

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

для людей, що живуть з ВІЛ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

КИЇВ 2008

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ***ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ***

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний посібник для курсантів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів III – IV рівнів акредитації

КИЇВ 2008

Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ. Навчальний посібник, Київ, 2008. - 252 с.

Ухвалено Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України.

Навчальний посібник розроблений для використання у закладах охорони здоров'я стаціонарної та амбулаторної ланки, в яких надаються послуги з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї людям, що живуть з ВІЛ, у системі підготовки медичних кадрів на до- та післядипломному рівні навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. При підготовці посібника використані міжнародні та вітчизняні досягнення з питань ВІЛ-інфекції та планування сім'ї.

Посібник призначений для лікарів акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку, спеціалістів центрів/кабінетів планування сім'ї, лікарів-педіатрів, спеціалістів центрів/кабінетів боротьби зі СНІДом, акушерок та медичних сестер, соціальних працівників, психологів, викладачів та студентів медичних закладів III - IV рівнів акредитації.

Авторський колектив:

А.-М. Кенней, Александріна Т.А., Бабенко О.М., Басистий В.В.,
Волик А.М., Жилка Н.Я., Камінський В.В., Квашенко В.П., Курпіта В.,
Посохова С.П., Протопопов А.О., Сало Н.Й., Слабкий Г.О.,
Щербинська А.М.

Редактор:

Жилка Н.Я. – начальник відділу репродуктивного здоров'я МОЗ
України, к.мед.н.

Рецензенти:

Тарасова Т.І. - керівник проектів ВІЛ/СНІДу Дитячого Фонду ООН
(ЮНІСЕФ).

Чурілов А.В. – завідувач кафедри акушерства та гінекології №1
Донецького національного медичного університету ім.М.Горького.

Цей посібник був розроблений завдяки щедрій підтримці американського народу з допомогою Агентства США з Міжнародного Розвитку. Відповідальність за зміст цього посібника несе авторський колектив та Корпорація Інституту Досліджень та Тренінгів JSI; інформація, яка представлена у цьому посібнику не завжди відображає погляди Агентства США з Міжнародного Розвитку або уряду Сполучених Штатів.

This manual is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of composite author and JSI Research & Training Institute, Inc. and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ.....	7
СИТУАЦІЯ ЩОДО ВІЛ – ІНФЕКЦІЇ В СВІТІ І В УКРАЇНІ.....	13
ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ.....	21
ЗАГАЛЬНІ ПОНЯТТЯ.....	22
ДІАГНОСТИКА.....	26
КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ.....	45
ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ.....	60
АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ.....	68
КОНСУЛЬТУВАННЯ.....	75
ОСНОВИ КОНСУЛЬТУВАННЯ.....	76
КОНСУЛЬТУВАННЯ З ПИТАНЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї.....	88
КОНСУЛЬТУВАННЯ, ПОВ'ЯЗАНЕ З ТЕСТУВАННЯМ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ.....	94
ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї.....	109
ОГЛЯД МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ.....	110
МЕДИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИЙНЯТНОСТІ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ.....	160
МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ.....	166
ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ.....	185
ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА.....	202
НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ.....	210
Додаток № 1. Нормативно-правові акти.....	231
Додаток № 2. Медичні критерії прийнятності методів контрацепції. Зведені таблиці.....	234
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	244

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

АП	Антипрогестероновий
АРТ	Антиретровірусна терапія
АТ	Артеріальний тиск
БТТ	Базальна температура тіла
ВААРТ	Високоактивна антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВК	Вагінальні кільця
ВМК	Внутрішньоматковий контрацептив
ВМС	Внутрішньоматкова система
ВН	Вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПГ	Вірус простого герпесу
ДКТ	Добровільне консультування і тестування
ДМПА	Депо-медроксипрогестерону ацетат
ДНК	Дезоксирибонуклеїнова кислота
ДХС	Добровільна хірургічна стерилізація
ЕЕ	Етинілестрадіол
ІП	Інгібітори протеази
ЗМІ	Засоби масової інформації
ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	Імуноферментний аналіз
КІК	Комбіновані ін'єкційні контрацептиви
КОК	Комбіновані оральні контрацептиви
КПР	Контрацептиви прогестогенового ряду
ЛЖВ	Люди, що живуть з ВІЛ
ЛНГ	Левоноргестрел
МЛА	Метод лактаційної аменореї
НДО	Недержавні організації
НІЗТ	Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази
НК	Невідкладна контрацепція
ННІЗТ	Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази
ОК	Оральні контрацептиви
ООН	Організація об'єднаннях націй
ПІК	Прогестогенові ін'єкційні контрацептиви
ПЛР	Полімеразна ланцюгова реакція
ППС	Природне планування сім'ї
ПС	Планування сім'ї
ПТП	Протизаплідні таблетки прогестогенового ряду
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ТТС	Трансдермальна терапевтична система
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Дитячий Фонд ООН
ЦПС	Центр планування сім'ї

ВСТУП

Жінки та їх партнери, незалежно від ВІЛ-статусу, мають право вільно приймати рішення щодо планування сім'ї. Виділення питання ПС для групи ВІЛ-позитивних пацієнтів обумовлене особливостями надання їм медичних послуг. Серед цієї групи поширені супутні захворювання та стани, які необхідно враховувати при наданні медичної допомоги.

У людей, що живуть з ВІЛ, існує потреба в отриманні від медичних спеціалістів інформації щодо сучасних методів попередження небажаної вагітності. Більшість цих пацієнтів - люди репродуктивного віку, і певна частина з них не планує в найближчому майбутньому мати дітей. Крім того люди, що живуть з ВІЛ часто стикаються з негативним до них відношенням. Прояви стигматизації щодо них в медичних закладах можуть призвести до відмови від медичної допомоги, в тому числі і з питань планування сім'ї.

Перераховані особливості вимагають підвищення рівня знань медичних спеціалістів для покращення якості медичних послуг для цієї категорії з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї.

В країні гостро стоять проблеми у сфері протидії поширенню ВІЛ-інфекції, успішність вирішення яких залежить також і від рівня кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу з питань планування сім'ї, наближення цих послуг до населення шляхом розширення кола медичних спеціалістів, які надають ці послуги, поінформованості населення.

В свою чергу медичні спеціалісти потребують у доступу до останніх науково-практичних даних з питань ПС для ЛЖВ. Ці питання не є суто медичною проблемою - не менш важливими залишаються питання соціального та психологічного супроводу.

Навчальний посібник з питань планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ, розроблений з метою забезпечення медичного персоналу та спеціалістів інших галузей, які опікуються питаннями охорони репродуктивного здоров'я та протидії ВІЛ-інфекції різного рівня сучасною інформацією щодо попередження непланованої вагітності на основі науково-доказової медицини, міжнародного та вітчизняного досвіду. Посібник ґрунтується на найновіших даних у цій галузі та відображає загальноприйняті тенденції.

В навчальному посібнику представлені питання надання комплексних медичних послуг для збереження здоров'я ВІЛ-інфікованих. У доступній формі подається наступна інформація про:

- нормативно - правові аспекти ПС/РЗ для людей, що живуть з ВІЛ;

- загальні поняття стосовно профілактики, діагностики, клінічного перебігу, лікування ВІЛ-інфекції;
- основи консультування та його особливості, пов'язані з ВІЛ та ПС, підходи до "інтегрованого консультування з питань репродуктивного здоров'я" шляхом адаптації схем із галузі ПС та ВІЛ, що дозволить фахівцям ефективно оцінювати і задовольняти весь комплекс потреб ВІЛ-позитивних жінок у сфері репродуктивного здоров'я;
- сучасні підходи до контрацепції в аспекті ефективності, прийнятності, зручності використання, доступності методу;
- методи контрацепції для ЛЖВ;
- інструкції для пацієнтів;
- психосоціальну підтримку ЛЖВ в контексті планування сім'ї.

Інформація у Посібнику представлена у такому форматі, який полегшує та прискорює пошук відомостей щодо необхідного методу чи засобу попередження непланованої вагітності.

Посібник відображає національну політику в галузі охорони репродуктивного здоров'я та протидії поширенню ВІЛ-інфекції в країні відповідно до існуючих законодавчих актів і спрямований на підтримку високої якості послуг, орієнтованих одночасно на потреби населення.

Навчальний посібник спрямований на удосконалення якості медичної допомоги ВІЛ-інфікованим для збереження їх репродуктивного здоров'я та профілактики небажаної вагітності. Використовуючи його, спеціалісти у сфері репродуктивного здоров'я зможуть підвищити якість послуг з питань планування сім'ї для ЛЖВ.

Посібник призначений для лікарів акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку, спеціалістів центрів/кабінетів планування сім'ї, лікарів-педіатрів, лікарів центрів/кабінетів боротьби зі СНІДом, акушерок та медичних сестер, соціальних працівників, психологів, викладачів та студентів медичних закладів II- IV рівнів акредитації.

При підготовці посібника використані міжнародні та вітчизняні досягнення з питань ВІЛ-інфекції та планування сім'ї.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ

Особливістю ВІЛ-інфекції є багатогранність її впливу на медичні, демографічні, соціально-економічні, політичні аспекти суспільства. Із суто медичної проблеми охорони здоров'я населення ВІЛ-інфекція перетворюється на проблему соціального розвитку.

Негативний вплив ВІЛ-інфекції на репродуктивний потенціал населення визначається різним за тривалістю перебігом періоду інфікування без клінічних проявів і у зв'язку з цим несвоєчасною діагностикою хвороби та наявністю численних шляхів передачі інфекції. Прихована форма перебігу захворювання спричинює високі темпи поширення інфекції серед населення, переважною чисельністю серед ВІЛ-інфікованих людей молодого репродуктивного віку, високим рівнем смертності хворих на СНІД, а також високим ризиком інфікування новонароджених дітей, що ставить під загрозу репродуктивний потенціал країни. Захворювання, що передаються статевим шляхом, в т. ч. ВІЛ/СНІД, є значним чинником порушень репродуктивного здоров'я.

Зростання передачі ВІЛ статевим шляхом стає все частішим фактором поширення ВІЛ в Україні, коли усе більша кількість нових випадків інфікування передається внаслідок незахищених сексуальних стосунків між людьми, які не мають безпосереднього зв'язку зі споживачами ін'єкційних наркотиків.

За розрахунковими прогнозами поширення інфекції у 2014 році загальна кількість ВІЛ-інфікованих становитиме близько 820 тис. осіб, що складатиме 3,5% дорослого населення.

Дослідницькою групою Future Group International розроблено прогноз розвитку епідемії в країні з метою отримання даних щодо її можливих негативних наслідків. Для прогнозування поширення інфекції була використана комп'ютерна програма "Spectrum Policy Modeling System".

За кращим сценарієм кількість ВІЛ-інфікованих у 2010 р. в Україні становитиме понад півмільйона осіб (582 тис.), кількість нових випадків СНІДу сягатиме 44 360. Така ситуація вимагатиме збільшення витрат на лікування ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД, зростуть потреба в лікарняних ліжках та кількість відвідувань закладів охорони здоров'я. Враховуючи, що переважну більшість ВІЛ-інфікованих становлять молоді люди, зростає і кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Чисельність населення в країні становитиме 45,09 млн. чол. (без впливу епідемії - 45,48 млн.).

За гіршим сценарієм кількість ВІЛ-інфікованих може бути близько 1,44 млн. осіб, нових випадків СНІДу буде вдвічі більше (95210), при

цьому від хвороби може померти 89 200 осіб. Загальна чисельність населення скоротиться до 44,89 млн. осіб.

Відповідно до підвищення темпів поширення епідемії зростає кількість випадків ВІЛ серед жінок та чоловіків репродуктивного віку та вагітних жінок. Це викликає цілий комплекс проблем, пов'язаних із життям та подальшою долею народжених ними дітей.

Все більшого визнання отримує спільне вирішення проблем репродуктивного здоров'я та удосконалення профілактики, лікування та догляду за ЛЖВ, оскільки забезпечення доступу до послуг у сфері репродуктивного здоров'я для ЛЖВ є вагомим внеском до ефективного розв'язання проблем, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією.

В усіх країнах приділяється значна увага профілактиці небажаної вагітності у ВІЛ-позитивних жінок як методу збереження здоров'я, в т.ч. репродуктивного, а також профілактики соціального сирітства. Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ, є одним з 4 - х компонентів стратегії з профілактики перинатальної передачі ВІЛ. Попередження небажаної вагітності визнається однією з ключових стратегій профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, яке одночасно є складовою заходів, спрямованих на зменшення темпів поширення ВІЛ-інфекції в цілому.

Враховуючи, що більшість ВІЛ-інфікованих людей знаходяться у репродуктивному віці, допомога чоловікам та жінкам з питань ПС є однією з найважливіших у системі ВІЛ-медицини. Жінки та чоловіки з ВІЛ-інфекцією мають такі ж самі сексуальні та репродуктивні права, як і не інфіковані - наприклад, право на прийняття рішення стосовно народження дітей, їх кількості, часових проміжків між народженням.

За виключенням деяких гормональних контрацептивів, які вступають у взаємодію з антиретровірусними препаратами, жоден з методів контрацепції при ВІЛ-інфекції не протипоказаний. Якщо взяти до уваги кількість небажаних вагітностей, то безперечно, що забезпечення ВІЛ-позитивних надійними методами контрацепції буде сприяти зниженню передачі ВІЛ від матері до дитини та поширенню ВІЛ. Використання презервативів попередить зараження ВІЛ-позитивного новими інфекціями, які передаються статевим шляхом, виникнення небажаної вагітності та попередить зараження його партнерів ВІЛ. Низка факторів (соціальних, економічних, медичних) впливає на здатність ВІЛ-позитивної особи вибирати той чи інший метод планування сім'ї.

Ключові положення використання контрацептивів для ЛЖВ:

- При непланованій і небажаній вагітності підвищується ризик передачі ВІЛ від матері до дитини та ризик соціального сирітства дітей;
- Переривання вагітності підвищує ризик для здоров'я жінки;

- При правильному виборі та використанні методів контрацепції ризик непланованої вагітності дуже низький;
- Використання подвійного методу значно знижує ризик непланованої вагітності, ІПСШ, ВІЛ;
- При виборі методу варто враховувати переваги для жінки, супутні захворювання та застосування АРВ - терапії;
- Якість консультування значно впливає на прихильність до використання методів контрацепції.

Зарубіжні дослідження показали, що близько 70% жінок з ВІЛ ведуть сексуально-активний спосіб життя. У Франції, США, Англії до 80% жінок з ВІЛ використовують сучасні методи контрацепції.

Використання презервативів поширено у розвинутих країнах серед людей з ВІЛ-інфекцією, наприклад в США це підтвердили 78% жінок та 87% чоловіків з ВІЛ незалежно від застосування інших методів контрацепції. Однак, ще залишаються проблеми з прихильністю, третина чоловіків та жінок повідомили про періодичне використання презервативів. Підвищує прихильність жінок та чоловіків поінформованість про ефективність цього бар'єрного методу та формування навичок його використання. Вживання оральних гормональних контрацептивів підтвердили 11% жінок, що живуть з ВІЛ, у США, у Франції - приблизно 10% жінок, 7% використовують подвійний метод - оральні гормональні методи та презервативи.

Використання подвійного методу контрацепції важливо у випадках ВІЛ-інфікованості. Якщо обидва партнери ВІЛ-позитивні, у цьому випадку незахищені статеві стосунки можуть мати ризик для здоров'я, а саме зараження ІПСШ або іншими штамами ВІЛ. Якщо один із статевих партнерів або обидва отримують АРВ - терапію, існує теоретичний ризик передачі стійких до ліків видів вірусу, що може обмежувати варіанти лікування у майбутньому. Особливо важливим це є для ВІЛ-позитивних партнерів в аспекті довгострокової перспективи планування народження та виховання дитини.

Відповідно до росту темпів поширення ВІЛ зростає кількість випадків інфікування серед жінок репродуктивного віку та вагітних жінок: понад 40% людей, які живуть із ВІЛ, становлять жінки, більша частина з них (60%) активного репродуктивного віку. Це викликає цілий комплекс проблем, пов'язаних із життям та подальшою долею народжених ними дітей. В Україні із зростанням поширення ВІЛ серед населення репродуктивного віку та виходом за межі груп ризику кількість ВІЛ інфікованих вагітних приблизно щорічно збільшується на 20-30%, а 98% зареєстрованих в Україні ВІЛ-позитивних дітей - це діти, народжені ВІЛ-позитивними матерями. За бажанням жінки закінчуються перериванням в середньому 10-14% вагітностей у ВІЛ-позитивних жінок, за медичними показаннями, пов'язаними з ВІЛ-

інфекцією приблизно у 2-3%. Кожна жінка повинна мати можливість поінформованого вибору щодо репродуктивних планів.

В Україні за багатолітніми спостереженнями біля 10-11% ВІЛ-позитивних дітей залишаються соціальними сиротами, поповнюють контингенти дитячих будинків, що збільшує соціально-економічне навантаження суспільства. Поява феномену сирітства внаслідок СНІДу - є одним із серйозних довготривалих наслідків поширення ВІЛ. Він буде підсилювати і без того вкрай несприятливу ситуацію із сирітством, проблемами бездоглядності і безпритульності серед дитячого населення в Україні. Згідно з результатами наукового прогнозу число таких дітей-сиріт у 2014 році може досягнути 169,3 тис. осіб.

Ризик передачі ВІЛ від матері до дитини становить 15-40%. У разі проведення профілактики він знижується до 1-10%. В Україні вже суттєві досягнуті результати щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, у 2007 році питома показник вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції становив в середньому 4,3%. За прогнозами в Україні показник перинатальної трансмісії за умови забезпечення профілактичних заходів і надалі знижуватиметься.

Профілактичні заходи значно перевищують економічну доцільність у порівнянні з витратами на лікування та догляд за ВІЛ-позитивними дітьми.

На сьогодні в країні потребують удосконалення форми та методи роботи з ВІЛ-позитивними жінками до пологів та після пологів, механізми надання медичних послуг ВІЛ-позитивним жінкам з питань репродуктивного здоров'я. Найкращі результати спостерігаються у жінок, які свідомо планують вагітність та отримують комплексну медичну допомогу щодо підготовки до вагітності. ПС є одним із визнаних компонентів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, оскільки жінки, у яких вагітність небажана, не схильні до медичного спостереження та медикаментозної профілактики передачі ВІЛ дитині.

Загальновідомо, що програми спрямовані на збільшення використання ефективних методів контрацепції для тих, хто не планує вагітність, економічно обґрунтовані і є не менш важливими, ніж програми з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

Крім того ПС є складовою у вирішенні інших аспектів щодо ВІЛ, зокрема ПС є також частиною профілактики соціального сирітства шляхом зменшення кількості небажаних вагітностей і таким чином кількості залишених на державне піклування дітей.

Ще більш вагомого значення набуває діяльність служби планування сім'ї стосовно того питання, що ВІЛ-позитивні діти відповідно до чинного законодавства перебувають у загальноосвітніх навчальних закладах і питання формування безпечної статевої поведінки серед підростаючого покоління стоїть як ніколи гостро.

Молоді люди піддаються підвищеному ризику інфікування ВІЛ та ІПСШ в результаті взаємодії різних поведінкових, біологічних та соціально-економічних факторів. Особливість сексуальної поведінки молоді полягає в схильності до численних короточасних статевих відносин. Для них також характерна:

- гендерна нерівність, яка посилює уразливість дівчаток та молодих жінок;
- завищене почуття невразливості та безпеки;
- психологічні труднощі при зверненні за медичною допомогою;
- відсутність планування майбутнього і/чи наслідків;
- неадекватна оцінка своєї поведінки.

Обмеження використання контрацепції пов'язано також з відсутністю достатньої інформації, віри в ефективність, мотивації або відчуття впевненості у собі, а також відсутністю навичок правильного використання методу попередження небажаної вагітності.

Молодь особливо уразлива до ВІЛ-інфекції через ризиковану сексуальну поведінку чи вживання наркотиків або алкоголю, через відсутність достатнього доступу до своєчасної згідно з віком інформації про ВІЛ-інфекцію та до служб профілактики, а також через соціально-економічні причини.

Як ІПСШ, так і небажана вагітність є маркерами статевих контактів без використання засобів захисту, до того ж ІПСШ підвищують ймовірність ВІЛ-інфікування. Дві третини з усіх 12 мільйонів випадків ІПСШ, що реєструються в США, припадає на молодих людей у віці до 25 років, а один із 4 випадків - на підлітків. Характерною особливістю є те, що діти підліткового віку, недостатньо оцінюють ступінь свого ризику і неохоче погоджуються на обстеження, зокрема у випадку відсутності симптомів захворювання.

З іншого боку, саме молодь дозволяє нам сподіватись на те, що хід епідемії ВІЛ/СНІДу можливо подолати, якщо надати молодим людям підтримку та необхідні засоби для цього. Молоді люди потребують комплексної допомоги, яка включає навчання з безпечної поведінки, що сприяє укріпленню загального та репродуктивного здоров'я, профілактиці ІПСШ та небажаної вагітності.

Для цього необхідно вжити заходів для посилення інтеграції між установами та відомствами, що надають послуги з питань ПС/РЗ та службами, орієнтованими на потреби ВІЛ-позитивних пацієнтів.

Епідеміологічні дослідження показали, що, в цілому жінки частіше, ніж чоловіки звертаються за медичною допомогою. Однак, жінки з ВІЛ-інфекцією частіше зазнають стигматизації та дискримінації через ВІЛ, ніж чоловіки. Побоювань залишитись самотньою у жінок

більше, ніж у чоловіків, тому вони частіше побоюються тестування на ВІЛ і при визначенні позитивного результату нерідко відмовляються від медичної допомоги. Було встановлено, що жінки з ВІЛ значно пізніше звертаються до закладів охорони здоров'я, ніж чоловіки, а якщо у жінки є дитина, це ще більше відтерміновує її звернення за медичною допомогою та недооцінку ступеня важкості свого захворювання.

Доцільність інтеграції елементів ВІЛ в ПС стає все більш очевидною по мірі того, як розглядаються можливості підвищення результативності та досягнення позитивного впливу на фоні покращення якості послуг.

Медичні спеціалісти, що надають послуги з ПС ВІЛ-позитивним жінкам повинні проходити відповідне навчання з питань контрацепції та особливостей її застосування для ЛЖВ.

В аналітичному звіті ЮНІСЕФ "Профілактика ВІЛ-інфекції серед новонароджених" (2007) відмічається, що дані, які вказують на те, чи надається в даний час післяпологове консультування з питань ПС ВІЛ-інфікованим жінкам в цілому по країні відсутні, також не існує конкретного керівництва, яке б включало чіткі рекомендації щодо надання послуг з питань контрацепції для ЛЖВ.

Таким чином, є нагальна потреба у підтриманні на державному рівні питання ПС для людей, що живуть з ВІЛ через розроблення методичних підходів щодо організації якісних послуг щодо індивідуального вибору методу контрацепції.

СИТУАЦІЯ ЩОДО ВІЛ – ІНФЕКЦІЇ У СВІТІ І В УКРАЇНІ

ВІЛ-інфекція - тривала інфекційна хвороба, що розвивається внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та характеризується прогресуючим ураженням імунної системи.

Синдром набутого імунного дефіциту (СНІД) - кінцева стадія ВІЛ-інфекції, що перебігає з ураженням імунної та нервової систем і проявляється розвитком тяжких вірусних, бактеріальних, паразитарних уражень або злякисних новоутворень, які спричиняють смерть хворого.

Хвороба вперше зареєстрована наприкінці ХХ сторіччя - в 1981 році - як смертельне захворювання чоловіків гомосексуальної орієнтації. Провідним синдромом став імунодефіцит із специфічним ураженням Т-лімфоцитів, передусім CD4 хелперів. За цією ознакою нову хворобу стали називати синдромом набутого імунодефіциту (тобто СНІД). Дуже швидко, вже через 2 роки, видатними вірусологами Л. Монтаньє у Франції та Р. Галло в США була встановлена інфекційна природа СНІДу, виділено збудник - вірус імунодефіциту людини і з цього часу хвороба отримала нову назву ВІЛ-інфекція з кінцевою стадією СНІД.

За майже 25 років своєї історії ВІЛ-інфекція набула характеру пандемії і стала, за визначенням Генеральної Асамблеї ООН, глобальною кризою людства. Сьогодні ВІЛ/СНІД є новою формою надзвичайної ситуації у планетарному масштабі, безпрецедентною загрозою людському розвитку, яка поки що не має ознак до ослаблення.

Епідемія ВІЛ-інфекції - унікальне явище в історії людства за швидкістю поширення, масштабами та глибиною наслідків. За останніми даними, від СНІДу у світі померло більше 24 млн. осіб, а з ВІЛ живе понад 39 млн. Хвороба продовжує впевнено наступати, руйнуючи життя людей, завдаючи шкоди кожному суспільству.

Відповідно до останніх оцінок Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), показник поширеності ВІЛ значно коливається в різних країнах. Найбільшу загрозу хвороба представляє для країн Південної Африки, Південної Америки, Південно-Східної Азії. В регіоні Східної Європи та Центральної Азії темпи розвитку епідемії також продовжують зростати, число інфікованих досягло 1,9 млн. осіб. У Російській Федерації, Україні, країнах Балтії, Білорусі та Казахстані показник поширеності ВІЛ перевищив 1,0% населення у віці 15-49 років, що дозволяє характеризувати ситуацію в цих країнах як концентровану стадію епідемії, тобто таку, яка поки що сконцентрована

в групах населення з високим ризиком інфікування ВІЛ. У глобальному масштабі ВІЛ/СНІД займає четверте місце серед причин смерті у дорослих.

Перші випадки ВІЛ-інфекції в Україні зареєстровані у 1987 році. Джерелом інфекції стали здебільшого іноземні студенти. Основним шляхом передачі інфекції був статевий; щорічно виявляли 30-50 нових випадків ВІЛ-інфекції, тобто поширення хвороби мало спорадичний характер.

Починаючи з 1995 року, поширення ВІЛ-інфекції набуло епідемічного характеру, коли ВІЛ-інфекція перейшла у середовище споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) через парентеральний шлях передачі. Масштаб епідемії представляє реальну загрозу розвитку нашого суспільства, а темпи поширення - найвищі в Європі.

На 1.01.08 в країні офіційно зареєстровано понад 122 000 ВІЛ-позитивних людей. Захворіли на СНІД майже 22 000 осіб, більше половини з них померли. Показник поширеності ВІЛ за період 1987-2007 рр. становить 175,5 на 100 тис. населення.

Щомісяця мережею спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів - центрів профілактики і боротьби зі СНІДом - виявляється понад 1500 нових випадків інфікування, кожного дня 48 осіб заражається ВІЛ, а 6 - помирає від СНІДу. За розрахунками ВООЗ та ЮНЕЙДС, на сьогодні в Україні проживає 377 тисяч ВІЛ-позитивних осіб, що становить 1,46% дорослого населення країни. Аналіз статистичних даних за останні 5 років показав, що у порівнянні з 2000 роком захворюваність на ВІЛ-інфекцію зросла більше як у 2 рази, число хворих на СНІД збільшилось майже у 7 разів, померлих від СНІДу - у 5 разів (Рис.1).

Найбільш уражені ВІЛ-інфекцією південні та східні області країни, де поширеність ВІЛ в 3-4 рази перевищує середній показник по країні (Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська області, АР Крим та м. Київ). В той же час західні області України характеризуються більш благополучною ситуацією і низьким рівнем захворюваності на ВІЛ-інфекцію та СНІД (Закарпатська, Івано-Франківська, Тернопільська, Чернівецька). З кожним роком епідемія поширюється на нові регіони, так, неблагополучними щодо ВІЛ-інфекції відзначаються області східної та центральної України (Запорізька, Луганська, Черкаська, Херсонська та Хмельницька, м. Севастополь).

Сучасна проблема поширення інфекції все ще переважно пов'язана із споживанням наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, у загальній масі інфікованих частка споживачів ін'єкційних наркотиків складає (Рис.2): 1997 рік - 84%; 2000 рік - 62%; 2005 рік - 44%; 2007 рік - 40%.



Рис.1. Динаміка розвитку епідемії з ВІЛ/СНІД в Україні

Абсолютне число

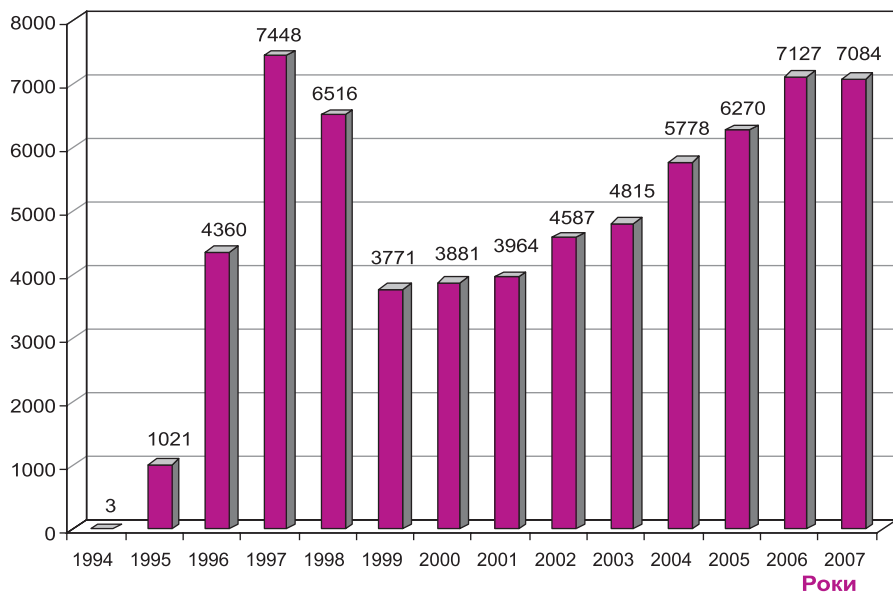


Рис. 2. Офіційно зареєстровані ВІЛ-інфіковані СІН

Дозорні дослідження, проведені у 2006 році серед уразливих груп ряду областей (Вінницька, Донецька, Луцька, Одеська, Миколаївська) та м. Києва, свідчать про збереження високого рівня (34-62%) інфікованості серед СІН. Збільшився відсоток інфікованих ВІЛ наркоспоживачів в м. Сумах і Харкові (з 11 до 18%). У цих же областях залишається високим рівень інфікованості серед жінок секс-бізнесу (4-31%).

Епідемічний процес ВІЛ/СНІДу розвивається хвилеподібно, перша хвиля епідемії (1995-1999 роки) охопила переважно СІН, друга розпочалась в 2001 році і продовжується до сьогодні, вона характеризується передачею ВІЛ від споживачів ін'єкційних наркотиків до їх сексуальних партнерів та благополучного щодо ризику інфікування населення, що призвело до збільшення статевого шляху передачі ВІЛ з 11% в 1996 р. до 36% в 2006 р.

Проведені в 2005 році соціо-епідеміологічні дослідження щодо ролі наркоспоживачів на сучасному етапі розвитку епідемії показали, що майже в 70% випадків вони стали джерелом інфекції для своїх сексуальних партнерів. Таким чином, СІН продовжують залишатись рушійною силою епідемії ВІЛ/СНІДу.

Отже, на сьогодні в Україні епідемія ВІЛ/СНІДу розвивається за рахунок поєднання парентерального та статевого шляхів передачі інфекції, що обумовлює її агресивну течію.

Найбільша кількість ВІЛ-позитивних осіб відноситься до вікової групи 20-39 років. Співвідношення нових випадків інфікування ВІЛ серед чоловіків і жінок у 2007 році збільшилось у бік жінок у порівнянні з 2006 роком - 56,2% чоловіків та 43,8% жінок. У 2006 році ця пропорція відповідно складала - 58,1% чоловіків та 41,9% жінок. Однак, питома вага ВІЛ-позитивних мешканців міст дещо зменшилася у порівнянні з 2006 р. - з 79,5% до 78,2%. Відповідно питома вага ВІЛ-інфікованих мешканців села збільшилася - з 20,5 % до 21,8% (Рис.3)

Активізація статевого шляху передачі ВІЛ призвела до зростання кількості ВІЛ-інфікованих жінок фертильного віку, в тому числі вагітних, тобто як і в усьому світі відзначається **фемінізація епідемії**, наслідком чого стало зростання кількості дітей, народжених ними: з 1,2 % у 1997 р. до 17,6 % у 2007 р від загальної маси ВІЛ-позитивних (Рис.4).

За час епідемії ВІЛ-позитивними вагітними народжено більше 17 тис. дітей.

Станом на 1.01.08, діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено майже у 1624 дитини, ще понад 5 412 дітей знаходяться на етапі визначення ВІЛ-інфекції до 18 міс. життя. У понад 5000 дітей діагноз ВІЛ-інфекції знятий.

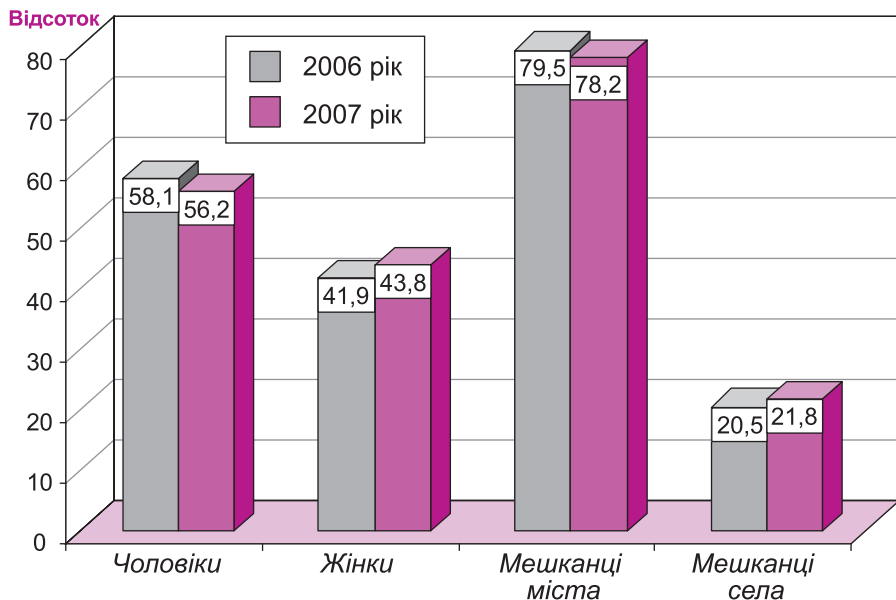


Рис.3. Розподіл ВІЛ-інфікованих громадян України, які офіційно зареєстровані, за статтю та місцем проживання

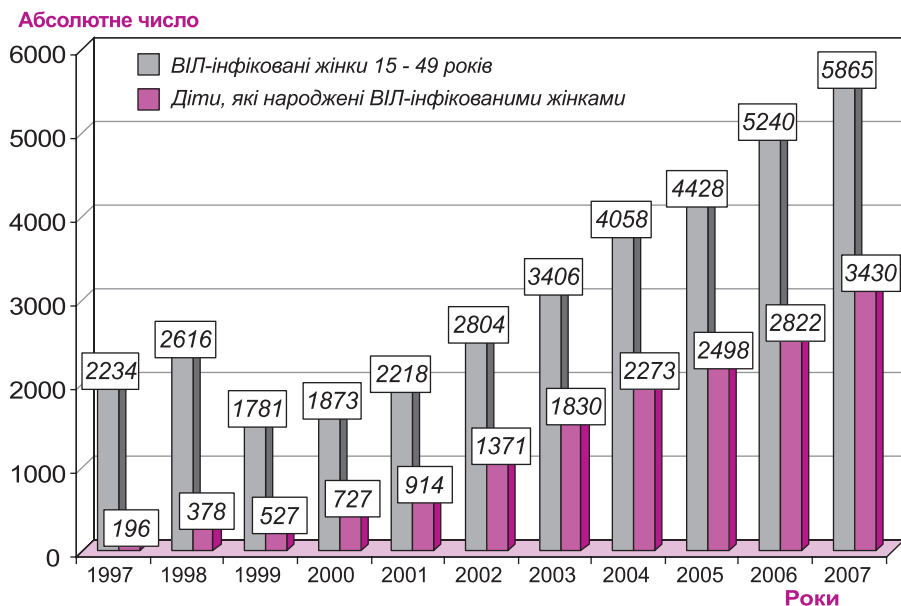


Рис.4. Динаміка кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку та дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими жінками, в Україні за період 1997 – 2007 рр.

Встановлено, що в Україні передача ВІЛ від матері до дитини за відсутності будь-яких профілактичних заходів відбувається у 27,5% випадків (станом до 2000 року). В 2001 році в Україні розпочалась програма профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, яка здійснювалась через впровадження наступних заходів:

- дворазове тестування всіх вагітних на ВІЛ в I та III триместрах вагітності;
- хіміопрофілактика зидовудином з 28 тижня вагітності та вірамуном у пологах;
- пологи з обмеженням акушерських втручань (амніотомії, епізіотомії, перинеотомії), а також пологорозрішення операцією кесарів розтин;
- виключення грудного вигодовування за згодою породіллі.

Реалізація цієї програми втричі (до 10%) зменшила число дітей з вродженою ВІЛ-інфекцією.

На сьогодні стратегія попередження перинатальної ВІЛ-інфекції в Україні є 4-х компонентною:

- первинна профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок;
- профілактика небажаних вагітностей серед ВІЛ-позитивних жінок;
- профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- лікування і підтримка ВІЛ-інфікованої жінки та її сім'ї.

У 2007 р. рівень вертикальної трансмісії ВІЛ становить 4,3% за результатами ранньої діагностики ВІЛ у новонароджених методом полімеразної ланцюгової реакції.

Найбільша кількість ВІЛ-інфікованих дітей проживає в Донецькій, Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській областях, м. Києві та АР Крим.

Про епідемічне неблагополуччя в країні свідчить також постійне зростання кількості ВІЛ-інфікованих серед потенційних донорів: так у 1998 р. серед них було виявлено 800 ВІЛ-позитивних, а у 2007 р. - вже 1138. За результатами лабораторних досліджень зразків крові в станціях переливання крові число ВІЛ-позитивних у 2007 році досягло 0,17% від всієї кількості випадків донорства. За цим показником Україна відноситься до найбільш неблагополучних країн Європи. За період 2001 - 2007 рр. зареєстровано 13 випадків передачі ВІЛ при переливанні компонентів крові (плазма і еритроцитарна маса) від донорів, які знаходилися на момент здачі крові в так званому сероконверсійному періоді.

Епідемія ВІЛ/СНІДу продовжується в країні вже 20 років, і останній час відзначається стрімким ростом захворюваності на СНІД,

який розвивається в середньому через 6-8 років після інфікування. За даними диспансерного спостереження, стадія СНІДу (IV клінічна стадія за класифікацією ВООЗ) зараз діагностується у хворих, які були інфіковані у 1997- 98 роках, більшість з них - це СНІи.

У 2007 році у порівнянні з 2006 роком кількість хворих на СНІД зменшилась в цілому по країні на 3,0%. До останнього року захворюваність на СНІД весь час зростала, а в 2007 році намітилась тенденція до зниження темпів зростання. Захворіли на СНІД 687 дітей, з них у 2007 році - 115; відповідно померли від СНІДу 2241 та 23 дітей. Захворюваність на СНІД зростає з 2,8 на 100 тис. населення (2002 р.) до 9,8 (2007 р.). Високі рівні захворюваності на СНІД відмічено в Дніпропетровській - 30,6, Донецькій - 29,0 областях, м. Севастополь - 28,7, Миколаївській - 17,6, Одеській - 10,5 та Черкаській областях - 10,3 на 100 тис. населення.

Отже, упродовж 2007 р. число офіційно зареєстрованих хворих на СНІД зменшилося у порівнянні з аналогічним періодом 2006 р. - з 3919 до 3743 відповідно. Також спостерігається зниження показника захворюваності на СНІД за 2007 р.- з 10,1 до 9,6 на 100 тисяч населення.

СНІД реєструється в усіх регіонах України. Найбільша кількість хворих проживає в областях з високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції, тобто в Донецькій, Одеській, Дніпропетровській, Миколаївській областях, АР Крим та м. Севастополі, де показник захворюваності вищий за середній по країні у 2-3 рази. Неприятлива ситуація із захворюваністю на СНІД відзначається також в Херсонській, Київській областях та м. Києві, де показники наближаються до середнього по країні. Найменша кількість хворих (від 44 до 50 випадків) зареєстрована в Закарпатській, Кіровоградській, Рівненській, Тернопільській та Чернігівській областях.

За даними диспансерного спостереження, основною причиною смерті 60 % хворих на СНІД є туберкульоз, що вказує на нову проблему - проблему СНІД-асоційованого туберкульозу. Майже 80% ВІЛ-інфікованих є носіями вірусу гепатиту С, що теж ускладнює перебіг ВІЛ-інфекції та впливає на прогноз хвороби. Серед опортуністичних інфекцій, які найчастіше вражають хворих на СНІД, вірусні інфекції (герпес, вірусні гепатити В і С), грибкові ураження (кандидози), пневмоцистна пневмонія, менінгоенцефаліти різної природи; ураження нервової системи (деменція) та пухлинні захворювання зустрічаються рідше.

Спостереження за ВІЛ-інфекцією/СНІДом впродовж 20-річної історії встановило, що в разі відсутності специфічної антиретровірусної терапії хвороба закінчується смертю хворого на СНІД. За період 1987-2007 рр. смертність від СНІДу в Україні мала тенденцію до зрос-

тання і досягла 5,4 на 100 тис. населення. Звертає на себе увагу той факт, що у 2004-2007 рр. відбулося невелике зниження темпів приросту показника смертності від СНІДу (+ 56% у 2003 р., + 41% у 2004 р., + 21% у 2005 р., + 11% у 2006 р., +3,8 % у 2007 р.).

За 2007 р. показник смертності від СНІД склав 5,4 на 100 тис. населення, і має відносно низький рівень приросту, що свідчить про позитивний вплив широкомасштабного впровадження антиретровірусної терапії в Україні.

Ріст захворюваності на СНІД та висока смертність від нього обґрунтували необхідність впровадження в країні антиретровірусної терапії (АРТ), вона була розпочата у 2000 році у клініці СНІДу Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України (клініка Лавра). На сьогодні в Україні антиретровірусну терапію отримує 7565 хворих, в тому числі 836 дітей.

Підсумовуючи все вище наведене, слід зазначити, що, незважаючи на великі зусилля держави, епідемічний процес все більше охоплює благополучне щодо ризику інфікування населення. Це відбувається внаслідок малого впливу профілактичних програм на ризиковану поведінку, передусім молоді, а отже темпи епідемії продовжують зростати.

Зростання темпів поширення ВІЛ-інфекції серед населення України ставить перед охороною здоров'я серйозні завдання щодо планування родини серед ВІЛ-позитивних осіб, зважаючи на те, що вони є переважно молодими людьми репродуктивного віку. З одного боку в Україні впроваджені вже сучасні технології, які можуть за умови прихильності до засобів профілактики та бажаності дитини в сім'ї, дати можливість народити ВІЛ-позитивною жінкою дитину без ВІЛ-інфекції. З іншого боку, планування сім'ї вкрай необхідне для ВІЛ-позитивних осіб з метою профілактики штучного переривання вагітності у випадку непланованої вагітності, як зменшення негативного впливу на стан здоров'я. Служба планування сім'ї повинна надати можливість у визначенні кількості дітей у ВІЛ-позитивних осіб в залежності від стадії хвороби. Ці та інші проблеми репродуктивного здоров'я необхідно вирішувати спільно із іншими зацікавленими службами з метою забезпечення якості життя ВІЛ-позитивних пацієнтів.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

ЗАГАЛЬНІ ПОНЯТТЯ

Розвиток будь-якого інфекційного захворювання пов'язаний з особливостями його збудника. Вірус імунodefіциту людини відноситься до родини ретровірусів, роду лентівірусів. Характерною властивістю лентівірусів є те, що вони спричиняють хронічні інфекції з довгим інкубаційним періодом, персистенцією збудника і ураженням різних систем організму, в тому числі ЦНС.

Відомо два схожих за своєю структурою різновиди вірусу - ВІЛ-1 (відкрито у 1983 р.) та ВІЛ-2 (у 1986 році). Перший призвів до пандемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, другий - до розвитку подібних до СНІДу вогнищевих захворювань в країнах Західної Африки, але перебіг їх більш легкий.

За своїми філогенетичними властивостями ВІЛ-2 стоїть ближче до вірусу імунodefіциту мавп, вважається, що у людей інфекція ВІЛ-2 з'явилась внаслідок зараження від тварин.

Вірус відноситься до РНК- вмісних, має сферичну форму і діаметр біля 100 нм. Зовні вірусна частинка вкрита подвійною ліпідною мембраною клітинного походження, в яку вбудовані 72 глікопротеїнові шпичаки, занурені в неї одним кінцем. На вільному кінці кожного шпичака розміщені 3-4 молекули поверхневого (gp 120) і 3 молекули трансмембранного (gp 41) глікопротеїду. Серцевинний компонент ВІЛ містить у собі генетичний матеріал у формі ексцентричної сфери чи трапеції, внутрішні білки та ферменти. Геном ВІЛ представлений однитчастостою РНК, складається з 9000 пар нуклеотидів, які включені у 9 генів, з них: env, pol та gag відповідають за репродукцію білків зовнішньої оболонки, ферментів (зворотня транскриптаза, протеаза, інтеграза) та деяких структур ядра. Ще шість генів (vif, vpr, vpr, tat, rev і nef) регулюють процеси життєвого циклу ВІЛ, визначають його інфекційність та формування віріону.

Унікальність вірусу полягає в наявності в його складі ферменту зворотної транскриптази, яка відіграє провідну роль у життєвому циклі ВІЛ, оскільки забезпечує зворотний хід зчитування генетичної інформації з утворенням провірусної ДНК на матриці РНК.

Цикл реплікації ВІЛ починається з проникнення в клітину, яка містить на своїй поверхні мономірний глікопротеїд - рецептор CD4 масою в 58 кДа. Він знаходиться на поверхні близько 60% Т-лімфоцитів, а також на моноцитах, макрофагах, еозинофілах, дендритних клітинах і клітинах мікроглії ЦНС. Ділянки клітинної мембрани, що містять рецептори CD4, зв'язують gp120 віріону, і цей процес є ключовим у проникненні вірусу в клітину. Відбувається злиття мембрани вірусу і клітини, після чого серцевина ВІЛ проходить в цитоплазму; ак-

тивізація зворотної транскриптази каталізує синтез ДНК на матриці РНК. Утворюється подвійний ланцюжок ДНК, яка має властивість вбудовуватись в геном клітини хазяїна за участю ферменту інтегрази, і надалі стає основою для реплікації ВІЛ.

Здатність провірусної ДНК зберігатись в інтегрованій формі призводить до персистенції збудника в довго живучих лімфоцитах в стані спокою, які стають резервуаром інфекції.

Процес реплікації - це утворення нових дочірніх вірусних геномів, який закінчується синтезом вірусних білків, формуванням і складанням віріонів та їх виходом з клітини шляхом брунькування. Повний цикл реплікації триває 1-2 доби і завершується утворенням до 1 млрд. часточок.

Реплікації лентівірусів властиві помилки, наслідком чого є утворення частинок з високою частотою спонтанних мутацій: частина з них може призвести до втрати вірусу здатності до реплікації, накопичення інших - до розвитку стійкості до антиретровірусних препаратів.

Висока швидкість реплікації вірусу та велика частота мутацій обумовлює появу штамів з новими властивостями, які визначають як субтипи ВІЛ-1 і є наслідком варіабельності гена env. Вони розділені на дві групи: М, до якої входять субтипи, позначені латинськими літерами від А до Н, та О, що набула локального поширення в країнах Західної Африки.

Визначення субтипів має поки що епідеміологічне значення і дозволяє простежити циркуляцію окремих субтипів у географічних зонах та серед груп ризику.

Джерелом інфекції ВІЛ є інфікована особа на всіх стадіях хвороби - безсимптомного носійства та розгорнутих клінічних проявів хвороби. Збудник знаходиться в крові, спермі, виділеннях статевих органів, грудному молоці; в інших рідинах організму - слюзах, слині, сечі, фекаліях - кількість вірусу настільки мала, що її недостатньо для інфікування.

Встановлено три основні шляхи інфікування ВІЛ, а саме:

- **парентеральний** (найчастіше через забруднені шприці, голки та інфікований розчин наркотику серед споживачів ін'єкційних наркотиків, при медичних втручаннях з нестерильним інструментарієм, переливанні інфікованої крові чи її продуктів);
- **статевий** (гомо- та гетеросексуальні контакти);
- **від ВІЛ-позитивної матері до дитини** (інфікування відбувається внутрішньоутробно, під час пологів та при вигодовуванні грудним молоком).

Провідним механізмом в розвитку інфекції є ураження ВІЛ імунокомпетентних клітин і захисна відповідь організму на цю дію.

Мішенню для вірусу стають CD4-лімфоцити, які відіграють центральну роль в імунній відповіді і захисті людини від бактерій, вірусів, простіших, пухлин. Інфіковані ВІЛ CD4-лімфоцити не в змозі активізувати В-лімфоцити, які в умовах розвитку інфекції перестають продукувати специфічні захисні антитіла. Розвивається імунний дисбаланс, який сприяє розвитку опортуністичних інфекцій, злоякісних пухлин і інших патологічних станів.

Проникнення вірусу в організм призводить до швидкого розмноження вірусних часток протягом перших днів після інфікування, його кількість в крові досягає високого рівня і розповсюджується по лімфатичній системі. Продукція вірусу триває короткий час, після чого уповільнюється і тримається на низькому рівні. Це період безсимптомного носійства ВІЛ, який продовжується досить довго і причини його до кінця не з'ясовані. Основним резервуаром вірусу є фолікулярні дендритні клітини лімфовузлів, де ВІЛ проявляє свою руйнівну дію. Поступово відбувається накопичення вірусу в крові, що призводить до прогресії хвороби і супроводжується клінічною маніфестацією хвороби.

Внаслідок прямої цитопатичної дії ВІЛ та опосередкованого ураження ним клітин крові, нервової, серцево-судинної, ендокринної та інших систем організму розвивається різноманітна клінічна симптоматика та поліорганність проявів хвороби. Як вважають деякі клініцисти, головною особливістю ВІЛ-інфекції є зменшення кількості клітин, що несуть рецептори CD4. Динаміка розвитку дефіциту CD4-лімфоцитів корелює з рівнем вірусного навантаження (кількістю вірусних частинок в крові) та прогресуванням захворювання.

Здатність імунної системи людини впродовж тривалого проміжку часу чинити опір ВІЛ обумовлює можливість носійства вірусу довгі роки і, таким чином, підтримувати існування джерела інфекції.

Інкубаційний період ВІЛ-інфекції триває 2-3 тижні, досить рідко довше, до 3-8 міс. Після цього у 30-50% інфікованих осіб розвиваються симптоми гострої ВІЛ-інфекції, які включають лихоманку, лімфаденопатію, висипку на шкірі, міалгію тощо. Частіше симптоми гострої ВІЛ-інфекції не діагностуються, у деяких хворих ця стадія хвороби перебігає непомітно. Через 1-3 міс. після інфікування в крові з'являються антитіла.

Гостра ВІЛ-інфекція як правило переходить в безсимптомну стадію, яка продовжується 8-10 і більше років, коли людина почуває себе здоровою. У частини хворих гостра ВІЛ-інфекція переходить в стадію персистуючої генералізованої лімфаденопатії, яка характеризується тривалим збільшенням лімфовузлів різних груп. Стадія може тривати роками, проте кількість лімоцитів поступово зменшується, приблизно на 50-70 клітин в 1 куб. мм крові на рік.

Після цих стадій на фоні зростаючої імуносупресії розвиваються різні, так звані опортуністичні інфекції бактеріальної, вірусної, грибкової етіології, які періодично рецидивують. Поступово зміни в організмі набирають затяжний характер, хвороба прогресує, розвивається СНІД. Провідним критерієм у визначенні стадії хвороби вважається кількість CD4-лімфоцитів, зменшення їх рівня до 350 клітин в 1 куб. мм крові свідчить про глибоку імунодепресію.

ДІАГНОСТИКА

У даний час існує декілька методичних підходів до проведення скринінгових обстежень на ВІЛ-інфекцію. Під скринінгом мається на увазі методологічний підхід, який використовується для обстеження населення або окремих його контингентів з метою виявлення певного захворювання, рівня його поширеності і чинників, які сприяють виникненню і розвитку епідемічного процесу.

Скринінгові дослідження носять багатоетапний характер. Вони можуть бути направлені не тільки на виявлення захворювання, але й на більш поглиблене обстеження з метою уточнення діагнозу та ухвалення рішення про необхідне медичне втручання.

З існуючих методів діагностики ВІЛ-інфекції, практичним лікарям необхідно чітко розрізняти поняття "**тестування на ВІЛ**" та "**діагностика ВІЛ-інфекції**".

Тестування на ВІЛ має на увазі з'ясування факту інфікування особи через виявлення антитіл до ВІЛ і проводиться з метою:

- забезпечення безпеки трансфузії/трансплантації. Зразки крові всіх кроводач, органів, клітин, тканин і т. ін. підлягають тестуванню на ВІЛ;
- зменшення рівня передачі ВІЛ від інфікованої матері до дитини. Тестування вагітних жінок відповідно до нормативних документів, затверджених в Україні, проводиться двічі в I і III триместрах вагітності. Це дозволяє вчасно проводити профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини;
- лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Добровільне тестування осіб без клінічних проявів захворювання та осіб з клінічними ознаками або симптомами, що може свідчити про наявність ВІЛ-інфекції;
- здійснення епіднагляду за ВІЛ-інфекцією. Анонімне незв'язане тестування сироваток крові з метою моніторингу поширення ВІЛ та динаміки змін цього показника в окремих цільових групах;
- виявлення ВІЛ-позитивних осіб з уразливих груп населення, які мають ризик інфікування ВІЛ.

Діагностика ВІЛ-інфекції розподіляється на: клінічне обстеження особи і тестування на ВІЛ.

Сучасна лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції базується, перш за все, на методах індикації вірусу, його антигенів, генетичного матеріалу, інших компонентів вірусу та на виявленні противірусних антитіл.

Загалом є дві групи лабораторних методів обстеження: **тести, які базуються на виявленні антитіл до вірусу** (серологічні методи)

та **тести, основані на виявленні часточок самого вірусу** (окремих його білків, молекул його РНК чи ДНК).

В загальному переліку лабораторних досліджень, які забезпечують виявлення ВІЛ-інфекції, переважна роль, безперечно, належить методам серологічної діагностики, спрямованим на визначення антитіл до ВІЛ за допомогою діагностичних тест-систем - спеціальних наборів реактивів для виявлення маркерів інфекції.

За своїм призначенням вони розподіляються на скринінгові та підтверджуючі. На сьогодні в світі більше 40 фірм випускає понад 100 найменувань скринінгових тест-систем.

1) Тести, які базуються на виявленні антитіл до вірусу (серологічні методи). До цієї групи тестів належать: імуноферментний аналіз (ІФА, англійською ELISA- Enzyme Linked Immunosorbent Assay) і швидкі тести - скринінговий метод, що виявляє усі наявні антитіла до ВІЛ. Саме цей різновид тестів використовують для обстеження населення (йдеться про добровільне тестування, обстеження донорів крові чи тестування за клінічними показниками).

До цієї групи також належить імунний блотинг, або імуноблотинг. Якщо метод ІФА загалом сигналізує про наявність антитіл до ВІЛ, то цей метод дає інформацію, до яких саме структур організм обстежуваного виробив антитіла (антитіла до оболонки вірусу, до структур, що містяться усередині оболонки, мають різну будову). У разі, якщо імуноблотинг вказує на наявність антитіл одразу до кількох білків вірусу, то це підтверджує факт інфікування організму. Результат цього тесту вважають позитивним, якщо виявлено антитіла не менш, ніж до трьох вірусних білків.

В якості основних методичних лабораторних прийомів застосовують імуноферментний аналіз (ІФА) та імуноблот (ІБ). За своїми діагностичними характеристиками та інформативністю ІФА та ІБ мають найбільш високі показники.

2) Тести, які базуються на виявленні часточок самого вірусу (окремих його білків, молекул його РНК чи ДНК). До цієї групи належить полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР, у російських джерелах - ПЦР, в англійських - PCR) та виявлення одного з білків, який входить до складу вірусу - р24 (антигену "пі 24").

Імуноферментний аналіз

Найбільш поширеним способом первинної серодіагностики ВІЛ-інфекції - є визначення сумарних антитіл до ВІЛ за допомогою скринінгових тестів - **імуноферментного аналізу (ІФА)**.

Матеріалом для серологічних досліджень можуть бути сироватка (плазма) крові, слина, слізна рідина, спинномозкова рідина,

сеча, секрети статевих органів, тобто усі біологічні рідини організму, в яких може знаходитися ВІЛ, але найбільш придатним матеріалом для лабораторного дослідження є сироватка або плазма крові.

Більшість імуноферментних тест-систем для виявлення антитіл до ВІЛ побудовані за принципом класичного твердофазного непрямого імуноферментного аналізу. Імуноферментні тест-системи можуть бути також побудовані за принципом конкурентного ІФА: на твердій фазі іммобілізують антитіла, а потім сконцентрований і очищений антиген. Але такі системи поступаються за чутливістю тест-системам, побудованим за класичним принципом ІФА.

Значним успіхом в розробці тест-систем на основі ІФА було створення тест-систем четвертого покоління, призначених для одночасного виявлення антитіл до ВІЛ і антигену р24 ВІЛ-1, так званих комбінованих тестів. За даними фірм-виробників, вони дають змогу виявляти маркери інфікування ВІЛ на 4-8 днів раніше, ніж при використанні наборів третього покоління. ІФА - тести четвертого покоління скорочують період "серологічного вікна" в середньому на 2 тижні. Чутливість діагностичних тест-систем четвертого покоління становить 99,6%.

Даний вид діагностики має достатньо високу чутливість, проте специфічність не у 100% через можливість отримання хибнопозитивних чи хибнонегативних результатів.

Для максимального виявлення випадків інфікування при проведенні лабораторних досліджень необхідно вирішити питання про вибір тест-систем. За сучасними уявленнями, для оцінки якості та придатності тест-систем використовують наукові, медичні та економічні критерії. Наукові критерії вибору методу включають визначення показників чутливості, специфічності та відтворюваності результатів тест-систем.

Чутливість (%) - показник, який характеризує здатність тест-системи виявляти максимальну кількість дійсно позитивних сироваток, відображає кількість інфікованих осіб, які можуть бути виявлені при використанні даної тест-системи.

Специфічність (%) - спроможність тест-системи визначати лише той компонент, для визначення якого вона призначена, тобто показник, який характеризує можливість діагностичному реєструвати мінімальну кількість хибнопозитивних сироваток.

Взаємозв'язок між чутливістю та специфічністю є таким, що покращання одного показника супроводжується погіршенням іншого.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, показники чутливості та специфічності діагностичних препаратів повинні задовольняти мінімальним вимогам - не менше 99,8 і 95,5%, відповідно. В залежності від мети тестування, можна використовувати або більш чутливі, або більш специфічні тест-системи.

Діагностика ВІЛ-інфекції побудована на етапності та послідовності в проведенні ІФА: перша тест-система повинна мати найбільш високу чутливість (для максимального виключення хибнонегативних результатів аналізу), а наступні - більш високу специфічність, ніж перша (для зменшення хибнопозитивних результатів досліджень).

При визначенні на стандартних охарактеризованих панелях показники чутливості та специфічності тест-систем можуть наближатися або дорівнювати 100%, що в умовах практичної лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції неможливо досягти. Не існує діагностикуму, який би гарантував 100% чутливість та специфічність дослідження. Так, згідно з даними світової літератури, ризик не виявити сироватку ВІЛ-позитивної людини складає 1 на 493000 досліджень крові донорів. Однією з причин хибнонегативних результатів може бути наявність "серологічного вікна". У залежності від спроможності діагностикумів виявляти антитіла до ВІЛ в певний термін після інфікування, тест-системи розподіляються на декілька генерацій, про що вже зазначалось вище.

Наявність хибнонегативних та хибнопозитивних результатів можлива через те, що в інфікованому організмі на різних стадіях хвороби продукуються і персистують антитіла до різних структурних та регуляторних білкових компонентів ВІЛ. За дуже низької концентрації антитіл тест ІФА дасть хибнонегативний результат. Це трапляється на двох етапах розвитку ВІЛ - інфекції:

- 1) на самому її початку, коли організм щойно зіткнувся з вірусом і ще не встиг синтезувати достатню кількість антитіл;
- 2) та у кінцевій (термінальній стадії), коли організм вже виснажений хворобою і не може підтримувати концентрацію антитіл на попередньому рівні.

Розглянемо детальніше перший з цих етапів (дивіться: Рис. 5 нижче).

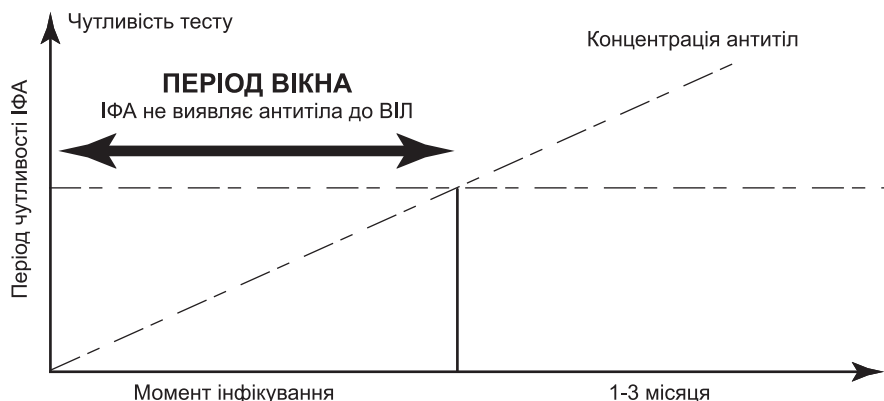


Рис. 5. Період вікна

З моменту інфікування ВІЛ минає певний час до того, як імунною системою людини буде синтезовано достатньо антитіл, аби тест ІФА відреагував на них. Цей проміжок часу називають "період вікна" (повна назва: "період сероконверсійного вікна", його ще називають серонегативним, латентним, інфекційним, діагностичним вікном), коли антитіл до ВІЛ в сироватці крові немає або ж кількість їх настільки незначна, що вони не виявляються тест-системами для визначення антитіл. Період "серологічного вікна" передусе появи антитіл в крові інфікованої особи. Як правило, першими з'являються імуноглобуліни класу М (IgM) до білків, які циркулюють протягом віремії. Через 5-7 днів після появи IgM-антитіл починають синтезуватися антитіла класу IgG до p24 та gp120.

При аналізі випадків інфікування ВІЛ з точно встановленою датою зараження (наприклад, внаслідок переливання інфікованої крові) було показано, що сероконверсія може відбуватися через 3-12 тижнів. Повідомлення про тривалий серонегативний період у ВІЛ-інфікованих осіб не підтверджуються даними літератури останніх років.

Отже, якщо протестувати методом ІФА особу одразу після інфікування, то результат тесту буде негативним, хоча у її організмі вірус активно розмножуватиметься і матиме високу концентрацію (достатню для інфікування інших).

Хибногенативні результати в ІФА, як правило, можуть бути отримані, коли досліджується (тестується) кров людини, яка знаходиться в періоді "серологічного вікна" (див. вище) і антитіл до ВІЛ ще практично немає. В групах з невисоким ризиком інфікування на ВІЛ хибнонегативні результати в ІФА можуть зустрічатися в 0,001% випадків.

При застосуванні методу ІФА є доволі незначний ризик отримання хибно позитивного результату (ймовірність менше 1 %).

Причинами хибнопозитивних реакцій в ІФА можуть бути:

- наявність у пацієнтів певних перехресно реагуючих лейкоцитарних антигенів;
- наявність аутореактивних антитіл;
- наявність антитіл до ревматоїдного фактору;
- антитіла до вірусу Епштейна-Барр;
- ін'єкції препаратів імуноглобуліну (транзиторна сероконверсія);
- вакцинація проти будь-якого вірусного захворювання (грип, гепатит В тощо);
- наявність новоутворення (пухлини) в організмі обстежуваного;
- імунодефіцити іншого походження (не ВІЛ-інфекція).

Проте, окрім біологічних чинників, причиною отримання хибних результатів при тестуванні на ВІЛ можуть бути дослідження, що проводяться в популяціях людей з низьким рівнем поширення ВІЛ-інфекції. В такому випадку, кількість хибнопозитивних результатів іноді може навіть перевищувати кількість дійсно позитивних результатів. Кількість хибнопозитивних результатів достовірно також значно вища в популяціях з низьким рівнем ризику інфікування ВІЛ, порівняно з групами високого ризику зараження.

Таким чином, ІФА як сучасний метод лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції характеризується певними показниками і має цілу низку переваг та недоліків, які обов'язково треба враховувати лікарю, особливо коли він проводить передтестове та післятестове консультування, бо саме питання діагностики, надійності її результатів найбільше цікавлять пацієнта.

Головними серед недоліків ІФА є можливість отримання хибно позитивного результату та необхідність проведення додаткових верифікаційних (підтверджуючих) досліджень.

Серед інших обмежень цього методу варто відзначити те, що отриманий позитивний результат тесту ІФА не дає змоги одразу поставити діагноз "ВІЛ-інфекція". Він обов'язково перевіряється ще на кількох тест-системах ІФА. Навіть після цього позитивний результат потребує обов'язкового підтвердження іншим методом (для досягнення ще більшої точності).

"Золотим" стандартом підтвердження специфічності отриманого позитивного результату тестування на ВІЛ методом ІФА на сьогодні залишається імунний блотинг (імуноблот - ІБ, Western Blot - WB), заснований на комбінації електрофорезу в гелі та реакції антиген-антитіло.

Обстеження за допомогою експрес-тестів

Проведення досліджень на антитіла до ВІЛ за допомогою ІФА та ІБ передбачає наявність добре оснащених діагностичних лабораторій, укомплектованих всім необхідним обладнанням - лабораторій з діагностики ВІЛ-інфекції. Але досить часто проведення таких досліджень ускладнене або неможливе, особливо в невеликих периферійних лікарнях або лабораторіях. В цих випадках для термінового обстеження вагітних, невеликої кількості пацієнтів та пацієнтів передусім в невідкладних випадках, а також для приватних осіб з метою визначення стану інфікованості на ВІЛ доцільно використовувати так звані швидкі/прості тести. Їх ще дуже часто називають "тест у кишені", "лабораторія у кишені", "тест на місці", "тест біля ліжка хворого", "спрощений експрес-тест".

Швидкі тести доцільно використовувати в ургентних ситуаціях для термінового обстеження донорської крові, а також для обстеження за добровільною згодою вагітних безпосередньо у пологових будинках, ВІЛ-статус яких до цього не було визначено.

Швидкі тести для виявлення антитіл до ВІЛ - це діагностичні набори (тест-системи), застосування яких дозволяє отримати результат протягом кількох хвилин без використання спеціального обладнання для проведення імуноферментного аналізу. Мінімальні вимоги до обладнання і технічно проста процедура їх виконання та інтерпретації результатів дослідження сприяють їх широкому впровадженню. Більшість швидких/простих тестів випускаються повністю готовими до застосування, мають внутрішній контроль за процедурою виконання, який підтверджує якісне проведення тестування, що всі компоненти та реагенти тесту спрацювали правильно і що відповідно правильно було внесено матеріал для дослідження.

Матеріалом для дослідження є зразки цільної крові, сироватки або плазми крові. Розроблені та застосовуються також тест-системи для визначення антитіл до ВІЛ в зразках слини та сечі.

Поширення експрес-методів діагностики антитіл до ВІЛ як в розвинених, так і в країнах, що розвиваються, пов'язано з чотирма обставинами:

- по-перше, антиретровірусна терапія зменшує передачу ВІЛ у групах професійного ризику у разі черезшкірного проникнення вірусу і знижує його вертикальне поширення при застосуванні під час або безпосередньо після пологів. Можливість негайного отримання результатів обстеження на наявність ВІЛ сприяє раціональному застосуванню відповідних заходів профілактики;
- по-друге, певна кількість осіб, які пройшли обстеження на ВІЛ, включаючи ВІЛ-позитивних осіб, не повертаються за результатами своїх тестів. Застосування експрес методів істотно збільшує кількість осіб, що знають результати своїх тестів;
- по-третє, пацієнт, направлений на консультування має можливість отримати результати під час першого ж візиту;
- і, нарешті, застосування методів експрес-діагностики як компоненту профілактичної стратегії, спрямованої на підвищення обізнаності людей про власний ВІЛ-статус і статус свого партнера, може істотно обмежити статевий шлях поширення ВІЛ.

Розповсюдженню таких тестів сприяли також мінімальні вимоги до устаткування і легка інтерпретація результатів. Крім того, вони дозволяють здійснювати тестування на ВІЛ у короткі терміни з отриманням результатів тесту того ж дня. Швидкі тести можуть показати результати всього за п'ять хвилин, а максимальна кількість часу, який

необхідний для отримання результатів, складає 30 хвилин. Більшість з них займає 15 хвилин від моменту додавання зразка. Багато швидких тестів дозволяють збільшити час читання результатів (наприклад, 15-60 хвилин) після того, як був доданий останній реагент. Це робить їх гнучкими у використанні, до того ж стабільність результатів впродовж довшого проміжку часу дозволяє підтвердити результати дослідження в реальному часі іншими особами персоналу.

Конфігурації деяких швидких тестів такі, що дозволяють диференціацію різних ретровірусних інфекцій в один час. Наприклад, в деяких тестах є окремий антиген "крапка" або "лінія", який дозволяє визначити інфекцію ВІЛ-1 і ВІЛ-2 або навіть третій окремий антиген для специфічної ідентифікації варіантів, таких як група О ВІЛ-1.

Чутливість більшості швидких тестів складає 99%, специфічність 98%.

Недоліком у застосуванні всіх швидких/простих тестів є відсутність документального підтвердження результатів реакції.

При виборі тестів для швидкого визначення антитіл до ВІЛ необхідно враховувати ряд чинників, а саме:

- властивості швидкого тесту, тобто здатність диференційовано виявляти антитіла до ВІЛ-1, ВІЛ-2, групу О ВІЛ-1, сумарні антитіла;
- діагностичні характеристики тесту;
- найпростіший алгоритм проведення аналізу;
- час проведення дослідження і термін придатності швидкого тесту;
- вартість швидкого тесту;
- рівень підготовки фахівців, які будуть проводити дослідження;
- можливість подальшої верифікації результатів первинного тестування в лабораторії, яка здійснює підтверджувальні дослідження.

Види експрес-тестів

Сучасні швидкі тести умовно поділяють на дві групи, відповідно до того, яким чином проводять аналіз. До першої групи ("dot blot" або "flow through"-тести) відносять діагностичні набори, при застосуванні яких досліджуваний біологічний субстрат наносять на поверхню твердої фази, кінцевий результат отримують у вигляді забарвленої плями або смуги. До другої групи ("lateral flow"-тести) належать діагностичні набори, в яких мембрану (наприклад, пластиковий "гребінець" або нітроцелюлозні смужки) з нанесеними антигенами занурюють в досліджуваний зразок, який потім дифундує по мембрані. Більшість швидких тестів дозволяє диференційовано виявляти антитіла до ВІЛ-1 та ВІЛ-2. В самих тестах передбачено утворення контрольної плям-

ки або смуги (так звана зона тесту Т), яка дозволяє перевірити коректність проведеного аналізу.

Існує ще й інший розподіл на групи серед швидких/простих тестів на ВІЛ, це:

- дот-блот або проточний тест;
- агглютинаційні швидкі тести;
- імуно - хроматографічні тести.

У трьох найбільш поширених методах використовуються мембранні пристрої для концентрації імунного матеріалу (проточні), агглютинація частинок або імуно-хроматографічні смужки (латеральної дифузії).

Дот-блот або проточний тест. Швидкі тести на ВІЛ, які включають "крапкові" антигени на щільній підтримуючій основі, зазвичай мають таку конфігурацію, що зразок і реагенти проходять через мембрану до абсорбуючої планшети поки на мембрані проходить реакція, називаються "дот-блот" або тести "проточного типу". Тести дот-блот були розроблені одними з перших швидких тестів на ВІЛ. Багато з них дають можливість оцінити результати протягом 5 або 10 хвилин, деякі навіть за 3 хвилини. Вони легкі у застосуванні, але вимагають виконання численних функцій, у порівнянні з новішими з бічною течією або тих, в яких виконується тільки один крок. У звичайному тесті дот-блот антигени пасивно блотуються (адсорбуються) на допоміжні мембрани, зазвичай за рахунок гідрофобної взаємодії, і часто розміщуються у формі невеликого круга (дот) або лінії. Більшість тестів дот-блот можуть зберігатися при кімнатній температурі (25°C) протягом щонайменше 6 місяців, кожен тест окремо запакований в наборі.

Процедура тестування починається з додавання буферної суміші, яка зволожує міцну підтримуючу мембрану, потім додається одна або дві краплі сироватки або плазми (у деяких тестах можна використовувати кров, отриману з вени або пальця). Після цього, ще додається буферна суміш, а потім кон'югат (і субстрат, якщо кон'югат - фермент).

Тести дот-блот проходять при подальших діях: додаванні декількох реагентів або з тимчасовими проміжками (1-2 хвилини) між двома реагентами, або просто після того, як кожен реагент буде абсорбований через мембрану. Ця вимога вважається недоліком для деяких користувачів, через те що очікування абсорбції утруднює проведення декількох тестів одночасно. Оскільки реакції або основний колір можуть змінюватися з часом, важливо читати результати з певним часовим інтервалом. У своїй більшості тести дот-блот містять внутрішню контрольну крапку, яка вказує на те, що тест проходить правильно, всі реагенти хороші, і всі компоненти були додані. Ця кон-

трольна крапка, зазвичай анти-людський імуноглобулін, створений так, щоб приєднувати будь-який людський імуноглобулін. Головною метою дослідження є доказ того, що зразок був доданий, оскільки у всіх зразків є людський імуноглобулін.

Аглютинуючі швидкі тести. Методи, засновані на аглютинації частинок, вимагають для постановки реакції від 10 до 60 хвилин або дещо більше і проводяться з плазмою або сироваткою крові. При змішуванні проби пацієнта, що містить антитіла до ВІЛ, з частинками латексу, покритими антигенами до ВІЛ, відбувається поперечне зшивання і настає аглютинація. Реакція читається візуально у вікні як аглютинація протягом 10 хвилин, тоді як у разі негативного результату з'являється м'яке молочно-біле забарвлення. У деяких пристроях передбачено посилення візуальних проявів аглютинації за рахунок застосування маленьких трубчастих прозорих касет. Проходження змішаної проби з частинками через звужену частину трубки підсилює аглютинацію і робить її помітнішою. Для деяких методик у зв'язку з труднощами виявлення слабо вираженої аглютинації були розроблені зчитуючі пристрої, які допомагають зменшити неточність суб'єктивної оцінки результатів.

Імуно - хроматографічні смужки є пізнішою розробкою і в принципі вимагають тільки одного етапу для проведення тесту, оскільки нітроцелюлозна смужка вже містить і антитіло, і сигнальний реагент. Біологічна проба наноситься на смужку і, змішуючись з сигнальним реагентом, мігрує по її довжині. Проба проходить через мембрану і адсорбується. Після прояву на мембрані утворюється помітна пляма або лінія. Деякі методи здатні диференціювати ВІЛ-1 від ВІЛ-2 завдяки розміщенню відповідних антигенів на різних ділянках мембрани. Позитивна реакція виявляється у вигляді лінії, що виникає в тому місці, де на мембрані був нанесений антиген до ВІЛ. У ряді таких методів передбачено використання різних антигенів, нанесених на різні ділянки смужок, що дозволяє диференціювати антитіла ВІЛ-1 групи М, ВІЛ-1 групи О і ВІЛ-2. Окрім лінії, що містить антигени до ВІЛ, смужки зазвичай мають контрольну лінію.

Більшість методів латеральної дифузії не вимагають ніяких додаткових пристосувань і не потребують зберігання в холодильнику. Результати тесту готові протягом 15 хвилин. Результат після 20 хвилин не приймають до уваги. Багато смужок можуть працювати з цілісною кров'ю, сироваткою або плазмою, деякі працюють з кров'ю, отриманою з пальця, слиною.

Результат. Наявність видимих чітких ліній в зоні тесту і в контрольній зоні означає позитивну реакцію на ВІЛ. Поява тільки конт-

рольної лінії свідчить про негативну пробу. Відсутність контрольної лінії указує на недійсність тесту, аналіз необхідно повторити з новою тест-системою.

Слід зазначити, що хоча застосування швидких тестів не потребує спеціального обладнання для проведення аналізу, вартість одного дослідження, як правило, вища, ніж при використанні традиційного ІФА. Крім того, отримані результати тестування оцінюють візуально, тобто має місце їх суб'єктивна інтерпретація, при цьому не залишається документально підтвердженого результату аналізу. Враховуючи це, при використанні швидких тестів надзвичайно важливо переконатися у високому рівні професійної підготовки персоналу, який здійснює дослідження.

Для проведення досліджень використовуються лише зареєстровані в Україні швидкі тести. Під час тестування рекомендовано дотримуватись певних застережень, зазначених у відповідних нормативних актах МОЗ України.

Досліджуваний зразок, який був обстежений за допомогою швидкого тесту, незалежно від отриманого результату потребує верифікації дослідження методом ІФА або іншим методом.

Результат дослідження згідно з інструкцією по застосуванню швидкого тесту реєструють у формі №498/о "Журнал протоколів проведення лабораторної діагностики інфекційних хвороб за допомогою швидких тестів", який має знаходитись у лабораторії або відділенні ЗОЗ за місцем проведення дослідження.

При отриманні позитивного або сумнівного результату дослідження зразків швидкими тестами подальші дії мають відповідати відповідним наказам МОЗ України.

Таким чином, прості/швидкі тести призначені для дослідження як окремих поодиноких зразків крові (сироватки, плазми, інших біоматеріалів) на ВІЛ, так і для одночасного дослідження будь-якої кількості зразків. Більшість простих тестів не вимагають спеціальних умов зберігання. Їх можна тримати в лабораторії при кімнатній температурі і вони добре переносять температуру від 2 до 30°C. За дуже короткий проміжок часу без застосування спеціальних приладів та апаратури можна отримати надійні, точні та високоякісні результати, які практично не поступаються традиційному ІФА. Незважаючи на те, що технології виготовлення простих/швидких тестів весь час удосконалюються, з'являються нові конформації наборів, вони стають все більш чутливими та специфічними, мають високу відтворюваність результатів, треба пам'ятати про можливість хибнонегативних і хибно-позитивних результатів і необхідність верифікації тесту.

Підтверджувальні дослідження

Відповідно до рекомендацій UNAIDS та BOOЗ використовується наступна тактика підтверджувальних досліджень, що дозволяє максимально підвищити точність і достовірність результатів та знизити вартість проведення тестування.

Зразки сироватки (плазми) тестують послідовно з використанням 3-х ІФА тест-систем різного принципу дії або з використанням 3-х швидких/простих тестів за умови, що третя тест-система має найвищий показник специфічності серед трьох тестів, що використовується для проведення підтверджувальних досліджень.

Результат підтверджувальних досліджень надається у формі затвердженої МОЗ України довідки, де вказано:

- **позитивний результат** - підтверджується наявність антитіл до ВІЛ у досліджуваному зразку сироватки;
- **негативний результат** - зразки сироваток не містять антитіл до ВІЛ $1/2$.

При отриманні **невизначеного (сумнівного) результату** рекомендовано провести повторне обстеження пацієнта через 2 тижні.

У разі отримання позитивного результату зі зразком сироватки, досліджених на "комбінованій" ІФА - тест-системі (одночасне визначення антитіл до ВІЛ $1/2$ та антигену р24 ВІЛ-1), здійснюють додаткове дослідження з використанням ІФА -тест-системи для визначення антигену р24 ВІЛ-1.

Стратегія та тактика проведення підтверджувальних досліджень для діагностичних лабораторій в Україні визначається Референс-лабораторією діагностики ВІЛ-інфекції Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України кожного року. Зміна стратегії та тактики підтверджувальних досліджень залежить від спектру тестів, зареєстрованих в Україні, зміни рівня поширеності ВІЛ в окремих групах населення, впровадження нових методів діагностики ВІЛ.

Референс-лабораторія щорічно визначає перелік рекомендованих для проведення підтверджувальних досліджень тест-систем, порядок їх застосування і критерії позитивності та інформує регіональні центри профілактики та боротьби зі СНІДом.

Зразки сироваток, що надійшли в лабораторію для проведення підтверджувальних досліджень і при тестуванні мають позитивний результат, забанковують та зберігають протягом 1 року в морозильній камері при мініус 20°C.

Метод імуноблотингу

На даний час імунний блотинг є основним методом для підтвердження наявності віруссpezifічних антитіл в досліджуваній сироватці та фактично кінцевим методом верифікації серологічних досліджень, який дозволяє зробити остаточний висновок про ВІЛ-позитивний чи ВІЛ-негативний статус пацієнта.

Дослідження методом імунного блоту проводять в наступних випадках:

- при обстеженні дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у віці 18 місяців (за наявності попередніх позитивних результатів ІФА);
- при обстеженні вагітних жінок при взятті на диспансерний облік;
- при проведенні підтверджувальних досліджень у випадках, зазначених в рекомендаціях Референс - лабораторії.

Інтерпретацію результатів досліджень, проведених методом імунного блоту, здійснюють відповідно до інструкції на діагностичний набір.

Імунний блотинг (ІБ) включає декілька стадій:

- **дослідження проби.** На нітроцелюлозну смужку наноситься досліджуваний матеріал (сироватка, плазма крові тощо). Якщо в пробі є специфічні антитіла, то вони зв'язуються із відповідними їм (компліментарними) антигенними смугами. В результаті подальших маніпуляцій результат цієї взаємодії візуалізується - стає видимим;
- **трактування результату.** Наявність смуг на певних ділянках нітроцелюлозної пластини підтверджує присутність в дослідженій сироватці антитіл до певних антигенів ВІЛ.

Позитивний результат - виявлення у сироватці антитіл до двох (із трьох можливих) вірусних білків з групи env з наявністю або відсутністю білків - продуктів інших структурних генів (gag, pol).

Негативний результат - відсутність антитіл до вірусних білків.

Невизначений (сумнівний) результат - виявлення в сироватці антитіл до білків з груп gag, pol. Сумнівний результат імунного блотингу може бути отриманий при обстеженні ВІЛ-інфікованих у кінці серонегативного періоду або хворих з гіпо- і агамаглобулінемією.

Існує достатньо чітка відповідність між результатами дослідження сироваток методом ІФА та ІБ. Відомо, що 20-33% негативних в ІФА сироваток крові у ІБ дають невизначений результат. Крім того, майже до 20% сироваток крові, що неодноразово були досліджені в ІФА і кожний раз давали позитивний результат, також можуть бути оцінені в ІБ як невизначений результат.

Двічі позитивні результати ІФА (у різних тест-системах) сироватки інтерпретуються потім в ІБ як ВІЛ позитивні у 97-98% випадків. Сироватки, позитивні в ІФА лише в одній з двох використаних тест-систем, виявляються ВІЛ позитивними в ІБ не частіше, ніж у 4% випадків.

Тест-системи для ІБ, так само як і тест-системи на основі ІФА, мають різну чутливість. Важливо розуміти, що для ІБ, як підтверджуючого тесту, певною і досить значною проблемою стає "невизначений результат". Однією з потенціальних причин може бути дослідження проведене в період гострої інфекції (ранньої сероконверсії), коли антитіла до ВІЛ представлені не до всіх основних антигенів. ІБ притаманні і хибнопозитивні результати.

Тестування на антиген р24 (основний білок)

Серед антигенів ВІЛ найчастіше намагаються виявляти білок р24 ВІЛ-1, однак ця методика не одержала широкого застосування в епідеміологічних дослідженнях.

Виявлення **антигену р24** означає присутність ВІЛ у крові. Антиген - це чужорідний білок. **Антиген р24** - білок ядра ВІЛ. Він не зв'язаний з антитілами лише в початковий період захворювання і у період розвитку симптомів СНІДу, тому виявляється на ранній і на заключній стадії хвороби.

У зв'язку з цим метод становить інтерес для виявлення хворих на ранніх стадіях ВІЛ-інфекції та іноді для оцінки прогресування захворювання. Виявлення цього антигену в дитини, народженої від ВІЛ-позитивної матері, може бути критерієм при встановленні у неї діагнозу ВІЛ-інфекції.

З метою діагностики використовуються також методи виявлення вірусу, його антигенів або генного матеріалу (специфічних нуклеотидних послідовностей).

Виділення та ідентифікація культури ВІЛ є достовірною ознакою інфікування ВІЛ, однак цей метод малодоступний, вимагає тривалого часу, високої кваліфікації виконавців і спеціального устаткування.

Виявлення геному ВІЛ методом полімеразної ланцюгової реакції

Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) завдяки високій чутливості, специфічності, відтворюваності в даний час широко використовується для діагностики генетичних і вірусних захворювань, у тому числі і ВІЛ-інфекції.

Метод дозволяє виявити генوم вірусу, вбудований в геном уражених ВІЛ лімфоцитів крові пацієнтів. Принцип методу полягає в накопиченні (ампліфікації) в умовах дослідження вірусних копій РНК, які визначають кількість ВІЛ в зразку плазми, так зване **"вірусне навантаження"**.

Під **"вірусним навантаженням"** розуміють кількість РНК-копій вірусу в 1 мл крові, визначених методом ПЛР. Цей метод вважається одним з основних лабораторних маркерів прогресування ВІЛ-інфекції. Вірусне навантаження - основний прогностичний критерій, який відображає прогресування ВІЛ-інфекції та дозволяє визначити співвідношення між реплікацією вірусу і активацією імунної системи. Результати визначення вірусного навантаження виражають в кількості копій в 1 мл сироватки крові.

Вірусне навантаження 500-5000 і навіть 10000 - 30000 копій у 1 мл відповідає ВІЛ-інфекції у початковій стадії і при персистуючій лімфаденопатії, 30000-100 000 копій у 1 мл - СНІД - асоційованому комплексу (СНІД-АК), понад 100 000 копій у 1 мл - стадії СНІДу. Показник вірусного навантаження використовується для оцінки ефективності антиретровірусної терапії. Визначення вірусного навантаження у ВІЛ-позитивних доцільно проводити кожні 6 місяців, якщо немає показань для частішого визначення цього показника.

Виявлення вірусу методом ПЛР можливо за наявності вірусних генів всього в 1 з 5000 клітин, навіть у період відсутності в крові антитіл або при недостатньому їх рівні для виявлення існуючими стандартними методами.

Оскільки методом ПЛР визначають безпосередньо генетичні структури, він є незамінним при:

- діагностиці ВІЛ-інфекції в серонегативний період;
- невизначених результатах;
- одночасній діагностиці множинних інфекцій, що трапляються при СНІДі;
- диференціальній діагностиці між ВІЛ-1, ВІЛ-2 та іншими вірусними захворюваннями;
- визначенні співвідношення між клітинним і позаклітинним вірусом;
- дослідженні банків крові і препаратів з крові.

Якісне визначення ВІЛ за допомогою ПЛР засноване на виявленні провірусної ДНК в цільній крові. Принцип методу полягає у виділенні тотальної ДНК із цільної крові пацієнта, проведення ампліфікації методом полімеразної ланцюгової реакції ділянки провірусної ДНК ВІЛ з подальшою детекцією продукту реакції. Як матеріал для дослідження в ПЛР може бути використана ДНК, виділена

не тільки з свіжоотриманих клітин і тканин, але із заморожених, висушених або фіксованих препаратів, що мають частково зруйновані нуклеїнові кислоти.

Визначення провірусної ДНК ВІЛ застосовується передусім для ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, з метою експрес-діагностики хвороби і впровадження профілактичних та лікувальних заходів.

Метод полімеразної ланцюгової реакції дороговартісний, потребує спеціального обладнання, різні етапи постановки реакції чутливі до чинників навколишнього середовища. Тому на сьогодні він не застосовується для скринінгу, а переважно як критерій ефективності АРТ та експрес-діагностики у дітей.

Результати тестування повідомляються пацієнтам під час проведення післятестового консультування. При наданні інформації щодо негативного результату тестування важливо пам'ятати:

1. негативний результат свідчить про те, що антитіла до ВІЛ не виявлені;
2. негативний результат свідчить про те, що можливо людина не інфікована;
3. негативний результат свідчить про те, що можливо людина на час тестування знаходилась у стадії "серологічного вікна".

При наданні інформації щодо невизначеного результату тестування важливо пам'ятати про необхідність повторного тестування через 2-3 тижні.

Надання інформації щодо позитивного результату тестування проводиться після завершення всіх етапів лабораторної діагностики, після підтвердження у верифікаційних тестах. Позитивний результат означає, що людина з високою вірогідністю є ВІЛ-інфікованою. Діагноз ВІЛ-інфекції ґрунтується на виявленні антитіл до ВІЛ, даних клінічного, імунологічного та епідеміологічного обстеження.

Питання про наявність у обстежуваної особи ВІЛ-інфекції не може бути вирішене лише на підставі результатів серологічного тестування. Необхідно враховувати комплекс клінічних, імунологічних та епідеміологічних даних.

Метод кількісної оцінки функції імунної системи у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією (визначення кількості CD4+ лімфоцитів (Т- хелперів))

Після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції необхідно оцінити ступінь ураження ним імунної системи інфікованої людини.

Визначення кількості CD4+ лімфоцитів (Т-хелперів) є одним із найоб'єктивніших методів кількісної оцінки стану, функції імунної системи у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. Визначення рівня CD4+ Т-лімфоцитів дозволяє судити про глибину імуносупресії і прогнозувати розвиток тих чи інших вторинних захворювань. Це є частиною класифікації ВІЛ-інфекції, розробленої Центром з контролю та профілактики захворювань. У неінфікованих дорослих людей мінімальна кількість CD4+ Т-лімфоцитів становить 1400 у 1 мкл. За умови ВІЛ-інфікування кількість цих клітин знижується до 400 у 1 мкл. Зниження числа клітин CD4+ (абсолютне і відносне) виявляється у осіб, ВІЛ-інфікованих яких відбулося не менш року назад. На ранніх стадіях інфекції нерідко виявляється підвищеним число CD8+ (Т-супресори) як у периферичній крові, так і в збільшених лімфовузлах. Співвідношення CD4+/CD8+ при ВІЛ-інфекції становить менше 1,0.

Кількість CD4+ лімфоцитів є важливим показником, який береться до уваги при призначенні антиретровірусної терапії. Для оцінки ефективності антиретровірусної терапії проводиться постійний систематичний контроль рівня CD4+ лімфоцитів.

Поглиблені клініко-лабораторні обстеження при виявленні в результаті первинного скринінгу ВІЛ-позитивної особи здійснюються в Україні в умовах спеціалізованого медичного закладу. Порядок обліку, реєстрації діагностичних досліджень на виявлення антитіл до ВІЛ здійснюється за нормативним порядком, встановленим МОЗ України.

Переваги та Недоліки методів діагностики ВІЛ – інфекції		
Назва методу	Переваги методу	Недоліки методу
1. Імуноферментний аналіз(ІФА)	- високочутливий метод; - відносно простий у виконанні; - дешевший порівняно із іншими методами; - незначна тривалість виконання.	- можливі хибнонегативні результати; - всі позитивні результати необхідно підтверджувати іншим методом; - існує незначна вірогідність хибно позитивного результату (якщо особа насправді не є інфікованою).

2. Обстеження за допомогою експрес-тестів	• дозволяють здійснювати тестування на ВІЛ у короткі терміни з отриманням результатів тесту того ж дня; • простота виконання процедури тестування.	• необхідний підготовлений персонал для проведення тесту; • швидкі тести на ВІЛ не дають 100% правдивий результат. Навіть після швидкого обстеження потрібно ще раз перевірити зразки в ІФА.
3. Метод імуноблотингу	• висока специфічність до ВІЛ, рідко дає хибнопозитивні результати.	• довше очікування результату; • має проводитись досвідченим фахівцем; • дорожчий метод; • можливі сумнівні результати.
4. Тестування на антиген р24 (основний білок ВІЛ)	• у більшості інфікованих людей можливо виявити через 2-3 тижні після інфікування; • р24 виявляється раніше, ніж антитіла.	• р24 виявляється не у всіх пацієнтів; • низька чутливість методу; • відносно дорогий метод; • в Україні цей метод використовують лише окремі лабораторії.
5. Виявлення РНК та ДНК вірусу методом ПЛР (кількісна та якісна)	• дає змогу виявити вірус у „період вікна”; • можна використовувати для ранньої діагностики у дітей до 18 місяців; • дає змогу оцінити вірусне навантаження (кількість копій РНК в 1 мл плазми крові); • використовується для оцінки ефективності лікування.	• метод дорогий; • проводиться у спеціалізованих лабораторіях та лише спеціально підготовленими фахівцями; • метод високочутливий, можливі хибнопозитивні результати.

6. Визначення кількості CD4+ лімфоцитів (використовується метод проточної цитометрії)	• дає змогу оцінити ступінь імунодефіциту; • використовують для оцінки ефективності лікування.	• проводять у спеціалізованих лабораторіях; • метод дорогий.
---	---	---

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ

Перебіг ВІЛ-інфекції у дорослих, умовно можна розподілити на три класичні стадії:

- 1) первинна інфекція або гострий ретровірусний синдром;
- 2) безсимптомна;
- 3) власне СНІД.

Від моменту інфікування до розвитку клінічних проявів СНІДу зазвичай проходить в середньому 10-12 років (Munoz A, 1989). Проте приблизно у 20% інфікованих СНІД розвивається менше ніж за 5 років, а у деяких (< 5%) достатній рівень імунітету зберігається понад 10 років (Munoz A, 1995). Біологічні причини таких відмінностей недостатньо зрозумілі, проте безперечно мають значення особливості штамів вірусу, імунної відповіді та вплив інших чинників.

Через декілька тижнів після інфікування ВІЛ-1 розвивається непостійний та неспецифічний синдром, який називають первинною інфекцією або гострим ретровірусним синдромом. У якого відсотка ВІЛ-позитивних дорослих розвивається цей синдром - невідомо, приблизний діапазон від 10 до 90%. Вираженість симптомів цієї стадії має прогностичне значення (Lyles R, 2000, Vanhems P, 2000). Хоча класичний варіант описують як моонуклеозоподібний синдром (лихоманка, фарингіт або біль в горлі, збільшення шийних лімфовузлів), в одному з досліджень, що включало понад 200 хворих з діагностованою клінічно первинною ВІЛ-інфекцією, такі прояви спостерігалися лише у 15% пацієнтів (Vanhems P, 1997). Частими симптомами (у понад половини хворих), були лихоманка, міалгія, сонливість та висипка. Майже у 25% випадків лихоманки не було, а на перше місце виступали неврологічні порушення (менінгоподібний синдром, нейропатія, енцефаліт) або шлунково-кишкові симптоми (Vanhems P, 1997).

Усі симптоми через декілька днів або тижнів самостійно проходять. Під час гострої лихоманкової фази антитіла нерідко відсутні, але в крові можна визначити антиген р24 або РНК ВІЛ. На цій стадії в плазмі визначаються дуже високі рівні віремії з концентрацією РНК ВІЛ (вірусним навантаженням) понад 107 копій/мл; а через декілька тижнів вірусне навантаження знижується до 100 000 копій/мл та нижче (Clark S, 1991).

Під час періоду високої віремії знижується абсолютне число лімфоцитів CD4, у деяких випадках досить різко (менше 200 кл/мкл). З часом, на тлі зменшення віремії, число лімфоцитів CD4 збільшується, нерідко до нормального рівня. Зменшення вірусного навантаження передуює появі антитіл до ВІЛ та співпадає з появою специфічних цитотоксичних Т-лімфоцитів (Rosenberg E, 1997). Чи є утворення цитотоксичних Т-лімфоцитів причиною зменшення віремії -

поки не зрозуміло. Є підстави вважати, що цитотоксична клітинна відповідь відіграє основну роль у пригніченні реплікації вірусу в осіб з тривало не прогресуючою інфекцією.

Після підйому та зниження рівень РНК ВІЛ у плазмі стабілізується коло так званої "контрольної точки" - приблизно між 10 000 та 100 000 копій/мл та нерідко залишається сталим упродовж багатьох років. Цей період називають латентним або безсимптомним, тому що інфекція у цей час не має клінічних проявів. Проте саме під час цього періоду відбувається виражена реплікація вірусу та руйнування лімфоцитів CD4. Щоденно утворюється близько 10 млрд. вірусних частинок з періодом напівжиття менше 6 год. (Perelson A, 1997). У результаті вірусне навантаження у крові зростає, а число лімфоцитів CD4 знижується, створюючи передумови для вираженого імунодефіциту та власне СНІДу. Точка, в якій розпочинається швидке зниження числа лімфоцитів CD4, називається "точкою перелому".

Головним чинником, який визначає швидкість прогресування інфекції, вважають ефективність імунної відповіді, проте чітке пояснення цієї відповіді необхідно визначити. На швидкість прогресування СНІДу може впливати вік людини на момент зараження (Carre N, 1994, Rosenberg P, 1994). З віком здатність імунної системи до регенерації знижується. Є численні докази, що провідну роль у встановленні контрольної точки відіграють цитотоксичні Т-лімфоцити CD8, проте вони самостійно не здатні попередити прогресування хвороби. Описано ряд випадків, коли у пацієнтів з сильною цитотоксичною клітинною відповіддю на ВІЛ та низьким вірусним навантаженням суперінфекція іншим штамом вірусу призводила до стрімкого розмноження вірусу. Зазначене засвідчує обмеженість наших знань про імунні механізми стримування ВІЛ-інфекції (Altfeld M, 2002, Jost S, 2002).

До інших чинників відносять супутні інфекції або інші причини імунної активації. Оскільки продуктивна реплікація ВІЛ можлива винятково в активованих клітинах, вважають, що зовнішні чинники, що активують імунну систему, посилюють реплікацію ВІЛ та прискорюють розвиток імунодефіциту (Fauci A, 1996).

На прогресування інфекції впливають вірусологічні чинники. Штами ВІЛ-1 поділяють на М-тропні та Т-тропні. М-тропні штами можуть інфікувати Т-лімфоцити CD4 та макрофаги, використовуючи β -хемокіновий корецептор CCR5 (рідше CCR3) (Premack B, 1996, Connor R, 1997). Т-тропні штами інфікують лінії клітин за допомогою α -хемокінового корецептора CXCR4 (фузина). Штами, що використовують корецептор CXCR4, мають вищу вірулентність і сприяють швидшому прогресуванню інфекції (Connor R, 1993, 1997).

Для характеристики прогресування ВІЛ-інфекції необхідною є номенклатура та класифікація з описом захворювання у стандартних загальноприйнятих термінах. Такий опис має використовуватися для класифікації клінічних форм, епідеміологічної звітності та характеристики прогресії захворювання в процесі лікування або при клінічних дослідженнях.

В Україні для характеристики хронічної ВІЛ-інфекції використовується клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, прийнята Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 2006 році. Стадія ВІЛ-інфекції встановлюється за чіткими критеріями оцінки.

Клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, ВОЗ, 2006 р.

КЛІНІЧНА СТАДІЯ I

Безсимптомний перебіг

Персистуюча генералізована лімфаденопатія

КЛІНІЧНА СТАДІЯ II

Помірна немотивована втрата ваги тіла до 10% від попередньої або розрахованої

Рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт)

Оперізуючий лишай

Ангулярний хейліт

Рецидивуючий афтозний стоматит

Папульозний сверблячий дерматит

Себорейний дерматит

Грибкові ураження нігтів

КЛІНІЧНА СТАДІЯ III

Важка немотивована втрата ваги (понад 10% від попередньої або розрахованої)

Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс.

Немотивована персистуюча лихоманка (інтермітуюча або постійна) тривалістю понад 1 міс.

Кандидоз (молочниця) ротової порожнини

Волосиста лейкоплакія язика

Легеневий туберкульоз

Важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза та ін.)

Гострий некортизуючий виразковий гінгівіт або некротизуючий виразковий періодонтит

Немотивовані анемія (менше 80 г/л), нейропенія (нижче 0,5 x 10⁹/л) або хронічна (тривалістю понад 1 міс.) тромбоцитопенія (до 50 x 10⁹/л)

КЛІНІЧНА СТАДІЯ IV

Синдром виснаження (ВІЛ-кахексія)

Пневмоцистна пневмонія

Рецидивуючі бактеріальні пневмонії

Хронічна інфекція, викликана вірусом простого герпесу (носогубної, генітальної або аноректальної локалізації тривалістю понад 1 міс.) або вісцеральні ураження будь-якої локалізації

Кандидоз стравоходу

Позалегеневий туберкульоз

Саркома Капоші

Цитомегаловірусна інфекція (ретиніт або ураження інших органів)

Церебральний токсоплазмоз

ВІЛ енцефалопатія

Позалегеневий криптококоз (включаючи менінгіт)

Дисемінований нетуберкульозний мікобактеріоз

Прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія (ПМЛ)

Криптоспоридіоз (з діареєю тривалістю понад 1 міс.)

Хронічний ізоспоров

Дисеміновані мікози (кокцидіомікоз, гістоплазмоз)

Рецидивуюча бактеріємія, викликана нетифоїдними сальмонелами

Лімфома (головного мозку або В-клітинна неходжкінська)

Інвазивний рак шийки матки

Вісцеральний лейшманіоз

ВІЛ-асоційована нефропатія

ВІЛ-асоційована кардіоміопатія

Критерії оцінки клінічних стадій ВІЛ-інфекції відповідно до рекомендацій ВООЗ

Клінічні прояви	Клінічний (попередній) діагноз	Підтверджуючий (остаточний) діагноз
Клінічна стадія I		
Безсимптомний перебіг	Відсутні будь-які симптоми чи ознаки при обстеженні.	Непотрібний
Персистуюча генералізована лімфаденопатія	Безболісні збільшені (понад 1 см) лімфатичні вузли у двох та більше різних групах (за винятком пахових) з тривалістю понад 3 міс. у випадку відсутності інших причин для їх збільшення.	Гістологія
Клінічна стадія II		
Помірна немотивована втрата ваги тіла до 10%	Скарги на немотивовану втрату ваги тіла. При вагітності неможливість набрати вагу.	Задokumentована втрата ваги (до 10% маси).
Рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (два та більше випадки протягом останніх шести місяців)	Відповідний симптомокомплекс (наприклад, односторонній біль у навколonoсовій ділянці (синусит), болюче запалення барабанної перетинки (середній отит), тонзиллофарингіт без ознак вірусної інфекції (нежить, кашель).	Лабораторні дослідження, якщо можливо- бактеріологічне дослідження доступних біологічних рідин.
Оперізуючий лишай	Болючий везикулярний висип по ходу нервових стовбурів, які не перетинають серединну лінію.	Клінічний діагноз
Ангулярний хейліт	Тріщини та заїди в кутах рота, які не пов'язані з дефіцитом заліза або вітамінів, і, як правило, відповідають на протигрибкову терапію.	Клінічний діагноз

Клінічні прояви	Клінічний (попередній) діагноз	Підтверджуючий (остаточний) діагноз
Рецидивуючий афтозний стоматит (два та більше випадків протягом останніх 6 міс.)	Афтозні ураження, як правило болючі, з вінчиком запалення або жовто-сірими псевдо мембранами.	Клінічний діагноз
Папульозний сверблячий дерматит	Папульозні сверблячі ураження шкіри, часто з помітною післязапальною пігментацією.	Клінічний діагноз
Себорейний дерматит	Свербіж та лущення шкіри, особливо волосяної частини голови та обличчя, а також верхньої частини грудної клітки, під пахвами, в паху.	Клінічний діагноз
Грибкові ураження нігтів кистей рук	Знебарвлення, особливо проксимальної частини нігтьової пластинки, стоншення або відшарування нігтя від нігтьового ложа, а також пароніхія (болюче почервоніння або припухлість нігтьових лож) або оніхолізис (відшарування нігтя від нігтьового ложа).	Клінічний діагноз, виявлення грибка у зішкребах з нігтя або нігтьової пластинки.
Клінічна стадія III		
Важка немотивована втрата ваги понад 10%	Скарги на немотивовану втрату ваги (понад 10%) або видиме схуднення обличчя, зап'ястя або кінцівок зі зниженням індексу маси тіла менше 18,5. Під час вагітності втрата ваги може маскуватися.	Документована втрата (понад 10% ваги тіла).

Клінічні прояви	Клінічний (попередній) діагноз	Підтверджуючий (остаточний) діагноз
Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс.	Рідкі або водянисті випорожнення більше двох разів на день тривалістю понад 1 міс.	Рекомендується задокументувати трикратний пронос (неоформлені випорожнення) за наявності двох негативних результатів бактеріологічного дослідження на патогенну кишкову групу.
Немотивована персистуюча лихоманка (інтермітуюча або постійна) тривалістю понад 1 міс.	Скарги на лихоманку або нічний піт тривалістю понад 1 міс. за відсутності ефекту від застосування антибактеріальних або антималярійних препаратів та відсутності інших захворювань, які можуть її спричинити. Необхідно виключити малярію та туберкульоз.	Задокументована лихоманка вище 37,6°C з негативним бактеріологічним дослідженням крові, негативним мазком по Цилю-Нільсену, негативним дослідженням (мазком) на малярійний плазмодій, нормальною або незмінною рентгенографією ОГК та за відсутності інших захворювань.
Кандидоз ротової порожнини (молочниця)	Персистуючі або рецидивуючі біло-кремові сирні бляшки, які можуть легко зніматися (псевдомембрани) або червоні плями на піднебінні, слизовій щік зазвичай болючі (еритематозна форма).	Клінічний діагноз

Клінічні прояви	Клінічний (попередній) діагноз	Підтверджуючий (остаточний) діагноз
Волосиста лейкоплакія язика	Густі білясті дрібні лінійні або зморшкуваті ураження бокової поверхні язика, які не знімаються.	Клінічний діагноз
Легеневий туберкульоз (протягом поточного року)	Стійкі симптоми протягом 2-3 тижнів: кашель, кровохаркання, задишка, біль у грудях, втрата ваги, лихоманка, нічні поти у поєднанні з позитивним результатом дослідження харкотиння (мазок) або при негативному результаті та відповідній рентгенологічній картині (не обмежуючись інфільтратами верхніх часток легень, утворенням порожнин, легенеvim фіброзом або рубцевим ателектазом). Відсутність поза легневих уражень.	Виділення <i>M.tuberculosis</i> з харкотиння або біоптату легень (при наявності відповідних клінічних симптомів). Відповідна рентгенологічна картина.
Важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза)	Лихоманка зі специфічними симптомами, ознаками локалізованої інфекції. Відповідь на антибактеріальну терапію. Необхідно виключити туберкульоз.	Виділення бактерій з відповідного зразка тканини (біологічної рідини, харкотиння), з негативним мазком по Цилю-Нільсену, негативним дослідженням (мазком) на малярійний плазмодій.

Клінічні прояви	Клінічний (попередній) діагноз	Підтверджуючий (остаточний) діагноз
Загострення некротизуючого виразкового гінгівіту або некротизуючий виразковий періодонтит	Виражено болючі виразки сосочків ясен; хитання зубів; спонтанні кровотечі, поганий запах з рота, втрата кісткових або м'яких тканин.	Клінічний діагноз
Немотивовані анемія (менше 80 г/л), нейропенія (нижче 0,5 x 109/л) або хронічна (тривалістю понад 1 міс.) тромбоцитопенія (до 50 x 109/л)	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Діагностується на підставі лабораторного дослідження та не пояснюється іншими причинами. Не відповідає на стандартну терапію препаратами, що діють на кров, антималярійними чи антигельмінтними препаратами.
Клінічна стадія IV		
Синдром виснаження (ВІЛ-кахексія)	Немотивована втрата ваги (понад 10% маси тіла), що не піддається аліментарній корекції, з видимим схудненням або індексом маси тіла нижче 18,5 у поєднанні з немотивованою хронічною діареєю (рідкі або водянисті випорожнення більше двох разів на день тривалістю понад 1 міс.) та/або скаргами на лихоманку чи нічні поти тривалістю понад 1 міс. без встановлених причин та відповіді на	Задokumentована втрата ваги понад 10% маси тіла, неоформлені випорожнення більше двох разів на день з негативними результатами бактеріологічного дослідження на патогенну кишкову групу, задokumentована лихоманка вище 37,6°C за відсутності інших причин та з негативними результатами бактеріологічного

Клінічні прояви	Клінічний (попередній) діагноз	Підтверджуючий (остаточний) діагноз
	антибактеріальні чи анти-малярійні препарати. Необхідно виключити малярію та туберкульоз.	дослідження крові, тестів на малярію, нормальною або незмінною рентгенографією ОГК.
Пневмоцистна пневмонія	Задишка (у тому числі при навантаженні) або непродуктивний кашель не більше трьох останніх міс., тахіпное, лихоманка та рентгенологічні ознаки дифузних двобічних інтерстиціальних інфільтратів, відсутність ознак бактеріальної пневмонії.	Цитологічна або імунофлюоресцент на мікроскопія індукованого харкотиння або бронхолегеневого лаважу (промивні води бронхів) або гістологічне дослідження тканини легень.
Рецидивуючі бактеріальні пневмонії (наявний епізод плюс один та більше протягом останніх 6 міс	Наявний епізод плюс один та більше протягом останніх 6 міс. Гострий початок (до двох тижнів), симптоми (лихоманка, кашель, задишка, біль у грудях) у поєднанні з відповідними клінічними та рентгенологічними даними. Відповідь на антибактеріальну терапію. Необхідно виключити туберкульоз.	Позитивне бактеріологічне або антигенне дослідження на відповідний мікроорганізм.
Хронічна інфекція, викликана вірусом простого герпесу (носогубної, генітальної або аноректальної локалізації тривалістю понад 1 міс.) або вісцеральні	Болючі прогресуючі аногенітальні або носогубні виразки, ураження, викликані рецидивуючою герпетичною інфекцією тривалістю понад 1 міс. Епізоди герпетичних уражень в анамнезі.	Вісцеральні герпетичні ураження потребують підтвердження діагнозу: позитивні вірусологічні дослідження або виявлення ДНК вірусу простого

Клінічні прояви	Клінічний (попередній) діагноз	Підтверджуючий (остаточний) діагноз
ураження будь-якої тривалості		герпесу (HSV ^{1/2}) методом ПЛР або цитологічне дослідження біоптату.
Кандидоз стравоходу	Недавні початок, біль за грудиною або утруднення при ковтанні їжі та рідини разом з кандидозом ротової порожнини.	Макроскопічне виявлення уражень при ендоскопії або бронхоскопії або гістологічне дослідження біоптатів.
Позалегеновий туберкульоз	Системне захворювання (включаючи лихоманку, нічні поти, слабкість та втрату ваги). Інші ознаки позалегенового або дисемінованого туберкульозу залежно від локалізації: менінгіт, плеврит, перикардит, перитоніт, лімфаденіт середостіння або черевної порожнини, остит. Самостійний туберкульоз периферичних лімфовузлів вважається найлегшою формою позалегенового туберкульозу.	Виділення M.tuberculosis із біоптатів або аспіратів відповідно до локалізації або рентгенологічні ознаки міліарного туберкульозу (дифузні рівномірно розповсюдженні дрібні просовидні тіні або мікровузли при рентгенографії ОГК).
Саркома Капоші	Типові прояви на шкірі або слизовій ротоглотки персистуючих спочатку пласких пляшок рожевого або кров'янисто-синюшного кольору, які зазвичай перероджуються у фіолетові пляшки або вузлики.	Макроскопічне виявлення, виявлення при ендоскопії або бронхоскопії, або гістологічне підтвердження.

Клінічні прояви	Клінічний (попередній) діагноз	Підтверджуючий (остаточний) діагноз
Цитомегаловірусна інфекція (за винятком ураження печінки, селезінки або лімфатичних вузлів)	Ретиніт може бути діагностований досвідченим клініцистом. Типові зміни очного дна: окремі білі плями на судинній оболонці з чіткими контурами, центробіжного поширення, часто вздовж кров'яних судин, у поєднанні з ретинітом, крововиливами або некрозом. При езофагіті – сильний біль за грудиною, утруднення при ковтанні їжі та рідини. При коліті – сильний біль у животі. При менінгіті – відповідний симптомокомплекс. Ураження внутрішніх органів зазвичай виявляються у поєднанні з ретинітом.	Вісцеральні ураження потребують підтвердження діагнозу. Відповідна гістологія або виявлення цитомегаловірусу (CMV) у спинномозковій рідині за допомогою культурального методу або методом ПЛР.
Церебральний токсоплазмоз	Порушення рівня свідомості або недавній початок вогнищевих неврологічних порушень з судомами або без них та відповідь на специфічну терапію протягом 10 діб	Виявлення антитіл до токсоплазми у сироватці (крові) та одне або декілька осередків при КТ або МРТ головного мозку.
ВІЛ-енцефалопатія	Клінічні ознаки когнітивних та/або моторних порушень, що впливають на повсякденну	Діагноз базується на виключенні іншої патології.

Клінічні прояви	Клінічний (попередній) діагноз	Підтверджуючий (остаточний) діагноз
	активність, прогресують більше декількох тижнів або місяців за відсутності іншого захворювання, яке може пояснити вказані порушення.	За можливості КТ або МРТ головного мозку.
Позалегеновий криптококоз (включаючи менінгіт)	Менінгіт: зазвичай підгострий початок, лихоманка з наростаючим сильним головним болем, менінгізм, сплутаність свідомості, порушення поведінки; відповідь на специфічну терапію.	Виділення криптококу з біологічних рідин або біоптатів тканин або виявлення криптококового антигену у крові або спинномозковій рідині.
Дисемінований нетуберкульозний мікобактеріоз	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Діагностується на підставі виділення атипичних мікобактерій з випорожнень, крові, біологічних рідин або тканин організму за винятком легень.
Прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія (ПМЛ)	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Прогресуючі неврологічні ураження (порушення мислення, ходи та мови, погіршення зору, лімбічні порушення та параліч черепних нервів) разом з осередками зниження щільності у білій речовині на КТ або МРТ або виявленням JC вірусу методом ПЛР у спинномозковій рідині.

Клінічні прояви	Клінічний (попередній) діагноз	Підтверджуючий (остаточний) діагноз
Криптоспоридіоз (з діареєю тривалістю понад 1 міс.)	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Виявлення цист криптоспоридій у неоформлених випо- роженнях за допо- могою модифікованої мікроскопії за Цилем- Нільсоном
Хронічний ізоспороз	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Виділення ізоспор
Дисеміновані мікози (кокцидіомікоз, гістоплазмоз)	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Гістологічні дослід- ження, виявлення антигену, культуральні дослідження крові або інших органів.
Рецидивуюча сальмонельозна бактеріємія, викликана нети- фоїдними сальмо- нелами	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Гемокультура
Лімфома (головного мозку або В-клітинна неходжкінська) або інші солідні ВІЛ-асоційовані пухлини	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Для пухлин ЦНС – КТ або МРТ головного мозку або гістологічне дослідження відповід- них тканин
Інвазивний рак шийки матки	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Гістологічні або цито- логічні дослідження.
Вісцеральний лейшманіоз	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Гістологічні дослід- ження (виявлення амастигот) або культу- ральне дослідження відповідного зразка тканини або рідини.

Клінічні прояви	Клінічний (попередній) діагноз	Підтверджуючий (остаточний) діагноз
ВІЛ-асоційована нефропатія	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Біопсія нирки
ВІЛ-асоційована кардіоміопатія	Не діагностується на підставі клінічної картини.	Кардіомегалія або ознаки лівошлуночкової недостатності, підтверджені на ЕхоКГ.

У клінічній практиці не рекомендовано використання терміну СНІД, критеріям якого відповідає IV стадія ВІЛ-інфекції згідно з класифікацією ВООЗ, тому що термін СНІД може негативно вплинути на хворого, крім того, концепція СНІДу як термінальної стадії імунodefіциту виявилася нечіткою в результаті успіхів АРТ.

Термін СНІД продовжує використовуватися для позначення пізньої стадії ВІЛ-інфекції, визначення випадку СНІДу, дане CDC у 1987 році, доповнене в 1993 році, продовжує залишатися цінним інструментом для встановлення кінцевого критерію в клінічних дослідженнях та для епідеміологічної звітності, яка допомагає кількісно оцінити зростання епідемії ВІЛ-інфекції, а також може бути важливим при включенні хворих на ВІЛ-інфекцію у певні соціальні програми та для отримання пільг. Захворювання й стани, наявність яких у хворих дає можливість встановити діагноз СНІДу, називають СНІД-визначальними або СНІД-індикаторними.

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

Антиретровірусна терапія (АРТ) - одне з важливих досягнень в історії медицини. Дуже небагато напрямків медичної науки змінювалися так швидко і так часто.

Початок антиретровірусної терапії відноситься до 1987-1990 року. Цей період пов'язаний з великими сподіваннями та першими успіхами антиретровірусної монотерапії (Volberding, 1990; Fischl, 1990). Проте дуже швидко результати дослідження (Hamilton, 1992; Concorde, 1994) принесли і перші розчарування.

Першим антиретровірусним препаратом, який почали застосовувати, був зидовудин: у 1985 році завершені клінічні дослідження, і з березня 1987 року його почали призначати пацієнтам. Віра у нього була надзвичайно велика, проте перші результати не дуже вражали. Ті ж наслідки отримали в результаті застосування інших нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази - зальцитабіну, диданозину та ставудину, які з'явилися у 1991-1994 роках. Інших можливостей лікування ВІЛ-інфекції на той час не було, тому обговорювалися винятково ефективність наявних препаратів та режими їх прийому.

Багато хворих, які інфікувалися на початку або в середині 1980-х років, почали помирати. СНІД та пов'язана з ним висока смертність ставали звичними. На той час були досягнуті успіхи у боротьбі з опортуністичними інфекціями: триметопрім/сульфаметоксазол, пентамідин, ганцикловір, фоскарнет та флуконазол продовжили, хоча й не надовго, багато життів.

З 1989 по 1994 роки захворюваність ВІЛ-інфекцією та смертність від неї значно виросли. Проте у вересні 1995 року були опубліковані результати європейсько-австралійського дослідження DELTA (Delta, 1995) та американського дослідження ACTG 175 (Hammer, 1996). Дослідження показали, що комбінація двох нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази ефективніша за монотерапію. В обох дослідженнях було встановлено, що надзвичайно важливо призначати одночасно два препарати, а не використовувати їх один за одним.

На той час уже декілька місяців досліджувалися препарати абсолютно нового класу - інгібітори протеази. У результаті напруженої роботи з грудня 1995 року до березня 1996 року для лікування ВІЛ-інфекції були схвалені три препарати: першим - саквінавір, потім - ритонавір, і накінець - індинавір.

На початку 1996 року увага приділялась іншим проблемам: паліативна терапія, лікування цитомегаловірусної інфекції, інфекції, що викликана *Mycobacterium avium*, ВІЛ-кахексії та болю, організація амбулаторної інфузійної терапії.

У лютому 1996 року на третій Конференції з ретровірусних та опортуністичних інфекцій у Вашингтоні у доповіді Білла Камерона були представлені перші результати дослідження препарату АВТ-247. Доповнення терапії розчином ритонавіру для перорального прийому привело до зменшення смертності серед хворих на СНІД з 38% до 22% (Cameron, 1998). Таким чином, можливості нових препаратів ставали очевиднішими.

На той час доктор Девід Хо завершив дослідження, що проливало світло на цикл життєдіяльності ВІЛ (Ho, 1995; Perelson, 1996). Дізнавшись, що в організмі людини ВІЛ постійно і активно розмножується, знищуючи лімфоцити CD4, зник термін "латентна фаза ВІЛ-інфекції". У багатьох центрах лікування ВІЛ-інфекції буквально усі хворі почали отримувати ВААРТ. Всього за три роки - з 1994 до 1997 року - у Європі частка хворих, які не отримували антиретровірусну терапію, скоротилася з 37% до 9%, а доля тих, хто отримував ВААРТ зросла з 2% до 64% (Kirk, 1998).

У червні 1996 року був зареєстрований перший нунуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази невірапін, і в практику увійшов новий клас антиретровірусних препаратів.

Переносились препарати у більшості випадків нормально. Число випадків СНІДу різко скоротилося. З 1994 до 1998 року, захворюваність на СНІД у Європі скоротилася більше ніж у 10 разів - з 30,7% до 2,5%. Значно вагомніше знизилася захворюваність опортуністичними інфекціями, особливо цитомегаловірусною інфекцією та інфекцією, що викликана *Mycobacterium avium*.

У 1996 та 1997 роках з'явилися перші скарги хворих на надмірний апетит та надмірну вагу. До того ж до складу інгібіторів протеази входять лактоза з желатином, а у результаті низької віремії енерговидатки падають; спеціалісти вважали, що хороший апетит природний для хворих, якщо стан імунітету та самопочуття в цілому покращуються.

У червні 1997 року Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів (FDA) вперше повідомило про підвищений ризик цукрового діабету на тлі прийому інгібіторів протеази (Ault, 1997). У лютому 1998 року з'явилося нове поняття - ліподистрофія. Спочатку природа ліподистрофії була невідома, але вже у 1999 році було висловлене припущення, що вона пов'язана з токсичною дією препаратів на мітохондрії.

Повне виліковування ВІЛ-інфекції, котре спочатку здавалося здійсненним, сумнівне. Відповідно до математичних моделей у 1997 році, вважали, що для повного та остаточного знищення ВІЛ в організмі буде необхідно найбільше три роки лікування антиретровірусними засобами у терапевтичних дозах. Проте відведений для цього строк збільшувався з кожним наступним дослідженням. Виявилось,

що ВІЛ навіть після тривалого пригнічення зберігається у латентному стані в клітинах (резервуарах). Остаточного на Всесвітній конференції зі СНІДу в Барселоні спеціалісти погодилися з невтішним фактом: звільнити організм від ВІЛ неможливо. За останніми даними, з цією метою хворому довелося б приймати антиретровірусні препарати протягом 50-70 років.

На сьогодні реальнішою є перспектива тривалого, життєвого лікування ВІЛ-інфекції - такого самого, як при інших хронічних хворобах, наприклад, цукровому діабеті. Однак це означає, що хворим доведеться роками приймати препарати, дотримуючись суворої дисципліни. Усі розуміють як важливо у найближчі роки удосконалювати комбінації антиретровірусних препаратів. Не всі ВІЛ-позитивні настільки самодисципліновані та мають сили, щоб десять, двадцять, а то і тридцять років підряд не відступати від режиму лікування та приймати препарати декілька разів на день у один і той же час. Схеми антиретровірусної терапії удосконалюються та оновлюються. Уже доступні схеми, коли препарати приймають один раз на день, а у майбутньому можуть з'явитись нові підходи до лікування.

На даний час для лікування ВІЛ-інфекції відомі п'ять класів антиретровірусних препаратів: нуклеозидні та нуклеотидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ), нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ), інгібітори протеази (ІП) та інгібітори проникнення. Перші чотири з них доступні для практичного застосування. В цілому зареєстровано понад 20 препаратів, у тому числі комбінованих. Робота над новими антиретровірусними засобами не припиняється. Окрім того, проводяться дослідження в галузі імунотерапії ВІЛ-інфекції за допомогою вакцин та цитокінів (інтерферонів, інтерлейкінів).

Основні антиретровірусні препарати за класами:

Нуклеозидні та нуклеотидні інгібітори зворотної транскриптази

ЗТС - ламівудин

АВС - абакавір

АЗТ - зидовудин

d4T - ставудин

ddC - зальцитабін

ddl - диданозин

FTC - емтрицитабін

TDF - тенофовір

FDC (АЗТ+ЗТС) - комбінація зидовудин + ламівудин

FDC (ЗТС+АВС) - комбінація ламівудин + абакавір

FDC (АЗТ+ЗТС+АВС) - комбінація зидовудин + ламівудин + абакавір

FDC (FTC+TDF) - комбінація емтрицитабін + тенофовір

Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази

DLV - делавірдин

EFV - ефавіренц

NVP - невірапін

ETV - етравірин

RIL - рильпівірін

Інгібітори протеази

APV - ампренавір

ATV - атазанавір

DNV - дарунавір

IDV - індинавір

FPV - фосампренавір

LPV - лопінавір

NFV - нелфінавір

RTV - ритонавір

SQV - саквінавір

TPV - тіпранавір

Інгібітори проникнення

MVC - маравірок (Selzentry)

VCV - вікрівірок

T-20 - енфувіртид

Інгібітори інтегрази

RAL - ральтегравір

ETG - ельвітегравір

Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази

Як виходить з назви, дія НІЗТ спрямована на зворотну транскриптазу - фермент ВІЛ. НІЗТ використовуються як "несправжній будівельний матеріал", конкуруючи з природними нуклеозидами, аналогами яких вони є і від яких відрізняються лише незначними змінами в молекулі рибози. Через ці відмінності аналоги нуклеозидів не здатні утворювати фосфодієфірний зв'язок, який необхідний для побудови та стабілізації подвійного ланцюга ДНК, тому коли вони вбудовуються у нову ДНК, її синтез зупиняється.

Щоб почати діяти, НІЗТ повинні спочатку потрапити в клітину, а потім шляхом внутрішньоклітинного фосфорилування перетворитися в активний метаболіт - трифосфат. Зидовудин та ставудин - це аналоги тимідину, а зальцитабін, емтрицитабін та ламівудин - аналоги цитидину. Відповідно, комбінувати зидовудин зі ставудином, зальцитабін з ламівудином або емтрицитабін з ламівудином немає сенсу, адже в цих комбінаціях препарати будуть конкурувати з одним і тим самим нуклеозидом. Диданозин є аналогом інозину та перетворюється в дидезоксиаденозинтрифосфат. Абакавір - аналог гуанозину.

НІЗТ прості для застосування, більшість з них достатньо приймати один раз на добу. Переносяться вони в цілому добре. Протягом перших тижнів лікування нерідко з'являються слабкість, головний біль та шлунково-кишкові порушення. Останні достатньо різноманітні - від легких неприємних відчуттів у животі до нудоти, блювоти та діареї - та добре лікуються за допомогою симптоматичних засобів. У той же час НІЗТ призводять до розвитку великої кількості віддалених побічних ефектів, серед яких пригнічення кровотворення, лактацидоз, полінейропатія та панкреатит. Якщо раніше ліподистрофію пов'язували виключно із застосуванням ІП, то тепер відомо, що НІЗТ здатні викликати різноманітні порушення ліпідного обміну (Galli, 2002). Віддалені побічні ефекти НІЗТ, зумовлені токсичним впливом на мітохондрії, вперше були описані у 1999 році (Brinkmann, 1999). Виходячи з останніх клінічних та наукових даних, НІЗТ суттєво відрізняються один від одного за токсичною дією на мітохондрії. Наприклад, ставудин шкодить значно сильніше абакавіра. Виводяться НІЗТ переважно нирками, тому вони не взаємодіють з препаратами, які метаболізуються печінкою. У зв'язку з цим НІЗТ рідко вступають у взаємодію ліків. Проте, деякі препарати, наприклад: рибавірин, який теж активізується шляхом внутрішньоклітинного фосфорилування, здатні взаємодіяти з НІЗТ зидовудином, ставудином та диданозином (Piscitelli 2001).

Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази

Активність ННІЗТ, як і НІЗТ, спрямована на зворотну транскриптазу ВІЛ. Перші повідомлення про ННІЗТ датуються 1990 роком. На відміну від НІЗТ, засоби цієї групи не використовуються як несправжній будівельний матеріал, а напряду не конкурентно зв'язуються зі зворотною транскриптазою безпосередньо біля ділянки приєднання до неї нуклеозидів. Комплекс, що утворився, блокує ділянку зв'язування зворотної транскриптази, у результаті чого фермент зв'язується з меншим числом нуклеозидів, і процес полімеризації істотно уповільнюється. На відміну від НІЗТ, ННІЗТ не потребують внутрішньоклітинної активації.

Три наявних на сьогодні ННІЗТ - невірапін, делавірдин та іфавіренц - з'явилися у 1996-1998 роках. Хоча дослідження на кшталт INCAS або клінічні випробування протоколу 0021II яскраво продемонстрували, що схеми, які включають невірапін або делавірдин, значно ефективніше схем з двох НІЗТ (Gallant, 1998; Raboud, 1999; Conway, 2000). З самого початку серйозні труднощі викликала стійкість ВІЛ до ННІЗТ. Ризик розвитку перехресної стійкості на тлі прийому ННІЗТ дуже високий та швидкий - однієї точкової мутації в положенні 103

(K103N) гідрофобної ділянки зв'язування достатньо, щоб виключити з арсеналу терапії цілий клас антиретровірусних препаратів! На даний час описано випадки стійкості навіть у жінок, які приймали невірапін однократно під час пологів для профілактики передачі ВІЛ дитині (Eshleman, 2002). За даними двох великих досліджень, частота мутацій стійкості до ННІЗТ після перинатальної профілактики невірапіном досягає 14-32% (Cunningham, 2002; Jourdain, 2004). Таким чином, дуже важливо пам'ятати, що схеми, до складу яких входять ННІЗТ, досить уразливі, та у випадку неповного пригнічення реплікації вірусу затримка із заміною препарату приводить до розвитку стійкості до усіх ННІЗТ. Відміна ННІЗТ не супроводжуються жодними імунологічними або вірусологічними змінами (Picketty, 2004). Пояснюється це тим, що мутації стійкості до ННІЗТ не знижують здатність ВІЛ до репродукції так само, як мутації стійкості до ІП або НІЗТ.

Рандомізовані та великі когортні дослідження неодноразово підтверджували, що ННІЗТ у поєднанні з двома НІЗТ дуже ефективні. За здатністю відновлювати імунну систему та пригнічувати вірусну реплікацію у "наївних" пацієнтів ННІЗТ не поступаються ІП (Staszewski, 1999; Friedl, 2001; Torre, 2001; Podzamczar, 2002; Robbins, 2003; Squires, 2003). У той час як клінічна ефективність ННІЗТ, на відміну від ІП, не доведена, оскільки у передліцензійних дослідженнях ННІЗТ завжди використовувалися винятково побічні показники. У пацієнтів, які отримували лікування раніше, ефективність ННІЗТ нижча, ніж ІП (Yazdanpanah, 2004). Проте, простий режим прийому та переважно хороша переносимість дозволили невірапіну та іфавіренцу зайняти провідне місце у схемах ВААРТ - їх застосовують частіше, ніж ІП. У багатьох рандомізованих дослідженнях вдалось показати, що після досягнення хорошого вірусологічного ефекту ІП у схемі ВААРТ можна замінити на ННІЗТ. Більше того, стримувати реплікацію вірусу після переходу на ННІЗТ іноді вдавалось краще, ніж продовжуючи лікування попередньою схемою з ІП.

На відміну від делавірдину, який свої позиції втратив, іфавіренц та невірапін майже рівнозначні. Дослідження 2NN ("Подвійне дослідження ННІЗТ"), в якому приймали участь 1216 пацієнтів було першим великим рандомізованим клінічним дослідженням, в якому порівнювалися невірапін з іфавіренцом (Van Leth, 2004). Пацієнти отримували базову комбінацію НІЗТ ставудин + ламівудин та або невірапін по 400 мг однократно на добу, або невірапін по 200 мг двократно на добу, або іфавіренц по 600 мг однократно на добу, або іфавіренц по 800 мг однократно на добу + невірапін по 400 мг однократно на добу. Через 48 тижнів лікування вірусне навантаження менше 50 копій/мл виявлено у 56%, 56%, 62% та 47% пацієнтів відповідно. Дослідження 2NN показало, що вибирати між іфавіренцом

та невірапіном необхідно на підставі відмінностей у спектрі їх побічних ефектів. Метаболізм іфавіренцу та невірапіну здійснюється за допомогою ізоферментів цитохрому P450 (Miller, 1997). Невірапін їх активізує, а іфавіренц як активізує, так і пригнічує. У 2007 році зареєстровано нові засоби з групи ННІЗТ (ETV - етравірін, RIL - рильпівірін), котрі мають значну перевагу перед своїми попередниками у вигляді відсутності перехресної резистентності пов'язаної із розвитком мутації в положенні 103 (K103N).

Інгібітори протеази

Протеаза ВІЛ розщеплює поліпротеїн Gag-Pol на окремі білки. За умови її пригнічення порушується сплайсинг та дозрівання вірусної мРНК, у результаті чого утворюються вірусні частинки, які нездатні інфікувати нові клітини. Перші ІП з'явилися на початку 1990-х років, коли стала відома будова протеази ВІЛ. Вчені винайшли препарат, структура якого дозволяла йому вбудовуватися точно в активну ділянку протеази ВІЛ (Deeks, 1997; Somadossi, 1999; Eron, 2001). У 1995 році ІП спричинили революцію у лікуванні ВІЛ-інфекції. Клінічна ефективність індинавіру, ритонавіру та саквінавіру підтверджена щонайменше у трьох великих дослідженнях з оцінкою клінічних результатів (Hammer, 1997; Cameron, 1998; Stellbrink, 2000). Протягом останніх років ІП часто критикують за велику кількість таблеток на прийом, побічні ефекти та дороговизну, проте вони продовжують відігравати важливу роль в ВААРТ, особливо для хворих, які уже отримували антиретровірусну терапію. Із появою нових знань про токсичну дію НІЗТ на мітохондрії і появою простих для застосування ІП для цієї групи антиретровірусних засобів розпочалася епоха відродження - на сьогодні вивчаються схеми ВААРТ, які складаються винятково з ІП. Відмінності між різними засобами незначні, щоб повністю дискредитувати хоча б один засіб цієї групи. Можна відмітити два виключення саквінавір - ТЖК (тверді желатинові капсули) та ритонавір у чистому вигляді. Посилені ІП завідомо ефективніші не бустованих.

Окрім того, що усі ІП мають побічну дію на ШКТ та вимагають прийому великої кількості таблеток, у випадку тривалого застосування вони здатні викликати ліподистрофію та дисліпопротеїдемію (Nolan, 2003). Невеликі рандомізовані дослідження показали, що ритонавір (у повній дозі, а не в малій, що використовується для посилення інших ІП) викликає більш виражену гіперліпопротеїдемію, ніж саквінавір та нелфінавір (Rogge, 2001; Wensing, 2001). Окрім того, ритонавір та бустовані ІП нерідко вступають в численні взаємодії з іншими ліками. З'явилися повідомлення, що ІП здатні порушувати статеву функцію (Schrooten, 2001, Lallemand, 2002).

Усі ІП пригнічують активність ізоферменту IIIA4 системи цитохрому P450 (CYP3A4), у результаті чого вступають в численні взаємодії з іншими ліками. Найсильнішим інгібітором CYP3A4 є ритонавір, найслабшим, ймовірно, - саквінавір.

Інгібітори проникнення

Процес проникнення ВІЛ всередину клітини-мішені, складається з трьох основних етапів:

1. прикріплення ВІЛ до мембранного рецептора - молекули CD4;
2. взаємодія ВІЛ з корецепторами;
3. злиття ВІЛ з клітиною.

Теоретично, на кожен з етапів можна впливати та заблокувати його. На даний час існують три класи лікарських засобів - інгібітори прикріплення, блокатори корецепторів та інгібітори злиття - об'єднані в групу інгібіторів проникнення. У 2003 році в Європі та США був ліцензований перший препарат цієї групи - енфувіртид (Т-20). Енфувіртид - прообраз інгібіторів злиття. Це відносно великий пептид з 36 амінокислот, тому його необхідно вводити підшкірно, як інсулін. Він зв'язується з проміжною структурою білка зовнішньої оболонки ВІЛ - gp41, який з'являється на поверхні вірусу під час злиття з мембраною клітини-мішені. У 2007 році у США зареєстрований новий представник цієї групи (підгрупа 2) - маравірок - блокатор CCR5 корецепторів. Рекомендується для лікування пацієнтів, які отримували АРТ (Anderson MS, 2007).

Інгібітори інтегрази

Інтеграза ВІЛ сприяє інтеграції ДНК копії РНК вірусу в хромосомний набір клітин господаря і є важливим компонентом ефективної реплікації вірусу. Вплив на компонент інтеграції ретровірусної ДНК має згубний вплив на життєвий цикл вірусу, більше того можливість використання інгібіторів, котрі впливають на три різні етапи життєвого циклу вірусу сприятиме покращенню результатів антиретровірусної терапії. У 2007 році зареєстровано перший препарат з цього класу ральтегравір у США. Результати опублікованого дослідження BENCHMRK (протоколи 018 та 019) показало, що вірусне навантаження менше 50 копій/мл при використанні ральтегравіру у дозі 400 мг двічі на добу у комбінації з танофовіром та ламівудином виявлялося у 88% "наївних" (пацієнти, які не отримували лікування) пацієнтів (MarkowitzM, 2006).

АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

ВІЛ-інфекція відрізняється від більшості інших вірусних інфекцій такими особливостями:

- навіть виражена клітинна та гуморальна імунна відповідь, яка розвивається протягом гострої фази не призводить до повного знищення вірусу;
- ВІЛ-інфекція майже ніколи не призводить до смерті в гострій фазі;
- інфекція набуває хронічного характеру, в результаті тривалої персистенції та репродукції вірусу неухильно прогресує, призводячи до розвитку СНІДу.

Акушерські аспекти

ВІЛ і фертильність

Численні дослідження в країнах з різним рівнем розвитку показали, що ВІЛ-інфекція може несприятливо впливати на фертильність. Низка факторів може вплинути на здатність жінок, що живуть з ВІЛ, завагітніти. Причиною зниження рівня фертильності може бути зменшення сексуальної активності з кількох причин, включаючи зниження сексуального потягу та наявності клінічних симптомів, пов'язаних з ВІЛ інфекцією. Також це може бути пов'язане з перенесеними раніше ІПСШ, що призвели до розвитку запальних захворювань тазових органів. Наслідком запальних захворювань органів малого тазу є безплідність, яка реєструється частіше в районах з високим поширенням ВІЛ.

У ЛЖВ запальні захворювання тазових органів мають більше виражені клінічні прояви, частіше формуються tuboovarіальні абсцеси, які потребують хірургічного втручання.

Неможливість настання вагітності може бути пов'язана також з безплідністю чоловіка-партнера, що живе з ВІЛ. Дослідження показали, що в цих чоловіків частіше спостерігається гіпогонадізм зі збільшенням рівня глобуліну, який зв'язує статеві гормони і зменшенням рівня тестостерону в сироватці крові, незалежно від кількості CD4 клітин. У ВІЛ-позитивних чоловіків, особливо на пізніх стадіях захворювання, знижується рухливість сперматозоїдів, їх концентрація і загальна кількість сперми та збільшується кількість патологічних форм сперматозоїдів, що є несприятливим фактором для майбутнього планування вагітності у партнерші. Антиретровірусна терапія може поліпшити якість сперми та зменшити кількість лейкоцитів у спермі.

Тому, внаслідок власних проблем з фертильністю або проблем партнера, жінки, що живуть із ВІЛ, мають труднощі з настанням вагітності й потребують підтримки.

Вплив ВІЛ-інфекції на перебіг вагітності та пологи

Згідно з сучасними даними, ВІЛ-інфекція не має значного впливу на перебіг вагітності та частоту ускладнень. В той же час, ряд досліджень, проведених в Африці, показали несприятливий вплив ВІЛ-інфекції на вагітність і появу ускладнень на ранніх та пізніх термінах вагітності. Так, число самовільних викиднів у ВІЛ-позитивних було в 1,8 разів більше, ніж у не інфікованих. В Україні ця тенденція дещо відрізняється. Так, самовільні викидні в загальному середовищі вагітних складають у 2007 р. 3,4%, серед ВІЛ-позитивних - у 2,3%, у 2007 р. - 1,2%.

Питома вага передчасних пологів у загальному середовищі вагітних у 2007 р. складає 2,9%, серед ВІЛ-позитивних у 2006 р. - 2,3%, у 2007 р. - 5,9%. Тобто частота передчасних пологів у ВІЛ-позитивних перевищує таку у вагітних без ВІЛ-інфекції. Це вказує на необхідність допологової підготовки ВІЛ-позитивної жінки саме в службі планування сім'ї з метою попередження передчасного народження дітей.

У ВІЛ-позитивних вагітних не рідко ВІЛ-інфекція поєднується з іншими ІПСШ: гонореєю, хламідіозом, трихомонозом та сифілісом. Частіше зустрічається бактеріальна пневмонія, інфекції сечових шляхів та інші захворювання, викликані умовно-патогенними інфекціями. Серед молодих ЛЖВ значно частіше розповсюджений Herpes Zoster. Ряд досліджень свідчать про зростання хоріонамніотів у ВІЛ-позитивних вагітних, особливо за умови наявності супутніх ІПСШ.

Згідно з даними декількох досліджень, у ВІЛ-позитивних вагітних вдвічі частіше відбуваються дострокові пологи та передчасне відшарування плаценти. Ряд досліджень свідчать про зростання хоріонамніотів у ВІЛ-позитивних вагітних, особливо за умови наявності супутніх ІПСШ.

Перинатальна смертність в Україні за даними моніторингу 2001-2003 років, серед дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями майже в 4 рази перевищувала рівень серед загальної категорії новонароджених. За останні 3-4 роки цей показник знизився майже на половину.

Мертвонароджуваність в Україні зустрічається частіше у ВІЛ-інфікованих жінок (у 2006 р. - 10,9‰), ніж серед загальної кількості пологів (у 2007 р. - 6,3‰). За даними деяких Центрів Африки

кількість мертвонароджених у ВІЛ-позитивних матерів майже в 2 рази вища, ніж серед загальної популяції.

У ВІЛ-позитивних породіль частіше виникають інфекційні ускладнення в післяпологовому періоді. Дослідження Bulterys M. та співавторів, Semprini A. показали, що при кесаревому розтині може збільшуватись частота запальних ускладнень, підвищуватись материнська смертність, особливо у жінок з низькою кількістю CD4+ лімфоцитів.

Таким чином, у ВІЛ-позитивних вагітних частота ускладнень під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді залежить від стадії ВІЛ-інфекції, стану імунної системи, наявності супутніх ІПСШ, опортуністичних інфекцій.

Призначення антиретровірусної терапії під час вагітності призводить до зниження вірусного навантаження до 1000 і менше копій, збільшення кількості CD4+лімфоцитів, профілактики опортуністичних інфекцій, зниження рівня перинатального ВІЛ-інфікування та збереження здоров'я матері і новонародженої дитини.

Вплив вагітності на прогресування ВІЛ-інфекції

У жінок під час вагітності функція імунної системи змінюється. На початку вагітності знижується рівень імуноглобулінів та комплекменту, а також послаблюється клітинний імунітет. Ці зміни під час вагітності можуть призвести до прогресування ВІЛ-інфекції, але достовірних даних вище зазначеного на сьогодні не представлено.

Дослідження американських та швейцарських вчених не виявили суттєвого впливу вагітності на величину вірусного навантаження. Вагітність майже не впливає на розвиток інфекції при безсимптомному перебігу хвороби, але на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції може призводити до прогресування захворювання. При сполученні ВІЛ-інфекції та малярії значно підвищується ризик материнської та перинатальної смертності. У зонах епідемії ВІЛ-інфекції СНІД є однією із поширених причин материнської смертності (20%).

На сучасному етапі проводяться дослідження відносно впливу вагітності на прогресування ВІЛ-інфекції у разі застосування високо-ефективної антиретровірусної терапії. Так, дослідження в США (2004), що було проведено у 759 ЛЖВ, які отримували ВААРТ, показало: вагітність на фоні ВААРТ супроводжувалась нижчим ризиком прогресування ВІЛ-хвороби, що пояснюється покращенням імунного статусу.

Забезпечення антиретровірусною терапією жінок, що живуть з ВІЛ, є важливим фактором для зниження материнської смертності, ефективним методом попередження ВІЛ-інфекції серед дітей та підвищення виживання дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями, а також поліпшення якості життя самої жінки, що важливо для

профілактики сирітства та позитивного впливу на демографічну ситуацію. Жінки, які потребують ВААРТ, повинні мати необмежений доступ до неї. При виборі режиму ВААРТ необхідно враховувати можливість планованої або непланованої вагітності.

Таким чином, питання впливу вагітності на перебіг ВІЛ-хвороби потребує подальшого вивчення.

Гінекологічні проблеми

Фактори, які сприяють поширенню ВІЛ серед жінок наступні: відмова партнера користуватись презервативами, сексуальне насилля, безробіття серед жінок та важке матеріальне становище, що спонукає використовувати секс як засіб існування.

Європейські дослідження показали, що ризик передачі ВІЛ від чоловіка до жінки в 2 рази більший, ніж навпаки. Спостереження проведено за 563 парами, серед яких було 400 ВІЛ-позитивних чоловіків та їх партнерів - 404 жінки, показало, що було лише 12% неінфікованих жінок та 20% неінфікованих чоловіків, тобто трансмісія ВІЛ від чоловіка до жінки була в 1,9 разів частіше, ніж навпаки. Відомо декілька факторів, що впливають на цю різницю. Одним із цих факторів є те, що концентрація ВІЛ значно вища в спермі порівняно з піхвовим секретом. Наявність генітальних виразок та інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, також підвищують рівень ВІЛ-інфікування. Високе вірусне навантаження, що характерно для гострої ВІЛ-інфекції та пізньої стадії захворювання збільшують ризик ВІЛ-інфікування. Статеві контакти під час менструації збільшують передачу ВІЛ від жінки до чоловіка. У дослідженні Cohen C.R. та співавторами доведено, що при бактеріальному вагінозі у жінок підвищується рівень інтерлейкіну в цервікальному секреті у 10 разів, що сприяє сприйнятливості жінок до ВІЛ-інфекції.

Сучасними дослідженнями доведено, що у жінок ВІЛ не прогресує швидше, ніж у чоловіків. Окремі дослідження показали, що кандидоз стравоходу, дисемінована мікобактеріальна інфекція та рецидивуючий герпес частіше зустрічається у жінок при СНІД-асоційованому комплексі.

Відомо, що існує тісна кореляція між поширенням ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом. Систематичний скринінг на ІПСШ розглядається як частина первинної клінічної оцінки жінок з ВІЛ і повинен включати:

- отримання інформації щодо небезпечних сексуальних практик та симптомів ІПСШ у жінки або її партнера;
- об'єктивне обстеження для виявлення симптомів інфекцій, що передаються статевим шляхом;

- лабораторний скринінг на ІПСШ груп ризикової поведінки.

За даними багатьох досліджень 42-66% ВІЛ-позитивних жінок мають гінекологічні захворювання, зокрема піхвові кандидози, запальні захворювання органів малого тазу, аногенітальні кондиломи, викликані папіломавірусом людини, та цервікальну дисплазію (39% жінок). Незважаючи на те, що спектр уrogenітальних інфекцій в основному однаковий у ВІЛ-негативних та ВІЛ-позитивних жінок, однак, на фоні ВІЛ-інфікування вони мають тенденцію до рецидивів, рефрактерні до терапії та характеризуються більш важким перебігом.

Значна питома вага запальних захворювань органів малого тазу у ВІЛ-позитивних жінок пояснюється раннім початком статевого життя та частою зміною статевого партнера. Так, серед жінок із запальними захворюваннями органів малого тазу (ЗЗОМТ) у 13,6% була діагностована ВІЛ-інфекція. Типовими симптомами ЗЗОМТ є лейкоцитоз, болі в області малого тазу, лихоманка, виділення із цервікального каналу та наявність утворень додатків матки. У ВІЛ-позитивних жінок при ЗЗОМТ абдомінальні болі та лейкоцитоз можуть бути не вираженими. Частота формування тубооваріальних абсцесів однакова у ВІЛ-позитивних та негативних жінок. Однак, ВІЛ-позитивні жінки менш чутливі до медикаментозного і частіше потребують хірургічного лікування (17% ВІЛ-позитивних у порівнянні з 4% негативних). Рекомендується лікувати ЛЖВ із запальними захворюваннями органів малого тазу внутрішньовенним застосуванням антибіотиків цефалоспоринового ряду 2-3 покоління разом із доксициліном, офлоксацином, кліндамицином або гентаміцином.

Найчастішою рецидивуючою генітальною інфекцією у ВІЛ-позитивних жінок є піхвовий кандидоз. Декілька досліджень, проведених протягом 10 років показали, що хронічні рецидивуючі кандидозні вагініти мали місце у 7-89% ЛЖВ. Дослідники вважають, що хронічні та рецидивуючі кандидозні вагініти найчастіше є першою ВІЛ-асоційованою опортуністичною інфекцією, навіть при нормальній кількості CD4+ лімфоцитів. При прогресуванні ВІЛ-інфекції кандидоз поширюється на слизові оболонки ротової порожнини, шлунково-кишкового тракту і, особливо, стравоходу. Важкий перебіг кандидозу стравоходу спостерігається при кількості CD4+ лімфоцитів нижче 50 кл/мкл. Кандидозний вагініт може лікуватись типовими протигрибковими препаратами. Тривалість лікування залежить від перебігу хвороби та наявності реінфекції.

Рецидивуючий простий герпес - це загальна проблема ЛЖВ. Серологічні дослідження показали, що більше 77% ВІЛ-позитивних пацієнток мають герпетичну інфекцію. Найчастіше зустрічається хронічний або рецидивуючий генітальний герпес. Прогресування імунної дисфункції призводить до важких ускладнень та уражень

вісцеральних органів, включаючи пневмоніти, езофагіти або дисеміновану герпетичну інфекцію. Наявність генералізованої герпетичної інфекції свідчить про виражену імуносупресію і є СНІД-асоційованою хворобою. Лікування проводиться антивірусними препаратами.

Папіломавірусна інфекція людини спостерігається у 5 разів частіше у ВІЛ-позитивних жінок, якщо кількість CD4+ лімфоцитів <200 кл/мкл. Причини розвитку папіломавірусної інфекції включають наявність декількох сексуальних партнерів та інфекцій, що передаються статевим шляхом, на фоні імуносупресії. Так при ВІЛ-інфекції ймовірність інфікування папіломавірусною інфекцією складає до 95 %.

Висока частота папіломавірусної інфекції у ВІЛ-позитивних жінок асоціюється із розвитком цервікальної дисплазії, цервікальної інтраепітеліальної неоплазми або карциноми "in situ". Сполучення ВІЛ-інфекції та папіломавірусу людини збільшує ризик малігнізації. Ряд дослідження показали, що розвиток спонтанної карциноми "in situ" спостерігається в 1,3 рази частіше у ВІЛ-позитивних жінок. У жінок, які були інфіковані ВІЛ та папіломавірусом людини, карцинома "in situ" розвивалась у 58 разів частіше, ніж у не інфікованих жінок.

У кожної п'ятої ВІЛ-позитивної жінки протягом 3 років розвивається цервікальна дисплазія. Цервікальна дисплазія зустрічається у 15-40% ВІЛ-позитивних жінок. Ступінь дисплазії пропорційний рівню імуносупресії (кількості CD4+ клітин). Ці пацієнтки мають високий ризик прогресування захворювання із поширенням на ендцервікс, генітальний тракт та анальну зону. Після лікування (кріотерапія, лазеротерапія, кон-біопсія, ексцизія) рецидиви діагностуються у 40-60% пацієнток, а при рівні CD4+ <500 кл/мкл значно частіше. Епізоди прогресування та регресії цервікальної дисплазії однакові у ВІЛ-негативних та ВІЛ-позитивних жінок, якщо кількість CD4+ >200 кл/мкл крові та рівень вірусного навантаження < 4000 копій/мл. На фоні антиретровірусної терапії зменшується вірусне навантаження та спостерігається регресія цервікальної дисплазії.

Важливу роль у розвитку цервікального раку відіграють ВІЛ-протеїни. Так, протеїн Tat контролює експресію геномів вірусу та сприяє їх синтезу; протеїн Rev контролює експресію геномів вірусу; Vpr - забезпечує інфікування макрофагів, сприяє реплікації вірусу. Важливу роль відіграють імунні фактори, особливо важлива локальна імунна реакція, лімфоцити CD4+/CD8+, антигени в клітинах Лангерганса. Імуносупресія погіршує перебіг процесу. Було визначено, що на ділянках дисплазії кількість CD8+ лімфоцитів підвищена. При ВІЛ-інфекції кількість клітин Лангерганса в шийці матки зменшується та змінюється співвідношення CD4+/CD8+ лімфоцитів. Особливо впливає на стан клітин Лангерганса папіломавірус людини, що погіршує їх локальний імунітет.

Інвазивна цервікальна карцинома у ВІЛ-позитивних жінок характеризується високим ступенем диференціації, ураженням лімфатичних вузлів та поширеними метастазами, які відзначаються вже під час встановлення діагнозу. Середній рівень CD4+ лімфоцитів при діагностиці цервікальної карциноми досягає 360 кл/мкл.

У пацієнток з відомим ВІЛ-статусом діагноз цервікального раку часто необґрунтовано затримується, оскільки такі ознаки, як незначна лихоманка, втрата ваги, слабкість є ознаками ВІЛ-хвороби. Цервікальний рак у ВІЛ-позитивних характеризується агресивним перебігом, високим рівнем рецидиву та стійкістю до терапії. У 40% ВІЛ-позитивних жінок спостерігаються ускладнення після загальної терапії. Використовують різні схеми лікування: хірургічне, променеву та хіміотерапію залежно від імунного статусу. Тому, враховуючи таку ситуацію жінки скоріше можуть вмерти від цервікальної карциноми, ніж від ВІЛ-інфекції.

Інвазивна цервікальна карцинома відноситься до СНІД-асоційованих хвороб. Клінічно можна рекомендувати тестування на ВІЛ пацієнткам із вперше діагностованою цервікальною карциномою. Так, ЛЖВ у віці до 50 років у 19% випадків мали цервікальний рак.

ВІЛ-позитивним жінкам рекомендується проводити цитологічне дослідження та гінекологічне обстеження. За умови нормального результату цитологічне обстеження ВІЛ-позитивних жінок проводиться кожні 6 місяців. Якщо повторно через 6 місяців результат цитологічного обстеження нормальний - без виявленої патології, в подальшому обстеження проводиться щорічно. Якщо при цитологічному дослідженні є дані про запальний процес, рекомендується визначити етіологічний фактор запалення та провести лікування. Цитологічне обстеження або кольпоскопію необхідно повторити через 3 місяці.

Не знайдено зв'язку ВІЛ-інфекції та порушень менструальної функції. Але можуть спостерігатись дисфункційні маткові кровотечі або аменорея, що пояснюється втратою маси тіла, емоційним стресом або іншими ускладненнями ВІЛ-інфекції. ВІЛ-позитивні жінки, які є СІН, частіше мають тривалу аменорею або нерегулярні менструації, проте це пов'язано з комплексом негативних факторів.

Таким чином, ВІЛ-позитивні жінки мають численні гінекологічні захворювання, такі як: хронічні рецидивуючі запальні захворювання органів малого тазу, кандидоз, герпетичну та папіломавірусну інфекцію, цервікальну дисплазію, інвазивну цервікальну карциному, тобто потребують регулярного спостереження та лікування з метою їх профілактики та подовження життя кожної жінки з повною реалізацією репродуктивної функції.

КОНСУЛЬТУВАННЯ

ОСНОВИ КОНСУЛЬТУВАННЯ

Консультування - інструмент, що широко використовується в галузі інтелектуальних технологій. Консультативна робота знаходить застосування в різноманітних областях і сферах фахової діяльності і життя людини. Існує медичне і психологічне консультування, організаційне і управлінське, педагогічне і профорієнтаційне, кадрове і маркетингове. Часто консультування, як одна з форм роботи, застосовується в тих галузях, де необхідно використання психологічних знань, оскільки консультування є процесом спілкування, який включає аспект впливу.

Консультування з питань репродуктивного і сексуального здоров'я дуже тісно пов'язане з консультуванням психологічним, використовує його методи, особливості побудови консультативної бесіди та принципи, а найчастіше і техніки психологічного консультування.

Консультування з питань репродуктивного і сексуального здоров'я - це комплекс заходів, спрямованих на усвідомлення пацієнтом своїх проблем в області репродуктивного та сексуального здоров'я, пошук шляхів їх вирішення і способів досягнення прийнятих рішень, включаючи зміну поведінки в сторону менш ризикованої.

У процесі консультування беруть участь дві сторони: **консультант і пацієнт (клієнт)**.

Консультант - підготовлений спеціаліст, який володіє знаннями, уміннями та навичками консультування (з питань репродуктивного, сексуального здоров'я та у зв'язку з тестуванням на ВІЛ).

Пацієнт (клієнт) - будь-яка людина, яка звернулась за допомогою до консультанта.

Медичні спеціалісти будь-якого рівня надання медичної допомоги повинні бути підготовлені для проведення консультування з усіх існуючих методів контрацепції. При цьому вони не повинні застосовувати ніяких методів стимулювання чи примушення пацієнтів до використання як планування сім'ї у цілому, так і будь-якого окремого методу контрацепції.

Мета консультування - надання допомоги пацієнту в вирішенні певних проблем та прийнятті поінформованого рішення.

Задачі консультування можуть бути різними в кожному конкретному випадку та залежати від очікувань пацієнта і можливостей консультанта задовольнити ці очікування.

Консультування розділяють:

Залежно від тривалості спілкування та кількості зустрічей на:

Короткотривале консультування, спрямоване на вирішення приватних проблем пацієнта. Подібний вид консультування, як правило, здійснюється у випадках, коли проблема, з якою звертається до спеціаліста пацієнт, не є складною. Так, наприклад, звернення пацієнта з проблемою вибору певного виду презервативу не вимагає від консультанта складного діагностичного вивчення особистісних і поведінкових дій пацієнта. В даному випадку консультанту необхідно розповісти пацієнту про існуючі види презервативів із нагадуванням про їх відмінні властивості і характерні якості і позитивно "підкріпити" рішення пацієнта використовувати даний вид запобігання вагітності, ІПСШ та ВІЛ.

Тривале консультування, орієнтоване на особистісні характеристики пацієнта. Складність проблеми вимагає від консультанта проведення серйозного психодіагностичного вивчення особистості пацієнта, кропіткого аналізу проблеми, потужного психокорекційного впливу. Рішення подібних проблем неможливо обмежити короткостроковим консультуванням.

Оперативне консультування, спрямоване на надання термінової медико-психологічної допомоги пацієнту. Проблема, із якою звертається пацієнт до консультанта, може бути досить складною і при цьому потребувати надання термінової допомоги.

Залежно від типу консультування на:

1. Індивідуальне. Індивідуальне консультування є основним видом діяльності консультанта. Воно передбачає високий ступінь конфіденційності. Тому даний вид консультування передбачає певні вимоги до дій консультанта та умов організації консультативного процесу.

2. Групове. Це будь-які форми надання консультативної допомоги групі осіб. Численність групи залежить від завдань (здебільшого для інформування певного колективу людей) та умов проведення консультування, але не повинна перевищувати 30 осіб. Групове консультування має свої переваги. Воно дозволяє заощаджувати час консультанта. Групи можуть включати: навчальний клас, студентів, вчителів, лікарів, спеціалістів соціальних служб або спеціально підбрану групу пацієнтів. Групове консультування вимагає від консультанта особливих навичок: уміння "вести" групу, відстежувати психологічну динаміку, як кожного члена групи, так і загальну групову динаміку.

3. Сімейне. Це окремий випадок групового консультування, який знаходить застосування у випадках роботи з подружніми пара-

ми або сім'ями. Психологічні проблеми пари у сімейному житті є взаємопов'язаними. Вони, як правило, створюють єдину подружню психологічну проблему, яку необхідно вирішувати з позицій парного підходу.

Залежно від призначення на:

1. Довідково-інформаційне. Даний вид консультування має на меті з'ясування інформаційних прогалин і надання пацієнту відсутньої в нього інформації.

2. Діагностичне. Проводиться з метою детального аналізу проблеми пацієнта і проведення серйозних корекційних впливів. Консультанту необхідно більш повно визначити психологічні особливості пацієнта. Крім того, діагностика особистості пацієнта може бути і самоціллю, наприклад, за запитом самого пацієнта.

3. Коригуюче. Основною задачею є проведення корекції неадекватного сприйняття, оцінки, реагування та поведінки пацієнта.

4. Формуюче та розвиваюче. Його основне завдання - формування та розвиток певних умінь і навичок. Наприклад, уміння сказати "ні", навичок контролю своєї поведінки. Подібне консультування може проводитися, як для пацієнтів, що звертаються до консультанта за допомогою, так і для спеціалістів (консультування певних груп).

Консультування - головний етап надання допомоги пацієнтам. Він використовується у всіх сферах медицини.

Консультування - це конфіденційна бесіда, що передбачає двостороннє спілкування (діалог, а не монолог) і концентрується на індивідуальних потребах пацієнта.

Консультант надає пацієнтові чітку та об'єктивну інформацію і допомагає зробити усвідомлений вибір (прийняти поінформоване і добровільне рішення).

Консультант повинен пам'ятати, що кожен пацієнт має право на:

- отримання достовірної та вичерпної інформації;
- доступність послуг та якість обслуговування;
- поінформовану свободу вибору;
- безпеку для здоров'я;
- спілкування з консультантом наодинці;
- анонімність консультування;
- висловлювання своєї думки;
- гідність і повагу;
- комфорт;
- безперервність надання послуг.

Елементи консультування

- допомогти пацієнтові відчувати себе комфортно;
- слухати з увагою і повагою;
- пояснювати пацієнту терміни;
- задавати конкретні питання;
- приділяти достатньо часу обговоренню проблем пацієнта (не можна давати зрозуміти, що ви поспішаєте, оскільки це зменшує довіру пацієнта до консультанта);
- не перевантажувати пацієнта інформацією;
- намагатись упевнитись, що пацієнт правильно зрозумів надану інформацію.

Вимоги до ефективного консультанта

Для ефективного консультування велике значення мають наступні риси, які необхідно мати консультанту:

1. Емпатія, або розуміння - уміння побачити світ очима іншої людини.
2. Повага - ставлення до іншої людини, що має на увазі віру в її здатність подолати проблему.
3. Конкретність або спроможність бути певним і точним - спосіб комунікації з іншою людиною, маючи очевидну ясність відносно своїх висловлювань.
4. Знання і прийняття себе, а так само готовність допомогти в цьому іншим.
5. Відвертість - уміння бути чесним у взаємовідносинах.
6. Конгруентність - відповідність слів мові тіла.
7. Безпосередність (спроможність робити щось негайно без обмовок, за своїм внутрішнім потягом, просто та щиро) - робота з тим досвідом, що має місце в повсякденному житті пацієнта.

Ключ до якісного консультування

Ефективний консультант:

- має високу поінформованість;
- вміє уважно слухати і чітко висловлювати свої думки;
- сприймає не тільки слова, але й емоційні переживання пацієнта;
- дає зрозуміти пацієнтові, що його переживання є природними та зрозумілими;
- вміє задавати питання, спрямовані на одержання інформації, необхідної для надання допомоги пацієнтові, задає навідні і відкриті питання;
- виявляє поважне ставлення до пацієнта;

- володіє навичками "невербального спілкування";
- демонструє зацікавленість у пацієнті, як особистості;
- вміє визначити ступінь поінформованості пацієнта;
- усвідомлює те, що пацієнт приймає рішення на основі інформації медичного характеру;
- чесний, стосовно надання пацієнту вичерпаної інформації;
- враховує цінності, уявлення і переконання пацієнта, а також розуміє вплив цих факторів на роботу з пацієнтом;
- заохочує пацієнта задавати питання;
- звертає увагу на "мову тіла" і тональність голосу пацієнта;
- не зловживає питаннями "чому?" (такі питання можуть створити в пацієнта враження, що йому потрібно виправдовуватися);
- веде розмову у зручному для пацієнта темпі;
- перефразує пацієнта для правильного розуміння його думок і емоційних переживань;
- використовує у своїй мові репліки, що заохочують пацієнта до подальшої розмови;
- ефективно виконує всі етапи консультування;
- усвідомлює важливість інформованої згоди;
- бере до уваги всі аспекти здоров'я пацієнта;
- надає послуги в умовах конфіденційності при повному дотриманні лікарської таємниці;
- своєчасно скеровує пацієнта до спеціаліста, у якого є потреба.

Техніки консультування

До основних технік консультування відносяться:

- Вміння ставити запитання.
- Підбадьорення та заспокоєння.
- Відображення змісту: перефразування й узагальнення.
- Відображення почуттів.
- Паузи мовчання.
- Надання інформації.
- Інтерпретація.
- Конфронтація.
- Почуття консультанта і самовідкриття.
- Структурування консультування.
- Завершення консультування.

Постановка запитань.

Запитання розділяються на закриті і відкриті.

Закриті запитання застосовуються для одержання конкретної інформації, допускають односкладову відповідь, підтвердження або

заперечення ("так", "ні"). Наприклад: "Чи знаєте Ви способи запобігання ІПСШ або вагітності?"

Відкриті запитання існують не стільки для отримання інформації про життя пацієнтів, скільки дозволяють обговорювати почуття. Відкриті запитання розширюють і поглиблюють контакт, закриті запитання обмежують його.

Відкриті запитання дають можливість ділитися своїми проблемами з консультантом. Вони передають пацієнту відповідальність за бесіду і спонукають його досліджувати свої переконання, почуття, думки, цінності, поведінку, тобто свій внутрішній світ.

Виділяють основні моменти консультування з використанням відкритих запитань:

1. Початок консультативної зустрічі ("З чого сьогодні Ви б хотіли розпочати?", "Що відбулося за той тиждень, відколи ми не бачилися?").
2. Спонування пацієнта продовжувати або доповнювати сказане ("Що ще Ви хотіли б сказати про це?", "Чи можете додати що-небудь до того, що сказали?").
3. Спонування пацієнта проілюструвати свої проблеми прикладами, щоб консультант міг краще їх розуміти ("Чи зможете Ви розповісти про якусь конкретну ситуацію?").
4. Зосередження уваги пацієнта на почуттях ("Що Ви відчуваєте, коли розповідаєте мені про себе?", "Що Ви відчували тоді, коли все це відбулося з Вами?").

Хоча формування запитань є важливою технікою консультування, варто уникати надмірного опитування. Будь-яке запитання повинне бути обґрунтованим - задаючи його, треба знати з якою метою воно ставиться. Це дуже складна проблема для починаючого консультанта, який нерідко занадто переймається про що ж іще запитати пацієнта і забуває, що насамперед пацієнта треба слухати. **Якщо опитування перетворити в основну техніку консультування, то і консультування може набутися риси допиту або слідства.** У такій ситуації пацієнт залишить кабінет консультанта з почуттям, що його не стільки зрозуміли і закликали до емоційної участі в консультативному контакті, скільки допитували.

Задаючи запитання пацієнтам, необхідно пам'ятати про деякі правила:

1. Запитання "Хто, що?" частіше усього орієнтовані на факти, тобто питання такого типу збільшують можливість фактологічних відповідей.
2. Запитання "Як?" у більшій мірі орієнтовані на людину, її поведінку, внутрішній світ.

3. Запитання "Чому?" нерідко провокують захисні реакції пацієнтів, тому їх варто уникати в консультуванні. Поставивши запитання такого типу, частіше всього можна почути відповіді, засновані на раціоналізації та інтелектуалізації, оскільки не завжди легко пояснити дійсні причини своєї поведінки (а на них насамперед і бувають спрямовані запитання "чому?"), яка обумовлена багатьма досить суперечливими чинниками.
4. Треба уникати постанови одночасно кількох запитань (іноді в одному запитанні закладені інші). Наприклад: "Як Ви розумієте свою проблему? Чи не думали Ви про свої проблеми коли-небудь раніше?". В обох випадках пацієнту може бути незрозуміло, на яке із запитань відповідати, тому що відповіді на кожну частину подвійного запитання можуть бути цілком різні.
5. Не слід те ж саме запитання задавати в різних формулюваннях. Пацієнту стає незрозуміло, на який із варіантів потрібно відповідати.
6. Не можна запитанням провокувати відповідь пацієнта. Наприклад, запитання "Чи все йде добре?" частіше усього спонукає пацієнта дати позитивну відповідь. У цьому випадку краще задати відкрите запитання: "Як ваші справи вдома?". У подібних ситуаціях пацієнти нерідко користуються можливістю дати непевну відповідь, наприклад: "Непогано". Консультанту потрібно уточнити відповідь іншими питаннями такого типу: "Що для Вас означає \"непогано?\". Це дуже важливо тому, що часто в ті ж самі поняття ми вкладаємо досить різний зміст.

Підбадьорення та заспокоєння дуже важливе для створення і зміцнення консультативного контакту. Підбадьорити пацієнта можна стислою фразою, що означає згоду та розуміння. Така фраза спонукає пацієнта продовжити розповідь. Наприклад: "Продовжуйте", "Добре", "Так" тощо. Досить поширена реакція, що виражає підбадьорення: "Ага", "М-мм". У перекладі на звичайну мову ці частки означали б: "Продовжуйте, я знаходжусь поруч з Вами, я уважно слухаю Вас". Підбадьорення виражає підтримку - основу консультативного контакту.

Іншим важливим компонентом підтримки пацієнта є заспокоєння, що разом із підбадьоренням дозволяє пацієнту повірити в себе і ризикувати, змінюючи деякі аспекти особистості, випробовуючи нові способи поведінки. Це теж короткі фрази консультанта, що виражають згоду: "Дуже добре", "Не хвилюйтесь через це".

Відображення змісту: перефразування й узагальнення. Щоб відображати зміст розповіді пацієнта, необхідно перефразувати

або узагальнити кілька його висловів. Таким чином, пацієнт переко-нується, що його уважно слухають і розуміють. Відображення змісту допомагає пацієнту краще зрозуміти себе, розбиратися в своїх дум-ках, ідеях і установах.

Перефразування найбільш прийнятне на початку консульту-вання, тому що спонукає пацієнта більш відкрито обговорювати свої проблеми. Проте, з іншого боку, воно недостатньо поглиблює бесіду.

Виділяють **три основні задачі** перефразування:

- показати пацієнту, що консультант дуже уважний і нама-гається його зрозуміти;
- допомогти пацієнту сформулювати основну думку, повто-рюючи її в стислому вигляді;
- перевірити вірність розуміння пацієнтом власної проблеми.

При перефразуванні слід пам'ятати прості правила:

- перефразовується основна думка пацієнта;
- не можна спотворювати або змінювати зміст твердження пацієнта, а також додавати що-небудь від себе;
- треба уникати дослівного повторення висловлень пацієн-та, бажано думки пацієнта виражати своїми словами.

Добре перефразована думка пацієнта стає яснішою і кон-кретнішою, а це допомагає пацієнту самому зрозуміти, що саме він хотів сказати.

В узагальненні виражається основна ідея кількох мало пов'яза-них між собою тверджень або довгого і заплутаного висловлювання. Узагальнення допомагає пацієнту систематизувати свої думки, прига-дати те, що було сказане, спонукає до розгляду важливих тем і сприяє дотриманню послідовності консультування. Якщо перефразу-вання охоплює щойно висловлені твердження пацієнта, то узагаль-ненню підлягає цілий етап бесіди або навіть уся бесіда:

- консультант хоче структурувати початок бесіди, щоб об'єднати її з попередніми;
- пацієнт говорить дуже довго і заплутано;
- одна тема бесіди уже вичерпана і намічається перехід до іншого етапу бесіди;
- прагнення надати бесіді визначений напрямок;
- наприкінці зустрічі, щоб підкреслити істотні моменти бесіди і дати завдання на період до наступної зустрічі.

Відображення почуттів. Пізнання та відображення почуттів пацієнта є однією з найголовніших технік консультування. Ці процеси більше, ніж техніка, вони неодмінна складова стосунків двох людей. Відображення почуттів тісно пов'язано з перефразуванням висловле-них пацієнтом думок. Різниця лише в тому, що перефразування зосе-реджується на змісті, а відображення почуттів - на тому, що прихова-

но за змістом. Бажаючи відобразити почуття пацієнта, консультант уважно вислуховує його зізнання, перефразовує окремі твердження, але орієнтується на почуття, висловлені пацієнтом у визнаннях.

Важливо звернути увагу на співвідношення фактів і почуттів у консультативній бесіді. Нерідко, захопившись розпитуванням, консультант починає ігнорувати почуття пацієнта.

У консультуванні існує правило: ***"запитуючи про почуття пацієнта - ми почуємо також і факти з життя, але коли ми запитуємо тільки про події - практично немає ніяких шансів почути що-небудь про почуття"***. Це правило вказує на важливість питань про почуття і на істотну роль відображення почуттів у консультуванні, що є необхідною умовою підтримки консультативного контакту в орієнтованій на пацієнта терапії.

Говорячи про почуття в консультуванні, можна сформулювати кілька узагальнюючих принципів, що охоплюють не тільки відбиток почуттів пацієнта, але і відображення почуттів консультантом:

1. Консультант зобов'язаний як можна повніше і точніше ідентифікувати почуття як пацієнтів, так і свої.
2. Не обов'язково відображати або коментувати кожне почуття пацієнта - будь-яка дія консультанта повинна бути доцільною.
3. Обов'язково звертати увагу на почуття, коли вони:
 - викликають проблеми в консультуванні,
 - можуть підтримати пацієнта і допомогти йому.

У консультуванні завжди більш значимі почуття пацієнта, а не консультанта.

Паузи мовчання

Мовчання в консультуванні може мати різноманітний зміст:

1. Паузи мовчання, особливо на початку бесіди, можуть виражати тривогу пацієнта, його погане самопочуття, розгубленість через сам факт консультування.

2. Мовчання далеко не завжди означає відсутність реальної активності. Під час пауз мовчання пацієнт може шукати потрібні слова для продовження своєї розповіді, зважувати те, про що йшла мова перед цим, намагатися оцінити виниклі під час бесіди здогадки. Консультанту також потрібні паузи мовчання для обмірковування минулої частини бесіди і формулювання важливих питань. Періодичні паузи мовчання роблять бесіду цілеспрямованою тому, що в цей час подумки виявляються істотні моменти бесіди, формулюються основні висновки. Паузи мовчання допомагають не пропускати важливі питання.

Мовчання також може означати, що і пацієнт, і консультант сподіваються на продовження бесіди з боку один одного.

3. Пауза мовчання, особливо якщо вона суб'єктивно неприємна як пацієнту, так і консультанту, може означати, що обидва учасники бесіди і вся бесіда виявилися в безвиході, і зараз якраз відбувається пошук виходу з ситуації, що склалася, та/або нового напрямку бесіди.

4. Мовчання в деяких випадках виражає опір пацієнта процесу консультування. Тоді воно стає маніпуляцією стосовно консультанта. Пацієнт веде гру: "Я можу сидіти як камінь і подивлюся, чи вдасться йому (консультанту) зрушити мене".

5. Іноді паузи мовчання виникають, коли бесіда протікає на поверхневому рівні та уникається обговорення найбільш важливих і значимих питань. Проте, така ситуація збільшує тривожність пацієнта.

6. Мовчання іноді може бути глибоким узагальненням без слів. Тоді воно є більш осмисленим і красномовним, ніж слова. Консультант повинен дозволити пацієнту бути в консультативному контакті таким, яким йому хочеться, в тому числі і мовчати. Відносно пауз мовчання іноді виникає питання: чи повинен консультант сам переривати паузи мовчання? Поширена думка, **що консультант повинен переривати порожнє мовчання і не поспішати переривати продуктивне мовчання**. Коли пацієнт замовкає і мовчання триває довго, доречно зауваження консультанта: "Ви, здається, задумалися. Не хотіли б поділитися тим, що зараз відчуваєте?" або "Що важливе для себе Ви чуєте в цьому мовчанні?" Водночас не варто забувати, що пацієнт сам відповідає за припинення мовчання.

Надання інформації. Завдання консультування досягаються за допомогою надання пацієнту інформації: консультант висловлює свою думку, відповідає на запитання пацієнта та інформує його про різні аспекти обговорюваних проблем. Інформація, як правило, пов'язана з процесом консультування, поведінкою консультанта або умовами консультування.

Надання інформації в консультуванні є дуже важливим.

Надаючи інформацію, консультант не повинен забувати, що пацієнти часом задають питання з тим, щоб усунутись від обговорення своєї проблеми і дослідження їх особистості. У дійсності важко відрізнити питання, що вказують на занепокоєність пацієнта від прагнення пацієнта маніпулювати консультантом за допомогою питань.

Інтерпретація. Суть інтерпретації полягає в тому, щоб незрозуміле зробити зрозумілим.

Інтерпретування повинне проводитися з урахуванням стадії консультативного процесу. Ця техніка малоприматна на початку консультування, коли передбачається досягнення довірливих стосунків із пацієнтами, але пізніше вона є дуже корисною для розкриття психодинаміки проблем.

Ефективність інтерпретування значною мірою залежить від його глибини і часу проведення. Інтерпретація, як правило, не повинна бути надто глибокою. Вона повинна бути пов'язана з тим, що пацієнт уже знає. Дієвість інтерпретації визначається своєчасністю і готовністю пацієнта її прийняти. Якою би мудрою й точною не була інтерпретація, якщо вона подана в неслухний час, то ефект буде нульовим, оскільки пацієнт не зможе зрозуміти пояснень консультанта.

Ефективність інтерпретації залежить і від особистості пацієнта. Пацієнти, які мають високий рівень самоповаги та освіти, більш чутливі до інтерпретацій і, навіть коли не погоджуються з консультантом, приймають їх до уваги.

Консультант зобов'язаний уміти розуміти реакції пацієнта на суть інтерпретацій. Емоційна байдужість пацієнта повинна змусити консультанта подумати про відповідність інтерпретації реальному стану речей. Проте, якщо пацієнт відреагував вороже і одразу відкинув інтерпретацію як неправдоподібну, є підстава припускати, що інтерпретація торкнулася суті проблеми.

Конфронтація. Кожен консультант, час від часу, змушений у терапевтичних цілях вступати в конфронтацію з клієнтами. G. Egan визначає конфронтацію, як реакцію консультанта, що суперечить поведінці клієнта. Частіше за все, протистояння буває спрямоване на двоїсту поведінку клієнта: уникнення, "гра", хитрощі, вибачення, "кидання порошу в очі", тобто на усе те, що заважає клієнту побачити і вирішувати свої щоденні проблеми. Конфронтацією клієнту показують способи психологічного захисту, що пригнічують і обмежують становлення особистості, але використовуються для пристосування до життєвих ситуацій. У центрі конфронтації зазвичай опиняється стиль міжособистісного спілкування клієнта, що відбивається в консультативному контакті. Консультант звертає увагу на прийоми, за допомогою яких клієнт намагається уникнути обговорення важливих тем, спотворює злободенність своїх життєвих ситуацій тощо.

Використання конфронтації в консультуванні повинно бути обґрунтовано деякими простими правилами:

- необхідно старанно охарактеризувати зміст неадекватної поведінки пацієнта і її контекст, проте, не слід все висловлювати одночасно;
- необхідно докладно викласти пацієнту і його близьким наслідки суперечливої поведінки, в тому числі в процесі консультування;
- необхідно допомогти пацієнту знайти способи подолання його проблем.

Доповнюючи перераховані правила, хотілося б підкреслити, що конфронтація з пацієнтом в жодному разі не повинна бути агресив-

ною і категоричною. Бажано частіше використовувати фрази: "мені здається", "будь-ласка, спробуйте пояснити", "якщо я не помиляюся", що виражають певні сумніви консультанта і пом'якшують тон конфронтації.

Почуття консультанта і самовідкриття. Консультування завжди потребує не тільки досвіду, прозорливості, але й емоційного занурення в процес. Проте, дуже важливо, щоб емоційна участь була доречною і слушною для інтересів пацієнта, а не самого консультанта.

Консультант за допомогою демонстрації своїх почуттів розкривається перед пацієнтом. Розкритися в самому широкому розумінні - це означає показати своє емоційне відношення до подій і людей.

Структурування консультування. Ця процедура проходить через весь процес консультування. Структурування означає організацію стосунків консультанта з пацієнтом, виділення окремих етапів консультування й оцінку їхніх результатів, а також надання пацієнту інформації про процес консультування. Закінчивши один етап, ми разом із пацієнтом обговорюємо результати, формулюємо висновки. Необхідно переконатися, що оцінки результатів даного етапу консультантом і пацієнтом збігаються.

Структурування відбувається протягом усього консультування. Робота з пацієнтом здійснюється за принципом "крок за кроком". Кожний новий етап починається з оцінки того, що досягнуто. Це сприяє бажанню пацієнта активно співпрацювати з консультантом, а також створює можливість у випадку невдачі на окремому етапі знову повернутися до нього. Таким чином, суть структурування - участь пацієнта в плануванні процесу консультування.

Завершення консультування. Припинення консультування частіше за все відбувається природно, коли пацієнт починає чітко усвідомлювати свої проблеми і свободу вибору рішень або коли проблеми вичерпуються в ході консультування. Питання про припинення консультативних зустрічей пацієнт і консультант вирішують разом. Остання зустріч повинна бути присвячена підведенню підсумків і встановленню найважливіших результатів. Краще щоб першим це зробив сам пацієнт. Тільки він спроможний сформулювати дійсні результати. Консультант має допомогти пацієнту точніше і конкретніше визначити зміни, що відбулися за період консультування. Саме конкретність свідчить про усвідомлене прийняття пацієнтом змін, що відбулися.

Часом виникає питання про необхідність зустрічей із пацієнтом по закінченні консультування. Потрібно залишити можливість пацієнту звертатися до консультанта у випадку потреби, при виникненні нових проблем, але з іншого боку, не варто заохочувати такі звертання. Якщо консультування було ефективним, у пацієнта не повинно виникнути потреби в нових зустрічах.

КОНСУЛЬТУВАННЯ З ПИТАНЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Консультавання з планування сім'ї - це система медико-психологічних і соціальних заходів, спрямованих на профілактику небажаної вагітності, хвороб, що передаються статевим шляхом та ВІЛ-інфекції, кінцевою метою яких є збереження репродуктивного та сексуального здоров'я населення.

Приймаючи до уваги завдання та особливості діяльності служб планування сім'ї, виділяють такі напрямки консультавання з планування сім'ї:

- консультавання з питань контрацепції, включаючи і невідкладну (екстрену) контрацепцію;
- дошлюбне консультавання;
- післяабортне консультавання;
- консультавання сім'ї під час вагітності і у післяпологовому періоді;
- консультавання неплідних подружніх пар;
- консультавання при сексуальних розладах.

Окремо виділяється консультавання підлітків з питань контрацепції, що має свої специфічні підходи та методи.

Консультавання з питань планування сім'ї повинне допомогти пацієнтам:

- зробити поінформований (усвідомлений) вибір, що стосується їх репродуктивних можливостей;
- вибрати метод контрацепції, який їх влаштовує;
- правильно та успішно використовувати обраний метод;
- попередити небажану вагітність, ІПСШ.

Якісне консультавання концентрується на потребах конкретного пацієнта в конкретній ситуації, що є запорукою успіху використання конкретного засобу контрацепції та попередження небажаної вагітності. Професіоналізм консультанта залежить багато в чому і від його готовності вислухати, правильно і своєчасно відповісти на всі питання та намагатись подолати сумніви пацієнта щодо поінформованого вибору методу.

Поінформований вибір - добровільне рішення пацієнта, засноване на отриманій необхідній інформації. Щоб пацієнт зробив свій усвідомлений правильний вибір, консультант повинен надати достовірну та достатню інформацію про проблему (проблеми) пацієнта і способи її (їх) рішення.

Під час консультування спеціалісти повинні зважати на:

- репродуктивні плани жінки чи пари (перерва між пологами або планування пологів);
- персональну інформацію, включаючи прихильність та доступність до контрацепції (слід поцікавитись скільки часу та коштів витрачено пацієнтом на дорогу до цього лікувального закладу);
- можливі біль чи незручність після процедури (порадити, як з цим можна справитись пацієнту після повернення до дому);
- доступність і наявність інших засобів, необхідних при використанні обраного методу контрацепції;
- необхідність захисту від ІПСШ, включаючи ВІЛ.

Консультант і пацієнт повинні обговорити наступну інформацію:

- механізм дії обраного методу. Може так статись, що пацієнту не підійде ні один із існуючих видів контрацепції або він не може з огляду на свої особисті переконання користуватись контрацептивами, тому йому необхідно запропонувати один із доступних йому немедикаментозних методів планування сім'ї;
- ефективність методу;
- переваги і недоліки методу;
- неконтрацептивні властивості;
- зворотність методу;
- можливі короткострокові і довгострокові побічні ефекти, ускладнення;
- стани, що потребують звернення до лікаря.

Надаючи послуги з ПС, необхідно пам'ятати, що пацієнт має право відмовитись від проходження будь-якого виду медичного огляду.

Переваги консультування з питань планування сім'ї:

- підвищується рівень поінформованості населення;
- поліпшується прихильність населення до методів контрацепції;
- вибір методу контрацепції відбувається більш усвідомлено;
- метод контрацепції застосовується більш ефективно;
- збільшується тривалість використання контрацепції;
- підвищується задоволеність пацієнтів;

- поширюється достовірна інформація та змінюються хибні уявлення щодо негативного впливу контрацепції на здоров'я.

Незважаючи на те, що існує безліч ефективних методів контрацепції, можлива так звана контрацептивна невдача, або виникнення непланованої вагітності. У такому випадку під час консультування треба проінформувати пацієнтку про наявні в неї можливості щодо репродуктивного вибору.

Етапи консультування з питань планування сім'ї

Перед проведенням консультування з питань ПС доцільно визначити рівень поінформованості пацієнта щодо методів контрацепції, задаючи питання типу: "Які методи контрацепції Вам відомі?", "Який метод Ви хотіли б використовувати?".

У подальшому консультування проводиться з урахуванням рівня поінформованості пацієнта.

Процес консультування можна розділити на три етапи:

- *Початкове (первинне) консультування* - описуються всі методи контрацепції, і пацієнту допомагають вибрати той, який більше всього йому/їй підходить.
- *Консультування з конкретного методу* до і відразу після надання послуг - пацієнт отримує інструкції про механізм дії обраного методу, показання і протипоказання до застосування, можливі побічні дії, про те, як використовувати даний метод, як припинити використовувати даний метод і коли відновлюється фертильність.
- *Консультування під час подальших прийомів* - під час повторного візиту обговорюється використання пацієнтом обраного методу, задоволення зробленим вибором і будь-які проблеми, які могли виникнути.

Консультування, однак, повинно бути частиною кожної зустрічі з пацієнтом.

Хто повинен проводити консультування

Консультування є природним і невід'ємним компонентом діяльності кожного спеціаліста з охорони здоров'я, або консультанта, який надає послуги з планування сім'ї.

Змістове та уважне консультування допомагає пацієнту вибрати найбільш прийнятний для нього метод контрацепції, який буде безпечним, ефективним і повністю задовольнить його потреби.

Допомога у виборі конкретного методу для 1 та 2 категорій населення (відповідно до Медичних критеріїв прийнятності методів контрацепції ВООЗ) може надаватись середнім медичним персоналом та

іншими підготовленими фахівцями, сімейними лікарями, лікарями акушерами-гінекологами. Для 3 та 4 категорії населення, які потребують спеціалізованого підходу та додаткового обстеження, допомога надається лікарями акушерами-гінекологами.

Спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.07 №740/1030/4154/321/614а "Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей" визначається перелік спеціалістів державних закладів, які можуть проводити консультування з ПС. Консультування ВІЛ-позитивних жінок з питань планування сім'ї проводиться спеціалістами центрів планування сім'ї (далі - ЦПС), центрів профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією, жіночих консультацій та інших лікувальних закладів, обізнаних з питань планування сім'ї та особливостей перебігу ВІЛ-інфекції.

У разі потреби, виявленої під час консультування, жінку скерують до центрів ЦСССДМ для отримання соціальних послуг (психологічних, соціально-медичних, соціально-педагогічних, інформаційних, юридичних, соціально-економічних).

Консультування жінок, що живуть із ВІЛ, які планують вагітність

Вагітність може привнести додатковий ризик для ВІЛ-позитивної жінки, як для її власного здоров'я, так і для здоров'я немовляти. Жінки, що живуть із ВІЛ, повинні усвідомлювати цей ризик, коли ухвалюють рішення щодо народження дітей. У зв'язку із цим спеціальне консультування й підтримка повинні пропонуватися жінкам, що живуть із ВІЛ, які планують вагітність, незалежно від того чи є їх партнер ВІЛ-позитивним або ВІЛ-негативним.

Планування сім'ї для конкордантних пар

Якщо консультування ВІЛ-позитивної пари стосується планування майбутнього і можливості народження дитини, то консультант має акцентувати: якщо обидва партнери ВІЛ-позитивні, незахищений секс є досить ризикованим для здоров'я жінки (наприклад, зараження іншими штамми ВІЛ).

Якщо один із партнерів проходить комбіноване лікування ВААРТ - виникає ризик передачі стійких до ліків видів вірусу між подружжям або дитині, якщо вона народиться інфікована. Це може значно зменшити кількість варіантів лікування для членів родини у майбутньому. Але головною і доведеною небезпекою залишається високий ризик передачі ВІЛ-інфекції плоду. Відтак важливо, щоб ме-

дичні спеціалісти обмірковували з такими парами медикаментозну профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини.

Якщо обидва з батьків ВІЛ-позитивні, особливо важливо, щоб вони подумали про довгострокові перспективи своєї дитини, в тому числі, хто про неї піклуватиметься в разі важкого фізичного стану або смерті батьків.

Конкордантні пари повинні бути проконсультовані щодо використання презервативів для профілактики реінфекції іншими штамами вірусу. При плануванні вагітності їм треба порадити зробити спробу зачати у фертильний час менструального циклу, щоб знизити експозицію.

Планування сім'ї для дискордантних пар

Дискордантними парами вважають такі, де один із партнерів має ВІЛ-позитивний статус, а інший - негативний.

Для дискордантних пар, які живуть у шлюбі, і для людей, стосунки яких офіційно не оформлені, діагноз ВІЛ-інфекції для одного з партнерів часто стає приводом для розставання. Тому при консультуванні таких пар важливо розібратися, що є справжньою причиною прийнятого партнерами рішення. Якщо виявиться, що причин бути разом у такої пари більше, ніж для розірвання стосунків, необхідно спрямовувати зусилля на надання партнерам інформації про життя з ВІЛ, якої їм бракує, покращення комунікацій між партнерами, розв'язання нагальних проблем, які заважають розвитку стосунків.

Особливу увагу в консультуванні приділяють тим дискордантним парам, які замислюються над питанням народження дитини. Тут можливі дві ситуації: коли жінка є ВІЛ-позитивною, а її партнер - ні, і навпаки - коли позитивний статус у чоловіка, а жінка його не має.

Проблеми планування народження дитини у ВІЛ-позитивних жінок, у яких ВІЛ - негативний чоловік. Під час незахищеного статевого акту існує ризик інфікування чоловіка-партнера. Цього можна уникнути, якщо жінка буде використовувати метод допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), а саме інсемінацію спермою чоловіка, який застосовується в вітчизняних лікувальних закладах з ДРТ.

Планування народження бажаної дитини ВІЛ-негативною жінкою від ВІЛ-позитивного чоловіка. Якщо батько є ВІЛ-позитивним, а матір - ні, дитина не буде напряму інфікована через батьківську сперму. Якщо ж жінка буде інфікована під час запліднення, то є ризик передачі інфекції дитині впродовж вагітності, оскільки вірусне навантаження жінки під час сероконверсії скоріше за все буде високе. Хоча й були зафіксовані випадки, коли жінки вагітніли від ВІЛ-позитивних чоловіків і не інфікувались, сьогодні немає жодної достовірної наукової інформації, яка б пояснювала, чому це стало можливим.

Дедалі більшої популярності набуває метод очищення сперми: її відокремлюють від сім'яної рідини; після чого зберігають в інкубаторі доти, доти живі сперматозоїди не відокремляться від загиблих і хворих. Після цього можна використовувати їх для ДРТ. При застосуванні цього методу не було зафіксовано жодного випадку передачі ВІЛ жінкам-партнершам. В Україні також є можливість здійснити цю процедуру. Важливо зазначити, що цей метод належить до заходів зі зменшення шкоди і не застосовується для лікування безпліддя.

Іншим варіантом для ВІЛ-негативної жінки, партнер якої ВІЛ-позитивний, може бути запліднення методом ДРТ спермою анонімного донора. До цього варіанту вдаються також у випадках, коли в сім'ї встановлений фактор безпліддя чоловічого характеру або генетично обумовлена патологія.

В деяких випадках можливе зниження ризику інфікування жінки під час незахищеного статевого акту. Це може розглядатися лише за умови високих шансів наступлення вагітності, а можливості інфікування ВІЛ - низької, а саме під час овуляції і в той момент, коли вірус не навантаження її партнера не визначається (тобто дуже низький рівень вірусу в крові). За умови наявності ретельного медичного обстеження і за рекомендаціями лікаря-інфекціоніста.

Таким чином:

- Консультавання з питань планування родини повинне бути інтегроване в усі етапи по догляду й лікуванню у зв'язку з ВІЛ, включаючи передтестове і післятестове консультування та спостереження за пацієнтом.
- Жінок, що живуть з ВІЛ, треба підтримати у виборі методу контрацепції, який найбільш підходить у їхній ситуації та відповідає їх потребам, включаючи стадію захворювання і лікування, а також спосіб життя і особисті побажання відповідно до медичних критеріїв прийнятності. Який би метод не був обраний, шляхи передачі ВІЛ та інших ІПСШ вимагають особливого обговорення подвійного захисту протягом консультування з питань планування сім'ї. Жінкам, що живуть з ВІЛ необхідно пропонувати застосовувати презервативи: окремо або в сполученні з іншим методом.

КОНСУЛЬТУВАННЯ, ПОВ'ЯЗАНЕ З ТЕСТУВАННЯМ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Відповідно до ст. 4 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" "...Держава гарантує доступність, якість медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, в тому числі анонімного, з наданням попередньої та наступної консультативної допомоги...". Таким чином, консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ є невід'ємною від тестування процедурою і поділяється на перед - та післятестове.

Визначення понять та підходів до консультування та тестування на ВІЛ запропоновано Глобальною референт-групою ЮНЕЙДС з ВІЛ/СНІДУ і прав людини у 2004 році, у Заяві про політику ЮНЕЙДС/ВООЗ відносно тестування на ВІЛ. Серед підходів виділяють наступні:

- ДКТ (з ініціативи клієнта);
- ВІЛ-тестування і консультування з ініціативи медичного працівника;
- діагностичне тестування на ВІЛ;
- обов'язковий скринінг на ВІЛ, що рекомендований для донорів крові, фізіологічних рідин, тканин тощо.

ДКТ - це добровільне консультування та тестування, яке проводиться з ініціативи клієнта/пацієнта. Воно спрямоване, переважно, на отримання інформації щодо ВІЛ-статусу та профілактику ВІЛ-інфекції. Передбачає акцент на передтестове консультування та застосування швидких тестів.

ВІЛ-тестування і консультування з ініціативи медичного працівника - спрямоване на своєчасне виявлення ВІЛ-інфекції серед контингентів дерматовенерологічних закладів, вагітних, уразливих до ВІЛ груп населення. Передбачає спрощену процедуру передтестового консультування, своєчасне виявлення ВІЛ-інфекції, та призначення лікування.

Діагностичне тестування на ВІЛ здійснюється за наявності ознак або симптомів, притаманних пов'язаному з ВІЛ-інфекцією захворюванню, передбачає своєчасну діагностику ВІЛ-інфекції, опортуністичних та ВІЛ-асоційованих захворювань, а також ефективне лікування шляхом формування прихильності пацієнта до лікування.

Обов'язковий скринінг на ВІЛ донорів крові та донорів інших біологічних рідин, клітин, тканин та органів людини з метою профілактики передачі ВІЛ реципієнтам, а також як складової подолання поширення ВІЛ серед населення України.

Практично три з чотирьох підходів базуються на принципі добровільності. Тестування на ВІЛ без згоди пацієнта, згідно з рекомендаціями ЮНЕЙДС/ВООЗ 2004 р., може бути виправдано у випадках, коли хворий непритомний, відсутні його батьки або опікуни, а також коли інформація про наявність ВІЛ-статусу необхідна для оптимального проведення лікування і стосується прогнозу життя людини.

В Україні поняття "Добровільне консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію" (ДКТ) визначено Порядком добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (Протоколом), що затверджений наказом МОЗ України від 19.08.2005 № 415 та зареєстрований в Міністерстві юстиції 22.11.2005 за №1404/11684 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію". Цей Порядок поширюється на державні, комунальні медичні заклади, медичні заклади інших форм власності, об'єднання громадян (ОГ), у тому числі міжнародні, інші установи, організації і заклади, що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ.

Очікується, що успішна співпраця вказаних вище установ та закладів у цьому напрямку забезпечить ефективне використання наявних в країні ресурсів для попередження поширення ВІЛ-інфекції, розширення доступу до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію серед населення в цілому, зокрема при плануванні сім'ї і партнерських стосунках, в т.ч. уразливих до ВІЛ контингентів населення.

Згідно з Протоколом, ДКТ це - добровільне консультування у вигляді надання консультативної допомоги з медичних, психологічних, юридичних проблем, медичної, соціальної та інших видів допомоги (у медичних та немедичних закладах різних форм власності) та тестування на ВІЛ-інфекцію у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що мають обладнані спеціальні лабораторії, акредитовані у встановленому порядку.

Розширення доступу до послуг перед- та післятестового консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію для партнерів ЛЖВ підвищує рівень їх інформованості з питань профілактики ВІЛ-інфекції, знижує рівень стигматизації та дискримінації ВІЛ-позитивних осіб та їх партнерів, сприяє формуванню безпечної поведінки, запобіганню передачі ВІЛ від матері до дитини, зміцненню сімейних стосунків серед дискордантних пар, формує прихильність до хіміопрофілактики, запобігає поширенню ВІЛ серед партнерів, тобто в цілому виступає як ефективний інструмент профілактики ВІЛ-інфекції.

Основною метою консультування партнерів ЛЖВ, які планують створити сім'ю є інформування про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та профілактику інфікування, підтримка подальшої безпечної щодо ВІЛ-

інфікування поведінки, формування думки про реальність щасливого браку та народження здорових дітей, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, того, хто не знає свого ВІЛ-статусу, визначення його ВІЛ-статусу, надання, у разі потреби, своєчасної медичної допомоги: обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок АРТ, профілактика передачі від матері до дитини, послуг з планування сім'ї та всебічної підтримки (в тому числі за принципом "рівний-рівному").

Завдання ДКТ у сфері планування сім'ї

Зниження темпів та рівня поширення ВІЛ-інфекції серед партнерів ЛЖВ шляхом роз'яснення механізмів та чинників передачі ВІЛ-інфекції, ризиків інфікування, заходів та засобів зменшення ризику інфікування ВІЛ, оцінки індивідуального ризику, формування у пацієнта власної оцінки ступеня особистого ризику інфікування ВІЛ, процедури тестування та значення результатів, надання всебічної підтримки, інформування про існуючі державні заклади охорони здоров'я та інші установи, організації, об'єднання громадян, що надають різні види допомоги особам, які їх потребують, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення стосовно проходження тестування на ВІЛ-інфекцію, зміцнення партнерських стосунків, зниження стигми і дискримінації.

Інформування з правових питань, пов'язаних з проблемами ВІЛ-інфекції.

Сприяння підвищенню рівня здоров'я сім'ї, в якій один з партнерів або обидва уражені на ВІЛ.

Принципи ДКТ

Під час надання послуг консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, відповідно до Протоколу, рекомендовано враховувати такі принципи ДКТ, як добровільність, конфіденційність, анонімність, доступність, відсутність дискримінації, достовірність та повнота інформації, професійна та технічна досконалість і мобілізація всіх ресурсів.

Алгоритм та організація послуг ДКТ

Алгоритм добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (ДКТ) складається з послуг передтестового консультування, тестування на антитіла до ВІЛ та післятестового консультування.

Згідно з чинним законодавством України (ст.7 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення") право проведення медично-

го огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції та видачі офіційних висновків про його результати надається лише державним і комунальним закладам охорони здоров'я, що мають відповідно обладнані спеціальні лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Послуги з консультування перед та після тесту на ВІЛ-інфекцію можуть надаватись консультантами, як державних та комунальних ЗОЗ, так і державних немедичних закладів (центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, працівниками освіти тощо), медичних закладів інших форм власності, представниками релігійних громад та НДО, які надають послуги у сфері ВІЛ-інфекції, релігійних громад, що надають підтримку людям, які живуть з ВІЛ, групами взаємопідтримки людей з позитивним ВІЛ-статусом (за згодою). Проводити консультування перед та після тесту на ВІЛ можуть лише консультанти, які пройшли спеціальну підготовку.

Консультування проводиться визначеними вище особами з мотивуванням пацієнта на проходження тесту на ВІЛ-інфекцію та направленням його для тестування до державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

Після первинного післятестового консультування, проведеного у державному або комунальному закладі охорони здоров'я, пацієнт може за власним бажанням звернутись до інших установ, організацій та закладів, НДО для проходження подальшого післятестового консультування.

Інформацію щодо умінь та навичок поведінки консультанта при проведенні перед - та післятестового консультування, вимог до пунктів консультування та до консультантів, питань підготовки консультантів більш ретельно можна отримати у вищезазначеному Протоколі, навчальному посібнику "Базові питання ДКТ на ВІЛ-інфекцію" під ред. І.В.Дзюблик (Київ, 2008), навчально-методичному посібнику "Основи консультування з питань репродуктивного та сексуального здоров'я", під редакцією Б.М.Ворника (Київ, 2004) та у посібнику для тренінгу "Консультирование, связанное с ВИЧ/СПИД" (Грузия, 2005), розробленому організаціями: Save the Children та PATH.

Роль передтестового та післятестового консультування на ВІЛ у сфері планування сім'ї ЛЖВ

Передтестове консультування

Передтестове консультування - це співбесіда, яка проводиться між консультантом та пацієнтом з однією чітко окресленою метою: надати пацієнту максимум точної та надійної інформації щодо

профілактики передачі ВІЛ, при цьому психологічно та емоційно підтримати людину і допомогти їй прийняти усвідомлене рішення щодо тестування, пройти тестування та визначити свій ВІЛ-статус.

Ефективне передтестове консультування допомагає пацієнту підвищити свою інформованість, засвоїти знання з основних питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та різних аспектів профілактики цього захворювання. Цієї інформації має бути достатньо, щоб людина могла сама оцінити всі ризики своєї поведінки, які можуть призвести до її інфікування ВІЛ. Отримана інформація про можливості сучасної лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції, про визначення антитіл до ВІЛ за допомогою спеціальних тест-систем, в тому числі простих/швидких тестів (тестування) і про значення результатів такого тестування, повинні надати допомогу у прийнятті остаточного добровільного рішення про проходження тестування.

Передтестове консультування проводиться не тільки для надання узагальненої інформації щодо ВІЛ, але й оцінки індивідуального ризику інфікування, розробки індивідуального плану зменшення ризику зараження ВІЛ та визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для цієї людини в конкретних умовах її життя.

Введення в зміст консультації передбачається з метою - досягти порозуміння з пацієнтом щодо завдань консультування. При цьому ставлення до пацієнта має бути доброзичливим або толерантним.

Цей перший етап консультування проводиться у такій послідовності:

- знайомство з пацієнтом;
- пояснення принципу конфіденційності та можливості анонімного консультування і тестування;
- опис процедури ДКТ;
- інформування про зміст передтестового консультування;
- пояснення процедури тестування на ВІЛ;
- надання відповідей на запитання пацієнта.

Під час спілкування з пацієнтом, незалежно від того він ВІЛ-позитивний, чи його партнер, варто уточнити, чи знає він про шляхи передачі ВІЛ та про те, які застосовує заходи щодо запобігання інфікування. Якщо не знає, слід пояснити, що таке ВІЛ, ВІЛ-інфекція та СНІД, що вірус імунодефіциту людини міститься в чотирьох основних біологічних рідинах людини - крові, спермі, вагінальних виділеннях, грудному молоці, що обумовлює шляхи його передачі.

Важливо пояснити, що існують три шляхи передачі ВІЛ від однієї людини до іншої:

1) Через кров та інші біологічні рідини при користуванні одним й тим же шприцом під час вживання наркотичних засобів, при пору-

шенні цілісності шкіри гострим предметом (голкою, лезами для гоління, інструментом для нанесення татуювання), який перед цим використала інфікована людина, та кров якої залишилася на ньому. Ризик інфікування ВІЛ найбільший при повторному користуванні шприцом або голкою для введення наркотиків після вірусоносія, а також при переливанні крові, в якій є ВІЛ;

2) Статевий, коли сперма або вагінальні виділення інфікованої людини попадають на слизові оболонки вагіни, статевого члена, ротової порожнини, шлунку чи прямої кишки, через які вірус проникає в кров іншої людини;

3) Від інфікованої матері до дитини під час вагітності, пологів чи годування груддю.

Слід також пояснити про існування в перебігу ВІЛ-інфекції періоду "вікна" - періоду від моменту попадання ВІЛ до організму людини і до моменту, коли в організмі з'являються перші антитіла до ВІЛ, які дозволяють ідентифікувати вірус. Період "вікна" може тривати від 3 до 6 місяців, і аналізи крові в цей період на виявлення антитіл до ВІЛ не покажуть наявності вірусу в організмі. Тому необхідно проходити повторне обстеження на наявність ВІЛ через 3, 6 та 9 місяців (за цей час в організмі у разі попадання до нього вірусу виробляється достатня кількість антитіл до ВІЛ). Безумовно, в цей період людина повинна дотримуватися безпечної поведінки, оскільки існує небезпека передачі інфекції іншому з моменту власного зараження (тобто в період "вікна").

Також важливо пояснити як вірус імунодефіциту людини **НЕ передається**:

- при спільному користуванні одягом з людиною, яка живе з ВІЛ;
- при рукостисканні та через обійми;
- через посуд та предмети побуту;
- через домашніх тварин;
- при користуванні спільним туалетом, ванною, басейном;
- при чханні та кашлі;
- через монети та паперові гроші;
- через постільну та натільну білизну;
- через рушники, мило, мочалку;
- при укусах комарів та інших комах;
- через дверні ручки та спортивне обладнання;
- при поцілунках.

Оцінюючи *індивідуальні ризики інфікування ВІЛ*, важливо розпитати пацієнта та виявити чинники, що впливають на його епізодичну або систематичну поведінку. Для цього цілеспрямовано і послідовно лікар задає пацієнту питання, які стосуються причин звернення за

консультацією, останнього випадку ризикованої статевої поведінки пацієнта, з'ясування чинників та обставин, що впливають на ризик інфікування ВІЛ, оцінки ризику партнера тощо. Разом із пацієнтом лікар аналізує та визначає конкретні форми його ризикованої поведінки: наявність випадкового статевих партнерів/ів, досвід частішої зміни статевих партнерів, надання сексуальних послуг за плату, вживання наркотиків, алкоголю та інше; визначає пріоритетність цих ризиків, наявність інших питань, які важливо обговорити.

Розроблення шляхів зниження ризику інфікування передбачає посилення мотивації та підтримку зусиль пацієнта щодо необхідності зменшення ризику інфікування. На цьому етапі передтестового індивідуального консультування доцільно послідовно приділити увагу розгляду попередніх спроб зменшення ризику, досвіду безпечних статевих стосунків та перешкод у зменшенні ризику, вивченню впливу вживання психоактивних речовин, наявності та причини ситуацій, які підвищують вірогідність поведінки високого ризику, назвати пацієнту можливі варіанти зменшення ризику його поєдинки, а якщо є в цьому потреба, то відпрацювати навички користування презервативом.

Прийняття рішення щодо проходження тестування на ВІЛ. Це четверта сходинка індивідуального передтестового консультування для прийняття добровільного поінформованого рішення щодо тестування на ВІЛ.

Завершення консультування. Процес консультування завершується тим, що лікар і пацієнт домовляються про час і місце наступної зустрічі.

Групове консультування/інформування надається всім бажаючим, може проводитись тоді, коли з'ясування власного ВІЛ-статусу для даного пацієнта не є головною метою обстеження. Його можливо проводити і тоді, коли за певних обставин бракує консультантів. Проте, такий вид консультування не рекомендований для пар, які планують створити сім'ю, в якій один з партнерів ВІЛ-позитивний.

Післятестове консультування

Післятестове консультування є конфіденційним діалогом між лікарем (консультантом) і пацієнтом, метою якого є обговорення результатів тестування на ВІЛ, надання необхідної інформації та психологічної підтримки.

Повідомлення про результат тестування має обов'язково супроводжуватись післятестовим консультуванням. ***Розрив у часі між повідомленням про результат тестування на ВІЛ та післятестовим консультуванням є неприпустимим!***

Післятестове консультування проводиться одразу після повідомлення про результат дослідження лише у державних та кому-

нальних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ). Це первинне післятестове консультування.

Бажано, щоб післятестове консультування пацієнта проводив той же спеціаліст, що консультував до тестування. Якщо передтестове консультування проводилось в іншому закладі, то при проведенні післятестового консультування лікар має з'ясувати всю інформацію про місце передтестового консультування, його зміст і чим саме, якою інформацією про ВІЛ- інфекцію володіє пацієнт.

Враховуючи, що відомості про результат тестування на ВІЛ, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції у 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, ЗОЗ, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Результати тестування можуть бути негативними, що означає відсутність в досліджуваній крові (сироватці або плазмі крові) антитіл до ВІЛ- $1/2$, позитивними, що означає наявність в досліджуваному матеріалі антитіл до ВІЛ- $1/2$ або невизначеними (сумнівними).

При негативному результаті важливо обговорити з обстеженою особою та його/її партнером заходи зниження ризику інфікування ВІЛ у майбутньому. Підкреслити, що результати тестування свідчать про те, що він не є ВІЛ-інфікованим, проте зважаючи на існування так званого "серологічного вікна" і ризиковану поведінку впродовж останніх 3-х місяців, переконати людину в необхідності повторного тестування на ВІЛ.

Консультування проводиться у такій послідовності:

- повідомлення пацієнта про результат;
- вивчення реакції пацієнта на результат тестування;
- акцентування уваги пацієнта тому, що отримання негативного результату під час першого тестування може бути в період "серологічного вікна", для впевненості тестування необхідно повторити через 3 та 6 місяців;
- пояснити, що пацієнту як ніколи саме зараз важливо приділити увагу безпечній статевій поведінці, щоб не втратити шанс бути здоровим. Це також може бути шансом для попередження ВІЛ у близьких людей за умови наявності "серологічного вікна".

Останнє означає, що лікар має допомогти пацієнту розробити чіткий та конкретний план зниження ризику інфікування, який би повністю відповідав вмінням та здібностям цієї людини, його мотивації щодо зміни певного типу поведінки. При цьому не слід підтримувати плани, що носять необґрунтований або радикальний характер щодо змін в житті пацієнта!

Лікар і пацієнт разом мають визначитись також і щодо терміну виконання розробленого плану та розглянути всі можливості підтримки з боку родичів, друзів, з якими він міг би обговорити свій план та навіть звітувати їм про його виконання.

Важливо підкреслити особливе значення цього етапу консультування, оскільки життя показує, що існує дуже мала вірогідність того, що ця людина повторно звернеться до лікаря і проаналізує разом з ним виконання розробленого плану.

Первинне післятестове консультування при позитивному результаті тестування передбачає кризове консультування, психологічну підтримку у сприйнятті діагнозу та допомогу у плануванні майбутнього.

Пріоритетним завданням при цьому є забезпечення усвідомлення пацієнтом результатів тестування, надання йому допомоги у визначенні можливості підтримки та ресурсів для того, щоб не зламатися та подолати ситуацію.

Консультування проводиться у такій послідовності:

- повідомлення про результат тестування;
- за вимогою пацієнта надання йому довідки про результат тестування (форма №503-2/о);
- аналіз значення результатів;
- визначення розуміння пацієнтом результату (переконати-ся, що пацієнт правильно зрозумів значення отриманого результату);
- усвідомлення проблем, пов'язаних із сприйняттям первинного позитивного результату, і надання необхідної підтримки;
- обговорення життя з ВІЛ, можливих наслідків для особистого життя, сімейних і соціальних відносин;
- надання відповідей на незрозумілі питання; при потребі направлення до відповідних фахівців;
- надання інформації щодо інших закладів, де ВІЛ-позитивний може отримати психологічну підтримку та соціальну допомогу.

Необхідно допомогти ВІЛ-позитивному визначити джерела підтримки, доступ до них, пояснити важливість та порядок подальшого медичного обстеження, обговорити наміри щодо можливості повідомлення про ВІЛ-позитивний статус своїм лікарям та партнеру/партнерам. Згідно зі статтею 15 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" ВІЛ-позитивні та хворі на СНІД особи зобов'язані повідомити осіб, які були з ними у статевих контактах до виявлення факту ВІЛ-інфікованості, про можливість їх зараження.

Повідомлення партнера/ів про проходження тестування на ВІЛ і його позитивний результат є важливим особистим питанням пацієнта. Проте завдання лікаря, що проводить післятестове консультування, допомогти йому не залишитись ізольованим і самотнім у вирішенні цієї особистої ситуації, визначити принаймні хоча б одну особу, якій пацієнт зміг би розповісти про свій позитивний результат тестування на ВІЛ та отримати від неї підтримку.

Інформування про соціальний захист, права та обов'язки ВІЛ-позитивних осіб відповідно до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" та чинних нормативно-правових актів також входить до обов'язків лікаря, що проводить післятестове консультування.

Підтримуюче післятестове консультування проводиться при позитивному результаті тесту після первинного консультування, коли пацієнт усвідомив свій ВІЛ-статус і готовий сприйняти нову інформацію, спрямовану на можливість отримання медико-соціальної, юридичної та психологічної допомоги і забезпечення доступу до неї. Роль консультанта полягає в тому, щоб допомогти пацієнту оцінити, де і як отримати підтримку, спланувати майбутнє, розпочати життя з позитивним ВІЛ-статусом.

Первинне післятестове консультування при невизначеному результаті починається з повідомлення про результати тестування та його роз'яснення. Невизначений результат або сумнівний результат означає, що на момент дослідження не можна впевнено визначити ВІЛ-статус пацієнта і цьому можуть бути різні причини. Наприклад, пацієнт має інше захворювання (ревматичний артрит, множинний склероз, системний червоний вовчак, цукровий діабет І типу, хворобу Адісона, анкілозуючий спондиліт, хронічний гепатит, лімфо проліферативні злоякісні процеси, тяжкі ураження нирок тощо), що зумовлює синтез неспецифічних антитіл. Або перед тестуванням (за 30 днів) пацієнт зробив щеплення проти грипу чи отримав переливання крові, її компонентів чи введення гама - глобуліну.

Доцільно обговорити і пояснити можливість перебування у стадії "серологічного вікна", роз'яснити клінічні прояви гострої стадії ВІЛ-інфекції та запропонувати пацієнту повторне обстеження. Надати інформаційні матеріали і адреси державних, комунальних організацій та закладів, які можуть надавати послуги ДКТ, призначити дату і час наступної зустрічі.

Особливості консультування пар

Обов'язковими умовами, що свідчать про спроможність обох партнерів до рівноправного прийняття рішення щодо звертання за

консультуванням та тестуванням на ВІЛ, є відсутність примусу та інформована усвідомлена згода кожного з партнерів на проходження консультування і отримання результатів тестів разом.

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

Показання для консультування пар:

- планування вступу до шлюбу;
- бажання прийняти інформоване усвідомлене рішення щодо майбутнього, враховуючи народження дітей;
- потреба пари у з'ясуванні можливості профілактики ВІЛ-інфікування неінфікованого партнера у дискордантній парі та надання допомоги ВІЛ-позитивному партнеру.

Обов'язковою умовою консультування пар є:

- отримання згоди пари на проходження консультування та отримання результатів тестів разом;
- приділення уваги питанням репродуктивного здоров'я, можливості народження здорових дітей;
- поінформовання про шляхи передачі ВІЛ та заходи профілактики;
- проведення рольової гри для пари та при можливості (при наявності муляжів) відпрацювати навички щодо користування презервативами, при потребі - обговорити необхідність використання окремого обладнання для ін'єкційних наркотиків;
- під час описання процедури тестування та отримання результатів уточнити значення позитивного, негативного та сумнівного результату, "періоду вікна" та оцінити ризик негативних наслідків для пари. Якщо пара має сумніви щодо проведення тестування на даний час, порадити через деякий час прийти для повторного консультування;
- отримання письмової інформованої згоди пари на проходження тесту на ВІЛ та повідомлення про результати їхніх тестів в присутності обох партнерів (форма № 503-1/о), але такої ситуації бажано уникати і радити індивідуальне тестування. При відмові від тестування парою та згоді на індивідуальне тестування - запропонувати кожному з партнерів індивідуально заповнити форму № 503-1/о та направити їх у маніпуляційний кабінет для забору крові на дослідження;

- допомога справитись з емоційною реакцією та обговорення значення результатів тестів для пари;
- обговорення питання зміни поведінки при наявних факторах ризику у пари, складення особистих планів зміни ризикованої поведінки для кожного з партнерів;
- вжиття заходів щодо можливих ризиків виявлення позитивного тесту у партнера, їх попередження та направлення пари у відповідні установи, соціальні служби та громадські організації;
- обговорення питань про важливість здорового способу життя, "безпечного сексу" для попередження інфікування іншими збудниками у разі, якщо обидва партнери ВІЛ-позитивні та надання рекомендацій щодо зустрічі з іншими парами людей, що живуть з ВІЛ, для психологічної підтримки;
- пояснення про можливість репродуктивного вибору та народження здорових дітей;
- обговорення важливості профілактики опортуністичних інфекцій та доступу до антиретровірусної терапії для збереження їхнього здоров'я;
- надання інформації про фактори ризику ВІЛ-інфікування, якщо ВІЛ-негативний партнер не має бажання змінити свою статеву поведінку, а також необхідність медичного обстеження ВІЛ-позитивного партнера та періодичного обстеження партнера з негативним ВІЛ-статусом;
- пояснення важливості підтримки ВІЛ-позитивного партнера ВІЛ-негативним на випадок прогресування хвороби. По-рекомендувати зустрітись з іншими дискордантними парами ВІЛ-позитивних людей для психологічної підтримки.

Особливості консультування вагітних

Для вагітної, яка сама є ВІЛ-позитивною, або партнером ВІЛ-позитивного чоловіка, тестування на ВІЛ є надзвичайно важливим заходом попередження ВІЛ-інфекції у їхньої новонародженої дитини. Консультант повинен чітко знати алгоритм обстеження вагітних, який визначений наказом від 23.11.07 №740/1030/4154/321/614а "Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей" та клінічним протоколом (наказ МОЗ України від 16.11.2007 №116) для того, щоб кожний крок алгоритму доступно пояснити і обґрунтувати їх доцільність.

Тестування надає можливість своєчасно прийняти інформоване рішення щодо народження дитини, запобігти передачі ВІЛ новона-

родженому або ВІЛ-негативному партнеру, отримати своєчасну і якісну медичну допомогу та соціальну підтримку. Тестування на ВІЛ вагітних має і другу сторону - виявлення ВІЛ-негативних (не інфікованих жінок) і своєчасно поінформувати їх про безпечну поведінку, як уникнути можливого інфікування вірусом в умовах існуючої епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДом в країні, забезпечити якісний догляд за вагітними та молодими матерями.

Під час перед - та післятестового консультування слід враховувати, що окрім аспектів консультування, з вагітною необхідно обговорювати і суто специфічні питання, які стосуються її вагітності.

До змісту **індивідуального передтестового консультування** вагітної доцільно включити пояснення переваг знання свого статусу. При цьому слід поінформувати її про шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини, профілактику перинатальної передачі ВІЛ, в т.ч. й хіміопрофілактики пренатальної передачі ВІЛ за допомогою антиретровірусних препаратів, сучасні принципи ведення пологів, виключення грудного вигодування при встановленому ВІЛ-позитивному статусі жінки для проведення своєчасної, комплексної та послідовної профілактики ВІЛ від матері до дитини, а також безоплатність хіміопрофілактики перинатальної передачі від матері до дитини та хіміопрофілактики ВІЛ-інфекції у новонародженого антиретровірусними препаратами. У разі негативного ВІЛ-статусу вагітної та позитивного статусу партнера варто надати їй роз'яснення про важливість безпечної статевої поведінки у зв'язку з можливістю інфікування ВІЛ під час вагітності з подальшою передачею ВІЛ-інфекції плоду. У разі з'ясування консультантом небезпечної поведінки вагітної під час консультування необхідно зосередити її увагу на зміну поведінки на більш безпечну.

Первинне післятестове консультування вагітної жінки при негативному результаті полягає в тому, щоб заспокоїти вагітну, роз'яснити значення негативного результату, проте ще раз обговорити з нею шляхи передачі ВІЛ, правила безпечної поведінки, розібрати можливі способи запобігання зараженню ВІЛ, збереження репродуктивного здоров'я та призначити термін повторного обстеження.

Первинне післятестове консультування вагітної жінки при позитивному результаті - згідно з алгоритмом ДКТ - **це кризове консультування**. Вагітній необхідно прямо повідомити інформацію про позитивний результат тестування на ВІЛ. Метою такого консультування є не лише можливість повідомити вагітній, що вона інфікована, але й допомогти жінці сприйняти свій ВІЛ-статус, адаптуватися до свого стану, поінформувати її відносно профілактики передачі ВІЛ іншим рідним та близьким людям, спонукати її до ретельного піклування про своє здоров'я, проінформувати про можливості сучасної

антиретровірусної терапії та хіміопрофілактики перинатальної передачі ВІЛ за допомогою антиретровірусних препаратів. Важливо зупинитися на чинниках, що можуть вплинути на рішення вагітної стосовно її репродуктивного вибору.

До чинників, що схиляють жінку до переривання вагітності, належать незапланована вагітність, наявність здорової дитини або декількох дітей, складне соціально-економічне положення, страх перед народженням ВІЛ-позитивної дитини або дитини з вадами розвитку, ранній термін вагітності та прояви симптомів будь-яких опортуністичних інфекцій та інвазій. Аналізуючи чинники, що спонукають ВІЛ-позитивну жінку до прийняття рішення народити дитину, можна дійти висновку, що найбільше значення мають такі: бажання будь-що мати дитину, релігійні та культурні погляди навіть за умови незадовільного стану здоров'я, безсимптомний перебіг ВІЛ-інфекції, високий матеріальний рівень сім'ї та її готовність і можливість доглядати за ВІЛ-позитивною дитиною, а також доступ до замісної терапії з метою запобігання шкоди ненародженій дитині.

До змісту **індивідуального післятестового консультування вагітної при позитивному результаті** доцільно нагадати про методи попередження передачі ВІЛ від матері до дитини та пояснити про важливість своєчасного медичного обстеження і спостереження та виконання вагітною заходів попередження виникнення ускладнень вагітності (викиднів, мертвонароджуваності, передчасних пологів, гіпотрофії плода, несвоєчасного виливу навколоплідних вод, бактеріальної пневмонії у новонародженої дитини тощо). Важливим заходом консультування є з'ясування рівню прихильності до медикаментозної профілактики та інших заходів з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Також необхідно роз'яснити можливості репродуктивного вибору, тобто, що жінка сама приймає рішення про народження дитини. Поінформувати щодо всіх існуючих технологій попередження небажаної вагітності з урахуванням ефективності, ризиків, недоліків з акцентуванням уваги на використанні презервативів, надати можливість вибору.

У разі рішення вагітної залишити вагітність необхідно надати інформацію з питань планування сім'ї та підвищення якості життя ВІЛ-позитивної жінки після народження дитини або іншого можливого репродуктивного вибору. Поінформувати про необхідність диспансерного нагляду у жіночій консультації, в поліклініці за місцем проживання та в центрі профілактики і боротьби зі СНІДом, кількості та своєчасності відвідувань відповідно до терміну вагітності та стадії ВІЛ-інфекції; проведення додаткового обстеження для встановлення стадії ВІЛ-інфекції; особливостей перебігу ВІЛ-інфекції у вагітних; ви-

бору антиретровірусних препаратів; соціального супроводу та надання інформаційних матеріалів.

Особливості консультування та тестування партнерів, якщо один з них, або обоє, є споживачами ін'єкційних наркотиків

Спосіб життя споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) часто пов'язаний із правопорушеннями, конфліктами із законом та викликає осудження з боку суспільства. У зв'язку з цим СІН можуть із обережністю та недовірою ставитись до всіх медичних та інших послуг з консультування та тестування, що надаються відповідними службами. Послуги з ДКТ, що є частиною цієї системи, можуть ускладнюватись труднощами у залученні пацієнтів з числа СІН.

Прикладом успішного вирішення цієї проблеми можуть бути програми, у яких ДКТ організується у співпраці з громадськими організаціями, що реалізують програми з профілактики ВІЛ-інфекції "за межами кабінетів" - з виходом чи виїздом до місць звичного перебування споживачів наркотиків. Цей вид соціальної роботи має назву "аутріч" (аутріч-робота - вулична робота) і є важливим складовим елементом стратегії "Зменшення шкоди". Участь колишніх споживачів наркотиків у залученні СІН до ДКТ та до процесу консультування з питань ВІЛ-інфекції дозволяє підвищити рівень довіри СІН до державних служб, що надають послуги з ДКТ, та інших видів медичної та соціальної допомоги.

Під час консультування СІН, які прийняли рішення створити сімейну пару, важливим аспектом є обговорення переваг знання свого ВІЛ-статусу. Для цього необхідно провести разом з пацієнтом аналіз можливих "за" і "проти" знання свого статусу і з якими труднощами воно може бути пов'язане, обговорити можливості зменшення ризику небезпечної поведінки, шляхів та засобів зменшення ризику інфікування партнера, скласти разом з пацієнтом план його захисту від інфікування ВІЛ та захисту його постійного партнера.

Пояснити, що при виникненні потреби у психологічній підтримці, можна звернутись за допомогою в організацію, яка займається наданням допомоги СІН. Надати контактну інформацію. Вказати час та умови прийому цього консультанта. Надати інформацію про групи взаємодопомоги, які об'єднують людей з проблемами, подібними до його, надати контактну інформацію.

При можливості допомогти у здійсненні першого контакту з представниками цих груп. Важливим фактом є надання рекомендацій щодо програм замісної підтримуючої терапії та скерування пацієнта до закладу, який визначає показання та призначає таку терапію.

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

ОГЛЯД МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Міжнародний досвід планування сім'ї свідчить про те, що використання сучасних контрацептивів є ефективним механізмом збереження репродуктивного здоров'я жінки.

Сьогодні існує велика кількість різноманітних методів та засобів планування сім'ї, що включають гормональні методи, внутрішньоматкові контрацептиви, бар'єрні методи, природні методи (методи відслідковування фертильності), хірургічні методи.

ГОРМОНАЛЬНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Гормональні контрацептиви впевнено лідирують серед методів планування сім'ї як найбільш розповсюджені у світі (близько 100 млн. жінок сьогодні застосовують їх постійно).

Особливу цінність для клінічних спеціалістів та пацієнток мають лікувально-профілактичні, онкопротекторні властивості гормональних контрацептивів: зниження ризику позаматкової вагітності (на 90%), ризику раку яєчників та ендометрію (на 50-80%), колоректального раку (на 40-50%), хоріоепітеліоми (на 100%) у залежності від тривалості застосування, а також зниження ризику розвитку доброякісних захворювань молочної залози (на 40%) та інші.

Ряд досліджень продемонстрували лікувальні та профілактичні ефекти оральних контрацептивів при ендометріозі, міомі матки, дисфункціональних маткових кровотечах та гіперпластичних процесах ендометрію, деяких формах аменореї, передменструальному синдромі, гіпофункції щитоподібної залози, ревматоїдному артриті, остеопорозі. Протективний вплив КОК продовжується не менше 10 років після їх відміни.

Гормональні контрацептиви включають: комбіновані оральні контрацептиви (монофазні, дво- та трифазні), контрацептиви прогестогенового ряду (міні-пілі, протизаплідні таблетки прогестогенового ряду (ПТП), прогестогенові ін'єкційні контрацептиви (ПІК), імплантати), гормональний пластир, вагінальне кільце.

Еволюція гормональної контрацепції розвивається в трьох напрямках:

1. Зниження дози естрогенного компоненту.
2. Відкриття нових прогестогенів.
3. Розробка нових режимів застосування і форм введення гормонів у жіночий організм.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, доза естрогенного компоненту в комбінованих оральних контрацептивах не повинна перевищувати 35 мкг етинілестрадіолу.

Завдяки широкому спектру прогестогенів - синтетичних аналогів ендogenousного прогестерону - клініцисти сьогодні мають унікальну можливість індивідуального підбору гормонального препарату кожній пацієнтці з урахуванням додаткових лікувально-профілактичних ефектів, соматичного, гінекологічного, психоемоційного статусу жінки.

Вимоги до сучасних прогестогенів, що входять до складу КОК:

- висока активність (дозволяє забезпечити надійну контрацепцію та хороший контроль циклу при більш низьких дозах прогестогену);
- висока селективність (вибіркова взаємодія лише з прогестогеновими рецепторами);
- висока біодоступність (дозволяє прогнозувати рівень активної речовини в крові незалежно від особливостей обміну речовин пацієнтки).

Вимоги до сучасних прогестогенів, що вживаються з лікувально-профілактичною метою:

- висока антиовуляторна активність (при функціональних кістах яєчників, періовуляторному синдромі, для профілактики апоплексії яєчника і позаматкової вагітності, при гіперестрогенних станах, порушеннях менструального циклу);
- висока антипроліферативна активність, перевага надається похідній 19-нортестостерону (при ендометріозі, гіперплазії ендометрію, для профілактики раку ендометрію).

КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ

Найбільш розповсюдженими є оральні контрацептиви, яких на сьогодні нараховується близько 500.

Контрацептивна дія КОК реалізується на різних рівнях системи гіпоталамус-гіпофіз-яєчники-матка-маткові труби.

Ефективність при використанні КОК становить 0,3 незапланованих вагітностей на 100 жінок, які наступили протягом першого року використання за умови правильного застосування.

До складу КОК входять комбінації естрогенного і прогестогенового компонентів. Залежно від дози естрогенного компонента - етинілестрадіолу (ЕЕ) - КОК поділяють на високодозовані (що містять 50 і > мкг ЕЕ), які за рекомендаціями ВООЗ застосовуються тільки з лікувальною метою короткочасно, низькодозовані (35-30 мкг ЕЕ) та мікродозовані (20 мкг і менше), які за відсутності протипоказань і за умови правильного підбору можуть застосовуватись без обмежень.

Залежно від комбінацій гормонів КОК поділяють на монофазні, до складу яких входять однакові дози гормонів, і дво - або трифазні, що містять змінні дози діючих речовин.

- Монофазні:** 21 активна таблетка містить постійну кількість естрогену та прогестогену (Е/П).
- Двофазні:** 21 активна таблетка містить 2 різні комбінації Е/П.
- Трифазні:** 21 активна таблетка містить 3 різні комбінації Е/П.

Існують 2 види упаковок таблеток. В одних упаковках по 28 таблеток: 21 активна таблетка, яка містить гормони і 7 таблеток іншого кольору, які не містять гормонів - плацебо. В упаковках іншого виду - тільки 21 активна таблетка.

Сьогодні перевага надається монофазним препаратам, особливо у пацієнток з дисгормональною патологією (порушення менструального циклу, перед менструальний синдром, дисменорея, ендометріоз, доброякісні пухлини матки та ін.). Природні коливання рівнів гормонів у крові можуть призвести до ускладнень у таких пацієнток.

Сучасні КОК можна приймати без перерви так довго, скільки існує необхідність в контрацепції.

Абсолютні протипоказання до застосування КОК є:

- тромбоемболія, тромбоемболічні захворювання, цереброваскулярні інсульти, інфаркт міокарда (в анамнезі);
- гостре захворювання печінки (гепатит);
- маткові кровотечі невідомої етіології;
- вроджена гіперліпідемія;
- вагітність;
- паління (більше 15 цигарок на день) у віці понад 35 років.

Переваги:

Контрацептивні:

- дуже висока ефективність контрацепції при правильному застосуванні (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайний контрацептивний ефект;
- не вимагається проведення спеціального гінекологічного огляду перед початком використання за умови, що після останнього огляду лікарем-гінекологом пройшло не більше 1 року;
- метод не пов'язаний із статевим актом безпосередньо;
- при використанні сучасних низькодозованих комбінацій небажані побічні ефекти рідкі та нетривалі;

- пацієнтка будь-коли може самостійно припинити застосування методу;
- у разі відсутності протипоказань термін використання низькодозованих КОК необмежений, немає необхідності робити перерви в прийомі;
- можуть використовувати як жінки, що народжували, так і жінки що не народжували дітей.

Неконтрацептивні:

- сприяють зменшенню менструальних виділень (менструації стають коротшими та менш об'ємними);
- ефективні при дисменореї;
- позитивно впливають на анемію: можуть попереджувати її виникнення або зменшувати тяжкість її перебігу;
- сприяють встановленню регулярного менструального циклу;
- мають позитивний вплив при гіперандрогенних станах;
- зменшують тяжкість передменструальних симптомів;
- мають позитивний ефект при синдромі хронічних тазових болей та деяких формах ендометріозу;
- знижують ризик розвитку раку яєчників та ендометрію;
- знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози та кіст яєчників;
- запобігають ектопічній вагітності;
- знижують ризик розвитку деяких ЗЗОТ.

Недоліки:

- необхідність постійного бажання оберегатись (мотивація) та регулярного прийому. Деяким жінкам важко пам'ятати про необхідність щоденного прийому таблеток;
- можливість таких небажаних ефектів: як незначна нудота, запаморочення, незначний біль у молочних залозах, головний біль, а також мажучі виділення (зазвичай минають після 2-3 циклів прийому);
- ефективність може знижуватись при одночасному вживанні деяких протисудомних препаратів (наприклад, фенітоїн, примідон, барбітурати), протитуберкульозних засобів (наприклад, рифампіцин), деяких антибіотиків;
- можлива деяка затримка у поверненні фертильності після припинення використання;
- дещо вищий ризик тромбозу (тромбозу глибоких вен, емболії легеневої артерії, інфаркту, інсульту) та пухлин печінки у жінок, що приймають статеві стероїди;
- необхідність можливості поповнення запасу препарату;

- не захищають від ІПСШ, ВІЛ;
- при застосуванні деяких комбінацій можливі короточасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни маси тіла.

Прийом КОК можна починати: в перші 5 днів менструального циклу, в будь-який день менструального циклу, якщо немає вагітності (якщо прийом почати після 5 дня, рекомендується допоміжний метод протягом 7 днів). Приймають по одній таблетці щоденно в один і той самий час. Необхідно починати наступну упаковку без перерви, якщо в упаковці 28 таблеток. Якщо в упаковці 21 таблетка, то необхідно зробити перерву на 7 днів перед початком використання нової упаковки.

Побічні ефекти та рекомендовані дії щодо них:

Аменорея (відсутність менструальних виділень після завершення прийому таблеток з упаковки):

Пацієнтка, яка приймає таблетки з 21-денної упаковки, може забути зробити тижневу перерву після завершення циклу. Якщо таблетки вживати безперервно, менструація може не наступити. Це не є небезпечним. Необхідна перевірка на вагітність.

Якщо вагітності немає і пацієнтка правильно вживає КОК, заспокойте її. Поясніть, що відсутність менструації зумовлена швидше всього зменшенням товщини ендометрію. Прийом таблеток з наступної упаковки можна починати в установлений час.

Якщо жінка не вагітна, ніякого лікування непотрібно, лише консультування і заспокоєння. Якщо жінка продовжить використання КОК, аменорея може зберігатись.

Порадьте їй звернутись до лікаря, якщо аменорея буде продовжувати її турбувати, чи перейти на короточасне використання КОК з підвищеним вмістом естрогену (50 мкг ЕЕ) з лікувальною метою, якщо вони є в наявності та немає станів, що вимагають обережності.

У випадку маткової вагітності поясніть жінці її можливості. Якщо вагітність буде доношуватись, необхідно припинити використання КОК і заспокойте жінку, що невеликі дози естрогену і прогестогену в КОК не завдадуть шкоди плоду, якщо вони вживались не більше 2 тижнів після настання вагітності.

Нудота/запаморочення/блювання:

Перевірте на вагітність. У випадку вагітності дійте, як описано вище. Якщо пацієнтка не вагітна, порадьте приймати таблетки під час вечері або перед сном. Поясніть, що симптоми звичайно минають через три цикли.

Кров'янисті або мажучі виділення:

Перевірте на вагітність та інші гінекологічні стани. Порадьте приймати таблетки в один і той же час щодня. Поясніть, що мажучі виділення/легка менструальна кровотеча мають місце в перші 3 місяці використання таблеток, а потім їх частота зменшуються. Якщо цього не відбудеться, допоможіть пацієнтці вибрати інший метод. Поясніть жінці, що мажучі кров'янисті виділення між менструаціями також можуть викликати пропуски прийому таблеток.

Підвищений артеріальний тиск ($\geq 160/100$):

У випадку появи тривожних симптомів (головні болі, болі в грудях, порушення зору) або $AT \geq 160/100$ потрібно припинити використовувати метод. Допоможіть пацієнтці вибрати інший метод. Щомісячно перевіряйте артеріальний тиск, щоб упевнитись, що він нормалізувався. Динамічний огляд терапевта/сімейного лікаря, щоб не пропустити патологію.

Інструкція для пацієнтки

- Приймайте по 1 таблетці щоденно, бажано в один і той же час доби.
Прийміть першу таблетку в перший день менструації. Можна також почати прийом протягом 5 днів після початку менструації. При цьому немає необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого контрацептивного методу.
- Деякі упаковки містять 28 таблеток, інші - 21 таблетку. Після використання упаковки з 28 таблеток ви повинні терміново без будь-якої перерви почати прийом таблеток з нової упаковки. Закінчивши упаковку, що містить 21 таблетку, зробіть перерву у прийомі на один тиждень (7 днів), а потім почніть приймати таблетки з нової упаковки, тобто з 8-го дня.
- Якщо у вас почалась блювота протягом 30 хвилин після використання таблетки, прийміть ще 1 таблетку з іншої упаковки. Прийом таблеток продовжуйте у звичайному режимі. У таких випадках краще приймати таблетки постійно перед сном, що значно знижує відчуття нудоти.
- Якщо ви спізналися прийняти 1 таблетку менше ніж на 12 годин, прийміть її, як тільки згадаєте, навіть якщо це означає використання 2 таблеток в один день. Контрацептивна дія збережеться. Наступну таблетку прийміть у звичайний час.
- Якщо запізнення в прийомі 1 таблетки перевищує 12 годин, контрацептивна дія може знизитись.
- Якщо прийом 1 таблетки пропущений на першому тижні, необхідно прийняти пропущену таблетку, як тільки згадаєте (навіть якщо це означає використання 2 таблеток в один день),

наступну таблетку приймайте в звичайний час. Протягом наступних 7 днів необхідно використовувати додатковий метод контрацепції (бар'єрний). Проте у разі статевих відносин протягом тижня перед пропуском таблетки, вагітність виключити цілком не можна. Порадьтеся з лікарем!

- У разі пропуску 1 таблетки на другому тижні прийому необхідно прийняти пропущену таблетку, як тільки згадаєте (навіть якщо це означає використання 2 таблеток в один день), наступну таблетку приймайте у звичайний час. Контрацептивна дія збережеться, і потреби в додатковому методі контрацепції немає.
- Якщо пропущена 1 таблетка протягом третього тижня прийому, то виберіть одну з наведених нижче рекомендацій:
Рекомендація 1: Прийміть пропущену таблетку, як тільки згадаєте (навіть якщо це означає використання 2 таблеток в один день), наступну таблетку приймайте у звичайний час. Почніть прийом нової упаковки відразу після закінчення попередньої (без перерви у прийомі).
Рекомендація 2: Припиніть прийом таблеток з поточної упаковки. Після перерви в прийомі таблеток (не більше 7 днів, включаючи день пропуску прийому таблетки) почніть нову упаковку. У разі відсутності наступної очікуваної менструації проконсультуйтеся з лікарем.
- Якщо ви пропустили прийом 2 чи більше таблеток, використовуйте додатковий метод (наприклад, презервативи) або утримайтеся від статевих відносин у наступні 7 днів та проконсультуйтеся із медичним спеціалістом. Кожна нова пропущена таблетка ще більше зменшує контрацептивну надійність.
- Якщо у вас не було 2 або більше менструацій, вам слід звернутись до лікаря для перевірки на вагітність (перед початком прийому таблеток з нової упаковки).

КОМБІНОВАНИЙ КОНТРАЦЕПТИВНИЙ ПЛАСТИР

Пластир - трансдермальна терапевтична система (ТТС) - гормональний контрацептив для системного застосування. Пригнічує гонадотропіни шляхом естрогенної і прогестогенової дії етинілестрадіолу і норелгестроміну, згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів, змінюють ендометрій, зменшуючи вірогідність імплантації, змінюють трансплацентарну здатність міометрія.

Пластир Євра містить 6 мг норелгестроміну та 0,6 мг етинілестрадіолу. Кожний пластир протягом 24 годин вивільняє 150 мкг

норелгестроміну + 20 мкг ЕЕ (обидві дози наближаються до добового ритму вивільнення гормонів).

Ефективність 0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність контрацепції при правильному застосуванні (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна ефективність;
- метод не пов'язаний із статевим актом;
- діючі речовини поступають відразу у кровоток. Немає ефекту "першого проходження" через шлунково-кишковий тракт;
- дає додаткову впевненість в ефекті (стан ШКТ не впливає на надходження препарату);
- забезпечує рівномірне постачання препарату.

Неконтрацептивні:

- не потребує участі медичного спеціаліста;
- простота застосування.

Недоліки:

- можуть викликати зміну характеру менструацій (мажучі виділення або міжменструальні виділення). Період адаптації - близько 3 циклів;
- можлива незначна нудота, запаморочення, невеликий біль молочних залоз, головні болі, а також мажучі виділення чи легка кровотеча;
- залежать від користувача (пацієнтка повинна щоденно перевіряти, чи щільно приклеєна ТТС);
- ефективність може знижуватись при одночасному вживанні деяких проти судомних (барбітурати), протитуберкульозних (рифампіцин) препаратів, антибіотиків або рослинних препаратів, які містять звіробій продірявлений;
- необхідно мати можливість поповнення запасу препарату;
- не захищають від ІПСШ, ВІЛ.

Побічні ефекти та дії щодо них аналогічні КОК.

Інструкції для пацієнтки:

Комбінований контрацептивний пластир у вигляді тришарового квадрату, розміром 20 см², слід наклеювати на чисту, суху, інтактну і здорову шкіру сідниць, живота, зовнішню поверхню верхньої частини плеча або верхньої частини тулуба без оволосіння для трансдермального введення етинілестрадіолу та прогестогену (норелгестроміну). Гормональний пластир не можна застосовувати в ділянці молочних залоз, а також на гіперемованих, подразнених або ушкоджених ділянках шкіри.

Контрацепцію за допомогою ТТС розпочинають у перший день менструації. Приклеюють до шкіри один пластир і носять його весь тиждень (7 днів). День приклеювання першого пластиру (1-й день/день початку) визначає наступні дні заміни. День заміни буде приходиться на цей самий день кожного тижня (8-й і 15-й дні циклу). На 22-й день циклу пластир знімається і з 22-го по 28-й день циклу жінка його не використовує. Наступний день вважається першим днем нового контрацептивного циклу.

Щоб уникнути можливого подразнення, кожний наступний пластир (ТТС) необхідно наклеювати на іншу ділянку шкіри, це можна робити в межах однієї і тієї самої анатомічної ділянки. Пластир необхідно щільно притиснути, щоб його краї добре прилягали до шкіри. Для запобігання зниженню адгезивних властивостей пластиру (ТТС) не можна наносити макіяж, креми, лосьйони, пудри та інші локальні засоби на ті ділянки шкіри, де він приклеєний або буде приклеєним.

КОМБІНОВАНІ ВАГІНАЛЬНІ КІЛЬЦЯ

Комбіноване вагінальне кільце-контрацептив для системного застосування. При введенні в піхву діє шляхом вивільнення природного етинілестрадіолу та прогестерону (етоногестрелу). Гормони починають виділятися із кільця, що знаходиться у піхві під дією температури тіла. Контрацептивний ефект комбінованого вагінального кільця настає внаслідок пригнічення овуляції.

НоваРинг - гнучке та еластичне 54-мм севіленове кільце, яке містить 120 мкг етоногестрелу та 15 мкг етинілестрадіолу.

Ефективність 0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність контрацепції при правильному застосуванні (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);

- негайна активність;
- зручний режим використання - один раз на місяць;
- метод не пов'язаний із статевим актом;
- мало побічних ефектів;
- метод зручний і простий у застосуванні;
- пацієнтка може сама припинити використання засобу;
- піхвовий шлях введення;
- стабільне виділення гормонів;
- відсутність первинного проходження через печінку та ШКТ;
- мінімальний системний вплив:
 - хороший контроль циклу;
 - мала кількість побічних ефектів;
 - відсутність впливу на масу тіла.

Неконтрацептивні:

- сприяють зменшенню менструації (більш короткі та менші за величиною крововтрати менструації);
- зменшують менструальні болі;
- сприяють зниженню анемії;
- сприяють встановленню регулярного менструального циклу;
- знижують ризик розвитку раку яєчників та ендометрію;
- знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози та кіст яєчників;
- запобігають ектопічній вагітності;
- знижують ризик розвитку деяких ЗЗОТ;
- позитивно впливають на сексуальне життя.

Недоліки:

- можливі незначна нудота, запаморочення, незначний біль у молочних залозах, головний біль, а також мажучі виділення або незначна кровотеча (зазвичай проходять після 2-3 циклів);
- не захищають від ІПСШ, ВІЛ;
- можливі короткочасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни маси тіла;
- експульсія кільця при опущенні стінок піхви.

Згідно рекомендаціям ВООЗ комбіновані вагінальні кільця забезпечують відносну безпечність і за своїми фармакокінетичними характеристиками схожі з КОК, що мають аналогічний вміст гормонів. Для них встановлені такі ж, як і для КОК, категорії (класи) стану пацієнтки, побічні ефекти та протипоказання до використання.

Інструкції для пацієнтки:

Кільце вводиться між 1 днем і 5 днем менструального циклу, але не пізніше 5 дня циклу, навіть якщо менструальноподібна кровотеча ще не закінчилась. Протягом перших 7 днів використання кільця рекомендується додатково застосовувати бар'єрні методи контрацепції, такі як презерватив. В наступних циклах немає необхідності у використанні будь-якого додаткового методу контрацепції.

Кожне кільце призначене для одного циклу використання; один цикл складається з 3-х тижнів використання кільця і тижневої перерви. Після введення кільце повинно залишатися на місці протягом трьох тижнів, потім видалене в той самий день тижня, в який було введено. Наприклад, якщо кільце було введено в середу о 22.00, то його необхідно видалити через 3 тижні в середу близько 22.00. Наступної середи необхідно ввести нове кільце.

КОНТРАЦЕПТИВИ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДУ (КПР)

Контрацептиви прогестогенового ряду підрозділяють на проти-заплідні таблетки прогестогенового ряду (міні-пілі), що містять мікродози гестогенів та препарати пролонгованої дії (ПІК, імплантати).

Прогестогени викликають супресію овуляції, але цей ефект менш виражений ніж при прийомі КОК. Одним з основних механізмів контрацептивної дії контрацептивів прогестогенового ряду є блокада овуляції, імплантації, зміна транспорту гамети і функції жовтого тіла.

Переваги гестогенної контрацепції:

- відсутність естрогензалежних побічних реакцій;
- краща переносимість;
- можливість використання під час лактації;
- незначний вплив на вуглеводневий, жировий та білковий обмін, відсутність впливу на артеріальний тиск;
- можливість використання при наявності екстрагенітальної патології (вади серця, цукровий діабет, гіпертензія, мігрень та ін.).

Основною побічною дією контрацептивів прогестогенового ряду є порушення менструального циклу, яке характеризується міжменструальними ациклічними кров'яними виділеннями, що в основному спостерігаються протягом першого місяця використання препарату. Із збільшенням тривалості прийому препарату частота та тривалість кров'яних виділень зменшується, може з'явитись олігоменорея, аменорея.

Абсолютні протипоказання до використання контрацептивів прогестогенового ряду:

- підтверджена вагітність або вагітність, що підозрюється;
- гострі захворювання печінки з порушенням її функції;
- ураження мозкових та коронарних артерій;
- злаякісні пухлини репродуктивної системи (статевих органів, молочної залози);
- кровотечі із статевих шляхів невідомої етіології.

Протизаплідні таблетки прогестогенового ряду (ПТП)

Таблетки, що містять тільки гестогенний компонент (лінестренон).

Ефективність 0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання при правильному застосуванні. Ефективність методу зростає із збільшенням тривалості користування методом.

Переваги:

Контрацептивні:

- ефективні, якщо приймаються в один і той же час щодня (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- майже негайна ефективність (< 24 годин);
- не вимагається проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання;
- метод не пов'язаний зі статевим актом безпосередньо;
- метод не впливає на грудне годування;
- негайне повернення фертильності після припинення використання;
- мало побічних ефектів;
- пацієнтка сама може припинити використання таблеток;
- можуть застосовуватись при протипоказаннях до призначення естрогену. Не підвищують ризик виникнення ускладнень та побічних ефектів, пов'язаних з естрогенами.

Неконтрацептивні:

- можуть зменшити менструальні болі;
- можуть зменшити менструальну кровотечу;
- можуть сприяти зниженню анемії;
- знижують ризик розвитку раку ендометрію;
- зменшують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози;

- зменшують ризик ектопічної вагітності;
- знижують ризик розвитку деяких ЗЗОТ.

Недоліки:

- викликають зміни в характері менструальних виділень майже у всіх жінок (нерегулярні кровотечі/мажучі виділення на ранніх стадіях прийому таблеток);
- порівняно з КОК не мають деяких профілактичних та лікувальних ефектів (наприклад, не доведене зменшення ризику раку та кіст яєчників, відсутній позитивний вплив при гіперандрогенних станах);
- можливе деяке збільшення або втрата ваги;
- метод залежить від користувача (вимагається постійне бажання запобігати вагітності, мотивація) та щоденного використання;
- повинні вживатися **в один і той же час щодня**;
- забування прийняти таблетку збільшує ризик вагітності;
- необхідно мати можливість поповнити запас контрацептива;
- ефективність може знижуватись при одночасному вживанні деяких протисудомних (феніптин і барбітурати) чи протитуберкульозних (рифампіцин) препаратів;
- метод не захищає від ІПСШ.

ПТП застосовують у безперервному режимі в один і той самий час, починаючи з першого дня менструального циклу, можна починати в будь-який день менструального циклу, якщо немає вагітності (якщо прийом почати після 5 дня, рекомендується допоміжний метод протягом наступних 48 годин).

Побічні ефекти та рекомендовані дії щодо них:

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

Перевірте пацієнтку на вагітність. Якщо вона не вагітна, ніякого лікування не потрібно, лише консультування. Поясніть, що під час аменореї кров не збирається всередині матки або ще десь в організмі жінки. Постійна дія невеликих доз прогестогену (ЛНГ) зменшує товщину ендометрію, приводячи до зменшення менструальних виділень, а у деяких жінок - і до повного їхнього припинення. Порадьте жінці звернутись до лікаря, якщо аменорея буде продовжувати її турбувати. У випадку маткової вагітності поясніть пацієнтці наявні в неї можливості. Якщо вагітність буде доношуватись, рекомендуйте припинити використання таблеток, заспокойте жінку, що невелика доза прогестогену (ЛНГ) не нашкодить плоду.

При підозрюванні ектопічної вагітності терміново направте жінку для повного обстеження. Не намагайтесь викликати кровотечу за до-

помогою гормональної терапії (КОК). У цьому немає необхідності і це, як правило, не приносить успіху, якщо не провести 2-3 цикли КОК.

Вагінальні кров'яністі виділення:

Якщо причина не визначена і вагітність відсутня, поясніть жінці, що кров'яністі/мажучі виділення не є серйозною проблемою і, як правило, не потребують лікування. У більшості жінок менструальні виділення стають більш регулярними через 6-12 місяців. Якщо стурбованість пацієнтки не проходить після консультування, допоможіть їй вибрати інший метод.

Інструкції для пацієнтки:

- Приймайте по 1 таблетці щоденно в один і той же час доби.
- Прийміть першу таблетку протягом 5 днів після початку менструації. Якщо ви починаєте використання ПТП після 5-го дня циклу, використовуйте додатковий метод контрацепції у перші 48 годин.
- Закінчіть приймання всіх таблеток в упаковці. Наступного дня після використання останньої таблетки почніть нову упаковку.
- Якщо у вас почалась блювота протягом 30 хвилин після використання таблетки, необхідно прийняти ще одну таблетку, використовуйте додатковий метод при статевих стосунках у наступні 48 годин.
- Якщо ви запізнилися із використанням таблетки більше ніж на 3 годин, прийміть її, як тільки згадаєте. Використайте додатковий метод під час статевих стосунків у наступні 48 годин.
- Якщо ви забули прийняти 1 або більше таблеток, прийміть наступну, як тільки згадаєте. Використайте додатковий метод при статевих стосунках у наступні 48 годин.
- Якщо у вас не було 2 чи більше менструацій, вам необхідно звернутись до лікаря для перевірки на вагітність. Не припиняйте використання таблеток, якщо ви не вагітні.

Прогестогенові ін'єкційні контрацептиви (ПІК)

Депо - Провера: 150 мг депо-медроксипрогестерон ацетату (ДМПА), ін'єкційовані кожні 3 місяці. Ін'єкція може бути зроблена до 2-4 тижнів (28 днів) раніше або до 2-4 тижнів (28 днів) пізніше визначеного терміну. Ефективність 0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання при правильному застосуванні.

Нористерат: 200 мг норетистерон енантат (НЕТ-ЕН), ін'єкційовані кожні 2 місяці. Ін'єкція може бути зроблена до 2 тижнів (14 днів) раніше або до 2 тижнів (14 днів) пізніше визначеного строку.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,3-1,0 вагітність на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна ефективність (< 24 години);
- довгостроковий, але оборотний засіб контрацепції. Середній термін дії 2-3 місяці після кожної ін'єкції;
- не вимагається проведення спеціального огляду перед початком використання;
- не пов'язаний зі статевим актом;
- метод не впливає на грудне вигодування;
- мало побічних ефектів;
- пацієнтці не потрібно часто купувати препарат чи мати його про запас;
- не містять естроген;
- може використовуватись жінками будь-якого віку.

Неконтрацептивні:

- конфіденційність. Ніхто, крім медичного спеціаліста не знає, який контрацептив використовує жінка;
- зручність використання - не потрібно кожного дня приймати таблетки;
- можуть зменшити менструальні болі;
- можуть зменшити менструальну кровотечу;
- можуть сприяти покращенню перебігу анемії;
- захищають від раку ендометрію;
- зменшують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози;
- зменшують ризик ектопічної вагітності;
- захищають від деяких станів, що викликають ЗЗОТ;
- знижують ризик загострення серповидно-клітинної анемії.

Недоліки:

- викликають зміни в характері менструальних кровотеч майже у всіх жінок (нерегулярні кровотечі/мажучі виділення/аменорея на ранніх стадіях);
- метод залежить від користувача (необхідно приходити на ін'єкцію кожні 2 чи 3 місяці);

- зростання ваги (в середньому 1-2 кг) є звичайним явищем, особливо для ДМПА;
- затримка в поверненні фертильності (тільки при використанні ДМПА);
- необхідно постійно мати препарат у наявності;
- можливі значні за величиною крововтррати, вагінальні кровотечі (рідко на початку використання);
- метод не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

Починають використовувати: протягом 7 днів від початку менструації - при цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції; у будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна. Якщо введення ПІК проводиться після 7 днів від початку менструації, то рекомендується утримуватись від статевих відносин або використовувати додатковий метод контрацепції протягом наступних 7 днів.

Побічні ефекти та рекомендовані дії щодо них:

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

Перевірте пацієнтку на вагітність. Якщо вона не вагітна, ніякого лікування не потрібно, тільки консультування. Поясніть, що під час аменореї кров не накопичується всередині матки чи ще десь в організмі жінки. Постійна дія невеликих доз прогестогену (ЛНГ) зменшує товщину ендометрію, призводячи до зменшення менструальних кровотеч, а в деяких жінок - до повного їхнього припинення. Порадьте жінці звернутись до лікаря, якщо аменорея продовжуватиметься і турбуватиме її.

У разі маткової вагітності поясніть пацієнтці наявні в неї можливості. Якщо вагітність буде доношуватись, припиніть ін'єкції та заспокойте жінку, що невелика доза прогестогену (ЛНГ) не завдасть шкоди плоду.

При підозрі на ектопічну вагітність терміново направте жінку на повне обстеження.

Не намагайтесь викликати кровотечу за допомогою гормональної терапії (КОК). У цьому немає необхідності і це, як правило, не приносить успіху, якщо не провести 2-3 цикли КОК.

Вагінальна кровотеча/ мажучі виділення:

Якщо причина не встановлена і вагітність відсутня, поясніть жінці, що кров'яністі/мажучі виділення не є серйозною проблемою і, як правило, не потребують лікування. У більшості жінок змінений характер кровотеч стає регулярнішим через 6-12 місяців. Якщо і після консультування занепокоєння пацієнтки не проходить, однак вона хоче продовжувати використовувати ПІК, існує два рекомендованих варіанти лікування (за умови відсутності протипоказань до викорис-

тання естрогенів): цикл КОК (30-35 мкг ЕЕ) **або** ібупрофен (до 800 мг 3 рази на день протягом 5 днів) або інший нестероїдний протизапальний препарат, але не аспірин.

Не забудьте сказати пацієнтці, що менструація повинна початись протягом тижня після завершення курсу КОК (у випадку використання 21-денної упаковки) або під час використання останніх 7 таблеток з 28-денної упаковки.

У випадку значної кровотечі призначте по 2 таблетки КОК на день до кінця цього циклу (не менше 3-7 днів), а потім ще один цикл КОК або перейдіть на використання 50 мкг естрогену (ЕЕ) чи 1,25 мг кон'югованого естрогену на 14-21 день.

Збільшення або втрата ваги:

Поясніть жінці, що коливання ваги в 1-2 кг є звичайним явищем під час використання ПІК. Дізнайтесь, як харчується жінка, якщо зміна ваги > 2 кг. Якщо навіть після консультування збільшення чи втрата ваги для жінки недопустимі, припиніть ін'єкції та допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.

Інструкції для пацієнтки:

Приходьте в клініку на ін'єкцію кожні 3 місяці (ДМПА) чи кожні 2 місяці (НЕТ-ЕН).

Імпланти

Імпланти не містять естрогенів, що робить прийнятним їх для жінок, які мають протипоказання до використання естрогенів. Ефективність 0,05 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання.

Норплант - шість тонких гнучких капсул, наповнених левоноргестрелом (ЛНГ), які імплантуються жінці під шкіру передпліччя. Один набір капсул норпланта може запобігати вагітності протягом 5 років.

Норплант-2 - дві тонкі гнучкі капсули, запобігають вагітності протягом 3 років.

Імпланон - одна капсула, наповнена етоногестрелом (активний метаболіт дезогестрелу) довжиною 40 мм діаметром 2 мм, запобігає вагітності протягом 3 років.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,05 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна ефективність (< 24 години);
- тривалий період дії (3- 5 років) при зворотності методу;

- не обов'язково проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання методу;
- метод не пов'язаний із статевим актом;
- метод не впливає на грудне годування. Може використовуватись через 6 тижнів після пологів;
- негайне повернення фертильності після евакуації капсул;
- мало побічних ефектів;
- пацієнтці не потрібно нічого купувати або мати про запас;
- пацієнтці не потрібно кожного дня приймати таблетки або часто робити ін'єкції;
- капсули не містять естрогену;
- імпланти можуть вводитись медичним персоналом, який пройшов спеціальну підготовку.

Неконтрацептивні:

- сприяють зменшенню менструальних болів;
- сприяють зменшенню менструальних виділень;
- сприяють зниженню анемії;
- знижують ризик розвитку раку ендометрію;
- знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози;
- зменшують ризик ектопічної вагітності.

Недоліки:

- викликають зміни в характері менструальних кровотеч майже у всіх жінок (нерегулярні кровотечі/мажучі виділення на ранніх стадіях);
- можливі незначне збільшення або втрата ваги;
- потрібен спеціально підготовлений медичний спеціаліст для введення та евакуації капсул;
- жінка повинна звернутись до лікаря для введення нових капсул або евакуації старих;
- жінка не може припинити використання методу, як тільки побажає (залежить від дій медичного персоналу);
- ефективність може знижуватись при одночасному вживанні деяких протисудомних (фенітоїн і барбітурати) чи протитуберкульозних (рифампіцин) ліків;
- матеріальні витрати залежать від тривалості використання методу;
- метод не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

Починають використовувати протягом 7 днів від початку менструації. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції, у будь-який день менструального цик-

лу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна. Якщо введення проводиться після 7 днів від початку менструації, то рекомендується утримуватись від статевих відносин або використовувати додатковий метод контрацепції протягом наступних 7 днів.

Побічні ефекти та рекомендовані дії щодо них:

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

Перевірте пацієнтку на вагітність. Якщо вона не вагітна, вимагається тільки консультування. Поясніть, що під час аменореї кров не накопичується всередині матки або ще десь в організмі жінки. Постійна невелика дія прогестину (ЛНГ) зменшує товщину ендометрію, призводячи до зменшення менструальних виділень, а в деяких жінок і до повного їхнього припинення. Порадьте жінці знову звернутися до лікаря, якщо аменорея буде продовжувати її турбувати.

У випадку маткової вагітності поясніть жінці наявні у неї можливості. Якщо вагітність буде доношуватись, вилучіть імплантати і заспокойте жінку, що невелика доза прогестину (ЛНГ) не завдасть шкоди плоду.

При підозрі на ектопічну вагітність, терміново направте жінку на повне обстеження. Не намагайтесь викликати кровотечу за допомогою гормональної терапії (КОК). У цьому немає необхідності і це, як правило, є безуспішним, якщо не провести 2-3 цикли КОК.

Вагінальна кров'янисті/ мажучі виділення:

Якщо причина не знайдена і вагітність відсутня, поясніть жінці, що кровотеча/мажучі виділення не є серйозною проблемою і, як правило, не потребують лікування. У більшості жінок змінний характер кровотеч стає регулярнішим через 6-12 місяців. Якщо і після консультування занепокоєння пацієнтки не проходить, однак вона хоче продовжувати використовувати імплантати, існує два рекомендованих варіанти лікування: цикл КОК (30-35 мкг ЕЕ); ібупрофен (до 800 мг 3 рази на день протягом 5 днів) чи інший нестероїдний протизапальний засіб, але не аспірин.

Не забудьте попередити пацієнтку, що кров'янисті виділення/менструальноподібна кровотеча повинні початися протягом тижня після завершення курсу КОК (у випадку використання 21-денної упаковки) або під час прийому останніх 7 таблеток з 28-денної упаковки.

У випадку значної кровотечі призначте по 2 таблетки КОК на день до кінця цього циклу (не менше 3-7 днів), а потім ще один цикл КОК або перейдіть на прийом 20 мкг ЕЕ чи 1,25 мг кон'югованого естрогену на 14-21 день.

Частковий вихід капсули:

Вилучіть частково витіснену (-ні) капсулу (-ли). Перевірте, чи на місці інші капсули (для норпланта).

Якщо зона введення не інфікована (немає почервоніння, болю, жару), замініть капсулу (-ли).

Якщо зона введення інфікована, вилучіть капсули, що залишилися, і введіть новий комплект на другій руці або допоможіть жінці вибрати інший метод.

Інфекція у місці введення:

У випадку інфекції (але не абсцесу) обробіть зону введення дезінфікуючим розчином і призначте відповідний антибіотик на 7 днів.

Не вилучайте капсулу! Запросіть пацієнтку прийти через 1 тиждень. Якщо покращення не буде, вилучіть капсулу і введіть новий імплантат на другій руці або допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.

Збільшення чи втрата ваги тіла:

Поясніть жінці, що коливання ваги тіла в 1-2 кг є звичайним явищем під час використання імплантатів.

Протипоказання до використання ПІК та імплантатів такі ж, як і до використання всіх КПР.

Інструкції для пацієнтки:

Післяопераційний догляд за раною вдома:

Держіть зону сухою і чистою протягом 48 годин. При намоканні під час миття рана може інфікуватися.

Залиште тугу пов'язку (марля і пластир) на 48 годин, а пластир - до загоєння розрізу (зазвичай на 3-5 днів).

Наявність на місці розрізу синця, набряку чи затвердіння протягом перших кількох днів є нормальним явищем.

Можете відразу поновити свою щоденну роботу. Уникайте ударів у зону розрізів, не піднімайте важкого і не тисніть надмірно на рану.

Після загоєння зону можна мити і торкатися зі звичайним натиском.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВА КОНТРАЦЕПЦІЯ (ВМК)

Сучасні внутрішньоматкові контрацептиви поділяються на засоби, які містять мідь та ті, що містять гормони. Впливають на здатність сперматозоїдів проходити через порожнину матки, на репродуктивний процес (перистальтику маткових труб) перед тим, як яйцеклітина досягне порожнини матки (мідні), згущають цервікальний слиз, змінюють стан ендометрію (прогестогенів).

Протипоказання до використання ВМК:

- вагітність (встановлена чи підозрювана);
- неясні вагінальні кровотечі (до встановлення причини);

- інфекція статевих шляхів (вагініт, цервіцит);
- вроджені аномалії матки або доброякісні пухлини матки, які значно деформують її порожнину;
- захворювання клапанів серця в активній фазі;
- злоякісна трофобластична пухлина;
- туберкульоз органів малого тазу;
- рак статевих органів;
- ризик зараження ІПСШ.

ВМК, ЩО МІСТЯТЬ МІДЬ

Типи: Multiload-250 (MLCu-250); Multiload-375 (MLCu 375); TCu-380A; TCu-380Ag; TCu-380S; TCu-200; TCu-200B; TCu-200Ag; Nova T. Ефективність 0,6-0,8 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання (Copper T 380 A).

Успішне використання ВМК, що містять мідь, залежить від ретельного обстеження та оцінки ризику на ІПСШ/ВІЛ, кваліфікованого введення ВМК та дотримання правил профілактики інфекцій, ретельного та уважного консультування пацієнтки.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,6-0,8 вагітність на 100 жінок протягом першого року використання Соррег Т 380 А);
- метод ефективний відразу після введення;
- довгострокове попередження небажаної вагітності;
- метод не пов'язаний безпосередньо зі статевим актом;
- метод не впливає на грудне годування;
- негайне повернення фертильності після вилучення ВМК;
- мало побічних ефектів;
- ВМК не взаємодіють з будь-якими медикаментами;
- крім візиту після введення ВМК, пацієнтці слід звертатись до лікаря тільки у разі виникнення проблем та для щорічних оглядів на загальних підставах;
- пацієнтці не потрібно нічого купувати або мати про запас;
- ВМК вводяться медичним спеціалістом;
- недороговартісний метод (ВМК Соррег Т 380 А).

Неконтрацептивні:

- зменшують менструальні болі (тільки прогестогенові);
- зменшують менструальну кровотечу (тільки прогестогенові).

Недоліки:

- перед введенням ВМК необхідно провести гінекологічний огляд пацієнтки та рекомендується обстеження на ІПСШ;
- обов'язкова наявність підготовленого медичного спеціаліста для введення і вилучення ВМК;
- жінка повинна перевіряти нитки ВМК після менструації, якщо вона супроводжувалась болями, переймами або мажучими кров'янистими виділеннями;
- жінка не може сама припинити використання методу;
- посилення менструальних кровотеч і болів у перші кілька місяців (лише для мідних ВМК);
- можлива спонтанна експульсія ВМК;
- рідко (< 1/1000 випадків) трапляється перфорація матки під час введення ВМК;
- можуть збільшити ризик позаматкової вагітності і розвитку ЗЗОТ з наступним безпліддям у жінок, які входять до групи ризику зараження ІПСШ.

Введення ВМК можливе протягом 12 днів після початку менструації в будь-який зручний для жінки час (не лише в період менструальноподібної кровотечі), якщо менструальний цикл регулярний. При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується. Введення ВМК також можливе у будь-який час менструального циклу, якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна. При цьому застосування будь-якого додаткового методу контрацепції не потрібно. Контрацептивна дія ВМК починається негайно. Вилучення ВМК можливе в будь-який час за бажанням пацієнтки.

Побічні ефекти та рекомендовані дії щодо них:

Аменорея (менструальних виділень):

Перевірте пацієнтку на вагітність. Якщо вона не вагітна, не вилучайте ВМК. Проведіть консультування і заспокойте пацієнтку. Направте на обстеження для встановлення причини аменореї, якщо пацієнтка залишається стурбованою. У разі вагітності, поясніть пацієнтці наявні в неї можливості. Порадьте вилучити ВМК, якщо видно вусики спіралі і вагітність за терміном менше 13 тижнів. Якщо вусики не видно чи термін вагітності більше 13 тижнів, не вилучайте ВМК. Якщо пацієнтка вагітна і бажає доношувати вагітність, але не хоче вилучати ВМК, поясніть їй, що в цьому випадку збільшується ризик викидня та інфекції і вагітність вимагатиме дуже ретельного нагляду.

Переймоподібні болі

Виключіть ЗЗОТ або іншу причину болів та надайте пацієнтці допомогу.

Якщо причиною болів є ВМК, призначте анальгетик для зменшення дискомфорту. Якщо болі дуже сильні, вилучіть ВМК і допоможіть пацієнтці вибрати інший метод контрацепції.

Нерегулярні або значні вагінальні кровотечі:

Виключіть інфекцію органів малого таза та ектопічну вагітність. Лікуйте або направте пацієнтку на лікування. Якщо патологія відсутня, а кровотеча тривала та значна, проведіть консультування і симптоматичне лікування. Для зменшення кровотечі призначте ібупрофен (800 мг 3 рази на день протягом 1 тижня) і таблетки, що містять залізо (по 1 таблетці щоденно протягом 1-3 місяців).

За бажанням пацієнтки ВМК можна вилучити. Якщо ВМК було введено понад 3 місяці тому і у жінки дуже виражена анемія (гемоглобін < 70 г/л), порекомендуйте вилучити ВМК і допоможіть пацієнтці вибрати інший метод контрацепції.

Візуальна відсутність ниток:

Перевірте пацієнтку на вагітність. Дізнайтесь у пацієнтки, чи не сталася експульсія ВМК. Якщо жінка не вагітна і не було експульсії, порекомендуйте використовувати презервативи. Перевірте на наявність ниток в ендоцервікальному каналі та матковій порожнині після наступної менструації. Якщо вони не знайдені, направте на рентген чи ультразвукове дослідження. Якщо жінка не вагітна або сталася експульсія чи ВМК не виявлено, введіть новий ВМК або допоможіть пацієнтці вибрати інший метод контрацепції.

Вагінальні виділення/підозра на ЗЗОТ:

Перевірте пацієнтку на наявність ІПСШ. Вилучіть ВМК, якщо гонорейна чи хламідійна інфекція виявлена або підозрюється. У випадку ЗЗОТ проводиться лікування із застосуванням антибіотиків. Якщо жінка бажає і далі використовувати ВМК, немає необхідності у її видаленні. Якщо жінка відмовляється від використання ВМК, то ВМК видаляється після початку антибіотикотерапії. За умови відсутності позитивної динаміки у лікуванні ЗЗОТ, рекомендується видалити ВМК та продовжити курс антибіотикотерапії.

Інструкції для пацієнтки:

- Прийдіть на огляд до лікаря після закінчення першої після введення ВМК менструації (через 3-6 тижнів після введення).
- Протягом першого місяця після введення ВМК кілька разів перевіряйте наявність ниток спіралі, особливо після менструації.
- Через місяць вам слід перевіряти наявність ниток після менструації лише у тому випадку, якщо ви відчували:
 - переймоподібні болі в нижній частині живота;

- виділення між менструаціями або після статевого акту;
- біль після статевого акту (якщо ваш партнер відчуває дискомфорт під час статевого акту).
- ВМК необхідно вилучити після введення через той період часу, який вказаний в інструкції по його використанню, але це можна здійснити і раніше, якщо ви побажаєте.
- Зверніться до лікаря, якщо:
 - ви не можете знайти нитки спіралі;
 - ви помітили, що ВМК випав;
 - у вас не було менструації.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВА СИСТЕМА З ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ

Система вводиться лікарем у матку на 5 років і виділяє прогестоген левоноргестрел (ЛНГ) безпосередньо в порожнину матки (20 мкг на добу).

Ефективність контрацепції при правильному застосуванні 0,1 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність контрацепції при правильному застосуванні (0,1 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна контрацептивна ефективність;
- відсутність залежності ефективності методу від користувача (немає потреби вживати препарат по схемі або регулярно);
- метод не пов'язаний із статевим актом безпосередньо;
- незначні побічні ефекти, дуже добра переносимість;
- метод зручний у використанні (система вводиться один раз на 5 років);
- можливість застосування при протипоказаннях до естрогенного компоненту;
- мінімальний системний вплив (прогестоген виділяється локально в порожнину матки) дозволяє використовувати систему з ЛНГ при годуванні груддю та інших станах, при яких системний вплив гормонів є небажаним;
- негайне відновлення циклічної функції яєчників після видалення системи, швидке відновлення ендометрію (30 днів) та відсутність загального впливу на фертильність;
- відсутність впливу на кров'яний тиск.

Неконтрацептивні:

- суттєво зменшує тривалість та об'єм менструації (ідіопатична меноррагія - одне з зареєстрованих показань до застосування);
- має виражений локальний вплив на ендометрій і застосовується для контрацепції у жінок з деякою патологією ендометрію (наприклад, при аденоміозі, гіперплазії ендометрію і т.д.);
- позитивно впливає при альгодисменореї;
- сприяє поліпшенню стану у жінок з анемією (підвищується рівень гемоглобіну та ферритину);
- зменшує ризик ектопічної вагітності (особливо в порівнянні з негормональними внутрішньо матковими засобами).

Недоліки:

- можливі такі небажані ефекти, як кров'яністі мажучі виділення або кровотеча, набряк, зміна настрою, акне (звичайно минають після періоду адаптації);
- може бути необхідною спеціальна підготовка пацієнтки перед введенням системи з ЛНГ (наприклад, лікування запального процесу), що вимагає додаткового часу;
- вимагається певна кваліфікація лікаря для правильної підготовки пацієнтки та введення системи, що дає змогу уникнути небажаних ефектів (наприклад, експульсії);
- не захищає від ІПСШ, ВІЛ;
- не рекомендується при невеликих розмірах матки, при деформації порожнини матки, не є методом першого вибору для молодих жінок, які ще не народжували.

Введення ВМС можливе протягом 7 днів після початку менструації в будь-який зручний для жінки час (не тільки в період менструації), якщо менструальний цикл регулярний. При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується. Також введення ВМС можливе у будь-який час менструального циклу, якщо є можливість точно встановити, що жінка невагітна. Якщо введення здійснюється після 7 днів після початку менструації, жінці рекомендується утримуватись від статевих стосунків або користуватись додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів.

Інструкції для пацієнтки:

Після введення системи належить приходити на перевірку внутрішньо маткового протизаплідного засобу через 4-12 тижнів і потім регулярно, як мінімум, раз на рік. Також варто звернутися до лікаря у випадку, якщо:

- ви не можете знайти нитки в піхві;
- ви відчуваєте нижній кінець системи;
- ви підозрюєте, що вагітні;
- у вас постійний біль у животі, жар або незвичні виділення з піхви;
- ви чи ваш партнер відчуваєте біль або дискомфорт під час статевого акту.

У Вас сталися раптові зміни менструального циклу (наприклад, у Вас були несильні менструальні кровотечі або була відсутня менструація, і потім почалися постійні кровотечі, біль або сильні кровотечі);

У Вас проблеми зі здоров'ям, наприклад, мігрені або постійні сильні головні болі, раптово виникли проблеми із зором, жовтяниця або високий артеріальний тиск.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Невідкладна, або посткоїтальна контрацепція (НК) - використання різних видів контрацепції з метою запобігання настанню небажаної вагітності у перші години після незахищеного (без контрацептива) статевого акту або при виявленні дефектів бар'єрних проти-заплідних засобів (презерватива, діафрагми), при помилках у застосуванні гормональної контрацепції (пропуск прийому чергової таблетки), після згвалтування, особливо у підлітків, чи в інших випадках, коли вагітність небажана або небезпечна.

Механізм дії стероїдних препаратів різнонаправлений і обумовлений впливом на різні ланки репродуктивної системи: зміну секреції гонадотропінів (порушує розвиток яйцеклітини), гальмування ембріогенезу на ранній стадії, блокування пенетрації сперміїв і пригнічення передменструального стероїдогенезу. Такий широкий спектр дії для посткоїтальних контрацептивів обумовлений тим, що їхнє застосування може припасти на різний період менструального циклу, і тоді проявиться той чи інший ефект введеного стероїду.

Ефективність методу досить висока і досягає 96 %, якщо з моменту "незахищеного" статевого акту пройшло не більше 72 годин.

Типи невідкладної контрацепції: комбіновані оральні контрацептиви; протизаплідні таблетки прогестогенового ряду; внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК); антипрогестерон (АП).

Переваги:

- усі типи дуже ефективні (менше 3 % жінок вагітніють у цьому циклі);
- ВМК забезпечує також тривалий контрацептивний захист.

Недоліки:

- КОК ефективні лише у тому випадку, якщо перша доза прийнята протягом 72 годин після незахищеного статевого акту;
- КОК можуть викликати нудоту, блювання або біль у молочних залозах;
- перша доза ПТП повинна бути прийнята протягом 48 годин після статевого акту, однак вони в меншій мірі викликають нудоту і біль у молочних залозах;
- антипрогестогени ефективні лише у випадку, якщо прийняті протягом 72 годин після незахищеного статевого акту; в даний час вони дорого коштують і є лише в деяких країнах;
- ВМК ефективний лише тоді, коли вводиться протягом 5 днів після незахищеного статевого акту. Введення ВМК виконується підготованим медичним спеціалістом і не повинно здійснюватись жінкам, які мають ризик зараження ІПСШ, ВІЛ.

Схеми використання

КОК:	Приймають 4 таблетки низькодозованого КОК (30-35 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 72 годин після незахищеного статевого акту. Приймають додатково 4 таблетки через 12 годин. Всього 8 таблеток.
або	Приймають 2 таблетки високодозованого КОК (50 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 72 годин після незахищеного статевого акту. Приймають додатково 2 таблетки через 12 годин. Всього 4 таблетки.
ПТП:	Приймають дозу ПТП еквівалентну 750 мг левоноргестрелу орально протягом 48 годин після незахищеного статевого акту. Приймають додатково дозу ПТП еквівалентну 750 мг левоноргестрелу через 12 годин. Всього 2 дози.
	або дозу ПТП еквівалентну 1,5 мг левоноргестрелу за один прийом.
ВМК:	Необхідно звернутися до лікаря для введення ВМК протягом 5 днів після незахищеного статевого акту.
АП:	Приймається 600 мг протягом 72 годин.

Для всіх методів:

Якщо менструація (вагінальна кровотеча) не почнеться протягом трьох тижнів, пацієнтці слід звернутись до лікаря для виключення вагітності.

НК не повинна використовуватись у випадку, коли жінка вагітна або коли вагітність підозрюється.

Побічні ефекти та рекомендовані дії щодо них:

КОК і ПТП: нудота, блювання:

Проконсультуйте жінку про побічний ефект. Якщо блювання відбувається протягом 2 годин після прийому першої чи другої дози, пацієнтка може повторно прийняти цю дозу або доза може бути введена вагінально.

Кровотеча/ мажучі виділення:

Близько 8% жінок, які використовують КОК, як метод невідкладної контрацепції, матимуть мажучі виділення під час лікувального циклу. Приблизно у 50% жінок менструація почнеться вчасно, а для більшості, інших, можливий більш ранній початок менструації, ніж очікувалось.

ВМК:

Ті, що й під час інтервального введення. Див. розділ "ВМК".

Використання тривалих контрацептивних методів після невідкладної контрацепції:

- використання презервативів та сперміцидів можна розпочинати відразу після невідкладної контрацепції;
- КОК - перша таблетка приймається наступного дня після припинення невідкладної контрацепції; поряд з цим, протягом наступних 7 днів використовують бар'єрні методи;
- ПТП - приймаються після менструальноподібної кровотечі;
- ін'єкції та імпланти - можна розпочинати застосування протягом 7 днів від початку менструального циклу. До того часу мають використовуватись презервативи;
- жінка, яка у якості довготривалого методу контрацепції обирає ВМК, може ввести її протягом 5 днів від часу незахищеного статевого контакту замість використання інших засобів невідкладної контрацепції.

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ ТА СПЕРМІЦИДИ

ПРЕЗЕРВАТИВИ

ЧОЛОВІЧИЙ ПРЕЗЕРВАТИВ

Чоловічий презерватив - тонкий чохол, виготовлений з гуми (латексу) або вінілу, який може бути оброблений сперміцидом для додаткового захисту. Відноситься до бар'єрних методів контрацепції, запобігає потраплянню сперми в жіночий репродуктивний тракт. Основними критеріями якості та надійності, за оцінками ВООЗ, вважаються міцність на розрив та розміри мікропор матеріалу, з якого виготовлено презерватив.

Ефективність - 2 вагітності на 100 жінок при правильному застосуванні протягом першого року використання.

Єдиний метод, який в достатній мірі захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом. Може використовуватись як допоміжний метод при застосуванні інших контрацептивів для захисту від ІПСШ.

Переваги:

Контрацептивні:

- негайна ефективність;
- не впливають на грудне годування;
- можуть використовуватись як додатковий метод разом з іншими контрацептивами;
- відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний з використанням методу;
- відсутні системні побічні явища;
- широкодоступні (в аптеках та немедичних закладах);
- продаються без рецепта;
- не обов'язково проводити медичний огляд перед початком використання;
- недорогий метод (на короткий термін).

Неконтрацептивні:

- єдиний метод планування сім'ї, який забезпечує захист від ІПСШ (лише латексні і вінілові презервативи);
- сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї;
- можуть продовжити період до еякуляції;
- можуть сприяти зниженню ризику розвитку раку шийки матки;

- можуть використовуватись при лікуванні імунологічних форм безпліддя (протягом 3-6 місяців) для запобігання потрапляння антигенів сперми в піхву;
- можуть використовуватись у випадку розвитку в жінки алергічних реакцій на сім'яну рідину і/або сперматозоїди;
- можуть використовуватись для поліпшення ерекції у хворих після операцій на органах черевної порожнини (кільце презерватива виконує роль слабкого джгута).

Недоліки:

- ефективність (2 вагітності на 100 жінок при правильному застосуванні протягом першого року використання);
- контрацептивна ефективність залежить від бажання пари дотримуватись інструкцій;
- метод залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберегатись (мотивація) і використання під час кожного статевого акту);
- можуть знизити чутливість статевого органу, ускладнюючи тим самим підтримку ерекції;
- видалення використаних презервативів може стати проблемою;
- необхідна наявність відповідних умов зберігання вдома у користувачів;
- необхідно мати достатній запас презервативів до початку статевого акту;
- необхідна постійна наявність презервативів у продажу;
- можуть викликати подразнення у чоловіків і жінок як самим презервативом, так і сперміцидом.

Побічні ефекти та рекомендовані дії щодо них:

Презерватив розірваний або підозрюється його пошкодження (до статевого акту):

Перевірте презерватив на наявність пошкоджень. Викиньте і візьміть інший презерватив або використайте сперміцид у сполученні з іншим презервативом.

Презерватив розірвався або вислизнув (під час статевого акту):

При розриві презерватива або підозрі на пошкодження використайте метод невідкладної контрацепції (див. розділ "Невідкладна контрацепція").

Підозрювана алергічна реакція (на презерватив):

Виключіть інфекцію, алергічну або механічну реакцію. Якщо це алергія, допоможіть пацієнтам вибрати інший метод.

Підозрювана алергічна реакція (на сперміцид):

Виключіть інфекцію, алергічну або механічну реакцію. Хоча алергічні реакції трапляються рідко, вони можуть спричинити незручність і навіть бути небезпечними. Якщо після статевого акту симптоми не проходять і немає ніяких ознак ІПСШ, порекомендуйте інший сперміцид або презерватив без сперміциду чи допоможіть вибрати інший метод.

Зменшення відчуття статевого задоволення:

Якщо спостерігається зниження чутливості навіть при використанні тонших презервативів, допоможіть вибрати інший метод.

Інструкції для пацієнта:

- Використовуйте презерватив під час кожного статевого акту.
- Використовуйте презервативи зі сперміцидом для максимальної ефективності і захисту.
- Презерватив одягають на статевий орган в стані ерекції до його введення в піхву жінки, враховуючи, що преяколяторна сперма містить активні сперматозоїди.
- Якщо презерватив не має розширення (резервуару), слід залишити на кінці 1-2 см для сперми.
- Після еякуляції, тримаючи за основу (кільце) презерватива, витягніть статевий орган із піхви, поки він ще знаходиться в стані ерекції. Це попереджає зісковзування презерватива і пролиття сперми на статеві органи партнерші.
- Кожен презерватив може використовуватись лише один раз.
- Завжди майте в наявності запас презервативів. Не тримайте їх у теплому місці, тому що це руйнує матеріал, з якого він вироблений, і це може призвести до протікання презерватива під час використання.
- Не використовуйте презерватив, якщо його упаковка розірвана або презерватив виглядає пошкодженим чи ламким.
- Не користуйтеся мінеральним маслом, харчовим жиром, дитячим кремом або вазеліном для змазки презерватива. Це швидко руйнує його матеріал. Якщо потрібна змазка, використовуйте слину чи вагінальний секрет.

ЖІНОЧИЙ ПРЕЗЕРВАТИВ

Жіночий презерватив - чохол з тонкого прозорого поліуретану, закритий з одного кінця. Відкритий кінець являє собою гнучке кільце великого діаметра, яке залишається ззовні. Закритий кінець закінчується кільцем меншого діаметра для зручності введення у

півху. Запобігає потраплянню сперми до внутрішніх статевих органів. Ефективність - при правильному регулярному використанні - 5 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання.

Проводиться консультування відносно правил використання чоловічого та жіночого презервативів, які передбачено в інструкції до засобів.

Ефективність - при правильному регулярному використанні - 5 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання. При неправильному - 21 вагітність на 100 жінок.

Переваги:

- метод контролюється жінкою;
- відсутність протипоказань;
- немає алергічних реакцій.

Недоліки:

- ефективність (5 вагітностей на 100 жінок при правильному застосуванні протягом першого року використання);
- дорого вартісні;
- потрібна згода партнера;
- потрібен постійний запас.

Інструкції для пацієнтки:

- Використовуйте новий презерватив під час кожного статевого акту.
- Жіночий презерватив може бути введений за 8 годин до статевого акту.
- Перш ніж вводити презерватив, вимийте руки водою з милом.
- Вийміть презерватив з пакета (не відкривайте пакет зубами, ножем, ножицями або іншими гострими інструментами).
- Тримайте презерватив відкритим кінцем униз.
- Великим і середнім пальцями стисніть гнучке кільце на закритому кінці у вузький овал.
- Другою рукою розведіть губи півху.
- Введіть кільце й чохол презерватива в півху.
- Вказівним пальцем вштовхніть кільце якнайглибше в півху.
- Введіть палець у презерватив доти, поки він торкнеться дна кільця.
- Заведіть кільце за лобкову кістку.
- Переконайтеся, що зовнішнє кільце й частина чохла перебувають поза півхою, поверх вульви.

- Варто переконаватися, що статевий орган чоловіка увійшов у чохол презерватива й залишається усередині протягом усього статевого акту.
- Не застосовуйте жіночий презерватив одночасно із чоловічим презервативом.
- По закінченні статевого акту закрутіть зовнішнє кільце й обережно вийміть презерватив. Варто вийняти презерватив перш, ніж жінка підніметься.
- Кожен презерватив можна використати лише один раз.
- Знищуйте використані презервативи, викидаючи їх у смітєвий ящик. Не викидайте презерватив в унітаз.
- Тримаєте додатковий запас презервативів під рукою. Не зберігаєте їх у теплому місці, оскільки вони можуть зіпсуватися й потім протікати під час використання.
- Звертайте увагу на дату придатності, що є на упаковці презерватива, щоб переконаватися, що строк придатності не пройшов.
- Не використовуйте презерватив, якщо упаковка порушена або презерватив виглядає зіпсованим або ламким.

ДІАФРАГМИ ТА ШИЙКОВІ КОВПАЧКИ

Діафрагма та шийковий ковпачок - відносяться до бар'єрних методів контрацепції. Сучасні діафрагми виготовляються із гуми і латексу. Ковпачки виготовляють із латексної гуми. Вони не мають широкого застосування в більшості країн.

Протипоказання до використання:

- значне опущення стінок піхви та тіла матки;
- аномалії статевих органів жінки (шийки, піхви);
- дисплазії шийки матки та ендоцервіцити;
- кольпіти;
- перегородки у піхві.

Діафрагми розрізняються між собою за розміром, який визначається діаметром обідка в міліметрах і буває чотирьох основних видів, залежно від особливостей будови обідка: діафрагма з обідком з плоскою пружиною; діафрагма із спіральною пружиною; діафрагма з дугоподібною пружиною; діафрагма з обідком у вигляді перетинки. Контрацептивна дія діафрагми визначається її бар'єрною функцією, що виявляється у перешкоджанні потрапляння сперми в шийку матки. Додатковий контрацептивний ефект досягається наявністю сперміциду. Присутність сперміцидного засобу в куполі діафрагми має важливе значення для досягнення максимальної контрацептивної дії.

Ефективність застосування різних модифікацій діафрагм коливається в межах від 6 до 16 випадків вагітності на 100 жінок протягом першого року застосування.

У даний час існують три типи **протизаплідних ковпачків**: заглиблений порожнистий ковпачок з обідком (часто називають просто "шийковим ковпачком"); ковпачок Vimule (має форму дзвона з розширеним відкритим кінцем); куполоподібний ковпачок - порівняно неглибокий (має форму широкого плоского купола і нагадує діафрагму). Шийкові ковпачки запобігають потраплянню сперми у верхній репродуктивний тракт жінки (матку та фаллопієві труби). Додатковий контрацептивний ефект досягається наявністю сперміциду. Ефективність: у жінок, які не народжували, - 9-16 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання, у жінок, які мали пологи - 26-32 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання.

Переваги діафрагм і ковпачків:

Контрацептивні:

- нехайна ефективність;
- не впливають на грудне годування;
- метод не пов'язаний зі статевим актом (можна вводити за 6 годин до статевого акту);
- відсутність ризику для здоров'я;
- відсутність системних побічних ефектів.

Неконтрацептивні:

- забезпечують деякий захист від ІПСШ, ВІЛ, особливо при використанні зі сперміцидом;
- затримують менструальну кров при використанні під час менструації.

Недоліки діафрагм і ковпачків:

- контрацептивна ефективність залежить від дотримування жінкою інструкцій;
- залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберігатися, мотивація) і використання під час кожного статевого акту;
- необхідно проведення гінекологічного огляду кваліфікованим мед. спеціалістом (допускається проведення огляду медсестрою або акушеркою) для первинної і післяпологової примірки;
- не слід вилучати протягом 6 годин після статевого акту;
- необхідно мати ці засоби до початку статевого акту;

- потрібна постійна наявність цих засобів у продажу (сперміцид необхідний при кожному використанні);
- маніпуляції в піхві можуть виявитись неприйнятними для деяких жінок;
- діафрагма і ковпачок мають досить великі розміри і можуть перешкоджати (заважати) коїтусу;
- деякі жінки мають складності при вилученні діафрагми або ковпачка;
- діафрагма або ковпачок може зміститися під час коїтусу;
- діафрагму або ковпачок необхідно мити і зберігати з дотриманням усіх умов, інакше погіршуються властивості гуми;
- необхідно навчити жінку визначенню терміну придатності діафрагми або ковпачка для їхньої заміни.

Побічні ефекти та рекомендовані дії щодо них:

Інфекції сечовивідних шляхів:

Лікуйте відповідним антибіотиком. Якщо пацієнтка страждає частими ІПСШ і діафрагма залишається її першочерговим вибором, порадьте їй опорожнити сечовий міхур одразу після статевого акту. Проведіть обробку піхви дезінфікуючим розчином (не раніше, ніж через 6 годин після статевого акту). В іншому разі допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.

Підозрювана алергічна реакція (на діафрагму або ковпачок):

Хоча алергічні реакції трапляються рідко, вони можуть спричинити незручність і навіть бути небезпечними. Якщо підозра підтвердилась, допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.

Підозрювана алергічна реакція (на сперміцид):

Хоча алергічні реакції зустрічаються рідко, вони можуть спричинити незручність і навіть бути небезпечними. Запропонуйте пацієнтці інший сперміцид або допоможіть їй вибрати інший метод.

Біль, викликаний натиском на сечовий міхур/ пряму кишку:

Оцініть правильність підбору розміру діафрагми. Якщо вона надто велика, спробуйте діафрагму меншого розміру. Простежте, щоб проблема більше не виникала.

Вагінальні виділення і запах, якщо діафрагма не вилучена протягом більше 24 годин:

При відсутності ІПСШ або стороннього тіла у піхві порадьте пацієнтці вилучити діафрагму якомога раніше після статевого акту (якщо це зручно), але не раніше, ніж через 6 годин після останнього статевого контакту. Якщо симптоми повторюватимуться, проконсультуйте відносно правил гігієни піхви. При наявності ІПСШ лікуйте згідно з діагнозом.

Інструкції для пацієнтки:

- Використовуйте діафрагму під час кожного статевого акту.
- Спочатку випорожніть сечовий міхур і вимийте руки.
- Перевірте, чи нема в діафрагмі отворів, натягнувши гуму і оглянувши її на світло або наповнивши водою.
- Видушіть невелику кількість сперміцидного крему або желе в чашечку діафрагми (для полегшення введення невелику кількість крему/желе можна нанести на ведучий кінець діафрагми або на зовнішній край піхви.). Зведіть краї діафрагми разом.
- Введіть діафрагму в одній з таких позицій:
 - одна нога піднята на стілець або сидіння унітазу;
 - лежачи на спині;
 - навпочіпки.
- Приймавши одну з перерахованих вище поз, розведіть краї піхви.
- Введіть діафрагму з кремом/желе глибоко в піхву і проштовхніть передній край за лобкову кістку.
- Введіть палець в піхву і прощупайте шийку крізь гуму, щоб переконатись, що шийка повністю закрита.
- Діафрагму треба вводити в піхву не раніше ніж за 6 годин до статевого акту. Якщо статевий акт відбувається більше ніж через 6 годин, необхідно ввести додаткову дозу сперміциду в піхву. Перед кожним повторним статевим актом потрібно вводити додаткову дозу крему або желе.
- Залиште діафрагму на місці як мінімум на 6 годин після останнього статевого контакту, але не більше ніж на 24 години (ні на якому етапі не рекомендується проводити спринцювання. Якщо спринцювання все ж проводиться, то робити це слід через 6 годин після статевого акту).
- Вилучіть діафрагму, зачепивши її пальцем за передній край. Якщо необхідно, перед витягуванням введіть палець між діафрагмою і лобковою кісткою, щоб порушити вакуумне присмоктування.
- Після використання вимийте діафрагму водою з милом і ретельно висушіть перед тим, як покласти в коробку.

СПЕРМІЦИДИ

Хімічні поверхнево-активні речовини, які інактивують сперматозоїди у піхві до попадання у верхні відділи статевого тракту та у певній мірі захищають від ІПСШ.

Особливо виражена сперміцидна та бактерицидна дія у хлориду бензалконію.

Сперміциди розрізняють, в основному, за типом носія, що входить до їх складу, і випускають у вигляді аерозолів (піни); паст; гелів (крему); капсул; желе; вагінальних пінистих таблеток; вагінальних пінистих супозиторіїв; розчинних супозиторіїв; розчинних плівок; речовин, що застосовуються для змащення презервативів; губок.

В якості основних активних інгредієнтів у сучасному виробництві сперміцидів застосовуються: бензалконіум хлорид (фарма-текс), октоксинол, менфегол. Ноноксинол-9 сприяє поширенню ІПСШ шляхом ушкодження слизової оболонки і проникненню мікроорганізмів, тому не рекомендується ВООЗ до використання.

Час контрацептивного захисту сучасних сперміцидів та їх ефективність триває в межах від 15 хвилин до 1-8 годин від початку застосування і залежить від форми використання (таблетки, крем, піна тощо). Протягом 2-х годин до та після статевого акту інтимний туалет необхідно проводити без застосування звичайного мила (через ризик руйнування діючої речовини).

При використанні кремів і желе передбачається як самостійне їхнє застосування, так і в поєднанні з піхвовою діафрагмою або шийковими ковпачками. Ефективність використання при цьому значно зростає. Середня ефективність сперміцидів 18-29 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання.

Сперміциди застосовуються і з презервативами, що забезпечує більш значний контрацептивний ефект та захист від ІПСШ.

Переваги:

Контрацептивні:

- ефективні негайно (піна та крем);
- не впливають на грудне годування;
- можуть використовуватись як додатковий страхувальний метод при застосуванні інших методів;
- відсутній ризик для здоров'я;
- відсутні системні побічні явища;
- прості у застосуванні;
- додаткове зволоження (змазка) під час статевого акту;
- продаються без рецепта і не вимагають медичного огляду перед застосуванням;
- можливість використання без участі партнера.

Неконтрацептивні:

- деякий захист від ІПСШ;
- не мають побічних ефектів.

Недоліки:

- ефективність (18-29 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання);
- контрацептивна ефективність залежить від бажання і можливості жінки виконувати інструкції;
- залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберігатись, мотивація) і використання засобу під час кожного статевого акту;
- жінка повинна ввести контрацептив за 10-15 хвилин до статевого акту (вагінальні піністі таблетки, супозиторії, плівка);
- кожне введення ефективне лише протягом 1-2 годин;
- необхідно мати засіб у наявності до початку статевого акту;
- вимагається постійна наявність засобу у продажу.

Побічні ефекти та рекомендовані дії щодо них:

Вагінальне подразнення:

Якщо подразнення викликане сперміцидом, порадьте перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.

Подразнення пеніса та дискомфорт:

Якщо подразнення викликане сперміцидом, порадьте перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допоможіть вибрати інший метод.

Занепокоєння відчуттям печіння у піхві:

Заспокойте, пояснивши, що відчуття печіння є нормальним явищем. Якщо пацієнтка стурбована, порадьте перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допоможіть їй вибрати інший метод.

Вагінальні піністі таблетки не розчиняються:

Порадьте перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.

Інструкції для пацієнтки:

- Необхідно вводити сперміцид до початку кожного статевого акту.
- Після введення вагінальної таблетки, супозиторію або плівки слід почекати 10-15 хвилин. При використанні аерозолів (піни) ніякого очікування не вимагається.
- Дуже важливо виконувати рекомендації виробника сперміциду щодо правильного використання і зберігання кожного препарату. (Наприклад, струсіть контейнер з аерозольною піною перед тим, як видавити її в аплікатор).

- Введіть додаткову дозу сперміциду, якщо статевий акт не почався протягом 1-2 годин після першого введення.
- Введіть додаткову дозу сперміциду перед кожним повторним статевим актом.
- Дуже важливо ввести сперміцид глибоко в піхву, щоб шийка матки виявилась повністю закритою.

ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї (ППС) (МЕТОДИ ВІДСЛІДКУВАННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ)

Природні методи можуть мати місце, якщо жінка може визначити початок та кінець фертильного періоду у своєму менструальному циклі. Фертильний період - це час, коли у жінки може наступити вагітність.

Ефективність природних методів - 2-9 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання.

Ефективність природного планування сім'ї як методу контрацепції визначають такі фактори:

- бажання пари застосувати даний метод контрацепції;
- правильне використання методу періодичного утримання або інших засобів контрацепції в дні фертильного періоду;
- відповідне навчання і знання даного методу контрацепції;
- регулярність менструального циклу.

З позиції методів ППС, кожний місячний цикл починається менструацією, закінчується останнім днем перед наступною менструацією і його можна умовно поділити на три періоди.

I період - відносної неможливості зачаття, коли відбувається зростання фолікула і дозрівання яйцеклітини. У цей період неможливість зачаття відносна у зв'язку з різною тривалістю менструальних циклів. У разі коротких циклів (20-25 днів) дозрівання яйцеклітини і овуляція може наступити так рано, що відразу після закінчення менструації починається період високої вірогідності зачаття.

II період - найбільшої вірогідності зачаття, коли яйцеклітина дозріває і виходить з яєчника - відбувається овуляція. Лише у цей час може бути зачата дитина.

III період - абсолютної неможливості зачаття, від загибелі яйцеклітини до наступної менструації.

Існує кілька різних методів природного планування сім'ї. Деякі з них залежать від використання лише одного з індикаторів фертильності. Інші методи природного планування сім'ї базуються на двох або більше індикаторах фертильності.

Основні характеристики фертильності (цервікальний слиз, базальна температура тіла, тривалість циклу та ін.) доповнюються іншими індивідуальними ознаками (чутливість молочних залоз, біль у нижній частині живота, менструальна кровотеча).

У даний час застосовуються наступні методи відслідковування фертильності:

- календарний (або ритмічний);
- метод базальної температури тіла;
- метод цервікального слизу;
- симптотермальний.

Переваги:

Контрацептивні:

- можна використовувати як для запобігання не планованої вагітності, так і для підготовки до бажаної вагітності;
- відсутність ризику для здоров'я;
- не мають системних побічних ефектів;
- не потребує грошових витрат;
- не впливають на грудне вигодовування;
- негайне відновлення фертильності.

Неконтрацептивні:

- дає жінці можливість глибшого розуміння фізіології свого організму, репродуктивної системи і закономірностей менструального циклу;
- сприяє залученню чоловіка до планування сім'ї та відповідального батьківства;
- сприяє встановленню ближчих подружніх стосунків;
- використовується для діагностики і лікування неплідності та перед менструального синдрому.

Недоліки:

- необхідне детальне навчання для правильного використання найбільш ефективних методів ППС;
- необхідні консультації підготовленого спеціаліста;
- вимушене утримання під час фертильної фази для уникнення запліднення;
- вимагається щоденне ведення записів;
- вагінальні інфекції та прийом медикаментів можуть ускладнити інтерпретацію цервікального слизу;
- відсутність захисту від ІПСШ, ВІЛ.

Інструкції для пацієнтки:

Календарний метод

Ви можете приблизно визначити свій фертильний період, слідкуючи за менструальними циклами.

З метою контрацепції:

Розрахуйте свій фертильний період. Прослідкуйте за тривалістю як мінімум шести менструальних циклів, протягом яких вам необхідно або утримуватись від статевих відносин, або користуватись іншим контрацептивним методом. Потім розрахуйте свою фертильну фазу за наведеною нижче формулою.

- від кількості днів у найдовшому з ваших циклів відніміть 11 (цим ви визначите останній фертильний день вашого циклу);
- від кількості днів у найкоротшому з ваших циклів відніміть 18 (цим ви визначите перший фертильний день вашого циклу).

Наприклад: найдовший цикл: 30 днів - 11 = 19,
найкоротший цикл: 26 днів - 18 = 8.

Згідно з розрахунками, фертильним є період з 8 по 19 день циклу (для запобігання вагітності слід утримуватись 12 днів). Уникайте статевого акту під час фертильних днів.

З метою запліднення статеві відносини відбуваються без застосування протизаплідних методів під час фертильних днів.

Метод базальної температури тіла (БТТ)

Ви можете визначити свою фертильну фазу, акуратно вимірюючи температуру спеціальним термометром, який зафіксує навіть незначне її підвищення.

Використовуйте правило зміни температури:

- Вимірюйте температуру в один і той же час кожного ранку до того, як встанете з ліжка.
- Використовуючи записи за перші 10 днів менструального циклу, визначіть найвищу з "нормальних низьких" температур (тобто щоденних температур, записаних у звичайному порядку і без виняткових умов). Не беріть до уваги аномально високі температури через жар або інші стани.
- Проведіть лінію дещо вище (на 0,05°) найвищої з цих 10 температур. Ця лінія називається температурною.
- Нефертильна фаза починається увечері третього дня підряд (тобто 18 жовтня), коли температура залишається вище температурної лінії (правило зміни температури).

З метою контрацепції утримайтесь від статевих відносин з початку менструації до вечора третього дня підряд, коли температура залишається вище температурної лінії.

Примітка:

- якщо протягом трьох днів одна з трьох температур впаде до температурної лінії або нижче неї, це може означати, що овуляція ще не сталася. Для уникнення вагітності дочекайтесь 3 днів **підряд** з температурою вище температурної лінії до того, як поновити статеві відносини;
- після початку не фертильної фази більше немає необхідності реєструвати температуру. Ви можете припинити це робити до початку наступного менструального циклу або мати статеві відносини до першого дня наступної менструації.

Метод цервікального слизу

Ви можете визначити свою фертильну фазу, слідкуючи за цервікальним слизом.

Простий та акуратний запис - запорука успіху.

Для ведення записів використовується цілий ряд кодів. Ці коди повинні бути не лише прийнятні у вашому регіоні, але й доступні користувачам ППС. У деяких країнах використовуються кольорові наклеїтки або чорнильні штампи; в інших розроблені умовні позначення; в третій використовується комбінація попередніх двох, у результаті чого символи виводяться різними кольорами.

- "Сухі дні": після закінчення менструації у більшості жінок протягом одного чи кількох днів спостерігається відсутність слизу і зона піхви на дотик суха. Це так звані "сухі дні".
- Фертильні дні: якщо перед овуляцією спостерігається будь-який тип слизу, жінка вважається фертильною. При наявності будь-якого слизу, навіть якщо він липкий і пастоподібний, в шийці матки може також бути присутнім вологий фертильний слиз, що свідчить про початок фертильних днів.
- День пік: останній день слизького і вологого слизу називається "днем пік". Це означає, що овуляція близька або тільки що відбулася.
- Оскільки протягом дня слиз може змінювати свою консистенцію, прослідкуйте за нею кілька разів на день. Щовечора перед сном визначте свій найвищий рівень фертильності і зробіть у карті відповідну позначку.
- Утримайтесь від статевих відносин як мінімум протягом одного циклу, щоб визначити дні зі слизом.

- Після закінчення менструації під час "сухих днів" можна без побоювань мати статеві відносини кожну другу ніч (правило чергування статевих днів). Це дозволить не сплутати слиз зі спермою.
- Під час появи будь-якого слизу або відчуття вологості в піхві слід уникати статевих відносин. Слизові дні, особливо дні фертильного слизу, небезпечні (правило раннього слизу).
- Позначте останній день прозорого, слизького, тягучого слизу знаком X. Це "день пік" - найбільш фертильний період.
- Після "дня пік" уникайте статевих відносин протягом наступних 3 сухих днів і ночей. Цей час небезпечний (правило "дня пік").
- Починаючи з ранку 4 "сухого дня" і до початку менструації можна мати статеві відносини, не побоюючись завагітніти.

Симптомтермальний метод

Вам будуть потрібні інструкції для методів цервікального слизу і базальної температури тіла.

Ви можете визначити свої фертильні дні, слідкуючи одночасно за температурою і цервікальним слизом.

- Після закінчення менструації ви можете мати статеві відносини ввечері кожного другого "сухого дня" протягом не фертильного періоду до овуляції. Правило чергування сухих днів - те ж правило, яке використовується й в методі цервікального слизу.
- Фертильна фаза починається з появою будь-якого слизу або відчуття вологи в піхві. Це правило раннього слизу - те ж правило, яке використовується й у методі цервікального слизу. Утримайтесь від статевих відносин до закінчення фертильної фази.
- Утримуйтесь від статевих відносин до того часу, поки не будуть застосовані правила "дня пік" і зміни температури.
- У випадках, коли ці правила по-різному визначають кінець фертильної фази, завжди дотримуйтесь найбільш консервативного правила, тобто того, яке визначає найбільшу тривалу фертильну фазу.

Примітка: якщо протягом попереднього циклу застосовувались правила "дня пік" і зміни температури, ви можете мати статеві відносини в перші 5 днів менструального циклу, починаючи з першого дня кровотечі. Це називається правилом менструації, яке гарантує, що ця кровотеча дійсно менструальна, а не зумовлена якимись іншими причинами.

МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ

МЛА - контрацептивний метод, який базується на годуванні груддю з обов'язковим дотриманням критеріїв його застосування. Використовується як тимчасовий метод контрацепції.

МЛА дає природний захист від вагітності. Метод ефективний в перші 6 місяців після пологів при дотриманні зазначених нижче критеріїв використання:

1. Минуло не більше 6 місяців після пологів;
2. Лактаційна аменорея;
3. Жінка годує виключно груддю:
 - годує дитину за вимогою;
 - щонайменше 6 разів на день (включаючи нічне годування) і дитині не дають іншої їжі, крім материнського молока;
 - інтервал між годуваннями повинен складати не більше 4 годин вдень та 6 годин вночі.

Якщо жінка не хоче покладатися лише на МЛА, необхідно використовувати інші методи.

Переваги:

Контрацептивні:

- ефективний (1-2 вагітності на 100 жінок у перші 6 місяців використання);
- негайна ефективність;
- не пов'язаний зі статевим актом;
- відсутність системних побічних ефектів;
- немає необхідності у спеціальному медичному спостереженні;
- не слід поповнювати запас контрацептива;
- не потрібні грошові витрати.

Неконтрацептивні:

Для дитини:

- пасивна імунізація (передача захисних антитіл);
- найкраще джерело поживних речовин;
- зменшення контакту із заразними мікроорганізмами води, іншого молока чи дитячого харчування, а також кухонного посуду.

Для матері:

- зменшення післяпологової втрати крові.

Недоліки:

- залежить від жінки (вимагає дотримання правил грудного годування);
- може виявитись важко виконуваним через соціальні обставини;
- має високу ефективність лише до поновлення менструацій або не більше 6 місяців;
- не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

Інструкції для пацієнтки

Як часто годувати

Годуйте дитину з обох грудей на її вимогу приблизно 6-10 разів на добу.

Годуйте дитину як мінімум один раз вночі (інтервал між двома годуваннями не повинен перевищувати 6 годин).

Примітка: головна мета грудного годування - це харчування та здоров'я дитини. Дитина може не хотіти їсти 6-10 разів на добу або може спати всю ніч. Це нормальні явища, але якщо будь-яке з них має місце, ефективність грудного годування як методу контрацепції знижується.

Коли починати вводити тверду їжу

Якщо дитина добре росте, додає у вазі і якщо ваше харчування збалансоване і ви достатньо відпочиваєте, щоб підтримувати адекватну кількість грудного молока, дитина до 6 місяців не потребує іншого харчування.

Як тільки ви почнете замінювати грудне молоко іншою їжею чи рідиною, дитина буде смоктати менше і грудне годування перестане бути ефективним методом запобігання вагітності.

Менструації

Поновлення менструацій означає, що ваша дітородна функція відновилась і ви повинні негайно почати використовувати інші методи ПС.

Для контрацепції і здоров'я

- Вам потрібно використовувати контрацептивний метод, якщо у вас поновились менструації, якщо ви більше не годуєте виключно груддю або якщо вашій дитині 6 місяців.
- Проконсультуйтеся зі своїм лікарем перед тим, як починати використовувати інший метод контрацепції.
- Якщо ви або ваш партнер підлягають ризику зараження ІПСШ, ВІЛ вам слід використовувати презервативи разом з МЛА.

Що робити, якщо ви не годуєте виключно груддю або припинили грудне годування

- Вам необхідно мати вдома тимчасовий запас презервативів або інший контрацептивний засіб, щоб почати його використовувати, як тільки ви припините виключно грудне годування своєї дитини.
- Зверніться до спеціаліста, який допоможе підібрати і навчить вас правильно використовувати інший метод контрацепції.

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЖІНОК

Жіноча стерилізація спрямована на створення оклюзії маткових труб хірургічним шляхом під час лапароскопії, міні-лапаротомії або традиційної лапаротомії (наприклад, під час кесаревого розтину). Ефективність 0,5 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання.

Трубна оклюзія - це хірургічне блокування прохідності труб з метою перешкоджання злиття сперматозоїда та яйцеклітини, тобто заплідненню. Трубна оклюзія є методом перманентного припинення жіночої репродуктивної функції. Найбільш оптимальним є лапароскопічний доступ. Сучасні методи створення штучної оклюзії маткових труб включають: лігування маткових труб з наступним їх пересіканням, накладання силіконових кілець або зажимів, коагуляційний метод з використанням теплоенергетичного впливу, введення в маткові труби оклюзійних тілець (які можна потім видалити), рідких хімічних речовин, які викликають рубцеву стриктуру.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,5 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна ефективність;
- постійний метод;
- не впливає на грудне годування;
- не пов'язаний із статевим актом;
- підходить пацієнткам, для здоров'я яких вагітність є серйозною небезпекою;
- нескладна хірургічна процедура, яка звичайно виконується під місцевою анестезією;
- відсутність довготривалих побічних ефектів;

- не змінює статеві функції (не впливає на продукцію гормонів яєчниками).

Неконтрацептивні:

- знижує ризик розвитку раку яєчників.

Недоліки:

- метод незворотний;
- пацієнтка згодом може шкодувати про своє рішення;
- незначний ризик ускладнень (ризик зростає при використанні загальної анестезії);
- короточасний дискомфорт/біль після операції;
- необхідна участь кваліфікованого лікаря (гінеколог або хірург для лапароскопії);
- апаратура для лапароскопії дорого коштує;
- не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

Проведення ДХС:

- У будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна.
- З 6 по 13 день менструального циклу (слід віддати перевагу проліферативній фазі).
- Після пологів:
 - міні - лапаротомія: в перші 2 дні або через 6 тижнів;
 - лапароскопія: не підходить для жінок після пологів.
- Після абортів:
 - 1-й триместр: відразу чи протягом 7 днів, якщо немає ознак інфекції органів таза (міні - лапаротомія або лапароскопія).
 - 2-й триместр: відразу або протягом 7 днів, якщо немає ознак інфекції органів таза (лише міні - лапаротомія).

Надання допомоги у разі виникнення проблем:

Інфекція рани:

При наявності інфекції шкіри лікуйте антибіотиками. У випадку абсцесу дренуйте і лікуйте відповідно.

Післяопераційний жар (>38° C):

Лікуйте у відповідності з діагнозом.

Поранення сечового міхура, кишечника (рідко):

Діагностуйте проблему і лікуйте відповідно. Якщо поранення сечового міхура чи кишечника виявлено під час операції, проведіть первинне ушивання. Якщо виявлено після операції, направте пацієнтку у відповідний заклад за необхідністю.

Гематома (підшкірна):

Спостерігайте: звичайно гематома зникає з часом, але може потребувати дренивання, якщо надто велика.

Газова емболія при лапароскопії (дуже рідко):

Може знадобитися інтенсивна реанімація, включаючи внутрішньовенні розчини, серцеву та дихальну реанімацію, інші реанімаційні заходи.

Біль у зоні розрізу:

Встановіть наявність інфекції або абсцесу і лікуйте згідно з діагнозом.

Поверхнева кровотеча (край шкіри або підшкірні судини):

Встановіть контроль над кровотечею і лікуйте у відповідності з будь-якими додатковими медичними показаннями.

Інструкції для пацієнтки:

- Тримайте місце операції сухим протягом 2 днів. Повертайтеся до повсякденних занять поступово (Поновлення нормальної активності протягом 7 днів після операції).
- Утримайтесь від статевих відносин протягом 1 тижня. Якщо після поновлення статевих відносин виникає дискомфорт, проконсультуйтеся із лікарем.
- Уникайте важкої роботи протягом 1 тижня.
- У разі больових відчуттів прийміть 1 чи 2 обезболюючі пігулки (ацетаминофен, ібупрофен чи парацетамол) кожні 4-6 годин.
- Повторний прийом у лікаря через 7-14 днів після операції.
- Зверніться до лікаря для видалення не абсорбованих швів через 1 тиждень. Якщо швів немає або використовувався абсорбований шовний матеріал, то при відсутності скарг немає необхідності звертатись до лікаря.

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЧОЛОВІКІВ

Чоловіча стерилізація (Вазектомія) - пересікання сім'я вивідних протоків. Вазектомія - це чоловіча добровільна стерилізація (ДС), що здійснюється стандартним методом (один або два невеликих розрізи) або без скальпельною технологією (метод, якому надають перевагу). Ефективність 0,1-0,15 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання

Вазектомія не забезпечує захисту від вагітності протягом перших 3 місяців після операції або до того часу, поки не відбудеться

20 еяколяцій, або якщо при розгляді аналізу сім'яної рідини під мікроскопом у ній присутні сперматозоїди.

Переваги:

- висока ефективність (0,1-0,15 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання);
- постійний метод;
- не впливає на грудне годування у дружини;
- не пов'язаний із статевим актом;
- підходить для пар у тих випадках, коли вагітність або трубно-оклюзія становить підвищений ризик для здоров'я жінки;
- проста операція, яка проводиться під місцевою анестезією;
- відсутність довготривалих побічних ефектів;
- не змінює статевої функції (не впливає на продукцію гормонів яєчниками).

Недоліки:

- метод незворотний;
- пацієнт може згодом жалкувати про своє рішення;
- затримка ефективності (вимагається аж до 3 місяців або 20 еяколяцій після операції);
- ризик та побічні ефекти, пов'язані з невеликою операцією, особливо при використанні загальної анестезії;
- короткочасний біль/дискомфорт після процедури;
- необхідна участь кваліфікованого медичного спеціаліста;
- не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

Надання допомоги у разі виникнення проблем:

Інфекція рани:

При наявності інфекції шкіри лікуйте антибіотиками. У випадку виникнення абсцесу дренируйте і лікуйте відповідно.

Надмірний набряк:

При наявності великого і болючого набряку може знадобитися хірургічне втручання. Забезпечте підтримку мошонці, якщо це необхідно.

Гематома мошонки:

Накладіть на це місце теплий вологий компрес і забезпечте підтримку мошонці. Спостерігайте: гематома, як правило, зникає з часом.

Інструкції для пацієнта:

- Не знімайте пов'язку протягом 3 днів.

- Не чіпайте рану до її загоєння.
- Ви можете приймати ванну через 24 години після операції, але не давайте рані намокнути. Через 3 дні ви можете мити зону операції водою з милом.
- Носіть суспензорій протягом 2-3 днів.
- При болях приймайте 1 чи 2 знеболюючі пігулки (ацетамінофен, ібупрофен чи парацетамол) кожні 4-6 годин і прикладайте пакети з льодом.
- Уникайте важкої роботи протягом 3 днів.
- Якщо не відчуваєте дискомфорту, можете поновити статеві відносини через 2-3 дні.

Пам'ятайте про необхідність користуватися презервативом або іншим методом контрацепції протягом 3 місяців після операції.

- У випадку виконання без скальпельної вазектомії накладання швів не потребується. Якщо були нескладні не абсорбовані шви, прийдіть до лікаря через 1 тиждень для їхнього видалення. Якщо шви не накладались або застосовувався абсорбований шовний матеріал, то при відсутності скарг немає необхідності звертатись до лікаря.
- Прийдіть у клініку через 3 місяці (або раніше) для аналізу сперми, якщо ви хочете впевнитись у повній ефективності операції.

МЕДИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИЙНЯТНОСТІ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Оцінка пацієнтів

Головна мета оцінки пацієнта для надання послуг з планування сім'ї полягає у визначенні:

- можливої вагітності;
- станів, що потребують обережності при виборі будь-якого методу;
- будь-яких супутніх захворювань, що вимагають додаткових досліджень, лікування або регулярного нагляду.

Одним із головних завдань спеціаліста, який здійснює консультування з ПС є визначення стану здоров'я пацієнта та його партнера з метою поінформованого вибору контрацептива.

Якщо ніяких специфічних проблем не виявлено, то для рекомендації контрацептивних методів, за винятком ВМК та добровільної стерилізації, **не вимагається додаткового загального чи гінекологічного огляду.**

Якщо у пацієнтів, що звернулись для вирішення питань ПС, діагностовано захворювання, яке є тимчасовою перешкодою до використання обраного методу контрацепції, призначається лікування, а після одужання можливе використання цього контрацептива.

Якщо лікування буде тривалим, пацієнту необхідно рекомендувати метод контрацепції, який не шкодить і не протипоказаний при наявності даного захворювання.

Якщо діагностовано захворювання, при якому протипоказаний бажаний контрацептив, з пацієнтами проводять додаткове консультування для підбору іншого методу контрацепції.

У разі наявності соматичного захворювання, індивідуальний підбір методу контрацепції проводиться спільно з профільним спеціалістом.

Класифікація ВООЗ

У 1994-95 рр. відбулася серія робочих нарад, проведених Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ). Їхньою метою був перегляд медичних критеріїв для початку і продовження використання всіх широко розповсюджених контрацептивних методів, включаючи добровільну стерилізацію.

Учасники робочих нарад розробили систему класифікації і застосували її до всіх існуючих методів контрацепції. У відповідності з

цією класифікацією, різні контрацептивні методи оцінюються з точки зору відношення ризику для здоров'я та користі від їхнього використання при наявності певних станів. Дивись Додаток 1. (Поняття "стан" включає в себе як біологічні характеристики жінки, наприклад, вік або репродуктивний анамнез, так і будь-які відомі соматичні захворювання, як, наприклад, діабет або гіпертонія.)

Будь-який специфічний стан, що впливає на показання до використання методу контрацепції, можна віднести до однієї з чотирьох категорій-класів ВООЗ.

Категорії

1. — стан, при якому немає ніяких протипоказань до використання даного методу контрацепції;
2. — стан, при якому очікувана користь від використання даного методу контрацепції в цілому перевершує теоретичні або доведені ризики;
3. — стан, при якому теоретичні або доведені ризики в цілому перевищують очікувану користь від використання даного методу контрацепції;
4. — стан, при якому використання даного методу контрацепції абсолютно протипоказане.

Використання шкали категорій на практиці

Категорія	Клінічне обстеження проведене у повному обсязі	Провести клінічне обстеження у повному обсязі немає можливості
1	Використання методу допускається за будь-яких обставин	Так (метод допускається до використання)
2	У більшості випадків немає протипоказань щодо використання методу	
3	Використання методу, як правило, не рекомендується, за виключенням тих випадків, коли більш придатний засіб контрацепції або його використання є неприйнятним для пацієнта	Ні (використовувати метод не рекомендується)
4	Використання методу абсолютно протипоказане	

Значення категорій "1" та "4" не потребують пояснень.

Категорія "2" означає, що даний метод контрацепції допускається до використання, однак при цьому необхідний ретельний контроль зі сторони лікаря.

Категорія "3" означає, що рекомендувати метод можна лише після ретельного клінічного обстеження і за умов наявності доступу до відповідних медичних послуг. Крім того слід враховувати тяжкість стану та прийнятність альтернативних методів контрацепції. Даний метод не рекомендується використовувати за виключенням тих ситуацій, коли більш придатні засоби контрацепції недоступні або їх використання неприйнятне для пацієнта. Стан здоров'я пацієнта повинен знаходитись під особливим контролем з боку лікаря.

За умови неможливості проведення клінічного обстеження у відповідному об'ємі відношення стану до категорії "З" означає, що використання даного методу контрацепції даною жінкою неприпустиме з причин медичного характеру.

ЗВЕДЕНА ТАБЛИЦЯ ОБСТЕЖЕННЯ, ЯКЕ ПРОВІДИТЬСЯ У ПЛАНОВОМУ ПОРЯДКУ ПЕРЕД ПРИЙНЯТТЯМ РІШЕННЯ НА КОРИСТЬ ТОГО ЧИ ІНШОГО МЕТОДУ КОНТРАЦЕПЦІЇ

У цьому випадку мається на увазі обстеження, що застосовуються до осіб, які можуть бути здоровими.

Наявність будь-яких захворювань чи інших станів специфічного характеру може вимагати проведення додаткових обстежень і аналізів перед тим, як рекомендувати пацієнту той чи інший метод контрацепції.

Клас "А" - проведення даного обстеження/аналізу обов'язково рекомендується у всіх випадках і є гарантією безпеки та ефективності користування конкретним методом контрацепції.

Клас "В" - проведення даного обстеження/аналізу значною мірою забезпечує безпеку та ефективність користування конкретним методом контрацепції. Однак доцільність проведення таких обстежень/аналізів повинна визначатись з урахуванням загальної ситуації в системі охорони здоров'я і/чи системі надання медичних послуг. Остаточне рішення повинно прийматись шляхом оцінки ризиків, пов'язаних із відмовою від проведення того чи іншого обстеження або аналізу і потенційної вигоди, яка може бути отримана при забезпеченні доступу до конкретного методу контрацепції.

Клас "С" - проведення даного обстеження чи аналізу не забезпечує будь-якої суттєвої гарантії безпеки і ефективності конкретного методу контрацепції.

Наведена класифікація розроблена з урахуванням кореляції між проведенням тих чи інших обстежень/аналізів і гарантією безпечного користування конкретним методом контрацепції. При цьому дана класифікація не відображає доцільності проведення згаданих обстежень чи аналізів при інших обставинах. Наприклад, деякі обстеження чи аналізи, які не мають вирішального значення у визначенні безпеки і ефективності користування конкретним методом контрацепції, можуть бути корисними у разі проведення превентивних заходів або у діагностиці, або при оцінці різних патологічних станів.

Вид	КОК	КІК	ПТП	ІКП	Імплантат	ВМК	Презервативи	Діафрагми і шийкові ковпачки	Сперміциди	Жіноча стерилізація	Вазектомія
Обстеження молочних залоз лікарем	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	Не проводиться
Обстеження тазових/статевих органів	С	С	С	С	С	А	С	А	С	А	А
Скринінг на предмет виявлення раку шийки матки	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	Не проводиться
Стандартні лабораторні аналізи	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С
Визначення рівня гемоглобіну у крові	С	С	С	С	С	В	С	С	С	В	С
Оцінка ризику зараження ІПСШ: збір анамнезу і загальний огляд	С	С	С	С	С	А*	С*	С**	С**	С**	С
Скринінг на предмет виявлення ІПСШ/ВІЛ: лабораторні аналізи	С	С	С	С	С	В*	С*	С**	С**	С**	С
Вимірювання кров'яного тиску	***	***	***	***	***	С	С	С	С	А	С****

Примітки до таблиці

* Відповідно до "Медичних критеріїв прийнятності використання засобів контрацепції" (3-є видання, 2004 р.), якщо жінка з групи високого ризику зараження гонорейною чи хламідійною інфекцією, то в цьому випадку введення ВМК не рекомендується, за виключенням обставин, коли застосування альтернативних методів контрацепції з тих чи інших причин є неможливим або неприйнятним. При наявності гнійного цервіциту або гонорейної / хламідійної інфекції, введення ВМК не повинно здійснюватись до повного виліковування цих станів або наявності інших медичних показань до застосування даного методу контрацепції.

** Відповідно до "Медичних критеріїв прийнятності використання засобів контрацепції" (3-є видання, 2004 р.), жінки з групи високого ризику зараження ВІЛ-інфекцією не повинні використовувати сперміциди, до складу яких входить ноноксinol-9. Використання піхвових діафрагм та шийкових ковпачків, протизаплідний ефект яких забезпечується присутністю ноноксилону-9, не рекомендується жінкам, які мають ризик зараження ІПСШ, за виключенням тих випадків, коли застосування альтернативних методів контрацепції з тих чи інших причин є неможливим або неприйнятним.

*** Перед початком використання КОК, КІК, ПТП, ІКП або вживанням протизаплідного імплантату рекомендується вимірювання кров'яного тиску. Однак доступ до гормональної контрацепції для жінок не повинен обмежуватись з причин неможливості вимірювання кров'яного тиску.

**** Процедури, які виконуються із застосуванням місцевої анестезії.

МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ

Організація послуг для людей, що живуть з ВІЛ з питань планування сім'ї

Охорона репродуктивного здоров'я та планування сім'ї - це невід'ємні компоненти допомоги при ВІЛ-інфекції. В умовах епідемії ВІЛ/СНІДу важливе значення має організація надання послуг ЛЖВ з питань планування сім'ї та запобігання небажаних вагітностей.

Дотримуючись Конвенції про права людини, кожна ВІЛ-позитивна жінка має право на народження дитини. Проте одним із важливих завдань медичної галузі є забезпечення вичерпною інформацією та доступною медичною допомогою цієї категорії пацієнтів з метою підвищення якості та тривалості життя ВІЛ-позитивної жінки для народження та виховання своїх дітей, таким чином - здійснення профілактики соціального сирітства.

Репродуктивний вибір та питання планування сім'ї є надзвичайно актуальними для ВІЛ-позитивних жінок та їх сімей. Збільшення інтервалів між пологами є важливим заходом щодо зниження материнської та дитячої смертності у країнах з високим поширенням ВІЛ-інфекції.

Основні три ключових питання для зміни поведінки та потреб планування сім'ї у ВІЛ-позитивних осіб - СВП, що означає - стримування від ризикових сексуальних відносин, вірність своєму партнеру та використання презервативів.

Особливо важливо використовувати принципи СВП для молодих людей та підлітків. Регулярне використання презервативів буде сприяти зниженню поширення ВІЛ-інфекції та захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), а також профілактиці небажаної вагітності.

Для усвідомлення ризиків небажаної вагітності та інфікування ІПСШ, ВІЛ-інфекцією, програми планування сім'ї повинні охоплювати все населення репродуктивного віку. Одним із дієвих заходів є подвійний захист, який включає стримування від першого статевого дебюту, правильне та регулярне використання презервативів, використання презервативів у сполученні з іншими ефективними методами контрацепції (використання подвійного методу).

Надання послуг ВІЛ-позитивним пацієнткам та членам їх сімей має свої особливості щодо конфіденційності, виключення

елементів стигматизації та дискримінації під час надання медично-консультативної допомоги у відповідності до вимог діючих нормативно-правових актів.

З метою ефективного виконання завдань щодо планування сім'ї для ЛЖВ, необхідно у кожному лікувальному закладі або відомстві, які опікуються проблемами ВІЛ-інфекції, організувати консультування ВІЛ-позитивних жінок з питань планування сім'ї, яке проводиться у відповідності до вимог галузевих нормативних документів спеціалістами центрів планування сім'ї, центрів профілактики та боротьби з СНІД, жіночих консультацій та інших лікувальних закладів, обізнаних з питань планування сім'ї та особливостей перебігу ВІЛ-інфекції.

Особливістю сучасної організації системи планування сім'ї для ВІЛ-позитивних осіб є те, що ці послуги надаються спільно з іншими службами, в тім числі соціальними. Поєднання зусиль медичної та соціальних служб сприятиме більш повному доступу до послуг з питань надання медико-соціальних послуг: психологічних, соціально-медичних, соціально-педагогічних, інформаційних, юридичних, соціально-економічних, які організовуються в центрах соціальної служби сім'ї, дітей та молоді. До цих центрів медичними спеціалістами можуть скеровуватись ВІЛ-позитивні жінки, які опинилися в складних життєвих обставинах для забезпечення соціальним супроводом.

Організація послуг з планування сім'ї для ЛЖВ може здійснюватись або в Центрах ПС, або в Центрах профілактики та боротьби зі СНІД для забезпечення ВІЛ-позитивних пацієнтів послугами з питань планування сім'ї, для чого їх скеровують до ЦПС (кабінетів ПС) або залучають спеціалістів служби планування сім'ї до роботи за встановленим графіком, затвердженим і погодженим керівниками ЦПС та Центрів профілактики та боротьби зі СНІД.

Питання планування вагітності вирішуються спільно з лікарем Центру профілактики та боротьби зі СНІД. Спеціалістами ЦПС (кабінетів ПС) при наданні послуг з питань планування вагітності враховуються рівень вірусного навантаження та стадія розвитку хвороби. Пацієнтка приймає поінформоване рішення щодо планування народження дитини.

Послуги з питань ПС повинні включати створення спільного плану спостереження за ВІЛ-позитивною жінкою, який включає оцінку імунного статусу жінки, визначення стану соматичного здоров'я та можливих гінекологічних захворювань, діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Питання щодо запобігання небажаної вагітності вирішуються спільно фахівцями з питань планування сім'ї та спеціалістами центрів профілактики та боротьби зі СНІДом відповідно до бажання

пацієнтки, її репродуктивних планів з дотриманням принципів конфіденційності.

Рекомендації з методів контрацепції для ВІЛ-позитивних осіб базуються на загальних підходах щодо критеріїв підбору контрацептивів.

Окрім медичних критеріїв підбору методів контрацепції слід також враховувати соціальні, культурні та поведінкові умови клієнта. Рекомендації щодо застосування контрацептивів мають носити індивідуальний характер для кожної жінки і пари, залежно від стадії захворювання і лікування, а також стилю життя і персональних бажань. Кожній жінці має надаватися інформація про ризики та переваги, пов'язані з кожним методом контрацепції. Саме за клієнтом залишається остаточний вибір методу контрацепції.

Для поінформованого вибору контрацептиву жінці необхідна інформація про:

- ефективність методу;
- правильне застосування даного методу;
- ризику та переваги методу;
- типові побічні ефекти;
- ознаки і симптоми, що вимагають звернення до клініки;
- вартість та зручність у застосуванні методу;
- вплив методу на передачу ІПСШ і ВІЛ.

Консультація має допомогти людям, що живуть з ВІЛ, у їх рішенні щодо планування сім'ї. Тому в ході консультування має надаватися наступна інформація:

- ефективність контрацептиву щодо запобігання вагітності та ІПСШ;
- вплив прогресування ВІЛ-інфекції на здоров'я;
- ефективність та наявність АРВ препаратів;
- служби, що надають АРВ терапію;
- взаємодія між АРВ препаратами та контрацептивами;
- ризик передачі ВІЛ-інфекції у дискордантних парах у разі їх бажання мати дітей;
- вплив ВІЛ-інфекції на вагітність, можливий негативний вплив на результат вагітності;
- ризик передачі інфекції від матері до дитини, а також ризики та переваги АРВ-профілактики, елективного кесарського розтину, штучного вигодовування;
- можливі вади розвитку плода при використанні деяких АРВ препаратів.

Медичні критерії підбору контрацептивів для людей з ВІЛ-інфекцією

Більшість контрацептивів безпечна та ефективна і може використовуватися ВІЛ-позитивними жінками. Однак, особлива увага в ході консультування з питань планування сім'ї має надаватися питанням ІПСШ/ВІЛ, оскільки профілактика їх передачі є важливою в тій же мірі, як і профілактика небажаної вагітності. Оскільки презервативи - це єдиний метод контрацепції, який доведено захищає від передачі ІПСШ/ВІЛ, служби планування сім'ї мають заохочувати жінок до регулярного і правильного використання презервативів.

Бар'єрні методи та сперміциди Подвійний захист

- Подвійний захист - це одночасна профілактика ІПСШ та непланованої вагітності. Такий захист забезпечує регулярне використання латексних презервативів, як окремо, так і у поєднанні з іншими методами.
- Подвійний захист може бути рекомендовано з метою компенсації недостатньої ефективності гормональних контрацептивів внаслідок їх взаємодії з АРВ препаратами.
- Подвійний захист забезпечується використанням посткоїтальної (невідкладної) контрацепції у випадку порушення цілісності презерватива.
- Стратегії подвійного захисту мають бути частиною консультування і підтримки, що надається всіма службами репродуктивного здоров'я.

Чоловічі латексні презервативи

Основним методом попередження небажаної вагітності та інфікування ІПСШ/ВІЛ є використання чоловічих презервативів.

При регулярному і правильному використанні чоловічі латексні презервативи надають захист від передачі ВІЛ від жінки до чоловіка, від чоловіка до чоловіка та від чоловіка до жінки, про що свідчать результати досліджень дискордантних пар¹.

ВІЛ-позитивні пари, які використовують презервативи, мають захист від нових штамів ВІЛ.

Лабораторні дослідження довели непроникність латексних презервативів для збудників інфекцій, в тому числі найменших вірусів, які містяться в виділеннях статевих органів. Латексні презервативи є

¹ Дискордантні пари - коли один із партнерів є ВІЛ-позитивним, а другий - ВІЛ-негативний - потребують особливої підтримки. Використання презервативів такими парами забезпечують захист від передачі ВІЛ неінфікованому партнеру.

менш ефективними з точки зору захисту від тих ІПСШ, що не передаються разом зі спермою або біологічними рідинами (наприклад, герпес, вірус папіломи людини і сифіліс), оскільки інфіковані місця можуть бути незахищені презервативом.

Важливо застосовувати презерватив у відповідності до чітких інструкцій. Для забезпечення оптимального захисту від інфекцій презервативи мають бути якісні і мають регулярно і правильно використовуватися.

Невідкладна контрацепція може застосовуватися у випадку розриву або зісковзування презервативу.

У разі розриву або сповзання презервативу дискордантні пари повинні мати інформацію та доступ до пост-контактної (невідкладної) профілактики для неінфікованих партнерів.

Застосування презервативів з метою профілактики ІПСШ/ВІЛ особливо важливо в тих випадках, коли можливість завагітніти не викликає занепокоєння, як то у випадку самої вагітності або будь-якої форми безпліддя, наприклад, внаслідок стерилізації або менопаузи.

Жіночі презервативи

Правильне і регулярне використання жіночих презервативів, забезпечують захист від ІПСШ і ВІЛ.

Жіночі презервативи дещо менш ефективні, ніж чоловічі з точки зору попередження вагітності. Однак, вони мають кілька переваг, а саме:

- можливість введення презерватива до початку статевого акту;
- відсутність необхідності видалення презервативу відразу після еякуляції;
- більший контроль зі сторони жінки, хоча її партнер має також приймати участь обговоренні і допомагати їй у використанні презервативу.

Інші бар'єрні методи контрацепції (діафрагми, ковпачки)

Жінки, для яких вагітність є небезпечною з медичних причин, мають використовувати інші методи контрацепції, ніж бар'єрні (діафрагми, ковпачки), оскільки останні мають досить велику частоту невдач, якщо вони не використовуються регулярно і правильно. Слід підкреслити, що ці методи не забезпечують захист від ВІЛ та інших ІПСШ.

Сперміциди

Оскільки ноноксинол-9 може спричинити певні побічні ефекти, використання презервативів, що мають змазку ноноксинолом-9, не повинне пропагуватися; однак, бажано використовувати навіть презерватив з ноноксинолом-9, ніж зовсім не використовувати презерватив.

Проблеми, пов'язані з безпечністю ноноксинолу-9, також стосуються інших сперміцидних контрацептивів. Жінкам з ВІЛ не слід використовувати сперміциди, окремо чи у поєднанні з бар'єрними методами, такими як діафрагма або ковпачки.

Комбіновані оральні контрацептиви

Таблиця 1		Комбіновані оральні контрацептиви (≤ 35 мг етінілестрадіолу для жінок з ВІЛ-інфекцією)
Статус	Категорія	Коментарі
Високий ризик інфікування ВІЛ	1	В цілому, немає достовірних свідчень щодо того, чи існує більший ступень ризику інфікування ВІЛ серед користувачів КОК.
ВІЛ/СНІД без АРВ терапії	1	Деякі дані свідчать, що немає зв'язку між використанням КОК та змінами рівня РНК чи/або рівня CD4 у ВІЛ-позитивних жінок. Також деякі дані свідчать про відсутність зв'язку між використанням КОК та передачею ВІЛ від жінки до чоловіка, а також дають змішані результати щодо підвищеного ризику ВІЛ-інфікування та виділення вірусу простого герпесу ВІЛ-позитивними жінками, які приймають КОК.
ВІЛ/СНІД + АРВ терапія	2	Щодо жінок, які знаходяться на АРТ, див. розділ про взаємодію ліків. Оскільки, може мати місце взаємодія гормональних контрацептивів з АРВ препаратами, таке використання класифікується як категорія 2.
Взаємодія препаратів		
АРВ препарати	2	Слід зауважити, що АРВ препарати можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність гормональних контрацептивів. Взаємодія АРВ препаратів та гормональних контрацептивів може впливати на безпечність та ефективність кожного з них. Жінкам, що почали

		або продовжують приймати гормональні контрацептиви під час АРТ, рекомендоване регулярне використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ. Це також може компенсувати будь-яке зменшення ефективності гормонального контрацептиву.
--	--	---

Контрацептиви прогестогенового ряду

До контрацептивів, що містять лише прогестоген, належать таблетки з прогестогеном, ін'єкційні препарати прогестогену (Депо Провера) та норетістерон енантант (NET-EN), а також імпланти, що містять прогестогени (Norplant та Jadelle) та імпланти, що містять етоногестрел (Implanon).

Таблиця 2		Контрацептиви з прогестогеном для жінок, що живуть з ВІЛ		
Стан	Категорія			Коментарі
	Прогестогени	D/NE	LN/ETG	
Високий ризик інфікування ВІЛ	1	1	1	В цілому, немає достовірних свідчень щодо того, чи існує більший ступінь ризику інфікування на ВІЛ серед користувачів прогестогенових контрацептивів.
ВІЛ/СНІД без АРВ терапії	1	1	1	Немає достовірних даних щодо підвищення ризику інфікування ВІЛ та виділення вірусу простого герпесу ВІЛ-позитивними жінками, що застосовують Депо Провера.
ВІЛ/СНІД + АРВ терапія	2	2	2	Оскільки, є можливість взаємодії гормональних контрацептивів та АРВ препаратів, це класифікується як категорія 2.

Взаємодія препаратів				
АРВ препарати	2	2	2	АРВ препарати можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність гормональних контрацептивів. Невідомо, чи зменшується ефективність ін'єкційних прогестогенових контрацептивів (таких як Депо Провера та норетістерон), оскільки вони забезпечують більшу наявність гормонів в крові, ніж інші прогестогени та КІК. Зараз вивчається потенційна взаємодія Депо Провера та окремих протеазних інгібіторів та нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази). Жінкам, що почали або продовжують приймати гормональні контрацептиви під час АРТ, рекомендоване регулярне використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ. Це також може компенсувати будь-яке зменшення ефективності гормонального контрацептиву.

Комбіновані контрацептиви у формі ін'єкційних препаратів, пластиру та кільця

Для жінок, що живуть з ВІЛ, немає обмежень щодо використання комбінованих ін'єкційних контрацептивів (КІК), комбінованих контрацептивних пластирів або комбінованих протизаплідних вагінальних кілець.

КІК, пластирі та вагінальних кільця забезпечують протизаплідний ефект шляхом стримування овуляції. Ці контрацептивні методи є новими і про їх довготривалий ефект є ще мало вивченим з епідеміологічної точки зору.

Таблиця 3				
КІК та комбіновані контрацептивні пластирі та кільця для жінок, що живуть з ВІЛ				
Стан	Категорія			Коментарі
	КІК	Пластир	Кільце	
Високий ризик інфікування ВІЛ	1	1	1	—
ВІЛ/СНІД без АРВ терапії	1	1	1	Досить мало інформації про безпечність пластиру та вагінального кільця. Сьогодні, поки що немає обмежень щодо використання КІК, пластиру та вагінальних кілець для жінок з ВІЛ – інфекцією.
ВІЛ/СНІД + АРВ терапія	2	2	2	Щодо жінок, що проходять АРТ, див. розділ про взаємодію препаратів. Оскільки є можливість взаємодії гормональних контрацептивів та АРВ препаратів, це класифікується як категорія 2.
Взаємодія препаратів				
АРВ препарати	2	2	2	АРВ препарати можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність гормональних контрацептивів. За деякими даними взаємодія АРВ препаратів та гормональних контрацептивів може впливати на безпечність та ефективність

				кожного з них. Жінкам, що почали або продовжують приймати гормональні контрацептиви під час АРТ, рекомендоване регулярне використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ. Це також може компенсувати будь-яке зменшення ефективності гормонального контрацептиву.
--	--	--	--	--

Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК)

Жінки, що мають ВІЛ, можуть безпечно використовувати ВМК, незалежно від того, чи мають вони симптоми хвороби, чи отримують АРВ терапію або мають задовільну клінічну картину. Однак, вони мають проходити обстеження на наявність запальних захворювань органів малого тазу.

Як правило, ВМК не рекомендуються жінкам, що мають ВІЛ-інфекцію і не отримують АРВ терапію, якщо є можливість застосування більш прийнятних методів, таких як презервативи або гормональні контрацептиви.

Оскільки, ВМК, що містить левоноргестрел, стримує ріст ендометрію, користувачі цього методу повинні бути готовими до того, що кількість крові під час менструації значно зменшиться. Протягом року після початку використання цього контрацептиву у багатьох жінок виділяється мала кількість крові або кров зовсім не виділяється (аменорея). В статевих відносинах, де презерватив не використовується, зменшення кількості крові під час менструації може розглядатися як спосіб зменшення ризику передачі ВІЛ від жінки до її партнера.

Таблиця 4		ВМК для жінок, що живуть з ВІЛ				
Стан	Категорія (П-початок, Пр.- продовження)				Коментар	
	ВМК, що містять мідь		ВМК, що містить левонор-гестрел			
Високий ризик інфікування ВІЛ	2	2	2	2	ВМК, що містить мідь, не підвищує ризик інфікування ВІЛ для жінок уразливих груп.	
ВІЛ/СНІД без АРВ терапії	2	2	2	2	За деякими даними, немає підвищеного ризику загальних ускладнень або ускладнень, пов'язаних з інфекцією, серед користувачів ВМК, при порівнянні ВІЛ-позитивних та ВІЛ-негативних жінок. Крім того, немає зв'язку між застосуванням ВМК ВІЛ-позитивними жінками та підвищеним ризиком передачі ВІЛ їх статевим партнерам. Жінки з ВІЛ-інфекцією, які застосовують ВМК, мають обстежуватися на наявність запалюваних захворювань органів малого тазу.	
ВІЛ/СНІД + АРВ терапії	3	3	2	2	Жінки з ВІЛ-інфекцією, які застосовують ВМК, мають обстежуватися на наявність запалюваних захворювань органів малого тазу.	
Добре переносять АРТ	2	2	2	2	—	

Взаємодія препаратів					
АРВ препарати	2/3	2	2/3	2	Немає даних про взаємодію АРВ препаратів та ВМК. Однак, застосування ВМК хворими на СНІД класифікується як категорія 3 при введенні ВМК та як категорія 2 для тих, хто продовжує користуватися ВМК за винятком жінок, які добре переносять АРТ. В такому випадку і введення і продовження застосування ВМК класифікується як категорія 2.

Невідкладна контрацепція

Невідкладна контрацепція є ефективною, у випадку:

- невдалого застосування будь-якого методу контрацепції;
- незастосування ніякого методу;
- примусового статевого акту.

Препарати для невідкладної контрацепції стримують овуляцію і унеможливають запліднення та імплантацію, а також рух сперматозоїдів/яйцеклітин за рахунок змін в ендометрії.

При використанні протягом 72 годин після статевого акту:

- контрацептиви, що містять лише прогестоген, попереджують 85% випадків непланованої вагітності при звичайному застосуванні і 89% при правильному застосуванні;
- використання КОК запобігає приблизно 74% непередбачених вагітностей;
- контрацептиви, що містять лише прогестоген, викликають менше побічних ефектів ніж КОК.

Режими невідкладної контрацепції

Один з найбільш вивчених режимів, в якому застосовується лише прогестоген, складається з 1,5 мг левоноргестрел (2 таблетки, що містять 0,75 мг, приймаються або єдиною дозою або з 12-годинним інтервалом). Таблетки слід приймати протягом 72 годин після незахищеного статевого акту.

Якщо використовуються КОК, що містять 30 мг етінілестрадіолу та 150 мг левоноргестрелу, необхідно прийняти 4 таблетки при першій же можливості, не пізніше, ніж протягом 72 години після незахищеного статевого акту. Через 12 годин необхідно прийняти другу дозу з 4 таблеток.

Стандартний режим складається з комбінованих оральних контрацептивів, що містять 50 мг етінілестрадіолу та 250 мг левоноргестрелу. В першій дозі слід прийняти 2 таблетки при найпершій можливості, але не пізніше, ніж протягом 72 годин після незахищеного статевого акту. Після цього, 12 годин потому, слід прийняти таку ж другу дозу.

Найбільш поширеними побічними ефектами від застосування невідкладної гормональної контрацепції є нудота та блювота. При застосуванні КОК нудота спостерігається у 42% випадків та блювота в 16% випадків.

Ці проблеми були менш поширені серед тих, хто використовує режим застосування левоноргестрелу - відповідно 23% та 6%.

Прийом таблеток разом з їжею або перед сном може зменшити нудоту.

Якщо блювота спостерігається протягом 2 годин після прийняття таблеток, слід повторити прийом препарату. У випадку появи значної блювоти, повторна доза може бути введена вагінальним шляхом.

Одна доза спрощує застосування левоноргестрелу в цілях невідкладної контрацепції без підвищення побічних ефектів.

Невідкладна гормональна контрацепція може викликати побічні ефекти у жінок, що живуть з ВІЛ.

Виникнення побічних ефектів у жінок, що живуть з ВІЛ (незалежно від того, чи отримують вони АРВ терапію чи ні) не вивчалось. Нудота та блювота є побічними ефектами деяких АРВ препаратів і вони можуть збільшуватися при прийомі препаратів невідкладної контрацепції.

Не слід застосовувати КОК для жінок, які приймають індінавір, атазнавір, ампренавір або іфавіренец, оскільки вони сприяють підвищенню рівнів естрадіолу, що може, в свою чергу, підвищити ризик тромбоемболічної хвороби.

Якщо є затримка менструації більше, ніж на один тиждень, слід провести тест на вагітність.

ВМК як засіб невідкладної контрацепції

ВМК, що виділяють мідь, можуть застосовуватися протягом 5 днів після незахищеного статевого акту, як засіб невідкладної контрацепції.

Коли можна визначити час овуляції, ВМК, що містить мідь, може бути введено більш, як через 5 днів після статевого акту, але не пізніше 5 днів після визначеного початку овуляції.

Міфепрістон

Міфепрістон (в таблетках) (10 мг), антипрогестинний препарат, забезпечує високий ступінь ефективності, якщо застосовується протягом 120 годин (5 днів) після незахищеного статевого акту.

Міфепрістон може затримувати менструацію, що в свою чергу може викликати занепокоєння у жінок. Ефективність і побічні ефекти міфепрестону не вивчалися серед жінок з ВІЛ, які отримують або не отримують АРТ.

Добровільна хірургічна стерилізація

Враховуючи, що стерилізація - це хірургічна процедура з незворотнім результатом, необхідно, щоб кожен клієнт давав на це свою добровільну поінформовану згоду. Всі пацієнти, незалежно від їх ВІЛ-статусу, мають усвідомлювати незворотність стерилізації і мають бути проінформовані про альтернативні методи контрацепції. Показання та протипоказання щодо стерилізації є таким ж самими, як і для ВІЛ-негативних пацієнтів.

Протипоказань до стерилізації немає у ВІЛ-позитивних з ранніми стадіями ВІЛ-інфекції. У жінок з пізніми стадіями ВІЛ-інфекції хірургічне втручання може бути пов'язане з підвищеним ризиком інфекційних ускладнень (при зниженні імунітету), тому питання вирішується індивідуально. У деяких випадках рекомендується провести хірургічне втручання після початку АРТ.

Перед процедурою ДХС рекомендується провести ретельну перевірку загального стану здоров'я пацієнта з ВІЛ. Рішення щодо проведення стерилізації залежить від наявності будь-якого захворювання, пов'язаного зі ВІЛ-інфекцією, що може погіршити стан пацієнта.

Природні методи

Природні методи характеризуються високим рівнем невдач у порівнянні з іншими методами контрацепції, тому їх не слід рекомендувати ВІЛ-позитивним жінкам.

Метод лактаційної аменореї

Цей метод не рекомендується внаслідок необхідності попередження ВІЛ в дискордантних парах та під час грудного вигодовування дітей. Матерям, що мають ВІЛ, слід рекомендувати виключення груд-

ного вигодовування, як фактору ризику передачі ВІЛ від матері до новонародженого.

Контрацепція для жінок з ВІЛ, що приймають АРВ препарати

Гормональна контрацепція не впливає на безпечність та ефективність АРТ. Однак, ефективність деяких гормональних контрацептивів (особливо естрогенвмісних) на фоні АРТ знижується. Клінічні дані нечисленні, але відомо, що ряд АРТ препаратів (невірапін, інгібітори протеаз) помірно знижують рівень естрогенів у крові та підвищують рівень прогестогенів. Даних відносно застосування АРТ та прогестогенових ін'єкційних контрацептивів (наприклад, медроксипрогестерона) немає. Тому, деякі спеціалісти радять приймати прогестогенові контрацептиви разом з презервативами.

Даних про взаємодію АРВ препаратів та левоноргестрелу немає. За деякими даними деякі АРВ препарати, особливо ненуклеазидні інгібітори зворотної транскриптази та інгібітори протеази, можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність гормональних контрацептивів.

Взаємодія цих АРВ препаратів та гормональних контрацептивів може впливати на безпечність та ефективність кожного з них. Можлива взаємодія АРВ препаратів та КІК має обговорюватися з пацієнтом з рекомендацією можливих альтернатив.

Таблиця 5	Взаємодія АРВ препаратів та етінілестрадіолу (ЕЕ) / норетиндрону (NE)	
Інгібітори протеази	Вплив застосування разом з іншими препаратами на рівні ЕЕ, ацетату норетиндрону та АРВ	Рекомендації
Atazanavir (ATV)	ЕЕ ↑ 48%, NE ↑ 110%	Застосовувати найменшу ефективну дозу або альтернативний метод.
Fosamprenavir (FPV)	ЕЕ and NE ↑, FPV ↓ 20%	Не застосовувати разом з іншими препаратами, рекомендуються альтернативні методи контрацепції.

Indinavir (IDV)	EE ↑ 24%, NE ↑ 26%	Регулювання дози не потрібне.
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	EE ↓ 42%	Застосовується альтернативний або додатковий метод.
Nelfinavir (NFV)	EE ↓ 47%, NE ↓ 18%	Застосовується альтернативний або додатковий метод.
Ritonavir (RTV)	EE ↓ 40%	Застосовується альтернативний або додатковий метод.
Saquinavir (SQV)	Даних немає	—
Ненуклеазидні інгібітори зворотної транскриптази		
Efavirenz (EFV)	EE ↑ 37%	Застосовується альтернативний або додатковий метод.
Nevirapine (NVP)	EE ↓ 20%	Застосовуються альтернативні методи.

Даних про взаємодію АРВ препаратів та ВМК, що містять мідь або левоноргестрел недостатньо.

Прихильність до контрацепції та лікування ВІЛ-інфекції

ВІЛ-позитивним жінкам можливо необхідно приймати кілька таблеток АРВ-препаратів щодня в рамках АРТ, для профілактики та лікування опортуністичних інфекцій, полегшення симптомів та лікування супутніх хвороб. Окрім можливої взаємодії ліків слід враховувати вплив таблеток на прихильність до контрацепції та лікування ВІЛ. Будь-який метод гормональної контрацепції, що передбачає щоденне використання, буде збільшувати тягар вживання препаратів. Жінкам слід враховувати це при виборі метода контрацепції.

Методи контрацепції для жінок, які проходять АРТ та лікування туберкульозу

Взаємодія ліків з окремими гормональними контрацептивами може знизити ефективність гормональної контрацепції у жінок, які проходять АРТ та лікування туберкульозу.

З причин взаємодії ліків для жінок, які проходять АРТ та лікування туберкульозу, бажаним є застосування негормональних методів контрацепції.

Якщо використання гормональної контрацепції є єдиним можливим варіантом, жінкам, що вживають рифампіцин, як правило, не рекомендуються низькодозовані естрогенні препарати (<35 мг). Використання оральних контрацептивів, що містять більш велику дозу естрогену (50 мг) можна розглянути як варіант, якщо пацієнт вживає EFV, IDV, APV або ATV.

Депо Провера, як правило, може застосовуватися разом з рифампіцином.

Є мала вірогідність, що ефективність левоноргестрелу буде зменшеною.

Особливості контрацепції уразливих груп населення

Медичні служби в сфері статевого та репродуктивного здоров'я повинні сприяти створенню сприятливих умов для подолання дискримінації щодо певних груп населення. Із-за стигматизації цих груп населення вони відмовляються звертатися до медичних закладів традиційними шляхами. Тому важливо забезпечити доступність послуг для цих груп шляхом роботи з ними в рамках стратегії для всіх програм в сфері статевого та репродуктивного здоров'я.

Працівники секс-бізнесу (чоловіки і жінки)

Працівникам секс-бізнесу рекомендується регулярно використання презервативів зі своїми клієнтами та постійними партнерами з тим, щоб попередити передачу ВІЛ неінфікованому партнерові та попередження інфікування ІПСШ.

Поки немає свідчень щодо повторного використання жіночих презервативів, тому рекомендується використовувати їх лише один раз.

Споживачі ін'єкційних наркотиків

Аменорея, що виникає в наслідок дії наркотиків, не є свідченням жіночого безпліддя. Тому важливо консультувати жінок, що регулярно вживають ін'єкційні наркотики, з питань попередження непланованої вагітності.

Необхідно посилити взаємодію служб репродуктивного здоров'я та зменшення шкоди.

Загальні рекомендації щодо застосування методів контрацепції

Питання планування сім'ї мають обговорюватися під час проведення післятестового консультування щодо ВІЛ, а також і після нього на регулярних консультаціях.

Всі працівники закладу мають усвідомлювати свою професійну відповідальність за забезпечення конфіденційності ВІЛ-статусу пацієнтів.

Окрім медичних критеріїв підбору методів контрацепції слід також враховувати соціальні, культурні та поведінкові умови клієнта, рекомендації щодо методів контрацепції мають адаптуватися для кожного клієнта, з врахуванням стадії захворювання, режиму лікування, способу життя та індивідуальних побажань.

В ході консультування з питань планування сім'ї слід приділяти увагу питанням ВІЛ та інших ІПСШ. ***Служби планування сім'ї повинні проводити роботу з пропагування і сприяння регулярному та правильному використанню презервативів, як єдиного методу контрацепції, що захищає від ВІЛ та інших ІПСШ.*** Крім того, всі служби репродуктивного здоров'я мають забезпечувати підтримку контрацепції подвійного захисту.

Алгоритм взаємодії закладів охорони здоров'я служби ПС та РЗ та служби профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІД



ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

При проведенні консультування з питань планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ особливе значення має інформування та навчання клієнтів навичкам та засобам профілактики ІПСШ, включаючи профілактику ВІЛ-інфікування та профілактику опортуністичних захворювань на фоні ВІЛ-інфекції.

Профілактика - комплекс заходів, спрямованих на запобігання в окремої особи, групи людей або суспільства небажаних чи негативних явищ. Основними формами організації профілактичної діяльності є профілактичні заходи та профілактичні програми.

Профілактична програма - спеціально розроблений комплекс (система) заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, запобігання конкретній медико-соціальній проблемі (або декільком проблемам пов'язаним між собою).

В контексті планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ, профілактика - це не тільки запобігання небажаної вагітності, це також заходи спрямовані на попередження:

- інфекцій, що передаються статевим шляхом;
- інфікування партнера в дискордантній парі;
- реінфекції ВІЛ;
- опортуністичних захворювань.

Основні принципи профілактичної роботи

Незалежно від рівня організації профілактики під час проведення профілактичної роботи слід враховувати її основні принципи:

1. Принцип системності передбачає розроблення та проведення програмних профілактичних заходів на основі системного аналізу актуальної соціальної ситуації в країні.

2. Принцип стратегічної цілісності визначає єдину стратегію профілактичної діяльності, обумовлену конкретними напрямками і конкретними заходами.

3. Принцип багатоаспектності передбачає поєднання різноманітних аспектів профілактичної діяльності: особистісно-центрованого, поведінково-центрованого та зосередженого на середовищі.

4. Принцип ситуативної адекватності профілактичної діяльності означає відповідність профілактичних дій реальній соціально-економічній, соціально-психологічній ситуації.

5. *Принцип солідарності* передбачає міжсекторальну взаємодію різних державних і недержавних структур із використанням системи соціальних замовлень.

6. *Принцип легітимності* передбачає реалізацію цільової профілактичної діяльності на основі прийняття її ідеології та довірчої підтримки більшості населення. Профілактичні дії не повинні порушувати права людини.

7. *Принцип максимальної диференціації* передбачає гнучке застосування в профілактичній діяльності різноманітних підходів і методів, а не зосередження лише на одному.

Для дотримання принципів успішної реалізації профілактичних програм важливо знати, на яку категорію населення спрямована та чи інша профілактична робота; які її часові рамки; її вплив здійснюється на саму особистість, чи на її оточуюче середовище. Враховуючи усі ці фактори, можна визначити цілі, вимоги до заходів та основні напрями профілактичної роботи.

Цілі профілактичної роботи у сфері ВІЛ:

1. Зменшення негативних наслідків впливу ВІЛ-інфекції на всіх рівнях (індивідуальному, мікросоціальному, макросоціальному) та в усіх аспектах (медичному, психологічному, юридичному, економічному).
2. Покращення якості життя людей із ВІЛ.
3. Мобілізація потенціалу особистості, сім'ї, спільноти, суспільства.
4. Зменшення ризику передачі ВІЛ.
5. Гальмування темпів поширення ВІЛ-інфекції, профілактика смертності від СНІДу.
6. Зміцнення потенціалу окремої особистості та суспільства в цілому.

Заходи з профілактики ВІЛ-інфекції мають:

- бути зорієнтованими на потреби;
- бути пов'язаними з культурою населення;
- базуватись на соціальній активності (тобто стимулювати розвиток та трансформацію особистості в соціально активну і свідому особистість);
- стимулювати відповідальність і самодопомогу;
- враховувати активну позицію людей, що живуть з ВІЛ;
- носити партнерський характер;
- враховувати стадію епідемії.

Принципи, які визначають успішність заходів профілактики в галузі ВІЛ/СНІДу:

1. *Постійний зв'язок профілактичних заходів і догляд за людьми, що живуть з ВІЛ.* Профілактика та догляд мають бути тісно пов'язані між собою. В контексті планування сім'ї треба не лише давати профілактичні поради, але й орієнтувати клієнта на тривалий контакт з профілактичною службою.
2. *Забезпечення основних прав клієнта.*
3. *Залучення людей, які живуть із ВІЛ до профілактичної роботи (розвиток профілактичного методу на основі підходу "рівний - рівному").*
4. *Усунення нерівноправності жінок.*
5. *Проведення заходів якомога раніше (зокрема, ранній початок лікування ІПСШ).*
6. *Отримання зворотного зв'язку від клієнта (проведення поточного моніторингу, активна переадресація, патронаж, відстрочені контакти, пролонгація відносин з клієнтом на довгий строк, відстеження результатів звернень, ведення документації відгуків, тощо).*

Профілактичні заходи лише тоді можна вважати успішними, коли вони зорієнтовані на нагальні потреби цільових груп, базуються на індивідуальному підході і надають клієнтам певний соціальний простір для вибору і для свідомої самореалізації.

Первинна профілактика ІПСШ/ВІЛ

Первинна профілактика - комплекс соціальних, просвітницьких і медико-психологічних заходів, спрямованих на пропаганду здоров'я, формування навичок здорового способу життя, відповідальної безпечної поведінки. Щодо профілактики ІПСШ, первинна профілактика - це діяльність спрямована на уникнення інфікування ІПСШ та ВІЛ-інфекції.

Мета первинної профілактики - запобігти інфікуванню ІПСШ і розвитку гострого захворювання. Це досягається:

- формуванням навичок здорового способу життя;
- мотивуванням до використання презервативів.

В контексті роботи служби планування сім'ї первинна профілактика містить інформування і навчання клієнта навичкам безпечної поведінки, спрямованої на:

- формування навичок здорового способу життя;

- попередження інфікування ІПСШ клієнта і його близького оточення (безпечна статева поведінка, статева гігієна, регулярні обстеження у гінеколога/венеролога, інше);
- захист від ВІЛ інфікування ВІЛ-негативного партнера в дискордантній парі.

Первинна профілактика - єдиний надійний метод запобігання ІПСШ/ВІЛ. Надання медичної допомоги при ІПСШ/ВІЛ-інфекції відкриває можливості для первинної профілактики шляхом санітарної просвіти (розробка інформаційно-освітніх матеріалів, бюлетенів, лекційно-тренінгова робота в закладах охорони здоров'я тощо).

Первинна профілактика в значній мірі реалізується через розповсюдження друкованої інформації серед клієнтів, в тому числі потенційних. Плануючи санітарно-просвітницьку та інформаційно-освітню роботу для клієнтів служби планування сім'ї важливо передбачити матеріали (брошури, буклети, листівки, бюлетені, стенди) на такі теми:

- інформування про симптоми ІПСШ;
- тест на оцінку індивідуального ризику;
- шляхи передачі ІПСШ;
- правила користування презервативом;
- перелік закладів, куди можна звернутись за консультацією з приводу діагностики та/або лікування ІПСШ;
- ІПСШ як фактор, що провокує передачу ВІЛ, розвиток ВІЛ-інфекції, а також фактор, що впливає на фертильність.

Лікування і виліковування хворого ІПСШ є первинною профілактикою для його статевих партнерів. Навчання людини, що вже живе з ВІЛ, засадам здорового способу життя теж є для таких людей первинною профілактикою ІПСШ, хоча як засіб профілактики реінфекції ВІЛ, це відноситься до вторинної профілактики.

Більшість положень щодо профілактики ВІЛ справедливі також і для профілактики ІПСШ, але існують деякі особливості притаманні для ІПСШ, які слід пояснювати клієнтам служби планування сім'ї і населенню взагалі:

- деякі ІПСШ можуть перебігати непомітно і виявляються вже після появи ускладнень;
- ранній початок лікування необхідний для профілактики ускладнень ІПСШ;
- більшість ІПСШ успішно піддаються лікуванню;
- перебіг ІПСШ у людей з діагнозом "ВІЛ-інфекція" може відбуватись набагато тяжче, а ефективність традиційної терапії може бути значно нижче.

Етапи первинної профілактики ІПСШ:

1. Інформування.
2. Оцінка ризику.
3. Огляд клієнта.
4. У разі підозри на ІПСШ: уточнення діагнозу та лікування.
5. Поради і рекомендації.

1. Інформування

Зазвичай будь-яке профілактичне втручання починається з *інформування*. В контексті профілактики ІПСШ/ВІЛ важливо в першу чергу проінформувати клієнта про:

- основні види ІПСШ, їх шляхи передачі та прояви;
- небезпечну поведінку, що може призвести до інфікування ІПСШ/ВІЛ;
- безпечну поведінку, що сприяє захисту від ІПСШ/ВІЛ;
- вплив ІПСШ на репродуктивне здоров'я та виникнення перинатальних ускладнень;
- захисні властивості презерватива і правила його використання.

Для ефективного проведення роботи з інформування бажано підкріплювати бесіду з клієнтом інформаційно-освітніми матеріалами (буклети, листівки, бюлетені тощо), які мають бути пояснені і видані клієнту для користування.

Найбільш актуальними ІПСШ, окрім ВІЛ-інфекції, є: сифіліс, гонорея, трихомоніаз, гарднерельоз, уреаплазмоз, вагінальний та уретральний кандидоз, хламідіоз, генітальний герпес.

2. Оцінка ризику

Перш ніж перейти до конкретних порад, консультант має провести оцінку ризику інфікування ІПСШ/ВІЛ у кожного конкретного клієнта.

Якщо, по факту проведення оцінки ризику виявляється, що:

- пацієнт з поведінкою групи підвищеного ризику (вживання ін'єкційних наркотиків, секс-бізнес, проміскуїтет);
- має більше одного статевого партнера;
- мав в анамнезі (або має зараз) симптоми ІПСШ;
- проходив лікування з приводу ІПСШ;
- наявність діагнозу "ВІЛ-інфекція";
- має партнера з групи підвищеного ризику;
- має партнера з діагнозом "ВІЛ-інфекція";

— консультант робить примітку про даного клієнта - "клієнт з групи підвищеного ризику інфікування ІПСШ/ВІЛ".

Формулюючи питання щодо вживання ін'єкційних наркотиків, треба намагатися бути якомога коректніше, через небажання наркозалежних людей розмовляти про факт своєї наркозалежності.

Наприклад:

- Чи траплялись у Вашому житті випадки спільного користування голками і шприцами для ін'єкцій? Коли останній раз трапився такий випадок?
- Чи вважаєте Ви себе людиною залежною від хімічних речовин? Яких саме?
- Які саме наркотики Ви вживаєте: ін'єкційні чи не ін'єкційні? Назвіть будь ласка ці препарати і таке інше.

Від пацієнта, що живе з ВІЛ важливо отримати таку інформацію:

- рік встановлення діагнозу "ВІЛ-інфекція";
- яким закладом встановлено діагноз "ВІЛ-інфекція";
- чи знаходиться пацієнт на обліку в регіональному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом;
- чи приймає пацієнт ВААРТ;
- чи приймає пацієнт будь-яку терапію, пов'язану з хронічними захворюваннями (в тому числі, замісна терапія при опійній наркоманії).

Усі ці дані мають полегшити постановку діагнозу у випадку ІПСШ, а також проведення диференційної діагностики.

3. Огляд

Суб'єктивне обстеження

Суб'єктивне обстеження включає себе збір інформації зі слів пацієнта: опитування пацієнта на предмет скарг, збір анамнезу життя, збір анамнезу хвороби:

Можливі скарги:

місцево: виділення із статевих шляхів, висипання, свербіж, печіння в прегенітальній ділянці, новоутворення (папіломи, кондиломи) на промежині чи у ділянці статевих шляхів, ерозії, виразки, висипання на шкірі, збільшення лімфовузлів;

загально: підвищення температури тіла, біль внизу живота, підвищена втома, головний біль, підвищене потовиділення, симптоми простуди.

Анамнез:

- коли з'явилися виділення (висипання, ерозія, виразка, лімфаденіт);
- коли був останній статевий контакт;
- чи використовувався презерватив;
- зв'язок між скаргами і статевим контактом;
- наявність подібних скарг чи симптомів у партнера;

- лікування антибіотиками протягом останніх 3-х місяців;
- прийом ВААРТ або будь-якої тривалої терапії (наприклад, замісна терапія, гормонотерапія тощо);
- менструальний цикл і вагітності в анамнезі.

Об'єктивне обстеження

Загальний огляд:

- огляд шкіри;
- огляд порожнини рота (на наявність виразок, ерозій, нальоту);
- огляд долонь і стоп;
- огляд живота;
- пальпація пахових лімфовузлів (збільшення, болючість);
- порівняльна пальпація лімфовузлів в інших ділянках (шийній, підщелепній, паравертебральній, під пахвою).

Огляд зовнішніх статевих органів:

- огляд промежини, лобкової ділянки, анальної ділянки
огляд великих та малих статевих губ (в рукавичках);
- огляд входу в піхву (в рукавичках).

Огляд у дзеркалах і бімануальний огляд:

- огляд шийки матки;
- огляд стінок піхви;
- пальпація шийки матки, матки, додатків.

Дані огляду, що можуть свідчити про наявність ІПСШ:

- сип, подряпини на шкірі;
- кондиломи, папіломи, ерозії, виразки (шанкр);
- змінений колір шкіри та слизових оболонок;
- значна кількість і неприємний запах виділень із піхви;
- характер виділень із цервікального каналу: прозорі (серозні), слизові, гнійні, кров'янисті;
- лобкові воші;
- біль при пальпації, припухлість та збільшення матки, додатків;
- болючість, збільшення лімфовузлів.

Тактика консультанта щодо пацієнтів з небезпечною щодо ІПСШ поведінкою

Якщо за результатами огляду і обстеження ІПСШ не виявлено, консультант знову повертається до інформування і проводить серію співбесід, спрямованих на:

- формування здорового способу життя;
- мотивацію пацієнта до регулярного користування презервативом (при необхідності - навчання пацієнта навичкам користування презервативом).

Тактика консультанта щодо пацієнтів з підозрою ІПСШ

Пацієнта з підозрою на ІПСШ слід направити на лабораторне обстеження та подальше лікування. Направлення на обстеження/лікування не повинне носити формального характеру "сліпої переадресації". Консультант з питань планування сім'ї має активно контролювати проходження пацієнта по інстанціям переадресації, про що робиться примітка в особистій картці пацієнта: куди, ким направлений, результат переадресації. В цьому розділі індивідуальної документації пацієнта також зазначається, які дії здійснив консультант для того, щоб пацієнт отримав належну допомогу (консультування, обстеження, лікування) за місцем направлення.

Якщо є можливість та умови, краще провести обстеження, призначити і провести лікування за первинним місцем звернення (якщо у закладі є можливість проведення обстеження та лікування на ІПСШ). Але лікування пацієнтів з подвійним діагнозом "ІПСШ/ВІЛ-інфекція" має поводитись тільки спеціалізованими закладами згідно з відповідними Протоколами. Тому, якщо у пацієнта з ВІЛ виявляється ІПСШ (або в ході обстеження на ІПСШ виявляється ВІЛ), консультант повинен направити пацієнта до спеціалізованого закладу, яким є Центр профілактики та боротьби зі СНІДом (обласний, районний), але обов'язково проконтролювати переадресацію та по можливості організувати супровід пацієнта.

Диференційний діагноз

Якщо пацієнт має в анамнезі ВІЛ-інфекцію, то будь які симптоми ІПСШ у даного пацієнта можуть свідчити про імуносупресію і перехід ВІЛ-інфекції зі стадії відносного благополуччя в стадію СНІД-АК (СНІД-асоційованого комплексу) і можуть бути проявом опортуністичного захворювання.

Для уточнення діагнозу, пацієнту слід рекомендувати звернення до регіонального центру профілактики і боротьби зі СНІДом і проведення лабораторного дослідження крові на CD4 (якщо на момент звернення таких даних немає). Якщо пацієнт не знаходиться на обліку в регіональному центрі профілактики і боротьби зі СНІДом, слід мотивувати його до постановки на облік в дану службу, пояснюючи переваги такого вчинку:

- можливість постійного кваліфікованого контролю за перебігом ВІЛ-інфекції;
- можливість вчасно розпочати ВААРТ;
- можливість отримувати психологічну та кваліфіковану медичну допомогу (послуги стоматолога, гінеколога, терапевта).

Загальні принципи профілактики передачі ВІЛ іншим особам

Дуже важливо пояснити пацієнту необхідність знання щодо ВІЛ-статусу його сексуального партнера і якщо статус невідомо, консультант повинен сприяти проходженню партнером добровільного консультування і тестування на ВІЛ, після чого йому має бути надана медична і психологічна допомога.

Якщо статевий партнер жінки-пацієнта служби планування сім'ї має ВІЛ-негативний статус, консультанту треба дати рекомендації по профілактиці інфікування:

- постійне і правильне використання презервативу;
- тактика екстреної профілактики у випадку загрози інфікування ВІЛ;
- інформування про фактори, що впливають на ризик передачі ВІЛ партнеру і розвиток суперінфекції ВІЛ.

Фактори, що впливають на ризик передачі ВІЛ партнеру і розвиток суперінфекції ВІЛ

Фактор	Ризик передачі ВІЛ	Ризик суперінфекції
Без симптомна стадія ВІЛ-інфекції (в крові йде процес розмноження ВІЛ)	Підвищений	
Гостра ВІЛ-інфекція	Підвищений	
СНІД	Підвищений	Підвищений
ВААРТ	Знижений	
Запальні захворювання органів малого тазу	Підвищений	Підвищений
Бар'єрний метод контрацепції (презерватив)	Значно знижений	Значно знижений
Внутрішньоматкові контрацептиви	Не відомо	Підвищений
Гормональні методи контрацепції	Протиріччя	Протиріччя
Менструація	Значно підвищений	Підвищений
Травма статевих шляхів (або незапальний процес на кшталт ерозії шийки матки)	Значно підвищений	Значно підвищений

Формування здорового способу життя.

Оптимізація життя з ВІЛ.

Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ - це складова планування життя з ВІЛ взагалі. Тому, дуже важливо, під час проведення профілактичної роботи з ЛЖВ торкатися таких питань, як соціальна адаптація і оптимізація життя з ВІЛ на засадах здорового способу життя.

Прогресування ВІЛ-інфекції залежить від багатьох чинників, серед яких, як медико-біологічні (спадковість, стан імунної системи, реактивність організму та інше), так і соціально-поведінкові: який образ життя веде людина з ВІЛ, як вона поводить себе в побуті, співтоваристві, суспільстві, як структурує і чим займається у вільний час, яку соціальну позицію (активну чи пасивну) займає, яку модель поведінки (ризиковану чи безпечну) реалізовує, як планує своє життя і як ці плани втілює.

Діагноз "ВІЛ-інфекція" у певному розумінні є викликом фізичним, психічним та соціальним можливостям людини. ВІЛ - це не приречення, це сигнал до зміни поведінки, до змін у житті. Для людини, яка живе з ВІЛ важливо знайти відповідь на два ключових запитання: "Що справді змінилося (має змінитися, треба змінити?)", "Чи необхідно надалі планувати своє життя і яким чином?".

Консультанту при проведенні заходів з первинної профілактики одну-дві зустрічі важливо присвятити питанням соціальної адаптації, планування життя з ВІЛ взагалі, корекції поведінки і соціальної позиції пацієнта, що живе з ВІЛ. Відповідно до цих аспектів перед консультантом (важливо, щоб це був професійний психолог або спеціально підготовлений соціальний працівник, можливо залучений) можуть бути сформовані наступні завдання:

- допомогти людині з ВІЛ проаналізувати зміни у різних сферах життя, та продумати, що варто їй зробити власноруч для оздоровлення свого способу життя;
- спонукати людину з ВІЛ до подальшого планування свого життя та підтримати її в процесі планування як сім'ї, так і життя взагалі.

Методологічним інструментом для проведення роботи по формуванню здорового способу життя у людини, що живе з ВІЛ може бути *копінг*. Копінг (*coping, coping strategy*) - це те, що робить людина, щоб подолати стрес і адаптуватись до нових незвичних умов існування.

В контексті ВІЛ-інфекції, копінг - це послідовність рішень і дій по їх втіленню, спрямованих на зміну поведінки в напрямку адаптації і оптимізації життя з ВІЛ. Безумовно, оптимізація життя з ВІЛ можли-

ва тільки за умов здорового і соціального активного образу життя. Отже, з пацієнтом треба оговорити прийнятну копінг - стратегію.

Як мінімум, робота щодо формування здорового способу життя має бути проведена в наступному обсязі:

- інформування про шкідливі звички (шкода ін'єкційного вживання наркотиків і наркотиків взагалі, шкода від алкоголю і паління тютюну);
- поради стосовно мінімізації шкідливих звичок (інформація про реабілітаційні центри, програму "12 Кроків", переадресація пацієнта в служби, що займаються корекцією шкідливих звичок та лікуванням наркотичної залежності, рекомендації по зменшенню шкоди (за методологією стратегії "Зменшення Шкоди");
- поради стосовно здорового способу життя.

До загальних методів зміцнення здоров'я людей, що живуть з ВІЛ відносяться:

- припинення вживання наркотиків, алкоголю, тютюну;
- гігієна статевого життя (за принципом UNAIDS: "Стриманість. Вірність. Презерватив": *утримуйся від статевих стосунків, бережи вірність одному статевому партнеру, в протилежному випадку, користуйся презервативом*);
- регулярне проходження медичних оглядів і обстеження (регулярні обстеження у гінеколога/венеролога, диспансерний облік у центрі профілактики та боротьби зі СНІДом тощо);
- раціональне повноцінне харчування;
- вітамінізація;
- заходи, що зміцнюють імунітет (загартування, засоби народної медицини тощо);
- фізична активність, гігієна праці і відпочинку;
- активна соціальна позиція.

На прикладі паління, інформація про шкідливі звички може буди подана так (приклад консультування):

"Паління - це, по-перше, фізична і психологічна залежність від тютюну і процесу його вживання. Взяти під контроль цю залежність необхідно для того, щоб а) вивільнити час, що витрачається на тютюн, для корисних для здоров'я і близького оточення справ; б) зекономити кошти і ресурси, які можна витратити на щось справді важливе і життєво необхідне. По-друге, паління - це шкідлива звичка, яка не тільки погіршує загальний стан здоров'я людини з ВІЛ, але й сприяє розвитку хронічних захворювань легень ("бронхіт курця") і раку. До того ж, в контексті планування сім'ї, паління обмежує використання

деяких методів контрацепції (гормональна контрацепція) і знижує їх ефективність. Якщо ви плануєте вагітність, то паління треба обов'язково облишити як звичку, тому як паління під час вагітності викликає гіпоксію (кисневий голод) плоду і знижує ефективність антиретровірусних препаратів, які будуть вам призначені для профілактики вертикальної трансмісії... До того ж паління виснажує ресурс імунної системи роблячи організм більш сприятливим до респіраторних захворювань (тому що слизову оболонку дихальних шляхів пошкоджено), що може прискорити розвиток ВІЛ-інфекції...".

Для людини, що живе з ВІЛ, поради стосовно загартовування, спорту, фізичної праці, а також застосовування методів народної медицини та неспецифічних методів імуностимуляції мають бути обговорені з лікарем регіонального центру СНІД, що безпосередньо займається курацією даного пацієнта.

Вторинна профілактика ІПСШ/ВІЛ

Вторинна профілактика - комплекс соціальних, просвітницьких і медико-психологічних заходів, спрямованих на попередження виникнення/розвитку хвороби та її ускладнень і підтримку певної якості життя шляхом формування життєвих навичок, які підтримують благополуччя людини, що вже має певний діагноз (в нашому випадку - ВІЛ-інфекція, ІПСШ). Вторинна профілактика для людей, що живуть з ВІЛ - це підтримка їх здоров'я шляхом лікування ІПСШ та формування знань та навичок щодо:

- запобігання повторного інфікування ВІЛ (реінфекція);
- профілактики рецидиву чи загострення будь якої ІПСШ, якщо на момент звернення в пацієнта є будь-яка з цих інфекцій;
- усунення дії хворобливих та провокуючих чинників, що прискорюють розвиток ВІЛ-інфекції (переохолодження, авітаміноз, простудні захворювання, незадовільні матеріально-побутові умови тощо);
- профілактики захворювань, ризик яких виникає внаслідок небезпечної поведінки пацієнта, що живе з ВІЛ (наприклад, вживання ін'єкційних наркотиків може викликати тромбофлебіт з подальшим розвитком пост тромбофлеботичного синдрому);
- оптимізація життя з ВІЛ.

Профілактика повторного інфікування ВІЛ

Надзвичайно важливим є інформування пацієнтів з вже встановленим діагнозом "ВІЛ-інфекція" про ризик повторного інфікування ВІЛ. Повторне інфікування ВІЛ може відбутися за двома сценаріями:

- потрапляння до організму ВІЛ-позитивної людини ВІЛ того ж типу, яким людина була інфікована раніше (реінфекція);
- інфікування ВІЛ-позитивної людини іншим типом ВІЛ (суперінфекція).

Суперінфекція ВІЛ значно обтяжує протікання ВІЛ-інфекції. До того ж, в організм ВІЛ-позитивної людини може потрапити ВІЛ, тип якого є резистентним до ВААРТ. За даними досліджень, саме суперінфекція є причиною рекомбінації вірусу імунодефіциту людини, коли різні типи одного вірусу спроможні зливатися в гібрид, резистентний до антиретровірусної терапії.

Профілактика повторного інфікування ВІЛ базується на використанні презерватива і дотриманні правил безпечної поведінки (наприклад, при вживанні ін'єкційних наркотиків). Пацієнта важливо проінформувати про чинники, які підвищують ризик реінфекції (суперінфекції).

Профілактика рецидиву/загострення/ускладнень у людей з ІПСШ в анамнезі

Пацієнти, які мають в анамнезі ІПСШ і пройшли належне лікування мають бути проінформовані і мотивовані щодо наступних дій:

- диспансерний облік;
- проходження регулярних обстежень у інфекціоніста, гінеколога, венеролога;
- превентивне лікування ІПСШ (за необхідністю і призначенням лікаря);
- практика безпечної поведінки, що зменшує ризик повторного виникнення ІПСШ (використання презервативу, зменшення кола статевих партнерів до одного постійного, мінімізація шкідливих звичок, включаючи прийом наркотиків тощо);
- ведення здорового способу життя, спрямованого на зміцнення імунітету.

Для цієї категорії людей, яку можна охарактеризувати як "особи, схильні до рецидиву ІПСШ" треба проводити інформаційно-просвітницьку роботу відносно формування навичок статевої гігієни, побутової гігієни, симптоматики та перебігу ІПСШ. Дуже важливо для цієї групи осіб розробити алгоритм швидкого прийняття рішення, якщо симптоми ІПСШ виникають знову.

Усунення дії хворобливих та провокуючих чинників, що прискорюють розвиток ІПСШ та ВІЛ-інфекції

Окрім специфічної профілактики ІПСШ/ВІЛ, засобом якої є презерватив, виділяють неспецифічну профілактику, в арсеналі якої знаходяться непрямі, але важливі засоби попередження ІПСШ/ВІЛ.

Загальновідомо, що на сприятливість організму до ІПСШ/ВІЛ впливає не тільки місцевий фактор (попадання патогенних мікроорганізмів на слизову оболонку статевих органів), але й загальні фактори, такі як:

- стан імунної системи;
- реактивність організму;
- стан нервової системи;
- психо-емоційний стан людини;
- фізичний стан людини;
- наявність хронічних захворювань;
- матеріально-побутові умови;
- аліментарні фактори;
- кліматичні і екологічні чинники;
- звички людини.

Часті респіраторні захворювання, хронічна фізична втома, нервові виснаження, депресія, "синдром вигорання", стрес, гіпо- і авітаміноз, нераціональне і неповноцінне харчування, переохолодження, незадовільні матеріально-побутові умови - ці загальні фактори значно підвищують сприятливість організму до ІПСШ та прискорюють розвиток ВІЛ-інфекції, тому як ослаблюють загальну вітальність організму людини.

Отже, з метою профілактики хворобливих та провокуючих чинників, що прискорюють розвиток ІПСШ та ВІЛ-інфекції, консультанту варто також звертати увагу пацієнта на необхідність раціонального відношення до багатьох сфер свого життя, а саме:

- уникати переохолодження в холодну пору року;
- подбати про повноцінне харчування, збалансоване за співвідношенням жирів, білків і вуглеводів;
- проводити вітамінотерапію;
- уникати стресів, депресії, втоми;
- вчасно лікувати хронічні захворювання;
- займатися фізичною культурою;
- раціоналізувати режим праці і відпочинку;
- мінімізувати шкідливі звички.

Профілактика захворювань, ризик яких виникає внаслідок небезпечної поведінки. Особливості проведення профілактичних заходів у наркозалежних осіб.

Люди, що живуть з ВІЛ мають певні поведінкові особливості. Певна і досить велика частка ЛЖВ - це люди, які інфікувалися ВІЛ під час вживання ін'єкційних наркотиків спільними голками і шприцами. Консультант має бути готовим до того, що консультуючи пацієнта з питань планування сім'ї він може зустрітись з фактом систематичного вживання наркотиків.

Вживання ін'єкційних наркотиків є одним з головних чинників ризику ВІЛ-інфікування. Зловживання наркотиками і алкоголем часто призводить до численних статевих контактів без використання презерватива.

Наявність у пацієнта наркотичної чи алкогольної залежності негативно впливає на стан здоров'я людини, що живе з ВІЛ.

Надзвичайно важливо вчасно виявити фактори ризикованої поведінки і провести відповідне консультування з наданням необхідної допомоги наркозалежним пацієнтам.

Особи, що страждають на наркозалежність є більш вразливими до інфікування ІПСШ/ВІЛ не тільки через те, що практикують небезпечну поведінку, вживаючи ін'єкційні наркотики, а також через те, що вони не піклуються про власну гігієну, харчування і здоров'я взагалі.

Вживання ін'єкційних наркотиків пов'язане з ймовірністю використання ЛЖВ шприців, голок, а також наркотичного розчину, контамінованого ВІЛ. До того ж, вживання наркотиків є "супутником" численних статевих контактів без презерватива, наприклад у царині секс-бізнесу, до якого вдаються наркозалежні жінки, з метою заробити на дозу наркотику. Якщо ВІЛ-позитивні жінки продовжують практику небезпечної поведінки, вживаючи ін'єкційні наркотики і надаючи сексуальні послуги без презерватива, це може призвести до суперінфекції - інфікуванню резистентним типом ВІЛ.

Вживання ін'єкційних наркотиків обтяжує перебіг наступних хвороб:

- гепатит С;
- ІПСШ;
- туберкульоз;
- сепсис;
- тромбофлебіт;
- абсцеси шкіри;
- пневмонія;
- дистрофія;
- депресії.

У жінок, що вживають ін'єкційні наркотики суттєво порушується менструальний цикл.

В більшості випадків наркозалежність пацієнта можна запідозрити по ряду об'єктивних ознак:

- набряк і синюшність кистей рук, відсутність венозного малюнка на кистях рук (тромбофлебіт);
- загальний гігієнічний стан, недбалість в одязі;
- певна неадекватність поведінки (загальмованість психічних реакцій або, навпаки, збудженість);
- характерна "тягуча" мова, вживання сленгових понять;
- гіпомімія (розслабленість мимічної мускулатури);
- зниження загального тону.

Консультант з планування сім'ї повинен вміти кваліфіковано провести консультування наркозалежного пацієнта на засадах толерантності, уникання стигматизації і дискримінації, не засуджуючи життєвого вибору пацієнта. Під час такого консультування важливо зорієнтувати пацієнта щодо подальшої його тактики по відношенню до ін'єкційних наркотиків. Так, мотивуючи пацієнта до відмови від вживання наркотиків і пропонуючи йому лікування, необхідно надати пацієнту:

- адреси наркологічної служби;
- контакти громадських організацій, що опікуються проблемами наркозалежних (зазвичай наркозалежні люди звертаються туди охочіше ніж до державних організацій);
- контакти реабілітаційних центрів;
- інформацію про замісну терапію (особливо для наркозалежних вагітних) і контакти організацій, які надають послуги з замісної терапії.

Це треба мати на увазі при переадресації пацієнтів.

Однак, є певна категорія наркозалежних осіб, які не можуть або не готові в даний час відмовитися від вживання наркотиків. Для цієї категорії пацієнтів розроблено спеціальну стратегію "Зменшення Шкоди", основні положення якої також треба знати консультанту, щоб зорієнтувати пацієнта на менш небезпечне вживання наркотиків.

Третинна профілактика

Третинна профілактика - комплекс соціальних, просвітницьких і медико-психологічних заходів, спрямованих на мінімізацію наслідків хвороби, попередження зривів і рецидивів хвороби, що сприяють відновленню та підтримці позитивних характеристик якості життя. Для людей, що живуть з ВІЛ, третинна профілактика - це заходи, спрямовані на запобігання подальшому погіршенню стану ЛЖВ на

стадії СНІДу (СНІД-АК), а саме - на профілактику опортуністичних захворювань.

При консультуванні з питань планування сім'ї жінок з прогресуванням ВІЛ-інфекції важливо враховувати наявність або ризик виникнення опортуністичних захворювань при зниженні клітин CD4 менш ніж 250 клітин/мм³. Прогресування ВІЛ-інфекції може призводити до обмеження використання певних видів контрацепції. Тому необхідно завчасно консультувати жінку з ВІЛ про можливі проблеми вибору методу контрацепції в умовах прогресуючого погіршення здоров'я.

Профілактика опортуністичних захворювань

До основних опортуністичних інфекцій відносяться:

- туберкульоз;
- герпес;
- цитомегаловірусна інфекція;
- кандидоз;
- саркома Капоші;
- бактеріальна та пневмоцистна пневмонія;
- лімфома;
- прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія;
- токсоплазмоз;
- ВІЛ-енцефалопатія;
- криптоспоридіоз та інші.

Для профілактики опортуністичних захворювань важливо забезпечення наступних заходів:

- диспансерний облік та регулярне проходження медичних оглядів у фахівців центру профілактики і боротьби зі СНІДом;
- регулярне обстеження крові на CD4;
- початок і прихильність до ВААРТ;
- профілактика реінфекції (суперінфекції) ВІЛ;
- мінімізація шкідливих звичок, припинення вживання наркотиків;
- отримання психолого-соціальної підтримки (відвідування груп само- та взаємодопомоги людей, що живуть з ВІЛ).

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА

Психосоціальна допомога - заходи спрямовані на збереження і зміцнення психічного здоров'я та соціальної адаптації, попередження психологічної та соціальної дезадаптації в уразливих групах населення та реадаптацію представників уразливих груп населення. Психосоціальна допомога надається на двох рівнях:

1. Кваліфікована допомога лікарів, психологів, соціальних працівників, юристів (консультування, патронаж, медико-соціальний супровід тощо).
2. Самопомога за методом "рівний - рівному" (групи самопомоги, терапевтичні спільноти, літні табори, участь у роботі ВІЛ-сервісної організації).

Метою психосоціальної допомоги є активне сприяння соціальній адаптації особи, сім'ї чи групи осіб шляхом надання інформаційної, соціально-медичної, психолого-педагогічної та інших видів допомоги.

Принципи психосоціальної допомоги:

1. Законність і забезпечення прав людини не залежно від її національності, соціального положення, релігії, поглядів, уподобань, поведінкових, фізичних чи психічних особливостей.
2. Комплексність, системність та систематичність використання широкого спектру прийомів і засобів соціальної допомоги.
3. Гуманність.
4. Клієнтоцентризм і індивідуальний підхід.
5. Відкритість соціальних послуг для всіх.
6. Взаємодія усіх соціальних інституцій, зацікавлених у вирішенні соціальних проблем.
7. Відповідальність за дотримання прав і норм у стосунках з пацієнтом.
8. Доступність, конфіденційність та анонімність.
9. Толерантність.
10. Опора на потенційні можливості людини та максимізація соціальних ресурсів.
11. Поєднання допомоги з самопомогою.
12. Превентивність.
13. Добровільність у прийнятті допомоги.
14. Диференційність та врахування вікових, гендерних, поведінкових особливостей клієнта.

Об'єкт психосоціальної допомоги

Об'єктом психосоціальної допомоги є неадаптований (дезадаптований) клієнт та неадаптована (дезадаптована) сім'я.

Неадаптований (дезадаптований) клієнт - особа, що внаслідок дії соціально-негативних факторів чи/або хвороби потребує певної допомоги чи підтримки (інваліди, ВІЛ-позитивні та наркозалежні особи, сироти, безробітна молодь).

Неадаптована (дезадаптована) сім'я - сім'я, що внаслідок дії соціально-негативних факторів чи/або хвороби одного або обох членів сім'ї опинилася в стані, який потребує певної допомоги чи підтримки (дискорданта сім'я, безробітна сім'я, сім'я, що втратила годувальника тощо).

Види психосоціальної допомоги

Розрізняють наступні види психосоціальної допомоги:

- матеріальна допомога - матеріальне забезпечення у разі тимчасової чи постійної непрацездатності, безкоштовне забезпечення одягом, ліками, продуктами харчування; окремі виплати в системі соціального забезпечення;
- соціально-медична - реалізація різних форм медичного обслуговування, державних соціально-медичних програм, діяльність благодійних організацій, реабілітація інвалідів, наркозалежних осіб тощо;
- соціально-психологічна допомога - надання підтримки і послуг, спрямованих на покращення психоемоційного стану клієнта, що опинився в стресовій життєвій ситуації (наприклад, отримання діагнозу "ВІЛ-інфекція", втрата близької людини, конфлікти в сім'ї тощо);
- психолого-педагогічна допомога - виправлення психологічних вад, виявлення та зміна деструктивних моделей поведінки (психокорекція девіантної поведінки, мотиваційне консультування наркозалежних);
- самопомога (включаючи модель "рівний - рівному");
- консультативно-інформаційна допомога;
- правова допомога.

Ресурси, необхідні для надання психосоціальної допомоги

Ресурсне забезпечення психосоціальної допомоги відбувається на трьох рівнях: макро- мезо- і мікрорівні.

На макрорівні розробляється державна політика, формуються державні програми, створюється інформативне коло реалізації соціальної політики.

На мезорівні будується регіональна соціальна політика, створюється інфраструктура: комітети (відділи) у справах сім'ї та молоді

(або соціальної політики) при обласних, районних та міських державних адміністраціях, центри соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді, центри здоров'я, служби планування сім'ї, центри зайнятості, служби "Телефону довіри", інші соціальні служби.

Мікрорівень - це клієнт психосоціальної допомоги, який формує запит, відповідно якому діють ті чи інші фахівці: соціальні працівники, лікарі, психологи, соціальні педагоги, юристи, лідери громад, волонтери, консультанти "рівний - рівному".

Зміст психосоціальної допомоги в контексті планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ

Змістом психосоціальної підтримки людей, що живуть з ВІЛ в контексті планування сім'ї є:

- індивідуальний підхід до формування способу життя;
- виявлення соціально неадаптованих сімей (соціально неадаптованих клієнтів) і надання їм всебічної медико-психологічної допомоги з питань профілактики небажаної вагітності і планування бажаної вагітності;
- формування прихильності до використання методів контрацепції.

Планування сім'ї тісно пов'язане з соціально-побутовими та психо-гігієнічними умовами життя клієнта. Якщо ці умови незадовільні, ефективність заходів з планування сім'ї є сумнівною. Отже, служба з планування сім'ї має співпрацювати з соціальними службами, з громадськими організаціями, що працюють з вразливими групами населення (споживачами ін'єкційних наркотиків, жінками секс-бізнесу, людьми, що живуть з ВІЛ) для забезпечення і розвитку психосоціальних, соціально-медичних послуг дітям, молоді, сім'ям, яких торкнулась проблема ВІЛ, а саме:

- соціальний патронаж;
- організація кваліфікованого кризового консультування;
- медико-психологічна допомога;
- організація допомоги в оформленні інвалідності та пенсій;
- юридична підтримка та юридичний супровід;
- транспортні послуги тяжкохворим і віддалено проживаючим клієнтам;
- інформаційно-консультативна підтримка;
- організація груп само- та взаємодопомоги для ЛЖВ;
- створення клубу знайомств;
- організація дозвілля ЛЖВ.

Для збереження якості життя людей, що живуть з ВІЛ, їх психосоціальної адаптації, соціальних та психоемоційних зв'язків з сім'єю та близькими необхідно забезпечити їх та найближче оточення психо-

логічною допомогою і підтримкою. Розпочинається психологічна допомога на етапі перед- та післятестового консультування.

Психологічна допомога може бути *спеціалізованою*, тобто такою, яка надається фахівцями-психотерапевтами, психологами, та *загальною*, яку можна отримати від медичних працівників, соціальних працівників, співробітників громадських організацій, волонтерів, що пройшли відповідну підготовку з питань консультування вразливих груп населення, передтестового та післятестового консультування, психо-соціального супроводу, організації та діяльності груп взаємодопомоги ЛЖВ, тренінги по профілактиці "професійного вигорання".

Завданнями спеціалізованої психологічної допомоги людям, що живуть з ВІЛ і планують сім'ю є:

- психокорекція;
- зміна негативних настанов;
- зцілення психотравм;
- трансформація психологічних комплексів, життєвих сценаріїв та індивідуальних програм типа "*в мене ВІЛ - я приречений*" з негативних на позитивні, життєстверджуючі;
- надання психологічної допомоги персоналу, що працює з ВІЛ-позитивними людьми, профілактика його психоемоційного виснаження.

Спеціалісти-психологи також приймають активну участь у проведенні оперативної оцінки ситуації, поведінкових досліджень серед ЛЖВ, вивченні їх життєвих потреб, моніторингу та оцінки ефективності заходів та програм, що проводяться у їх середовищі, а також у проведенні навчальних курсів, семінарів та практичних тренінгів із загальної психологічної підготовки інших працівників та волонтерів, у тому числі пацієнтів та їх близьких, залучених до роботи з ЛЖВ.

Завданнями загальної психологічної допомоги є забезпечення безпосередньої емоційної, психологічної підтримки, супроводження та психосоціальної адаптація ЛЖВ та хворих на СНІД до власної хвороби і суспільства.

Етапність надання психологічної допомоги людям, що живуть з ВІЛ передбачає декілька основних етапів:

1. Передтестове консультування під час проведення аналізу на наявність антитіл до ВІЛ. Його мета - встановлення довірливого психологічного контакту і, за умови віднесення протестованої особи до групи з ризиковою щодо ВІЛ поведінкою, визначення та обговорення разом з нею перших можливих психологічних та життєвих реакцій у разі, якщо результат тестування виявиться позитивним.

2. Проведення післятестового консультування при повідомленні позитивного результату тестування і адаптація до діагнозу. Тут головне завдання - надати психологічну допомогу людині у сприйнятті цієї психотравмуючої події, визначити стратегію подальшого життя, спілкування з близькими, роботи в нових умовах існування з ВІЛ-інфекцією.
3. Надання тривалої психологічної допомоги ЛЖВ при переживанні ними різних негараздів, психологічна підтримка і супровід при вирішенні різноманітних проблем, які виникають у житті цих людей (в тому числі, проблем планування сім'ї).
4. Психологічна допомога хворим на СНІД, що приймають ВААРТ.
5. Психологічна допомога хворим на СНІД, коли вони стикаються з проблемою завершення свого життя в умовах цієї хвороби і у них та їх близьких виникає потреба у психологічній підтримці, щоб справитись з цим лихом.

Психологічна допомога надається з урахуванням особливостей уразливих груп, вікових та статевих відмінностей, сімейного статусу особи. Вона надається індивідуально, парам, сім'ям, групам ЛЖВ залежно від потреб пацієнтів і користувачів.

Система надання соціальної допомоги людям, що живуть з ВІЛ

Поряд з медичною і психологічною допомогою суттєвою для ЛЖВ є соціальна допомога.

Соціальна допомога надається соціальними працівниками центрів профілактики і боротьби зі СНІДом, центрів соціальних служб для молоді, центрів зайнятості, служб управління праці та соціального захисту населення, членами та волонтерами громадських СНІД-сервісних благодійних фондів та організацій. Окремі її функції можуть виконувати лікарі та психологи диспансерних відділень та кабінетів довіри.

Важливі її завдання - це практична реалізація прав ЛЖВ на створення сім'ї, народження дітей, працю, житло, матеріальну допомогу, оформлення інвалідності, отримання пенсійного забезпечення, права на навчання та відпочинок, санаторно-курортне лікування та відповідний соціальний супровід.

Важливими завданнями цієї допомоги є роз'яснення прав і обов'язків ЛЖВ, спеціалістів та персоналу, що працює з ними, інформування-попередження ЛЖВ про обов'язкову відмову їх від донорства крові та (чи) її компонентів і кримінальну відповідальність за завідоме поставлення в небезпеку зараження та зараження іншої

особи (осіб) ВІЛ. Людина, що живе з ВІЛ зобов'язана письмово засвідчити факт одержання зазначеної інформації та попередження.

Окремі функції правової допомоги та юридичного консультування можуть також виконувати лікарі та психологи диспансерних відділень центрів профілактики і боротьби зі СНІДом та кабінетів довіри, що мають додаткову підготовку з цих питань.

Співпраця, як важлива складова забезпечення комплексної психосоціальної допомоги людям, що живуть з ВІЛ

Для інтеграції вищезазначених заходів і послуг в систему роботи служби планування сім'ї, потрібно, щоб кожен конкретний Центр (кабінет) планування сім'ї співпрацював з:

- регіональним центром соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді;
- регіональним центром профілактики і боротьби зі СНІДом;
- наркологічною службою;
- громадськими організаціями, що працюють з вразливими групами населення (споживачами ін'єкційних наркотиків, жінками секс-бізнесу);
- регіональним представництвом Всеукраїнської Мережі людей, що живуть з ВІЛ;
- лікувальними закладами (шкірно-венерологічним диспансером), клініками, дружніми до молоді.

При налагодженні співпраці слід керуватись діючими нормативно-правовими актами.

Можливі психологічні стани клієнтів, які звертаються до служби планування сім'ї

ВІЛ-інфекція в психологічному розумінні - це хроніострес. Перш ніж людина більш менш адаптується до свого діагнозу, вона проходить низку стресових етапів:

1. шок і заперечення;
2. злість та пошук винуватців;
3. пошук виходу, намагання укласти уявну угоду;
4. депресія, переживання горя;
5. прийняття та примирення.

У будь-якому з цих стресових станів людина, що живе з ВІЛ, може стати клієнтом служби планування сім'ї. Отже, консультанту треба бути готовим до сприйняття будь-якого душевного стану свого клієнта і вміти надати не тільки інформаційну, але й психолого-соціальну допомогу людині, що живе з ВІЛ.

Копінг - послідовність рішень і дій, спрямованих на зміну поведінки в напрямку адаптації і оптимізації життя з ВІЛ. ВІЛ-інфекція є

водночас і стресом і сигналом до його подолання. Консультант з планування сім'ї може активно допомогти клієнту зорієнтуватися в напрямку життєвих змін, використовуючи наступні схеми копіngu:

- проблемно-зфокусовану (прийняття рішень і здійснення конкретних справ для подолання стресу);
 - емоційно-зфокусовану (володіння собою і своїми відчуттями, підтримка емоційної рівноваги).
1. *Вихід з депресії* (якщо клієнт звернувся в даному душевно-му стані): обговорення наболілих питань, нагальних страждань, звернення (активна переадресація) до психолога, пропозиція щодо ведення щоденника емоцій та відчуттів, рекомендація щодо відвідування груп самодопомоги для ЛЖВ, звернення (активна переадресація) до регіонального представництва мережі ЛЖВ.
 2. *Корекція інформації про ВІЛ*. Доведено, що саме недостатність об'єктивної і повної інформації про ВІЛ спричиняє депресію, деструктивну поведінку і самоізоляцію у ЛЖВ. Отже важливо забезпечити доступ клієнта до об'єктивної, перевіреної і компетентної інформації про ті чи інші аспекти ВІЛ. Для цього потрібно завчасно подбати про повноцінне інформаційне наповнення кабінету планування сім'ї (брошури, буклети, методична література, листівки, тощо).
 3. *Обговорення можливих змін на краще* (за методом мотиваційного інтерв'ю).
 4. *Корекція поведінки, що шкодить змінам на краще*. В разі, якщо клієнт причетний до вживання наркотиків або секс-бізнесу, слід застосовувати методологію стратегії "зменшення шкоди".
 5. *Обговорення моделі здорового способу життя* - мінімізація шкідливих звичок, пошук альтернатив, структурування часу, обговорення методів і умов підтримання емоційної рівноваги.
 6. *Вироблення індивідуальної стратегії безпечної поведінки* - формування ієрархії життєвих пріоритетів, моделювання безпечної поведінки, ведення щоденника, реалізація клієнта через соціалізацію: участь у роботі громадських організацій, волонтерство тощо.
 7. *Планування життя з фокусом на плануванні сім'ї*.

Як видно з вищенаведеної спрощеної практичної схеми копіngu, цей процес потребує не тільки особливих навичок консультанта, але й часу, розподіленого на декілька відвідувань. Копінг -

терапія власне виходить за рамки роботи служби планування сім'ї, тому для цього виду роботи з клієнтом є важливим співробітництво служби планування сім'ї з організаціями та фахівцями, що можуть кваліфіковано надати психолого-соціальну допомогу людині, що живе з ВІЛ.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ

Міжнародні акти відносно прав людини, сексуального та репродуктивного здоров'я

Питання сексуального і репродуктивного здоров'я та сексуальних і репродуктивних прав жінок інтенсивно обговорювалися на двох конференціях Організації об'єднаних націй (ООН): у 1994 на Міжнародній конференції з народонаселення і розвитку (ICPD)(Каїр) і в 1995 на Четвертій всесвітній конференції жінок (Беюджін). Прийняті на них консенсуси були підтверджені і розвинені на подальших форумах ООН. Під час наступних міжнародних форумів та конференцій були далі досліджені взаємозв'язки між населенням і розвитком і чітко визначені концепції сексуального і репродуктивного здоров'я та сексуальних і репродуктивних прав.

Програма дій Міжнародної конференції з народонаселення і розвитку визначає сексуальне і репродуктивне здоров'я як:

"Стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороби або немічності, у всіх аспектах, що відносяться до репродуктивної системи, її функцій і процесів. Репродуктивне здоров'я, отже, має на увазі, що люди здатні мати безпечне сексуальне життя, що приносить задоволення, мають здібність до відтворення і свободу в ухваленні рішення щодо того, коли і як часто це робити."

".....репродуктивні права включають права людини, які вже визначені в національних законах, міжнародних документах з прав людини і інших погоджувальних документах. Ці права засновані на визнанні основного права всіх пар чи індивідуумів вільно і відповідально вирішувати, скільки, коли і через який проміжок часу вони хочуть мати дітей, права на інформацію та засоби, що дозволяють їм поступати так, і права на досягнення найвищого стандарту сексуального і репродуктивного здоров'я. Вони також включають їх право на ухвалення рішення щодо репродукції без дискримінації, примушення, насильства, як сказано в документах з прав людини."

Права жінки включають її право контролювати і вільно і відповідально, без примушення, дискримінації і насильства вирішувати питання, пов'язані з своєю сексуальністю, включаючи сексуальне і репродуктивне здоров'я. Програма дій Міжнародної конференції з народонаселення і розвитку також визнала право індивідууму на прийнятні, доступні і якісні послуги у сфері сексуального і репродуктивного здоров'я.

".....право чоловіків і жінок бути інформованими, мати доступ до безпечних, ефективних, прийнятних і доступних методів планування сім'ї по їх вибору, як і іншим вибраним ними методам регуляції

фертильності, які не є протизаконними, і право на доступ до відповідних послуг охорона здоров'я, яка даватиме можливість жінкам безпечно виносити вагітність і народити і нададуть парам кращу можливість мати здорову дитину."

Крім того, в ній визначається, як повинні виглядати ці послуги: *Відповідно до приведеного вище визначення репродуктивного здоров'я, допомога в репродуктивному здоров'ї визначається як сукупність методів, технік, послуг, які сприяють репродуктивному здоров'ю і благополуччю шляхом попередження та вирішення проблем репродуктивного здоров'я. Вона також включає сексуальне здоров'я, метою якого є поліпшення життя і особистих відносин, а не тільки консультування та допомога щодо захворювань репродуктивного тракту і інфекцій, що передаються статевим шляхом.*

Цей погляд на здоров'я, особливо на сексуальне та репродуктивне здоров'я жінок, є інноваційним і прогресивним в порівнянні з підходом, що розвивався раніше, і фокусувався в основному на демографічних цілях і регуляції фертильності жінок.

До його основних відмінностей відноситься:

- усесторонній підхід до здоров'я, причому акцент ставиться на благополуччі, замість хвороби і пошкоджень;
- право жінок ухвалювати рішення щодо власного організму та всіх питань, що впливають на репродуктивне здоров'я;
- важливість розширення можливостей жінок;
- відповідальність урядів/держав за проведення інтегрованих якісних послуг з питань сексуального і репродуктивного здоров'я в рамках основної системи охорони здоров'я, а не як паралельних послуг. Вони повинні включати послуги з планування сім'ї, послуги з материнського здоров'я (включаючи пре- і постнатальну допомогу, невідкладну акушерську допомогу), програми по попередженню та лікуванню ІПСШ (включаючи ВІЛ, дії, які направлені на елімінацію шкідливих традиційних практик, таких як обрізання жіночих геніталій, перевага синів, дитячі шлюби);
- необхідність відповіді на потреби всіх людей однаково (включаючи неодружених жінок, підлітків, зґвалтованих жінок, жінок з інших етнічних груп, чоловіків, людей, що знаходяться поза репродуктивним віком);
- визнання, що термін "репродуктивне здоров'я" відноситься як до жінок, так і до чоловіків. Чоловіки можуть сприяти поліпшенню репродуктивного здоров'я жінок декількома шляхами: розділення відповідальності за планування сім'ї, використовуючи чоловічі методи контрацепції; підтримую-

чи своїх партнерок у використанні жіночих методів контрацепції; досягнення згоди щодо кількості дітей, яких вони хочуть мати; і шляхом відповідальної сексуальної поведінки (включаючи використання презервативів).

"Програма дій" Міжнародної конференції з питань народонаселення та розвитку вимагає приділяти увагу взаємоповазі та справедливості у стосунках між чоловіком та жінкою, і особливо - задоволенню потреб підлітків у освіті та послугах, щодо можливості позитивно та відповідально вирішувати свої проблеми, пов'язані з сексуальністю (п. 7.3 Програми дій). Звертається увага на те, що людська сексуальність і стосунки між чоловіком і жінкою пов'язані між собою і разом впливають на здатність підтримувати сексуальне здоров'я. Небезпека насильства, особливо домашнього насильства над жінками, зґвалтування, підвищує ризик інфікування ВІЛ. Тому звертається увага на "розвиток відповідальної сексуальності". Важливе значення має відкрите обговорення цих проблем (уряди країн повинні створити необхідні умови і процедури, які б заохочували жертви розповідати про факти насильства та порушення їх прав) (п. 7.34-7.39).

Програма дій також торкається приватності, розглядаючи її переважно в контексті надання медичних послуг. Вони прямо не пов'язані з сексуальним життям, але припускають, що приватність є одним із прав, які вже визнані в національних законах, міжнародних документах з прав людини та в інших рекомендаційних міжнародних документах (п. 7.3). До того ж приватність виходить з самого визначення репродуктивних прав: "право вільно приймати рішення стосовно кількості, часу народження та інтервалів між народженнями своїх дітей" (п. 7.3), і є необхідною для того, щоб мати можливість приймати рішення без будь-якої дискримінації, примусу та насильства. Все це вимагає того, щоб жінкам була гарантована приватність.

Пекінська декларація та платформа дій 4-ї всесвітньої конференції ООН про становище жінок зазначає: "...до прав людини, жінки належать право контролювати сексуальність та приймати вільні рішення щодо питань, пов'язаних з її сексуальністю, в тому числі сексуальним та репродуктивним здоров'ям, без примушення, дискримінації та насильства (п. 96). Метою охорони сексуального здоров'я є покращення життя і особистих відносин, а не просто надання медичних послуг, пов'язаних репродуктивною функцією та захворюваннями, що передаються статевим шляхом (п. 94).

Пекінська платформа дій також головним чином зосереджує увагу на приватності, як на способі ставлення в контексті надання медичних послуг - і менше в контексті сексуальної поведінки.

З іншого боку, здається що перспективою Платформи дій є те, що репродуктивне здоров'я надає жінкам змогу користуватися

своїми правами в сфері приватного життя: "репродуктивне здоров'я є життєво важливо складовою для благополуччя жінок та для можливості їх участі в усіх сферах громадського та особистого життя" (п. 91). "Ігнорування репродуктивних прав жінок суттєво обмежує їх можливості в громадському та особистому житті... Можливість жінок контролювати свою власну фертильність створює важливу основу для користування іншими правами" (п. 98).

Основні права людини, які мають відношення до сексуального і репродуктивного здоров'я:

- Право на життя (Універсальна Декларація прав людини (1948)/Угода про цивільні і політичні права (1966).
- Право на свободу і безпеку особи (Універсальна Декларація прав людини (1948)/Угода про цивільні і політичні права (1966).
- Право на рівність і свободу від всіх форм дискримінації (Конвенція про расову дискримінацію (1965)/Угода про цивільні і політичні права (1966).
- Право на приватність (Угода про цивільні і політичні права (1966)/ Конвенція про права дитини (1989).
- Право на свободу думки (Угода про цивільні і політичні права (1966).
- Право на свободу від тортур і поганого поводження (Універсальна Декларація прав людини (1948)/Конвенція про права дитини (1989)/ Конвенція проти тортур (1984).
- Право на інформацію і освіту (Угода про викорінювання всіх форм дискримінації проти жінок (1979)/Віденська Програма дій (1993).
- Право вирішувати, чи одружуватися, створювати і планувати сім'ю (Універсальна декларація (1948)/Угода про економічні, соціальні і культурні права (1966)/Угода про викорінювання всіх форм дискримінації проти жінок (1979).
- Право вирішувати, чи мати і коли мати дітей (Угода про викорінювання всіх форм дискримінації проти жінок (1979)/програма дій ICPPD (1994).
- Право на медичну допомогу і захист здоров'я (Угода про економічні, соціальні і культурні права (1966)/Конвенція про права дитини (1989).
- Право на досягнення технічного прогресу (Угода про економічні, соціальні і культурні права (1966)/Угода про цивільні і політичні права (1966).
- Право на свободу зборів і політичних поглядів (Угода про цивільні і політичні права (1966).

У 2000 міжнародне співтовариство досягло глобального консенсусу за визначенням цілей, направлених на зниження бідності і значне поліпшення життя людей у всьому світі. Деякі Цілі Розвитку Тисячоліття (ЦРТ) фокусуються на поліпшенні усестороннього розвитку жінок і особливо на їх освіті, положенні і здоров'ї, з метою досягнення ширших цілей щодо зниження бідності.

- Мета 1:** Викорінювання крайньої бідності і голоду.
- Мета 3:** Сприяти гендерній рівності і розширенню можливостей жінок.
Завдання: Усунення гендерної нерівності в початковій і середній освіті, переважно до 2005, і на всіх рівнях освіти не пізніше 2015р.
- Мета 4:** Понизити дитячу смертність.
Завдання: Знизити на дві третини рівень смертності дітей у віці до п'яти років в період між 1990 і 2015 рр.
- Мета 5:** Поліпшити материнське здоров'я.
Завдання: Знизити на три чверті рівень материнської смертності в період між 1990 і 2015рр.
- Мета 6:** Боротися з ВІЛ, малярією і іншими захворюваннями.
Завдання: До 2015 зупинити наростання поширення ВІЛ і домогтися уповільнення.
Завдання: До 2015 зупинити наростання поширення малярії та інших тяжких захворювань і добитися уповільнення розповсюдження.

Міжнародно визнаним є те, що досягнення більшості цих цілей можливе при значному поліпшенні та інвестиціях в охорону сексуального і репродуктивного здоров'я населення, зокрема жінок. Особливо це стосується цілей 3-8.

Міжнародні правові аспекти законодавчого регулювання проблем боротьби з ВІЛ

У зв'язку з високими темпами поширення ВІЛ надзвичайно важливе значення має необхідність найбільш повного використання сучасного найефективнішого досвіду інших держав та рекомендацій відповідних міжнародних організацій у сфері боротьби з цим негативним явищем.

У вересні 1996 року на Другій міжнародній консультації з ВІЛ та прав людини, яка відбулася під егідою Управління Верховного комісара ООН з прав людини та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ було підготовлено надзвичайно важливий міжнародний документ "ВІЛ та права

людини. Міжнародні керівні принципи". Цей документ звів та систематизував універсальні, стандартні вимоги світового співтовариства до політики, законодавства та діяльності будь-якої держави у сфері боротьби з ВІЛ та зменшення шкоди, що завдається цією глобальною проблемою суспільству. Він є надзвичайно важливим для подальшого розвитку законодавства України у зазначеній сфері. Документ містить 12 керівних принципів, в трьох з яких, зазначені заходи, що відносяться до сфери охорони репродуктивного здоров'я та попередження вертикальної трансмісії ВІЛ. Це:

- 1) законодавче забезпечення охорони громадського здоров'я таким чином, щоб воно дозволяло адекватно вирішувати нагальні його питання, що виникають у зв'язку з ВІЛ;
- 2) прийняття та посилення дії антидискримінаційних законів, які б захищали від дискримінації у державному та приватному секторах ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД осіб;
- 3) передбачення створення сприятливого середовища для жінок та дітей, створення спеціалізованих соціальних служб охорони громадського здоров'я тощо.

10 квітня 1998 року 99-ю конференцією Міжпарламентського союзу, що відбулася у Швейцарії, одногосно було прийнято резолюцію "Заходи боротьби з епідеміями ВІЛ з урахуванням їх руйнівних наслідків для людини, економіки та суспільства". У цій резолюції зазначена світова організація парламентарів суверенних держав закликала країни-учасники забезпечувати захист прав людини через запровадження згаданих вище Міжнародних керівних принципів. При цьому особлива увага приділяється таким питанням:

- прийняттю законодавства, яке забезпечувало б повагу прав людини стосовно осіб, інфікованих ВІЛ чи хворих на СНІД, забороняло всі форми дискримінації стосовно зазначених осіб та встановлювало їх право на освіту, працевлаштування, житло та соціальні послуги;
- забезпечення постійного розгляду проблеми ВІЛ через прийняття партнерського підходу із залученням максимально широкого кола учасників, у тому числі осіб, які живуть з ВІЛ, та співтовариства, у процес прийняття рішень, що забезпечує обмін та розповсюдження всієї релевантної інформації з політичних, медичних та соціальних питань.

Надзвичайно важливим закликом, проголошеним у зазначеній вище резолюції Міжпарламентського союзу, стало звернення до ЮНЕЙДС забезпечити розроблення та розповсюдження керівного документа з ВІЛ, законодавства та прав людини як довідника для визначення правових стандартів. У 2000 році була надрукована російськомовна версія цього довідника під назвою

"Керівництво для законодавців з питань ВІЛ, законодавства та права людини: заходи боротьби з епідеміями ВІЛ з урахуванням їх руйнівних наслідків для людини, економіки та суспільства".

Ще одним важливим документом є "Декларація про прихильність справі боротьби з ВІЛ", Спеціальної Сесії Генеральної Асамблеї ООН 2001 року. Декларацією привертається увага до необхідності пропагування та заохочення відповідальної сексуальної поведінки як важливого чиннику профілактики СНІДу. Але не шляхом введення заборон, а шляхом "розширення доступу до основних товарів, включаючи чоловічі та жіночі презервативи, стерильні шприці та інжектори; прийняття заходів щодо зменшення шкоди, заподіяваної у результаті застосування наркотичних речовин; розширення доступу до системи добровільного і конфіденційного консультування і тестування; забезпечення постачання безпечної донорської крові; раннього і ефективного лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом".

Декларація також зосереджує свою увагу на приватності як на аспекті належного надання медичних послуг, а не як особистій сфері сексуальної поведінки особи.

Загальна характеристика українського законодавства у сфері репродуктивного здоров'я та ВІЛ

В основі законодавства про репродуктивне здоров'я передусім лежить Конституція України. Хоча Конституція не містить терміну "репродуктивне здоров'я", вона, безумовно, створює належні рамкові умови, в яких може позитивно розвиватися національне законодавство про репродуктивні права. Ст. 24 Конституції України проголошено рівність конституційних прав і свобод громадян України та недопустимість привілеїв чи обмежень, в тому числі, за ознаками статі. У ст. 49 Конституції України проголошене право на охорону здоров'я, медичну допомогу, медичне страхування та закріплено обов'язок держави створити умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

Згідно зі статтею 49 Конституції, кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних, оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

Крім того, як зазначено в даній статті Конституції, держава забезпечує санітарне та епідемічне благополуччя.

Важливе значення для захисту репродуктивних прав мають Цивільний Кодекс України (прийнятий Верховною Радою України 16 січня 2003 р.), яким закріплено право на життя (ст. 281), право на охорону здоров'я (ст. 281), право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285) та на таємницю про стан здоров'я (ст. 286); Сімейний Кодекс України (прийнятий Верховною Радою України 10 січня 2002 р.), яким зокрема визначається шлюбний вік (ст. 22) та закріплюються права і обов'язки подружжя (глава 9); Кримінальний Кодекс (прийнятий Верховною Радою України 5 квітня 2001 р.), розділ II. Злочини проти здоров'я; Закон України "Про інформацію" (прийнятий Верховною Радою України 2 жовтня 1992 р.) (ст. 10,46) та ін.

Важливу роль у структурі українського законодавства у сфері репродуктивного здоров'я відіграють прийняті Верховною Радою у 1992 році Основи законодавства України про охорону здоров'я, стаття 4 яких проголосила дотримання прав, свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій одними з основних принципів охорони здоров'я в Україні. Крім цього в Основах законодавства України про охорону здоров'я закладені основні принципи регулювання надання медичної інформації (ст.39), захисту інформації про стан здоров'я особи (ст.40), отриманні інформованої згоди на медичне втручання (ст. 43) тощо.

В цілому законодавство України зорієнтоване на визнання за жінкою права вільно приймати рішення щодо кількості дітей та проміжку часу між їх народженням. Право вирішувати питання щодо кількості дітей та проміжку часу між їх народженням врегульоване Сімейним кодексом України, це право також закріплене у "Концепції безпечного материнства", затвердженій розпорядженням Кабінету Міністрів України №161-р від 29.03.2002р., а також зазначено в наказах МОЗ України.

Українське законодавство не містить будь-яких обмежень щодо права жінки, в тому числі і ВІЛ-позитивної, вирішувати питання щодо кількості дітей та проміжку часу між їх народженням. Материнство в Україні охороняється і заохочується Конституцією, Основами законодавства України про охорону здоров'я та указом Президента України "Про заходи щодо заохочення народжуваності в Україні", які надають право жінці вирішувати питання про материнство. Згідно зі статтею 4 Основ законодавства України про охорону здоров'я, прийнятих Верховною Радою України у 1992 році, до основних принципів охорони здоров'я в Україні належать:

- 1) дотримання прав і свобод людини в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- 2) рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у галузі охорони здоров'я;
- 3) орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних досягнень із світовим досвідом у галузі охорони здоров'я;
- 4) запобіжно-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я.

Україна, створюючи умови на законодавчому рівні для забезпечення репродуктивного здоров'я, взяла на себе також і обов'язки, визначені міжнародним співтовариством на Всесвітньому самміті зі сталого розвитку (Йоганнесбург, 2002 рік). Відповідно до домовленостей у рамках підсумкових документів була прийнята постанова КМУ від 26 квітня 2003 №634 "Про затвердження Комплексної програми реалізації на національному рівні рішень, прийнятих на Всесвітньому самміті зі сталого розвитку, на 2003-2015 роки", якою визначається: - зменшити до 2015 року на 25% поширення ВІЛ-інфекції серед молоді віком від 15 до 24 років.

В Україні з моменту загострення проблеми епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на початку 1990-х років держава, розуміючи важливість і глобальність ситуації, постійно вживає заходів, спрямованих на стабілізацію становища. Першим найважливішим кроком на цьому шляху є створення та постійне вдосконалення відповідної нормативно-правової бази, яка могла б регулювати такі суспільні відносини, де фігурує ВІЛ-позитивна або хвора на СНІД людина.

Стратегія боротьби з ВІЛ в Україні базується на визнанні її одним із пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку, розумінню того, що СНІД - це глобальна проблема, яка стосується всього суспільства та кожної людини зокрема.

Найактуальнішим завданням законодавства у контексті проблеми ВІЛ є профілактика поширення ВІЛ-інфекції, недопущення дискримінації і стигматизації ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей та захист їх законних прав і свобод. Також чинне законодавство України у сфері ВІЛ ставить перед собою завдання щодо поліпшення якості життя ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей, забезпечення безперешкодного доступу до лікування і поза лікарняного догляду, а також надання такої категорії людей додаткових прав і пільг.

Початок сучасному правовому регулюванню питань, що виникають у сфері ВІЛ та визначенню державної політики у цій сфері, поклав прийнятий у 1991 році Закон України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення". Цей Закон - основний документ у врегулюванні

питань життєдіяльності ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей, а також осіб, які внаслідок виконання професійних обов'язків надають допомогу таким людям.

За минулі роки, з моменту прийняття першої редакції Закону, в Україні змінилася епідеміологічна ситуація і деякі положення старого Закону суперечили міжнародній практиці і зобов'язанням України перед Радою Європи зробити законодавство гуманнішим. З березня 1998 року діє нова редакція цього Закону (з наступними змінами і доповненнями у 2001 і 2002 рр.). У преамбулі до Закону підкреслена його відповідність міжнародним правовим нормам і рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Цей нормативно-правовий акт дає всі необхідні визначення основних понять з проблеми ВІЛ і встановлює основні засади життєдіяльності ЛЖВ. Зокрема Закон визначає державні гарантії щодо профілактики зараження ВІЛ, у тому числі і профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини, доступність, якість та ефективність медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, права та обов'язки ВІЛ-позитивних осіб тощо.

Відповідно до статті 17 Закону ВІЛ-позитивні та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами і свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України. При цьому, крім загальних прав і свобод, вони мають низку додаткових прав.

Люди, що живуть із ВІЛ, мають додаткові права на:

- відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їхніх прав, яке мало місце у результаті розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунодефіциту людини;
- безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного у них захворювання, засобами особистої профілактики, психосоціальну підтримку;
- безоплатний проїзд до місця лікування й у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, яка видала направлення на лікування;
- користування ізольованою жилою кімнатою.

Закон забороняє відмовляти у прийнятті таких осіб до лікувальних установ, наданні їм медичної допомоги, обмежувати їхні права на підставі того, що вони є ВІЛ-позитивними або хворими на СНІД, а також обмежувати права їхніх рідних і близьких на цій самій підставі (ст.18).

Неправомірні дії посадових осіб, що порушують права ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД, а також їхніх рідних і близьких, можуть бути оскаржені у судовому порядку (ст. 19 Закону).

У випадку зараження ВІЛ-інфекцією у результаті медичних маніпуляцій такі особи мають право на відшкодування у судовому порядку збитку, заподіяного здоров'ю, за рахунок винної у зараженні особи. Це право гарантоване ст. 20 Закону.

Відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особі, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю. Передача таких відомостей 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 (ст. 8 Закону).

Особу, в якій за даними медичного огляду виявлено ВІЛ-інфекцію, повідомляє про це працівник закладу охорони здоров'я, в якому проведено огляд, з урахуванням вимог цього Закону щодо конфіденційності зазначеної інформації. Одночасно ВІЛ-позитивному повідомляють про необхідність дотримання профілактичних заходів, спрямованих на недопущення поширення ВІЛ-інфекції, про гарантії дотримання прав і свобод ВІЛ-позитивних, а також про кримінальну відповідальність за завідоме поставлення у небезпеку зараження та зараження інших осіб вірусом імунодефіциту людини.

Зважаючи на значущість питання для всієї країни, протягом останнього десятиріччя впроваджуються такі цільові державні програми, як протидія поширенню ВІЛ:

- у 1999 р. затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 09.03. 1999 року №341 "Програму профілактики СНІДу та наркоманії на 1999-2000 роки", де вперше була розроблена методологія дозорного епідеміологічного нагляду;
- у 2000 р. Указом Президента України від 01.11.2000 №1182/2000 затверджена Програма "Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції", в якій визначилось стратегічне планування національних заходів з протидії епідемії;
- у 2001 році видано Указ Президента України "Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом"; постановою КМУ від 11.07.2001 року №790 затверджено національну програму профілактики ВІЛ-інфекції на 2001-2003 роки".
- у 2004 році Кабінетом Міністрів України затверджено "Концепцію стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, на період до 2001 року та Національну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на

2004-2008 роки" (постанова №3264 від 4 березня 2004 р.). У цьому ж році Президентом було видано указ "Про запобігання дальшому поширенню ВІЛ-інфекції в Україні" (№1022/2004 від 30 серпня 2004 р.);

- у березні 2004 р. Уряд України прийняв п'яту Національну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД (постанова Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р. № 264). Програма визначає основні пріоритети: протидія поширенню ВІЛ-інфекції і забезпечення лікування, підтримки і догляду за людьми, що живуть із ВІЛ. Розділи програми висвітлюють роботу щодо посилення діяльності державних органів, організацій і об'єднань громадян у боротьбі проти ВІЛ, а також інформаційно-просвітницьку роботу, профілактичну роботу серед груп ризику населення, безпеку донорства, профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини, діагностику, лікування, догляд і підтримку людей, які живуть із ВІЛ, наукові дослідження і розробки, моніторинг і оцінку. Програма регламентує заходи, строки їх реалізації та обсяги фінансування.

Створена і активно функціонує міжсекторальна Національна координаційна Рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, положення про діяльність якої та її склад затверджено постановою КМУ від 16.05.2005 року "Про утворення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції".

Щодо соціального захисту медичних працівників, то чинне законодавство визначає, що зараження ВІЛ-інфекцією медичних чи фармацевтичних працівників при виконанні ними службових обов'язків належить до числа професійних захворювань. У зв'язку з цим запроваджено обов'язкове страхування цієї категорії працівників на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків за рахунок власника установи охорони здоров'я.

Медичні працівники, що були інфіковані під час виконання службових обов'язків, мають право на:

- щорічне безплатне одержання путівок для санаторно-курортного лікування;
- щорічну відпустку тривалістю 56 календарних днів із використанням її влітку або в інший зручний для них період;
- першочергове поліпшення житлових умов у порядку, встановленому законодавством України.

Зважаючи на суттєвий негативний вплив на поширеність ВІЛ-інфекції в Україні шляхом передачі ВІЛ від матері до дитини, у 2001 р. наказом МОЗ України від 07.12.2001 №488 затверджена галузева

програма "Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини на 2001-2003 роки". Завдяки виконанню основних положень програми вдалося досягти очікуваних результатів, зменшити рівень інфікування новонароджених ВІЛ-позитивними матерями з 27% до 10%. Оскільки Програма з питань попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини в Україні є інтегрованою в існуючу систему надання медичної допомоги матерям і дітям, вона не передбачає створення окремих об'єктів та додаткового кадрового забезпечення, а накладається на вже існуючі, розширюючи спектр послуг, які вони надають. Програма включає також створення відповідної нормативної бази, навчальних програм, забезпечення доступності хіміопрофілактики для ВІЛ-інфікованих вагітних жінок.

На виконання основних завдань галузевої програми в Україні створений моніторинг дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями для проведення аналізу впровадження заходів попередження ВІЛ-інфекції у новонароджених, догляду за дітьми, народженими ВІЛ-інфікованими матерями, упорядкування обліку ВІЛ-інфікованих вагітних та народжених ними дітей у комунальних закладах охорони здоров'я. Нормативні форми та порядок здійснення цього моніторингу затверджені наказом МОЗ України від 29.12.2003 №619 "Про впровадження моніторингу вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини".

З метою подовження досягнення позитивних результатів у сфері призупинення поширення ВІЛ-інфекції та втілення стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо вирішення проблем вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції, а також з метою зниження ризику ВІЛ-інфікування новонароджених та забезпечення системи медико-соціального супроводу ВІЛ-інфікованих жінок, народжених ними дітей та їх сімей втілюється наступна, проте вже Міжгалузева програма "Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та забезпечення медико-соціальною допомогою ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД дітей" на 2006 - 2008 роки", затверджена спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного комітету телебачення та радіомовлення України, Державного департаменту України з питань виконання покарань від 30.11.2006 № 786/796/4074/299/231.

Медична допомога ВІЛ-позитивним пацієнтам з питань акушерства і гінекології, регулюється наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 №740/1030/4154/321/614а "Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до

дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей".

Крім того Міністерством охорони здоров'я України розроблено та впроваджено інформаційно-методичні матеріали щодо проведення профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ у закладах охорони здоров'я.

Методичні рекомендації щодо організації профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ в Україні поновлюються майже щорічно з метою удосконалення надання медичної допомоги ВІЛ-позитивним матерям та їх дітям на основі міжнародного досвіду, розробки оперативних рішень МОЗ та шляхом проведення аналізу даних зворотного зв'язку з регіонами (щорічного моніторингу впровадження програми) та нових сучасних методик і технологій.

У зв'язку із загостренням проблеми ВІЛ в Україні наприкінці ХХ ст, актуальним стало питання щодо захисту законних прав і свобод дітей із ВІЛ. 29 листопада 2002 р. Міністерство охорони здоров'я України видало наказ № 448 "Про затвердження медичних рекомендацій "Організація медичної допомоги та догляду за ВІЛ-позитивними дітьми у дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах". Цей наказ до 2007 року був основним нормативно-правовим документом, яким керувались державні органи влади при вирішенні питань щодо влаштування ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД дітей до дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів. З 23 листопада 2007 року його замінила "Інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-позитивним дітям" Наказу №740/1030/4154/321/614а "Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей".

Крім того, важливе значення для забезпечення охорони здоров'я та боротьби з ВІЛ, в тому числі профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, добровільного консультування та тестування, має цілий ряд інших законодавчих актів України, основними з яких є: "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (1992 р.); "Кримінальний кодекс України" (2001 р.); "Кодекс законів про працю" (1991 р.); Закон України "Про інформацію" (1992 р.); Закон України "Про попередження захворювання синдромом набутого імунodefіциту та соціальний захист населення" (1998 р.) та інші.

Так, статтею 7 Закону України "Про попередження захворювання синдромом набутого імунodefіциту та соціальний захист населення" передбачено право громадян та іноземців, які постійно (тимчасово, на законних підставах) проживають на території України на медичний огляд з метою виявлення зараження вірусом імунodefіциту людини, одержання офіційного заключення про результати огляду та

кваліфікованих рекомендацій (консультації) щодо попередження розповсюдження ВІЛ-інфекції. При цьому право на видачу офіційного заключення про результати огляду надається тільки державним та комунальним закладам охорони здоров'я, які мають відповідні спеціальні лабораторії, акредитовані відповідно до порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Цим Законом (стаття 7) регламентована добровільність медичних оглядів, їх безоплатність для громадян України, іноземців та осіб без громадянства, що проживають на території України, біженців. За бажанням громадян, у відповідності до статті 8 даного Закону, медичний огляд може бути проведено анонімно і повторно. Особа, яка пройшла медичний огляд, має право на повторний огляд у будь-який час в акредитованому лікувальному закладі за власним вибором.

Значним внеском у збереження прав людини була розробка та затвердження протоколу про "Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію" (Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005). Медичний працівник повинен поінформувати пацієнта про необхідність дотримання профілактичних заходів, спрямованих на недопущення розповсюдження ВІЛ-інфекції, права та обов'язки, соціальний захист ВІЛ-інфікованих осіб відповідно до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення".

Виходячи з вищенаведеного, законодавство України дає можливість забезпечувати комплексність профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ. Воно вимагає від системи охорони здоров'я надання суспільству в цілому та кожному громадянину безпосередньо відповідної медичної допомоги та проведення інформаційних заходів.

Підтвердженням цього є регламентований статтею 4 "Основ законодавства України про охорону здоров'я" попереджувально-профілактичний характер, комплексний, соціальний, економічний та медичний підхід до охорони здоров'я. Крім того, стаття 32 цього Закону містить не менш важливу в аспекті як охорони здоров'я, так і боротьби з ВІЛ інформацію: "... обов'язки держави - сприяти формуванню здорового способу життя населення шляхом розповсюдження наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного, фізичного виховання, забезпечення заходів, направлених на підвищення гігієнічної культури населення тощо".

Законодавство про порядок проведення хірургічної стерилізації жінок

Операція хірургічної стерилізації жінок проводиться з урахуванням вимог ст. 281 Цивільного кодексу України та ст. 49 "Основ законодавства України про охорону здоров'я", що передбачають можливість стерилізації лише повнолітніх та виключно за їх бажанням. Наказом МОЗ України "Про застосування методів стерилізації громадян" №121 від 6.07.1994 р. затверджено перелік медичних показань для проведення стерилізації жінок та чоловіків, а також порядок застосування методів хірургічної стерилізації. Законодавством України передбачені особливості стерилізації недієздатних. Стерилізація недієздатної особи за наявності медичних показань може бути проведена лише за згодою її опікуна та з додержанням вимог, встановлених законодавством (ч.5 ст. 281 ЦК України).

Законодавчі основи забезпечення конфіденційності

Вимога дотримання конфіденційності міститься перш за все у законах України. Цивільний кодекс України у статті 286 встановлює правові вимоги до збереження інформації про стан здоров'я людини. Основи законодавства України про охорону здоров'я в ст. 49 визначають поняття "лікарської таємниці". Законом України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" зі змінами від 15.11.2001 р. №2776-111 встановлені вимоги до конфіденційності результатів медичного огляду. Важливе значення для юридичного забезпечення конфіденційності має Закон України "Про інформацію", яким передбачено загальне право доступу до інформації за умови не порушення прав свобод інших громадян. Цим законом передбачається, зокрема, здійснення державного контролю за додержанням законодавства про інформацію та встановлення відповідальності за порушення законодавства про інформацію (ст. 10). Стаття 46 Закону України "Про інформацію" містить у собі загальну для всіх норму, згідно з якою, серед іншого, не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків передбачених законом. В свою чергу, стаття 8 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" встановлює, що відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю. Передача таких відомостей дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у ви-

падках, передбачених законами України, також законним представником цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду. Крім того, стаття 47 Закону "Про інформацію" визначає перелік порушень, законодавства про інформацію, вчинення яких тягне за собою юридичну відповідальність. Серед іншого, таку відповідальність мають нести особи, винні у вчиненні таких правопорушень, як використання і поширення інформації стосовно особистого життя громадянина без його згоди особою, яка є власником відповідної інформації внаслідок виконання своїх службових обов'язків; розголошення державної або іншої (в тому числі лікарської) таємниці, що охороняється законом, особою, яка повинна охороняти цю таємницю; порушення порядку зберігання інформації тощо.

Згідно зі статтею 40 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. До викладеного можна було додати те, що Кодекс України про адміністративні правопорушення та Кримінальний кодекс України містять у собі спеціальні норми, які передбачають юридичну відповідальність за розголошення конфіденційної інформації, в тому числі й лікарської таємниці.

У підзаконних актах норми про забезпечення конфіденційності розвинуто.

Зокрема, конфіденційність інформації про ВІЛ-статус пацієнтів регулюється "Правилами медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними", затвердженими Постановою Кабінету Міністрів України №2026 від 18.12.1998 р. У Наказі МОЗ України №120 від 25.05.2000р. "Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД" передбачено здійснювати диспансерний нагляд за пацієнтами з дотриманням принципу конфіденційності або анонімності, передбачені і інші умови, що можуть обмежувати коло осіб, обізнаних щодо діагнозу.

Конфіденційність має бути забезпеченою також у разі передачі інформації до інших установ. Згідно з наказом МОЗ України та МВС України №25/62 від 23.01.2003 року "Про порядок інформування органами охорони здоров'я органів внутрішніх справ про осіб, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, і джерела поширення цієї небезпечної хвороби в Україні" персоніфікована інформація про хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД надається органам дізнання та слідства під грифом "для служ-

бового користування" і у випадках, передбачених законодавством. Слід звернути увагу на спільний наказ Держдепартаменту з питань виконання покарань та МОЗ України від 18.01.2000 р. №3/6 та затверджені ним інструктивні документи, зокрема, "Порядок забезпечення конфіденційності інформації про ВІЛ-інфікованих". Особливе значення має закріплення в наказі вимоги персоніфікації відповідальності за збереження інформації про хворого та розробка режимних процедур, що мають на практиці забезпечити конфіденційність.

Зазначимо, що українське законодавство не вимагає від пацієнта повідомляти медичний персонал про свій ВІЛ-позитивний статус. Але, виходячи з інтересів вагітної пацієнтки та її майбутньої дитини, система профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, як складова протидії епідемії ВІЛ та призупинення поширення ВІЛ серед населення України, визначає необхідність повідомлення вагітною жінкою медичний персонал, який веде спостереження у зв'язку з вагітністю, про свій ВІЛ-позитивний статус, що надає можливість профілактики інфікування новонародженого (додаток 2 "Анкета вагітної" наказу МОЗ України від 28.12.2002 р. №503 "Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні". Наказ зазначає, що перший допологовий візит вагітної до лікаря акушера-гінеколога передбачає самостійне заповнення вагітною анкети (за згодою), до якої включено запитання про наявність ВІЛ-інфекції. Знання лікарем, який веде спостереження за вагітною, інформації про ВІЛ-статус вагітної надає можливість профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

Основною умовою успішності програм ДКТ ("Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію", Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005) є забезпечення конфіденційності інформації, яка стала відома консультанту під час перед- та післятестового консультування, що передбачено законодавством України і є складовою гарантій дотримання прав людини. Звернення за консультуванням та обстеженням на ВІЛ-інфекцію ускладнюється страхом розголошення інформації про особисте життя пацієнта, відчуження та дискримінації з боку сім'ї та суспільства.

Забезпечення конфіденційності інформації, пов'язаної із проведенням ДКТ, є обов'язковим для закладів, установ та організацій, які надають ці послуги. Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самостійно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини та його результатів, сімейне життя пацієнта, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність. Вищевказані праців-

ники повинні дотримуватись правил оформлення, користування та зберігання документації, що містить конфіденційну інформацію, враховувати, що заборонені персоніфікація ВІЛ-позитивної особи при складанні державних, відомчих та інших звітів, інформацій щодо ВІЛ-інфекції, виступах в ЗМІ тощо, а також використання інших характеристик, за якими цю особу можна ідентифікувати.

Відповідальність за порушення законодавства

Низка нормативно-правових актів, у тому числі Кримінальний кодекс України визначають рівень відповідальності за порушення прав і свобод ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей, а також відповідальність власне ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД осіб за порушення чинного законодавства України.

Стаття 130 Кримінального кодексу України визначає:

- свідоме поставлення іншої особи у небезпеку зараження ВІЛ чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, що є небезпечною для життя людини, карається арештом на строк до трьох місяців, або обмеженням волі на строк до п'яти років, або позбавленням волі на строк до трьох років;
- зараження іншої особи ВІЛ чи іншою невиліковною інфекційною хворобою особою, яка знала про те, що вона є носієм цього вірусу, карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років. Якщо ці дії вчинено щодо двох чи більше осіб або неповнолітнього (дитини до 18 років), то вони караються позбавленням волі на строк від двох до п'яти років;
- умисне зараження іншої особи ВІЛ чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, що є небезпечною для життя людини, карається позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років.

У статті 131 Кримінального кодексу України зазначено, що:

- неналежне виконання медичним, фармацевтичним або іншим працівником своїх професійних обов'язків унаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, що спричинило зараження особи ВІЛ чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, що є небезпечною для життя людини, карається обмеженням волі на строк від одного до трьох років або позбавленням волі на цей самий строк з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років;
- те саме діяння, якщо воно спричинило зараження двох чи більше осіб, карається позбавленням волі на строк від

трьох до восьми років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

Стаття 132 Кримінального кодексу України передбачає, що розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення ВІЛ чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на СНІД та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових чи професійних обов'язків, карається штрафом від 50 до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, або громадськими роботами на строк до 240 годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Стаття 136 Кримінального кодексу України встановлює, що:

- ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, за можливості надати таку допомогу або повідомлення про такий стан особи належним установам чи особам, якщо це спричинило тяжкі тілесні ушкодження, караються штрафом від 200 до 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців;
- ненадання допомоги дитині, яка завідомо перебуває в небезпечному для життя стані, за можливості надати таку допомогу або повідомлення про такий стан дитини належним установам чи особам, караються штрафом від 500 до 1000 неоподаткованих мінімумів доходів громадян, або арештом на строк до 6 місяців, або обмеженням волі на строк до 3 років;
- якщо ненадання допомоги спричинило смерть потерпілого, то це карається обмеженням волі на строк від 3 до 5 або позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

Згідно зі статтею 137 Кримінального кодексу України:

- невиконання або неналежне виконання професійних чи службових обов'язків щодо охорони життя та здоров'я неповнолітніх унаслідок недбалого або несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило істотну шкоду здоров'ю потерпілого, карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, або громадськими роботами на строк до 240 годин, або позбавленням права займати

певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років;

- ті самі дії, якщо вони спричинили смерть неповнолітнього або інші тяжкі наслідки, караються обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Стаття 140 Кримінального кодексу України встановлює, що:

- невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків унаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, карається позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до п'яти років, або виправними роботами на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк;
- те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки неповнолітньому, карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк до трьох років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

У статті 33 Закону України "Про запобігання захворюванню на СНІД і соціальний захист населення" зазначено: "Відшкодування збитку, заподіяного здоров'ю осіб, інфікованих ВІЛ, із вини медичних працівників чи внаслідок незабезпечення безпечних умов праці власниками установи охорони здоров'я, підприємств, організацій, виконання працівниками своїх службових обов'язків здійснюється за рахунок винної особи в порядку, передбаченому законодавством України".

НОРМАТИВНО – ПРАВОВІ АКТИ

1. Указ Президента України від 1 листопада 2000 р. "Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ- інфекції/ СНІДу".
2. Указ Президента України від 28 серпня 2001 р. "Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ - інфекцією/СНІДом".
3. Указ Президента від 12.12.2007 року №1208 "Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ інфекції/СНІДу в Україні".
4. План Кабінету Міністрів України про організацію виконання Указу Президента від 12.12.2007 року №1208 "Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні".
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 року №1642 "Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції".
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 18 грудня 1998 р. №2026 "Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІДу".
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 04.03.2004 № 264 "Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки".
8. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 р. №144 "Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України".
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006 р. №759 "Про утворення. Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам".
10. Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2007 №926 "Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу".
11. Наказ Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства охорони здоров'я України від 18 січня 2000 р. № 3/6 "Про затвердження нормативно-правових актів з

питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та виправно-трудових установах Державного департаменту України з питань виконання покарань", зі змінами і доповненнями, внесеними наказом Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства охорони здоров'я України від 19 грудня 2001 р. № 242/513.

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 грудня 2000 р. №344 "Про затвердження методичних рекомендацій удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/ СНІД".
13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2002 р. №71 "Про затвердження Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції".
14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 липня 2002 р. №284 "Про затвердження Концепції надання поза лікарняної допомоги ВІЛ-інфікованим та здійснення догляду за хворими на СНІД".
15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України від 23 січня 2003 р. № 25/62 "Про порядок інформування органами охорони здоров'я органів внутрішніх справ про осіб, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, і джерела поширення цієї небезпечної хвороби в Україні".
16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.06.2005 №301 "Про затвердження методичних рекомендацій щодо системи діагностики ВІЛ-інфекції у немовлят".
17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.04.2006 №236 "Про організацію впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію...".
18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.10.2006 №658 "Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків".
19. Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного комітету телебачення та радіомовлення України, Державного департаменту України з питань виконання покарань від 30.11.2006 №786/796/4074/299/231 "Про затвердження Міжгалузевої програми "Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та забезпечення медико-соціальною допомогою ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД дітей" на 2006 - 2008 роки".
20. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.12.2006 №846 "Про заходи щодо організації ВІЛ профілактики та

замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків".

21. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.04.2007 №182 "Про затвердження Клінічних протоколів", "Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків" та "Клінічний протокол з антиретровірусного лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію".
22. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.11.2007 №716 "Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини".
23. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 740/1030/4154/321/614а "Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей".
24. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2007 №866 "Про затвердження примірних положень про хоспіс та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД".
25. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.01.2008 № 15 "Про затвердження Плану заходів на виконання Указу Президента від 12.12.2007 року №1208 "Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні" та Плану Кабінету Міністрів України про організацію виконання Указу Президента від 12.12.2007 року №1208 "Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні".

МЕДИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИЙНЯТНОСТІ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ

Зміст

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ

ПЕРСОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА РЕПРОДУКТИВНИЙ АНАМНЕЗ.....	1
Вагітність.....	1
Вік.....	1
Пологи.....	1
Годування груддю.....	1
Після пологів.....	1
Після абортів.....	1
Після позаматкової вагітності.....	1
Хірургічне втручання на органах малого тазу в анамнезі...	1
Паління.....	2
Ожиріння.....	2
Неможливість визначення артеріального тиску.....	2
СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	2
Численні фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань.....	2
Гіпертензія.....	2
Тромбоз глибоких вен (ТГВ) /легенева емболія (ЛЕ).....	3
Виявлені тромбогенні мутації.....	3
Тромбоз поверхневих вен.....	3
Ішемічна хвороба серця зараз та раніше.....	3
Інсульт.....	3
Ураження клапанів серця.....	4
НЕВРОЛОГІЧНІ СТАНИ.....	4
Головні болі.....	4
Епілепсія.....	4
ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ.....	4
Депресивні розлади.....	4
ІНФЕКЦІЇ ТА РОЗЛАДИ СТАТЕВОГО ТРАКТУ.....	4
Характер піхвової кровотечі.....	4
Піхвові кровотечі неясного походження.....	4
Ендометріоз.....	4
Доброякісні пухлини яєчників.....	4
Виражена дисменорея.....	4
Хвороби трофобласту.....	5

Цервікальний ектропіон.....	5
Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (ЦІН).....	5
Захворювання молочних залоз.....	5
Рак ендометрію.....	5
Рак яєчників.....	5
Лейоміоми матки.....	5
Анатомічні аномалії.....	6
Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ).....	6
ІПСШ.....	6
ВІЛ/СНІД.....	6
Високий ризик ВІЛ-інфікування.....	6
ВІЛ-позитивні особи.....	6
СНІД.....	6
ІНШІ ІНФЕКЦІЇ.....	6
Шистосомоз.....	6
Туберкульоз.....	6
Малярія.....	6
ЕНДОКРИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	7
Діабет.....	7
Порушення функції щитоподібної залози.....	7
ШЛУНКОВО-КИШКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	7
Захворювання жовчного міхура.....	7
Холестаз в анамнезі.....	7
Вірусний гепатит.....	7
Цироз.....	7
Пухлини печінки.....	7
АНЕМІЇ.....	8
Таласемія.....	8
Серповидно-клітинна анемія.....	8
Залізодефіцитна анемія.....	8
ЛІКАРСЬКІ ВЗАЄМОДІЇ.....	8
Препарати, які впливають на ферменти печінки.....	8
Антибіотики.....	8
Антиретровірусна терапія.....	8

Таблиця №1

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Су- ВМК	ЛНГ- ВМК
І=Ініціація, П=Продовження								
ПЕРСОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА РЕПРОДУКТИВНИЙ АНАМНЕЗ								
ВАГІТНІСТЬ	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	4	4
ВІК	Від менархе до <40 років = 1 ≥40=2	Від менархе до <40 років = 1 ≥40=2		Від менархе до <18 років = 1 18–45 = 1 >45 = 1	Від менархе до <18 років = 1 18–45 = 1 >45 = 1	Від менархе до <18 років = 1 18–45 = 1 >45 = 1	Від менархе до <20 = 2 ≥20 = 1	Від менархе до <20 = 2 ≥20 = 1
ПОЛОГИ								
а) жінки, які не народжували	1	1	1	1	1	1	2	2
б) жінки, які народжували	1	1	1	1	1	1	1	1
ГОДУВАННЯ ГРУДІЮ								
а) < 6 тижнів після пологів	4	4	4	3	3	3		
б) від 6 тижнів до 6 місяців після пологів	3	3	3	1	1	1		
(в основному годування груддю) ≥ 6 місяців після пологів	2	2	2	1	1	1		
ПІСЛЯ ПОЛОГІВ (у негодуючих груддю жінок)								
а) < 21 дня	3	3	3	1	1	1		
б) ≥ 21 дня	1	1	1	1	1	1		
ПІСЛЯ ПОЛОГІВ (у годуючих чи негодуючих груддю жінок) у тому числі після кесаревого розтину								
а) < 48 годин							2	2
б) ≥ 48 годин до 4 тижнів							3	3
с) ≥ 4 тижнів							1	1
д) Пуерперальний сепсис							4	4
ПІСЛЯ АБОРТУ								
а) перший триместр	1	1	1	1	1	1	1	1
б) другий триместр	1	1	1	1	1	1	2	2
с) одразу після септичного аборту	1	1	1	1	1	1	4	4
ПІСЛЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ	1	1	1	2	1	1	1	1
ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗІ (включаючи стан після кесаревого розтину) (див. також розділ “Після пологів”)	1	1	1	1	1	1	1	1

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Су- ВМК	ЛНГ- ВМК
І=Ініціація, П=Продовження								
ПАЛІННЯ а) вік < 35 б) вік ≥ 35	2	2	2	1	1	1	1	1
(і) <15 цигарок на день	3	2	3	1	1	1	1	1
(іі) ≥15 цигарок на день	4	3	4	1	1	1	1	1
ОЖИРІННЯ Індекс маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг/м ²	2	2	2	1	1	1	1	1
НЕМОЖЛИВІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ	Н/П*	Н/П*	Н/П*	Н/П*	Н/П*	Н/П*	Н/П*	Н/П*
СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ								
ЧИСЛЕННІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (немолодий вік, паління, діабет та гіпертонія)	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
ГІПЕРТЕНЗІЯ а) в анамнезі гіпертензія, при якій артеріальний тиск НЕ МОЖЕ бути виміряно (включаючи гіпертензію під час вагітності)	3	3	3	2	2	2	1	1
б) адекватно контрольована гіпертензія, коли артеріальний тиск МОЖНА виміряти	3	3	3	1	2	1	1	1
с) підвищений артеріальний тиск (правильно виміряний)								
(і) систолічне 140-159 або діастолічне 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1
(іі) систолічне > 160 або діастолічне > 100	4	4	4	2	3	2	1	2
д) захворювання судин	4	4	4	2	3	2	1	2

Таблиця №3

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ																					
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати		Су- ВМК	ЛНГ- ВМК												
I=Ініціація, П=Продовження																					
ВИСОКИЙ АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ В АНАМНЕЗІ (коли артеріальний тиск не можна виміряти і в даний момент він у нормі)	2	2	2	1	1	1		1	1												
ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН (ТГВ) /ЛЕГЕНЕВА ЕМБОЛІЯ (ЛЕ) а) ТГВ/ЛЕ в анамнезі б) ТГВ/ЛЕ в теперішній час с) сімейний анамнез ТГВ/ЛЕ (у найближчих родичів) д) радикальна хірургія (і) з подовженою імобілізацією (іі) без подовженої імобілізації е) “мала” хірургія без імобілізації	 4 4 2 4 2 1	 4 4 2 4 2 1	 4 4 2 4 2 1	 2 3 1 2 1 1	 2 3 1 2 1 1	 2 3 1 2 1 1	 1 1 1 1 1 1	 1 1 1 1 1 1	 2 3 1 2 1 1												
ВИЯВЛЕНІ ТРОМБОГЕННІ МУТАЦІЇ (наприклад, фактор V Лейдена; протромбінова мутація; недостатність протеїну S, протеїну C та антитромбіну)	4	4	4	2	2	2		1	2												
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНЕВИХ ВЕН а) варикоз вен б) поверхневий тромбофлебіт	 1 2	 1 2	 1 2	 1 1	 1 1	 1 1	 1 1	 1 1	 1 1												
ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ЗАРАЗ ТА РАНІШЕ	4	4	4	<table><tr><td>I</td><td>П</td></tr><tr><td>2</td><td>3</td></tr></table>	I	П	2	3	3	<table><tr><td>I</td><td>П</td></tr><tr><td>2</td><td>3</td></tr></table>	I	П	2	3	1	<table><tr><td>I</td><td>П</td></tr><tr><td>2</td><td>3</td></tr></table>	I	П	2	3	
I	П																				
2	3																				
I	П																				
2	3																				
I	П																				
2	3																				
ІНСУЛЬТ (інсульт в анамнезі)	4	4	4	<table><tr><td>I</td><td>П</td></tr><tr><td>2</td><td>3</td></tr></table>	I	П	2	3	3	<table><tr><td>I</td><td>П</td></tr><tr><td>2</td><td>3</td></tr></table>	I	П	2	3	1	2					
I	П																				
2	3																				
I	П																				
2	3																				
ВСТАНОВЛЕНІ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ (для безпечного застосування методів контрацепції скринінг НЕ обов’ язковий)	2/3	2/3	2/3	2	2	2		1	2												

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ																
СТАН	КОК		КІК		КП / ВК		ПТП		ДМПА НЕТ-ЕН		ЛНГ/ЕТГ імплан- тати		Су- ВМК		ЛНГ- ВМК	
І=Ініціація, П=Продовження																
УРАЖЕННЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ а) без ускладнень б) з ускладненнями (легенева гіпертензія, ризик фібриляції передсердя, підгострий бактеріальний ендокардит в анамнезі)	2		2		2		1		1		1		1		1	
	4		4		4		1		1		1		2		2	
НЕВРОЛОГІЧНІ СТАНИ																
ГОЛОВНІ БОЛІ а) немігренозні (середні чи сильні) б) мігрень (і) без вогнищевих неврологічних симптомів Вік <35 Вік ≥35 (іі) з вогнищевими неврологічними симптомами (в різному віці)	І	П	І	П	І	П	І	П	І	П	І	П		І	П	
	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1		1	1	
	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2		2	2	
	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2		2	2	
	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3		2	3	
ЕПІЛЕПСІЯ	1		1		1		1		1		1		1		1	
ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ																
ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ	1		1		1		1		1		1		1		1	
ІНФЕКЦІЇ ТА РОЗЛАДИ СТАТЕВОГО ТРАКТУ																
ХАРАКТЕР ПІХОВОЇ КРОВОТЕЧІ а) нерегулярні без великих крововтрат б) сильні або тривалі кровотечі (включаючи регулярні та нерегулярні)	1		1		1		2		2		2		1		І	П
	1		1		1		2		2		2		2		1	2
ПІХОВІ КРОВОТЕЧІ НЕЯСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ (підозра на серйозне захворювання) До обстеження													І	П	І	П
	2		2		2		2		3		3		4	2	4	2
ЕНДОМЕТРІОЗ	1		1		1		1		1		1		2		1	
ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ (включаючи кісти)	1		1		1		1		1		1		1		1	
ВИРАЖЕНА ДИСМЕНОРЕЯ	1		1		1		1		1		1		2		1	

Таблиця №5

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ										
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Cu- ВМК		ЛНГ- ВМК	
І=Ініціація, П=Продовження										
ХВОРОБИ ТРОФОБЛАСТУ а) доброякісна гестаційна хвороба трофобласту б) злоякісна гестаційна хвороба трофобласту	1	1	1	1	1	1	3		3	
	1	1	1	1	1	1	4		4	
ЦЕРВІКАЛЬНИЙ ЕКТОПІОН	1	1	1	1	1	1	1		1	
ЦЕРВІКАЛЬНА ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНА НЕОПЛАЗІЯ (ЦІН)	2	2	2	1	2	2	1		2	
РАК ШИЙКИ МАТКИ (в очікуванні лікування)	2	2	2	1	2	2	І	П	І	П
							4	2	4	2
ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ а) недіагностоване утворення б) доброякісне захворювання молочної залози с) сімейний анамнез раку д) рак молочної залози (і) в теперішній час (ii) в минулому та без рецидивів протягом останніх 5 років	2	2	2	2	2	2	1		2	
	1	1	1	1	1	1	1		1	
	1	1	1	1	1	1	1		1	
	4	4	4	4	4	4	1		4	
	3	3	3	3	3	3	1		3	
РАК ЕНДОМЕТРІЮ	1	1	1	1	1	1	І	П	І	П
							4	2	4	2
РАК ЯЄЧНИКІВ	1	1	1	1	1	1	І	П	І	П
							3	2	3	2
ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ а) без змін порожнини матки б) зі зміною порожнини матки	1	1	1	1	1	1	1		1	
	1	1	1	1	1	1	4		4	

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ										
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Cu- ВМК		ЛНГ- ВМК	
I=Ініціація, П=Продовження										
АНАТОМІЧНІ АНОМАЛІЇ а) зі зміною порожнини матки б) без змін порожнини матки										
ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА (ЗЗОМТ) а) ЗЗОМТ в анамнезі (передбачаючи, що в теперішній час факторів ризику ІПСШ не встановлено) (і) з наступною вагітністю (ii) без наступної вагітності б) ЗЗОМТ – в теперішній час							I	П	I	П
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
ІПСШ а) гнійний цервіцит, хламідіоз або гонорея в теперішній час б) інші ІПСШ (за виключенням ВІЛ-інфекції та гепатиту) с) вагініт (включаючи вагінальний трихомоноз та бактеріальний вагіноз) д) підвищений ризик ІПСШ	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ВІЛ/СНІД										
ВИСОКИЙ РИЗИК ВІЛ- ІНФІКУВАННЯ	1	1	1	1	1		I	П	I	П
							2	2	2	2
ВІЛ-ПОЗИТИВНІ ОСОБИ	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
СНІД	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2
Ефективна анти- ретровірусна терапія	Дивись Антитретровірусна терапія нижче						2	2	2	2
ІНШІ ІНФЕКЦІЇ										
ШИСТОСОМОЗ а) без ускладнень б) фіброз печінки	1	1	1	1	1	1	1		1	
	1	1	1	1	1	1	1		1	
ТУБЕРКУЛЬОЗ а) негазовий б) встановлений тазовий	1	1	1	1	1	1	I	П	I	П
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
МАЛЯРІЯ	1	1	1	1	1	1	4	3	4	3
	1	1	1	1	1	1	1		1	

Таблиця №7

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Су- ВМК	ЛНГ- ВМК
I=Ініціація, П=Продовження								
ЕНДОКРИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ								
ДІАБЕТ								
а) під час вагітності в анамнезі	1	1	1	1	1	1	1	1
б) без уражень судин								
(i) інсулінонезалежні	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) інсулінозалежні	2	2	2	2	2	2	1	2
с) нефропатія/ ретинопатія/ нейропатія	3/4	3/4	3/4	2	2	3	1	2
д) інші судинні ускладнення або діабет тривалістю > 20 років.	3/4	3/4	3/4	2	2	3	1	2
ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ								
а) простий зоб	1	1	1	1	1	1	1	1
б) гіпертиреоз	1	1	1	1	1	1	1	1
с) гіпотиреоз	1	1	1	1	1	1	1	1
ШЛУНКОВО-КИШКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ								
ЗАХВОРЮВАННЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА								
а) з клінічними симптомами								
(i) після холецистектомії	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) після медикаментоз- ного лікування	3	2	3	2	2	2	1	2
(iii) в теперішній час	3	2	3	2	2	2	1	2
б) безсимптомні	2	2	2	2	2	2	1	2
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗІ								
а) пов'язаний з вагітністю	2	2	2	1	1	1	1	1
б) пов'язаний з використанням КОК	3	2	3	2	2	2	1	2
ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ								
а) активний	4	3/4	4	3	3	3	1	3
б) носійство	1	1	1	1	1	1	1	1
ЦИРОЗ								
а) легкий (компенсований)	3	2	3	2	2	2	1	2
б) тяжкий (декомпенсований)	4	3	4	3	3	3	1	3
ПУХЛИНИ ПЕЧІНКИ								
а) доброякісна (аденома)	4	3	4	3	3	3	1	3
б) злоякісна (гепатома)	4	3/4	4	3	3	3	1	3

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ										
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Су- ВМК		ЛНГ- ВМК	
І=Ініціація, П=Продовження										
АНЕМІЇ										
ТАЛАСЕМІЯ	1	1	1	1	1	1	2		1	
СЕРПОВИДНО- КЛІТИННА АНЕМІЯ	2	2	2	1	1	1	2		1	
ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ	1	1	1	1	1	1	2		1	
ЛІКАРСЬКІ ВЗАЄМОДІЇ										
ПРЕПАРАТИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ФЕРМЕНТИ ПЕЧІНКИ										
	а) рифампіцин	3	2	3	3	2	3	1		1
б) деякі протисудомні засоби (фенитоїн, карбамазепін, барбітурати, примідон, топірамат, окскарбазепін)	3	2	3	3	2	3	1		1	
АНТИБІОТИКИ (виключаючи рифампіцин)										
	а) гризеофульвін	2	1	2	2	1	2	1		1
б) інші антибіотики	1	1	1	1	1	1	1		1	
АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ	2	2	2	2	2	2	2/3	2	2/3	2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Brette R.P. HIV infection in women: immunological markers and the influence of pregnancy//AIDS.- 1995.- N.4.- P. 1177-1184.
2. Burns D.N. The influence of pregnancy on human immunodeficiency virus type 1 infection: antepartum and postpartum changes in human immunodeficiency virus type 1 viral load//Am. J. Obstet. Gynecol.- 1998.- N.178 (2).- P. 355-359.
3. Contraception and fertility options in HIV.//Reproductive Health Matters 2007;15(29 supplement):46-66.
4. European Collaborative Study. Mother-to-child transmission of HIV infection in era of highly antiretroviral therapy//Clin Infect Dis.- 2005.- N. 40.- P. 458-465.
5. Guidelines for the Management of sexual transmitted infections/ WHO, 2003.
6. Kannel W.B., Levine B.S. Candida infection as a Risk Factor for HIV Transmission// J Womens Health.-2003.-N. 12 (5).- P.487- 494.
7. Kitahata M. et al. Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries//BMJ - 2002.- N.325.- P. 954-957.
8. Lehtovirta P., Paavonen J., Heikinheimo O. Experience with levonorgestrel- releasing intrauterine system among HIV-infected women. Contraception. 2007, 75: 37-39.
9. Maiman M., Frutcher R.C., Serur E. et al. Human immunodeficiency virus infection and cervical neoplasia//Gyneol. Oncol.- 1999.- N.38.- P. 377-382.
10. Markus J. Steiner, Ph.D., and Willard Cates, Jr. Condom and sexually-transmitted infections//NEJM.- 2006. Number 25, Volume 354:2642-2643.
11. Minkoff H.I. Cervical displasia in HIV-infected women and HAART therapy// AIDS.- 2001.- N 15.- P. 2157.
12. Minkoff H.L., Eisenberger-Matityahu D., Feldman J., et al. Prevalence and incidence of gynecological disorders among women infected with human immunodeficiency virus//Am. J. Obstet. Gynecol.-1999.- N. 18.- P. 824-836.
13. Morrison C.S., Sekadde-Kigundu C., Sinei S.A. et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-infested women./BJOG : an International Journal of Obstetrics & Gynecology. 2001, 108: 784-790.
14. Plummer F.A. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 (HIV): interaction of conventional sexually transmitted diseases, hormonal contraception and HIV-1//IDS Res. Hum. Retroviruses.-1998.- N. 14 (Suppl 1).- P.5-10.

15. Recommendations for initiating antiretroviral therapy in adults and adolescents with documented HIV infection. WHO. 30 July 2004.
16. Skouby S.O. Contraceptive use and behavior in the 21st century a comprehensive study across five European countries//The Eur Journal of contraception and reproductive Health Care.- 2004.- N. 9.- P.57-68.
17. Stringer E.M., Kaseba C., Levy J., et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with human immunodeficiency virus/ Am J Obs Gynecol. 2007, 197: 144-148/STD Guidelines MMWR. - 2002.
18. The Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group CD4+ Count-Guided Interruption of Antiretroviral Treatment. 2006.- N. 22, V 355:2283-2296.
19. Thorne C., Newel M.L. and European Collaborative Study. Pregnancy outcome in ART-treated HIV-infected women in Europe//Program and abstract of the 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 8-11, 2004; San Francisco, California. Abstract 98.
20. Tuomala R. et al. Antiretroviral therapy during pregnancy and risk adverse outcome// N Engl J Med.- 2002.- N. 364.- P. 1863-1870.
21. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC 2005\2006).
22. Wilkinson D., Ramjee G., Tholandi M. Et al. Nonoxylon -9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men (Cochrane Review). In Cochrane Library, Issue 3, 2003.
23. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use. Third edition. 2004.
24. Zhylyka N. Organization of MTCT prevention system in Ukraine - an overview. Review of the Ukraine - Programme for Prevention of HIV Infection in Infants. World Health Organization 2003. - 55 p.
25. ВОЗ. Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ. Клинический протокол для Европейского региона, 2006 г.
26. Городецкий Е.А., Косников А.Г., Максимов С.Я. Факторы Риска Развития Урологических осложнений у больных раком шейки матки/Журнал НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова МЗ РФ, Санкт-Петербург ТОМ 4, СТ. 82 (стр. 137-140) //Март, 2003 г.
27. Джин Андерсон (ред). Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам. Управление ресурсов и служб здравоохранения (УСРЗ) Министерства здравоохранения и социальных служб США. Maryland, USA.- 2001.- 463 с.

28. Д.Бартлетт, Д. Галант. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Медицинская школа Университета Джона Хопкинса, Балтимор, США, 2006, стр1-28.
29. Запорожан В.Н, Аряев Н.Л. ВИЧ-инфекция и СПИД.- К.: "Здоров'я", 2003.- 624 с.
30. Кейт Рэдклиф. Европейское Руководство по лечению заболеваний, передаваемых половым путём/International Journal of STD&AIDS, Volume 12, Supplement 3, October 2001.
31. Книга для неравнодушных "Люди и ВИЧ", издание №3, Міжнародний Альянс із ВІЛ/СНІДу в Україні, Киев 2004 год., 528 с.
32. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие. - СПб., 2004. - 464с.
33. Нартова-Бочавер С. К. "Coping Behavior" в системе понятий психологии личности. Психологический журнал, т. 18, № 5, 1997.
34. Н.Н. Низова, С.П. Посохова. "Практическое руководство по профилактике и лечению инфекций, передающихся половым путём"/под ред. В.Н. Запорожана, издание 2, Одеса, 2005.
35. Никифоров Г.С. Психология здоровья: Учебное пособие. - СПб, 2002. - 256 с.
36. Предоставление лечения и помощи ВИЧ-положительным потребителям инъекционных наркотиков/Сборник статей. СПИД Фонд "Восток-Запад", - К., 2003.
37. Развитие эпидемии СПИДа. ЮНЭЙДС, ВОЗ. 2006.
38. Результаты эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией и инфекциями, передающимися половым путем. Аналитический отчет 2006 года, Киев, 2007, 90 стор.
39. Репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин. Руководство по оказанию комплексной медицинской помощи женщинам с ВИЧ/Институт здоровья семьи, Москва 2006.
40. Сборник методических материалов и нормативных документов по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции/СПИДа в Донецкой области (второе издание переработанное и дополненное).Под ред. Гражданова Н.П., Блакитной Л.А.-Донецк , 2005, 415с.
41. Сексуальное и репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин и девушек-подростков: руководство для преподавателей и менеджеров программ. ИнжендерХелс/ICW.-2006,241 с.
42. Торн К., Ньювелл М. Жилка Н., Профилактика ВИЧ-инфекции среди новорожденных: документирование и исследование опыта Украины. Институт здоровья ребенка, Университетский Колледж, Лондон, МОЗ Украины. К.: 2007. 101 с.

43. Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в Україні. Жилка Н.Я.-К., Видавництво Раєвського, 2005: 96 с.
44. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. №29, Київ 2008, 45 с.
45. Дикий Б.М., Грижак І.Г., Щербинська А.М. та ін. Медико-профілактичні аспекти ВІЛ-інфекції та СНІДу в лікарській практиці. Ів.-Франківськ, 2007, 17-26 с.
46. Довідник з питань репродуктивного здоров'я. Під редакцією проф. Гойди Н.Г.- Вид-во Раєвського, 2004: 128 с.
47. Доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства. Балакірева О.М., Енн Екман (Anne Eckman), Левцун О.Г. та ін. - К., Видавництво Раєвського, 2004: 112 с.
48. Жилка Н.Я. Організація системи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини //Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів К. Інтермед, 2005, ст. 3-7.
49. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади: Метод. матеріали до тренінгу Авт.-упоряд. Н.В. Зимівець; За заг. ред. Г.М. Лактіонової. - К., 2004. - 205 с.
50. Клінічний протокол лікування опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД/МОЗ України, Київ 2004 рік.
51. Клінічний протокол планування сім'ї/МОЗ України, Київ 2006 рік.
52. Матеріали навчального курсу україно-німецького проекту "Партнерство заради покращення якості соціальних послуг та профілактики ВІЛ у контексті соціальної освіти в Україні", Київ, 2005 рік.
53. Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації "Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом" за редакцією Тетяни Семігиної, Київ 2006, Видавничий дім "Києво-Могилянська академія". Розділ 2. Навчально-методичні матеріали до проведення занять. Розділ 14. Діагностика та перебіг ВІЛ - інфекції у дорослих, 613 с.
54. Навчальний посібник:Базові питання ДКТ на ВІЛ-інфекцію/за редакцією Дзюблик І.В. К., 2007. - 174 с.
55. Наказ Міністерства охорони здоров'я України N 716 від 14.11.2007 "Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини".
56. Наказ Міністерства охорони здоров'я України N 15 від 16.01.2008 "Про затвердження Плану заходів на виконання Указу Президента від 12.12.2007 року №1208 "Про додаткові невідкладні заходи

щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні" та Плану Кабінету Міністрів України про організацію виконання Указу Президента від 12.12.2007 року N 1208 "Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні".

57. Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження методичних рекомендацій удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД" від 15 грудня 2000 р. № 344.
58. Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції" від 22 лютого 2002 р. № 71.
59. Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Концепції надання позалікарняної допомоги ВІЛ-позитивним та здійснення догляду за хворими на СНІД" від 24 липня 2002 р. № 284.
60. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України "Про порядок інформування органами охорони здоров'я органів внутрішніх справ про осіб, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, і джерела поширення цієї небезпечної хвороби в Україні" від 23 січня 2003 р. № 25/62.
61. Наказ Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження нормативно-правових актів з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та виправно-трудових установах Державного департаменту України з питань виконання покарань" від 18 січня 2000 р. № 3/6, зі змінами і доповненнями, внесеними наказом Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства охорони здоров'я України від 19 грудня 2001 р. № 242/513.
62. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 N 740/1030/4154/321/614a "Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей".
63. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2007 N 866 "Про затвердження примірних положень про хоспіс та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД".

64. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.06.2005 N 301 "Про затвердження методичних рекомендацій щодо системи діагностики ВІЛ-інфекції у немовлят".
65. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.04.2006 N 236 "Про організацію впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію...".
66. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.10.2006 N 658 "Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків".
67. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.04.2007 N 182 "Про затвердження Клінічних протоколів" "Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків" та "Клінічний протокол з антиретровірусного лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію".
68. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.12.2006 N 846 "Про заходи щодо організації ВІЛ/СНІД профілактики та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків".
69. Попередження трансмісії ВІЛ від матері до дитини. Навчальний посібник для акушерів-гінекологів, неонатологів, інфекціоністів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я, лікарів-інтернів і студентів.-К.: "Акві-К", 2003.-184с.
70. Постанова Кабінету Міністрів України, від 27 грудня 2006 р. N 1849 "Про затвердження Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року" (м. Київ).
71. Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції", від 16 жовтня 1998 року № 1642.
72. Постанова Кабінету Міністрів України "Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІДу" від 18 грудня 1998 р. N 2026.

73. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 р. N 144 Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України.
74. Постанова Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006 р. N 759 "Про утворення Комітету з питань протидії ВІЛ - інфекції/ СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам".
75. Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2007 N 926 "Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ - інфекції/СНІДу".
76. Постанова Кабінету Міністрів України від 04.03.2004 №264 "Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ- інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки".
77. План Кабінету Міністрів України про організацію виконання Указу Президента від 12.12.2007 року №1208 "Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції /СНІДу в Україні".
78. Планування сім'ї. Навчальний посібник./За редакцією Жилки Н.Я., Вовк І.Б. - К., 2006, 294 с.
79. Практика в системі професійної підготовки психологів: Навчально-методичний посібник//Автори-упорядники: Г.К. Радчук, М.М. Шпак, З.М. Адамська, Т.П. Цюман/За заг. ред. Г.К. Радчук. - Тернопіль, 2005.- 203 с.
80. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. Клінічний посібник. За редакцією Гойди Н.Г., Жилки Н.Я. Київ, 2006. - 238 с.
81. Профілактика ВІЛ- інфекції серед новонароджених. Документування та вивчення досвіду України. Київ - 2007, 96 с.
82. Репродуктивні права та механізми їх реалізації у ВІЛ - позитивних жінок в Україні. М.В, Буром енський, Н.М. Нізова, В.М. Рудий. - Л., Видавництво Раєвського, 2005: 144 с.
83. Словник-довідник для соціальних працівників та соціальних педагогів/ Український центр соціальних служб для молоді України, за загальною ред. А.Й.Капської, І.М. Пінчук, С.В.Толстоухової. - К., 2000. - 260 с.
84. Соціальна політика і соціальна робота/Український науковий і громадсько-політичний часопис, № 2 (30) 2005.
85. Соціальна робота з людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом. Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації/За редакцією Тетяни Семігиної - Видавничий дім "Києво-Могилянська академія" - К. 2006.
86. Указ Президента України "Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу" від 1 листопада 2000 р.

87. Указ Президента України "Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом" від 28 серпня 2001 р.
88. Указ Президента від 12.12.2007 року №1208 "Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ інфекції /СНІДу в Україні".
89. Щербинська А.М. ВІЛ-інфекція/СНІД. Посібник з хіміотерапії вірусних інфекцій під ред. Дзюблик І.В., Київ, 2004, стор. 95-107.
90. www.mozdocs.kiev.ua - МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, Наказ № 255 від 09.06.2003 "Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на антитіла до ВІЛ, облікової форми № 498/о та інструкції щодо її заповнення".
91. www.mozdocs.kiev.ua МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, Наказ від 19.08.2005 №415 зареєстрований у Міністерстві юстиції в Україні 22 листопада 2005 року за №1404/11684 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію".

Для нотаток

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ



All-Ukrainian Network of PLWH

Продукція видана за фінансової підтримки ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ» в рамках реалізації проекту «Підтримка профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення України», підтриманого Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

«Викладені погляди й точки зору є поглядами й точками зору організації, що видала цю продукцію, й не можуть розглядатися як погляди або точки зору Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та ВБО «Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ».

Глобальний Фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ», не брали участь у схваленні та затвердженні як безпосередньо опублікованого матеріалу, так і висновків, що можуть впливати з нього».

Разом до Здоров'я фінансується Агенством США з Міжнародного Розвитку та впроваджується Корпорацією Інститут Досліджень та Тренінгів JSI у співробітництві з Академією Сприяння Освіті та Школою Громадського Здоров'я Гарвардського Університету.

Together for Health is funded by the United States Agency for International Development and implemented by the JSI Research and Training Institute Inc. in collaboration with the Academy for Educational Development and Harvard School of Public Health.

бульвар Шевченка, 46 В, офіс 15, Київ, Україна, 01032,
Тел: (+380-44) 581-15-20, Факс: (+380-44) 581-15-21,
E-mail: info@fprh-jsi.org.ua

46 B Shevchenko Boulevard, Office 15, Kiev, Ukraine, 01032,
Tel: (+380-44) 581-15-20, Fax: (+380-44) 581-15-21,
E-mail: info@fprh-jsi.org.ua



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

РАЗОМ ДО ЗДОРОВ'Я  **TOGETHER FOR HEALTH**

ПРОЕКТ ПОКРАЩЕННЯ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ
IMPROVING FAMILY PLANNING & REPRODUCTIVE HEALTH IN UKRAINE

