання матерів з питань вигодовування дитини. Усі ВІЛ-інфіковані матері потребують консультативної допомоги з питань вигодовування дитини. Мета консультавання – надати психологічну та інформаційну підтримку ВІЛ-інфікованій матері, запобігти інфікуванню дитини вірусом під час грудного вигодовування. Від ефективності такого консультавання залежить подальший ризик інфікування ВІЛ дитини.

Вибір виду вигодовування дитини залежить від багатьох факторів, серед яких найважливішу роль відіграє політика держави, її можливість забезпечити доступність якісних заміників молока і безпечної води, безперебійне їх постачання. Політика держави зумовлена економічним розвитком, рівнем малюкової смертності, домінуючими релігійними або етичними нормами, які визначають прийнятність спільнотою штучного вигодовування. Крім того, дуже важливим фактором є прийнятність штучного вигодовування дитини конкретною родиною та матір'ю. Консультант має врахувати усі фактори, що впливають на вибір матері, у кожному конкретному випадку.

За рекомендаціями ВООЗ, необхідно рекомендувати матері штучне вигодовування дитини, якщо: 1) воно прийнятне для матері та сім'ї; 2) можливе (у матері є все необхідне для штучного вигодовування); 3) доступне за вартістю; 4) постачання заміників молока постійне (без перебоїв); 5) штучне вигодовування безпечне (є можливість дотримуватися правил гігієни, є безпечна вода). В Україні ці умови, як правило, можна виконати, тому усім ВІЛ-інфікованим жінкам рекомендується штучне вигодовування їхніх дітей.

По-перше, слід уточнити, що відомо жінці про шляхи передачі ВІЛ дитині та інформувати жінку про ризик зараження ВІЛ дитини при грудному вигодовуванні. У наступних етапах консультування слід: 1) інформувати та пояснити переваги та недоліки різних видів вигодовування; 2) обговорити з матір'ю особисту ситуацію в сім'ї; 3) допомогти матері усвідомлено вибрати вид вигодовування дитини; 4) продемонструвати на практиці, як годувати дитину, навчити матір навичкам годування, надати їй інструкції щодо подальшого вигодовування (у тому числі про порядок отримання сумішей).

Консультування ВІЛ-інфікованої матері з питань штучного вигодовування. Якщо жінка погодилася відмовитися від грудного вигодовування, її слід навчити годувати дитину штучними замінниками грудного молока. Необхідно інформувати матір про замінники грудного молока, порівняти переваги та недоліки годування молочними сумішами та молоком тварин (корови, кози). Доцільно рекомендувати вибрати адаптовану молочну суміш і режим годування.

Якщо жінка обрала суху молочну суміш, слід попередити про обов'язкове використання безпечної води для її приготування. Властивості води мають відповідати санітарно-гігієнічним нормам, не призводити до захворювання або отруєння дитини. Обговорення безпечності води має особливе значення для жінок, які мешкають у сільській місцевості, оскільки вода у криницях може не відповідати санітарно-гігієнічним стандартам, містити підвищений рівень мікроорганізмів або шкідливих домішок, наприклад нітратів.

Необхідно ознайомити жінку з правилами обробки і збереження суміші та посуду, особистої гігієни під час приготування їжі та вигодовування дитини. Слід навчити матір готувати молочну суміш та впевнитися, що техніка годування дитини є правильною.

ВІЛ-інфікованій жінці необхідно надати докладну інформацію про соціальну підтримку та можливість отримання молочної суміші безкоштовно. Також слід розповісти матері, як припинити грудне вигодовування.

Консультування ВІЛ-інфікованої матері з питань грудного вигодовування. Якщо жінка достатньо обізнана щодо передачі ВІЛ під час природного вигодовування і висловлює бажання годувати дитину груддю, доцільно визначити мотиви такого вибору. Якщо для штучного вигодовування є об'єктивні бар'єри (моральні, релігійні, етнічні чи економічні), які неможливо подолати, недоцільно категорично заперечувати грудне вигодовування, слід підтримати такий вибір матері. При цьому скерувати матір до центру профілактики та боротьби зі СНІДом для отримання АРВ-препаратів. За реко-

мендаціями ВООЗ (2009), матір та дитина повинні вживати АРВ-препарати протягом усього періоду грудного вигодовування і ще протягом 7 днів після його закінчення. Необхідно пояснити, як правильно прикласти дитину до груді, допомогти матері розпочати грудне вигодовування, навчити годувати дитину за потребою.

Доцільно поінформувати матір, що годування молоком, зцідjenим і термічно обробленим, зменшує ризик передачі ВІЛ дитині, водночас при цьому вона втрачає захисну функцію. В умовах епідемії ВІЛ-інфекції в країні вигодовування термічно необробленим донорським молоком або вигодовування годувальницею існує ризик інфікування ВІЛ дитини. Крім того, якщо антенатально або у пологах дитина інфікувалася ВІЛ, є ризик інфікування годувальниці від дитини. Тому такі види вигодовування не рекомендують.

Змішане вигодовування (частково грудне, частково штучне) зумовлює найвищий ризик інфікування ВІЛ дитини, цей вид вигодовування є неприпустимим.

Консультавання матерів з питань особливостей медичного ведення, уточнення ВІЛ-статусу дитини та догляду. Мета консультавання – надати психологічну та інформаційну підтримку ВІЛ-інфікованій матері, запобігти інфікуванню дитини ВІЛ за допомогою завершення схеми АРВ-профілактики, поліпшити стан здоров'я дитини шляхом своєчасної профілактики, діагностики та лікування захворювань. Від ефективності такого консультавання залежить ризик дитини інфікуватися ВІЛ, а також якість та ефективність медичного ведення, що позначається на стані здоров'я дитини і тривалості її життя.

Продовження схеми АРВ-профілактики. Під час перебування у пологовому будинку консультант повинен обговорити з ВІЛ-інфікованою матір'ю порядок профілактичного вживання дитиною АРВ-препаратів, призначених згідно з чинним протоколом запобігання перинатальній передачі ВІЛ. Необхідно мотивувати матір дотримуватися суворого режиму вживання АРВ-препаратів, тобто провести консультавання з питань прихильності до АРВ-профілактики. Це особливо важливо, якщо жінка не вживала АРВ-препаратів під час вагітності, а дитині їх необхідно давати протягом 28 діб. Консультант має обговорити час вживання АРВ-препаратів, умови їх зберігання. Необхідно навчити матір правильно дозувати призначені ліки та вводити їх у ротову порожнину дитини. Якщо у малюка безпосередньо після введення АРВ-препаратів спостерігається блювання, їх слід ввести повторно (після заспокоєння дитини). Ускладнення від профілактичного вживання препаратів виникають дуже рідко. Однак у разі появи змін у стані здоров'я дитини (часті блювання, судом, блідий колір шкіри) необхідно порадити матері звернутися до лікаря. Перед випискою з родо-

помічного закладу слід надати жінці АРВ-препарати на весь термін профілактичного лікування дитини.

Необхідність ранньої діагностики ВІЛ-інфекції. У родопомічному закладі консультант повинен поінформувати матір, що в перші місяці життя в крові дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою, завжди є материнські антитіла до ВІЛ. У всіх неінфікованих малюків ці антитіла циркулюють до 18-місячного віку, а потім зникають. У разі інфікування ВІЛ антитіла виявляють у крові дитини як у віці до 18 міс., так і протягом усього життя. Тому для ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей досліджують кров на наявність генетичного матеріалу ВІЛ методом ПЛР. Це дослідження проводять двічі: перше – у віці 1–2 міс., друге – через 1–2 тиж. або у віці 3–4 міс. Як виняток, враховуючи високий ризик інфікування ВІЛ та вродженої ВІЛ-інфекції, матерям-СН, діти яких не зазнали пре- та інтранатальної АРВ-профілактики та народжені недоношеними або доношеними зі ЗВУР через природні пологові шляхи, а також є хворими, доцільно пропонувати обстеження методом ПЛР у неонатальному періоді (але не кров з пуповини). При цьому обов'язково слід провести до- та післятестове консультування матері.

Первинна профілактика пневмоцистної пневмонії. Дітям з невизначеним ВІЛ-статусом або з одним чи двома позитивними результатами дослідження генетичного матеріалу ВІЛ методом ПЛР з 4–6-тижневого віку призначають триметаприм/сульфаметоксазол (ТМП/СМК) у дозі 5/25 мг/кг в 1 чи 2 прийоми на добу тричі на тиждень.

Профілактика синдрому раптової смерті. Враховуючи, що у малюків, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, ризик раптової смерті підвищений, слід попередити матір про заходи щодо її профілактики: немовля має спати у положенні на спині; не можна курити в приміщенні, де перебуває дитина; а також не накривати її обличчя під час сну.

Порядок подальшого медичного спостереження за дитиною. Слід пояснити матері, що для збереження здоров'я дитини надзвичайно важливим є ретельне медичне спостереження. Загальні питання медичного ведення та порядок щеплення дитини вирішує дільничний лікар-педіатр чи сімейний лікар. Питання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, вирішує лікар центру з профілактики і боротьби зі СНІДом. Враховуючи особливості педіатричного медичного ведення, порядку щеплення та проведення досліджень у дитини, матір попереджують, що в інтересах здоров'я її немовляти не можна приховувати від медичних працівників інформацію про те, що дитина народжена ВІЛ-позитивною жінкою.

Особливості догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми:

- необхідно захищати дитину від потрапляння до її організму хвороботворних організмів, які можуть спричинити опортуністичні інфекції;
- якщо дитину доглядають ВІЛ-інфіковані особи, слід запобігати потраплянню їхньої крові та біологічної рідини на ушкоджену шкіру і слизові оболонки дитини;
- якщо у людини, яка доглядає за ВІЛ-інфікованою дитиною, є рани на руках, то їх необхідно заклеїти непромокальним лейкопластиром;
- члени сім'ї мають уникати спільного користування предметами догляду (ножиці, гребінці, зубні щітки тощо), які можуть бути забруднені кров'ю або біологічними рідинами;
- за наявності у ВІЛ-інфікованого члена сім'ї уражень шкіри, слизових оболонок, шлунково-кишкового тракту необхідно використовувати дезінфікуючі розчини під час миття посуду, прибирання квартири, санвузла;
- особливо ретельно слід стежити за чистотою дитячих іграшок.

Розділ 4. РОЛЬ СЕРЕДНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ЖІНКАМ ТА ЇХНІМ ДІТЯМ

4.1. Облік ВІЛ-інфікованих пацієнтів, антиретровірусних препаратів та звітність

Облік та звітність ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Важливе значення для планування надання допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам має повна статистична база щодо їх кількості, складу та соціального стану. Облік ВІЛ-інфікованих пацієнтів та їх звітність проводять згідно з наказом МОЗ України від 07.04.2008 р. № 187 “Про затвердження тимчасових форм обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та інструкцій щодо їх заповнення”, яким затверджено тимчасові форми первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення [19].

Форма первинної облікової документації № 030-5/о “Контрольна карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою” (далі – Диспансерна карта). Її заповнює лікар-інфекціоніст або лікар-інфекціоніст дитячий (а якщо в закладі бракує фахівців зазначених профілів, то – дільничний лікар-терапевт або педіатр) у всіх ЛПЗ, де проводять диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД, а також АРТ, на всіх дорослих і дітей з діагнозом “ВІЛ-інфекція”, незалежно від стадії захворювання. Кожен хворий має індивідуальний номер або код, який присвоюється в ЛПЗ. Цей номер або код може складатися як з цифрових, так і буквених знаків. Він використовується для ідентифікації пацієнта. У Диспансерній карті зазначають інформацію про стан здоров’я пацієнта, схему прийому АРВ-препаратів, детально описують їх комбінацію.

Велике значення для успішності лікування має прихильність хворого до АРТ. У Диспансерній карті зазначають коди прихильності хворого до лікування:

- В – висока, прихильність перевищує 95%, пацієнт пропускає менше 3 прийомів доз препаратів протягом місяця;
- П – помірна, прихильність становить 85–95%, пацієнт пропускає 4–8 прийомів доз препаратів протягом місяця;

- Н – низька, прихильність дорівнює менше 85%, пацієнт пропускає понад 9 прийомів доз препаратів протягом місяця.

Якщо прихильність до ВААРТ помірна або низька, поруч з буквами “П” або “Н” в дужках вказують код-номер цієї причини: алкоголь, наркотики; неприйнятна схема лікування; стигма, страх бути виявленим; проблеми з відвідуванням лікувального закладу або доставкою препаратів; погіршення самопочуття, побічні дії, депресія; поліпшення самопочуття; відмова хворого або хворої, у тому числі у зв’язку з вагітністю; релігійні переконання; забуває прийняти; втрата ліків (загубив, продав); відсутність препарату в закладі тощо.

У Диспансерній карті детально зазначають діагнози опортуністичних інфекцій та захворювань (пневмоцистна пневмонія, інші бактеріальні інфекції, кандидоз; інші системні грибкові інфекції; інфекції шлунково-кишкового тракту; хронічна діарея; інфекція, викликана вірусом простого герпесу I або II типу, оперізувальний лишай; цитомегаловірусна інфекція; лімфома; саркома Капоші; цервікальний рак; лихоманка; втрата ваги; токсоплазмоз; ВІЛ-енцефалопатія; сальмонельозна септицемія тощо). Детально описують статус пацієнта щодо туберкульозу, вживання наркотичних речовин, вірусного гепатиту В або С тощо.

У разі переривання АРТ детально вказують коди причин (медичні та немедичні). До медичних причин переривання лікування відносять токсичність препаратів. До немедичних причин належать: проблеми з прихильністю; самотійна відмова хворого від лікування; пацієнт не прибув на плановий візит; немає препарату в закладі. Крім того, причиною переривання АРТ може бути: смерть; переведення до іншого закладу; втрачений (не прибуває на візити понад 12 міс. без АРТ або понад 3 міс. на АРТ). Окрім того, зазначають коди причин заміни препаратів у схемах АРТ першого, другого ряду та побічні дії препаратів.

У розділі “Навчання, підтримка і підготовка до АРТ” висвітлюють теми лекцій або бесід з пацієнтом та оцінюють рівень знань, обізнаності пацієнта щодо теми, визначаючи ступінь розуміння запропонованих запитань: не розуміє, недостатньо розуміє, добре розуміє. У рядках та графах таблиці вказують дату, яка відповідає певному ступеню оцінки розуміння запропонованої теми лекції або бесіди.

Форму № 030-5/о зберігають протягом 5 років після зняття пацієнта з обліку. Питання про її подальше зберігання вирішує експертна комісія.

Форми первинної облікової документації № 510-2/о “Журнал реєстрації ВІЛ-інфікованих, які перебувають під диспансерним наглядом у лікувальному закладі” та № 510-3/о “Журнал реєстрації хворих, які перебувають на АРТ у лікувальному закладі” заповнює лікар або медична сестра у всіх ЛПЗ, де проводять диспансерне спостереження за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД, а також АРТ. У таких журналах вказують кількість ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, які отримують АРТ. На одного пацієнта заповнюють один рядок.

Зазначають функціональний статус пацієнта:

- Р – працездатний, активність не обмежена, хворий здатний виконувати повсякденну діяльність у сім’ї та на роботі;
- А – амбулаторний, активність обмежена, не може виконувати професійні обов’язки, але здатний до самообслуговування, спроможний самостійно виконувати повсякденну домашню роботу;
- Л – лежачий, не здатний до самообслуговування, потребує сторонньої допомоги.

У цих журналах зазначають коди прихильності хворого до лікування, детально вказують діагнози опортуністичних інфекцій та захворювань, туберкульозний статус пацієнта, статус СН, статус вірусного гепатиту у пацієнта.

У разі переривання АРТ детально вказують коди причин, зазначені вище (медичні та немедичні).

Журнали зберігають протягом 5 років після закінчення. Питання про їх подальше зберігання вирішує експертна комісія.

Облік лікарських засобів, діагностичних наборів, реагентів, виробів медичного призначення для ВІЛ-інфікованих. Форма первинної облікової документації № 510/о “Книга складського обліку лікарських засобів, молочних сумішей у лікувально-профілактичних закладах, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим” (далі – Книга). Книгу заповнює матеріально відповідальна особа за зберігання та видачу ліків зі складу ЛПЗ, які отримують лікарські засоби (АРВ-препарати, препарати для лікування та профілактики опортуністичних інфекцій та ін.), молочні суміші тощо для надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД.

Книгу ведуть окремо в залежності від джерел фінансування (державний бюджет, гуманітарна допомога тощо), а також від мети використання (для АРТ, ПКП, ППМД, лікування та профілактики опортуністичних інфекцій тощо), від назви лікарських засобів тощо. Термін її зберігання після закінчення становить 3 роки.

Також заповнюють для відповідних потреб форми № 510-1/о “Журнал обліку лікарських засобів, молочних сумішей у відділеннях і кабінетах лікувально-профілактичних закладів, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим” та № 510-4/о “Журнал обліку діагностичних наборів, реагентів, виробів медичного призначення в лабораторії, що використовуються для обстеження ВІЛ-інфікованих”.

Для моніторингу лабораторного супроводу ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД заповнюють форми первинної облікової документації № 249-1/о “Направлення на визначення кількості CD4⁺-лімфоцитів” і № 249-2/о “Направлення на визначення рівня вірусного навантаження (РНК ВІЛ-1) та результат дослідження”.

Щоквартально заповнюють галузеві статистичні форми звітності: форма звітності № 56 “Звіт про надання АРТ ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД станом на _____ 20__ року” та № 57 “Звіт про дорослих та дітей, які розпочали АРТ у когорті та лікуються 6, 12, 24 та 36 міс. за _____ місяць 20__ року” (місячна).

Отже, згідно з чинним законодавством, у ЛПЗ і центрах профілактики та боротьби зі СНІДом ведуть чіткий облік та контроль за диспансерним наглядом ВІЛ-інфікованих пацієнтів, вживанням АРВ-препаратів дорослими і дітьми, лабораторними дослідженнями та видачею сумішей для харчування. Нові облікові форми вперше висвітлюють інформацію про прихильність пацієнтів до лікування АРТ, причини зміни схем лікування та їх результати. Введення такого чіткого обліку дає змогу на державному рівні створити детальну базу даних ВІЛ-інфікованих пацієнтів, визначити потреби в АРВ-препаратах і ліках для лікування опортуністичних інфекцій, прогнозувати обсяг соціальної підтримки та майбутні перспективи для підвищення якості лікування та життя ЛЖВ.

4.2. Консультування ВІЛ-інфікованих жінок з питань планування сім'ї

Консультування ВІЛ-інфікованих жінок з питань планування сім'ї проводять фахівці центрів планування сім'ї, центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, жіночих консультацій та інших ЛПЗ, обізнаних з питань планування сім'ї та особливостей перебігу ВІЛ-інфекції [1, 20, 23].

Для вирішення питання планування сім'ї у ВІЛ-інфікованої жінки слід враховувати її імунний статус, стан соматичного здоров'я, наявність і ризик гінекологічних захворювань, інших ППСШ.

Питання щодо запобігання небажаній вагітності вирішують спільно фахівці з питань планування сім'ї та спеціалісти центрів профілактики та боротьби зі СНІДом відповідно до бажання пацієнтки, її репродуктивних планів з дотриманням принципів конфіденційності.

Рекомендації стосовно методів контрацепції для ВІЛ-інфікованих осіб базуються на загальних підходах щодо критеріїв підбору контрацептивів. Окрім медичних критеріїв підбору методів контрацепції, слід ураховувати соціальні, культурні та поведінкові особливості пацієнта. Рекомендації щодо застосування контрацептивів мають носити індивідуальний характер для кожної жінки і пари залежно від стадії ВІЛ-інфекції, лікування, а також способу життя та персональних бажань. Необхідно надати інформацію про ризики та переваги, пов'язані з кожним методом контрацепції. Жінку слід поінформувати про:

- ефективність методу;
- правильне застосування обраного методу;
- ризики та переваги методу;
- можливі побічні дії;
- ознаки і симптоми, які потребують негайного звернення до клініки;
- вартість та зручність у застосуванні методу;
- захист методу від ППСШ і ВІЛ.

Консультації має допомогти ВІЛ-інфікованим у їх рішенні щодо планування сім'ї. Тому необхідно надати таку інформацію:

- ефективність контрацептива щодо запобігання вагітності та ППСШ;
- вплив контрацептива на прогресування ВІЛ-інфекції;
- вплив контрацептива на ефективність АРВ-препаратів;
- вплив АРВ-препаратів на ефективність контрацептива;
- ризик передачі ВІЛ-інфекції в дискордантних парах у разі їх бажання мати дітей;
- вплив ВІЛ-інфекції на вагітність;
- ризик передачі ВІЛ від матері до дитини, можливість профілактики;
- ризик ЗВУР при вживанні окремих АРВ-препаратів.

Більшість контрацептивів є безпечними та ефективними і можуть використовуватися ВІЛ-інфікованими жінками. Особливу увагу під час консультації з питань планування сім'ї слід приділити питанням профілактики передачі ВІЛ та ППСШ.

У таблиці 8 наведено класифікацію, яку застосовують для оцінки прийнятності існуючих методів контрацепції. Відповідно до класифікації, різні контрацептивні методи оцінюють з точки зору ризику та користі в результаті їх використання, у даному разі – для уразливих груп і ВІЛ-інфікованих жінок з урахуванням АРТ.

Таблиця 8. Класифікація прийнятності методів контрацепції

Категорія	Клінічне обстеження, яке проведено	
	у повному обсязі	не у повному обсязі (немає змоги)
1	Використання методу допускається за будь-яких обставин	Так (використання методу допускається)
2	Здебільшого немає протипоказань щодо використання методу	
3	Використання методу не рекомендується, за винятком випадків, коли більш придатний засіб контрацепції є неприйнятним для пацієнта	Ні (використовувати метод не рекомендується)
4	Використання методу абсолютно протипоказане	

Бар'єрні методи та сперміциди. Презервативи – це єдиний метод контрацепції, який захищає від ВІЛ та ППСШ. Тому слід заохочувати статевих партнерів використовувати їх регулярно і правильно.

Використання латексних презервативів як окремо, так і в поєднанні з іншими методами контрацепції забезпечує *подвійний захист* – це одночасна профілактика ВІЛ та ППСШ і незапланованої вагітності. Подвійний захист може бути рекомендований з метою компенсації недостатньої ефективності гормональних контрацептивів унаслідок їх взаємодії з АРВ-препаратами.

Доведено, що латексні презервативи захищають від проникання збудників інфекцій, у тому числі найменших вірусів, які містяться у виділеннях статевих органів (категорія 1). Чоловічі латексні презервативи при правильному та постійному використанні захищають від ВІЛ. Якщо обидва статеві партнери ВІЛ-позитивні, то презерватив перешкоджає інфікуванню новими штамми вірусу. У разі розриву або сповзання презерватива застосовують невідкладну контрацепцію. Дискордантні пари (ВІЛ-позитивний один зі статевих партнерів) у такій ситуації повинні застосовувати методи ПКП для неінфікованих партнерів.

Латексні презервативи частково захищають від інфекцій, які передаються не зі спермою, а при контакті зі шкірою або слизовими оболонками (наприклад, герпес-вірусна інфекція, інфекція, викликана вірусом папіломи людини, сифіліс).

Застосування презервативів з метою профілактики ВІЛ та ППСШ є особливо важливим під час вагітності, за відсутності репродуктивних планів, при безплідності, стерилізації або менопаузі.

Жіночі презервативи також захищають від ВІЛ та ППСШ за умови правильно-го і регулярного використання (категорія 1). Однак вони менш ефективніші за чоловічі з точки зору запобігання вагітності. Проте мають кілька переваг: можна вводити до початку статевого акту; немає потреби видаляти відразу після еякуляції; жінка має більший контроль, хоча її партнер повинен допомагати їй у використанні презерватива.

Інші бар'єрні методи контрацепції (діафрагми, ковпачки на шийку матки) не захищають від ВІЛ та ППСШ, а також недостатньо надійні для запобігання небажаній вагітності, якщо вони не використовуються регулярно і правильно (категорія 3).

Сперміциди, які містять ноноксинол-9, можуть спричинити певні побічні реакції. Тому презервативи зі змазкою ноноксинолом-9 бажано використовувати обережно або замінити на інший вид. ВІЛ-інфікованим жінкам не слід використовувати сперміциди окремо чи в поєднанні з бар'єрними методами, такими як діафрагма або ковпачки (категорія 4).

Комбіновані оральні контрацептиви можна рекомендувати жінкам уразливих груп: немає вірогідних даних, що існує вищий ступінь ризику інфікування ВІЛ серед користувачів таких контрацептивів (категорія 1). У ВІЛ-інфікованих жінок, які не отримують АРТ, не виявлено впливу комбінованих оральних контрацептивів на перебіг захворювання, на рівні ВН та CD4⁺-лімфоцитів (категорія 1). У ВІЛ-інфікованих жінок, які отримують АРТ, АРВ-препарати та гормональні контрацептиви можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність один одного, що впливатиме на їх ефективність та безпеку (категорія 2). Жінкам, які вживають гормональні контрацептиви під час АРТ, рекомендовано регулярне використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ. Це компенсує будь-яке зменшення ефективності гормонального контрацептива та захищає від передачі ВІЛ та ППСШ.

Контрацептиви, що містять лише прогестоген, – таблетки з прогестогеном, ін'єкційні препарати прогестогену та імплантати можна рекомендувати жінкам уразливих груп: немає вірогідних даних, що існує більший ступінь ризику інфікування ВІЛ серед користувачів такими контрацептивами (категорія 1). У ВІЛ-інфікованих жінок, які не отримують АРТ, ці контрацептиви можна використовувати без обмежень (категорія 1). У ВІЛ-інфікованих жінок, які отримують АРТ, АРВ-препарати та гормональні контрацептиви

можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність один одного, що впливатиме на їх ефективність та безпеку (категорія 2). Жінкам, які вживають гормональні контрацептиви під час АРТ, рекомендовано регулярне використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ. Це компенсує будь-яке зменшення ефективності гормонального контрацептиву та захищає від передачі ВІЛ та ППСШ.

Комбіновані контрацептиви у формі ін'єкційних препаратів, пластиру та кільця можна рекомендувати жінкам уразливих груп: немає вірогідних даних, що існує більший ступінь ризику інфікування ВІЛ. У ВІЛ-інфікованих жінок, які не отримують АРТ, ці контрацептиви можна використовувати без обмежень (категорія 1). У ВІЛ-інфікованих жінок, які отримують АРТ, АРВ-препарати та гормональні контрацептиви можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність один одного, що впливатиме на їх ефективність та безпеку (категорія 2). Жінкам, які вживають гормональні контрацептиви під час АРТ, рекомендовано регулярне використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ. Це компенсує будь-яке зменшення ефективності гормонального контрацептива та захищає від передачі ВІЛ та ППСШ.

Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК). У ВІЛ-інфікованих жінок порівняно з ВІЛ-негативними не встановлено підвищення ризику загальних ускладнень або ускладнень, пов'язаних з інфекцією. Крім того, не виявлено зв'язку між застосуванням ВМК та підвищеним ризиком передачі ВІЛ статевим партнерам. Жінки, які мають III чи IV клінічну стадію ВІЛ-інфекції або тяжкий ступінь ВІЛ-асоційованого імунодефіциту і при цьому застосовують ВМК, мають обстежуватися на наявність запальних захворювань органів малого тазу.

ВМК, які містять мідь, не підвищують ризик інфікування ВІЛ для жінок уразливих груп (категорія 2); цей метод контрацепції можна використовувати ВІЛ-інфікованим жінкам, як без АРТ, так і на фоні прийому АРТ (категорія 2).

ВМК, що містить левоноргестрел (LNG-ВМК), гальмує ріст ендометрію, тому кількість крові, яка виділяється під час менструації, значно зменшується. Протягом року після початку використання цього контрацептива в багатьох жінок виділяється мала кількість крові або зовсім не виділяється (аменорея). У статевих стосунках, де презерватив не використовується, зменшення кількості крові під час менструації може розглядатися як спосіб зменшення ризику передачі ВІЛ від жінки до її партнера (категорія 2). LNG-ВМК може використовуватися у ВІЛ-інфікованих жінок на тлі прийому АРТ (категорія 2).

Застосування ВМК жінками, які мають III чи IV клінічну стадію ВІЛ-інфекції або тяжкий ступінь ВІЛ-асоційованого імунодефіциту, класифікується як ка-

тегорія 3 при введенні ВМК та як категорія 2 для тих, хто продовжує користуватися ВМК, за винятком жінок, які добре переносять АРТ. В останньому випадку і введення, і продовження застосування ВМК класифікується як категорія 2.

Хірургічна стерилізація – це оперативна процедура з незворотним результатом, застосовується за умови письмової згоди пацієнта. Усі пацієнти незалежно від їх ВІЛ-статусу мають усвідомлювати незворотність стерилізації і мають бути інформованими щодо альтернативних методів контрацепції. Показання та протипоказання щодо стерилізації є такими самими, як і для ВІЛ-негативних пацієнтів. Стерилізація не захищає від ППСШ або інфікування ВІЛ, тому для захисту від інфекцій необхідно застосовувати презерватив, а жінки, які пройшли стерилізацію, не схильні використовувати презервативи (категорія 1).

Перед проведенням планового хірургічного втручання з приводу стерилізації слід ретельно перевірити загальний стан здоров'я пацієнта з ВІЛ-інфекцією. Рішення щодо проведення стерилізації залежить від наявності будь-якого захворювання, пов'язаного з ВІЛ-інфекцією, що може погіршити стан пацієнта. Наявність будь-якого захворювання, пов'язаного з ІV клінічною стадією ВІЛ-інфекції, може потребувати відкладення хірургічної стерилізації.

Природні методи та метод переривання статевого акту характеризуються високим рівнем невдач порівняно з іншими методами контрацепції. Також вони не захищають від передачі ВІЛ та ППСШ, тому їх не слід рекомендувати ВІЛ-інфікованим жінкам.

Метод лактаційної аменореї не використовується ВІЛ-інфікованими жінками, оскільки не рекомендується грудне вигодовування – доведений шлях інфікування дитини ВІЛ. Жінок уразливих груп, які годують дітей грудьми, слід попередити про необхідність використання презервативів з метою захисту від ВІЛ та ППСШ.

Контрацепція для жінок, які вживають антиретровірусні препарати. Деякі АРВ-препарати, особливо з груп ННІЗТ і ІІ, можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність гормональних контрацептивів.

АРВ-препарати можуть впливати на безпечність та ефективність гормональних контрацептивів (табл. 9). Можливий вплив АРВ-препаратів на комбіновані ін'єкційні контрацептиви слід обговорювати з пацієнтом, рекомендуючи альтернативні або додаткові методи контрацепції.

Таблиця 9. Вплив антиретровірусних препаратів на гормональні контрацептиви: етинілестрадіол (ЕЕ) / норетиндрон (NE)

АРВ-препарат	Вплив АРВ-препарату на ЕЕ, ацетат NE	Рекомендації
Інгібітори протеази		
LPV/r	ЕЕ ↓ □ 42%	слід застосовувати альтернативний або додатковий метод
NFV	ЕЕ ↓ □ 47%, NE ↓ 18%	
RTV	ЕЕ ↓ □ 40%	
SQV	немає даних	–
Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази		
EFV	ЕЕ ↑ 37%	слід застосовувати альтернативний або додатковий метод
NVP	ЕЕ ↓ □ 20%	слід застосовувати альтернативні методи

Даних про вплив АРВ-препаратів на левоноргестрел немає. Невідомо, чи зменшується ефективність ін'єкційних чисто прогестогенових контрацептивів (Депо Провера та норетестерон), оскільки вони забезпечують більшість гормонів у крові порівняно з іншими чисто прогестогеновими та комбінованими ін'єкційними контрацептивами.

Тератогенність ефавірензу. Вживання цього препарату слід уникати жінкам, які планують завагітніти або не використовують ефективні методи контрацепції, а також дівчаткам-підліткам. ВІЛ-інфіковані жінки, які застосовують ефективні засоби контрацепції, можуть вживати EFV у схемі ВААРТ.

Прихильність до контрацепції та лікування ВІЛ-інфекції. ВІЛ-інфікованим жінкам слід вживати кілька таблеток щодня: АРВ-препарати, медикаменти для профілактики та лікування опортуністичних інфекцій, полегшення симптомів та лікування супутніх хвороб. Окрім можливої взаємодії, слід враховувати, що вживання великої кількості лікарських препаратів може знизити прихильність до прийому контрацептивів та АРТ. Будь-який метод гормональної контрацепції, який передбачає щоденне використання, збільшуватиме тягар уживання препаратів. Цей факт слід враховувати при виборі методу контрацепції для ВІЛ-інфікованої жінки.

Методи контрацепції для жінок, які отримують антиретровірусну терапію та лікування туберкульозу. Взаємодія ліків з окремими гормональними контрацептивами може знизити ефективність контрацепції у жінок, які отримують АРТ і лікування туберкульозу. Враховуючи можливість взаємодії ліків, таким жінкам

бажано застосовувати негормональні методи контрацепції. Якщо використання гормональної контрацепції є єдиним можливим варіантом, жінкам, що вживають рифампіцин, як правило, не рекомендують низькодозовані естрогенні препарати (<35 µg). Використання оральних контрацептивів, які містять більшу дозу естрогену (50 µg), можна розглянути як варіант, якщо пацієнтка вживає EFV або препарати з групи ІІІ. Ін'єкційні чисто прогестогенові контрацептиви (Депо Провера), як правило, можна застосовувати разом з рифампіцином.

Особливості контрацепції уразливих груп населення. Через стигматизацію представники уразливих груп населення відмовляються звертатися до медичних закладів. Тому важливо подолати стигматизацію, забезпечити доступність медичних послуг для цих груп населення шляхом просвітницької роботи з ними в рамках стратегії програм у сфері статевого та репродуктивного здоров'я. Для жінок з уразливих груп (які мають багато незахищених статевих контактів і статевих партнерів, СІН тощо) рекомендується регулярно не використання презервативів.

4.3. Консультування з питань харчування при ВІЛ-інфекції

Рекомендації щодо харчування хворого на ВІЛ-інфекцію. Достатнє харчування – важлива складова стратегії поліпшення здоров'я і якості життя ВІЛ-інфікованих осіб. ВІЛ-інфікована людина повинна вживати достатню кількість різних поживних речовин. Якщо у ВІЛ-інфікованої людини немає виснаження і серйозних захворювань, а також у неї добрий апетит, то її харчування має бути повноцінним. Важливо, щоб до раціону харчування щодня входили різноманітні продукти: молоко і молочні продукти, м'ясо, риба, яйця, крупи, овочі та фрукти (бажано свіжі) [11].

Принципи здорового харчування відображає “піраміда харчування”. Всі продукти, наведені в піраміді, розташовані за принципом “світлофора”: більшість у раціоні мають становити продукти, які лежать в основі піраміди – “зеленому шарі”: хліб, макаронні вироби, крупи, картопля, продукти рослинного походження. Наступна зона – “помаранчевий шар”, поділена на дві частини: м'ясо і риба, молочні продукти. Добовий обсяг продуктів, що знаходяться в “помаранчевому шарі”, має бути меншим, ніж продуктів з “зеленого шару”. На вершині піраміди – “червоний шар”. У цій зоні жири і легко засвоювані вуглеводи – продукти з високою енергетичною цінністю: масло, цукор, кондитерські вироби, солодощі. Продукти цієї групи потрібні в незначній кількості для забезпечення додатковою енергією зверх того, що вже забезпечено іншими групами продуктів.

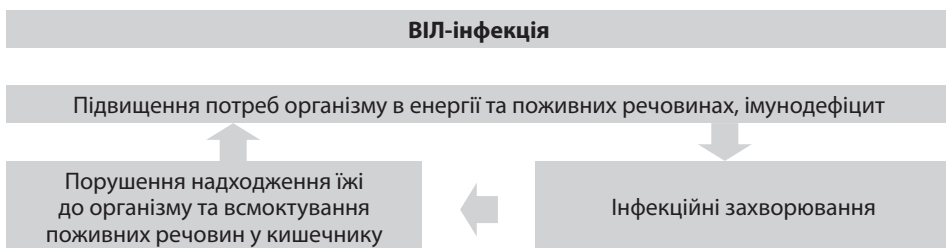
При прогресуванні ВІЛ-інфекції поступово руйнується імунна система, що призводить до розвитку інфекційних захворювань. У міру прогресування захворювання виникає дилема: можливість надходження в організм і засвоєння їжі знижується, а потреба в енергії, білках та інших поживних речовинах зростає.

Нудота і погане самопочуття знижують апетит. Ураження слизової оболонки порожнини рота, стравоходу, захворювання ясен роблять жування і ковтання їжі болісними. Блювання і прискорення випорожнення призводять до порушення всмоктування в кишечнику, втрати рідини, вітамінів і мінеральних речовин. Тобто інфекційні захворювання (опортуністичні інфекції) спричиняють порушення надходження поживних речовин до травного тракту, ускладнюють їх всмоктування, а підвищення температури тіла, почастищення дихання, збільшення частоти серцевих скорочень, блювання, пронос підвищують потребу організму в енергії та поживних речовинах.

ВІЛ-інфекція підвищує потреби організму в енергії та викликає імунодефіцит, що призводить до виникнення інфекцій, які порушують всмоктування білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінеральних речовин в організмі хворого. Недостатня калорійність харчування та дефіцит живильних речовин зумовлюють порушення синтезу білків, що посилює імунодефіцит, який веде до прогресування ВІЛ-інфекції (рис. 8).

Недостатнє харчування (дієта з обмеженням калорійності) та голод при ВІЛ-інфекції спричиняють прогресування захворювання, тому протипоказані ВІЛ-інфікованим.

Рис. 8. Взаємозв'язок ВІЛ-інфекції та харчування



Рекомендації щодо харчування при виснаженні. Якщо є виснаження (кахексія, значне схуднення), слід порадити пацієнту вживати їжу підвищеної калорійності та з достатньою кількістю білків, жирів, вуглеводів і вітамінів. Розрахунок додаткового надходження калорій та білків проводять, виходячи з фактичної та нормальної маси тіла.

Білки – найважливіший компонент харчування, оскільки вони є будівельним матеріалом клітин, тканин і окремих компонентів імунної системи. М'ясо, риба, сир, яйця, молоко – продукти, багаті на білок. Їх обов'язково необхідно ввести до раціону харчування хворого на ВІЛ-інфекцію. Додаткове надходження білків можна досягнути додаванням сухого молока (якщо немає непереносимості) до різних страв – соусів, запіканок, омлетів, каш, супів. Вибираючи білкові продукти, потрібно враховувати, що деякі з них можуть викликати алергічні реакції (наприклад, яйце, куряче м'ясо, білок молока, риба).

Енергія виробляється в результаті розщеплювання або біохімічного перетворення жирів, вуглеводів і білків. Найбільшу кількість калорій забезпечують жири. Здоровим людям рекомендують обмежувати вживання жирів, щоб уникнути надмірної ваги. При прогресуванні ВІЛ-інфекції хворому рекомендують жирну їжу, але при цьому слід оцінити, чи засвоюється їжа, чи не викликає така дієта порушень випорожнення. Більш “корисними” є жири рослинного походження. Підвищити калорійність харчування за рахунок збільшення надходження до організму жирів можна таким чином: ввести до раціону продукти з високим рівнем жирності (наприклад, молоко із вмістом жиру 3,5%, йогурт з 9% жиру, сметана 20–30% жирності); додавати в каші, овочеві супи, пюре вершкове або рослинне масло; заправляти салати рослинним маслом, майонезом або сметаною високої жирності; вживати хліб з маслом.

Додаткова кількість вуглеводів теж може підвищити калорійність їжі. Крупи, хліб, картопля, інші овочі та фрукти – основне джерело вуглеводів, вони обов'язково входять до раціону харчування людини. Проте вуглеводи можуть спричинити здуття кишечника, розрідження випорожнень. Надмірне і часте надходження легко засвоюваних вуглеводів (цукор, цукерки, глюкоза) потребує напруженої роботи підшлункової залози, що підвищує ризик розвитку цукрового діабету. Крім того, непереносимість лактози – “молочного цукру” – може бути причиною діареї при вживанні молока.

Харчування хворого на ВІЛ-інфекцію має бути повноцінним і збалансованим, тобто містити всі необхідні речовини в достатній кількості. Окрім білків, жирів і вуглеводів для засвоєння їжі та побудови власних клітин і тканин до організму мають надходити різні вітаміни та мінеральні речовини. У міру прогресування ВІЛ-інфекції та розвитку тяжкого ВІЛ-асоційованого імунodefіциту слід обмежити вживання свіжих овочів і фруктів (щоб уникнути розвитку опортуністичних інфекцій, всі овочі та фрукти термічно обробляють), а надходження вітамінів і мікроелементів необхідно забезпечити за рахунок спеціальних харчових добавок – збалансованих комплексів вітамінів і мікроелементів.

Рекомендації при зниженні апетиту. Щоб поліпшити харчування, підвищити надходження їжі до організму хворого, слід:

- вживати їжу часто, але невеликими порціями;
- віддавати перевагу “корисній” калорійній їжі і напоям; уникати калорійної, але “некорисної” їжі (чіпси, солодка газована вода); надавати перевагу натуральним продуктам;
- до і під час їжі пити невелику кількість води; це допомагає уникнути відчуття насичення до того, як вживається достатній обсяг їжі;
- створювати приємну атмосферу при харчуванні;
- вживати улюблені страви;
- піклуватися про смакові якості та зовнішню привабливість їжі, прикрашати страви, уникати їжі з неприємним запахом і смаком.

Рекомендації щодо харчування при нудоті, блюванні, діарей та ураженні слизової оболонки порожнини рота. Нудота, блювання, діарея часто спостерігаються у хворих на ВІЛ-інфекцію. Ці симптоми можуть вказувати на наявність інфекційних захворювань і розвиватися внаслідок вживання АРВ-препаратів або інших ліків для терапії опортуністичних інфекцій, емоційного стресу.

Загальні рекомендації щодо харчування при нудоті:

- вживати їжу часто, але невеликими порціями;
- до і під час їжі пити невелику кількість води;
- пити охолоджені напої з кислуватим присмаком через соломинку;
- віддавати перевагу охолодженій їжі.

Загальні рекомендації щодо харчування при блюванні:

- забезпечити достатнє надходження до організму рідини, щоб уникнути зневоднення (кип’ячена вода, чай, регідрон);
- вживати їжу малими порціями, часто;
- уникати жирної їжі (за винятком випадків блювання, викликаного вживанням ІІІ);
- уникати їжі з сильним запахом або дуже солодкої їжі;
- віддавати перевагу охолодженій рідині з кислуватим присмаком.

Загальні рекомендації щодо харчування при діарей:

- забезпечити достатнє надходження до організму рідини, щоб уникнути зневоднення (кип’ячена вода, чай, регідрон);
- вживати їжу часто, але малими порціями;

- віддавати перевагу стравам, які сприяють “закріпленню” випорожнень (наприклад, відварний рис, картопля, сухарі, кисіль);
- уникати жирної їжі (за винятком випадків блювання, викликаного вживанням ПП);
- уникати їжі, яка містить грубу клітковину і зумовлює утворення газів у кишечнику (наприклад, капуста, цвітна капуста, кабачки, боби); не пити соки;
- якщо діарея пов’язана з непереносимістю лактози, виключити молочні продукти.

Ураження слизової оболонки порожнини рота, як правило, виникає при імунodefіциті. У цьому разі доцільно рекомендувати протерту їжу з нейтральним смаком (не кислу, не солодку, не гірку, не солону, не гостру), кімнатної температури або охолоджену.

Рекомендації щодо харчування при антиретровірусній терапії. Пацієнти повинні суворо дотримуватися рекомендацій щодо вживання АРВ-препаратів та їжі. Порушення інструкцій з харчування може призвести або до зниження концентрації препаратів у крові і розвитку резистентності ВІЛ до ліків, або до підвищення концентрації препарату в крові та посилення токсичних побічних реакцій (табл. 10).

Таблиця 10. Рекомендації щодо прийому та умов зберігання антиретровірусних препаратів

АРВ-препарат	Рекомендації
<i>Вживати натщесерце</i>	
ddl	Вживати за 30 хв. до їжі або через 2 год. після їжі. Одночасне вживання препарату з їжею зменшує його всмоктування на 55%. Не запивати кислими соками
<i>Вживати під час їжі</i>	
NFV	Вживати з жирною їжею. За 2 год. до або через 1 год. після відекса. Таблетки легко розчиняються у воді і змішуються з молоком або какао; препарат можна подрібнювати і вживати з їжею. Зберігати при кімнатній температурі
TDF	Вживати з жирною їжею. Це поліпшує всмоктування препарату
LPV/r	Вживати з жирною їжею. Це поліпшує всмоктування препарату: капсули – на 48%, розчин – на 80%. Приймати за 2 год. до або через 1 год. після ddl. Розчин для вживання всередину містить 42% алкоголю. Зберігати в холодильнику протягом усього терміну придатності, а при кімнатній температурі – до 2 міс.

Вживати незалежно від часу приймання їжі	
ZDV, AZT	Можна вживати під час їжі (з низьким вмістом жиру), але краще за 30 хв. до або через 1 год. після їжі. Одночасне вживання препарату з жирною їжею знижує його рівень концентрації в плазмі. Не застосовувати разом із d4T. Контролювати загальний аналіз крові
d4T	Приймати незалежно від часу вживання їжі. Не приймати одночасно із ZDV. Розчин для внутрішнього застосування перед вживанням збовтувати, зберігати в холодильнику; розчин залишається стабільним протягом 30 днів
3TC	Приймати незалежно від часу вживання їжі. Розчин для внутрішнього застосування слід зберігати при кімнатній температурі
ABC	Приймати незалежно від часу вживання їжі
NVP	Приймати незалежно від часу вживання їжі. Перед вживанням суспензію слід збовтувати; зберігати при кімнатній температурі. Контролювати функцію печінки (за призначенням лікаря)
EFV	Можна вживати під час їжі (тільки з низьким вмістом жиру). Одночасне вживання препарату з жирною їжею підвищує рівень його концентрації в крові і може посилювати побічні дії (галюцинації, порушення сну). Вживати на ніч протягом перших 2–4 тиж. лікування для зменшення побічної дії на ЦНС

Оцінка ситуації щодо харчування. Під час консультування з питань харчування слід визначити: раціон харчування хворого на ВІЛ-інфекцію за останню добу; скарги на апетит; наявність нудоти, блювання, проносу, болю в животі, непереносимості окремих харчових продуктів. Важливу інформацію про стан хворого можна отримати, оцінивши динаміку маси тіла. При консультуванні слід враховувати стадію захворювання. Особливої уваги заслуговує оцінка дотримання рекомендацій щодо харчування при вживанні АРВ-препаратів.

4.4. Медична допомога та особливості догляду за дітьми, народженими ВІЛ-інфікованими матерями

Уточнення ВІЛ-статусу дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, за допомогою визначення антитіл до ВІЛ. Складність діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, обумовлена наявністю в сироватці крові материнських антитіл (імуноглобулінів класу G), які передаються плоду через плаценту під час внутрішньоутробного розвитку. Всі діти ВІЛ-інфікованих матерів, як інфіковані, так і не інфіковані ВІЛ при народженні, мають антитіла до цього вірусу. У подальшому в них можливі різні варіанти динаміки антитіл до ВІЛ.

Перинатальна трансмісія ВІЛ від матері до дитини не відбулася – дитина не інфікована ВІЛ. Материнські антитіла до ВІЛ у переважної більшості неінфікованих дітей зникають у віці до 18 міс.: відбувається сероконверсія від позитивних результатів ІФА та ІБ у негативні. Це найбільш імовірний варіант динаміки антитіл до ВІЛ у дітей від ВІЛ-інфікованих матерів. Аналіз зникнення материнських антитіл до ВІЛ у неінфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками в Україні, показав, що ймовірність їх зникнення у віці 6–11 міс. низька. У віці 12–13 міс. 50% неінфікованих дітей втрачають материнські антитіла до ВІЛ, у віці 15 міс. – 76%, у віці 18 міс. – 88%. У період 19–21 міс. кількість “серонегативних” дітей швидко зростає до 99%. Проте в окремих випадках (0,3%) материнські антитіла до ВІЛ можуть зникати у неінфікованих дітей у віці 24–36 міс.

Перинатальна трансмісія ВІЛ від матері до дитини відбулася – дитина ВІЛ-інфікована. У ВІЛ-інфікованих дітей можливі різні варіанти динаміки антитіл до ВІЛ. Найбільш імовірний варіант: материнські антитіла поступово замінюються власними антитілами до ВІЛ. Результати ІФА та ІБ у дитини постійно залишаються позитивними як до, так і після 18 міс.

При тривалому грудному вигодовуванні дитина може інфікуватися в будь-якому віці. Якщо дитина інфікується ВІЛ у другому півріччі та пізніше, материнські антитіла до ВІЛ до цього моменту можуть зникнути, а власні – з’явитися через 3–6 міс. з моменту інфікування. Під час обстеження такої дитини методом ІФА може реєструватися період “серонегативного вікна”. Терміни уточнення діагнозу визначають виходячи з тривалості грудного вигодовування. Оскільки переважна більшість ВІЛ-інфікованих жінок в Україні відмовляється від годування дітей груддю, цей варіант динаміки антитіл зустрічається вкрай рідко.

Якщо пологи відбулися у жінки в стадії гострої ВІЛ-інфекції у період “серонегативного вікна”, коли в неї ще не виробилися антитіла до ВІЛ, то у дитини після народження не буде материнських антитіл до ВІЛ. Виявити ВІЛ-інфікованих дітей, народжених такими жінками, можна тільки під час їх обстеження на ВІЛ за клінічними показниками або якщо стало відомо про ВІЛ-статус матері. При обстеженні дитини в динаміці змінюються негативні результати дослідження на антитіла до ВІЛ на позитивні. Такий варіант динаміки антитіл до ВІЛ у дітей із перинатальним інфікуванням може трапитися в період високих темпів розвитку епідемії.

Можливий варіант, коли материнські антитіла до ВІЛ зникли у віці до 18 міс., а власні антитіла або не виробилися, або зникли у зв’язку з розвитком у ВІЛ-інфікованої дитини СНІДу й агаммаглобулінемії. Підставою для встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції у дитини в такому разі є клінічні прояви СНІДу

(III чи IV клінічна стадія), а також позитивні результати вірусологічних тестів та імуносупресія.

Якщо в дитини, обстеженої на ВІЛ за клінічними показаннями, виявлено антитіла до ВІЛ, але доведено, що мати дитини ВІЛ-негативна (отримано два негативні аналізи крові на антитіла до ВІЛ з інтервалом не менше 4–6 міс.), то така дитина могла інфікуватися ВІЛ тільки неперинатальним шляхом. В анамнезі в дитини можуть бути вказівки на інвазивні маніпуляції або операції, переливання крові або її продуктів, грудне вигодовування годувальницею з невідомим ВІЛ-статусом, або статеві контакти.

За відсутності можливості визначення генетичного матеріалу встановлюють та виключають діагноз ВІЛ-інфекції за допомогою дослідження антитіл до ВІЛ. Результат дослідження антитіл до ВІЛ у віці після 18 міс.: позитивний – дитина інфікована ВІЛ; негативний – дитина не інфікована ВІЛ. За бажанням осіб, хто опікується дитиною, антитіла до ВІЛ можна визначити раніше, а саме, у віці 12 і 15 міс.: позитивний результат у віці 12 міс. потребує тестування в 15 міс. життя; позитивний результат у віці 15 міс. – тестування після 18 міс. життя; негативні результати у віці 12 і 15 міс. – дитина не інфікована ВІЛ.

Уточнення ВІЛ-статусу дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, за допомогою визначення генетичного матеріалу ВІЛ. Існують два основні методи якісного визначення генетичного матеріалу вірусу, які полягають у виявленні нуклеїнових кислот ВІЛ методом ПЛР: перший – дослідження провірусної ДНК у клітинах (якісний метод), другий – дослідження вільної провірусної РНК у плазмі крові (якісний та кількісний метод).

Для виявлення провірусної ДНК ВІЛ методом ПЛР досліджують цільну кров. Щоб уникнути руйнування клітин крові, зразок крові до лабораторії транспортують за температури повітря +2...+4 °С. Від моменту забору крові до її доставки до лабораторії минає менше 24 год. З лімфоцитів і моноцитів крові дитини, що попередньо лізують, виділяють провірусні ДНК. За допомогою специфічних праймерів, розташованих у висококонсервативному регіоні ВІЛ, відбувається ампліфікація, тобто синтез великої кількості копій специфічного фрагменту провірусної ДНК. Виявляють копії провірусної ДНК гібридаційним аналізом. Метод дуже чутливий, він дає змогу визначити одну копію провірусної ДНК на 10 000–100 000 клітин. Така висока чутливість і специфічність роблять метод найбільш придатним для діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, інфікованих перинатальним шляхом.

Пуповинну кров методом ПЛР не досліджують через високу імовірність її забруднення материнською кров'ю. Відомо, що у 38% ВІЛ-інфікованих не-

мовлят, інфікованих ВІЛ антенатально, отримують позитивний результат методом ПЛР у віці 48 год. Протягом першого тижня життя чутливість дослідження провірусної ДНК методом ПЛР підвищується несуттєво. На другому тижні життя чутливість методу зростає і у 14 днів сягає 93%. У віці 28 днів чутливість дослідження провірусної ДНК становить 96–98%, а у віці 3–6 міс. – 99–100%. Якщо на першому тижні життя отримано негативний результат дослідження генетичного матеріалу ВІЛ методом ПЛР, а у подальшому результат позитивний, це свідчить про інфікування ВІЛ у пологах.

Чутливість дослідження РНК ВІЛ за методом ПЛР приблизно така сама, як виявлення провірусної ДНК: на першому тижні життя – 25–40%, протягом перших 2–3 міс. – до 90–100%. Комбіноване використання методик ПЛР для виявлення провірусної ДНК і РНК ВІЛ не вивчено, але деякі дослідники рекомендують підтверджувати позитивний РНК-тест ДНК-тестом.

Хибнопозитивні результати дослідження провірусної ДНК і РНК ВІЛ методом ПЛР можуть бути обумовлені контамінацією (забрудненням) ВІЛ досліджуваного зразка крові. Наприклад, хибнопозитивну ПЛР можуть дати зразки пуповинної крові дитини при її контамінації материнською ВІЛ-інфікованою кров'ю, або при контамінації зразка крові при її збиранні на дотестовому етапі. Хибнонегативні результати дослідження методом ПЛР частіше пов'язані з порушенням умов зберігання і транспортування зразків біологічного матеріалу. Прогностична цінність позитивного результату нижча, ніж негативного.

Медичне спостереження за дітьми до уточнення ВІЛ-статусу. Основною метою диспансерного спостереження за дітьми, народженими ВІЛ-інфікованими жінками, з неуточненим ВІЛ-статусом є рання діагностика ВІЛ-інфекції, збереження і підвищення якості життя дитини, створення умов для гармонійного фізичного і нервово-психічного розвитку [20].

Медичне ведення дітей з неуточненим ВІЛ-статусом включає низку профілактичних, діагностичних заходів, консультативну допомогу сім'ї; лікування виявлених захворювань згідно з чинними стандартами (рис. 9, стор. 126). Оцінка фізичного та нервово-психічного розвитку має велике значення для виявлення ранніх ознак наявності ВІЛ-інфекції або прогресування інфікування у дітей.

Рання діагностика та виключення діагнозу ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, проводиться за алгоритмом, наведеним на рис. 10 (стор. 127). Рання діагностика ВІЛ-інфекції у дітей віком до 18 міс. проводиться шляхом визначення в зразку крові дитини генетичного матеріалу ВІЛ методом ПЛР на підставі отримання 2 позитивних результатів у 2

окремо відібраних зразках венозної крові. Ранній діагностиці ВІЛ-інфекції підлягають всі діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями. Дитину обстежують за поінформованою згодою матері (батьків) після проведення з ними дотестового консультування.

Зразок крові дитини вперше досліджують з метою виявлення генетичного матеріалу ВІЛ у віці 1–2 міс. у визначеній органами охорони здоров'я лабораторії. Перший позитивний результат є попереднім встановленням позитивного ВІЛ-статусу дитини та вказує на необхідність проведення первинної профілактики пневмоцистної пневмонії. Дитину скеровують до центру профілактики та боротьби зі СНІДом для поглибленого клінічного, імунологічного та вірусологічного обстеження. У випадках, коли перший результат дослідження генетичного матеріалу ВІЛ методом ПЛР позитивний чи в дитини є клінічні ознаки ВІЛ-інфекції, повторне дослідження проводять через 1–2 тиж. після першого забору крові для дослідження.

Другий позитивний результат дослідження генетичного матеріалу ВІЛ методом ПЛР означає остаточне встановлення позитивного ВІЛ-статусу дитини та необхідність продовження профілактики пневмоцистної пневмонії (яку було призначено у 4–6-тижневому віці). Дитину скеровують до центру профілактики та боротьби зі СНІДом для поглибленого клінічного, імунологічного та вірусологічного обстеження, встановлення стадії захворювання, а також для вирішення питання щодо призначення ВААРТ згідно з чинним клінічним протоколом лікування ВІЛ-інфекції у дітей.

У разі отримання першого негативного результату тестування методом ПЛР на ДНК ВІЛ повторно досліджують зразок крові з метою визначення ДНК ВІЛ у дитини віком 3–4 міс.

Отримання двох негативних результатів обстеження на ДНК ВІЛ методом ПЛР означає, що дитина, народжена ВІЛ-інфікованою жінкою, не інфікована ВІЛ. Первинну профілактику пневмоцистної пневмонії, яку було призначено у віці 4–6 тиж., відмінюють. Вакцинацію дитини проводять на загальних засадах.

У разі одного негативного та одного позитивного (двох різних результатів) виявлення ДНК ВІЛ повторно дослідження методом ПЛР проводять через 1–4 тиж. після останнього забору крові.

Якщо ранню діагностику ВІЛ-інфекції у дитини до 18 міс. життя не проводили, встановлюють ВІЛ-статус шляхом визначення антитіл до ВІЛ у зразку венозної крові дитини на підставі позитивних результатів серологічних тестів (ІФА, ІБ) згідно з чинними стандартами.

Дотестове консультування при уточненні ВІЛ-статусу дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою. Дитину обстежують на ВІЛ, дотримуючись біотичних норм, за поінформованою згодою матері (батьків). Консультант має надати інформацію про: шляхи передачі ВІЛ дітям та ризик перинатального інфікування ВІЛ; профілактику зараження ВІЛ; тривалість циркуляції материнських антитіл в організмі дитини та труднощі діагностики ВІЛ-інфекції у дітей раннього віку; методи діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, переваги й недоліки цих методів, діагностичну вірогідність; порядок проходження тесту й отримання його результату; необхідність систематичного клінічного та лабораторного обстеження дитини.

Під час консультування слід звернути увагу на особливості медичного ведення дитини до уточнення її ВІЛ-статусу, обговорити питання вигодовування, догляду та профілактики опортуністичних інфекцій, календар щеплень.

Необхідно гарантувати особам, яких консультують, конфіденційність та обговорити з ними коло людей, яких варто поінформувати про ВІЛ-статус дитини. Консультант має вказати, що, згідно з чинним законодавством, ВІЛ-позитивні діти мають право на матеріальну допомогу і соціальний захист. Слід отримати письмову згоду батьків (опікунів) на обстеження дитини.

Післятестове консультування при уточненні ВІЛ-статусу дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою. Отримання кожного результату обстеження дитини на ВІЛ має супроводжуватися післятестовим консультуванням батьків або інших осіб, які доглядають за дитиною. Не можна повідомляти результати досліджень телефоном.

Перший негативний результат дослідження крові на антитіла до ВІЛ, отриманий у віці до 18 міс., не виключає ВІЛ-інфекцію у дитини. Другий негативний результат, отриманий у віці до 18 міс., або перший негативний результат після 18 міс. вказують на те, що дитина не інфікована ВІЛ. Під час консультування потрібно пояснити, що для зняття дитини з диспансерного обліку необхідно оцінити її клінічний стан, переконатися у відсутності клінічних ознак ВІЛ-інфекції. Якщо лабораторно й клінічно доведено, що дитина не інфікована ВІЛ, подальше її спостереження у віці після 18 міс. проводять у загальноприйнятому порядку.

Два негативні результати дослідження провірусної ДНК чи РНК ВІЛ методом ПЛР у дитини віком 3–4 міс. і старше з високим ступенем вірогідності вказує на відсутність інфікування ВІЛ. Однак диспансерне спостереження за дитиною продовжують до зникнення материнських антитіл у її крові (до отримання одного негативного результату ІФА у віці після 18 міс. за умови

відсутності грудного вигодовування в останні 6 місяців і клінічних проявів III чи IV клінічної стадії ВІЛ-інфекції).

Якщо отриманий результат не дав змоги уточнити ВІЛ-статус дитини, особам, які отримують консультування, слід пояснити, що їхня дитина може бути як ВІЛ-негативною, так і ВІЛ-позитивною. Консультант повторно інформує батьків про особливості діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, обговорює план подальшого обстеження дитини, визначає час і метод наступного дослідження. Слід надати детальну інформацію про клінічні ознаки розвитку ВІЛ-інфекції, диспансерний нагляд, запропонувати батькам у разі будь-яких порушень у стані здоров'я дитини звертатись до лікаря, продовжувати профілактику опортуністичних інфекцій та вакцинопрофілактику за схемами для ВІЛ-інфікованих дітей.

Якщо результат тестів довів, що дитина ВІЛ-інфікована, повідомляти про це слід зрозумілою мовою. Після оголошення результату потрібно почекати, поки батьки (опікуни) усвідомлять отриману інформацію. Оскільки вона може викликати психологічну травму у батьків (опікунів), необхідно насамперед надати їм психологічну підтримку, допомогти адаптуватися до цієї ситуації.

Слід обговорити особливості перебігу ВІЛ-інфекції у дітей, акцентувати увагу на тому, що у 70% дітей її перебіг захворювання повільний. Консультант повинен намітити план подальшого медичного спостереження за дитиною, розповісти про специфічну й неспецифічну профілактику опортуністичних інфекцій, про можливість АРТ, порядок надання соціальної допомоги.

Необхідно наголосити про небезпечність контактів з кров'ю дитини та пояснити, що батьки (опікуни) є відповідальними за поширення ВІЛ через кров дитини, а також інформувати про те, що під час побутових контактів ВІЛ не передається. Слід попередити батьків (опікунів) про необхідність інформування осіб, які доглядають дитину, та лікарів (інших медичних працівників), які надаватимуть дитині медичну допомогу, про її ВІЛ-статус. Дитина може відвідувати дитячий колектив, проте її перебування там підвищує ризик захворювання на різні інфекції.

Консультант пояснює, що дитина повинна перебувати під наглядом дільничного лікаря-педіатра (лікаря загальної практики – сімейного лікаря) за місцем проживання та у регіональному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом.

Медичне ведення неінфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, до втрати материнських антитіл. Порівняно з дітьми ВІЛ-негативних жінок у неінфікованих малюків, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, на першому році життя спостерігається вищий ризик смерті від вад розвитку, інфекцій, нещасних випадків, синдрому раптової смерті. Для таких дітей характерне зниження темпів фізичного розвитку, більш повільні темпи розвитку моторних і психічних навичок. У неінфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, на першому році життя частіше зустрічаються гіпотрофія, анемії, прояви атопічного дерматиту, перинатального ураження ЦНС. Ці діти частіше хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції, інші гострі інфекції, у тому числі тяжкі (кишкові інфекції, пневмонія, сепсис, туберкульоз тощо). Показники здоров'я неінфікованих дітей ВІЛ-інфікованих матерів-СІН гірші за такі у неінфікованих дітей матерів-неСІН.

Медичне ведення неінфікованої дитини до втрати материнських антитіл включає регулярний контроль стану здоров'я, фізичного та нервово-психічного розвитку, проведення вакцинації на загальних засадах, консультативну допомогу (рис. 11, стор. 128).

Медичне спостереження за дитиною, народженою ВІЛ-інфікованою жінкою, у разі 2 негативних результатів дослідження генетичного матеріалу ВІЛ, веде лікар-педіатр закладу охорони здоров'я за місцем проживання до отримання негативного результату дослідження на антитіла до ВІЛ дитини у віці після 18 міс.

Дитину, народжену ВІЛ-інфікованою жінкою, знімають з диспансерного обліку за місцем проживання на підставі одного негативного результату визначення антитіл до ВІЛ методом ІФА у віці 18–19 міс. (за відсутності грудного вигодовування в останні 6 місяців і проявів III чи IV клінічної стадії ВІЛ-інфекції).

У разі клінічних проявів, які потребують диференціальної діагностики ВІЛ-інфекції, дитину, народжену ВІЛ-інфікованою жінкою, з двома негативними результатами ПЛР скеровує лікар-педіатр чи сімейний лікар за місцем проживання до центру з профілактики та боротьби зі СНІДом.

На кожну дитину, народжену ВІЛ-інфікованою жінкою, заповнюють “Повідомлення про взяття на облік та уточнення інфекційного статусу дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою” (ф. №501-3/о), затверджене наказом МОЗ України від 29.12.2003 р. № 619 “Про впровадження моніторингу вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини”.

ВІЛ-інфікованій матері надається інформація про можливість соціальної допомоги у регіоні із зазначенням адреси (соціальних центрів, денних стаціонарів, громадських організацій та об'єднань) і контактних телефонів.

Диспансерне спостереження за ВІЛ-інфікованими дітьми. Основною метою диспансерного спостереження за дітьми з ВІЛ-інфекцією є збереження життя, підвищення його якості, створення умов для гармонійного фізичного і нервово-психічного розвитку дитини [8, 9, 20]. Медичне ведення включає чотири групи заходів – діагностичні, профілактичні, консультативні та терапевтичні (рис. 12, стор. 128). Найбільш важливими завданнями диспансерного спостереження за ВІЛ-інфікованими дітьми є:

- своєчасне виявлення ознак прогресування ВІЛ-інфекції;
- лікування і профілактика опортуністичних інфекцій;
- виявлення дітей, які потребують АРТ;
- підготовка і адаптація сім'ї або осіб, під чією опікою перебуває дитина, до проведення АРТ;
- проведення АРТ, контроль її ефективності та безпеки (моніторинг побічних дій АРВ-препаратів) і прихильності;
- допомога в соціальній адаптації, психологічна підтримка та психологічне консультування ВІЛ-інфікованих, їхніх рідних і близьких.

Основними принципами надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям є доступність, безоплатність, подвійне спостереження лікарем-педіатром та спеціалістом центру профілактики та боротьби зі СНІДом, міждисциплінарний підхід до догляду за ВІЛ-інфікованою дитиною, наступність між медичними та немедичними закладами і відомствами, які долучаються до організації догляду за ВІЛ-інфікованою дитиною. Медичне спостереження за ВІЛ-інфікованими дітьми здійснюється з дотриманням конфіденційності, що передбачає право пацієнта або його рідних зберігати таємницю діагнозу. Невідкладна медична допомога ВІЛ-інфікованим дітям надається на загальних підставах відповідно до клінічної ситуації та особливостей перебігу хвороби. Важливим принципом медичного спостереження ВІЛ-інфікованих дітей є доступність допомоги за територіальним принципом (максимальна наближеність усіх видів медичної допомоги), а також можливість отримати широкий діапазон багатопрофільної медичної допомоги.

Виділяють такі групи диспансерного спостереження ВІЛ-інфікованих дітей:

- Діти з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції, які не отримують АРТ. Згідно з клінічною класифікацією ВІЛ-інфекції у дітей, їх поділяють на підгрупи диспансерного нагляду.
- Діти з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції, які отримують АРТ.

У диспансерних групах виділяють окремі підгрупи дітей з особливими потребами в медичному веденні та/або соціальному супроводі:

- ВІЛ-інфіковані діти-сироти, які мешкають у будинках дитини, притулках, інтернатах, дитячих колоніях;
- ВІЛ-інфіковані діти, які мають органічні ураження нервової системи;
- ВІЛ-інфіковані діти батьків з розгорнутими стадіями ВІЛ-інфекції та померлих ВІЛ-інфікованих батьків, СІН, хворих на хронічний алкоголізм та інших соціально уразливих груп.

Пацієнтів, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією, госпіталізують до профільних дитячих стаціонарів відповідно до показань та рівня надання медичної допомоги:

- за необхідності проведення лікування ВІЛ-інфекції та обстежень у стаціонарних умовах пацієнтів госпіталізують до профільних або інфекційних дитячих відділень відповідного рівня надання медичної допомоги;
- за необхідності проведення стаціонарного лікування ВІЛ-інфекції дітей, які вживають ін'єкційні наркотики, госпіталізують до наркологічних диспансерів (лікарень);
- при поєднанні ВІЛ-інфекції і туберкульозу, в тому числі активних форм, пацієнтів госпіталізують до стаціонарних відділень протитуберкульозних диспансерів.

При захворюваннях, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, планова стаціонарна медична допомога надається на загальних підставах.

Профілактика опортуністичних інфекцій є важливою складовою медичного ведення ВІЛ-інфікованих дітей. Неспецифічна профілактика опортуністичних інфекцій полягає в дотриманні загальних гігієнічних заходів щодо запобігання захворюванням, які передаються з їжею та водою, при контактах з домашніми тваринами, хворими людьми тощо. Специфічна профілактика – це призначення ліків з метою запобігання виникненню або повторному розвитку опортуністичних інфекцій. Її поділяють на первинну і вторинну. Первинною називається профілактика, яку проводять лікарськими засобами для запобігання виникненню опортуністичних інфекцій. Вторинною називається профілактика, що проводять хворим, які вже перенесли інфекційне захворювання, для запобігання повторному виникненню. Протокол медичного ведення ВІЛ-інфікованих дітей регламентує первинну профілактику лише пневмоцистної пневмонії. Таку профілактику проводять усім ВІЛ-інфікованим дітям протягом першого року життя. Необхідність первинної профілактики пневмоцистної пневмонії у віці понад 12 міс. визначають

на підставі оцінки клінічної стадії ВІЛ-інфекції та ступеня ВІЛ-асоційованого імунодефіциту. Профілактику пневмоцистної пневмонії проводять препаратом ТМП/СМК, який призначають у добовій дозі 5/25 мг/кг тричі на тиждень.

Вакцинація дітей з ВІЛ-інфекцією. Календар щеплень дітей з ВІЛ-інфекцією у цілому співпадає зі стандартним, однак існують суттєві відмінності [17]. Згідно з чинними настановами, вакцинації живими вакцинами проти туберкульозу, кору, епідемічного паротиту і краснухи не входять до календаря щеплень ВІЛ-інфікованих дітей. Замість оральної живої вакцини проти поліомієліту, вакцинацію ВІЛ-інфікованих дітей проводять інактивованою ін'єкційною вакциною. Дітям з проявами СНІДу або з тяжким ступенем ВІЛ-асоційованого імунодефіциту вакцинацію не проводять.

Призначення та проведення високоактивної антиретровірусної терапії. Невід'ємною складовою частиною ведення ВІЛ-інфікованої дитини є своєчасне призначення і проведення ВААРТ згідно з положеннями “Клінічного протоколу з антиретровірусного лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію” [8]. ВААРТ призначають за клінічними показаннями на підставі визначення стадії захворювання та ступеню ВІЛ-асоційованого імунодефіциту за класифікацією ВООЗ (2006 р.). До початку ВААРТ слід стабілізувати перебіг опортуністичних інфекцій. У ВІЛ-інфікованих дітей з туберкульозом лікують насамперед туберкульоз.

Проведення ВААРТ протягом усього життя потребує ретельного контролю її ефективності та безпеки. Ефективність лікування оцінюють на підставі динаміки вірусологічних (ВН), імунологічних (CD4⁺-лімфоцити) та клінічних (фізичний та нервово-психічний розвиток, захворювання) критеріїв. Безпека лікування включає моніторинг побічних дій, їх профілактику та усунення. Важливою умовою ефективності тривалого лікування є формування та підтримка прихильності до ВААРТ, систематична оцінка дотримання режиму вживання АРВ-препаратів.

Особливості догляду за дітьми з невизначеним ВІЛ-статусом і ВІЛ-інфекцією. Під час догляду за хворим на ВІЛ-інфекцію (або за дитиною з невизначеним ВІЛ-статусом) слід пам'ятати, що контакт з неушкодженою шкірою і слизовими оболонками абсолютно безпечний. ВІЛ передається тільки при попаданні крові або інших біологічних рідин ВІЛ-інфікованого на слизові оболонки або ушкоджену шкіру здорової людини. Особа, яка доглядає хворого на ВІЛ-інфекцію, має уникати контакту з його кров'ю чи іншими біологічними рідинами, використовувати індивідуальні засоби захисту (медичні рукавички, спецодяг тощо), не допускати попадання біологічних рідин на шкіру (особливо, ушкоджену) і слизові оболонки [11].

Медичний персонал має надягати медичні рукавички в таких ситуаціях:

- під час оброблення шкіри ВІЛ-інфікованої дитини в період новонародженості;
- під час оброблення ушкодженої шкіри ВІЛ-інфікованої дитини;
- під час оброблення слизових оболонок ВІЛ-інфікованої дитини (порожнини рота, ока, підмивання);
- під час взяття крові та інших біологічних рідин ВІЛ-інфікованої дитини;
- під час медичних маніпуляцій, коли є контакт з кров'ю, секретами слизових оболонок ВІЛ-інфікованої дитини (ін'єкції, клізма, промивання шлунка).

Враховуючи, що у хворого на ВІЛ-інфекцію імунітет порушується, потрібно ретельно оберігати пацієнта від потрапляння хвороботворних мікроорганізмів до його організму, оскільки в розгорненій стадії захворювання ці збудники можуть спричинити тяжкі захворювання.

Рис. 9. Схема медичного ведення на першому році життя дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, до уточнення ВІЛ-статусу



Рис. 10. Алгоритм ранньої діагностики та виключення діагнозу ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями

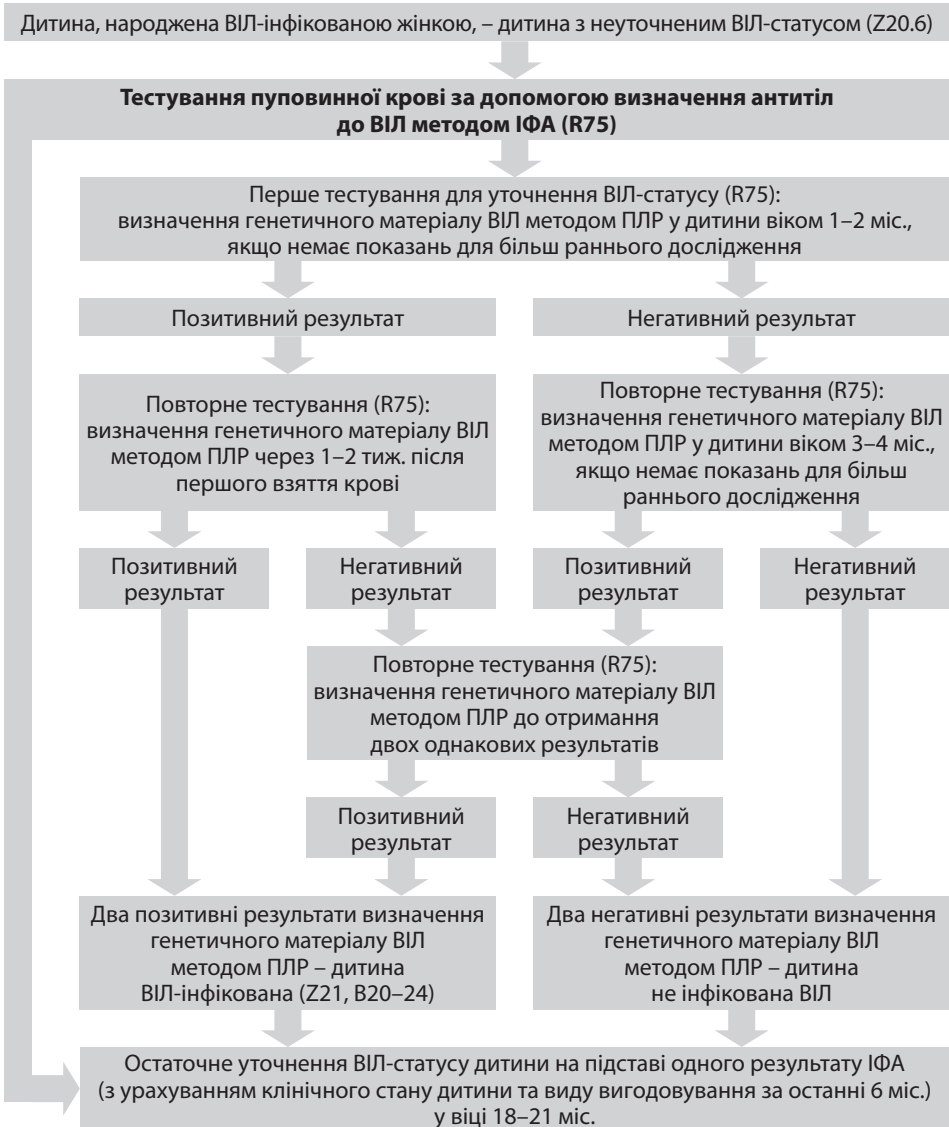
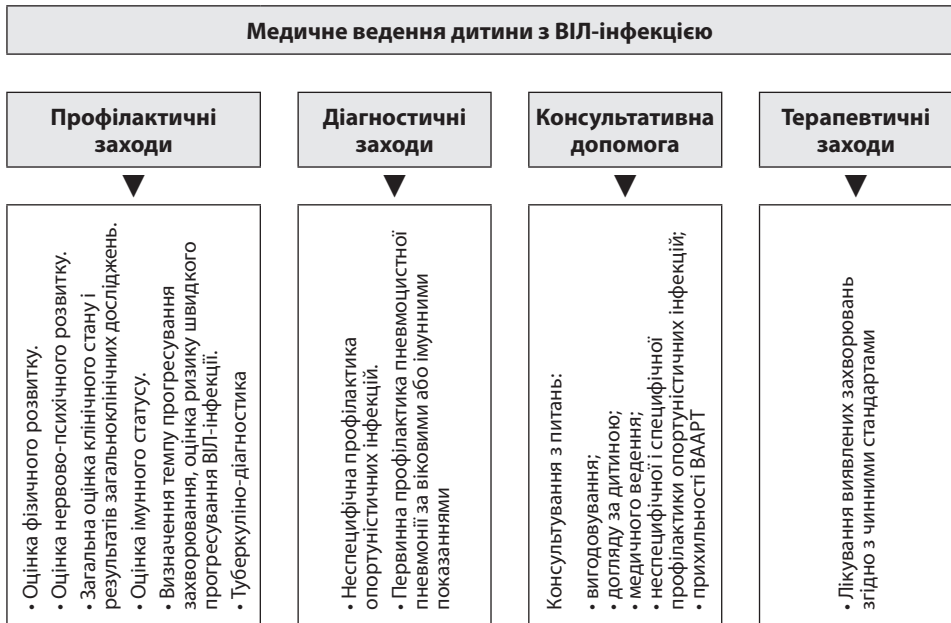


Рис. 11. Схема медичного ведення дітей раннього віку, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, за наявності двох негативних результатів дослідження провірусної ДНК методом ПЛР



Рис. 12. Схема медичного ведення дітей з ВІЛ-інфекцією



4.5. Мультидисциплінарний підхід до ведення ВІЛ-інфікованих вагітних та їхніх дітей. Лідерство у сестринській справі

Мультидисциплінарний підхід. Під мультидисциплінарним підходом розуміють таку організацію надання допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, що забезпечує комплексність, наступність, своєчасність, безперервність та якість медичної та соціальної допомоги, а також психологічної підтримки (рис. 13) [20]. Для здійснення мультидисциплінарного підходу до ведення ВІЛ-інфікованих вагітних та їхніх сімей створюються команди, до складу яких входять лікар, медична сестра і соціальний працівник. До роботи в мультидисциплінарній команді можуть залучатися сімейний лікар, психолог, невролог, психіатр, представники недержавних організацій.

Рис. 13. Мультидисциплінарний підхід до ведення ВІЛ-інфікованих



Основні принципи роботи мультидисциплінарної команди:

- колективне прийняття рішень – одночасне вирішення всіх проблем, які можуть впливати на перебіг хвороби, результати лікування та якість життя хворого;
- колективна та індивідуальна відповідальність кожного члена мультидисциплінарної команди;
- одночасне виконання членами мультидисциплінарної команди обов'язків у межах своїх повноважень;
- оперативне вирішення проблем, визначення недоліків, їх оцінка та розробка шляхів усунення;
- систематичний аналіз діяльності;
- ініціювання упровадження заходів щодо вирішення проблем ВІЛ-інфікованих на місцевому, галузевому та національному рівнях.

Мультидисциплінарні команди можна створювати в центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, жіночих консультаціях та дитячих поліклініках, будинках дитини, школах-інтернатах, в яких мешкає понад 5 ВІЛ-інфікованих дітей, які отримують АРТ.

Лікар мультидисциплінарної команди вивчає потребу хворого на ВІЛ-інфекцію у медичному спостереженні та отриманні АРТ залежно від клінічної та імунологічної стадії хвороби, визначає необхідність соціального супроводу родини. Медична сестра мультидисциплінарної команди виконує організаційні обов'язки, налагоджує зв'язки між лікарем і пацієнтом; контролює регулярність візитів пацієнта до ЛПЗ та виконання призначень лікаря. Лікар і медична сестра мультидисциплінарної команди проводять моніторинг прихильності до лікування ВІЛ-інфікованих, які отримують ВААРТ. Медична сестра контролює рух фармацевтичних препаратів (зберігання, видача, розрахунки потреб, ведення документації), веде медичну документацію.

Соціальний працівник мультидисциплінарної команди оцінює соціальне становище і потреби ВІЛ-інфікованих, проводить консультативну роботу, бере участь в оцінці прихильності до ВААРТ, виявленні та усуненні перешкод до її дотримання. Він встановлює та підтримує зв'язок із державною соціальною службою і недержавними організаціями, які надають соціальну допомогу.

Соціальний супровід – це невід'ємна складова мультидисциплінарного підходу до ведення ВІЛ-інфікованих. Відповідно до Закону України “Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю”, соціальний супровід – вид соціальної роботи щодо соціальної опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій дітей та молоді. Мета соціального супроводу – подолання життєвих

труднощів, мінімізація негативних наслідків, допомога у вирішенні проблем сім'ї. Існує стандарт мінімального пакету соціальних послуг і медичної допомоги для дітей та молоді у сфері профілактики ВІЛ-інфекції. Соціальний супровід та надання інших соціальних послуг проводять спеціалісти центрів соціальних служб для сімей, дітей та молоді, закладів соціального обслуговування (центри соціально-психологічної допомоги, соціальні центри матері та дитини тощо), закладів охорони здоров'я (у тому числі "Клініки, дружні до молоді") та недержавних організацій. Соціальний супровід необхідний родинам, які самостійно не здатні подолати кризи, вирішити соціально-медичні проблеми, а саме:

- психологічна депресія, криза, пов'язана з ВІЛ-статусом, погіршенням стану здоров'я, самоізоляцією та соціальною ізоляцією, фактами дискримінації та стигматизації;
- внутрішньосімейні конфлікти в контексті ВІЛ-інфекції;
- проблеми взаємодії з представниками інших державних установ, організацій;
- порушення прав дитини, ЛЖВ;
- необізнаність батьків (опікунів) з питань догляду за дітьми, які перебувають на соціальному медичному обліку;
- підготовка та влаштування ВІЛ-інфікованих дітей до перебування в організованих дитячих колективах;
- відсутність прихильності до прийому ВААРТ;
- проблеми працевлаштування або тимчасової зайнятості;
- незадовільне матеріальне становище сім'ї, що не дає змоги забезпечити умови догляду та розвитку дитини тощо.

Соціальний супровід базується на принципах:

- добровільності в прийнятті допомоги, активної участі сім'ї або особи в подоланні складних життєвих обставин;
- поваги до людини, визнання її значущості незалежно від реальних досягнень і поведінки;
- реалізації першочергового права дитини на зростання і виховання в сім'ї;
- індивідуального та диференційованого підходу до кожної особи, кожної сім'ї з урахуванням їхніх потреб та особливостей;
- системності, комплексності, безоплатності, доступності соціальних послуг;
- толерантності та гуманізму, доброзичливості, відповідальності за дотримання норм професійної етики, в тому числі конфіденційності;
- пріоритетності інтересів сім'ї в цілому та окремих її членів, збереження цілісності сім'ї.

Соціальний супровід передбачає соціальну допомогу, надання соціальних послуг та соціальної реабілітації відповідно до потреб особистості та характеру самих проблем. Соціальне виховання включає створення умов та проведення заходів щодо оволодіння загальнолюдськими та спеціальними знаннями, соціального досвіду з метою формування соціально-позитивних ціннісних орієнтацій. Соціальний супровід передбачає психологічну, соціальну та юридичну підтримку, призначенням якої є надання професійної посередницької допомоги у вирішенні різних проблем. Важливою складовою соціального супроводу є консультування, у процесі якого виявляються основні напрями подолання складних життєвих обставин.

При соціальному супроводі сім'ї ВІЛ-інфікованих можуть отримати психологічні послуги: психологічну діагностику, спрямовану на виявлення соціально-психологічних характеристик особистості; надання консультацій з питань психологічного здоров'я та поліпшення взаємин з навколишнім середовищем; обговорення проблем і надання порад щодо вирішення соціальних та психологічних проблем; навчання долати труднощі та конфлікти; сприяння в запобіганні виникненню непорозумінь і конфліктів між членами сім'ї; психологічну корекцію та психологічну реабілітацію.

До комплексу соціальних послуг входять соціально-педагогічні заходи, до яких належать: моніторинг захисту дитини від жорстокого поводження та насильства; педагогічне консультування з питань вирішення педагогічних проблем сім'ї та її членів; влаштування дитини в клуб, секцію, гурток тощо.

Юридичні послуги включають надання консультацій з питань чинного законодавства, гарантій та пільг; захист прав та інтересів сім'ї чи особи; захист прав дитини.

Складовою частиною соціального супроводу є соціально-економічні послуги: сприяння у наданні натуральної допомоги (забезпечення одягом та взуттям тощо); сприяння та допомога в оздоровленні, в отриманні державних соціальних виплат, грошової допомоги, а також грошових компенсацій; інформування з питань працевлаштування та сприяння цьому, навчання; посередництво в наданні гуманітарної допомоги тощо.

Мультидисциплінарний підхід до ведення хворих на ВІЛ-інфекцію підвищує роль середніх медичних працівників у наданні медичної допомоги. Медична сестра мультидисциплінарної команди повинна виконувати організаційну функцію, тому дуже важливим є формування у середніх медичних працівників, залучених до надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, лідерських якостей.

Лідерство у сестринській справі. Лідерство – це галузь соціо-психології. Під лідерством розуміють здатність людини мотивувати інших. Це наука про мобілізацію групи людей на виконання загального завдання за загальними принципами. Такий принцип діяльності цілком відповідає меті, що стоїть перед мультидисциплінарною командою – створити оптимальні умови для ефективного медико-соціального ведення хворих на ВІЛ-інфекцію. До лідерських рис, необхідних середньому медичному працівнику мультидисциплінарної команди, належать:

- будувати міжособистісні відносини;
- організувати роботу мультидисциплінарної команди зі збереженням права для членів команди приймати самостійні рішення;
- планувати особистий час і роботу мультидисциплінарної команди в цілому;
- вбачати перспективу та ділитися цією інформацією з іншими членами мультидисциплінарної команди;
- відкритість;
- долати особисті труднощі;
- творчий підхід до вирішення складних проблем;
- передавати знання, навчати інших членів колективу.

На ефективність лідерства впливають деякі риси характеру. Потреба в них зумовлена специфікою ситуації та особливостями поставлених завдань. У цьому разі слід поєднувати риси характеру з професійною компетентністю, поглибленими медичними знаннями, умінням консультивати, володінням професійними навичками. Для управління змінами необхідні такі риси характеру: харизма (спроможність вселяти віру в себе та свої можливості); інтелектуальне піднесення (здатність переконувати дослідників у новому підході до вирішення старих проблем); емоційність (уміння задовольняти емоційні потреби свого оточення). Результати досліджень розкрили важливість для лідера ще однієї якості – емоційної інтелігентності, що передбачає самопоінформованість, саморегуляцію, мотивацію до досягнень, емпатію. Саме соціальні навички визначають властиву лідеру функцію як одну з форм міжособистісного спілкування та взаємодії в команді для вирішення спільних завдань.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Для визначення підсумкового рівня знань з курсу “Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини”

1. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції у світі.
2. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні.
3. Шляхи передачі ВІЛ.
4. Характеристика збудника ВІЛ-інфекції.
5. Клініка і класифікація ВІЛ-інфекції у дорослих.
6. Клініка і класифікація ВІЛ-інфекції у дітей.
7. Опортуністичні інфекції.
8. Первинна, вторинна профілактика опортуністичних інфекцій.
9. Характеристика антиретровірусних препаратів.
10. Принципи антиретровірусної терапії.
11. Консультування з питань прихильності до антиретровірусної терапії.
12. Контроль прихильності до антиретровірусної терапії.
13. Нетрадиційна терапія при лікуванні ВІЛ-інфекції.
14. Особливості харчування хворих на ВІЛ-інфекцію.
15. Закон України “Про запобігання захворюваності на СНІД та соціальний захист населення”.
16. Права людини у контексті епідемії ВІЛ-інфекції.
17. Загальні відомості про стигматизацію та дискримінацію в контексті ВІЛ-інфекції.
18. Роль тестування на ВІЛ і консультування з цього приводу в контексті протидії епідемії ВІЛ-інфекції.
19. Етичні принципи міжособистісних відносин у контексті ВІЛ-інфекції.
20. Навички ефективного спілкування при консультуванні з питань ВІЛ-інфекції.
21. Методи діагностики ВІЛ-інфекції у дорослих і дітей.
22. Дотестове консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію.

23. Післятестове консультування при позитивному результаті тестування на ВІЛ.
24. Післятестове консультування при негативному результаті тестування на ВІЛ.
25. Консультування ВІЛ-позитивних вагітних.
26. Планування сім'ї у ВІЛ-інфікованих жінок.
27. Вибір методу контрацепції для хворих на ВІЛ-інфекцію.
28. Механізм передачі ВІЛ від матері до дитини.
29. Фактори ризику передачі ВІЛ від матері до дитини.
30. Принципи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.
31. Сценарії профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.
32. Антитретровірусна профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини.
33. Особливості ведення пологів у ВІЛ-інфікованих жінок.
34. Консультування ВІЛ-інфікованих матерів у пологовому будинку з питань медичного ведення їхніх дітей.
35. Вигодовування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками.
36. Медичне ведення новонароджених ВІЛ-інфікованими матерями.
37. Медичне ведення дітей раннього віку, народжених ВІЛ-інфікованими жінками.
38. Рання діагностика ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками.
39. Консультування при уточненні ВІЛ-статусу у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками.
40. Диспансерне спостереження за дітьми з ВІЛ-інфекцією.
41. Облік ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
42. Облік антитретровірусних препаратів і звітність.
43. Ризик професійних контактів зі збудниками, що передаються через кров.
44. Універсальні запобіжні заходи та профілактика зараження інфекціями, які передаються через кров, під час надання медичної допомоги.
45. Післяконтактна профілактика при аварії на робочому місці.
46. Причини та прояви синдрому “емоційного вигорання”.

47. Методи зниження емоційного напруження та профілактика синдрому “емоційного вигорання”.
48. Мультидисциплінарний підхід до надання допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним та їхнім дітям.
49. Роль медичної сестри в мультидисциплінарній команді.
50. Соціальний супровід ВІЛ-інфікованих жінок та їхніх дітей.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2007 / Дж. Бартлетт, Дж. Галант [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.eurasiahealth.org/rus/aids/health/resources/82168>. – Название с экрана.
2. ВИЧ-инфекция в перинатологии / под ред. В. Н. Запорожана, Н. Л. Аряева. – К.: Здоров'я, 2000. – 187 с.
3. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / под ред. В.В. Покровского, Т.Н. Ермак, В.В. Беляевой, О.Г. Юрина. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 496 с.
4. Запорожан В.Н. ВИЧ-инфекция и СПИД / В.Н. Запорожан, Н.Л. Аряев. – К.: Здоров'я, 2004. – 635 с.
5. Інструкція з впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу) у протитуберкульозних, дерматовенерологічних та наркологічних закладах охорони здоров'я (затверджена наказом МОЗ України № 446 від 06.07.2006 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=6395>. – Назва з екрана.
6. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків (затверджений наказом МОЗ України № 658 від 04.10.2006 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=6848>. – Назва з екрана.
7. Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків (затверджені наказом МОЗ України № 182 від 13.04.2007 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=7799>. – Назва з екрана.
8. Клінічний протокол з антиретровірусного лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію (затверджений наказом МОЗ України № 182 від 13.04.2007 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=7799>. – Назва з екрана.

9. Клінічний протокол з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей (затверджений наказом МОЗ України № 206 від 07.04.2006 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=5831>. – Назва з екрана.
10. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію (затверджений наказом МОЗ України № 276 від 28.05.2008 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=10306>. – Назва з екрана.
11. Клінічний протокол надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД (затверджений наказом МОЗ України № 368 від 03.07.2007 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=8279>. – Назва з екрана.
12. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе у детей: клинический протокол для Европейского региона ВОЗ [Электронный документ]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/document/SHA/chap_11_paediatric_rus.pdf. – Название с экрана.
13. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе: клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ [Электронный документ]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/aids/treatment/20060801_1?language=Russian – Название с экрана.
14. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Статистика [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ru/library/statistics/index.htm>. – Назва з екрана.
15. Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини: клінічний протокол з акушерської допомоги (затверджений наказом МОЗ України № 716 від 14.11.2007 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=8936>. – Назва з екрана.
16. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: протокол (затверджений наказом МОЗ України № 415 від 19.08.2005 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.

17. Порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контролю якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів (затверджений наказом МОЗ України № 48 від 03.02.2006 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/print/?docID=6114&_tpl=prn. – Назва з екрана.
18. Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции: клинический протокол для Европейского региона ВОЗ [Электронный документ]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/document/SHA/Chap_13_prophylaxis_rus.pdf. – Название с экрана.
19. Про затвердження тимчасових форм обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та інструкцій щодо їх заповнення: наказ МОЗ України № 187 від 07.04.2008 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=9810>. – Назва з екрана.
20. Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичну допомогу і соціальний супровід ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей: наказ МОЗ України, МОН України, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту України, Державного департаменту з питань виконання покарань № 740/1030/4154/312/614а від 23.11.2007 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.antiaids.org/ru/hiv-aids/ukraine/1545/4208>. – Назва з екрана.
21. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку: клинический протокол для Европейского региона ВОЗ [Электронный документ]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/document/SHA/chap_10_mct_for_web_rus.pdf. – Название с экрана.
22. Руководство по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным детям [Электронный ресурс] / под ред. С. Зайхнера и Дж. Рид. – Режим доступа: <http://www.eurasiahealth.org/rus/health/resources/85908>. – Название с экрана.
23. Хоффман К. Лечение ВИЧ-инфекции. 2005 год [Электронный ресурс] / К. Хоффман. – Режим доступа: www.eurasiahealth.org/attaches/82169/00_preface.pdf. – Название с экрана.
24. Report on the global 1 AIDS epidemic, 2008 [Electronic recourse]. – Access mode: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp. – Title from screen.

Рекомендовано Міністерством охорони здоров'я України
як навчальний посібник для студентів
вищих медичних навчальних закладів II рівня акредитації

**ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДАЧІ ВІЛ
ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ.
ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ
ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ЛЮДЕЙ,
ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ**

Автори:

В.М. Запорожан – акад. АМН України, д-р мед. наук, проф.

М.Л. Аряєв – чл.-кор. АМН України, д-р мед. наук, проф.

Н.В. Котова – д-р мед. наук, проф.

О.О. Старець – д-р мед. наук, проф.

С.П. Посохова – д-р мед. наук, проф.

Рецензенти:

В.В. Камінський – завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д-р мед. наук, проф.

Л.І. Чернишова – завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб і імунології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д-р мед. наук, проф.

ТОВ “Версо-04”

Свідоцтво про внесення до державного реєстру видавців
ДК 2011 від 12.11.2004 р.

Підп. до друку 18.10.2010 р. Формат 70x100, 1/16.
Папір офсетний. Друк офсетний. Гарнітура Times New Roman.
Ум. др. арк. 16,48. Обл-вид. арк. 19,75.
Наклад 15000 прим. Замовл. 080.
Віддруковано на ВАТ “Білоцерківська книжкова фабрика”.
Адреса: 09117, м. Біла Церква, вул. Л. Курбаса, 4.



єднаймося заради дітей

**В.М. Запорожан
М.Л. Аряєв
Н.В. Котова
О.О. Старець
С.П. Посохова**

Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. Діагностика, лікування та соціально-психологічна підтримка людей, які живуть з ВІЛ

У навчальному посібнику викладені питання щодо профілактики ВІЛ-інфікування, попередження передачі ВІЛ від матері до дитини, діагностики, лікування ВІЛ-інфікованих та соціально-психологічної підтримки людей, які живуть з ВІЛ. Посібник розраховано для студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів II рівня акредитації та середніх медичних фахівців, чия діяльність спрямована на охорону здоров'я матерів і дітей.